

La salud en las Américas

Edición de 2002
Volumen II



Publicación Científica y Técnica No. 587

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.

2002

Se publica también en inglés (2002) con el título:
Health in the Americas, 2002 Edition
PAHO Scientific and Technical Publication No. 587
ISBN 92 75 11587 7

Catalogación por la Biblioteca de la OPS

La salud en las Américas; edición de 2002
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C.: OPS, © 2002—2v.
(OPS. Publicación Científica y Técnica; 587)

ISBN 92 75 31587 6

I. Título
II. (Serie)
III. Autor

1. INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD
2. FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA
3. EQUIDAD EN EL ESTADO DE SALUD
4. REFORMA EN ATENCIÓN DE LA SALUD
5. DESARROLLO SOSTENIBLE
6. AMÉRICAS

NLM WB141.4.O68 2002

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, 2002

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.

VALORES, VISIÓN Y MISIÓN DE LA OFICINA SANTARIA PANAMERICANA

La Oficina Sanitaria Panamericana, el organismo internacional de salud más antiguo del mundo, es la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Secretaría está comprometida a servir a los Estados Miembros de la OPS en su empeño de alcanzar la meta de Salud para Todos y sus valores inherentes. Con este fin, los siguientes valores, visión y misión, guían el trabajo de la Secretaría.

VALORES

Equidad

Lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son evitables e innecesarias.

Excelencia

Promoción de responsabilidades e intereses compartidos, facilitando esfuerzos colectivos para alcanzar metas comunes.

Respeto

Aceptación de la dignidad y la diversidad de los individuos, grupos y países.

Integridad

Garantía de transparencia, ética y responsabilidad en el desempeño.

VISIÓN

La Oficina Sanitaria Panamericana será el mayor catalizador para asegurar que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades.

MISIÓN

Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de la población de las Américas.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
<i>Prefacio</i>	vii
<i>Introducción</i>	ix
Anguila	1
Antigua y Barbuda	9
Antillas Neerlandesas	19
Argentina	27
Aruba	45
Bahamas	56
Barbados	67
Belice	78
Bermuda	91
Bolivia	101
Brasil	115
Canadá	132
Chile	151
Colombia	169
Costa Rica	185
Cuba	201
Dominica	217
Ecuador	228
El Salvador	246
Estados Unidos de América	262
Granada	279
Guadalupe, Guayana Francesa y Martinica	289
Guatemala	318
Guyana	335
Haití	350
Honduras	365
Islas Caimán	380
Islas Turcas y Caicos	393
Islas Vírgenes Británicas	399
Jamaica	411
México	427

Montserrat	443
Nicaragua	452
Panamá	468
Paraguay	483
Perú	497
Puerto Rico	514
República Dominicana	524
Saint Kitts y Nevis	538
San Vicente y las Granadinas	551
Santa Lucía	560
Suriname	569
Trinidad y Tabago	578
Uruguay	588
Venezuela	597
Frontera de Estados Unidos y México	613
<i>Principales siglas utilizadas en esta publicación</i>	625

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

En el año del centenario de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), me complace presentar la publicación cuadrienal *La salud en las Américas*, edición de 2002. Con esta publicación, la OPS sigue respondiendo al mandato de los Gobiernos Miembros de analizar y divulgar información acerca de la situación de salud y sus tendencias en la Región de las Américas. Esta obra ofrece, en dos volúmenes, tanto un examen regional como un análisis para cada uno de los 47 países y territorios, acerca de la situación de salud y sus tendencias en las Américas en el período comprendido entre 1997 y 2000.

Una de las características sobresalientes de esta publicación es que documenta los efectos de las desigualdades socioeconómicas sobre la salud de la población, en especial la relación entre la distribución del ingreso y el estado de salud, cuando se analizan grupos de países. Esta relación tiene una consecuencia sumamente importante: es posible lograr mejoras considerables en la salud no solo por medio de la promoción del desarrollo económico sino también de la reducción de las marcadas diferencias en el ingreso dentro de un país.

En términos generales, la situación de salud de la Región puede considerarse como un reflejo de la repercusión de los drásticos cambios demográficos y de los nuevos perfiles epidemiológicos. Refleja también la eficacia de las políticas sanitarias y el desempeño de los sistemas de salud. Algunos problemas de salud todavía no se han resuelto y otros nuevos han surgido. Más aún, los problemas de salud están distribuidos de manera desigual entre la población y tienen efectos muy diferentes sobre los diversos grupos. Los logros en materia de salud que se han acumulado en este comienzo del siglo XXI son, en gran medida, un tributo a la capacidad de los países para alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2000”, meta que todavía hoy sigue siendo válida en la Región de las Américas.

Esta publicación presenta una evaluación actualizada de las condiciones generales de salud en las Américas y, como tal, contribuye a una mejor comprensión de sus factores determinantes. Por ende, invito a las autoridades de salud, a los planificadores, académicos, investigadores, profesionales de salud, y a todo aquel que se dedique a contribuir al progreso de la salud pública en las Américas, a beneficiarse de este valioso recurso.

George A. O. Alleyne
Director

INTRODUCCIÓN

La salud en las Américas es la principal publicación de la Organización Panamericana de la Salud que analiza la situación de salud y sus tendencias en la Región de las Américas. Esta edición es la más reciente de una larga serie de informes de este tipo que la OPS publica desde 1954. El contenido, la forma y la orientación del libro han evolucionado con el transcurso del tiempo con miras a adaptarlo a las exigencias en constante cambio de los Gobiernos Miembros, reflejar los nuevos adelantos en las ideas y en el ejercicio de la epidemiología, y responder a los nuevos retos que plantea la cooperación técnica prestada por la Organización. A todo lo largo de su historia, esta publicación ha pasado de ser un informe casi exclusivamente estadístico a ser una evaluación detallada e integral, desde la perspectiva de la salud pública, del estado de la salud en la Región y de sus factores determinantes.

En esta edición de 2002, el análisis de *La salud en las Américas* está orientado a documentar las desigualdades en el ámbito de la salud. Con la finalidad de exponer mejor el análisis tanto a nivel regional como de país, esta edición, al igual que la anterior, se presenta en dos volúmenes. Los ocho capítulos del volumen I recogen las contribuciones de varias de las unidades técnicas de la OPS para ofrecer una perspectiva regional acerca de la situación actual de la salud en las Américas. Este volumen abarca un análisis de la situación y las tendencias de varios de los principales indicadores o factores determinantes de la salud, o relacionados con ella, que van desde la mortalidad y los cambios en la esperanza de vida hasta el impacto que las desigualdades en el nivel de ingresos y su distribución tienen sobre la salud de la población. Teniendo presente el contexto de la globalización, la reforma del sector sanitario y otros procesos macropolíticos, el volumen I describe la situación actual y las tendencias en cuanto a promoción de la salud, salud del ambiente, prevención y control de enfermedades, disponibilidad de insumos para la salud y tecnología, y cooperación externa en materia de salud.

En el capítulo I se presenta un análisis coyuntural del actual contexto político y socioeconómico en las Américas, haciendo hincapié en la democratización, la descentralización, la globalización, las privatizaciones, la urbanización y otros importantes factores determinantes de la salud al nivel macro. Presenta también un análisis demográfico centrado en los cambios en la natalidad y la fertilidad, así como en su transición; en el envejecimiento, las migraciones y los procesos de urbanización. Además de mostrar tasas de mortalidad actualizadas por causas principales de defunción, desglosadas por edad y sexo, el análisis de la mortalidad que figura en este capítulo documenta cómo han influido 32 causas de muerte en los cambios en la esperanza de vida registrada en las Américas entre comienzos de los años ochenta y finales de los noventa. El capítulo concluye con un análisis de las desigualdades en el terreno de la salud que tiene en consideración el nivel de ingreso y su distribución en la población.

En el capítulo II se analizan importantes factores macropolíticos, sociales, económicos y financieros determinantes de la salud, destacando los procesos que podrían influir en el estado de salud y en la organización, eficacia y accesibilidad de los sistemas sanitarios. El capítulo examina también los efectos de la globalización, el comercio internacional, y la política económica y el crecimiento sobre la pobreza, así como cuestiones de género y origen étnico como elementos determinantes de la salud.

En el capítulo III se observan las tendencias y las principales características de las reformas del sector sanitario en la Región, recalcando la importancia de las funciones esenciales de la salud pública e incluyendo un análisis de las políticas, los recursos, la oferta de servicios de salud y el acceso a ellos, de acuerdo con la participación de los sectores público y privado, y de la seguridad social. Describe también las etapas de la descentralización de los servicios y de las funciones esenciales de salud pública; la reorganización de los sistemas de atención de salud y de los servicios de salud pública; el financiamiento del sector, incluidas las cuentas nacionales de salud; la legislación y reglamentación del sector; y los procesos de seguimiento de las reformas.

En el capítulo IV se aborda la forma en que las personas individualmente y los grupos de población se organizan para responder a las necesidades de salud promoviendo actividades relacionadas con la salud, dentro y fuera del sector. Se examinan las comunidades saludables y las personas sanas; la alimentación y la nutrición; la prevención y el control del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; la salud reproductiva; los pueblos indígenas; los adultos mayores; los discapacitados; la prevención y control de la violencia; la salud oral; y la salud mental.

En el capítulo V se muestra cómo las fuerzas del medio ambiente modifican las condiciones de vida y la salud pública. Se hace hincapié en las políticas en favor del ambiente y en la reglamentación en materia de agua, aire, vivienda, desechos y contaminación; también se considera el progreso alcanzado en el abastecimiento de agua y el saneamiento, el control de plaguicidas y otros contaminantes, y los servicios relacionados con el ambiente de trabajo y la salud ocupacional en la Región.

En el capítulo VI, que trata de la prevención y el control de enfermedades, se describen brevemente la situación actual y las tendencias de los problemas y trastornos de salud sobre la base de la mortalidad y la discapacidad, resaltando las principales intervenciones realizadas para prevenirlos y controlarlos. Los análisis destacan las desigualdades por zona geográfica, edad, sexo y categoría socioeconómica. El capítulo también muestra la situación actual de la Región en cuanto a las enfermedades emergentes y reemergentes; la tuberculosis y otras enfermedades transmisibles crónicas; el SIDA y las infecciones de transmisión sexual; las enfermedades prevenibles por vacunación, haciendo hincapié en los esfuerzos regionales dirigidos a la erradicación del sarampión; y las infecciones respiratorias agudas, la diarrea y otras enfermedades infecciosas intestinales en el contexto de la iniciativa Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia. También se actualiza el análisis de situación de las enfermedades transmitidas por vectores y por los alimentos; las zoonosis, incluida la rabia; la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob; la fiebre aftosa; así como el cáncer y otras enfermedades degenerativas crónicas, accidentes y otras causas externas, y por último, los preparativos para desastres y casos de emergencia.

En el capítulo VII se analizan los insumos y la tecnología para la salud y se expone la manera en que se organiza la actividad científica y técnica para responder a los problemas de salud de los países. El análisis comprende la situación de los recursos humanos y tecnológicos, los establecimientos de atención de salud, la prestación de servicios públicos, la tecnología médica, los medicamentos, la sangre y otros productos biológicos, y la producción científica en materia de salud en las Américas.

Por último, en el capítulo VIII se examinan las características y tendencias de la cooperación externa en salud en el contexto de cambios en las iniciativas subregionales, entre ellas la comercialización internacional de los alimentos, los productos biológicos, los medios de transporte actuales y el turismo. Se analizan también las nuevas formas y los nuevos actores

de la cooperación en salud, la respuesta de la OPS a los desastres, y el volumen de recursos para la cooperación técnica internacional y bilateral en el contexto de la Agenda Compartida para la Salud en las Américas.

En el volumen II se presenta el análisis de la situación de salud más actualizado para cada uno de los países y territorios de las Américas. Este volumen es el resultado de un esfuerzo analítico que abarcó toda la Región y se realizó mediante un marco común que incluye un análisis del estado general de la salud y de los problemas concretos de salud, y la respuesta del sistema y los servicios de salud. Se asignó particular importancia a la utilización de datos básicos sobre salud desglosados que se encontraban en cada país, a la documentación de las desigualdades y al enfoque de género. El análisis general de cada país sobre la situación de la salud cubre las recientes tendencias políticas, económicas y sociales, así como el grado de ejecución de los planes nacionales de desarrollo y su impacto sobre las condiciones de vida de la población, el estado de salud y el nivel de equidad. También comprende un análisis demográfico y de mortalidad, haciendo hincapié en las desigualdades en materia de salud. Los problemas de salud particulares de cada país se analizan tanto en términos de grupos de población estándar como en términos de enfermedades y lesiones específicas, adoptando un enfoque de género. La sección que examina la respuesta del sector salud aborda los planes y políticas actuales; las estrategias y programas de la reforma sectorial y su relación con los principios de equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad financiera y participación social; y el grado en que las funciones esenciales de salud pública se han llevado a la práctica. También actualiza información acerca de la organización institucional, las normas sanitarias, y el funcionamiento del sistema de salud y de los servicios de atención de salud. Finalmente, el análisis de la situación de salud por país abarca la disponibilidad de insumos para la salud, recursos humanos, tecnología para la salud, e investigación, así como una evaluación del financiamiento y gasto sectorial que incluye la cooperación técnica y financiera en el ámbito de la salud.

Para complementar los análisis que se presentan aquí pueden consultarse otras publicaciones de la OPS así como su sitio en Internet. Estas fuentes incluyen el Sistema de Datos Básicos en Salud en los niveles regional y nacional, una serie de folletos anuales titulada *Situación de salud en las Américas: indicadores básicos*, y tres publicaciones, a saber, *Estadísticas de salud de las Américas*, el *Informe Anual del Director* y el *Boletín Epidemiológico de la OPS*.

ANGUILA

CONTEXTO GENERAL

Anguila, la más septentrional de las Islas de Sotavento, está situada a 113 km al noroeste de Saint Kitts, a 8 km al norte de San Martín y a 240 km al oriente de Puerto Rico. Esta nación insular, que cubre una superficie de 91 km², tiene un terreno casi totalmente plano, cuya máxima elevación es Crocus Hill, a 65 m sobre el nivel del mar. El clima es tropical, y el calor y la humedad son atenuados por los vientos alisios. Anguila queda en la región de tormentas tropicales y está expuesta al riesgo de estas y de huracanes.

Como consecuencia del pequeño tamaño de la isla, de su escasa población y del patrón de desarrollo, en Anguila es difícil distinguir los asentamientos urbanos de los rurales. The Valley es la capital y el acceso a los asentamientos más importantes resulta fácil gracias a una red vial que comprende caminos pavimentados y sin pavimentar. Hay dos puertos marítimos y un aeropuerto.

En 1980 Anguila se separó del territorio del estado asociado de Saint Kitts, Nevis y Anguila, pero sigue siendo una dependencia británica. El Gobernador y el Vicegobernador son nombrados por la Corona Británica. El Gobernador preside el Consejo Ejecutivo, que está formado por el Primer Ministro, otros tres ministros, como máximo, y dos miembros ex officio, a saber, el Vicegobernador y el Procurador General. La administración rinde cuentas al Consejo Legislativo. Se celebran elecciones generales cada cinco años, pero pueden realizarse en cualquier momento, como sucedió en 1999 y luego en 2000.

La economía de Anguila registró una tasa promedio de crecimiento anual de 9,2% en 1997, 5,2% en 1998 y 8,2% en 1999. Medido en precios constantes de 1990, el PIB fue de US\$ 60 millones en 1997, US\$ 63 millones en 1998 y US\$ 68 millones en 1999. El PIB per cápita registró un crecimiento constante de US\$ 6.073 en 1997 a US\$ 6.162 en 1998 y a US\$ 6.271 en 1999. A pesar de la devastación causada por el huracán Lenny, que inundó muchas partes de la isla en noviembre de 1999, la actividad económica tuvo una fuerte expansión. Eso se debió principalmente a la expansión del sector de la construcción, a medida

que el Gobierno, la empresa privada y los propietarios de viviendas fueron trabajando para reparar los daños causados por el huracán.

Anguila tiene pocos recursos naturales y el turismo es el mayor sector contribuyente a la economía, representa más de 30% del PIB, o sea US\$ 2,6 millones (EC\$ 7 millones), y emplea a más de 20% de la fuerza de trabajo. Según las Estadísticas de las Cuentas Nacionales (1999), el sector de construcción ocupa el segundo lugar entre los principales contribuyentes al PIB. La producción del sector de construcción siguió aumentando en 1999 y llegó a US\$ 11,08 millones (16,22% del PIB real). Esto representó un aumento de 21% en relación con 1998, cuando se situó en US\$ 9,1 millones. Está en desarrollo el sector de servicios financieros extraterritoriales, una importante fuente de ingresos tributarios para el Estado con miras a fortalecer y diversificar la economía. Se ha promulgado legislación sobre las sociedades de responsabilidad limitada, los bancos y compañías fiduciarias extraterritoriales, la industria del seguro y la administración de empresas.

La tasa de desempleo fue de 8% en 1999, con una relación hombre/mujer de 1:2. Una encuesta de la fuerza de trabajo realizada en septiembre de 1999 reveló la siguiente distribución por grupo ocupacional: profesionales (13,7%), artesanos y comerciantes (13,2%), trabajadores en establecimientos de servicio y ventas (13,1%), personal asistente (7,6%), personal ejecutivo y gerentes, técnicos y profesionales auxiliares (7,2%), empleados del sector legislativo (4,2%), empleados de los sectores de agricultura y pesca (2%), empleados de fábricas y maquinistas (1,7%), trabajadores no calificados (0,2%) y tareas no especificadas (35%).

El territorio de Anguila se divide en 7.394 parcelas, 66% de las cuales tienen un tamaño inferior a 40 m². Aproximadamente 95% del suelo es de propiedad privada y se divide en pequeños lotes familiares. Según el Departamento de Tierras y Agrimensura, en el período 1997–2000 se registró un total de 4.276 unidades de vivienda (casas, apartamentos y quintas), con un promedio de ocupación de tres personas por familia. En total, 81% de las familias tienen acceso a servicios de electricidad y alcanta-

rillado, 70% disponen de conexiones domiciliarias de agua y 78% de las familias tienen teléfono instalado. El número de líneas de conexión a la Internet fue de 274 en 1997, 465 en 1998 y 659 en 1999. Casi todas las familias tienen acceso a la radio y la televisión.

La educación es obligatoria hasta los 17 años de edad. Hay seis escuelas primarias y una secundaria, de propiedad del Estado, y una escuela primaria privada. Las escuelas primarias están localizadas a lo largo y ancho de la isla; la escuela secundaria queda en The Valley. La matrícula promedio en todas las escuelas primarias fue de 1.520 niños entre 1997 y 2000. La razón maestro/estudiante fue de 1:17 en 1999. La matrícula estudiantil en la escuela secundaria alcanzó un promedio de 1.126 entre 1997 y 1999. En 1999 un poco más de la mitad (51%) de los estudiantes de primaria y secundaria eran niñas. Las becas y los créditos oficiales facilitan el acceso a la enseñanza terciaria. La tasa de alfabetismo entre los adultos es de 95%, sin que se haya notificado una tasa diferencial en función del sexo. Más de 80% de la fuerza de trabajo recibió educación secundaria y otro 11,2%, educación universitaria.

La tasa de crecimiento demográfico fue de 2,9% en 2000. Según el censo de 1992, la población era de 8.920 habitantes, 49% de los cuales eran hombres. Según la Oficina de Estadística del Ministerio de Hacienda, la población se estimó en 12.871 habitantes en 1999, cifra que da una densidad de población estimada de 141 personas por km².

La tasa bruta de natalidad fue de 13,6 por 1.000 habitantes en el período 1997–1999. El número anual de nacidos vivos fluctuó en el período y fue de 169 en 1997, 155 en 1998, 176 en 1999 y 193 en 2000. La tasa general de fecundidad fue de 1,8 niños por mujer, según el censo de 1992. El número de nacimientos de madres adolescentes se situó entre 22 (13%) en 1997 y 37 (19,1%) en 2000. La esperanza de vida al nacer es de 71,3 años para los hombres y de 77,3 años para las mujeres.

Se ha registrado un aumento de la inmigración a Anguila, particularmente desde las islas vecinas del Caribe. En el censo de 1992, las personas que no eran naturales de Anguila representaban 16% de la población (y su distribución por sexo era equilibrada); casi todos los inmigrantes eran personas en edad de trabajar o niños.

Mortalidad

Las enfermedades del sistema circulatorio representaron 48% de las defunciones (123) durante el período 1997–1999, las neoplasias malignas, 14% (34 defunciones), las causas externas, 6% (14 defunciones) y las afecciones originadas en el período perinatal, 2,4% (6 defunciones). En 2000 se registraron dos defunciones por enfermedades transmisibles, una por septicemia y otra por bronconeumonía.

Hubo 56 defunciones en 1997, 62 en 1998, 58 en 1999 y 71 en 2000, cifras que representaron un total de 247 defunciones (116 hombres y 131 mujeres). Durante el período, 70% (172) de todas

las defunciones se registraron en personas de 70 y más años, 11,3% (28) de 60 a 69 años, 8,5% (21) de 40 a 59 años, 4,4% (11) de 20 a 39 años, 3,2% (8) de 1 a 19 años y 3,2% (8) menores de 1 año. En la figura 1 se presenta la mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo para el período 1990–1994.

La tasa de mortalidad infantil en el período 1997–2000 fue de 11,8 por 1.000 nacidos vivos. Hubo cinco defunciones en 1997 y una anual en 1998, 1999 y 2000. Casi todas las defunciones de lactantes ocurrieron en el período neonatal. Durante el período 1997–2000, se registraron 695 partos y 7 mortinatos; no hubo defunciones maternas.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

Hubo ocho defunciones de niños menores de 1 año entre 1997 y 2000. Cuatro se debieron a afecciones originadas en el período perinatal; dos a crecimiento fetal lento, malnutrición y premadurez, y dos a hipoxia y asfixia durante el nacimiento. Casi todos los recién nacidos pesaron más de 2.500 g. Nacieron 16 (9,5%) lactantes con bajo peso en 1997, 6 (4%) en 1998, 9 (5,1%) en 1999 y 14 (7,2%) en 2000. Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de morbilidad en este grupo de edad.

Hubo dos defunciones de niños de 1 a 4 años durante 1997–2000, una por lesiones causadas por un incendio y otra por signos, síntomas y afecciones mal definidos.

El crecimiento y desarrollo de todos los niños menores de 5 años se controla mensualmente en los centros distritales de salud.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

No hubo defunciones en este grupo de edad durante el período 1997–2000. El servicio de salud escolar ofrece exámenes médicos, bucodentales, de audición y de visión a los niños de 5 a 9 años de edad. No hay un sistema organizado de envío de pacientes con problemas de visión, pero un especialista visitante de San Martín viaja a Anguila para prestar un limitado número de servicios.

Se notificó infestación por helmintos en cuatro niños del grupo de 5 a 6 años de edad en 1997; no se notificaron infestaciones en 1998 ni 1999, pero hubo cinco en 2000.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

Durante el período 1997–2000, las mujeres menores de 19 años representaron 11,8% del total de nacimientos. Se prestan servicios de planificación familiar a adolescentes y se ha introducido a las escuelas un programa de educación para la vida de familia, que comprende orientación por iguales y capacitación práctica.

De 1997 a 2000 se denunciaron 43 casos de maltrato infantil (sobre todo de niñas), enviados al Departamento de Bienestar Social.

La salud de la población adulta (20–59 años)

Las parteras y el obstetra-ginecólogo residente de los dispensarios distritales proporcionan atención de salud prenatal hasta las 36 semanas de gestación. Después de ese período, todas las pacientes prenatales son atendidas y examinadas por un obstetra-ginecólogo del Hospital Princess Alexandra. Aproximadamente 80% de las mujeres embarazadas que se atienden en consultorios prenatales los visitan por primera vez antes de la 16.^a semana de embarazo. Se distribuyen sistemáticamente suplementos de hierro, ácido fólico y vitaminas. Cerca de 20,4% de las mujeres embarazadas tenían una concentración de hemoglobina inferior a 11 mg/dl en 2000.

Todos los partos son atendidos en el Hospital Princess Alexandra por personal competente. La atención puerperal comienza en el hospital y continúa por medio de las visitas domiciliarias de las parteras distritales. La enfermera de salud pública de cada distrito visita el hospital semanalmente, con lo que fortalece la comunicación entre el hospital y los centros de salud.

Se prestan servicios de planificación familiar en todos los centros de salud. En 2000 había 258 usuarios registrados, de los cuales 158 (61,2%) empleaban anticonceptivos orales, 85 (32,9%), anticonceptivos inyectables y 15 (6%), condones. Hubo 49 nuevos usuarios, que representaron 19% de los inscritos. Se insertó un total de 37 dispositivos intrauterinos en el período 1997–2000. En estas estadísticas no se tienen en cuenta las consultas a clínicas privadas.

Se realizan pruebas de Papanicolaou en el Hospital Princess Alexandra. La cobertura fluctuó entre 198 exámenes en 1997, 234 en 1998, 217 en 1999 y 132 en 2000. Se registraron cinco casos de cáncer no invasor del cuello del útero y no se notificó ninguna defunción por cáncer del cuello del útero entre 1997 y 2000.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Las personas ancianas constituyen 18% de la población total según el censo de 1992. Las mujeres representan 23% (1.035 personas) de este grupo de edad. Casi todas las personas de edad avanzada viven en su casa con su familia ampliada, pero son cada vez más las que viven solas. Los proveedores de atención de salud, principalmente las enfermeras, efectúan visitas periódicas a las casas de las personas de edad avanzada (su número se estima en 34 hombres y 59 mujeres) que deben permanecer en su hogar, para realizar controles de rutina y prestarles atención médica.

El hogar de ancianos Miriam Gumbs, un centro de atención geriátrica con 16 camas, presta asistencia institucional a las personas de edad avanzada y a las indigentes.

La salud de la familia

El censo de 1992 reveló que 25% de las familias estaban encabezadas por personas solteras, 42% eran familias nucleares y 12%, familias ampliadas.

Los servicios de salud pública de niveles primario y secundario, incluidos los servicios de atención de salud maternoinfantil y de atención médica general, resultan muy accesibles. Las familias pueden solicitar exención del pago de los cargos nominales que cobra el hospital por medio del Departamento de Bienestar Social.

Por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmitidas por vectores

No se notificaron casos de malaria, fiebre amarilla, enfermedad de Chagas, peste ni esquistosomiasis en el período 1997–2000. Hubo 14 casos de dengue en el período, pero ninguno de dengue hemorrágico. El mosquito *Aedes aegypti* es muy prevalente en la isla.

Enfermedades prevenibles por vacunación

No hubo casos confirmados de poliomielitis, tétanos, sarampión, tos ferina, rubéola ni difteria durante el período 1997–2000.

La cobertura de inmunización en el período fue 100% con la vacuna BCG, 99% con la MMR, 94% con la antipoliomielítica y 96% con la DPT. En julio de 2000 se introdujo una vacuna pentavalente contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y *Haemophilus influenzae*. Se inmuniza a todas las mujeres embarazadas contra tétanos y difteria. En la figura 2 se presenta la cobertura de vacunación en los niños menores de 1 año para el año 2000.

Enfermedades infecciosas intestinales

No se notificaron casos de cólera, fiebre tifoidea, fiebre paratifoidea, shigelosis, intoxicación por alimentos ni amebiasis en el período objeto de análisis. Según el laboratorio del Hospital Princess Alexandra, hubo cuatro casos de anquilostomiasis y necatoriasis y dos casos de ascariasis, pero no se registró ninguno de esquistosomiasis durante el período 1997–2000. Hubo 14 casos de tricuriasis y 1 caso de estrogiloidiasis.

Enfermedades crónicas transmisibles

No se notificaron casos de tuberculosis ni lepra de 1997 a 2000.

Infecciones respiratorias agudas

No se notificaron defunciones por infecciones respiratorias agudas durante el período objeto de análisis.

Zoonosis

No se notificaron casos de rabia, enfermedades por hantavirus ni encefalitis equina venezolana durante el período 1997–2000.

HIV/SIDA

Los análisis de sangre del laboratorio del Hospital Princess Alexandra revelaron un caso VIH positivo en 1997, tres en 1998, uno en 1999 y dos en 2000; un donante de sangre arrojó resultados positivos en la prueba de detección del VIH entre 1997 y 2000. Cuatro de esos casos eran de hombres y cuatro de mujeres, todos pertenecientes al grupo de 20 a 60 años de edad. No hubo defunciones por SIDA durante el período.

Infecciones de transmisión sexual

En 1997 no se detectaron infecciones de transmisión sexual entre los donantes de sangre. En 1998, un donante acusó resultados positivos en la prueba de detección de sífilis y en 1999, uno en la de sífilis y otro en la de hepatitis B. No se notificaron casos de hepatitis ni de otras infecciones de transmisión sexual en donantes de sangre en 2000.

Otros análisis de sangre revelaron cuatro casos de hepatitis B en 1997, seis en 1998, tres en 1999 y ninguno en 2000. Se registraron once casos de sífilis en 1997, tres en 1998, dos en 1999 y tres en 2000. Hubo un caso de gonorrea en 1999 y dos casos en 2000.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La obesidad, particularmente en las mujeres y los niños, es uno de los principales problemas de salud en Anguila. Se encontró anemia en cerca de 7,4% de los niños de 5 y 6 años y en 4,8% de los de 12 años en 2000. En 1997, alrededor de 20,2% de las mujeres embarazadas eran anémicas. Un hombre (del grupo de 60 a 64 años de edad) murió por otra clase de malnutrición proteino-calórica durante el período objeto de análisis.

Enfermedades cardiovasculares

La cardiopatía isquémica (31 defunciones), las enfermedades cerebrovasculares (18 defunciones) y la enfermedad hipertensiva (6 defunciones) estuvieron entre las principales causas de defunción en el período 1997–2000.

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas representaron 10% (25) de las defunciones durante el período 1997–1999. Las principales localizaciones fueron la mama femenina (24%); los labios, la cavidad bucal y la faringe (16%); el estómago (8%), y la próstata (8%). Hubo una defunción por tumores malignos de la mama femenina en los grupos de 45 a 49 años, 65 a 69 años, 75 a 79 años y 80 a 85 años de edad, respectivamente; se registraron dos defunciones por esta causa en las mujeres de 85 y más años.

Accidentes y violencia

Hubo cuatro defunciones por accidentes durante el período 1997–1999. Además, se notificaron seis casos de violencia doméstica. Las estadísticas de la policía registraron 13 denuncias de violación, 37 de atentado contra el pudor, 1 de asesinato y 311

de heridas y agresión en el período 1997–2000. No se registraron casos de homicidio culposo.

Salud oral

El examen de salud oral y el tratamiento correspondiente se realizan en la Clínica Dental. La relación de las extracciones con respecto a las obturaciones de piezas dentarias fue aproximadamente de 1:4 durante 2000. El número de consultas a la Clínica Dental fluctuó entre 9.029 en 1997 y 9.369 en 2000. La extracción de piezas dentarias varió de 1.501 en 1997 a 1.660 en 2000 y el número de obturaciones, de 4.333 en 1997 a 4.282 en 2000.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El objetivo del Ministerio de Salud y Desarrollo Social es asegurar atención de salud equitativa. En 2000 se estableció una Junta de Proyectos de Administración de Salud.

La reforma del sector salud

En 1996 el Ministerio de Salud y Desarrollo Social adoptó el sistema de atención primaria de salud, y en 1997 se instituyó el Departamento de Atención Primaria de Salud para asegurar la prestación de servicios apropiados y accesibles a la población de Anguila a un precio que esté a su alcance y de manera oportuna.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El Ministro de Salud y Desarrollo Social está a cargo de la administración de los servicios de salud. El Secretario Permanente de Salud, el Planificador de Salud y el Director de los Servicios de Salud asesoran al Ministro de Salud. El Director de los Servicios de Salud tiene la responsabilidad del desempeño eficaz de todos los departamentos y delegados subordinados al Administrador de Atención Primaria de Salud, al Administrador de Servicios de Salud y al Oficial Principal de Enfermería.

El grupo de administración estratégica, formado por personal técnico y administrativo superior y el Ministro de Salud y Desarrollo Social, se reúne mensualmente para planear los asuntos referentes a política y garantía de la calidad, así como también a revisiones financieras y presupuestarias en los sectores público y privado, y asesorar al Ministro al respecto. Este grupo, presidido por el Director de los Servicios de Salud, tiene la responsabilidad de la administración y coordinación generales de los servicios de salud pública.

El Equipo de Administración de Atención Primaria de Salud y el Equipo de Administración de Hospitales tienen la responsabilidad de la gestión cotidiana de los servicios en sus respectivos

departamentos. El sector privado de salud de Anguila es pequeño, pero está creciendo. Se limita a atención primaria y a ciertos servicios de atención terciaria.

El Gobierno de Anguila tiene seguro colectivo para todos los funcionarios públicos.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

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

La calidad del ambiente

La Sección de Saneamiento Ambiental del Departamento de Atención Primaria de Salud se encarga de la gestión de los desechos sólidos y líquidos, la higiene alimentaria, la lucha antivectorial, el saneamiento ambiental, la limpieza de playas y cunetas de las carreteras, la mejora de las prácticas de higiene, la salud y la seguridad en el trabajo y la provisión de servicios de saneamiento de bajo costo. Sin embargo, el departamento ve muy restringida su labor porque los recursos humanos son insuficientes y tienen una formación limitada, y porque se carece de tecnología.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la 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 patrones de comportamiento y de los modos de vida y tienen como destinatarios los niños de las escuelas primaria y secundaria, los adultos jóvenes y los grupos de la comunidad. Se han constituido alianzas con los medios de comunicación social de la isla y un programa de radio semanal difunde información relativa a la salud.

Prevención y control de enfermedades

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 el *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. El control de roedores ya está en marcha y se ponen cebos en los sitios donde hay alimentos, en las escuelas y en las instituciones públicas. Los venenos para roedores se venden al público por medio de la Sección de Saneamiento Ambiental del Departamento de Atención Primaria de Salud.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

En el presupuesto de Anguila no se han asignado fondos para el puesto de epidemiólogo. Sin embargo, la Supervisora de Enfermeras de Salud Pública ha tenido la responsabilidad del acopio de datos sobre enfermedades transmisibles desde 1998. El Sistema de Información de Salud, con sede en el Hospital Princess Alexandra, se destina a mejorar el mantenimiento de los expedientes médicos y a asegurar la obtención de información más oportuna y apropiada con fines de garantía de la calidad, vigilancia epidemiológica, administración de recursos y planificación.

Manejo de residuos sólidos municipales

La Sección de Saneamiento Ambiental se encarga 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 por contratistas. Los dueños de casa tienen la responsabilidad de retirar los escombros de las obras de construcción y artefactos y vehículos viejos. Se exige que los hoteles y otros establecimientos comerciales hagan sus propios arreglos de recolección de desechos.

Agua potable y alcantarillado

El Laboratorio de Agua del Departamento de Atención Primaria de Salud comenzó su primer programa de vigilancia de la calidad del agua en 1999. El tratamiento y análisis del agua subterránea es una responsabilidad de dicho laboratorio. El Departamento de Abastecimiento de Agua de Anguila se encarga del trabajo de planificación, construcción, operación y mantenimiento de la red de suministro de agua. La Sección de Saneamiento Ambiental tiene a su cargo la inspección y el tratamiento de cisternas.

Todas las aguas servidas se tratan y eliminan in situ por medio de fosas sépticas de infiltración (84% de las familias), letrinas de pozos (12%) y plantas depuradoras mixtas, empleadas principalmente por los hoteles, ciertos establecimientos comerciales e instituciones oficiales.

Protección y control de alimentos

La Sección de Saneamiento Ambiental realiza inspecciones periódicas de los locales de venta de alimentos y bebidas. Hay un programa de examen, certificación y registro de las personas que los manipulan y de los lugares donde trabajan; la educación de estas personas es parte integral del programa. En 2000, figuraban registrados 76 establecimientos de comida y 249 personas que manipulaban alimentos.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

El sistema de prestación de servicios de atención de salud está formado por los sectores público y privado. Los servicios del sector público comprenden atención primaria y secundaria. Cada uno de los cinco distritos de salud de Anguila, por conducto de los cuales se prestan servicios de atención de salud, tiene un centro y límites definidos. Hay cuatro dispensarios de atención de salud y el Centro de Salud de The Valley. La plantilla de los dispensarios está formada por una enfermera de salud pública, un auxiliar clínico y un oficial de saneamiento ambiental. Estos dispensarios prestan servicios básicos, entre ellos los de atención de salud materno-infantil, planificación familiar, inmunización, asesoramiento en nutrición, asistencia ambulatoria básica ofrecida casi semanalmente por un médico, atención geriátrica, tratamiento de enfermedades crónicas, educación para la salud y saneamiento ambiental. El Centro de Salud de The Valley ofrece los mismos servicios, pero también cuenta con apoyo de un nutricionista, un educador en salud y un farmacéutico, así como un médico distrital. Una enfermera de salud pública, una enfermera-partera de distrito, una enfermera de distrito, un auxiliar de salud comunitaria y un auxiliar clínico completan el personal del centro de salud.

Se presta atención secundaria de salud en el Hospital Princess Alexandra, una institución con 36 camas. Los servicios de atención hospitalaria comprenden tratamiento de urgencia, atención ambulatoria e internación de casos quirúrgicos, clínicos, pediátricos, ginecológicos y obstétricos, y servicios de diagnóstico radiológico y de laboratorio. La farmacia principal está localizada en el hospital y presta servicios a los sectores público y privado. Un médico o una enfermera de salud pública se encarga del envío de pacientes de atención primaria al hospital. El Departamento de Accidentes y Urgencias del hospital también ofrece servicios ambulatorios programados. Para mejorar los servicios que se ofrecen, se han agregado varios edificios nuevos al hospital, incluso un laboratorio con instalaciones modernas y un pabellón de maternidad. El Servicio Médico de Emergencia se introdujo en 1998, con dos ambulancias y un equipo de nueve técnicos médicos de urgencia capacitados en Barbados.

Se envían pacientes de los dispensarios al hospital y hay un sistema de envío a otros servicios para todos los pacientes egresados del hospital que deben volver a sus respectivos dispensarios. Anguila no tiene establecimientos de atención terciaria y envía al Reino Unido, a San Martín, a Puerto Rico y a otras islas del Caribe a los pacientes que necesitan esa clase de atención. Entre 1997 y 1999 se enviaron 62 casos para tratamiento en el exterior.

Se ofrecen servicios públicos de odontología en la sede central de The Valley, complementados por una unidad móvil que brinda atención a las escuelas primarias. Dos cirujanos, cuatro auxiliares de odontología y tres ayudantes dentales constituyen el personal de ese servicio.

Una enfermera especializada en psiquiatría presta servicios comunitarios de salud mental y se encarga de la atención de todos los enfermos mentales. Un psiquiatra visitante de Barbados complementa esos servicios con un examen para emitir el diagnóstico y prescribir el tratamiento. Los casos de urgencia se envían al médico de distrito. Los pacientes que necesitan atención hospitalaria especializada se envían a las islas caribeñas vecinas por cuenta del Estado.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

Todos los donantes de sangre —388 en el período— se someten a examen de detección del VIH, hepatitis B y sífilis.

Servicios especializados

Los servicios comunitarios de salud mental son prestados por dos enfermeras comunitarias diplomadas con especialización en psiquiatría. Se hacen arreglos para que un psiquiatra visite la isla cada tres meses para ofrecer servicios de consulta. El hospital busca la pericia de estas enfermeras, puesto que el Departamento de Atención Secundaria de Salud no emplea esa clase de personal. En 2000 se orientó y trató a 276 pacientes y se atendió a 17 pacientes nuevos.

Insumos para la salud

Medicamentos

Anguila obtiene medicamentos mensualmente por medio del Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental. Este servicio también presta apoyo en los campos de control y organización del inventario. Anguila no tiene formulario nacional de medicamentos y las compras se realizan utilizando como guía el Formulario del Caribe Oriental. Tampoco hay una lista de medicamentos esenciales. Se adquieren otros suministros médicos en otras organizaciones regionales e internacionales.

Inmunobiológicos

Las vacunas para el Programa Ampliado de Inmunización se obtienen por medio del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización (OPS). El control del inventario es bueno y se mantiene un servicio confiable. Hay un estricto cumplimiento de las normas y protocolos que rigen este programa.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso

En 2000 había 9 médicos, 40 enfermeras diplomadas, 2 dentistas, 4 terapeutas y enfermeras dentales, 3 auxiliares de odontología, 3 farmacéuticos, 1 tecnólogo de laboratorio, 3 técnicos de laboratorio, 2 técnicos en rayos X, 5 especialistas en saneamiento ambiental, 1 nutricionista y 2 educadores en salud. Para mejorar

la prestación de servicios en el nivel de atención primaria, se ofreció capacitación en dietética, saneamiento ambiental, enfermería de salud pública e información sobre salud.

Formación del personal de salud

En Anguila no hay instituciones en las que se puedan capacitar los funcionarios de salud. Con arreglo a las necesidades de dotación de personal de salud, los funcionarios son enviados a distintas 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 y secundaria de salud. El Estado apoya la capacitación de personal de salud en los sectores público y privado.

Gasto y financiamiento sectorial

La salud recibió 14,1% del presupuesto ordinario en 2000. De esa proporción, 5% se destina a atención primaria y 9% a atención secundaria. Aproximadamente 9,3% del total del gasto ordinario por concepto de salud se recauda en tarifas cobradas a los usuarios por servicios de odontología, hospitalización y farmacia.

Se recaudaron aproximadamente US\$ 30.000 en el hospital en el período 1999–2000. Los fondos recaudados se envían directa-

mente al fondo consolidado general y no pueden ser empleados por el hospital. El gasto total en salud en 2000 fue de US\$ 2.550.380; el gasto en medicamentos ascendió a US\$ 130.597.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

El Ministerio de Salud sigue recibiendo asistencia técnica y financiera de la OPS, el CAREC, el CFNI, el Departamento para el Desarrollo Internacional (DPDI) del Reino Unido y el PNUD. Se recibe asistencia técnica continua de la OPS en forma de capacitación de personal de salud y asesoramiento técnico de otra clase. El CAREC proporciona las vacunas adquiridas por la OPS para el Programa Ampliado de Inmunización.

El CFNI prestó asistencia técnica en materia de política sobre lactancia materna, pautas para la alimentación del niño pequeño, el concurso anual para el Examen de Nutrición Escolar, y educación y capacitación de coordinadores nacionales de nutrición, incluido un curso básico de alimentación y nutrición.

El DPDI trabajó activamente en numerosos proyectos de salud. El Proyecto de Desarrollo del Distrito Portuario de la Isla es financiado conjuntamente por el Gobierno de Anguila y el Gobierno del Reino Unido.

El PNUD proporcionó fondos para el Proyecto de Protección de la Salud Pública y el Medio Ambiente en 1998.

FIGURA 1. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Anguila, 1990–1994.

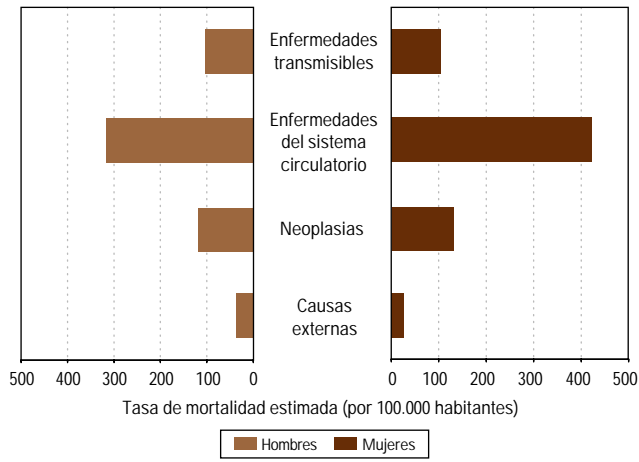
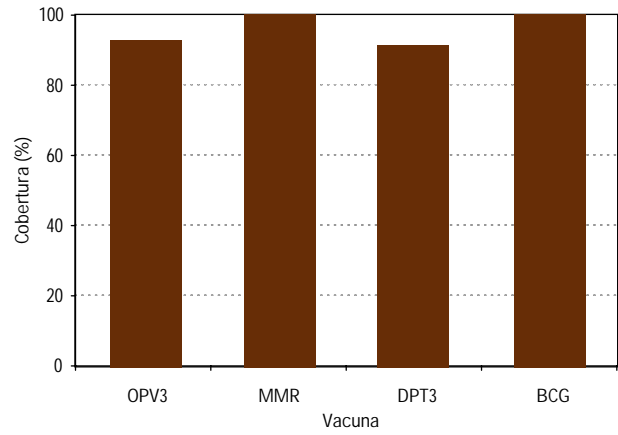


FIGURA 2. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Anguila, 2000.



ANTIGUA Y BARBUDA

CONTEXTO GENERAL

Antigua y Barbuda comprende las islas de Antigua, Barbuda y la isla deshabitada de Redonda, situadas todas en el centro de las islas del archipiélago de Sotavento en el Caribe Oriental. Las islas abarcan una superficie total de unos 440 km² (Antigua, 280 km²; Barbuda, 160 km²; Redonda, 1,6 km²).

Las islas presentan una topografía relativamente plana. Antigua se caracteriza por llanuras centrales y colinas volcánicas que nacen en el sudoeste y alcanzan una altura de 400 m en Boggy Peak; el punto más alto de Barbuda, el Highlands, tiene una altitud de 40 m. Antigua y Barbuda son conocidas por sus excelentes playas que atraen a numerosos turistas.

La topografía básicamente plana del país y la tala de los árboles para sembrar caña de azúcar durante la época colonial dejaron a ambas islas con muy pocas precipitaciones pluviales anuales (entre 1.000 mm y 1.050 mm). Además, cada tres a siete años se producen sequías; la última data del año 2000, cuando solo se registraron 772 mm de lluvia. Las islas carecen de ríos y tienen muy pocos arroyos. Debido a las pocas precipitaciones, Antigua depende de dos plantas de desalinización para el abastecimiento de aproximadamente 70% de su agua: una pertenece y funciona bajo la Administración de Servicios Públicos de Antigua y Barbuda; el sector privado es dueño y administra la otra planta. Otras fuentes acuíferas incluyen el agua de superficie que viene del dique de Potworks en el este (20%) y de los pozos subterráneos situados principalmente en la parte sur de Antigua (10%). Barbuda depende de los pozos subterráneos para su abastecimiento de agua, pero debido a que el agua de estos pozos es salobre y no potable, se utiliza principalmente para fines domésticos. Las condiciones de un abastecimiento de agua poco confiable llevan a que los residentes almacenen agua potable durante la estación de lluvias en cisternas, tambores y tanques. Lamentablemente, esta costumbre favorece la cría de mosquitos y tiene otras consecuencias negativas sobre la higiene, tales como un aumento potencial de la incidencia de enfermedades transmitidas por el agua.

Antigua y Barbuda se independizó de Gran Bretaña en 1981; ahora tiene su propio sistema de gobierno basado en el modelo

británico de Westminster. Está gobernada por un Parlamento constituido por representantes elegidos de los partidos mayoritario y de la oposición; se celebran elecciones cada cinco años. Las islas se dividen 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 12 ministros. Los asuntos de Barbuda competen principalmente al Consejo de Barbuda, que fue creado por una ley del Parlamento en 1976.

El último censo nacional de vivienda y población se realizó en 1991. La figura 1 presenta la estructura de la población por edad y sexo en el año 2000. A mediados de 1999 se estimó una población de 70.856 habitantes. En 1997 la tasa bruta de natalidad era de 21,6 por 1.000 habitantes y la tasa bruta de mortalidad de 6,4 por 1.000 habitantes. En 2000 la esperanza de vida al nacer era de 72,3 años para los hombres y de 76,4 años para las mujeres. En el período 1996–1999 hubo 5.602 nacidos vivos, es decir, un promedio de 1.400 nacimientos anuales. La tasa promedio de nacimientos para ese período fue de 19,8 por 1.000 habitantes.

El turismo contribuye de manera significativa al producto interno bruto (PIB), seguido por el sector financiero (bancos extranjeros, fideicomisos y seguros), el comercio al por mayor y al por menor, la construcción y los servicios gubernamentales. El Gobierno sigue concentrándose en desarrollar más la industria del turismo y en diversificar la economía mediante la expansión de los sectores financiero y de la información.

El producto interno bruto aumentó en forma constante, de US\$ 460,4 millones en 1996 a US\$ 565 millones en 1998. En la figura 2 se muestra la tendencia del crecimiento anual del producto interno bruto per cápita en el período 1991–2000. La deuda externa era de US\$ 384 millones en 1999, un aumento con respecto a los US\$ 246 millones de 1996. Al finalizar el año fiscal 2000, el total de la deuda pendiente del sector público consolidado era de aproximadamente US\$ 500 millones, y consistía en US\$ 400 millones en obligaciones externas y US\$ 100 millones en deuda interna. Según el índice provisional del Fondo Monetario Internacional, la tasa inflacionaria del país en 1999 fue de 1,1%,

cifra inferior a la de 3,4% registrada en 1998; la tasa de inflación bajó aún más y se aproximó a cero en el año 2000.

Como forma de promover un mejor desempeño fiscal, el Gobierno de Antigua y Barbuda empezó a mejorar su sistema de cobro de impuestos en el año 2000. Las reformas comprendían la introducción de un régimen de impuestos a la propiedad inmobiliaria y la imposición de un gravamen de 2% sobre el ingreso bruto de las empresas no constituidas en sociedad; los residentes están exonerados de impuestos sobre sus ingresos.

Desde 1973, Antigua y Barbuda tiene un sistema de educación gratuita y obligatoria para los niños de 5 a 16 años; los menores de 5 años van al preescolar, registrándose 93 en el año escolar 1997–1998, 104 en 1998–1999, y 100 en 1999–2000. En el año académico 1999–2000 se matricularon 13.079 estudiantes en 30 escuelas primarias públicas y 26 privadas, y 5.318 estudiantes en nueve escuelas secundarias públicas y cinco privadas. Entre 1996 y 2000 los hombres representaban 52% de la matrícula en la escuela primaria; solamente 45% de los estudiantes matriculados en la escuela secundaria eran hombres. La tasa de alfabetización de adultos en 1998 fue de 88%; Barbuda tiene una escuela única que imparte educación primaria y secundaria para los niños que viven allí.

En Antigua, la calidad de la educación terciaria en el Colegio Universitario del Estado sigue mejorando. En 2000, tanto la Escuela de Enfermería como la Escuela de Farmacia se integraron en este sistema institucional. Un recinto local de la Universidad de las Indias Occidentales —institución administrada conjuntamente por todos los Gobiernos del Caribe de habla inglesa— imparte educación continua. Las instituciones privadas ofrecen educación técnica y de secretaría.

Mortalidad

En el período 1996–1999 hubo un total de 1.858 defunciones, la mayoría de las cuales (63,5%) correspondieron al grupo de edad de más de 65 años; 13,6% de las muertes correspondieron al grupo de edad de 15 a 49 años. En 1999, 54,8% de las defunciones correspondieron a hombres.

En el período 1996–1999, entre las principales causas de defunción se encontraban las neoplasias, las enfermedades del sistema circulatorio y los accidentes. Las afecciones originadas en el período perinatal también figuraron de manera predominante como causa de defunción durante ese período.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

Los niños de 0 a 4 años de edad representan 10,4% del total de la población. En 1999, 92,1% (1.224) de los 1.329 nacidos vivos

fueron atendidos en el Hospital Holberton —el principal hospital de Antigua— y 6,8% (90) de los nacimientos tuvieron lugar en el Centro Médico Adelin, el único hospital privado de la isla; el restante 1,1% (15 nacidos vivos) no ingresó al sistema de atención secundaria. Estas cifras reflejan la política del Gobierno de atender en los establecimientos de salud la mayor cantidad posible de nacimientos. El número de mortinatos fue de 15 en 1996 y 1997, 12 en 1998 y 16 en 1999. El sector salud está bien dotado: las instalaciones son adecuadas y hay una unidad de atención especial para niños prematuros y otros lactantes que requieren atención especial. Todos los embarazos de alto riesgo se derivan al Hospital Holberton.

La tasa de mortalidad perinatal fue de 29,2 por 1.000 partos en 1996, disminuyó a 18,8 en 1997 y bajó aún más a 18,4 en 1998, pero aumentó a 23,8 en 1999.

De las 103 defunciones de lactantes registradas en el período 1996–1999, 71 (68,9%) correspondieron a muertes neonatales tempranas y 11 de ellas (10,7%), a defunciones neonatales tardías. La causa principal de las defunciones neonatales en 1999 fueron las afecciones originadas en el período perinatal (57%), la neumonía (18%), las anomalías congénitas (7%), las causas externas (7%) y otras enfermedades del aparato respiratorio (7%). La tasa de mortalidad infantil, que era de 25,3 por 1.000 nacidos vivos en 1996, bajó a 14,5 y 12,4 respectivamente en 1997 y 1998. En 1999 la tasa de mortalidad infantil subió a 21,1 por 1.000 nacidos vivos.

Las metas del país en cuanto a la lactancia materna son lograr que durante las primeras 6 semanas de vida esta sea la alimentación exclusiva de los lactantes, y que la lactancia materna continúe durante por lo menos 4 meses. En 1997, 26,8% de los lactantes fueron alimentados exclusivamente con leche materna hasta las 6 semanas de edad; en 1998, 28,5%; y en 1999, 37,5%; todas estas cifras están muy por debajo de la meta de 100%. La continuación de la lactancia materna hasta los 3 meses se situó en 84,1% en 1997, 86% en 1998, y 84,8% en 1999, una vez más por debajo de la meta propuesta de 4 meses.

En el período 1996–1999 se registraron 15 defunciones en el grupo de edad de 1 a 4 años. Las causas de estas defunciones fueron la neumonía (3), las anomalías congénitas (3), los accidentes, incluido el envenenamiento accidental (4), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (1), la infección intestinal (1) y las enfermedades del sistema nervioso (3).

Los Servicios de Salud del Niño que vigilan el crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional de los niños menores de 5 años, se prestan en los diversos centros de salud de las islas. También se asigna gran importancia a la prevención de ciertas enfermedades de la niñez por medio de la vacunación. La cobertura de los Servicios de Salud del Niño varió de 82% en 1996, a 89% en 1997, a 86% en 1998, y a 84% en 1999. Los médicos del sector privado atienden aproximadamente a 15% de los niños menores de 5 años.

Los programas de tamizaje para determinar el estado nutricional y las concentraciones de hemoglobina en menores de

5 años no han tenido tanto éxito, ya que la proporción de niños sometidos a las pruebas en 1996–1999 se ubicó muy por debajo de la meta de 100%. Los niveles de malnutrición, leve y moderada según lo determina el gráfico de crecimiento basado en el peso y la edad para la zona del Caribe, se encontraban en niveles bajos para el período en revisión. El número de niños en el grupo de menores de 5 años con malnutrición leve a moderada era de 73 en 1997, de 72 en 1998, y de 51 en 1999. Las cifras para la malnutrición grave son todavía más bajas, y apenas dos niños se encontraban en esta categoría en 1997, uno en 1998 y tres en 1999. Un motivo de preocupación es el hecho de que en este grupo de edad, 311 niños fueron clasificados con exceso de peso en 1997, 266 en 1998 y 243 en 1999.

En el período 1996–1999 los problemas de salud más comunes entre los niños de 1 a 4 años que llegan a las clínicas fueron las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, los traumatismos y las infecciones de la piel.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

En 1988 apenas 63% de los niños de 5 años de edad habían tenido su primer examen de salud antes de entrar a la escuela primaria; en 1999 la cifra fue levemente mayor (77%). Hay muchos problemas asociados con este servicio, entre ellos el hecho de que no necesariamente coincide con la Clínica de Salud del Niño y depende también de la disponibilidad de espacio en los centros de salud y de la presencia de personal de enfermería especializado en atención directa a la familia para realizar las evaluaciones.

La salud de los adolescentes (10–19 años)

Los adolescentes de 10 a 19 años representaban 18,6% de la población estimada para 1996–1998. En 1996, la Encuesta de Salud de los Adolescentes distinguió como aspectos importantes que influyen en la situación de salud de este grupo de edad, los siguientes: la violencia y los incidentes relacionados con las pandillas, el abuso de drogas y la salud sexual y reproductiva. La encuesta se realizó en Antigua y Barbuda en 1996–1997, en colaboración con la Unidad de Educación sobre Salud y la División de Información Sanitaria.

La encuesta también indicó que durante los 12 meses previos a su administración, 15,8% de los estudiantes habían participado en actos de vandalismo, 8,3% habían robado, 8,8% habían participado en peleas donde se usaron armas, y 10% habían sido miembros de pandillas. De acuerdo con la encuesta, las sustancias que utilizaban más comúnmente los adolescentes eran el alcohol, el tabaco, la marihuana y la cocaína. La encuesta reveló asimismo que 7,8% de ellos fumaban, 36,7% consumían alcohol, 6,1% usaban marihuana y 1,8% consumían cocaína. De los encuestados, 15% indicaron que durante un período de su vida habían sido víctimas de maltrato físico. Aproximadamente 10% habían sufrido abuso sexual, y estos se encontraban principalmente en el grupo de menores de 15 años de edad. Los intentos de suicidio también se señalaron como un problema, ya que 9,6% de

los estudiantes habían intentado suicidarse por lo menos una vez; la mayoría de ellos eran mujeres. Finalmente, 30% de los estudiantes admitieron haber tenido relaciones sexuales; de estos, 12,9% dijeron que habían sido obligados a ello.

La salud de la población adulta (20–59 años)

En 1998, la población de 20 a 59 años se calculó aproximadamente en 35.484 personas, es decir, cerca de 50% de la población total; 52% de este grupo de edad eran mujeres. De acuerdo con los informes de la clínica comunitaria, las principales enfermedades motivo de consulta por los adultos fueron la hipertensión, la diabetes mellitus, las lesiones, las enfermedades cardíacas y las infecciones respiratorias agudas. Hay clínicas para la hipertensión y la diabetes, clínicas para las infecciones de transmisión sexual y clínicas psiquiátricas que prestan servicios a este grupo de edad en el nivel comunitario. Las razones para las primeras consultas incluían diabetes, hipertensión, accidentes y lesiones, enfermedad del corazón y abuso de drogas, incluido el alcohol; la hipertensión y la diabetes fueron los motivos de 25% de todas las visitas de este grupo de edad. Otras razones de visitas a las clínicas por parte de este grupo de edad incluían accidentes y lesiones, infecciones respiratorias y cardiopatías. El número de mujeres que acude a los servicios para adultos duplica al de los hombres.

Según los datos recopilados, en 1998 los accidentes y las lesiones ocasionaron más de 26% de las defunciones; los homicidios y suicidios 15%; el SIDA 7,5% y la diabetes 7,5%. En 1998, en el grupo de edad de 45 a 59 años, la enfermedad cardíaca fue la causa principal de muerte. Las neoplasias malignas y las afecciones relacionadas con la dependencia del alcohol y las drogas fueron las siguientes causas principales de defunción en este grupo de edad para ese mismo año.

Los servicios para las mujeres de este grupo de edad incluían atención prenatal y planificación familiar. La cobertura de clínicas prenatales variaba de 71,8% para las mujeres embarazadas en 1997 a un máximo de 81,9% en 1998, pero bajaba una vez más a 77,7% en 1999. La proporción de mujeres que asistían a las clínicas antes de las 12 semanas de embarazo variaba de 24,2% a 29,1% en el período 1996–1999.

En el período 1996–1998 el país definió las metas nacionales para la atención de mujeres embarazadas. La primera meta era lograr un mínimo de ocho visitas prenatales durante el embarazo. Sin embargo, apenas se lograron cuatro visitas por embarazo en promedio para ese período, y menos de la mitad de todas las mujeres embarazadas cumplió con las cuatro visitas recomendadas hasta las 32 semanas y con las cuatro visitas después de las 32 semanas de embarazo. La segunda meta establece que por lo menos 90% de las mujeres llegue al parto con niveles de hemoglobina no inferior a 11g/dl. La meta se logró en 1999, cuando solo 6,9% de las mujeres sometidas a la prueba mostraron anemia con concentraciones de hemoglobina por debajo del nivel fijado. La tercera meta era aumentar el tamizaje para las enfermedades venéreas y medir los niveles de hemoglobina a las

23 y 32 semanas para el período 1995–1999. Los resultados para esta meta fueron bajos (35,2%-48,8%) y son motivo de preocupación. La cuarta meta era lograr 100% de la cobertura posnatal para las madres y los lactantes; el nivel alcanzado en 1999 fue de 72%, levemente inferior a la cifra de 74% correspondiente a 1997. Los servicios posnatales se ofrecen en el nivel comunitario.

Los servicios de planificación familiar mostraron un descenso significativo entre 1996 y 1999 debido a la disminución de los recursos. El número de usuarios bajó drásticamente, pasando de 521 a 140 para los nuevos usuarios, y de 1.796 a 361 para los usuarios activos. La aceptación de la planificación familiar en las clínicas posnatales mostró un descenso entre 1997 y 1998, bajando de 62% a 30%. En 1998, los anticonceptivos orales eran el método preferido entre los nuevos usuarios de la planificación familiar, mientras que en 1999 los anticonceptivos por inyección pasaron a ser los más utilizados.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

La población estimada de los adultos de 60 y más años en 2000 era de 4.172 personas (6,3% de la población total), 2.479 mujeres y 1.693 hombres. Dentro de este grupo de edad, 599 personas tenían más de 80 años de edad. Los problemas de salud que afectan a este grupo incluían las neoplasias malignas, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad cardíaca, la diabetes y la hipertensión. Estas enfermedades crónicas no transmisibles representaron la mayoría de los casos examinados en las clínicas comunitarias. Muchos pacientes también mostraron factores de riesgo asociados, tales como obesidad, alcoholismo y tabaquismo. La hemiplejía y la ceguera debida a cataratas, glaucoma y diabetes eran comunes como causa de discapacidad entre los adultos mayores.

La Junta del Seguro Social otorga una pensión de vejez a las personas mayores de 60 años, sobre la base de sus contribuciones previas. El esquema de beneficios médicos suministra servicios de laboratorio y otros servicios de investigación, así como productos farmacéuticos a los beneficiarios mayores de 60 años.

Existe un establecimiento geriátrico de atención a largo plazo con capacidad de 100 camas administrado por el Gobierno y cuatro establecimientos privados para los ancianos. La Sociedad de St. Vincent de Paul también administra un programa de atención diaria para los ancianos. Un programa de ayuda en el hogar para los adultos mayores introducido por la División de Asistencia a la Ciudadanía, dependiente del Ministerio del Interior, sigue prestando servicios sociales, económicos y de salud a este grupo vulnerable. Los servicios de apoyo los prestan asistentes de bienestar y trabajadores de ayuda doméstica, y se han organizado varios programas sociales y recreativos para la población de adultos mayores.

La salud de la familia

El censo de 1991 reveló que aproximadamente 42% de los hogares estaban encabezados por mujeres. La División de Asistencia a la Ciudadanía ofrece servicios profesionales especializa-

dos de bienestar destinados a promover y mantener la estabilidad familiar y satisfacer las necesidades de quienes están atravesando por crisis personales y otros problemas sociales y familiares. La Dirección de Asuntos de Género, una división del Ministerio de Salud, es responsable de administrar los servicios para las mujeres sometidas a maltratos; entre estos servicios se encuentra una línea telefónica que funciona 24 horas, un servicio de defensa en los tribunales, un hogar de refugio para las víctimas, y orientación y apoyo a la víctimas como parte de la iniciativa para abordar estos problemas.

El Comité Conjunto para la Promoción de la Salud Emocional en los Niños es una organización sin fines de lucro que aborda las necesidades de los niños con problemas emocionales que han sufrido distintos tipos de maltrato. Por medio del funcionamiento del Centro de Orientación para los Niños y la Familia se presta ayuda a las víctimas y a sus familiares. En 1999 el centro atendió un total de 66 personas cuyas edades variaban entre los 3 y los 24 años. Los trastornos de la conducta se citaron como el problema más frecuente, con un total de 22 niños examinados por esta causa; otros casos atendidos en el centro correspondieron a dificultades en el aprendizaje (11), maltrato (6) y delincuencia (5).

La salud de los trabajadores

El país no tiene un programa especial para atender la salud de los trabajadores, pero la ley nacional de indemnización laboral se aplica a la mayoría de ellos. Todas las personas empleadas deben participar en los planes de seguridad social y de beneficios médicos por medio de contribuciones mensuales que representan un porcentaje fijo de su sueldo; los empleadores también deben hacer contribuciones mensuales a nombre de sus empleados. El plan de beneficios médicos ofrece cobertura para atención médica y quirúrgica y otros servicios, entre los que se incluyen hospitalización, medicinas, pruebas de laboratorio, rayos X, electrocardiograma. El plan también ofrece medicamentos a personas diagnosticadas con ciertas enfermedades crónicas, entre ellas la hipertensión, la enfermedad cardíaca, la diabetes, el cáncer, el glaucoma y las enfermedades mentales. Los beneficios de la seguridad social abarcan enfermedad, discapacidad, maternidad y pensión.

Los salud de los discapacitados

El Consejo para Discapacitados ofrece ayuda por medio de programas especiales para los discapacitados. Los niños en edad escolar que tienen problemas de audición asisten a la escuela para sordos y discapacitados auditivos, que está supervisada por el Ministerio de Educación; los niños ciegos o los que tienen algún problema de la vista también concurren a esa escuela. Los niños con retraso mental asisten a una escuela especial.

El Gobierno, por medio del Centro Nacional de Rehabilitación y Capacitación Profesional para los discapacitados, ayuda a los adultos discapacitados en la búsqueda de empleo y en el traslado desde y hasta sus sitios de trabajo. Las personas discapacitadas que no pueden trabajar reciben un estipendio del Gobierno. El

Centro ofrece cursos de agricultura, costura y manualidades, así como actividades de formación de destrezas en ámbitos tales como comunicación, lectura, escritura, lenguaje de signos, aptitudes para vivir en forma independiente y economía doméstica. La Sociedad para Ciegos imparte capacitación técnica y artesanal para los discapacitados visuales.

La salud de otros grupos especiales

Antigua y Barbuda atrae a muchos inmigrantes, principalmente de Dominica, la República Dominicana, Guyana, Jamaica, Montserrat y San Vicente y las Granadinas, la mayoría llegan en busca de empleo. La inmigración de ciudadanos desde Montserrat merece una mención especial debido a que muchos de ellos arribaron a Antigua en 1995, huyendo de las erupciones del volcán La Soufrière. Aproximadamente 4.000 montserratinos vivían en Antigua cuando la inmigración alcanzó su punto máximo, ya que muchos se quedaban en Antigua con amigos o parientes. Antigua ha establecido planes de contingencia en el caso de desplazamientos masivos desde Montserrat.

Antigua también ha experimentado un aumento en el número de inmigrantes de habla hispana. Gran parte de los que emigran desde la República Dominicana tienen antepasados de Antigua, ya que muchos habitantes de Antigua habían emigrado a la República Dominicana en busca de trabajo en el decenio de 1920. Estos asuntos de las migraciones han influido principalmente en los sistemas educativos, sanitarios y sociales, que tuvieron que hacer grandes esfuerzos para incorporar a los nuevos residentes. Las barreras del lenguaje también han tenido que superarse para dar educación y asistencia sanitaria a los nuevos residentes. No hay poblaciones indígenas en Antigua y Barbuda.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Los desastres naturales más comunes en Antigua y Barbuda son los huracanes y las tormentas tropicales. En octubre de 1998 Antigua fue asolada por el huracán George, que ocasionó la muerte de 2 personas y dejó a 34 lesionadas. Los daños a las instalaciones públicas, a los establecimientos agrícolas y de pesquería, al medio ambiente, a la actividad turística, los hospitales, las iglesias, las viviendas y los negocios se calcularon en US\$ 74.074.074.

Los huracanes José y Lenny asolaron a Antigua en octubre y noviembre de 1999, respectivamente. Hubo un muerto y 13 heridos; más de 350 viviendas fueron dañadas o destruidas. El costo de las pérdidas en viviendas, medio ambiente, carreteras y puentes, establecimientos de salud, servicios públicos, agricultura y pesquería, y negocios se calculó en US\$ 91.640.519.

Enfermedades transmitidas por vectores

Las principales enfermedades transmitidas por vectores son el dengue y la malaria. En 1997 hubo 10 casos confirmados de

dengue. En 2000 se produjeron 11 casos confirmados de dengue debidos al virus serotipo 3; no se presentaron casos de dengue hemorrágico ni de síndrome de choque por dengue. No se notificaron casos de malaria en 1997 ni en 1998, pero hubo un caso confirmado en 1999. La vigilancia de la malaria es constante para prevenir los casos importados.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Las vacunas contra la difteria, la tos ferina, el sarampión, la parotiditis, la rubéola, el tétanos y la poliomieltitis son parte integral de los servicios de Atención a la Salud del Niño. En julio de 2000 se introdujo la vacuna pentavalente, que incluye la vacuna contra la hepatitis B y contra la meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b. Se suministraron vacunas contra la fiebre amarilla a las personas que viajan a zonas donde esta enfermedad es endémica. En el período 1996–2000 se administraron 181 dosis de vacunas de fiebre amarilla. La cobertura de vacunación contra la difteria, la poliomieltitis, el tétanos, el sarampión, la parotiditis y la rubéola en niños menores de 5 años fue de 99% en 1999.

Hay vigilancia activa para las enfermedades prevenibles por vacunación. No se produjeron casos de parálisis flácida aguda, de exantema febril ni de sarampión en el período 1996–2000. Hubo cuatro casos notificados de parotiditis en 1999 y cinco en 2000. En septiembre de 1999 el Ministerio de Salud lanzó una campaña de inmunización contra la rubéola, dirigida a todos los adultos de 20 a 30 años de edad; la campaña buscaba inmunizar a este grupo utilizando la vacuna triple contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR). Hasta marzo de 2000 se habían administrado 9.250 dosis de vacunas. En la figura 3 se presenta la cobertura de inmunización en los niños menores de 1 año para 2000.

En 1999 se produjeron tres casos de tétanos; los tres afectaron a hombres y uno de ellos fue mortal. En 1999 se notificaron al Servicio de Epidemiología 17 casos de infección por el virus de la hepatitis B. Estos informes se registraron principalmente a partir del proceso de tamizado del banco de sangre.

Enfermedades infecciosas intestinales

El país sigue libre de cólera. En el primer trimestre de 1997 se produjo un brote de gastroenteritis debido a rotavirus que afectó a unas 2.000 personas. Más de 50% de los afectados tenían menos de 10 años de edad. En el año 2000 hubo cuatro casos confirmados de tífus. Los casos correspondieron a personas de entre 3 meses a 43 años de edad.

Enfermedades crónicas transmisibles

No ha habido nuevos casos de lepra desde 1995. Los dos residentes con lepra que no necesitaban tratamiento activo fueron reubicados en la comunidad y siguen recibiendo asistencia del Gobierno.

Entre 1996 y 1999 se produjeron 16 casos de tuberculosis: seis en 1996, tres en 1997, cuatro en 1998 y tres en 1999. La vacuna

BCG no se da habitualmente como parte del plan de inmunización. No hubo pruebas de coinfección de tuberculosis y SIDA.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones agudas de las vías respiratorias constituyeron la principal enfermedad transmisible en 1998 y 1999. En 1999 se produjo un brote de infecciones agudas de las vías respiratorias, con 1.344 casos. En 1996 y 1997 se identificaron dos episodios de la enfermedad de los legionarios y ambos se atribuyeron a defectos en sistemas para calentar el agua.

Zoonosis

Antigua y Barbuda siguen libres de rabia y otras zoonosis.

VIH/SIDA

En 1999 el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) pasó a ser una de las 10 principales causas de muerte. El total acumulado de casos notificados de infección por el VIH desde 1985 hasta finales de 1999 fue de 271; en ese período, 85 personas murieron a causa del SIDA. La mayoría de los casos notificados de infección por el VIH se distribuyeron en el grupo de edad de 25 a 29 años.

En 1998 hubo cinco nuevos casos de SIDA notificados y tres defunciones. En 1999 hubo 14 nuevos casos notificados de SIDA, y 10 defunciones se atribuyeron a enfermedades relacionadas con el VIH. En 1999 la incidencia anual de SIDA fue de 209 por 1.000.000 de habitantes, y la razón hombre/mujer de casos de SIDA fue de 2,5:1. Un estudio realizado en 1997 en embarazadas reveló una tasa de prevalencia de 0,9%.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

El porcentaje de niños pequeños con concentraciones de hemoglobina por debajo de 10 g/dl descendió de 13% en 1995 a 7,1% en 1999. Un estudio sobre micronutrientes de 1996 reveló que 1% de los niños de 1 a 4 años tenían carencia de vitamina A y de beta caroteno; era mayor la cantidad de mujeres afectadas por carencia de vitamina A y los niveles mejoraban con la edad. Se encontró que 62% de los niños encuestados tenían niveles de vitamina E por debajo de lo normal.

En 1999, el registro de enfermedades crónicas contabilizó 713 pacientes diabéticos que efectuaron 4.332 visitas a clínicas.

Enfermedades del sistema circulatorio

Las enfermedades del sistema circulatorio ocasionaron 180 (37,7%) de todas las defunciones en 1998 y 190 (37,3%) en 1999.

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas fueron la causa principal de muerte en 1999, con 73 defunciones registradas. Para 1998 y 1999 los principales tipos de cáncer fueron el de próstata (26%), estómago (9%), colon (8%), hígado y pulmones (7,7%) y mama (4%).

Accidentes y violencia

En el período 1996–1999 se produjeron 37 accidentes mortales de vehículos automotores, que ocasionaron 43 defunciones y 87 lesiones. La cantidad total de accidentes de vehículos automotores para el período en cuestión fue de 3.922 y la cifra más alta (1.562) se registró en 1996.

Salud oral

Un análisis de la situación de salud realizado por el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior en 1996 notificó que la enfermedad dental era una afección encontrada en aproximadamente 10% de los niños de 5 a 10 años de edad. Las observaciones sobre la situación bucodental de los niños que acuden a las clínicas dentales de Antigua parecen indicar que las caries sin tratar siguen siendo un problema grave. Pero la prevalencia y la gravedad de la caries dental en Antigua y Barbuda tiene que ser estudiada y cuantificada todavía más.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En 1997 el Gobierno aprobó la Política Nacional de Salud para el período 1997–2001. La política refleja el reconocimiento del Gobierno de la necesidad de contar con políticas claras y unificadas para guiar el desarrollo del país; establece las metas prioritarias y las formas para lograrlas. La política reitera el compromiso del Gobierno con los servicios universales de salud, pero aboga por métodos innovadores al financiamiento de la atención sanitaria. En 1997 el Gobierno aprobó una política nacional sobre el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

En 2000 el Gabinete otorgó un mandato al Ministerio de Planificación, Ejecución y Asuntos de Servicio Público para producir un plan cuatrienal de desarrollo estratégico nacional para el período 2001–2004.

En 1999 se asignó un coordinador local para el proyecto de educación para la vida familiar y la salud, y se nombraron los integrantes de un comité coordinador nacional.

El sistema de salud

El Ministerio de Salud supervisa el sistema de atención de salud, la reglamentación y la prestación de los servicios en el sector público. El Ministro de Salud es miembro del Gabinete y delega la autoridad de la administración del ministerio en un secretario permanente. El personal técnico y administrativo ayuda al secretario permanente a alcanzar las metas y objetivos gubernamentales en materia de salud.

El funcionario médico principal es el primer asesor técnico del ministro y se encarga de coordinar los servicios asistenciales prestados en los hospitales y centros de salud. Antigua se divide en seis distritos médicos determinados por su situación geográfica.

fica; cada uno de ellos es atendido por un médico de distrito nombrado por el Gobierno, 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 maternoinfantil, educación sanitaria, saneamiento ambiental, atención de salud mental en la comunidad, nutrición, tamizaje y atención para diabéticos e hipertensos, control y vigilancia de enfermedades transmisibles, y visitas domiciliarias. Como parte de los esfuerzos de descentralización en curso, en 1999 el Parlamento promulgó la Ley de Juntas de Hospitales que se llevó a la práctica en 2000. El sistema de salud se financia por medio de tributación o gravámenes impuestos por el sector público para apoyar el sistema de beneficios médicos. La participación de las compañías de seguro privado en el financiamiento de la atención de salud es mínima. Los servicios de salud en Barbuda son reglamentados y organizados por el Consejo de Barbuda. Los servicios privados se limitan a Antigua, donde hay médicos privados que ofrecen servicios ambulatorios.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Es necesario contar con nuevas normas para reglamentar la expansión de los servicios de salud tanto públicos como privados. La Ley de Farmacia, aprobada en 1995, y la Ley sobre Partería fueron enmendadas en 2000. Las enmiendas a la Ley de Salud Ambiental y a las Leyes de Salud Mental están en curso.

La Junta de Registro Médico regula el ejercicio de la medicina. El Consejo General de Enfermería reglamenta la capacitación y el ejercicio profesional de las enfermeras y tiene a cargo hacer cumplir los requisitos para su habilitación. La Junta de Parteras reglamenta el ejercicio profesional y el adiestramiento de las parteras.

Organización de los servicios de salud pública

En los programas comunitarios y en las actividades escolares se hace hincapié en la promoción de la salud; también se fomenta la participación comunitaria.

Los programas de prevención y control de enfermedades en Antigua y Barbuda incumben a la División Médica del Ministerio de Salud. Se identificaron como prioridades las enfermedades no transmisibles, tales como la diabetes, la hipertensión y el cáncer. Luego de una reunión celebrada en 1999, se preparó un proyecto de protocolo para el tratamiento de la diabetes en entornos de atención primaria.

El Ministerio de Salud facilita programas de educación pública sobre el control de mosquitos y la prevención del dengue y sus complicaciones.

Antigua y Barbuda adoptaron la estrategia DOTS o tratamiento breve bajo observación directa para la prevención y el control de la tuberculosis. Este tratamiento es supervisado por la enfermera epidemióloga y el funcionario médico principal. La Secretaría del SIDA y el comité nacional sobre el SIDA siguen

realizando programas educativos y distribuyendo condones como parte del programa de prevención y control del VIH/SIDA.

El país cuenta con un laboratorio de salud pública; en 1999 se integró al Sistema de Información del Laboratorio de Salud Pública. Mediante un soporte lógico diseñado para ese fin, los datos del laboratorio se procesan y se transmiten al Epidemiólogo Nacional. Esto asegura que se disponga de la información oportunamente, lo que resulta fundamental para los programas de prevención y control de enfermedades. La vigilancia epidemiológica le compete al Ministerio de Salud.

En Antigua, la Administración de Servicios Públicos de Antigua se encarga del abastecimiento del agua potable. La Junta Central de Salud vigila la calidad del agua suministrada por el mencionado organismo y de la que almacenan los residentes.

No hay un sistema central de alcantarillado en las islas. En 1999 la responsabilidad del manejo de los desechos sólidos se transfirió de la Junta Central de Salud a la Administración Nacional de Gestión de los Desechos Sólidos, creada por el Gobierno en 1995. Dicho organismo se encarga de la recolección de los desechos sólidos, de su almacenamiento, tratamiento y eliminación. Actualmente todos los desechos sólidos, incluidos los desechos médicos u hospitalarios, se eliminan en el vertedero Cooks. En 1996 se iniciaron las obras para construir rellenos sanitarios en Antigua y Barbuda, así como un incinerador para los desechos hospitalarios en un nuevo hospital.

La proliferación de los vendedores callejeros es motivo de creciente preocupación. La Junta Central de Salud inspecciona los restaurantes y otros establecimientos donde se venden alimentos.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Tanto las instituciones privadas como los establecimientos gubernamentales prestan servicios de atención de salud. El Hospital Holberton, de 141 camas, es la única institución pública que ofrece atención para casos agudos. Se ofrecen servicios de medicina general y especializada en medicina interna, cirugía, ortopedia, obstetricia y ginecología, pediatría, radiología y patología. Además, el sector privado y especialistas extranjeros brindan servicios de nefrología, oftalmología, neurología y oncología.

En julio de 1997 se encargó una unidad de diálisis renal con tres máquinas de diálisis. La unidad tiene ahora cuatro máquinas, una de las cuales funciona mediante ósmosis independiente inversa. Estos servicios e instalaciones atraen pacientes de las islas vecinas como Anguila, Montserrat, y Saint Kitts y Nevis.

El Hospital Holberton también ofrece servicios médicos de urgencia. Este importante servicio empezó a prestarse en 1996 con la compra de varios vehículos especiales para atender urgencias y la capacitación paramédica de su personal.

El Hospital Holberton cuenta con una unidad de rehabilitación con instalaciones de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y respiratoria.

Todavía hay varias pruebas de diagnóstico que no se hacen y algunos agentes terapéuticos que no se consiguen en el país, por lo que muchos pacientes tienen que viajar a las islas vecinas o a los Estados Unidos si necesitan pruebas tales como la imaginología por resonancia magnética y ciertas opciones de tratamiento, como radioterapia y quimioterapia. El plan de beneficios médicos tiene un sistema de referencia según el cual los pacientes son enviados a otros países para pruebas de diagnóstico o tratamientos que no se realizan en la isla. En 1999 se enviaron 149 personas al exterior para que reciban tratamiento o se sometan a pruebas; en 2000 el número bajó a 123.

El Hospital para Enfermos Mentales aloja en promedio a unos 100 pacientes, algunos de los cuales vienen de islas vecinas como Anguila, Montserrat, Nevis, Saint Kitts, y Tórtola. El Instituto Fiennes es un establecimiento geriátrico público con una capacidad de 100 camas.

Los residentes de Barbuda son atendidos en el Hospital Hannah Thomas, conocido anteriormente como el Spring View Hospital, un establecimiento de ocho camas que funciona principalmente como centro ambulatorio. Los pacientes de Barbuda reciben tratamiento especializado en Antigua.

La División de Salud Oral del Ministerio de Salud está formulando un programa integral de salud dental. Antigua tiene tres dentistas, un auxiliar dental y un higienista dental. La unidad dental de tres sillones en el Centro de Salud St. John, en la capital, ofrece profilaxis dental, restauraciones temporales y permanentes, selladores, extracciones y tratamientos con gel de flúor.

Hay un establecimiento privado de atención secundaria —el Centro Médico Adelin de 21 camas— que presta servicios ambulatorios y de hospitalización. Hay tres centros médicos con grupos de médicos de diferentes especialidades y dentistas que ejercen la profesión en forma privada.

Los servicios comunitarios de salud se prestan por medio de una red de 9 centros de salud y 18 dispensarios satélites o subcentros. Los equipos que incluyen médicos de distrito, enfermeras de atención directa a la familia, enfermeras de salud pública, enfermeras-parteras de distrito y auxiliares clínicos prestan servicios en los centros de salud. Las enfermeras-parteras de distrito y los auxiliares clínicos prestan servicios en los subcentros con apoyo del equipo del centro de salud.

Los servicios de salud funcionan y se administran de manera centralizada. Los pacientes de las zonas rurales viajan a la capital St. John cuando necesitan servicios de rayos X, laboratorio y farmacia.

En 1999 empezó la construcción de cuatro nuevos centros de salud en la isla. Este proyecto fue emprendido por el Gobierno británico por conducto de su Departamento para el Desarrollo Internacional (DPDI) como una forma de superar la carga que se ha sumado al sistema de salud después de la inmigración de los residentes de Montserrat. Para ayudar a descentralizar los servicios de salud, estas nuevas clínicas prestarán servicios odontológicos y de farmacia, además de los ofrecidos en otros

centros de salud de la isla; también funcionarán durante períodos más largos para que los servicios sean más accesibles.

Todos los médicos especialistas residentes, entre ellos los asesores gubernamentales y los funcionarios médicos distritales, ejercen la profesión en forma privada en la capital. Además, hay cuatro centros privados de oftalmología, un centro ortopédico privado que tiene equipos de rayos X, cuatro laboratorios privados y un centro privado de terapia física.

Los servicios de banco de sangre están centralizados en el Hospital Holberton y en el Centro Adelin. En 2000 hubo 989 donantes de sangre en el Hospital Holberton. La sangre se somete a tamizaje para detectar hepatitis b, sífilis y VIH.

Insumos para la salud

Antigua y Barbuda es miembro del Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental; por intermedio de este servicio el sistema de adquisición de medicamentos se ha mejorado y automatizado. Hay un Formulario Nacional de Medicamentos y un Comité del Formulario Nacional que racionaliza el uso de los productos farmacéuticos. Las vacunas se obtienen con la ayuda del Fondo Rotatorio de la OPS.

El Gobierno gasta alrededor de US\$ 330.000 anualmente en medicamentos e insumos médicos. El plan de beneficios médicos cubre los medicamentos para las enfermedades incluidas en el plan a saber: asma, diabetes, glaucoma, hipertensión, enfermedad cardiovascular, cardiopatía, drepanocitosis y trastornos mentales. El plan cubre a los afiliados contribuyentes, los menores de 16 años y las personas de 60 y más años.

Recursos humanos

El Hospital Holberton reclama mayor proporción de recursos humanos. En consecuencia, el Gobierno empezó a colaborar con el Gobierno de Cuba en 1998 para aumentar el personal de atención de salud del hospital, especialmente en las especialidades de urología, oncología, radiología, cirugía general y anestesia. Esta cooperación llevó a la contratación de un internista, un anestesiólogo, un radiólogo, dos farmacéuticos, cuatro técnicos de laboratorio y varias enfermeras diplomadas por un período de dos años a partir de 2000.

En 1997, sobre la base de una decisión del Consejo de Barbuda, un médico residente empezó a trabajar en el Hospital Thomas Hannah, lo que mejoró considerablemente los servicios prestados por el médico voluntario visitante.

El Gobierno de Antigua y Barbuda está comprometido a mejorar los recursos humanos que hay actualmente para la salud. El adiestramiento local incluía programas certificados para la formación de personal sanitario en la Escuela de Enfermería y la Escuela de Farmacia. La capacitación para otro tipo de personal de salud se da en otras instituciones regionales de capacitación. La formación continua se imparte localmente y en el exterior

mediante la iniciativa del Ministerio de Salud, organizaciones profesionales, así como organismos internacionales y regionales. El Comité de Becas, presidido por el funcionario médico principal, coordinó el adiestramiento del personal de atención de salud. Se concedieron becas en muchas especialidades como administración de enfermería, enfermería de salud pública, enfermería de psiquiatría comunitaria, salud ambiental básica, inocuidad de los alimentos, manejo de desechos sólidos, tecnología informática de laboratorios médicos y educación para la salud. Las enfermeras de atención directa a la familia también recibieron capacitación.

Investigación y tecnología en salud

El sistema ampliado de información sobre salud se ha convertido en la División de Información sobre Salud. Por medio del proyecto del sistema comunitario de información sobre salud de la Organización de Estados del Caribe Oriental se han suministrado computadoras, soporte lógico y recursos humanos. Ya están funcionando los módulos para nutrición, enfermedades transmisibles, salud materno-infantil, enfermedades crónicas no transmisibles, recursos humanos y salud ambiental. La División de Información sobre Salud trabaja en estrecha colaboración con el Departamento de Tráfico de la Policía para suministrar informes regulares acerca de accidentes de transporte. La División también trabaja en colaboración con la División de Estadísticas del Ministerio de Finanzas.

La División de Información sobre Salud fue designada como centro coordinador local para la red MEDCARIB, que suministra la base de datos de bibliografía sobre salud en la región. Desde 1996, la División ha publicado un Compendio Estadístico Anual. La División de Información sobre Salud también publica regularmente información y artículos sobre asuntos relacionados con la salud. El personal de la División ha recibido capacitación en informática de la salud, en el sistema de información sobre salud

comunitaria, y en la preparación, evaluación, ejecución y administración de proyectos.

Gasto y financiamiento sectorial

El sector público de la salud se financia con fondos fiscales generales administrados por el Ministerio de Hacienda. El plan de beneficios médicos es el principal contribuyente para el financiamiento del sistema de atención de salud del país. Las compañías privadas de seguro médico y el Fondo del Seguro Social hacen algunas contribuciones al financiamiento de la atención de salud en el sector privado.

Entre 1996 y 1999 aumentó el gasto efectivo en salud. Durante los últimos años el Ministerio de Salud ha recibido entre 12% y 14% del presupuesto nacional. El gasto per cápita en salud fue de US\$ 312 en 1998.

En 1999 el gasto total del plan de beneficios médicos fue de aproximadamente US\$ 11 millones, lo que representa un aumento de alrededor de US\$ 2 millones con respecto a 1998. La cantidad desembolsada por tratamientos en el exterior durante el período de 18 meses que terminó en diciembre de 2000 fue de aproximadamente US\$ 1 millón. Las subvenciones por conducto del Ministerio de Salud aumentaron de US\$ 2,5 millones en 1999 a US\$ 4 millones en 2000.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

Antigua y Barbuda se beneficia de la cooperación técnica y del financiamiento de varias organizaciones regionales e internacionales. El Instituto de Salud Ambiental del Caribe (CEHI), el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y la OPS asisten con programas de evaluación, examen de los servicios de salud, formulación de políticas y redacción de leyes, y brindando adiestramiento. Además, la OMS, el UNICEF, el ONUSIDA y el Departamento para el Desarrollo Internacional del Gobierno Británico, también han dado su ayuda.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Antigua y Barbuda, 2000.

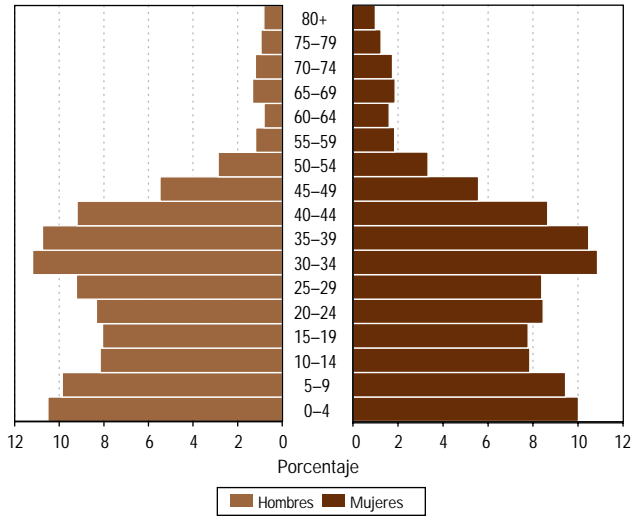


FIGURA 3. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Antigua y Barbuda, 2000.

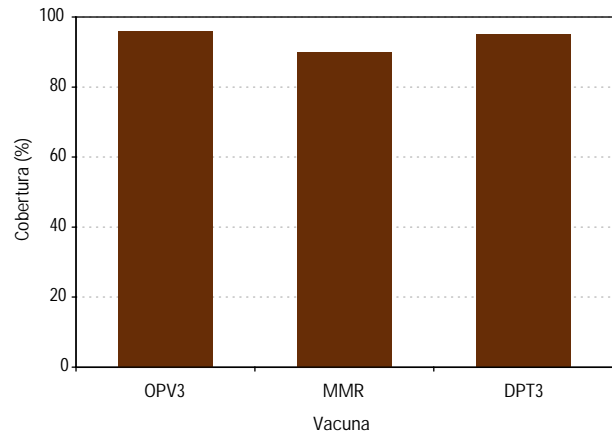
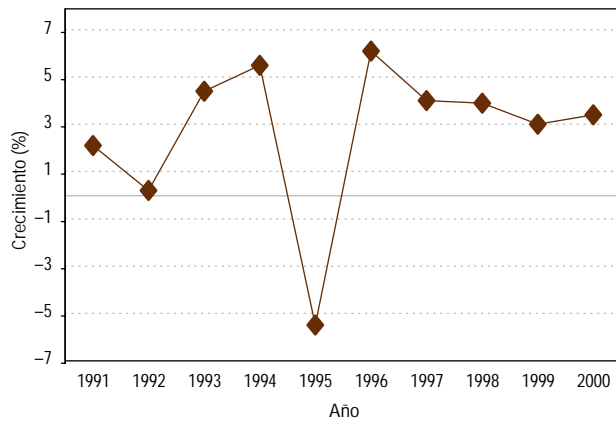


FIGURA 2. Crecimiento anual del producto interno bruto, Antigua y Barbuda, 1991-2000.



ANTILLAS NEERLANDESAS

CONTEXTO GENERAL

Las Antillas Neerlandesas están constituidas por cinco islas: Curazao, Bonaire, Saba, San Eustaquio y San Martín. Su extensión total es de 800 km² y su población, de 203.278 personas, con una densidad demográfica de 254,1 habitantes por km². La lengua oficial es el holandés, aunque el papiamentu es el idioma que se habla en Curazao y Bonaire, y el inglés en San Martín, Saba y San Eustaquio. Curazao 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 política, con excepción de la defensa, los asuntos exteriores, la estabilidad legal y la contraloría financiera y administrativa. El sistema de gobierno corresponde a una democracia parlamentaria, con elecciones cada cuatro años. El Parlamento elige el Consejo de Ministros. Hay dos niveles de gobierno: el central, con un Parlamento formado por representantes de todas las islas, y el local de cada una de ellas, 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 posee facultades ejecutivas.

Los datos de la Oficina Central de Estadísticas (OCE) de las Antillas Neerlandesas correspondientes a 1997 indican que la principal actividad económica del país es el comercio mayorista y minorista, que aporta 19,4% del producto interno bruto (PIB). Le siguen las actividades inmobiliarias, de compraventa de bienes raíces y alquileres, que representan 13,3% del PIB, y la intermediación financiera y el transporte, almacenaje y comunicaciones, que representan 11,3% y 10,5% del PIB, respectivamente. Entre 1994 y 1997, las actividades inmobiliarias y la intermediación financiera han tenido un crecimiento respectivo de 2,5% y 2,4%. El sector del comercio se ha mantenido estable, y el de transporte, almacenaje y comunicaciones se ha reducido en 3,8%.

El PIB aumentó de US\$ 1.664.553 en 1994 a US\$ 1.844.350 en 1997, con un leve crecimiento entre 1995 y 1996. El producto na-

cional bruto (PNB) creció 9% en el período 1994–1997, y llegó a US\$ 1.898.089 en 1997. Sin embargo, el PNB (precios de 1990) decreció 2,1% en 1997. El PIB per cápita estimado disminuyó en 1997 respecto de 1994; en este último año era de US\$ 8.052, y en 1997, US\$ 7.575, lo que representa una reducción de 5,9%. La población empleada en el sector privado cuenta con seguro de enfermedad, y sus aportes son proporcionales al ingreso. Todos tienen seguro de accidentes.

No se han realizado estudios sobre la pobreza; sin embargo, en el período 1990–1996 se observa una tendencia ascendente del salario mínimo adoptado en cada isla a partir de 1990 en el sector de la industria manufacturera, con el más alto en San Martín (US\$ 447), seguido por Bonaire (US\$ 423), Curazao y Saba (US\$ 407), y el más bajo en San Eustaquio (US\$ 386). San Martín también presenta los salarios mínimos más altos en otros sectores de la economía estudiados, excepto en servicios domésticos, rubro en el que ocupa el tercer lugar (US\$ 203), detrás de Saba (US\$ 224) y San Eustaquio (US\$ 213). El salario mínimo más bajo en este sector se registró en Curazao (US\$ 171). Desde 1990, los gobiernos insulares están facultados para determinar el salario mínimo.

En Curazao, el sector de la economía que mayor cantidad de población emplea es el de importaciones y exportaciones, seguido por el sector gubernamental, el manufacturero, la construcción, el transporte, las comunicaciones y la hotelería. Las cifras publicadas por la OCE indican que en Curazao la tasa de desempleo mantuvo un incremento sostenido, pasando de 12,8% en 1994 a 16,6% en 1998; en el año 2000 la tasa descendió a 14%. En Bonaire se observa una discreta (0,3%) reducción del desempleo entre 1996 y 2000 (5,7% en este último año); en ella influyeron las migraciones notificadas de la población del grupo de edad económicamente activo. San Martín presentó la mayor disminución (4,4%) del desempleo entre 1997 y 2000, con 12,9% en este último año. De acuerdo con la OCE, en 2000 las tasas más altas de desempleo se registraron en la población de 15 a 24 años de edad (28,9% en San Martín, 27,2% en Curazao y 14,7% en Bonaire). En todas las islas, las mujeres presentan los mayores porcentajes de desempleo, con 16,6% en San Martín y 16,2% en Curazao.

El último censo nacional de población se realizó en 1992; otros censos por isla se llevaron a cabo en Saba y San Eustaquio en 1997. Las cifras más recientes de la Oficina Central de Estadísticas (1999) indican que el país tenía 206.981 habitantes en 1998, de los cuales 48,2% eran hombres, 25,8% eran menores de 15 años y 10,9% tenían 60 y más años (figura 1). Aplicando el modelo de situaciones de alta emigración, la OCE ha estimado una población de 202.782 habitantes para el año 2000. El porcentaje de población por islas es de 6,7% en Bonaire, 70,5% en Curazao, 0,8% en Saba, 1,1% en San Eustaquio y 20,5% en San Martín. La densidad poblacional por km² es de 50 habitantes en Bonaire, 332 en Curazao, 123 en Saba, 106 en San Eustaquio y 1.199 en San Martín. La tasa de crecimiento de la población fue de 1,1% en 1998, -1,1% en 1999 y -1,8% en 2000. La migración neta estimada pasó de 1.189 en 1996 a -5.440 en 1999, y tuvo lugar particularmente en Curazao, Bonaire y San Eustaquio.

En el período 1996-1999, la tasa de natalidad disminuyó de 18,1 por 1.000 habitantes en 1996 a 13,7 por 1.000 en 1999, lo que representa una disminución de 24,3% en ese período. La tasa de fecundidad específica de mujeres de 15 a 44 años de edad se redujo 14,6%, y llegó a 59,3 hijos por 1.000 mujeres en 1999. La tasa de mortalidad bruta del período 1996-1999 fue de 6,4 por 1.000 habitantes, con oscilaciones anuales entre 5,9 y 6,4. La esperanza de vida al nacer en 1998 fue de 71,8 años en los hombres y de 77,7 años en las mujeres.

Según datos del Censo de Población y Viviendas de 1992, 34,1% de los hogares estaban encabezados por mujeres; 69,2% de los hogares estaban constituidos por una familia nuclear, 7,9% por dos o más familias nucleares, y 22,9% no estaban integrados por familias nucleares. El 60% de las familias tenía entre uno y tres miembros.

Mortalidad

La mortalidad se codificó con la Novena Clasificación Internacional de Enfermedades hasta 1995, año a partir del cual se inició la codificación con la Décima; sin embargo, los datos de mortalidad disponibles corresponden a 1994. Entre los seis grandes grupos de causas de defunción, el primer lugar lo ocupan las enfermedades del sistema circulatorio, con 34,4% de la mortalidad, el segundo lugar, las neoplasias malignas, con 22,9%, el tercero, las demás enfermedades, con 19,8%, el cuarto, las enfermedades infecciosas y parasitarias, con 10,2%, y el quinto las causas externas, con 7,9%; 2,4% de la mortalidad corresponde a síntomas y signos mal definidos (figura 2).

Con respecto a los años potenciales de vida perdidos (APVP) por causas específicas, el SIDA ocupó el primer lugar, con una tasa de 7 por 1.000 habitantes, seguido por los accidentes de transporte y el homicidio, con 5,5. Para el sexo masculino, el homicidio explicó la mayor tasa de APVP, con 10,6 por 1.000 habitantes, seguido por el SIDA, con 9,8, y los accidentes de transporte, con 8,7. Para el sexo femenino, las causas más importantes fueron la hi-

poxia, asfixia y otras condiciones respiratorias perinatales, con una tasa de 6,7 por 1.000 habitantes, las malformaciones congénitas, con 5,6 por 1.000, y el SIDA, con 5,0 por 1.000.

La mortalidad específica por causa según el sexo ubicó a las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares entre las primeras causas de defunción de ambos sexos; la tercera causa fueron las neoplasias malignas para los hombres y la diabetes mellitus para las mujeres. El SIDA ocupó el cuarto lugar entre las causas de defunción del sexo masculino. Las infecciones respiratorias agudas constituyeron la quinta causa de defunción, tanto de los hombres como de las mujeres, aunque en estas últimas el riesgo es superior.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0-5 años)

La mortalidad infantil registrada en 1994 fue de 11,6 por 1.000 nacidos vivos, y resultó mayor en el sexo femenino (12,3 por 1.000). Las tasas de mortalidad infantil y neonatal de Curazao fueron de 11,6 y 7,1 por 1.000, respectivamente, en 1994. Datos más recientes estimados por Naciones Unidas para 1997 y 2000 indican tasas de mortalidad infantil de 14,0 y 13,3 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente.

Las principales causas de mortalidad infantil en 1994 fueron las originadas en el período perinatal, con una tasa de 6,1 por 1.000 nacidos vivos, y las malformaciones congénitas, con 1,9 por 1.000. Las causas específicas principales originadas en el período perinatal incluyeron la hipoxia, asfixia y otras condiciones respiratorias (2,2 por 1.000 nacidos vivos), el retardo del crecimiento fetal e inmadurez (1,9), y otras condiciones del período perinatal (1,9). La mortalidad en los niños de 1 a 4 años fue de dos defunciones en 1994. No se dispone de datos de morbilidad.

Curazao cuenta con una Oficina de Registro Civil donde se anota a los niños obligatoriamente durante los primeros cinco días después del nacimiento. De acuerdo con los datos suministrados, a partir de 1974 se produjo una reducción progresiva del número de nacimientos anuales, que resultó más evidente en el período 1997-2000, cuando fue de 14,8% y 26,3% con respecto a 1973, respectivamente. Este descenso se explica sobre todo por la creciente migración de la población en edad reproductiva.

De acuerdo con una investigación realizada en Curazao en el año 2000 por la Fundación para la Lactancia Materna, 55,9% de los recién nacidos ya habían sido registrados en los servicios de atención perinatal a las dos semanas de vida. Por otro lado, se encontró que la prevalencia de lactancia materna exclusiva fue de 30%, la de lactancia materna combinada con biberón, 45%, y la de lactancia exclusiva con biberón, 25%, resultados que contrastan con los obtenidos en estudios de 1994 y 1995, que señalaban una prevalencia de lactancia materna exclusiva o combinada a los seis meses de edad de 16,7%.

La salud de la población en edad escolar (5–14 años)

La población escolar representa 16,8% de los habitantes del país. La mortalidad en este grupo de edad en 1994 fue de cuatro defunciones, y las causas fueron SIDA, tumores malignos, accidentes por ahogamiento y trastornos mentales. Las tasas de mortalidad específica por sexo fueron de 0,24 por 1.000 para los hombres y de 0,08 por 1.000 para las mujeres.

La salud de los adolescentes y de los jóvenes (15–24 años)

El 12,5% de la población del país tiene entre 15 y 24 años de edad. En el año 2000 se produjeron 2.371 nacimientos, 9,6% de ellos en mujeres adolescentes de 13 a 19 años de edad, y 0,2% en menores de 15 años. La tendencia de los nacimientos a estas edades fue ligeramente decreciente en los últimos ocho años. En 1994, la mortalidad en este grupo de edad se debió a accidentes de transporte (nueve defunciones), homicidios (seis), otros accidentes (dos) y enfermedades del sistema nervioso, excluida la meningitis (dos). Hasta ese año, la tendencia de la mortalidad del grupo de adolescentes y jóvenes era ascendente, a expensas del sexo masculino.

La salud de la población adulta (25–59 años)

El 51% de la población de las Antillas Neerlandesas tiene entre 25 y 59 años. En 1994, las principales causas de defunción de las personas adultas fueron el SIDA (16,5% del total de defunciones), el homicidio (10,3%), las enfermedades de la circulación cardiopulmonar (7,2%), los accidentes de transporte (7,2%) y el suicidio (7,2%). Por su parte, las principales causas de defunción de las personas de 45 a 59 años de edad fueron las neoplasias malignas (27,0% del total), la enfermedad isquémica del corazón (11,1%) y las enfermedades cerebrovasculares (9,7% del total). En 1994, el riesgo de morir entre los 25 y los 44 años fue de 1,7 por 1.000 habitantes.

De acuerdo con la encuesta de salud realizada en Curazao en 1995, en el grupo de 25 a 44 años de edad la migraña y cefalea y los problemas psicológicos fueron los desórdenes crónicos más frecuentes, con 10,5% y 10,4% respectivamente. La prevalencia de hipertensión arterial fue de 7,7%, mientras que la de diabetes mellitus fue de 1,7%. En el grupo de 45 a 59 años de edad el problema de salud crónico de mayor prevalencia fue la hipertensión arterial (23%), seguido por la artrosis y la artritis (15,4%). La prevalencia de diabetes mellitus fue de 9,4%.

Según los datos del sistema nacional de vigilancia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hasta el año 2000 el mayor porcentaje de seropositividad en el país (67,4%) se registró entre los 25 y los 44 años de edad; 40,2% de los casos se presentaron en Curazao y 25,5% en San Martín. Del total de infectados conocidos de esas edades, 55,8% son del sexo masculino.

Datos correspondientes de la Fundación para la Promoción del Embarazo Responsable correspondientes a 1998 indican que el método anticonceptivo más usado era el condón, seguido por los anticonceptivos orales. Se estima que la cobertura de atención

prenatal y de partos institucionales es elevada, pero no se cuenta con datos precisos.

La tendencia de la mortalidad materna en Curazao presenta alzas y bajas debido al escaso número de defunciones maternas ya que, excepto en el período 1991–1992, cuando se produjeron tres por año, en los demás años solo hubo una por año.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

El 10,9% de la población del país tiene 60 y más años de edad. En 1994, la tasa de mortalidad de este grupo fue mayor en el sexo masculino (61,3 por 1.000 habitantes) que en el femenino (4,6 por 1.000); las cifras según el sexo fueron similares en el período 1986–1994. Las principales causas de muerte del adulto mayor fueron las enfermedades de la circulación cardiopulmonar, seguidas por las enfermedades cerebrovasculares, las neoplasias malignas, la enfermedad isquémica del corazón y las infecciones respiratorias agudas.

Según datos de la Encuesta de Salud de Curazao de 1995, los desórdenes crónicos más frecuentes fueron las artritis y artrosis (32%), la hipertensión arterial (28,2%) y la diabetes mellitus (15,1%). La discapacidad más frecuente de las personas de este grupo de edad fue la ceguera, hecho que se relaciona con la alta prevalencia de glaucoma y diabetes mellitus, que a menudo son coincidentes. En relación con la salud oral, la encuesta indicó que solo 4,1% de esta población conserva todos sus dientes.

La salud de los discapacitados

Hay escasa información sobre la salud de los discapacitados. En Curazao funciona una escuela para niños sordos que está a cargo de una fundación. Según la sección de atención de discapacitados del Departamento de Salud Pública e Higiene Ambiental, la sordera se redujo en los últimos seis años, hecho que se atribuye a la disminución de la incidencia de rubéola. La discapacidad más frecuente de la población adulta mayor de 40 años de edad es la ceguera, mientras que para los adultos de menos de 40 años, la más habitual es la discapacidad física motivada por accidentes. Se estima que la prevalencia de retraso mental es cercana a 3%. La atención de salud mental se efectúa en establecimientos privados, de modo que no se dispone de información al respecto. Una organización no gubernamental (“Óigame”) brinda atención a las personas abandonadas y a los mendigos o extraviados. Hay también una clínica psiquiátrica de atención privada (Clínica Capriles) en la que se atienden los casos de las otras islas.

Por tipo de enfermedad o daño*Desastres naturales*

Las Antillas Neerlandesas han sufrido daños por huracanes en el período comprendido entre 1995 y 2000. Así, en 1995 el huracán Luis afectó sobre todo a San Martín, causando dos defunciones, pérdidas materiales y graves daños al turismo; en 1998, el

huracán Georges azotó principalmente la isla de Saba, y en 1999 el huracán Lenny afectó a Curazao, Bonaire, Saba y San Eustaquio, produciendo pérdidas materiales en la flota pesquera y daños ecológicos, sobre todo a la estructura de los arrecifes de coral, con consecuencias en las actividades pesqueras y turísticas en Curazao y Bonaire.

Enfermedades transmitidas por vectores

En 1996 se notificaron 162 casos sospechosos de dengue, con tres casos de dengue hemorrágico, y ninguna muerte. Del total de casos, 25 se confirmaron mediante pruebas de laboratorio (20 en Curazao, 3 en Bonaire y 2 en San Martín), en las que se aislaron los serotipos dengue-2 y dengue-4. En 1997 se comunicaron solo tres casos, mientras que en 1998 se estudiaron 43 sospechosos en Curazao (6 seropositivos) y uno de ellos se clasificó como dengue hemorrágico; no hubo aislamientos virales. En 1999 se notificaron 147 casos sospechosos, de los que 24 resultaron positivos, 21 en Curazao (dos de ellos clasificados como dengue hemorrágico), uno en Bonaire y dos en San Martín. En el año 2000 se notificaron 110 casos sospechosos (89 en Curazao); se confirmaron serológicamente 31 de los casos y cinco de ellos se clasificaron como dengue hemorrágico. Se aisló el serotipo dengue-3.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales

No se comunicaron casos de cólera. El país no cuenta con un sistema de notificación de casos clínicos de enfermedades infecciosas intestinales. Los informes de laboratorio sobre los agentes causales de estas enfermedades en el período 1995–2000, que incluyen resultados de estudios efectuados en pacientes y en manipuladores de alimentos, indican que en 1995 el agente más frecuente fue *Salmonella* (48,5%), seguido por *Shigella* (35,4%). Se diagnosticó *Salmonella typhi* en un paciente procedente de la India. En 1996 predominó también la salmonelosis (55,4%), seguida por shigelosis (30%), y la situación fue similar en 1997 y 1998. En 1999 y 2000 se observó un aumento de los diagnósticos por *Campylobacter*, que en 1999 ocupaban el segundo lugar (36,1%), después de la salmonelosis (40,7%), y en el año 2000 el primer lugar, con 53,4%.

Infecciones respiratorias agudas

La Encuesta de Salud de Curazao de 1995 indicó que entre las enfermedades con menos de 14 días de evolución, la prevalencia de infecciones respiratorias agudas en los mayores de 18 años fue de 3,5 por 100.000 habitantes en Curazao, de 3,4 en Bonaire, 3,9 en San Martín, 4,6 en Saba y 2,8 en San Eustaquio. En 1994, las infecciones respiratorias agudas constituyeron en 1994 la quinta causa de defunción diagnosticada en Curazao, la séptima causa en hombres y la quinta en mujeres. Esta causa ocupa el cuarto lugar en las personas de 65 y más años.

Rabia

No se registra ningún caso de rabia canina o de alguna otra especie animal desde hace 10 años.

VIH/SIDA

La población seropositiva al VIH tiene acceso a medicamentos. Se realiza tamizaje en los bancos de sangre con la prueba de enzimoimmunoensayo o ELISA. Sin embargo, en Saba y en San Eustaquio los informes aún son inadecuados. Los médicos de familia controlan los casos seropositivos y deben notificar los casos de infecciones de transmisión sexual y por el VIH, enfermedades que figuran en la lista de las 10 infecciones de notificación obligatoria. La Unidad de Epidemiología e Investigaciones del Servicio Médico y de Salud Pública de Curazao coordina la vigilancia de la seropositividad al VIH de todas las islas. El número de infectados con el VIH se incrementó de 55 en 1986 a 1.069 en 1999, y se diagnosticaron entre 79 y 88 casos anualmente en el período 1995–1999. Las islas más afectadas fueron Curazao, con 62,7% de los seropositivos del país, y San Martín, con 35,1% del total del país. La prevalencia de seropositividad es mayor entre los hombres, con una razón hombre/mujer de 1,3:1. Predomina la transmisión heterosexual y el mayor riesgo de seropositividad se observa en el grupo de 15 a 24 años de edad. En 1994, el SIDA constituyó la novena causa de muerte en las Antillas Neerlandesas. En la población de sexo masculino fue la quinta causa, y la primera en el grupo de edad de 25 a 44 años.

Infecciones de transmisión sexual

Se ha iniciado la vigilancia de estas infecciones en centros centinelas y se plantea la notificación clínica con una clasificación de los casos según presenten síndromes ulcerosos, con secreción, o ambos; por ahora, no se cuenta con datos de laboratorio. Una fundación atiende a trabajadoras del sexo ilegales; asimismo, les hace reconocimientos periódicos e imparte educación sexual.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La obesidad constituye un serio problema de salud en las islas. En una investigación realizada en 1997 se encontró una prevalencia de obesidad en Curazao de 19% en hombres y 36% en mujeres. Un estudio llevado a cabo en el año 2000 por la Unidad de Epidemiología e Investigaciones de Curazao sobre la obesidad en las demás islas encontró una prevalencia de 19% en hombres y 31% en mujeres en Bonaire, 31% en hombres y 40% en mujeres en San Martín, 30% en hombres y 47% en mujeres en San Eustaquio y 20% en hombres y 29% en mujeres en Saba. En general, la razón de mujeres a hombres es de 1,5:1.

La diabetes mellitus también constituye un serio problema de salud pública en las islas. Según el Estudio de Salud de Curazao de 1995, la prevalencia en esta isla fue de 5,6%. Datos preliminares de la Unidad de Epidemiología e Investigaciones de Curazao correspondientes al año 2000 indican una prevalencia de 6,7% en Bonaire, de 4% en San Martín, de 12,1% en San Eustaquio y de 7,1% en Saba. No se encontraron diferencias significativas entre los sexos.

Enfermedades del sistema circulatorio

En 1994, las enfermedades de la circulación cardiopulmonar constituyen la primera causa de defunción del país, y la cardio-

patía isquémica constituye la tercera causa, tanto en el sexo masculino como en el femenino. El mayor riesgo de muerte por estas causas se observa en las personas de 65 y más años. La tendencia de la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio hasta 1994, cuando fue de 168 por 100.000 habitantes, se mantuvo relativamente estable.

Según el Estudio de Salud de Curazao de 1995, la prevalencia de hipertensión fue de 14,5%. El estudio de salud realizado en el año 2000 en el resto de las islas ofrece datos preliminares de prevalencia de esta enfermedad, con 14,4% en Bonaire, 12,6% en San Martín, 11,1% en San Eustaquio y 24,4% en Saba.

Neoplasias malignas

Según grandes grupos de causas de muerte, las neoplasias malignas constituyen la segunda causa en importancia, con una tasa de 120 por 100.000 habitantes. De acuerdo con datos del Servicio de Patología del Hospital Central Santa Elizabeth, la incidencia de tumores malignos es mayor entre los 60 y los 69 años. En las edades de 0 a 14 años, las neoplasias malignas más frecuentes son la leucemia, con 45,8% del total de la incidencia, y los neuroblastomas, con 37,5%. En los hombres, las localizaciones más frecuentes fueron la próstata, el colon y el recto, y el pulmón, mientras que en las mujeres fueron la mama, el cuello del útero y el colon y recto.

Accidentes y violencia

De las causas externas, los accidentes son los que más defunciones aportan y, entre ellos, los de transporte ocupan el primer lugar, seguidos por el ahogamiento y las caídas accidentales. La segunda causa externa que más muertes produce es el homicidio, seguido por el suicidio; hasta 1994, el homicidio (más frecuente entre los hombres) mostraba una tendencia ascendente, que luego se estabilizó.

Salud oral

El Servicio de Salud Pública de Curazao llevó a cabo en el año 2000 un estudio epidemiológico sobre la salud oral en la población de niños de 12 años y adultos de 35 a 44 años de edad, con objeto de conocer los factores de riesgo asociados fundamentalmente con caries y fluorosis. Con arreglo al protocolo de la OMS para el Estudio de Caries y Fluorosis en la Población, la encuesta incluyó una muestra de 600 adultos y 559 niños (93% del total de la isla) estratificada por zona geográfica y residencia rural-urbano, en las cinco unidades geográficas de Curazao. El estudio permitió determinar la prevalencia de los problemas de salud oral mediante el índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados), que en el grupo de 12 años de edad fue de 1 por cada 100, y en adultos, de 8 por cada 100. El componente de dientes obturados es mayor en la población de niños estudiada, y el de dientes perdidos es mayor en los adultos. La fluorosis dental se observó en 37% de los niños y en menos de 5% de los adultos. En ambos grupos, la prevalencia de enfermedad periodontal según el índice periodontal comunitario (IPC),

excede el 85%, lo que supone un importante problema en la población.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Los principales partidos políticos que constituyen el gobierno de coalición de las cinco islas suscribieron el "Acuerdo de Gobernación sobre el Programa de Recuperación Económica y Financiera", vigente de 1998 a 2000. En él se estableció la necesidad de elaborar un plan de acción urgente que permita reactivar la economía, crear empleo, reducir la pobreza, mejorar la situación social del país y las finanzas públicas, y brindar una atención integral a la juventud que incluya la reducción del desempleo, el consumo de drogas y la criminalidad mediante acciones tanto preventivas como represivas.

Para la aplicación de este acuerdo se realizaron consultas entre los partidos de la coalición tendientes a obtener la renovación del apoyo financiero de Holanda, basándose en las experiencias internacionales y en criterios claros y consensuados. A partir de estos principios, se alcanzaron acuerdos en relación con el ajuste financiero, económico, fiscal y monetario, considerándose la aplicación de impuestos alternativos, la adaptación de la ley de seguridad social, de manera que el fondo general de gastos médicos especiales no fuera aportado exclusivamente por el gobierno, la refinanciación de la deuda interna con Holanda, la creación de fondos de solidaridad para las islas más pequeñas (Saba, San Eustaquio y Bonaire), y la promoción de la certificación de actividades educacionales y profesionales. Se consideró también la descentralización de las operaciones del Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales y Económicos, a fin de impulsar el desarrollo en todas las islas, y la creación de consejos insulares que apoyen la puesta en práctica de actividades económicas y sociales.

El mejoramiento de la gerencia pública en el ámbito central y en las islas es un aspecto prioritario del plan. Se lleva a cabo un proceso de reestructuración del Estado, y en particular de la salud, que considera la reducción de gastos y de personal administrativo del sector público. Se trabaja en la legislación para adecuarla a una modalidad distinta de asistencia sanitaria, de modo que los pacientes puedan defender sus derechos y reclamar una atención de calidad. Asimismo, la ley sobre gastos médicos protege a las personas con enfermedades crónicas y discapacidades y establece un fondo central proveniente de los impuestos que pagan los trabajadores. En relación con la ley de seguro médico, se propone la creación de un seguro general para gastos médicos y se están revisando los estudios y experiencias existentes.

El plan destaca también la necesidad urgente de reestructurar el Departamento de Salud Pública e Higiene Ambiental. Uno de los aspectos indicados es separar la gerencia de salud pública de la inspección. Asimismo, se debe actualizar la legislación para dar apoyo a la vigilancia, incluida la legislación para la notificación y control de enfermedades de declaración obligatoria. Se

hace hincapié en la atención especial a grupos de riesgo tales como los discapacitados, los jóvenes y los adultos mayores.

Se actualizan los programas de prevención y se destaca la importancia de las actividades de monitoreo y evaluación. Se incluye la reestructuración del Programa Nacional de Inmunizaciones. Se hace hincapié en mejorar el apoyo del nivel central a las islas, lo que supone el mayor aprovechamiento de la cooperación técnica y financiera de los organismos internacionales. Se creará un organismo oficial denominado Consejo de Salud, integrado por expertos que ofrecerán asesoría técnica para la aplicación de las medidas.

En 1996 se puso en vigencia la ley de importación de alimentos (pescado, lácteos, etc.) a las islas, que incluye el control de calidad e inspección. En cuanto al ambiente y la naturaleza, se promueve el desarrollo sostenible, con la participación de los sectores salud, educación y asuntos económicos. Desde octubre de 2000 se está trabajando en una propuesta de reorganización del Departamento de Salud Pública e Higiene Ambiental, para lo cual se cuenta con asesoría internacional. Se plantea el fortalecimiento de la Sección de Ambiente de este Departamento, que en el futuro será la Dirección de Salud y Bienestar Social.

El sistema de salud

El plan de recuperación nacional del sistema de salud entró en vigencia en 1998. Entre sus prioridades se señalaron las de implantar sistemas de investigación de la eficacia de los servicios de salud, profundizar los procesos de descentralización y fusión de instituciones, incrementar la capacidad resolutive del personal del sistema de salud mediante la capacitación, y privatizar varios servicios de salud, entre ellos la clínica mental, la oficina para la prevención de consumo de drogas y el laboratorio de salud pública.

Está en estudio la definición de un paquete básico de atención para un seguro social general con servicios opcionales complementarios, incluidos los de médicos especialistas, así como de medicamentos y prótesis, con el que se propone cubrir a toda la población. Además, se contempla la optimización de las funciones de inspección y control administrativo, y de la transparencia en la gestión y gerencia de salud. Se plantea introducir el seguro general de gastos de enfermedad, que le posibilitará al Gobierno un ahorro de alrededor de US\$ 20.326.000 anuales.

En 1999, el número de personas que recibieron asistencia médica gratuita en Curazao fue de 27.784 (19,3% de la población), cifra 17,2% menor que la notificada en 1998 y 20,7% menor que la de 1994. Los porcentajes para el resto de las islas fueron de 11,6% (270 personas) en Bonaire, 8,7 (46 personas) en Saba, 11,4 (26 personas) en San Eustaquio, y 0,7 (805 personas) en San Martín.

Los datos del área social publicados por la Oficina Central de Estadísticas indican que el sistema de seguridad social garantiza un mínimo de recursos a cada familia para afrontar sus necesidades básicas. Hay servicios gubernamentales que brindan apoyo social a los grupos vulnerables, entre ellos los adultos mayores,

las viudas y los huérfanos. A partir de los 60 años, los residentes de las Antillas Neerlandesas tienen derecho a un seguro general de vejez bajo la forma de una pensión. En 1996, se introdujeron importantes cambios en el sistema de seguridad social, por ejemplo, los familiares de los empleados también fueron asegurados contra gastos de salud. Las mujeres tienen derecho a la pensión de vejez, y los hombres la reciben por viudez. Se ofrecen beneficios económicos a los desempleados y asistencia médica gratuita.

El Departamento de Atención a Adolescentes y Jóvenes del Departamento de Salud Pública e Higiene Ambiental está trabajando en un Plan de Atención que privilegia la promoción de la salud con un enfoque integral, y la prevención de los principales problemas de salud, entre ellos los accidentes, la obesidad y los malos hábitos alimentarios. Una de las metas del Departamento es proteger y fomentar la lactancia materna. Las actividades para alcanzar este objetivo se realizan juntamente con la organización no gubernamental "Fundación para la Lactancia Materna en Curazao", y se basan en los resultados de las investigaciones realizadas. Asimismo, el Departamento de Salud Pública e Higiene Ambiental cuenta con un Departamento de Atención Perinatal que ha implantado el Sistema de Información Perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP). Existen dificultades con el registro de los datos, ya que solo las parteras completan los formularios.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

Las actividades de promoción de la salud están centradas en la prevención de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alta prevalencia de factores de riesgo, entre ellos la obesidad, los malos hábitos alimentarios y el sedentarismo. Sin embargo, los aspectos anteriores, unidos a la prevalencia de drogadicción y de seropositividad al VIH, han llevado a plantear una intervención más integral en aspectos de promoción de la salud, que privilegia a los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes.

Análisis de salud y vigilancia epidemiológica

La vigilancia epidemiológica ha mejorado. En Curazao y San Martín hay consultorios centinelas que controlan los síntomas y signos, así como los síndromes definidos. La vigilancia de casos sospechosos de dengue se ha extendido a todas las islas. La Unidad de Epidemiología e Investigaciones de Curazao realiza estudios en Curazao y en el resto de las islas en forma coordinada con las autoridades de salud de cada una de ellas, que permiten complementar el perfil de salud del país y de las islas que lo constituyen.

Agua potable y alcantarillado

Curazao, Bonaire y San Martín poseen servicios apropiados de agua potable y alcantarillado. Hay plantas desalinizadoras de agua de excelente calidad, pero de costo elevado. El 95,2% de las viviendas de Bonaire tienen acceso al agua potable mediante la

red de distribución de agua; en Curazao y San Martín los porcentajes correspondientes son de 96,7% y 63,5%, respectivamente. En San Eustaquio y Saba predomina el acceso al agua mediante cisternas. Solo Curazao y San Martín cuentan con plantas de tratamiento de aguas residuales; en las otras islas es común el uso de tanques sépticos.

Manejo de residuos sólidos municipales

Las islas cuentan con servicios de recolección de residuos sólidos operados por empresas privadas bajo la supervisión de las autoridades locales. Persisten ciertos problemas derivados de los sitios inapropiados de disposición final, y se han presentado proyectos para la construcción de rellenos sanitarios que aún no han contado con los recursos suficientes. En Curazao existe un problema de contaminación atmosférica debido a la presencia de refinerías de petróleo y se han realizado acciones de control para reducir su impacto.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

La atención secundaria de salud se brinda en hospitales. En Curazao hay siete, con un total de 1.187 camas, de las cuales 46% corresponden al hospital Central Santa Elizabeth y 16,9% están en los institutos especializados para discapacitados y drogadicotos. En Bonaire se encuentra el hospital San Francisco, con 60 camas; en San Martín, el Centro Médico San Martín, con 74 camas; en San Eustaquio, el Centro Médico Reina Beatriz, con 20 camas, y un hogar auxiliar con 12 camas. En Saba funciona un Centro Médico que cuenta con 14 camas.

La atención de salud mental estuvo a cargo del Gobierno hasta mayo de 2000, cuando se privatizó; actualmente, es responsabilidad de la Fundación Perspectiva y Apoyo Integral, contratada por el Gobierno. Esta Fundación se ocupa de la atención ambulatoria. Los pacientes que requieren hospitalización la reciben en la Clínica Capriles, que también se privatizó y está actualmente a cargo de una fundación privada. El acceso de las personas de bajos recursos está garantizado por un seguro médico para enfermedades crónicas. El Hospital Central Santa Elizabeth posee una Unidad Psiquiátrica para la atención de pacientes en crisis, que cuenta con 20 camas.

Los discapacitados mentales pueden internarse en instituciones atendidas por fundaciones. En Curazao hay cuatro, y dos de ellas brindan tratamiento tanto a pacientes internados como ambulatorios; se promueve esta última modalidad con objeto de reducir la cantidad de pacientes internados. Hay una unidad

de psicogeriatría para pacientes crónicos diagnosticados con demencia, que también está a cargo de una fundación.

Existen 12 hogares de ancianos que, en conjunto, tienen una disponibilidad de 739 camas, distribuidas 55 en Bonaire (un hogar de ancianos), 585 en Curazao (ocho hogares de ancianos), 65 en San Martín (un hogar de ancianos), 25 en Saba (un hogar de ancianos) y 9 en San Eustaquio (un hogar de ancianos).

Existe un banco de sangre en Curazao, a cargo de la Cruz Roja, que a su vez depende del Hospital Santa Elizabeth, con filiales en Bonaire y San Martín. Las donaciones son gratuitas y el banco de sangre ofrece cobertura a los servicios de salud públicos y privados. Las donaciones están sujetas a un riguroso control diagnóstico de seguridad que analiza alrededor de 6.000 donaciones por año, incluidos exámenes para el VIH-1 y VIH-2, la hepatitis B y C, y la sífilis.

Recursos humanos

En 1998, la población económicamente activa estaba constituida por 54.182 personas, de las cuales 4.207 (7,8%) trabajaban en el sector salud. Del total de trabajadores de este sector, 43,2% estaban dedicados a la asistencia sanitaria. De acuerdo con la información recogida por el Departamento de Salud Pública e Higiene Ambiental y la Oficina Central de Estadística, en 2000 la distribución de los recursos humanos en salud según categorías principales comprendía 1.143 (27,2%) profesionales médicos, 208 (4,9%) técnicos de nivel superior, y 467 (11,1%) auxiliares. Las razones de personal de salud por 10.000 habitantes de las principales categorías son: 16,5 médicos; 32,7 enfermeras; 3,1 odontólogos; 1,4 nutricionistas; 1,2 psicólogos, y 0,5 parteras.

La Universidad de las Antillas Neerlandesas posee tres facultades: de Leyes, Ciencias Sociales y Económicas, y Técnica. En 1998, la matrícula anual fue de 190 estudiantes y egresaron 61 profesionales. En la Facultad Técnica se forman técnicos en enfermería. No se dispone de información sobre los aspectos de regulación de la práctica, la acreditación, la certificación y recertificación de los profesionales en el sector salud.

Investigación y tecnología en salud

No existe un presupuesto operativo para la ejecución de proyectos de investigación. Los proyectos se ejecutan con financiamiento proveniente de la cooperación de Holanda y de organismos internacionales. La incorporación y dotación de tecnología en salud se realiza con arreglo a los parámetros y normas fijados por Holanda.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Antillas Neerlandesas, 2000.

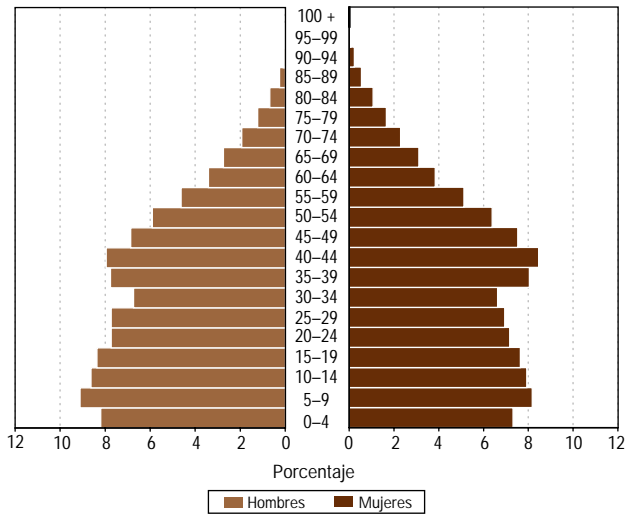
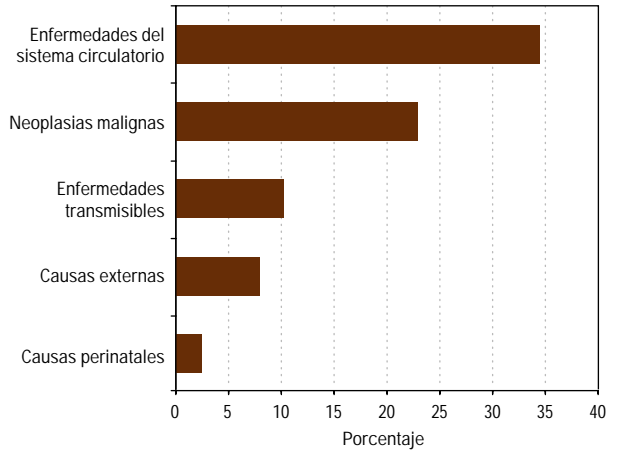


FIGURA 2. Mortalidad proporcional por grupos de causas básicas, Antillas Neerlandesas, 1994.



ARGENTINA

CONTEXTO GENERAL

En las últimas dos décadas, la Argentina concretó una etapa casi inédita en su historia secular al consolidar un proceso democrático estable. Este proceso formó parte de otro más general por el que pasaron casi todas aquellas naciones de la región que se veían afectadas por la interrupción sistemática de sus órdenes institucionales. La Argentina alcanzó la democracia como consecuencia, no ya del simple desgaste del gobierno militar de turno, sino como producto de una derrota militar en una guerra internacional contra una potencia de Europa. Este hito es simbólicamente representativo para un país que nació, evolucionó y se consolidó más mirando a Europa que al resto de los países de la región.

En la conformación del perfil sociocultural y demográfico de la Argentina fue importante el rol de las corrientes inmigratorias, en especial de los españoles e italianos que llegaron de Europa desde fines del siglo XIX y hasta la década del cuarenta. A partir de aquellas vertientes y de los propios criollos, ya bastante hispanizados desde la colonia, la Argentina se fue modelando, a lo largo del siglo XX, como una sociedad con amplia y creciente mayoría en el sector de clase media trabajadora dispuesta a evolucionar. Aun con lo errático de las políticas públicas de casi todos los gobiernos, en especial las políticas de largo plazo, la educación estatal y gratuita fue un factor constante que favoreció aquella evolución, iniciando la década del noventa con un porcentaje de alfabetismo de 96,3% en la población de 10 y más años.

Durante los años noventa se consiguió superar un problema crónico como el de la inflación, que afectaba principalmente a la mayoritaria clase media trabajadora. Un régimen de convertibilidad ancló la paridad cambiaria en la relación 1 peso = 1 dólar. En tanto, a través de un proceso cuestionado, el Estado privatizó un importante sector de su estructura. Estos cambios económicos no se tradujeron, en términos prácticos, en una mejor calidad de vida; de hecho, se percibe un retroceso. Y es que en otros planos de su propia transformación, el Estado no logró los cambios esperados. Ninguna de las reformas realizadas en la administración concluyó con reducciones significativas del gasto público ni

tampoco se consiguió mejorar la eficiencia de su impacto social o como motor del crecimiento. Otro tanto ocurrió con muchos de los procesos de descentralización de servicios, indelegables y esenciales, hacia las provincias y municipios.

Las provincias, por su parte, arrastran aún sus propios problemas estructurales, y son excesivamente dependientes de los recursos de la coparticipación federal de impuestos (las provincias delegan a la Nación la mayor parte de la recaudación, que es redistribuida de acuerdo con dicho régimen legal. Este sistema muchas veces estuvo supeditado a la discrecionalidad de los gobiernos provinciales y estatal.

La reforma constitucional de 1994 tuvo más repercusiones en la organización política que efectos concretos en la situación de la comunidad. La nueva Constitución redujo el período presidencial de seis a cuatro años, con posibilidad de una reelección, e introdujo la figura del Jefe de Gabinete de Ministros, que aún no ha tomado arraigo en una sociedad muy apegada al modelo presidencialista.

Si bien el presupuesto nacional anual comenzó a ser sancionado en tiempo y forma de acuerdo con las pautas constitucionales —hacia cinco décadas que esto no ocurría—, su ejecución continuó mostrando un severo déficit fiscal, agudizado por un régimen tributario complejo e ineficiente que acentuó la propensión a la evasión. En este marco, la cadena fue inevitable: los déficits provinciales, en la mayoría de los casos generados por la industria casi única y subsidiante del empleo público, solo podían atenderse con recursos extraordinarios de la Nación, y estos, insuficientes a pesar de los ingresos obtenidos de las privatizaciones, solo podían financiarse con incrementos de la deuda externa. A comienzos de los ochenta esta deuda era de alrededor de US\$ 30.000 millones, y al inicio de 2001 ya pasaba de US\$ 150.000 millones. En tanto, el producto interno bruto creció y disminuyó de 1991 a 1999 (figura 1).

La Argentina no logró cambiar su perfil agroexportador primario ni explotar sus ventajas comparativas. La balanza comercial, históricamente favorable aunque insuficiente para compensar el déficit fiscal, comenzó a revertirse. Al mismo tiempo, la estabilidad monetaria trajo consigo un elevado costo de vida,

similar al de la mayoría de los países desarrollados, por lo que los precios relativos no resultaron competitivos en el mercado mundial. En general, el estado de las cuentas públicas dejó a la Argentina muy expuesta a los efectos más adversos del fenómeno de la globalización. Las grandes industrias nacionales pasaron a manos de capitales extranjeros, lo que trajo aparejado el riesgo de volatilidad que suelen exhibir tales capitales frente a las coyunturas difíciles.

Las pequeñas y medianas empresas (PYMES), imposibilitadas de competir y también de financiarse, se vieron profundamente afectadas por una recesión desde 1998. El cierre de PYMES tuvo como consecuencia inevitable que el desempleo afectara a la Argentina con una intensidad que no registra antecedentes, alcanzando a fines de 2000 una tasa de alrededor de 20%; con una población económicamente activa estimada en 21 millones, esto representa que más de 4 millones de argentinos están desempleados. Se estima que en 2000, la población ocupada en el sector informal ascendía a 45,4% (44,3% eran hombres y 47,1%, mujeres). En este sector, la carga de trabajo para las mujeres puede llegar a ser el triple de la carga laboral del hombre. Las trabajadoras rurales, al igual que las mujeres aborígenes, son las que tienen jornadas de trabajo más extensas.

El trabajo infantil constituye un problema social de importancia. Estimaciones publicadas por el UNICEF calculaban que en 1995 trabajaban al menos 162.000 niños menores de 14 años y 90.000 niños de 14 años. Si bien la incidencia del trabajo infantil es mayor en el ámbito rural, donde el trabajo tiene una connotación cultural y los niños de 4 ó 5 años realizan algunas tareas junto a sus padres y hermanos, es en los centros urbanos donde se concentra el mayor número de niños que trabajan (73% del total). En las áreas urbanas, las actividades de los niños son mayoritariamente domésticas, como el cuidado de hermanos menores o algunas tareas productivas familiares, o se realizan en el sector informal de la economía. Dos terceras partes de los niños que trabajan son hombres.

Paradójicamente, el ingreso per cápita de los años noventa fue un imán poderoso —que aún subsiste— para captar una importante corriente de inmigración, mayoritariamente indocumentada, desde los países de la subregión y, en menor medida, del este de Europa. Esta población adicional pasó a engrosar la franja ubicada por debajo de los límites de pobreza y de desocupados. Las consecuencias sociales de esta situación son ahora mucho más visibles, con un notable aumento de los índices de pobreza que ya afecta a una tercera parte de la población y una proporción de hogares con necesidades básicas insatisfechas que llega a 20%, con mayores niveles de marginalidad, violencia, delincuencia e inseguridad. Sin posibilidades de financiar un sistema de seguro de desempleo para semejante tasa, solo el crecimiento de la economía puede remediar, a largo plazo, este grave problema.

Al considerar los ingresos provinciales por habitantes (PIB per cápita) se observan importantes diferencias en la situación económica de las provincias. La jurisdicción con mejores ingresos en

1996 (ciudad de Buenos Aires, con US\$ 20.544 per cápita) superaba en casi cuatro veces los US\$ 5.571 per cápita de la provincia de Jujuy. Las provincias, agrupadas en cuatro grupos correspondientes a cuatro cuartiles de distribución de los ingresos, correlacionado con indicadores de condiciones de vida y salud, muestran una cierta correspondencia con las regiones geográficas de la Argentina. El grupo I (ingresos de US\$ 20.544–9.833 per cápita), está integrado por la ciudad de Buenos Aires y cinco provincias patagónicas, con importantes ingresos generados por la producción de energía hidroeléctrica e hidrocarburos. En el grupo II (US\$ 9.515–8.075 per cápita) se encuentra la restante provincia patagónica, tres provincias del centro y dos de la región de Cuyo. Los grupos III (US\$ 7.758–6.711 per cápita) y IV (US\$ 6.617–5.571 per cápita) los integran un conjunto de provincias de las regiones del norte del país, de menor desarrollo.

La población total de la Argentina proyectada para 1999 fue de 36.578.355 habitantes. La tasa de crecimiento de esta población ha disminuido en forma sostenida, con valores medios de 1,4% entre 1985 y 1990, 1,3% entre 1990 y 1995 y 1,3% entre 1995 y 2000. La tasa global de fecundidad también continuó descendiendo, pasando de 3,6 hijos por mujer en 1980–1985 a 2,8 en 1990–1995 y a una tasa estimada de 2,4 para 1995–2000. En tanto, la tasa de natalidad solo varió de 19,8 por 1.000 en 1993 a 18,8 por 1.000 en 1999. Con excepción de la ciudad de Buenos Aires, donde la tasa de natalidad en este último año fue de 13,5 por 1.000, en las restantes 23 provincias se mantuvieron en un rango de 17 por 1.000 a 24,9 por 1.000, con una tendencia a presentar mayores valores en las provincias en condiciones económicas más desfavorables.

Durante las últimas dos décadas, la esperanza de vida al nacer de la población total ha aumentado algo más de dos años, manteniéndose una diferencia de más de siete años entre las mujeres con respecto a los hombres. En el período 1985–1990 fue de 71,03 años para la población total (67,58 para los hombres y 74,62 para las mujeres) en tanto la proyección estimada para el período 1995–2000 fue de 73,1 años (69,7 para los hombres y 76,8 para las mujeres). Como consecuencia de estos cambios demográficos, la proporción de población de 65 y más años aumentó de 8,5% en 1985 a 9,7% en 1999, en tanto la población menor de 15 años disminuyó en el mismo período de 31% a 27,9%. El índice de masculinidad de la población total mantenía en 1999 valores similares a los de 1985 (96,4%), pero debido a la diferente expectativa de vida entre los sexos, este valor descendió a 81% en el grupo de 65 a 70 años y llegó a 50,3% en la población de 80 y más años, con un valor de 69,7% para la población de 65 y más años (figura 2).

La distribución espacial de la población es muy heterogénea. En un territorio de 3.761.274 km² coexisten densidades poblacionales de casi 15.000 habitantes por km², como en la ciudad de Buenos Aires, con otra de 0,7 habitantes por km² en la provincia de Santa Cruz. Estas diferencias son el producto de una concentración de la población en la ciudad de Buenos Aires y la provin-

cia de Buenos Aires, que agrupan casi un 50% del total de la población del país. La proporción de población que vivía en áreas urbanas era de 86,9% en 1990 y llegaba a 89,3% según las proyecciones para 1999. El perfil demográfico de las provincias muestra una correlación con las condiciones económicas de las mismas. El cuadro 1 muestra cómo en los grupos de provincias con mejor situación económica existe una tendencia a menor fecundidad, menor natalidad y menor proporción de población joven, en tanto la proporción de personas de 65 y más años aumenta hasta duplicarse y la expectativa de vida crece en más de dos años. En el censo de 1991, la proporción de población analfabeta en estos grupos de provincias presenta una correlación similar. El valor nacional de 3,68% contrastaba con 1,9% en el grupo I (el más rico), 2,9% en el grupo II, y cifras dos y tres veces superiores en los grupos (los más pobres) III y IV (6,9% y 7,2%, respectivamente). La proporción de población con grado universitario completo era de 4% para el total del país, con valores de 8,9% en el grupo I, 3,4% en el grupo II y 2,6% en los grupos III y IV.

Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad general de la Argentina mantiene valores cercanos a 8 por 1.000 desde 1986, pasando de 8,2 por 1.000 en 1986 a 7,9 por 1.000 en 1999 (8,9 por 1.000 para los hombres y 7,1 por 1.000 para las mujeres). Este ligero descenso puede ser algo mayor si se considera que durante este período se ha incrementado la proporción de adultos mayores. Entre las provincias se observan notables diferencias en los valores de la tasa bruta de mortalidad general: por ejemplo, la ciudad de Buenos Aires presentó una tasa de 11,7 por 1.000 para ambos sexos, mientras en Tierra del Fuego la tasa fue de 2,4 por 1.000. Estas disparidades son causadas en gran parte por las diferencias en la estructura por edad de las poblaciones provinciales, por lo que después de ajustar estas tasas por edad, los valores se hacen más homogéneos y muestran inclusive que, una vez ajustada, la tasa de la ciudad de Buenos Aires es menor que la de Tierra del Fuego. La provincia de Neuquén fue la que presentó la tasa de mortalidad ajustada por edad más baja (6,3 por 1.000), en tanto en Chaco llegó a 9,3 por 1.000. Al considerar a los grupos de ingresos, se pone de manifiesto una asociación entre estos ingresos y la mor-

talidad general ajustada, en especial en las mujeres, estimándose que en 1998 hubo un exceso de muertes de 12,5% entre las mujeres del grupo II en comparación con las que vivían en las provincias del grupo I, y el exceso llegó a 20% en los grupos III y IV.

Se estima que en 1999 se perdieron en la Argentina alrededor de 782 años potenciales de vida (APVP) por cada 10.000 habitantes, calculados sobre la base de una esperanza de vida al nacer de 70 años. La pérdida de años potenciales de vida fue mayor en los hombres (993 APVP por 10.000) que en las mujeres (580 APVP por 10.000). Las enfermedades del sistema circulatorio (CIE-10: I00–I99 excepto I46) son responsables del mayor número de muertes en la población total del país (figura 3). En 1999, con una tasa de 270,3 por 100.000 habitantes, este grupo de causas generó 36,9% del total de las muertes (34,9% en los hombres y 38,5% en las mujeres); la relación entre muertes por causas cardiovasculares y grupos de provincias según ingresos no fue notoria. Las neoplasias (CIE-10: C00–D48) ocuparon el segundo lugar en las causas de muerte (20,2%), con una tasa de mortalidad para el total del país de 151,3 por 100.000 habitantes. Las enfermedades transmisibles (CIE-10: A00–B99; J00–J22; G00–G03) fueron la tercera causa de muerte, con una tasa de 67,2 por 100.000 habitantes que representó 9,3% del total de las defunciones. Al considerar a este grupo de causas de muerte por grupos de ingresos no se observaron cambios en las tasas. Las causas externas (traumatismos y envenenamientos) fueron la cuarta causa de muerte (7,1% del total de las defunciones) con una tasa de 53,8 por 100.000 habitantes (79,8 por 100.000 para los hombres y 24,7 por 100.000 para las mujeres). En este grupo de causas fue evidente la relación con los grupos de ingresos: la proporción de muertes en las provincias del grupo de mejores ingresos fue del 5,1%, en tanto que en las provincias más pobres fue de 9,6%. Las afecciones originadas en el período perinatal (CIE-10: P00–P96) causaron 2,3% de las defunciones. Como en el caso de las muertes por causas externas, es notorio el mayor peso de estas defunciones en los grupos de provincias más pobres: mientras en el grupo I la proporción de muertes por esta causa fue de solo 1%, en el grupo IV se elevó a 5%. La proporción de defunciones por causas mal definidas presenta una tendencia similar: sobre un porcentaje global de 6,6%, en los grupos I y IV el porcentaje de estas muertes fue de 2,8% y 15% respectiva-

CUADRO 1. Indicadores demográficos por grupos de ingreso per cápita, Argentina, 1999.

Grupo	Porcentaje de población menor de 15 años	Porcentaje de población mayor de 64 años	Tasa de natalidad	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
IV (más pobre)	33,4	6,5	23,0	3,0	70,9
III	32,6	7,2	22,8	2,9	71,3
II	26,9	10,1	17,6	2,3	73,2
I (más rico)	22,6	13,0	15,4	1,9	73,0

mente, lo que indica que la calidad de los registros decrece notablemente en las provincias más pobres.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

La mortalidad infantil mantiene desde hace varios años una sostenida tendencia al descenso. De una tasa de 26,9 por 1.000 nacidos vivos en 1986 llegó a 17,6 por 1.000 en 1999 (12.120 defunciones). Este valor nacional no es representativo de la variación de esta tasa a lo largo del país, donde en un extremo se ubica la provincia de Tierra del Fuego, con una tasa de 7,8 por 1.000, y en el otro la provincia de Chaco, donde la tasa llegó a 29 por 1.000. Al medir la desigualdad en la mortalidad infantil entre las provincias de Argentina, se encontró un coeficiente de Gini de 0,107 (figura 4). Es importante considerar que los valores provinciales también diluyen disparidades internas de las provincias. En las regiones del país con mejores ingresos y con tasas iniciales menores (centro y Patagonia), el descenso ha sido más marcado que en las regiones más pobres.

En 1999, la tasa de mortalidad neonatal fue de 11,3 por 1.000 y la de mortalidad posneonatal, de 6,3 por 1.000. Durante el período 1986–1999, la relación entre mortalidad neonatal y mortalidad posneonatal se ha mantenido estable. Aun si se consideran las diferentes regiones del país, la mortalidad posneonatal representó siempre alrededor de 35% de la mortalidad infantil total. Las afecciones originadas en el período perinatal continuaron siendo la primera causa de muerte, con 50,4% de las defunciones. Entre 1995 y 1999, la mortalidad específica por neumonía e influenza disminuyó 35,2%, la mortalidad por infecciones intestinales 38,8% y la mortalidad específica por malformaciones congénitas 10,1%. Contrariamente, la mortalidad específica por causas externas aumentó 9,3%, constituyéndose en la tercera causa de muerte, después de las originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas. Este perfil permite estimar que 59,2% de las defunciones producidas en el período neonatal y el 46,2% de las correspondientes al período posneonatal son reducibles por prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

La prevalencia de lactancia completa al cuarto mes fue de 36,7% en 2000, superior al 26,3% registrado en 1998. En relación con el porcentaje de lactancia a los 6 meses, los valores obtenidos fueron 12,0% y 6,6% para 2000 y 1998, respectivamente.

Durante 1999, en los niños de 1 a 4 años se produjeron 1.948 defunciones, con una tasa de mortalidad específica de 0,7 por 1.000; 57,0% de las defunciones correspondieron a hombres. Entre 1995 y 1999 la tasa de mortalidad específica disminuyó 12,5%. Las causas externas continuaron siendo la principal causa de muerte, con un aumento en la tasa específica de 0,17 por 1.000 en 1995 a 0,21 por 1.000 en 1999. El comportamiento de las tasas

entre provincias y regiones es similar al de la mortalidad infantil. Las enfermedades infecciosas y respiratorias y la desnutrición representaron 30,7% de todas las defunciones.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

En 1999, en el grupo de niños de 5 a 9 años se produjeron 974 defunciones, con una tasa específica de 0,29 por 1.000. Las causas externas continuaron siendo la principal causa de muerte y representaron 39,1% de todas las defunciones; 70,3% se produjeron en varones. Los accidentes de transporte fueron la causa más importante y representaron 37,8% del total de las causas externas.

La salud de los adolescentes (10–19 años)

En 1999, la población de 10 a 19 años se estimaba en 6.640.000 jóvenes, lo que representaba 18,1% de la población total. Ese año se registraron 3.701 defunciones (1.062 entre los 10 y 14 años y 2.639 entre los 15 y 19 años, con tasas específicas de 0,32 por 1.000 y 0,79 por 1.000 respectivamente), con una relación de 2 a 1 entre hombres y mujeres que llega a 3 a 1 si se considera solo el grupo de 15 a 19 años. Las causas externas generaron 60% de las muertes en adolescentes, con tasas específicas de 13,4 por 100.000 para los accidentes de transporte, 6,6 por 100.000 para los suicidios y 10,9 por 100.000 para los homicidios y eventos violentos de intención no determinada. Las neoplasias fueron la segunda causa de muerte (8,4%).

Desde el comienzo de la epidemia de VIH/SIDA se registraron 46 jóvenes enfermos de SIDA en el grupo de 10 a 14 años y 305 en el de 15 a 19 años. Estas cifras representan 0,3% y 1,2% respectivamente del total de enfermos registrados entre 1982 y 2000. El número de adolescentes varones afectados es mayor que el de mujeres. Se estima que 46% de los varones y 32% de las mujeres se han infectado a través del uso de drogas intravenosas. Un estudio nacional realizado en 1999 determinó que entre los 12 y 15 años la prevalencia actual (definida como consumo en los últimos 30 días) del uso de drogas era de 35,2% para el tabaco y el alcohol, 1,2% para las drogas ilegales y 0,2% para el consumo ilícito de medicamentos. Sin embargo, estos valores crecen notablemente si se considera que del total de personas encuestadas, 67% fumaba o había fumado, y 41% había iniciado el consumo antes de los 16 años. En tanto, 10,1% había usado drogas ilegales, y 22,8% había comenzado el uso antes de los 16 años.

La fecundidad en adolescentes disminuyó de 38,7 por 1.000 en 1980 a 31,9 por 1.000 en 1999 (1,7 por 1.000 entre los 10 y 14 años y 62,3 por 1.000 entre los 15 y 19 años). De los niños nacidos en la Argentina en 1999, 15,2% tuvo una madre adolescente (104.386) y, de ellos, 2,6% tuvo una madre menor de 15 años (2.747). La tasa de mortalidad infantil de estos niños es mayor no solo por la edad de la madre sino porque la maternidad en este grupo de edad está fuertemente asociada a condiciones socioeconómicas desfavorables. Aunque también es esperable una mayor tasa de mortalidad materna en este grupo, las 38 defunciones

maternas registradas entre los 10 y 19 años en 1999 resultaron en una tasa específica de mortalidad materna de 3,6 por 10.000, algo inferior al total nacional, lo que indica que quizás entre los adolescentes el subregistro de estas muertes podría ser mayor.

La salud de la población adulta

Según una encuesta del UNICEF, 86% de las embarazadas realizaron cinco o más controles prenatales en 1994; sin embargo, las mujeres solteras o sin estudios primarios completos tuvieron menos de cinco. La mortalidad materna para el total del país en 1999 fue de 41 por 100.000 nacidos vivos, algo superior a los 38 por 100.000 del año 1998. Sin embargo, la Dirección de Estadísticas de Salud y el Programa de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud estiman que el subregistro de esta causa de muerte es de alrededor de 50%, por lo que la tasa real sería del orden de 80 por 100.000. Las diferencias encontradas entre provincias resultan de mayor magnitud con relación a otros indicadores de salud. Mientras que en la ciudad de Buenos Aires y en provincias como Río Negro, Chubut, Córdoba y Buenos Aires se registraron menos de 20 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, provincias como Chaco y Formosa presentaron tasas de 130 y 160 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos. La curva de Lorenz de la mortalidad materna (figura 5) muestra que 40% de los nacimientos ocurridos en las provincias con mayores tasas de mortalidad materna generan casi 80% de estas muertes. Un programa impulsado por el Ministerio de Salud promueve la realización de reuniones locales y nacionales para analizar la mortalidad materna con el fin de detectar y corregir los factores responsables de estas defunciones así como de los problemas que resultan en enfermedad grave durante el embarazo, el parto y el puerperio.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

En 1999 la población de adultos de 60 y más años ascendía a casi 5 millones, es decir 13,4% de la población total del país, cifra que muestra un crecimiento de 24,6% de la población de este grupo de edad desde 1970. Un 56% de los adultos eran mujeres y un 44% hombres, pero mientras la diferencia entre la proporción de hombres y mujeres de 60 a 64 años casi no existe, después de los 79 años la población de mujeres es el doble que la de hombres. No existe información concreta sobre el número de adultos mayores institucionalizados. Si bien hay una tendencia social a retener a los ancianos dentro de las familias, la existencia de hogares y residencias para ancianos ha crecido notablemente en los últimos 10 a 15 años, alcanzando en 1999 un valor de 20 plazas por cada 1.000 personas de 70 y más años en 13 provincias. La edad jubilatoria es de 65 años para los hombres y de 60 años para las mujeres, pero está en estudio la elevación de estos valores a 70 y 65 respectivamente en forma progresiva.

Las enfermedades relacionadas con el modo de vida son las de más peso entre los adultos mayores. Las enfermedades cardiovasculares (30,7%), las neoplasias (19,1%) y las afecciones cerebrovasculares (8,9%) son las principales causas de muerte de

esta población, con un aumento de las enfermedades cardiovasculares y una disminución proporcional de las neoplasias en las edades más avanzadas. El peso proporcional de las neoplasias es mayor en las mujeres, en especial entre los 60 y 70 años.

La salud de los trabajadores

Entre julio de 1999 y junio de 2000 se registraron dentro del sector formal de la economía 433.495 accidentes, de los que 96% fueron leves, 3,5% graves y 0,2% mortales (955 defunciones). La tasa promedio de accidentes fue de 76,7 por 1.000 trabajadores expuestos, pero en el sector de la construcción fue más del doble: 185 por 1.000; en el de la manufactura, 128 por 1.000, y en el de la agricultura, 103,1 por 1.000. En 1996 se implementó la Ley sobre Riesgos del Trabajo, destinada a prevenir riesgos y a reparar daños ocupacionales. En el marco de esta ley, casi cinco millones de trabajadores están cubiertos por seguros de riesgo del trabajo. Por su parte, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo estableció el Plan "Trabajo Seguro para Todos", que tiene en cuenta una serie de medidas preventivas en empresas con alto índice de accidentes laborales.

La salud de los discapacitados

Mediante la Encuesta Permanente de Hogares realizada en 1991 se estimó que 7% de la población (alrededor de 3.250.000 personas) padecía algún tipo de discapacidad. Según la certificación de incapacidades para el período 1997-2000, 41,6% eran discapacidades mentales, 41,1% motoras, 13,8% sensoriales y 3,5% deficiencias viscerales. El Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad tiene a su cargo varios programas para apoyar centros y servicios de rehabilitación, de atención a discapacitados carenciados, de recreación y actividades deportivas, y de formación de recursos humanos en ortesis y prótesis y en terapia ocupacional.

La salud de los indígenas

Según el Instituto de Asuntos Indígenas (INAI) la población de indígenas estimada en 1999 era de 372.996 (1,1% de la población total) y los grupos mayoritarios eran collas (98.000), mapuches (60.000), diaguitas (50.000) maticos (40.000), tobas (39.000), y quichuas y aimarás (38.500). Sin embargo, en las estadísticas de salud no existe información discriminada por grupos étnicos. Con excepción de los mapuches, ubicados en la Patagonia y la provincia de Buenos Aires, el resto de los grupos de población indígena residen mayoritariamente en las provincias de menores ingresos (grupos III y IV).

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Las inundaciones constituyen el evento de mayor riesgo, aunque en algunas provincias existen también los riesgos de movi-

mientos sísmicos y erupciones volcánicas. Durante el año 2000 las inundaciones causaron más de 36.000 afectados y 21 muertos o desaparecidos en el noroeste argentino y más de 50.000 afectados, pero solo una defunción, en la provincia de Buenos Aires. Fuertes tormentas y precipitaciones, un tornado en la provincia de Buenos Aires, un aluvión en Santa Fe e intensas nevadas generaron necesidades de evacuación de población en algunas ciudades del país. La erupción del volcán Copahue en la provincia de Neuquén tuvo un negativo impacto en el turismo, la principal actividad económica de la región, si bien no ocasionó pérdidas humanas.

En octubre de 1999, por decreto del Poder Ejecutivo Nacional se creó en el ámbito de la Jefatura de Gabinete el Sistema Federal de Emergencias (SIFEM), para coordinar las acciones gubernamentales y no gubernamentales. El SIFEM está integrado por organismos de toda la administración pública nacional, y cuenta con un gabinete de emergencias formado por los ministros del interior, de defensa, de economía, infraestructura y vivienda, de salud, y de desarrollo social y medio ambiente.

Enfermedades transmitidas por vectores

Enfermedad de Chagas. La Argentina está en condiciones de certificar la interrupción de la transmisión vectorial por *Triatoma* en ocho de las provincias en las que la enfermedad de Chagas era endémica (Jujuy, Salta, Catamarca, Entre Ríos, Río Negro, La Pampa, Neuquén y Tucumán). Otras seis provincias se encuentran en situación intermedia de control, con infestación peridomiliar residual de triatomíneos focalizada y con discontinuidad de la vigilancia (Córdoba, Corrientes, Misiones, Santa Fe, Mendoza y Chaco). Un tercer grupo integrado por La Rioja, San Luis, San Juan, Formosa y Santiago del Estero se encuentran todavía en situación de riesgo de transmisión vectorial. El Programa Nacional de Chagas llevó a cabo acciones sostenidas y alcanzó 97% de la meta de rociados y 96,5% de vigilancia entomológica de las viviendas. Se estima que es factible lograr la interrupción de la transmisión vectorial en todas las provincias en un plazo de cuatro años.

Desde 1997 la cobertura de tamizaje para *Trypanosoma cruzi* en los bancos de sangre, que procesan alrededor de 800.000 unidades por año, sigue siendo de 100%, con una prevalencia cercana a 55 tamizajes positivos por 1.000 donantes. Estudios de seroprevalencia realizados en el año 2000 en 21.427 niños de 6 meses a 14 años de áreas endémicas mostraron una prevalencia de 1,94%. En 131.900 embarazadas la prevalencia alcanzó 6,4%, con una media de transmisión congénita de 4,7% y un rango de 2 a 12,4%.

Dengue. La presencia de *Aedes aegypti* ha sido confirmada en 17 de las 24 provincias del país. Sobre un total de 854 municipios inspeccionados en las áreas de riesgo, el vector se encontró en 581. De ellos, 111 se clasificaron de alto riesgo, 400 de mediano riesgo y 70 de bajo riesgo. En el primer trimestre del año 2000 reaparecieron casos autóctonos de dengue clásico (DEN-1) en el noroeste

del país, en los departamentos de Iguazú y Clorinda, provincias de Misiones y Formosa respectivamente, relacionados con la epidemia ocurrida en el Paraguay. En el noroeste (provincia de Salta) hubo casos de dengue clásico (DEN-2). Además, en 2000 se presentaron 617 casos probables no autóctonos en ocho provincias (diagnóstico clínico e IgM positiva). Durante el verano 2000–2001 no se presentaron brotes en las áreas consideradas de riesgo, y se continuaron notificando casos aislados no autóctonos.

Malaria. Se presenta con mayor intensidad en un área de riesgo de la provincia de Salta, limítrofe con Bolivia (departamentos de Orán y San Martín, donde la incidencia parasitaria anual es de 2 a 3 por 1.000), y secundariamente en Jujuy. En el noreste (Misiones y Corrientes) se presentaron en forma ocasional algunos episodios epidémicos. Durante el año 2000 se notificaron 461 casos de malaria, de los que 114 fueron autóctonos (25%); los casos restantes están relacionados con los movimientos migratorios que tienen lugar en la región.

Fiebre amarilla. Debido a la existencia de un nicho ecológico para que se traslade la epizootia, y al elevado tránsito de personas de áreas endémicas de Bolivia y el Brasil, las provincias de Jujuy, Salta, Formosa, Chaco, Corrientes y Misiones son consideradas como potencialmente expuestas, aun cuando no se hayan registrado en ellas casos de la enfermedad. Durante los últimos años solo se aplicó la vacuna contra la fiebre amarilla a las personas que viajan a las zonas endémicas o que viven en las zonas de frontera. El programa de vacunación se amplió y fijó la meta de vacunar a toda la población mayor de 1 año de las provincias mencionadas; se estima que aún deben vacunarse alrededor de 1.600.000 personas para alcanzar esa meta.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Poliomielitis. El último caso de poliomyelitis por poliovirus salvaje registrado en la Argentina data de 1984. Al finalizar el año 2000 el número de casos sospechosos de poliomyelitis o casos de parálisis flácida aguda (PFA) notificados ascendió a 136. La tasa de notificación fue de 1,32 por 100.000. En el año 2000 se estableció la notificación semanal discriminada de todas las unidades operativas provinciales. A comienzos de 2001, 10 de las 24 jurisdicciones (con 64% de la población de niños menores de 15 años), notificaban en forma discriminada, y las 24 provincias notificaban semanalmente casos sospechosos de PFA. El 91% de los casos de PFA del año 2000 fueron investigados dentro de las 48 horas del inicio de la parálisis, en tanto en 73% de los casos se obtuvieron muestras de materia fecal dentro de los 14 días del inicio de la parálisis. A partir de 1995 se logran coberturas de vacunación mayores de 90%, aunque con mucha variación entre las provincias.

Sarampión, rubéola y parotiditis. Desde 1990 la cobertura de vacunación contra el sarampión superó el 90%. A partir de

una campaña masiva que tuvo lugar en 1993, complementada con la vigilancia y el examen de laboratorio de todos los casos de enfermedades febriles eruptivas, la notificación de casos de sarampión mostró un drástico descenso en el período 1994–1996, llegando a 0 casos en ese último año. Tras la aparición de casos en 1997, en 1998 se realizó una nueva campaña nacional de seguimiento en niños de 2 a 5 años que incluyó la aplicación de la vacuna triple viral (MMR) en niños de 1 año, con una cobertura superior a 95%. Sin embargo, entre 1997 y 1999 en la Argentina hubo un brote de sarampión que ocasionó 121 casos confirmados en 1997, 10.229 casos confirmados en 1998 y 351 casos confirmados en 1999. En el año 2000 se notificaron 935 casos sospechosos, la mayoría en niños menores de 5 años de edad, de los que solo seis fueron confirmados. Se notificaron 10.806 casos de rubéola en 1999 y 6.007 en 2000. Durante ambos años, todas las provincias del país notificaron casos de rubéola, aunque la mayoría fueron notificados en la provincia de Buenos Aires. En 1999 se notificaron 23.938 casos de parotiditis, número que bajó a 17.630 en 2000.

Difteria, tos ferina, tétanos y meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b. Desde 1990 la cobertura con DPT es superior a 80%. En 1997 se introdujo la vacuna contra *Haemophilus influenzae* en forma unitaria. En noviembre de 1998 se incorporó la vacuna DPT y Hib al calendario de vacunación de los niños, y en 1999 la cobertura era superior a 85%. En 2000, la cobertura con tres dosis de DPT o de DPT y Hib fue de 83%, con un rango entre las 24 jurisdicciones de 65% a 99% y una mediana de 84%. En 1999 se notificaron 65 casos de meningoencefalitis debida a *H. influenzae*, número que bajó a 35 durante 2000. En 2000 se notificaron 3.682 casos de meningitis, de los que en 46,9% no se especificó la etiología. De las meningitis con etiología especificada, 80% fueron bacterianas, y los agentes etiológicos aislados con más frecuencia fueron *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae*. Estos valores representan una disminución de 23% en la notificación total de casos respecto de 1999 y una disminución de 30% en la notificación de las meningitis bacterianas y de casi 50% de las meningitis por *H. influenzae*. En 1989–1990 se registró un brote de difteria que causó 51 casos en las provincias del noreste. Los casos fueron disminuyendo desde 1991 hasta que en 1997 no se notificó ninguno. En 1998 se notificaron dos casos en la provincia de Misiones y durante los años 1999 y 2000 no hubo casos notificados. En 1998 y 1999 se observó un incremento en el número de casos de tos ferina en algunas provincias del país. Durante 1999 se notificaron 657 casos en 22 de las 24 provincias; solamente Jujuy en el norte y Tierra del Fuego en el sur no notificaron casos. En 2000 se notificaron 567 casos, entre ellos 139 en la provincia de Buenos Aires y 105 en la provincia de Santa Fe. El número de casos de tétanos neonatal descendió de 21 casos anuales en 1988 a 0 en 1998 y 2 en 1999, todos ellos correspondientes al noreste. No se registraron casos de tétanos neonatal durante el año 2000.

Los casos de tétanos en todas las edades disminuyeron de 220 a 19 durante el período 1980–1999. En 2000 se notificaron 13 casos en 8 jurisdicciones, la mayoría del norte del país.

Cólera

Desde la comunicación del primer caso en febrero de 1992 hasta 1999 se notificaron 4.834 casos de cólera, de comportamiento estacional y epidémico. La mayoría de los casos ocurrieron en la región noroeste (Salta y Jujuy) con predominio en adultos y en hombres, probablemente debido al mayor desplazamiento de este grupo poblacional. El último caso se registró en la provincia de Santa Fe en 1999.

Tuberculosis

En 1999 se notificaron 11.871 casos nuevos de tuberculosis, y el mayor número de casos se concentró en la provincia de Buenos Aires. Sin embargo, las mayores tasas de incidencia se presentaron en el norte del país. Mientras la tasa nacional fue de 32,5 por 100.000 habitantes, esta cifra varió de 12,7 por 100.000 en la provincia de San Luis a 100 por 100.000 en la de Jujuy. La tasa nacional es 47% menor que la que se registraba hace 20 años. Esto es el resultado de una disminución de la incidencia de tuberculosis en casi todas las provincias, con excepción de Formosa donde entre 1980 y 1999 la tasa se incrementó 47%. Este descenso de la incidencia fue mayor en la población de 15 a 29 años. En 1999 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 2,8 por 100.000 (1.019 defunciones) y fue en la provincia de Jujuy donde se registró el mayor número de defunciones por habitantes (10,4 por 100.000). Las tasas de mortalidad en los grupos de mayor edad fueron las más altas, llegando a 14,3 por 100.000 en el grupo de 75 y más años. La infección por VIH/SIDA desempeña un importante papel en la mortalidad por tuberculosis en el grupo de 20 a 34 años, donde la asociación con el VIH representa alrededor de 50% de las defunciones. En 628 pacientes estudiados entre 1999 y 2000 se encontró resistencia inicial a un medicamento en 10% y multiresistencia en 1,7% (con valores de 8,8% y 0,8%, respectivamente, en pacientes VIH negativos y 24,5% y 13,2% en pacientes VIH positivos).

Lepra

La zona endémica abarca 12 provincias del noreste y noroeste, centro y litoral. En el año 2000 se notificaron 364 casos y se registró una prevalencia nacional inferior a 1 por 10.000 (0,75), que coincide con la meta de control y eliminación propuesta por la OPS. Sin embargo, en las provincias de Chaco, Formosa, Entre Ríos y Corrientes las tasas son superiores.

Infecciones respiratorias agudas

Representan 37% de las enfermedades notificadas en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (889.578 casos en el año 2000) y son una causa importante de mortalidad en la población menor de 5 años, en especial en asociación con problemas nutricionales.

Rabia

La rabia animal continúa siendo un problema endémico en la zona norte del país y afecta en especial al ganado bovino. En 1999 se notificaron 66 casos de rabia animal (34 en bovinos, 16 en perros y gatos, 8 en murciélagos y 8 en otros animales). La mayor parte de los casos notificados en perros y gatos correspondió a un brote de la provincia de Salta (localidades de Orán, Hipólito Irigoyen y Pichanal) que requirió control de foco, vacunación masiva y restricción de animales en la vía pública. Durante el año 2000 el número de casos notificados en perros y gatos disminuyó 30% respecto al año anterior.

VIH/SIDA

Desde el comienzo de la epidemia hasta el año 2000 se habían notificado 18.824 casos de SIDA; sin embargo, debido al retraso de esta notificación, se estima que el número de casos ascendería a 21.000. El número de casos notificados anualmente creció entre 1984 y 1996, año en que se notificaron 2.640 casos (tasa de 75 por millón), y desde entonces el número de casos ha disminuido ligeramente. Si bien la epidemia afecta a todas las jurisdicciones del país, la aglutinación poblacional en grandes ciudades da por resultado que 87% de los casos se concentren en la ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. El número de hombres afectados ha sido siempre superior al de mujeres, pero la relación de 12 a 1 en 1989 pasó a la de 3 a 1 en 2000 (figura 6). Los grupos de edad más afectados son el de 25 a 29 años, con 26% de los casos, y el de 30 a 34 años, con 22,3% de los casos; 7% son menores de 10 años. El perfil de los factores de riesgo de los casos notificados mostró un incremento de la transmisión heterosexual de la enfermedad en ambos sexos, aunque en el sexo femenino esta vía superó el 60%. Desde 1990 la proporción de casos en hombres usuarios de drogas intravenosas se ha mantenido en un valor cercano a 50%. Los usuarios de drogas son más jóvenes que los que se infectan por otras vías, y 80% son menores de 35 años. La transmisión vertical es la causa de 96% de los casos en niños, y la proporción de casos debidos a transfusiones y a factores antihemofílicos ha disminuido de 22,6% en 1982–1990 a valores inferiores a 1% en los años más recientes. La cobertura de tamizaje para el VIH en los bancos de sangre ha crecido de 84,5% en 1995 a 100% en 1999. La Norma Nacional de SIDA en Perinatología, que establece la obligatoriedad de ofrecer la prueba diagnóstica a todas las mujeres embarazadas, ha mejorado la detección y posibilitado el tratamiento de las madres infectadas disminuyendo así más de 50% la incidencia de SIDA por transmisión vertical entre 1996 y 2000. Durante el año 2000 se han realizado estudios en poblaciones homogéneas que arrojaron cifras de prevalencia de infección por el VIH de 0,56% en embarazadas, 3,56% en personas que asistieron a la consulta por infecciones de transmisión sexual, 2,47% en población carcelaria, 0,08% en donantes de sangre, 0,05% en personal de las Fuerzas Armadas, 5% en trabajadoras sexuales y 12% en hombres que tenían sexo con hombres. El número de defunciones

disminuyó de 1.829 en 1997 a 1.673 en 1998 y 1.469 en 1999. Esta disminución, pese al mayor número de personas infectadas, puede atribuirse al incremento de la terapia antiviral gratuita, ya que el número de personas tratadas aumentó de 2.500 en 1993 a 14.500 en 2000, y al empleo de la triterapia a partir de 1998 para los infectados por el VIH.

Infecciones de transmisión sexual

La notificación de sífilis y de infecciones gonocócicas y supuraciones sin especificar se ha mantenido estable en los últimos años, con cifras de 5.000 y 20.000 casos respectivamente. Sin embargo, no ha ocurrido lo mismo con la sífilis congénita, que ha experimentado un sostenido aumento de 126 casos en 1994 a 378 en 2000. Una investigación realizada por la Dirección de Epidemiología de la ciudad de Córdoba en los primeros meses de 2001 mostró que el subregistro de la sífilis congénita durante los últimos tres años ha sido superior a 50%. Esto denota que la notificación y atención de las infecciones de transmisión sexual requieren un mayor control, en especial durante el período prenatal.

Síndrome pulmonar por hantavirus

Tras el diagnóstico de los primeros casos de esta enfermedad en 1995, se identificaron tres áreas del país donde se registraron la mayor parte de los casos: el área central, el área andina patagónica y el noroeste. Los casos presentan una distribución estacional, con un neto predominio de marzo a junio en el norte del país, mientras que en el centro y sur la notificación se extiende de marzo a octubre. Con excepción de un brote ocurrido en el área andinopatagónica en 1996, la mayor parte de los casos se registraron como casos aislados. Se notificaron 81 casos en 1999 y 69 en el año 2000; 81% del total de casos se presentó en hombres. La letalidad descendió de 80% en 1995 a 20% en 2000; se considera que este descenso puede deberse a un mayor estado de alerta, al diagnóstico precoz de la enfermedad y a un mejor conocimiento y práctica en el tratamiento de los pacientes.

Hepatitis virales

La notificación de casos ha mejorado en cuanto a la discriminación de los tipos de hepatitis; sin embargo, en un porcentaje alto de los casos no se especifica el tipo de virus. Desde 1994 la notificación se ha mantenido relativamente estable, con alrededor de 30.000 casos por año. Cerca de 90% de los casos notificados de hepatitis A se presentan en menores de 14 años. En el año 2000 se notificaron 926 casos de hepatitis B y 566 de hepatitis C en 19 jurisdicciones. Se estima que la prevalencia de la enfermedad es mayor que lo que indica la notificación. En el año 2000 el Ministerio de Salud añadió la vacunación contra la hepatitis B al calendario nacional de vacunación para los niños recién nacidos. La cobertura de tamizajes para hepatitis B y C en los bancos de sangre del sector público creció de 66% y 53% respectivamente en 1995 a 99,9% y 93% en 1999. Este último año, la prevalencia

de hepatitis B en 810.259 unidades de sangre fue de 6,1 por 1.000, y la de hepatitis C, de 6,6 por 1.000.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

El estado nutricional de la población infantil de la Argentina presenta en forma simultánea problemas por deficiencia y por exceso. Una encuesta del Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud (1995–1996), realizada en menores de 6 años de edad que asistían a centros de atención ambulatoria del sistema público, puso de manifiesto un déficit de talla de 12,9% (desnutrición crónica) y un exceso de peso de 8,7%. Las cifras más elevadas de desnutrición global y crónica se presentaron en algunas provincias de los grupos de menores ingresos (Chaco 8,1% y 16%, y Tucumán 7,5% y 19,7%). En la última década la prevalencia de anemia (Hb < 110 g/l) en menores de 2 años se estimó en alrededor de 20%, con valores de hasta 50%. En respuesta a este problema, los programas de maternidad e infancia han comenzado la suplementación con hierro, y se encuentra en marcha la inclusión de leche fortificada en los programas de asistencia alimentaria. En 1999, los resultados de un estudio realizado en tres jurisdicciones sobre déficit de vitamina A demostraron que en niños de 6 meses a 2 años la prevalencia de déficit de retinol sérico era de 26%, 32% y 46%, respectivamente.

Enfermedades del sistema circulatorio

Estas enfermedades, responsables de más de un tercio de las defunciones y con un muy alto peso en la morbilidad y discapacidad de la población, no han sido objeto de estudios que permitan conocer con precisión su prevalencia. Diferentes encuestas han puesto de manifiesto la frecuencia de factores de riesgo al notificar prevalencias de 30% de sedentarismo, de 9% a 24% de hipertensión, de hasta 11% de dislipemias y de 5% de diabetes. En relación con el consumo de tabaco, 46,8% de los hombres y 34% de las mujeres eran fumadores en 1999.

Neoplasias malignas

En 1999 el cáncer de mama fue la primera causa de defunción por neoplasias malignas en las mujeres (20,5% del total de defunciones por cáncer), seguido por el cáncer del cuerpo y cuello del útero (11,1%), colon (9,4%) y pulmón (7,4%). En los hombres, el cáncer de pulmón generó 23,3% de las muertes por tumores malignos, el de próstata 11,8%, el de colon 8,5% y el de estómago 6,8%.

Accidentes y violencia

En los últimos 10 años, el número de accidentes y hechos violentos pasó de alrededor de 88.000 en 1990 a cerca de 180.000 en 1999, lo que representa un incremento de algo más de 100%. Según esta información oficial otorgada por la policía, los accidentes de tránsito automotor causaron casi 30% de estos hechos, generando 50.681 lesionados y 3.668 defunciones. Este último número es superior a las 3.446 defunciones producto de homi-

cidios dolosos y culposos. El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) ha incorporado en sus registros la morbilidad por accidentes; sin embargo, el subregistro es grande. En 2000 se notificaron al SINAVE 589.258 eventos: 362.902 accidentes del hogar, 106.912 viales y 119.444 sin especificar.

Salud oral

El Programa Nacional de Salud Oral tiene como líneas de acción la promoción de la salud bucal de la infancia, la fluoruración y defluoruración del agua de consumo y el estímulo de la calidad de la atención. Los grupos prioritarios para el programa son los niños de hasta 12 años y las embarazadas. A través de programas escolares destinados a unos 800.000 niños, se ha promocionado el cepillado y el cuidado en la dieta y se han aplicado fluoruros tópicos, sellantes e inactivantes de caries de dientes temporarios. También existen programas de educación continua y de actualización sobre normas técnicas, prevención de caries, detección precoz de cáncer oral y SIDA.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Las políticas nacionales de salud (PNS) se fundamentan en el Marco Estratégico-Político establecido por Decreto 455 del año 2000 y se detallan en el Documento Oficial de Políticas de Salud. Las siete políticas instrumentales definidas en este documento son: concertar la acción de salud entre la nación, las provincias y los municipios; ejercer la conducción del sector destacando el desarrollo de las capacidades locales; usar racionalmente los recursos financieros disponibles; atender a las brechas, desigualdades e inequidades; promover la articulación de los recursos públicos, privados y de la sociedad civil en cada una de las jurisdicciones; apoyar las actividades de las organizaciones no gubernamentales relacionadas con la promoción, protección y rehabilitación de la salud, y promover en el nivel municipal la activa participación social en el cuidado de la salud individual y colectiva.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

Para entender la compleja organización del sistema de salud de la Argentina hay que destacar, por un lado, la notable descentralización hacia el nivel provincial de varios aspectos de la vida nacional, entre ellos la salud. Esa descentralización llega a tal punto que las normas nacionales aprobadas por leyes o decretos, para que tengan validez en las provincias, tienen que ser refrendadas por una legislación provincial específica. El otro aspecto que hay que destacar es el rol histórico del movimiento obrero en el país, que resultó en que a mediados del siglo XX la principal

fuente de financiamiento de la atención de la salud estuviera en manos de las entidades sindicales constituidas en las denominadas obras sociales, que todavía hoy día representan más de 300 entidades con sus correspondientes planes de salud, de efectividad muy despareja.

La Ley 25.233 de 1999 modificó la Ley de Ministerios y estableció la nueva estructura del Ministerio de Salud, con dos Secretarías: de Atención Sanitaria, y de Políticas y Regulación Sanitaria. La primera contaba con dos subsecretarías: la de Atención Primaria de la Salud y la de Programas de Prevención y Promoción. La segunda tenía tres subsecretarías: la de Planificación, Control, Regulación y Fiscalización, la de Coordinación y la de Investigación y Tecnología. Se destacan el nuevo rol del Consejo Federal de Salud (COFESA), como instancia privilegiada de coordinación del sector; la creación del Consejo de Agencias Federales de Salud y la correspondiente Red de Agencias Federales de Salud; el énfasis puesto en las actividades de articulación subregional con el MERCOSUR; la creación de un Sistema Nacional de Información para la Salud, y la implementación de un Sistema de Cuentas Nacionales de Salud. Dentro de este marco de reforma, se estableció un sistema para el manejo de los asuntos relacionados con la ética biomédica y se cambió el Marco Regulatorio de las Obras Sociales Nacionales para fortalecer el Fondo Solidario.

La Resolución 939/2000 estableció el nuevo Plan Médico Obligatorio para los agentes del Sistema Nacional de Seguros de Salud, que incluye prestaciones de atención primaria, de promoción de la salud (como el control del tabaquismo), de prevención (por ejemplo, de cáncer de mama y cuello de útero), de rehabilitación y de cuidados paliativos. No obstante la considerable resistencia que pueda enfrentar por parte de prestadores y financiadores, la implementación del nuevo Plan en las Obras Sociales de cobertura nacional, deberá ser un elemento clave en la progresiva regulación del componente de prestación de servicios del sector salud.

En las provincias, los servicios se prestan mediante la red de servicios primarios y secundarios provinciales y del sector privado. Muy pocos establecimientos asistenciales son de administración nacional y municipal. Con algunas excepciones como las de las ciudades de Buenos Aires y Rosario, no suele haber importantes redes municipales de servicios. Algunas provincias como Buenos Aires, Mendoza y Río Negro, se encuentran en un activo proceso de municipalización de la atención primaria, fenómeno que, de extenderse a todo el país, podría cambiar de forma importante el modelo de atención. En el sector privado hay una clara división de funciones, ya que las entidades financiadoras (obras sociales y aseguradoras) no suelen tener servicios propios. Ello no impide que algunos hospitales, especialmente los que atienden al grupo de nivel social más elevado, mantengan planes de salud propios.

En 1995, 49,7% de la población estaba afiliada a una obra social, 11,5% tenía seguros privados (prepagos) y 7,8% contaba

con otros sistemas de cobertura, resultando en que 69,0% de la población estaba cubierta y 31,0% no tenía cobertura formal; 19,4% estaba afiliada a más de un sistema simultáneamente. El porcentaje de población con cobertura es más elevado en el grupo de provincias con mayores ingresos. Al estratificar la población por nivel de ingreso, la proporción de población sin cobertura explícita crecía de 15,1% en la población de ingreso alto a 23,0% en los estratos de ingresos medio, 31,9% en los de nivel medio-bajo y 45,9% en los de ingreso bajo. La población sin cobertura formal recibe atención de los sistemas de salud provinciales que atienden indiscriminadamente a toda la población, resultando en una considerable producción de servicios per cápita, con gastos en salud que se aproximan mucho a los gastos promedio de las obras sociales. En el caso de las provincias del grupo I (de mayor ingreso) se observa incluso que los gastos per cápita en la población sin cobertura son más elevados que los de las obras sociales. Parte de este gasto resulta en subsidio cruzado, ya que los hospitales públicos prestan atención ambulatoria y de internación a la población con cobertura, en especial a los afiliados de algunas obras sociales menos estructuradas y solventes.

El sector privado participa con 17,1% del total de los gastos en salud mediante el sistema de prepagos, que sumado al 27% correspondiente a los gastos directos alcanzan a 44,1% del total del financiamiento del sector. De las 155.749 camas existentes en el país en 1995, 67.198 (43,15%) pertenecían al sector privado. De los 16.085 establecimientos de atención ambulatoria existentes en 2000, 8.873 (55,2%) eran privados.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

El Ministerio de Salud de la Nación emite normas básicas sobre la prestación de servicios de salud y las condiciones de funcionamiento. La mayoría de las 24 provincias tienen una extensa colección de normas que no son necesariamente completas. El Ministerio, dentro del Programa Nacional de Calidad en Salud, promueve talleres de unificación conceptual y desarrollo por consenso de conjuntos de instrumentos normativos básicos para todas las provincias.

El ejercicio de la medicina, odontología y "actividades de colaboración" tiene su marco regulatorio en la Ley Nacional 17.132 del año 1967, que otorgó el control del ejercicio de dichas profesiones y actividades, así como el gobierno de las matrículas, a la Secretaría de Estado de Salud Pública, hoy Ministerio de Salud. Este marco legal incluye todas las actividades relacionadas con la asistencia médico-social y con el cuidado de la higiene y estética de las personas, en cuanto puedan relacionarse con la salud de las mismas. La habilitación requiere la inscripción de los títulos o certificados en el Ministerio de Salud, que otorga una matrícula que puede ser suspendida en virtud de sentencia judicial firme. La certificación de especialistas en medicina puede ser otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con la Asociación Médica Argentina (AMA); por el Consejo de Certificación

de Profesionales Médicos, que con el auspicio de la Academia Nacional de Medicina otorga certificados de "corte académico"; por los ministerios de salud provinciales o los colegios médicos provinciales, y por sociedades científicas. La Academia Nacional de Medicina y la AMA han iniciado una propuesta de certificación y recertificación periódica, planteada como un proceso voluntario, disponible para todos los profesionales que lo soliciten y llevada a cabo por los pares a través de las sociedades científicas y demás entidades que participen en el sistema.

A partir de 1992, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología de Salud (ANMAT) permite que el país tenga un conjunto extenso y razonablemente completo de instrumentos y prácticas normativas para el control de medicamentos, alimentos e insumos médicos. El mercado total de medicamentos representa un monto anual de cerca de US\$ 3.640 millones, y 85% de los medicamentos se producen en el país. Los medicamentos representan 15,8% del total del gasto nacional en salud (US\$ 23.900 millones en 1999), y el mercado de equipos y dispositivos corresponde a 1,7% del gasto total en salud. Del total de US\$ 318 millones gastados en equipos y dispositivos, un tercio correspondió a producción nacional, y 10% de esta producción nacional se dedicó a la exportación.

En la década de 1990 se traspasó la administración de la mayor parte de los servicios de agua potable y saneamiento al sector privado pero no se planificaron y estructuraron todos los mecanismos de regulación y control apropiados, que no pudieron cumplirse en su totalidad. Finalizada la década, las funciones de regulación y control de las concesiones son ejercidas por las jurisdicciones concedentes (nacional, provincial o municipal) y no existe un sistema centralizado de regulación de los servicios. Las normas de calidad del agua de bebida y las pautas para su monitoreo han sido reguladas por la Comisión Nacional de Alimentos a través del Código Alimentario Nacional.

Con base en la Ley 20.284 de prevención de la contaminación del aire, provincias y municipios han formulado leyes y normas con definiciones propias de niveles de alerta y alarma. La Secretaría de Desarrollo Social y Política Ambiental es el órgano que aplica la Ley de Residuos Peligrosos (incluye sustancias químicas), que indica estándares de emisiones gaseosas de fuentes fijas y niveles guía para sustancias peligrosas, en tanto las autoridades jurisdiccionales ejercen el poder de policía sobre límites de emisión de gases de los vehículos. Por otra parte, las ordenanzas municipales dan una flexibilidad que permite resolver los problemas de contaminación a nivel local.

Los residuos peligrosos son regulados por la Ley 24.051, que incluye residuos patógenos. En la provincia de Buenos Aires la Ley 11.347 contempla el proceso de incineración y autoclave, y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se dictó la Ley 154/99 de Residuos Patogénicos, que aún no ha sido reglamentada. En el ámbito del Ministerio de Salud, la Normativa 349/94 de residuos biológicos de unidades de atención de la salud, permite como tratamiento de estos residuos la incineración, la esteriliza-

ción con autoclave y el relleno de seguridad. En la misma normativa se fomenta la segregación en el origen y el tratamiento in situ.

Desde 1967, el Código Alimentario Argentino reglamenta las disposiciones higiénico-sanitarias, bromatológicas y de identificación comercial de los alimentos haciendo responsable de su control a las autoridades sanitarias nacionales representadas por el Ministerio de Salud y por las provincias o municipalidades en sus respectivas jurisdicciones. En 1999 se estableció el Sistema Nacional de Control de Alimentos, con el objetivo de asegurar el fiel cumplimiento del Código Alimentario Argentino. La Dirección de Calidad y Normas Alimentarias, que depende de la Dirección Nacional de Alimentación de la Subsecretaría de Alimentación y Mercados perteneciente a la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación, cumple las funciones de centro de coordinación con la Comisión del Codex Alimentarius FAO/OMS. Dos subgrupos técnicos de trabajo del MERCOSUR han abordado el tema de los alimentos: uno trabaja sobre normas técnicas y otro sobre política agrícola. Las normas definidas en el marco del MERCOSUR son incorporadas al Código Alimentario Argentino.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

En la Argentina, la promoción de la salud no ha hecho aún grandes progresos. Gran parte de las actividades de promoción están todavía centradas en los servicios de salud, y la participación de otros sectores requiere mayor crecimiento. Debido a que muchas iniciativas, programas y actividades de promoción están en manos de grupos y sectores independientes, la falta de coordinación resulta en un fraccionamiento o superposición de acciones o líneas de trabajo. Hay más de 120 organizaciones no gubernamentales relacionadas con la problemática del VIH/SIDA. El Ministerio de Salud ha creado un área destinada a coordinar el trabajo de estas ONG con los programas del Ministerio.

Existe un movimiento incipiente sobre municipios saludables, que tiene el apoyo político y técnico del Ministerio de Salud y cuenta con la cooperación técnica de la OPS; 10 municipios cuentan con proyectos en ejecución y otros tres están formulando propuestas de trabajo.

La Secretaría de Política Criminal y Asuntos Penitenciarios del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, con apoyo de la Secretaría de Política y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación y la OPS, estableció un proyecto de "cárceles saludables" para las penitenciarias federales. En la Argentina existen alrededor de 40.000 presos, de los que 7.351 están en penitenciarias federales. Se estima que 24% de los internos están afectados por un problema de salud, y el elevado consumo de alcohol, drogas, psicofármacos y tabaco, la violencia continua y un alto nivel de exposición al riesgo de contagio de VIH/SIDA

constituyen problemas prioritarios. Con un equipo interinstitucional e interdisciplinario, una red de “socios” y el personal penitenciario se aborda la salud mental, y las enfermedades transmisibles, sobre la base de la promoción de la salud y del respeto al derecho a la salud de los internos.

Durante el año 2000 se desarrolló el Primer Foro Nacional de Prevención de Riesgos y Promoción de la Salud, que concluyó con una declaración sobre la promoción de la salud en la Argentina en la que se propone fortalecer el rol normativo del Ministerio de Salud de la Nación y se definen los lineamientos para elaborar un plan nacional de promoción de la salud.

Prevención y control de enfermedades

El Programa de Atención de la Salud Materno Infantil da cobertura a la población de mujeres y niños con mayores riesgos, subrayando el control prenatal, la atención del parto y la vigilancia de la salud y el desarrollo de los niños. Incorpora acciones de prevención y promoción de la salud dirigidos a los niños y a los adolescentes, en áreas como salud sexual, adicciones, violencia y trastornos alimentarios. Estimula el desarrollo de programas de procreación responsable y coopera con las provincias transfiriendo fondos para la compra de leche en polvo, medicamentos, equipamiento para servicios de baja complejidad, educación y comunicación social. El programa está desarrollando un sistema de información para indicadores básicos que pueda aplicarse en las heterogéneas estructuras de salud de las provincias y lleva a cabo un programa de vigilancia de la mortalidad y morbilidad maternas y de la mortalidad infantil.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) incrementó progresivamente la cobertura de vacunación durante el período 1980–1999: desde 1990 estas son superiores a 80% en todas las provincias y desde 1995 superiores a 85%. En el año 2000 las cifras nacionales fueron de 91% para la vacuna antipoliomielítica (3.^a dosis), 92% para la DPT (3.^a dosis) y 95% para la antisarampionosa. La notificación de coberturas incluye valores provinciales, pero además se realiza un análisis desagregado a nivel de departamentos dentro de las provincias. En la figura 7 se presenta la cobertura de vacunación en menores de 1 año para el año 2000.

Las Normas Nacionales de Vacunación se actualizaron en 1997, y se introdujo la vacuna MMR en 1998, la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b en 1999 y la vacuna contra la hepatitis B en 2000. En abril de 2000 se realizó una evaluación nacional del programa de inmunización en el país.

Otros programas están dirigidos a la prevención y el control de enfermedades. El programa de control de la tuberculosis continúa apoyando el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS). Las enfermedades transmitidas por vectores (como la enfermedad de Chagas, el dengue y la malaria), la lepra y el cólera, así como los bancos de sangre, también cuentan con programas específicos para una coordinación de las acciones entre los niveles nacional y provinciales.

El Programa de Lucha contra los Retrovirus Humanos y SIDA, provee en forma gratuita medicamentos antirretrovirales, apoya los estudios de carga viral en la población sin cobertura y realiza actividades de difusión de información dirigida a la población general y de alto riesgo. Estas actividades incorporan también a organizaciones comunitarias y no gubernamentales, como parte de una estrategia donde la participación de la comunidad es crítica, y a otras áreas de gobierno como la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción.

Para apoyar el control de enfermedades no transmisibles como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, y de los factores de riesgos como el tabaco, se han conformado comisiones que en el ámbito del Ministerio de Salud incorporan representantes de asociaciones científicas, organizaciones no gubernamentales y profesionales de servicios de salud para la formulación de programas y políticas.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

El Programa Nacional de Estadísticas de Salud suministra información estadística relacionada con condiciones de vida y problemas de salud, facilitando datos sobre hechos vitales (nupcialidad, natalidad y mortalidad), morbilidad y rendimientos hospitalarios, y disponibilidad y utilización de los recursos de salud para el proceso de gestión en sus diferentes niveles. El programa hace hincapié en el desarrollo de normas y procedimientos uniformes para la captación de la información, la elaboración y el procesamiento de los datos. Este sistema está estructurado en niveles (nacional, jurisdiccional y local) interrelacionados y que no suponen una jerarquización administrativa. El programa utiliza registros permanentes, censos o catastros y encuestas de población. Dentro de los registros permanentes se encuentran el Subsistema de Estadísticas Vitales, que se apoya en los Registros Civiles, y el Subsistema de Estadísticas de Prestaciones, Rendimientos y Morbilidad Hospitalaria, con base en los establecimientos de salud que registran las actividades referidas al funcionamiento de los servicios de salud. El nivel jurisdiccional recibe, controla, codifica, ingresa y elabora los datos, suministrando anualmente los archivos al nivel nacional. El Subsistema de Estadísticas de Recursos y Servicios de Salud se basa en la metodología censal y el Subsistema de Estadísticas de Cobertura, Demanda, Utilización de Servicios y Gasto Directo en Salud se sustenta en la metodología de encuestas de población a través de la Encuesta Permanente de Hogares.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) es responsable del registro de las “notificaciones médicas obligatorias” iniciado en 1960 por Ley 15.465; también está estructurado en niveles (nacional, en la Dirección de Epidemiología, y provincial, en las direcciones, departamentos o áreas de epidemiología de los ministerios de salud provinciales). El Sistema consolida semanalmente la información de enfermedades de notificación obligatoria y datos de laboratorio.

La Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán", integrada por 11 instituciones, a partir de 1997 funciona como Laboratorio de Referencia Sanitaria y Coordinación de las Redes de Laboratorios, genera conocimientos en el marco de su competencia, capacita los recursos humanos incorporados a los servicios de salud, produce biológicos, dicta normas técnicas de procedimiento y presta asesorías, desempeñándose así como organismo de servicios y de investigación.

Agua potable y alcantarillado

Los servicios de agua potable y saneamiento de todo el país (urbanos y rurales) son operados por un total de 1.548 empresas u organismos, de los cuales 68% son cooperativas, agrupaciones vecinales y concesionarias privadas y el restante 32% son organismos provinciales y municipales. Las concesionarias privadas, que representan solo el 3,2% de los organismos prestadores, proveen servicios en áreas urbanas a 60,6% de la población. En 2000, la cobertura de agua potable total del país era de 67% (72% en áreas urbanas y 27,6% en áreas rurales), pero la distribución de estos servicios presenta grandes desigualdades. En el grupo de provincias con mayores ingresos (grupo I), la cobertura de agua potable llegaba a 93,1%, mientras que en los restantes grupos era inferior a 66%. En las últimas décadas, el crecimiento de las ciudades sin una planificación adecuada agravó las deficiencias en los grandes núcleos urbanos y produjo escenarios de alto riesgo, especialmente en las zonas habitadas por pobladores en situación de pobreza.

Manejo de residuos sólidos municipales

Los residuos sólidos urbanos que se generan en los aproximadamente 1.600 municipios del país son de tal variedad, cantidad y calidad que hacen imposible determinar con alguna exactitud la producción per cápita de los mismos. Si bien se fomenta el reciclaje de los residuos domésticos en su origen, no existen normas que apoyen esta estrategia y no se motiva la recolección diferenciada. Tampoco existen normas para el procesamiento de los residuos, con miras a recuperar energía, minimizar la cantidad de residuos generados y reducir el riesgo sanitario y ambiental.

Solo algunos municipios fomentan la recuperación de los materiales para el reuso o el reciclado, actividad en la que los clubes juveniles han tenido una participación destacada en más de 90 municipios. En la ciudad de Buenos Aires, el conurbano bonaerense (21 municipios), y las ciudades de Mendoza, Santa Fe y Córdoba, se utiliza el relleno sanitario. Otros municipios con menor cantidad de habitantes (entre 2.000 y 15.000) eliminan las basuras por medios combinados que van desde la quema a cielo abierto hasta la fumigación, con el consiguiente deterioro del medio ambiente. El Ministerio de Salud colabora en la elaboración de un documento sobre guías para la administración sanitaria de residuos sólidos en áreas de frontera y terminales de transporte del MERCOSUR.

Tampoco se conoce con precisión la cantidad de residuos sólidos generados en los distintos establecimientos de salud. El proceso de tratamiento de estos residuos varía en las distintas provincias según las normas adoptadas; predomina la incineración, en general en hornos de tipo pirolítico.

Prevención y control de la contaminación del aire

La tendencia del crecimiento poblacional sin ordenamiento territorial, una gran concentración poblacional en grandes ciudades, la ubicación muchas veces inadecuada de las industrias, la escasa disponibilidad de espacios verdes y el creciente parque automotor privado y de transporte de pasajeros ejercen una influencia negativa en el ambiente en general y en la calidad del aire en particular. Seis ciudades con problemas de calidad del aire integraron la Red del Sistema Mundial de Vigilancia del Medio Ambiente. Actualmente, la Red Nacional de Calidad del Aire y Salud registra información en 16 provincias y municipios que en total cuentan con 17.029.799 habitantes. La red realiza mediciones continuas o esporádicas de la contaminación atmosférica.

En algunas provincias se ha transferido la responsabilidad de la vigilancia ambiental a los municipios, que conservan la vinculación con el área de salud a través de la Red Nacional. En estos municipios se ha observado en los últimos años una inversión en equipamiento para el monitoreo continuo, con recursos propios o financiamiento externo. El Programa Nacional de Calidad del Aire y Salud, del Ministerio de Salud, apoya a las provincias en el área de recursos humanos con objeto de formar equipos multidisciplinarios para la evaluación y el manejo de los riesgos para la salud ocasionados por la contaminación ambiental.

Protección y control de alimentos

Las provincias y los municipios deben sancionar normas complementarias para aplicar leyes nacionales, fiscalizar el cumplimiento de estas normas durante el proceso de producción y comercialización de los alimentos, asesorar a los productores y comerciantes y realizar campañas de educación sanitaria en la comunidad. El grado con que se cumplen estas funciones es muy variable y no siempre están centralizadas en un organismo único. La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), por medio de su Instituto Nacional de Alimentos (INAL) autoriza, registra, controla y fiscaliza alimentos acondicionados, suplementos alimentarios, aditivos, edulcorantes e ingredientes. El INAL también tiene una red de vigilancia alimentaria. El Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) cumple acciones relacionadas con la protección de los alimentos en las áreas de fiscalización de productos de origen vegetal y animal. Otorga certificados de calidad de los productos vegetales destinados al comercio interno y externo, verificando que se ajusten a las normas internacionales e internas, y fiscaliza el uso de técnicas, equipos y procedimientos en los procesos de faena, elaboración, transporte y comer-

cialización de productos, subproductos y derivados de origen animal.

La notificación de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos se incorporó al SINAVE recientemente. En el período 1998–1999 se notificaron y estudiaron 36 brotes en los que estuvieron afectados 1.988 personas (dos defunciones). Durante el año 2000 la notificación mejoró en forma sustantiva y participaron 50% de las jurisdicciones del país.

Programas de ayuda alimentaria

Varios programas de ayuda alimentaria funcionan en el país en forma concurrente. Numerosos comedores de sectores gubernamentales y no gubernamentales (escolares, infantiles, municipales, comunitarios y barriales), contribuyen con un importante aporte nutricional a grupos de población carente. El Programa de Maternidad e Infancia entrega leche para niños y embarazadas bajo control. El Programa de Ayuda Solidaria para Mayores distribuye raciones de alimentos a mayores de 60 años sin cobertura social y que tienen ingresos inferiores a la jubilación mínima. Otros programas provinciales y municipales también realizan acciones de apoyo nutricional. El Programa Alimentario Nutricional Infantil tiene como población objetivo a niños de 2 a 14 años con necesidades básicas insatisfechas a quienes entrega mensualmente cajas con un equivalente a 1.200 calorías diarias. Por su parte, el Sistema de Identificación Nacional Tributario y Social, creado en 1998 en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros, tiene entre sus objetivos identificar y mantener una base de datos de los beneficiarios de estos programas nutricionales para evitar superposiciones y exclusiones.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

La totalidad de las provincias tienen redes organizadas de servicios hospitalarios y ambulatorios, algunas de ellas bastante completas, como son los casos de la ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Mendoza, Córdoba, Santa Fe, La Pampa y Neuquén. Algunos municipios, como el de Rosario (provincia de Santa Fe), disponen de una red completa de servicios, y muchos otros cuentan con servicios de atención primaria no siempre bien integrados con las redes provinciales, que tienen una cobertura y capacidad de respuesta más amplia. Algunas provincias, como las de Córdoba y Buenos Aires, han pasado la atención primaria de salud integralmente a los municipios.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

Los servicios auxiliares de diagnóstico en el sector público se encuentran integrados a la red hospitalaria. En el sector privado, en su gran mayoría también se ubican en los establecimientos

asistenciales, pero en las ciudades más grandes suelen existir unidades autónomas de apoyo diagnóstico que contratan servicios con los planes de salud.

Desde 1996 existe un programa nacional para capacitar al personal que opera los bancos de sangre. En 1999 existían en el país 781 unidades (440 públicas y 341 privadas), y este excesivo número dificulta considerablemente su control y fiscalización. Algunas provincias ya cuentan con instrumentos legales para aplicar las normas nacionales.

Servicios especializados

Aunque no se conozca el número de discapacitados en el país y no se tenga un listado completo de las instituciones que los atienden, la legislación reciente (Leyes 22.431 y 24.901) unifica terminología, integra las acciones que se llevan a cabo en distintos sectores (salud, educación, trabajo y desarrollo social), establece normas para categorizar los servicios de rehabilitación y lleva un registro nacional único de beneficiarios, lo que implica un sistema único de prestaciones. De las 24 provincias del país, 12 ya están formalmente adheridas al nuevo sistema, lo que ha permitido que hasta inicios de 2001 se identificaran 320 organizaciones que trabajan con los discapacitados.

En el área de la salud mental, en el período 1997–1998, el Programa Nacional de Epidemiología en Salud Mental identificó 11.460 pacientes internados en instituciones públicas, de los cuales 15% tenían trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicotrópicas (13% debido al alcoholismo y 35% a esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos que involucran ideas delirantes). Un programa de desinstitutionalización iniciado en el Hospital Montes de Oca busca transformar las instituciones psiquiátricas de pacientes crónicos en instituciones abiertas a la comunidad y prioriza la rehabilitación y la pronta inserción comunitaria de los pacientes.

Insumos para la salud

Prácticamente la totalidad de los productos finales existentes en el mercado de medicamentos se elaboran en el país; sin embargo, los insumos de origen nacional representan 25%. Cuando no existe un relevamiento actualizado sobre la dimensión y estructura de la producción de inmunobiológicos en la Argentina, se estima que 85% de los que se consumen son de origen importado y 15% son productos locales que han logrado los estándares de calidad necesarios. Se produce para consumo local y para exportación eritropoyetina humana, interferones humanos, factores estimulantes de colonias, hormona del crecimiento e insulina, en cuatro laboratorios privados que representan aproximadamente un mercado de US\$ 80 millones anuales. En el área de vacunas de uso humano se mantiene la producción de BCG, la producción limitada de sueros antiofidicos y un elaborador local de vacuna recombinante de hepatitis B. En el área privada existen aproximadamente ocho productores internacionales con repre-

sentación local y dos laboratorios autorizados para importar productos semielaborados. El mercado nacional de reactivos representa US\$ 120 millones anuales, de los que 75% corresponde a productos importados. De la producción nacional, 47% se destina a la exportación.

Recursos humanos

Los resultados obtenidos de la Red Nacional del Observatorio de Recursos Humanos para la Reforma del Sector Salud de la Argentina indican que en 1998 existían 440.100 trabajadores en el sector salud, lo que representaba 3% de la población económicamente activa. De ellos, 24,7% eran médicos, 6,6% odontólogos y 19,6% enfermeros y auxiliares de enfermería (cuadro 2). La aparente disminución de la participación de los trabajadores de salud en el mercado de trabajo podría explicarse por los cambios experimentados en la gestión de los servicios, en los procesos de trabajo y en las nuevas formas de contratación que contribuirían al registro de parte de esta fuerza de trabajo en otros sectores del mercado.

Durante el período 1993–1998 egresaron de 12 universidades 23.762 médicos, con un promedio de 3.960 nuevos médicos cada año. En 1998 egresaron 3.789 médicos, 916 odontólogos, 830 farmacéuticos, 716 bioquímicos, 429 enfermeros, 2.115 psicólogos, 545 kinesiólogos y 264 nutricionistas. Producto de los diversos programas de profesionalización y complementos curriculares, como por ejemplo el Programa Federal de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería, el número de enfermeros está aumentando. Alrededor de 50% de los médicos que egresan cada año realizan estudios de posgrado gracias al sistema de residencias de salud. En 1999 el Ministerio de Salud, la provincia de Buenos Aires y el gobierno de la ciudad de Buenos Aires invirtieron cerca de US\$ 105 millones en la promoción de estas residencias de salud.

La distribución de los recursos humanos para la salud dista mucho de ser homogénea en el país. Si bien en 1998 existía a nivel nacional un médico cada 332 habitantes, al considerar los grupos de provincias según ingresos esta razón varía de un médico cada 132 habitantes a un médico cada 500 habitantes. Se observan mayores disparidades con otros recursos, como es el caso de los odontólogos, donde el promedio nacional era de un odontólogo cada 1.267 habitantes mientras que en la ciudad de Buenos Aires había un odontólogo cada 367 habitantes y en Tierra del Fuego uno cada 4.279 habitantes (casi 12 veces inferior).

Investigación y tecnología en salud

El área de salud siempre ha sido una de las ramas de mayor prestigio en la investigación nacional. El sistema de financiamiento de la investigación en el país es bastante peculiar y se traduce en la concesión de cargos y becas de doctorado otorgados por la Secretaría de Ciencia y Técnica a través del Consejo

CUADRO 2. Estimación de los recursos humanos para la salud, Argentina, 1998.

Categoría	Número	Porcentaje
Médicos	108.800	24,7
Odontólogos	28.900	6,6
Farmacéuticos	15.300	3,5
Bioquímicos	11.100	2,5
Psicólogos	43.000	9,8
Kinesiólogos	9.800	2,2
Dietistas/Nutricionistas	5.300	1,2
Enfermeros	29.000	6,6
Auxiliares de enfermería y empíricos	57.000	13,0
Ingenieros sanitarios ^a	1.000	0,2
Trabajadores sociales ^a	3.300	0,7
Veterinarios	13.000	3,0
Técnicos (excluidos los profesionales)	11.100	2,5
Personal administrativo y de servicios generales	103.500	23,5
Total	440.100	100,0

^aDatos correspondientes al año 1992.

Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) a investigadores científicos y tecnológicos de distintos niveles que van a trabajar en las más variadas instituciones, la gran mayoría públicas y académicas. Las universidades nacionales y el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Investigación y Tecnología, también contribuyen a este financiamiento con becas de investigación.

Con la cooperación técnica de la OPS/OMS en la Argentina ha comenzado la implantación y el desarrollo del Capítulo Argentino de la Biblioteca Virtual en Salud Regional, con componentes en las áreas de pediatría, odontología, salud ambiental y salud y equidad. Este proceso está integrando paulatinamente a todos los actores involucrados en el ciclo de la información: autores, editores, bibliotecólogos, profesionales de la información, equipos de salud y usuarios finales, impulsando el desarrollo de un sistema integrado de información en ciencias de la salud y del medio ambiente.

Gasto y financiamiento sectorial

En 1997, 55% del gasto en salud era público y 45% privado. Del gasto público, 60% se financiaba a partir de la seguridad social y 40% directamente con los impuestos. En 1999, el total del gasto en salud en el país se estimó en US\$ 23.900 millones, lo que correspondió a un gasto per cápita de cerca de US\$ 750.

En 1999, la proporción del gasto público en salud destinado en forma directa a la prevención correspondió a 2,9% del total del gasto nacional, en tanto que 4,2% se destinó a servicios preventivos incorporados a los gastos de asistencia social. No existen datos sobre la distribución de los gastos en los sectores público y

privado. En 1999 el gobierno central participó con 3,3% de los gastos totales de salud, los gobiernos provinciales con 16,6% y los municipios con 3,8%. La obra social de los jubilados (PAMI) aportó 8,2%, las obras sociales nacionales 16,3% y las obras sociales provinciales 8,3%. Los individuos y los hogares participaron con 44,1%, tanto en forma de copagos y seguros privados (prepagos) como en gastos directos de bolsillo. Del gasto directo de bolsillo, 47% correspondió a medicamentos, 39% a seguros de salud y 14% a otros rubros. En 1999 las empresas contribuyeron con 10,7% (US\$ 2.200 millones) del gasto total en salud. De esa suma, 90,7% se destinó a las obras sociales nacionales y el 9,3% restante al PAMI.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

Los mayores aportes financieros provienen de los créditos para proyectos que otorgan el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial. En 1997, un segundo préstamo por US\$ 71 millones permitió el desarrollo de la segunda fase del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN II), que continúa en ejecución. Estos programas se superponían con las actividades que se desarrollaban en las áreas de maternidad e infancia de los ministerios provinciales y el nacional, dificultando la integración de sus acciones. Desde el inicio del año 2000 se han hecho importantes esfuerzos para revertir esta situación integrando las acciones y unificando las áreas.

En 1996 se pusieron en ejecución otros dos proyectos: uno para la reforma del sector provincial de salud y otro para la reconversión de las obras sociales y el Instituto de Seguridad Social para Pensionados y Jubilados, con préstamos otorgados por el Banco Mundial por US\$ 101,4 millones y US\$ 375 millones, respectivamente. En 1997 comenzó el Programa de Pre-

vención del SIDA y ETS (LUSIDA) con un préstamo por US\$ 15 millones otorgado por el Banco Mundial. Durante la etapa inicial, el LUSIDA y el programa de control del VIH/SIDA del Ministerio de Salud mantuvieron un paralelismo que dificultó la realización de acciones integradas, por lo que se han unificado las áreas facilitando el desarrollo de un programa integral y la sustentabilidad de las acciones. El LUSIDA ha suscrito dos convenios: uno con la Agencia de Cooperación Alemana (GTZ) para la impresión de publicaciones en apoyo al programa y otro con la UNESCO para la colaboración en una línea telefónica de ayuda.

Al inicio del año 2000 se acordó un préstamo por US\$ 100 millones con el BID para el Programa de Atención Primaria de la Salud, destinado a mejorar la cobertura, calidad y eficiencia de los servicios de salud mediante la atención primaria basada en el marco de atención de salud de la familia, que se financiará a través de subsidios a la demanda.

Finalmente, en noviembre de 2000 la Argentina firmó un acuerdo con el Banco Mundial para obtener un préstamo por US\$ 52,5 millones para el desarrollo de un programa destinado a fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica y a apoyar la prevención y el control de las enfermedades. Sus principales ejes de acción son la capacitación de los recursos humanos, la contratación de agentes en las áreas de epidemiología nacional y provincial, el desarrollo de un sistema informático para la vigilancia epidemiológica, el fortalecimiento de la red de laboratorios diagnósticos y la realización de una campaña antitabáquica para promocionar hábitos saludables.

Durante el año 2000 se creó la Unidad de Coordinación de Programas y Proyectos de Financiamiento Externo, que vincula transversalmente los programas y proyectos de cooperación técnica y financiera entre sí, y a estos proyectos con los programas del Ministerio de Salud y de otras jurisdicciones.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Argentina, 1991-1999.

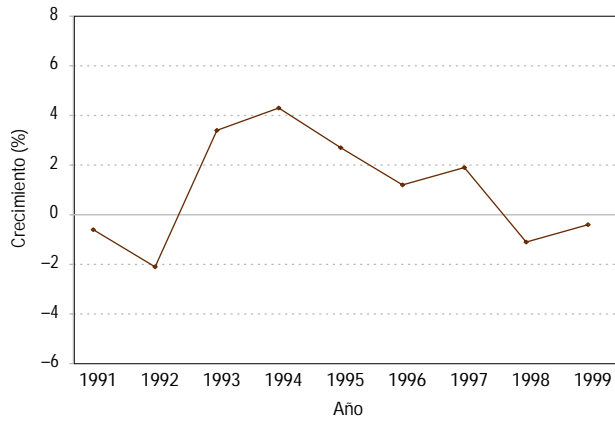


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Argentina, 1995-2000.

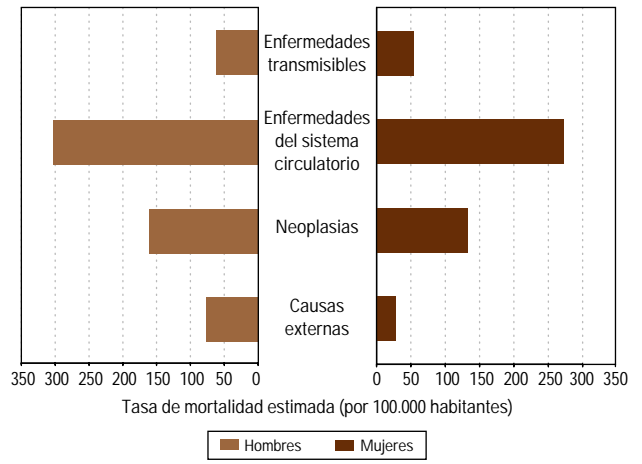


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Argentina, 1999.

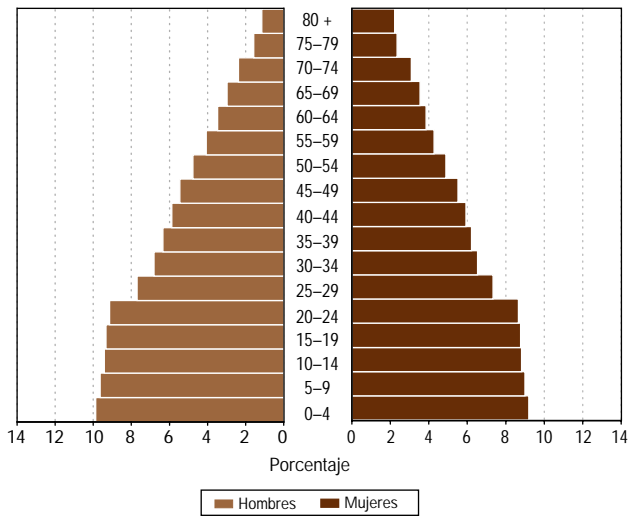


FIGURA 4. Distribución de la mortalidad infantil, Argentina, 1999.

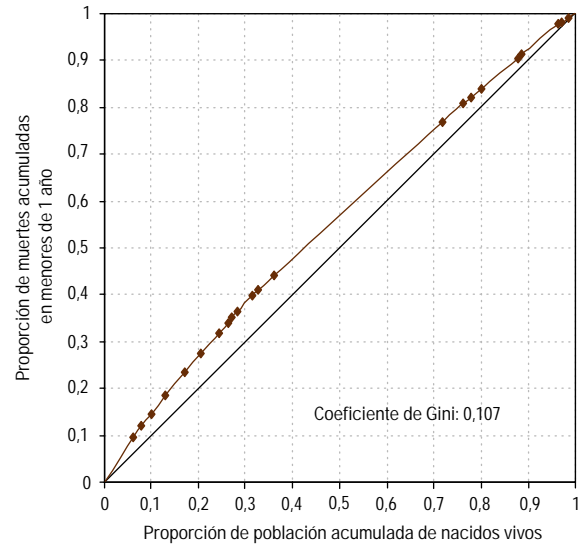


FIGURA 5. Distribución de la mortalidad materna, Argentina, 1999.

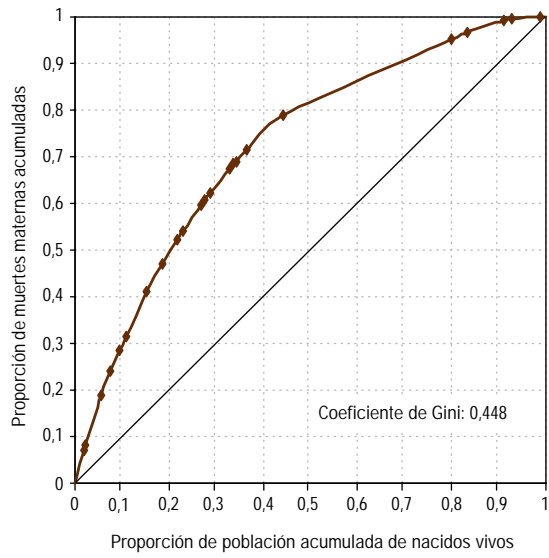


FIGURA 7. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Argentina, 2000.

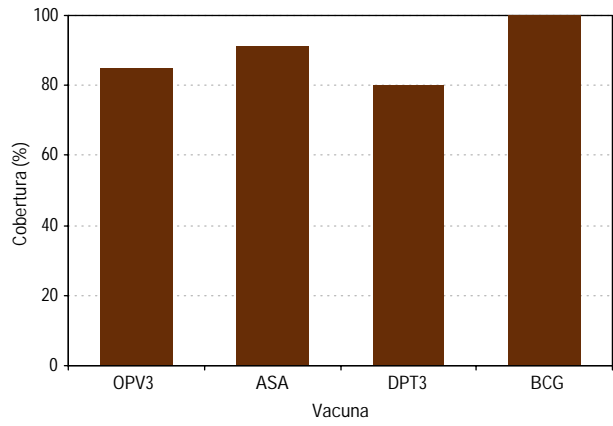
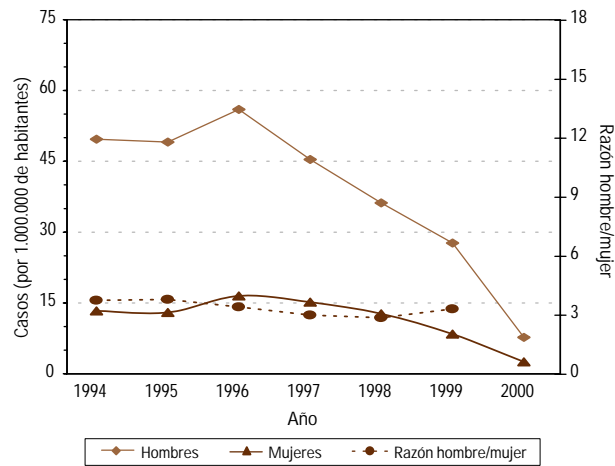


FIGURA 6. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Argentina, 1994–2000.



ARUBA

CONTEXTO GENERAL

Aruba es parte de las Antillas y es la más pequeña y occidental de un grupo de tres Islas de Sotavento neerlandesas formado además por Bonaire y Curazao. Cubre aproximadamente 180 km², está dividida en ocho distritos y su capital es Oranjestad. Tiene un clima tropical refrescado por los vientos alisios; la temperatura oscila entre 21 °C y 26 °C. La precipitación pluvial alcanza un promedio de 457 mm por año y se produce principalmente en enero. Aruba está fuera de la región afectada por huracanes y, cuando máximo, sufre solamente leves efectos de las tormentas tropicales cercanas.

El idioma oficial es el neerlandés, que se emplea tanto en el sistema educativo como en la administración pública. El papiamentu es el idioma nacional usado en el Parlamento y en los medios de comunicación; solo se habla en esas tres islas neerlandesas. El inglés y el español son idiomas de enseñanza obligatoria en los últimos grados de la escuela primaria y son hablados por gran parte de la población.

Aruba era parte de las Antillas Neerlandesas, junto con Bonaire, Curazao, San Martín, Saba y San Eustaquio. En 1986 se separó de esa federación para convertirse en una entidad autónoma dentro del Reino de los Países Bajos.

La Constitución de Aruba se basa en principios democráticos occidentales. Los Poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial se han conferido al Parlamento, que consta de 21 miembros elegidos. El gabinete, encabezado por el Primer Ministro, consta de un máximo de nueve ministros. Aruba es autónoma en su administración y política, pero las cuestiones de defensa, las relaciones exteriores y las decisiones de la Corte Suprema están sometidas al Reino de los Países Bajos. Aruba mantiene estrechos vínculos económicos, culturales y políticos con Holanda.

En el período 1986–1990, el crecimiento promedio del PIB real de Aruba fue de 16,3% anual y en el período 1991–1998 se desaceleró a 3,8% anual. La paridad del poder adquisitivo alcanzó US\$ 11.352 en 2000. A lo largo del decenio de 1990, el país sufrió desequilibrios en el mercado de trabajo y en los sectores de vivienda, servicios públicos, salud, educación y otros (figura 1).

El rápido crecimiento de la economía de Aruba ocasionó presiones inflacionarias relativamente altas a comienzos de los años noventa: la tasa de inflación anual fue de 3,2% en 1996 y el Gobierno logró reducir la inflación a 2,3% en 1999.

La parte más activa de la economía es el sector de servicios, y el turismo desempeña, con mucho, la función más destacada, cuya importancia es cada vez mayor. De todos los empleos que tenía la población en 1997, alrededor de 17% estaban directamente relacionados con la industria hotelera. La participación de Aruba en el mercado de turismo del Caribe aumentó de 2,1% en 1986 a 4,3% en 1997. En el período 1986–1997, el número de cuartos de hotel aumentó casi al triple, de 2.524 a 6.687, y el número de visitantes que pernoctaron en la isla se elevó de 181.012 a 649.893. Las tasas anuales promedio de ocupación de los hoteles pasaron de 70%. Los turistas de los Estados Unidos representaron casi 62% de los visitantes, seguidos de los de Venezuela (15,2%) y de los Países Bajos (4,7%).

Si bien la población empleada aumentó de 29.172 personas en 1991 a 41.501 en 1997, la población total creció más rápidamente. Como resultado, la tasa de desempleo también aumentó de 6,1% en 1991 a 7,4% en 1997.

El Gobierno de Aruba estableció una zona libre en 1995 con el fin de apoyar el comercio, la industria liviana y los servicios, con lo que fomentó la diversificación económica. Para estimular más al sector financiero, en 1996 el Gobierno estableció un centro financiero para supervisar las actividades extraterritoriales y las compañías fiduciarias, elaborar nuevos productos financieros y comercializar a Aruba como un centro financiero de alta calidad.

La población total creció de 66.687 habitantes en 1991 a 95.201 en 1999, un aumento de 43%, atribuible en su mayor parte a la inmigración (figura 2). En 1997, la población no arubana representó 27% de la población en edad de trabajar, de la cual 49,4% estaba constituida por hombres y 50,6%, por mujeres. La densidad de población aumentó constantemente de 341 habitantes por km² en 1985 a 529 en 1999. La capital, Oranjestad, fue la zona más poblada, con unos 22.850 habitantes en 1999. En el período 1995–1999, las tasas de fecundidad se redujeron constantemente de 68,2 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años en 1995 a 52,7

en 1999. La tasa bruta de natalidad también bajó de 17,4 por 1.000 habitantes en 1995 a 13,0 en 1999. En 2000, la esperanza de vida al nacer de los hombres fue de 73,2 años y de las mujeres de 81,2. En total, 21,3% de la población era menor de 15 años y 15,4%, mayor de 60 años, de la cual 4,7% eran hombres y 10,7%, mujeres (véase la figura 2).

Mortalidad

Entre 1995 y 1999, la tasa bruta de mortalidad varió de 6,2 a 5,8 por 1.000 habitantes. En el período 1994–1999, las tres causas principales de defunción fueron las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias malignas y los trastornos endocrinos, nutricionales, metabólicos e inmunitarios. En 1999, el último año para el que se dispone de cifras referentes a causas de defunción, 37,0% de un total de 548 defunciones se atribuyeron a enfermedades del sistema circulatorio y 19,2% a neoplasias malignas. Los datos detallados de las causas de defunción en 1999 muestran algunas diferencias entre los sexos. La cardiopatía y las enfermedades cerebrovasculares constituyeron la principal causa de defunción de hombres y mujeres. En el caso de los hombres, fueron seguidas de neoplasias malignas de la próstata, enfermedad hipertensiva y neoplasias malignas de la tráquea, los bronquios y los pulmones. En el caso de las mujeres, fueron seguidas de diabetes mellitus, enfermedades del sistema urinario y neoplasias malignas de los órganos digestivos y reproductivos.

Las enfermedades transmisibles representaron solamente 8,0% de la mortalidad total. De esos casos, casi una tercera parte se debió a infecciones respiratorias agudas (30,0%) y menos de una cuarta parte al VIH/SIDA (22,7%). La proporción de los datos clasificados como “afecciones mal definidas” se redujo de 25,4% en 1993 a 7,4% en 1999.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

En el período 1996–1999 hubo 47 defunciones de niños menores de 1 año, entre ellas 30 defunciones perinatales. La tasa de mortalidad infantil fue de 3,8 por 1.000 nacidos vivos en 1998 y de 6,8 en 1999. En 1996, 78% de las causas definidas de defunción de los niños menores de 1 año fueron las afecciones originadas en el período perinatal; de esa proporción, 29% se debieron a hipoxia, asfisia al nacer y otros trastornos respiratorios. En 1997, 69% de las causas definidas de defunción en este grupo se debieron a afecciones originadas en el período perinatal, proporción que se redujo a 50% en 1998; 50% fueron causadas por complicaciones obstétricas que afectaron al feto o al recién nacido y por traumatismo obstétrico. En 1999, 73% de las causas de defunción definidas guardaron relación con afecciones originadas en el

período perinatal, de las cuales 25% se debieron a enfermedades maternas que afectaron al feto o al recién nacido.

En 1996 hubo cuatro defunciones en el grupo de edad de 1 a 4 años, dos varones y dos niñas. La infección materna por el VIH causó una de las muertes de niñas. En 1997 hubo dos defunciones de varones en este grupo de edad. En 1998 se registraron cuatro defunciones de varones, una por enfermedad parasitaria, una por enfermedad de la circulación pulmonar y otras formas de cardiopatía, una por ahogamiento accidental y sumersión y una por accidentes, incluidos los efectos tardíos.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años de edad)

Hubo solamente una defunción (de un varón) en este grupo de edad en 1996 y cinco (todas de varones) en 1997; las causas de defunción de estos últimos fueron ahogamiento accidental y sumersión, neoplasia maligna del colon, infección respiratoria aguda, anomalías congénitas y una defunción por causas desconocidas clasificada como síntomas, signos y estados morbosos mal definidos. En 1998, hubo cuatro defunciones: las tres defunciones de varones se debieron a otras neoplasias malignas, enfermedades de la circulación pulmonar y otras clases de cardiopatía y ahogamiento accidental y sumersión; la muerte de la niña se debió a neoplasia maligna de los órganos digestivos y del peritoneo, diferente de la neoplasia del estómago y del colon. En 1999, hubo tres defunciones de niñas por septicemia, accidentes de transporte terrestre y accidentes causados por incendios y llamas.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

Se notificaron dos defunciones de adolescentes en el período 1996–1997, una por enfermedad cerebrovascular y la otra por meningitis. En 1998 se notificaron seis defunciones de hombres, cada una de las cuales se debió a infección respiratoria aguda; envenenamiento accidental, y bronquitis, enfisema crónico y sin especificar y asma; otras tres se debieron a accidentes de transporte terrestre. En 1999 hubo seis defunciones de hombres por neoplasia maligna del tejido linfático y hematopoyético (1), accidentes de transporte terrestre (3) y suicidio y lesiones autoinfligidas (2) y una defunción de una mujer por ciertas enfermedades transmitidas por vectores.

Según una encuesta realizada en 1998, 20% de los niños de 6 a 14 años asistentes a la escuela no desayunaban antes de ir a estudiar; sin embargo, más de tres cuartas partes (76%) de los niños consumían una comida caliente todos o casi todos los días. En la encuesta se observó también que los niños asistentes a la escuela primaria consumían frutas (46%) con mayor frecuencia que verduras (39%). El consumo de bebidas gaseosas parece ser el hábito preferido de 45% de los niños, con una frecuencia de una botella al día, como mínimo. Aproximadamente 70% de los niños llevan comida y una bebida a la escuela.

En 1997, un estudio sobre el uso de drogas por parte de los varones de 17 a 25 años reveló que la edad promedio para el

consumo de marihuana era un poco menos de 21 años y para el consumo de cocaína y *crack* (forma cristalina), un poco más de 23 años. La encuesta revela que aproximadamente una tercera parte de las personas (30%) de este grupo de edad usa drogas, lo que es motivo de profunda preocupación.

En el año lectivo 1995–1996, la Fundación contra el Abuso de Drogas realizó una encuesta entre 635 estudiantes de secundaria (la tasa de respuesta fue de 98%) para determinar sus creencias sobre el efecto de las drogas en la salud, averiguar si el uso de drogas legales e ilegales había aumentado o disminuido, examinar la composición de la familia de los estudiantes y establecer diferencias entre los distritos y los sexos en el grado de uso y disponibilidad de drogas y las ocasiones en que se consumen. De los 98% que respondieron, 25% reconocieron que usaban drogas legales o ilegales. De ese grupo, 19,3% declararon que bebían cerveza, 16,5%, vino y 12,2%, ron o whisky; 5,6% consumían marihuana, 0,4%, cocaína y 9,1%, cigarrillos. Casi todo el tiempo, las drogas se conseguían en la calle, en discotecas y en casa de los amigos.

La salud de la población adulta (20-64 años)

En 1998 hubo 117 defunciones de hombres y 70 de mujeres en el grupo de edad de 20 a 64 años. Más de 29% de las defunciones de hombres en este período se debieron a enfermedades del sistema circulatorio, entre las cuales predominaron la cardiopatía isquémica, las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de cardiopatía. Entre las mujeres, 31% de las defunciones se debieron a neoplasia, en su mayoría, atribuibles a cáncer de mama. En 1999, se registraron 120 defunciones de hombres y 72 de mujeres; 28% de las defunciones de hombres se debieron a enfermedades del sistema circulatorio; casi todas esas defunciones fueron causadas por cardiopatía isquémica. Entre las mujeres, 28% de las defunciones se debieron a neoplasias, de las cuales las más comunes fueron el carcinoma del cuello uterino, el cáncer del útero, el cuerpo y algunos órganos no especificados, y el cáncer de mama.

Un estudio retrospectivo realizado en 1997 mostró que, en promedio, los entrevistados habían comenzado a consumir drogas a los 17 años y el entrevistado más pequeño lo había hecho a los 7 años; 13% de los entrevistados se habían iniciado en el hábito a los 12 años. Casi todos (84%) comenzaron a usar marihuana, seguida de cocaína (15%) y *crack* (1%). De los entrevistados, 41% principiaron a usar drogas en la calle y 27%, con amigos. Casi todos (47%) dijeron que habían empezado a usar drogas por curiosidad, como resultado de la presión de los compañeros (15%) y, lo que es motivo de mayor preocupación, por influencia de un pariente (7%). Entre los usuarios, 25% habían culminado la escuela elemental, 32% habían terminado el programa de educación básica para adiestramiento en el empleo o algunos años de secundaria y 43%, la escuela secundaria o un programa de educación superior. Más de 40% estaban desempleados y 15% tenían empleos de medio tiempo. Cerca de

10% de los usuarios consumían píldoras como metilendioxianfetamina (MDMA) también conocida como éxtasis o XTC, otras anfetaminas y hachís.

La salud de la familia

Según el censo de 1991, 6.186 personas de 55 y más años eran jefes de familia y representaban 32% de las familias encabezadas por una persona soltera. Entre los jefes de familia de 55 y más años, 22% eran mayores de 75 años.

No hubo defunciones maternas certificadas entre 1998 y 2000. La tasa de fecundidad fue de 67 nacidos vivos por 1.000 mujeres en 1996, 65 en 1997, 57 en 1998 y 53 en 1999. En el período 1996–1999, las mujeres de 25 a 29 años y las de 30 a 34 años tuvieron tasas de fecundidad constantemente mayores que las de los demás grupos de edad, excepto en 1999, cuando el grupo de 25 a 29 años de edad se distanció con creces de cualquier otro grupo de edad y tuvo una tasa de fecundidad de 450 nacidos vivos por 1.000 mujeres.

La Fundación para la Planificación Familiar de Aruba promueve la paternidad responsable dentro del marco de las tradiciones culturales y religiosas de la isla, y distribuye anticonceptivos por medio de su dispensario. En 1998, la prevalencia de la utilización de métodos anticonceptivos se distribuyó de la manera siguiente: anticonceptivos orales, 47,8%; condones, 35,8%; inyectables, 8,0%; dispositivos intrauterinos, 5%; esterilización, 2,5%; y otros, 1,1%. Después de imponerse un derecho de afiliación de US\$ 15,00, el número de clientes de la Fundación se redujo casi a la mitad, de 6.750 en 1995 a 3.684 en 1998. En virtud de la afiliación, los miembros tienen derecho a recibir la cantidad necesaria de anticonceptivos, cuatro exámenes médicos y un examen de citología cervicouterina cada año.

La mujer arubana puede escoger entre un médico general, una partera o un ginecólogo como proveedor de atención prenatal. Antes de la introducción del seguro médico general (AZV), no todas las mujeres tenían esa posibilidad de elección. Las mujeres amparadas por seguro médico privado, las empleadas del sector público y las trabajadoras del sector privado sí la tenían, pero las portadoras de tarjetas para personas pobres y de bajos ingresos podían optar solo por los servicios de una partera.

El aborto es un delito procesable en Aruba. Los datos del Hospital Doctor Horacio Oduber indican que hubo 117 y 148 abortos en 1998 y 1999, respectivamente, aunque esas cifras pueden ser poco fiables, ya que algunos abortos se registran como legrado.

La salud de los trabajadores

Un organismo del sector público realiza controles de salud antes de la contratación para empleo y vigila a los trabajadores enfermos. También maneja la prevención y el control de los riesgos ocupacionales, los aspectos educativos del trabajador, el registro de accidentes y las enfermedades ocupacionales. En 1999 hubo 7.072 trabajadores inscritos con ese organismo, que representaron un aumento de 6,5% en relación con el año anterior. La

tasa promedio anual de ausentismo en el sector público fue de 4,6%; tanto en 1998 como en 1999, el período promedio de ausentismo fue de 4,5 días; las causas contribuyentes al ausentismo laboral con más frecuencia son la influenza, los trastornos digestivos y la cefalea.

La salud de los discapacitados

Según el censo de 1991, había 3.700 personas discapacitadas en Aruba (prevalencia de 5,5%). La discapacidad más frecuente es la disfunción de las extremidades (28,7%), seguida de las discapacidades motoras (18,3%) y visuales (13,2%). Los hombres tuvieron una prevalencia de discapacidad un poco mayor (5,7%) que las mujeres (5,4%).

Por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmitidas por vectores

En 1998 se notificó el primer caso de dengue como un brote que afectó al país durante cinco meses. En 1999 se notificaron 202 casos presuntos; de esa cifra, 180 se confirmaron en el laboratorio. No hubo ningún caso de dengue hemorrágico en 1999. En 2000 hubo 198 casos presuntos de dengue, 128 de los cuales se confirmaron en el laboratorio. Hubo dos casos de dengue hemorrágico, uno de los cuales fue mortal. Se han observado todos los serotipos, con excepción del tipo 4. No se notificaron casos de malaria, fiebre amarilla, enfermedad de Chagas, esquistosomiasis ni peste.

Enfermedades prevenibles por vacunación

No hubo casos de poliomielitis, parálisis flácida aguda, difteria, tos ferina o tétanos en el período en revisión. En 1998 se registraron dos casos de sarampión; no se notificó ninguno en 1999 ni en 2000. Tampoco se registraron casos de parotiditis en el período 1998–2000.

Entre 1998 y 2000 hubo 50 casos de hepatitis A: 9 en 1998, 12 en 1999 y 29 en 2000. En el mismo período hubo 31 casos de hepatitis B: 11 en 1998, 11 en 1999 y 9 en 2000. En 1998 no se notificaron casos de hepatitis C, pero en 1999 y 2000 sí hubo dos y tres casos, respectivamente.

No se dispone de datos consolidados sobre la cobertura de vacunación, pero se ha estimado que la cobertura de los niños de 1 y 1,5 años con la vacuna DPT es de 80% y la de los niños de 6 años, de 100%.

Enfermedades infecciosas intestinales

No se notificaron casos de cólera. Hubo 17 casos de shigelosis en 1998, 28 en 1999 y 8 en 2000. Hubo 50 casos de salmonelosis en 1998, 30 en 1999 y 26 en 2000.

Enfermedades crónicas transmisibles

En el período 1998–2000, la máxima incidencia de tuberculosis se notificó en 2000, con 11 casos. En 1998 y 1999 hubo 5 y 6

casos, respectivamente. No se notificaron casos de lepra en el período 1998–2000.

Infecciones respiratorias agudas

Según los egresos hospitalarios, la tasa de infecciones respiratorias agudas fue de 4,1 por 1.000 habitantes en 1998 y 7,4 en 1999. La cifra es tres veces mayor en el grupo de 1 a 4 años de edad y en el de 65 y más años.

Zoonosis

No se notificaron casos de rabia en el período en revisión.

VIH/SIDA

Entre 1997 y 2000 se registraron 115 casos de SIDA.

Infecciones de transmisión sexual

En 1998 hubo 56 casos de sífilis y en el período 1999–2000, 87 anuales.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

No hay datos sobre la malnutrición proteinoenergética de los niños menores de 5 años ni de los lactantes.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El objetivo del Gobierno es lograr atención de salud de alta calidad a un costo asequible, que esté al alcance de todos. En ese sentido, el Departamento de Salud Pública de Aruba ha señalado los problemas más apremiantes del sector de salud —el creciente costo de la atención de salud, la poca disponibilidad de servicios de atención médica y la deficiencia del control de la calidad— y ha fijado metas específicas para lograr el objetivo.

La reforma del sector salud

Las reformas más trascendentales del sistema de atención de salud en Aruba comprenden la reorganización del Departamento de Salud Pública y de los servicios de salud bajo su jurisdicción, y la introducción de un plan general de seguro médico.

El Departamento de Salud Pública ha proporcionado siempre servicios de atención médica directa mediante la administración de un centro médico, un servicio psiquiátrico, servicios de ambulancia, el laboratorio de salud pública y un centro de salud ocupacional, y la contratación de médicos dentro de la nómina. Con las reformas se planea privatizar gradualmente todos estos servicios y casi todos los médicos se retirarán de la nómina. Además, se planea reorganizar y ampliar el Centro Médico, ampliar el departamento de salud ocupacional para incluir servicios a las compañías privadas, mejorar los servicios de inspección de los establecimientos de atención de salud, ampliar los servicios

de atención de salud mental, automatizar el laboratorio de salud pública, construir un nuevo edificio y mejorar la atención hospitalaria en general. Se fusionarán algunos servicios existentes para aumentar la eficiencia.

Con la introducción prevista de un plan general de seguro médico se pretende lograr acceso equitativo y universal a la atención de salud, independientemente del ingreso, la edad y los riesgos para la salud; lograr y mantener una atención rentable de alta calidad; alcanzar más uniformidad en la administración financiera de los costos médicos y encontrar la forma de controlar el gasto en atención de salud.

El nuevo plan general de seguro médico daría al asegurado el derecho a recibir un conjunto básico de servicios, incluso atención médica primaria proporcionada por médicos generales; atención secundaria prestada por médicos especialistas, obstetras y fisioterapeutas, y cobertura para los medicamentos recetados, hospitalización, atención domiciliar de enfermería, atención dental y transporte en ambulancia. Esos servicios se contratan de fuentes externas. Según el plan de seguro general, no se reembolsarían los gastos médicos de una persona asegurada sino más bien esta recibiría servicios de salud directos. La agencia general de seguro médico contrata a profesionales de salud particulares o a instituciones de atención de salud para prestar el servicio al asegurado.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El Departamento de Salud Pública está bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud Pública, Asuntos Sociales, Cultura y Deporte. Ese Departamento está encargado de promover la salud pública en general; también administra el Centro Médico Dr. Rudy Engelbrecht, el pabellón psiquiátrico y el laboratorio público. Además, el Departamento se encarga de asegurar el cumplimiento con las leyes de salud pública.

El Departamento de Salud Pública comprende alrededor de una docena de servicios con los que realiza actividades de prevención, inspección y atención médica. Los servicios incluyen atención de salud de los jóvenes, atención dental de los jóvenes, salud ocupacional, control de los vectores de la fiebre amarilla y del dengue, inspección de los alimentos, salud pública veterinaria, promoción de la salud y educación sanitaria, epidemiología e investigación, psiquiatría social, el Centro Médico Dr. Rudy Engelbrecht, el servicio de ambulancias y el laboratorio de salud pública.

El sistema de atención de salud de Aruba está estructurado en tres niveles de atención: atención primaria, atención especializada y atención hospitalaria. Una persona debe ser enviada de un nivel de atención a otro más alto.

Con el programa vigente de seguro médico, todo ciudadano de Aruba tiene seguro médico obligatorio para cubrir los gastos médicos, lo que significa que la población sana ayuda a pagar a quie-

nes tienen gastos médicos elevados. Aruba tiene un programa de pensión de vejez que garantiza un ingreso mínimo a los adultos mayores; a partir de los 60 años se pueden recibir beneficios completos del sistema de seguridad social.

En los últimos años, varios especialistas han abierto un creciente número de consultorios privados, en su mayoría agrupados alrededor del hospital. También han comenzado a surgir en la isla varios laboratorios clínicos privados; es preciso establecer programas de garantía de la calidad en esos laboratorios.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

La legislación sanitaria de Aruba tiene dos categorías: las leyes generales, conocidas también como regulaciones orgánicas, y las leyes específicas o individuales. Las regulaciones generales que establecen la organización institucional del sistema de salud se basan en la Ley de Salud Pública. Según esa ley, al Departamento de Salud Pública se ha encomendado la organización que vela por la atención de salud y se encarga de la supervisión y promoción de la salud. Varias regulaciones específicas tratan del funcionamiento de cuestiones como las profesiones de la salud, salud mental, supervisión de drogas y narcóticos, higiene y enfermedades.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

El Director del Departamento de Salud Pública se encarga de inspeccionar los procedimientos médicos, con lo que garantiza la calidad de los servicios médicos profesionales en Aruba. La Oficina de Inspección Médica es una institución autónoma encabezada por un farmacéutico encargado de supervisar la producción y entrega de medicamentos; también tiene la responsabilidad de supervisar el ejercicio profesional de los farmacéuticos y sus ayudantes.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

La sección de promoción de la salud del Departamento de Salud Pública proporciona información sobre cuestiones de salud al público en general. Publica información y material didáctico a partir de los insumos de otros servicios y comités del Departamento y de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y supervisa las campañas de promoción y las actividades referentes a cuestiones de salud, tales como nutrición, SIDA, prevención del dengue, salud de los jóvenes y atención dental. Otros servicios del Departamento dictan también conferencias al público en general, incluso a las escuelas.

El Servicio Dental Juvenil realiza actividades de enseñanza de higiene dental y de fluoruración en las escuelas primarias. Los profesionales de ese Servicio, junto con los del Departamento de Educación, han elaborado material didáctico para empleo en las escuelas preparatorias y primarias. En la actualidad, 14 escuelas

primarias y 3 escuelas preparatorias participan en el programa de enjuague con fluoruro.

El Servicio de Salud Juvenil del Departamento trabaja en cuestiones relacionadas con la niñez y la juventud. Está dotado de cinco médicos, cinco enfermeras escolares, un psicólogo, un dietista y un trabajador de oficina.

En 2000, el Departamento de Salud Pública lanzó una actividad multidisciplinaria centrada en varios asuntos referentes a la nutrición y al modo de vida saludable, como educación, actividad física y agricultura. Los representantes de varios sectores se unirán para elaborar un plan decenal en ese sentido.

Prevención y control de enfermedades

Dentro del Departamento de Salud Pública, el grupo especial sobre SIDA trabaja en la prevención y el control de la infección por el VIH, la reducción de la mortalidad y la morbilidad por la infección por el VIH y la disminución de los efectos y consecuencias del VIH y del SIDA para la comunidad. Organiza campañas de sensibilización del público y celebra seminarios y talleres sobre temas pertinentes; también realiza investigaciones sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la población con respecto al VIH y al SIDA. En 1999 se estableció el grupo de ONUSIDA, formado por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

En 1999 se creó un comité para combatir el dengue, en respuesta a una epidemia de dengue. El comité ofrece información al público en general sobre la forma de prevenir la propagación de criaderos del mosquito vector *Aedes aegypti*; realiza una evaluación continua de la situación del dengue a partir de información epidemiológica y clínica de Aruba y la Región y toma las medidas necesarias. La información sobre el diagnóstico clínico y el tratamiento se envía a los profesionales del campo médico del país. La División de Control de Vectores del Departamento de Salud hace cumplir las medidas referentes a la presencia de *Aedes aegypti* en las viviendas, incluso la imposición de una multa a los propietarios después del tercer hallazgo consecutivo con resultados positivos. También vigila la presencia de un vector en tres sitios de la isla y trata los depósitos de agua por medio de control biológico. En 1999, el Departamento de Salud Pública creó un equipo encargado de controlar los brotes de dengue; los miembros del equipo se reúnen a intervalos regulares para evaluar la situación y tomar medidas preventivas.

El Servicio de Salud Juvenil del Departamento de Salud Pública vacuna a los lactantes y a los niños de la escuela primaria. Los niños son vacunados contra difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis, parotiditis, sarampión, rubéola y *Haemophilus influenzae* tipo b. La cobertura de vacunación es aproximadamente de 80%, pero se han lanzado campañas de sensibilización para ampliarla.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

En 1994, como parte de un programa de cooperación técnica con el PNUD para ayudar a ejecutar el plan nacional de desarro-

llo para el período 1993–1997, el Departamento de Salud Pública puso en marcha un proyecto destinado a establecer una sección de epidemiología dentro del Departamento, dotada de personal capacitado para ejecutar actividades de vigilancia, investigar brotes, recolectar los datos necesarios, establecer políticas de atención de salud, efectuar investigaciones y poner en práctica medidas de promoción de la salud. Como resultado, el Departamento de Salud Pública tiene ahora una unidad de epidemiología bien equipada y dotada de personal, se han identificado varias bases y fuentes de datos y la unidad puede proporcionar ahora datos a otras secciones del Departamento, a otros departamentos públicos y a instituciones no gubernamentales. Se han empleado datos epidemiológicos con objeto de esbozar planes estratégicos para varias cuestiones de salud como el SIDA, el dengue y la nutrición. Además, durante los últimos dos años la unidad ha realizado al menos una encuesta anual, incluso sobre hábitos de alimentación y actividad física en los niños de la escuela primaria, sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas referentes al VIH/SIDA, y sobre nutrición y ejercicio en adolescentes. También proporciona asistencia metodológica y de análisis de datos a otros departamentos y secciones para la realización de entrevistas.

La unidad de epidemiología publica boletines regulares para médicos, como *Epi-Alert*, un boletín sobre epidemias o brotes en Aruba o en la Región, e *Info-Epi*, un boletín de información epidemiológica. Dictó cursos para médicos y, a fines de 2000, comenzó a hacer pruebas piloto de un proyecto de vigilancia centinela por parte de los médicos en que participaron seis de ellos. Con este proyecto se pretende estimar la incidencia de erupción cutánea, fiebre, diarrea y tos en la población general y seguir la trayectoria de ciertas afecciones de salud por uno a dos años con el fin de determinar el efecto de algunas intervenciones, como campañas de vacunación y otras actividades de prevención, y estudiar los métodos clínicos empleados para abordar las afecciones de salud en los consultorios de los médicos generales. Los médicos participantes llenan formularios de vigilancia cada semana y los envían a la unidad de epidemiología. Esas funciones se realizan en forma paralela con el trabajo del sistema ordinario de vigilancia de enfermedades notificables.

La ley manda que los proveedores de atención de salud notifiquen los casos diagnosticados o presuntos de enfermedades infecciosas citadas como enfermedades notificables al Servicio de Enfermedades Contagiosas del Departamento de Salud Pública; el personal de enfermería del servicio de salud pública se encarga del seguimiento de los pacientes. El Servicio también toma medidas de control para prevenir posibles brotes de esas enfermedades.

El Laboratorio de Salud Pública ofrece una amplia gama de servicios, incluso diagnóstico clínico de laboratorio a pedido de médicos generales, especialistas y hospitales. Está dotado de instrumentos modernos y tiene un cuadro de personal bien capacitado; participa en programas externos de encuesta sobre el

control de calidad de cinco autoridades internacionales distintas. En el Laboratorio de Salud Pública se hacen las pruebas de detección de la infección por el VIH. Todos los casos positivos se notifican al Departamento de Enfermedades Transmisibles y se ofrecen servicios de orientación a los pacientes. Además de orientación y atención clínica para las personas infectadas por el VIH, las medidas de control comprenden educación y vigilancia epidemiológica, especialmente de los trabajadores sexuales, los pacientes con infecciones de transmisión sexual y todos los donantes de sangre.

Agua potable y alcantarillado

Aruba carece de una fuente natural de agua potable y tiene muy poca precipitación pluvial. La Compañía de Agua y Energía de la isla produce agua potable mediante la desalinización de agua marina; la calidad del agua es sumamente alta. El agua de la llave es agua destilada, filtrada a través de lechos de piedras de coral; es apta para el consumo sin ningún otro tratamiento, como ebullición. Dicha Compañía ha establecido varios procedimientos para garantizar la inocuidad y la calidad del sistema de abastecimiento y distribución de agua. Realiza análisis de agua a diario en su laboratorio para determinar el contenido de sustancias químicas y también mensualmente en 21 puntos estratégicos de todo el territorio insular. El laboratorio público efectúa además análisis bacteriológicos dos veces al mes en esos mismos puntos estratégicos y el recuento de bacterias es constantemente inferior a las concentraciones detectables. El contenido de sal del agua potable de Aruba es muy inferior a las normas de la Organización Mundial de la Salud sobre la concentración máxima de sales disueltas por millón.

El sistema de distribución de agua de la Compañía de Agua y Energía cubre a toda la isla. Presta servicio a más de 29.000 clientes registrados y proporciona agua potable a más de 7.000 habitaciones de hotel, cada una de las cuales consume 1 tonelada métrica de agua al día, en promedio. Anualmente se suministra un promedio de 200.000 toneladas de agua potable para el turismo marítimo de Aruba.

Aruba tiene un sistema adecuado de alcantarillado: las aguas servidas se filtran por medio de un sistema de purificación de agua y luego se descargan a uno de los mayores canales del interior. Todas las casas y los edificios de Oranjestad, la capital, están conectados al sistema de alcantarillado, que representa alrededor de 30% de todas las viviendas y edificios de la isla. Del resto, 62% de las casas tienen pozos negros o fosas sépticas y 8% drenan las aguas servidas directamente al mar. Se ha planeado la instalación de otro sistema de alcantarillado para la región meridional de Aruba; el año escogido para su creación es 2003.

Manejo de residuos sólidos municipales

Durante el decenio de 1990 hubo evacuación incontrolada en un sitio de 12,5 hectáreas en el sur de la isla. Los residuos depositados en el sitio no se separan para reutilización o reciclaje e incluyen basura de casas, oficinas, industrias, hoteles, restaurantes,

actividades de construcción y demolición (incluso asbesto), chatarra y automóviles viejos. Los desechos del vertedero se incineran continuamente y los vientos predominantes suelen llevar gran parte del humo al mar. Otros problemas de evacuación de residuos sólidos comprenden la disposición ilegal, el vertimiento de basura, un sistema ineficiente de recolección de basura y el desecho de material reutilizable.

Los desechos hospitalarios también son transportados y evacuados en el vertedero municipal. Los desechos infecciosos se queman en un incinerador que presenta problemas de operación y mantenimiento.

Protección y control de alimentos

Una división del Departamento de Salud Pública se encarga de supervisar el tratamiento de los animales y de asegurar la inocuidad de los productos de origen animal para consumo humano. Vigila el cumplimiento de las leyes sobre agricultura y el cuidado de animales domésticos, controla los productos cárnicos para consumo humano, supervisa la administración de los expendios de carne, vigila el laboratorio de diagnóstico veterinario y asesora con respecto a la concesión de licencias, el registro de animales protegidos, la atención preventiva de los animales, e investigación y análisis sobre el terreno y en el laboratorio.

Por causa de la dependencia de Aruba con respecto al turismo —unos 750.000 turistas visitan la isla al año— la inocuidad de los alimentos reviste particular importancia. Casi todos los alimentos se importan por un valor cercano a US\$ 106 millones anuales. Hasta la fecha, no se han registrado brotes de enfermedades transmitidas por alimentos porque el registro estadístico no se ha diseñado para detectarlas. Cada año, el Laboratorio de Salud Pública somete a todos los trabajadores de la industria de preparación o venta de alimentos a examen de detección de shigelosis, salmonelosis y tuberculosis. Quienes arrojan resultados negativos reciben una patente de sanidad, y no se permite que nadie manipule los alimentos a menos que tenga dicha patente. La División de Enfermedades Contagiosas vela por que los manipuladores de alimentos se sometan a las pruebas necesarias. La División de Inspección Sanitaria y de Alimentos visita regularmente los expendios de alimentos. Se toman muestras y se envían al laboratorio para determinar la presencia de cualquier contaminación.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

El Hospital Dr. Horacio Oduber, la única institución de su género en Aruba, es un establecimiento privado, sin fines de lucro, administrado por una fundación y localizado en el noroeste de la isla. Presta la mayor parte de la atención hospitalaria en la isla y ofrece servicios de medicina interna, cirugía, cardiología, uro-

logía, ginecología y obstetricia, pediatría, otorrinolaringología, oftalmología, neurología, neurocirugía, ortopedia, dermatología, cirugía plástica y psiquiatría. Tiene 264 camas para pacientes internos y 41 camas en el pabellón psiquiátrico. En 2000 hubo 11.718 ingresos, lo que dio una tasa de ocupación de 92,0%. La estancia promedio fue de 8,7 días; los pabellones de medicina interna y cirugía registraron la más prolongada (9,1 días) y el pabellón de obstetricia y la sala de partos, la más breve (3,1 y 1,2 días, respectivamente). El hospital tiene una sala de urgencias que funciona las 24 horas del día, donde en 1999 se atendieron 30.128 pacientes, 3.295 de los cuales eran turistas (11,0%). El hospital también presta atención ambulatoria y servicios de hemodiálisis, fisioterapia, cuidado de heridas y radiología. Además del equipo de rayos X y la unidad de tomografía computarizada, el Hospital Dr. Horacio Oduber planea comprar equipo para toma de imágenes por resonancia magnética y crear una moderna sección de tecnología médica nuclear para oncología, en lugar de enviar a los pacientes al exterior, como se hace ahora.

Los partos se atienden normalmente en el Hospital Dr. Horacio Oduber, que tiene dos modernas salas de parto. Sin embargo, las mujeres pueden optar por dar a luz en el hogar. Los nacimientos prematuros son relativamente raros; si se sospecha que el parto será prematuro, se traslada a la madre a Curazao; los bebés prematuros se trasladan lo más pronto posible a Curazao, si es necesario. No hay política de promoción de la lactancia materna en Aruba; muchas madres amamantan a sus bebés, aunque se suministran sucedáneos de la leche materna como suplemento.

El Centro Médico Dr. Rudy Engelbrecht ofrece atención médica —sobre todo atención primaria— a la población de la región sudeste de Aruba y a los reclusos del Instituto Correccional. Tiene una sala de urgencias permanentes que está bajo la supervisión de un médico general. Es administrado actualmente por el Departamento de Salud Pública, pero a la larga será privatizado. Hay planes de ampliación y mejora de este establecimiento.

Cuando un paciente necesita tratamiento médico o servicios de diagnóstico que no se prestan en la isla, se pueden hacer arreglos para enviarlo al exterior. El especialista que desee enviar al paciente al exterior debe llenar una solicitud y presentarla a un comité nombrado por el Gobierno, reunido específicamente para estudiar esas solicitudes de conformidad con los criterios establecidos; en casos de urgencia, se puede tomar una decisión en un plazo de 24 horas. En 1999 se aprobaron 741 solicitudes para envío de pacientes al exterior. Casi todos los pacientes se remitieron a Venezuela (41,8%), los Estados Unidos de América (23,6%), Curazao en las Antillas Neerlandesas (20,0%) y los Países Bajos (14,4%). Se enviaron pacientes al exterior sobre todo para procedimientos de diagnóstico (36,6%) y tratamiento de cardiopatías (17,5%) y de neoplasias malignas (17,1%); 89,0% de los procedimientos de diagnóstico fueron estudios de imágenes por resonancia magnética efectuados en Venezuela.

Servicios especializados

El Departamento de Salud Pública trata de aumentar la atención domiciliar de enfermería, que es particularmente crítica para muchos diabéticos y personas mayores de Aruba.

El Instituto del Corazón de Aruba es una organización sin fines de lucro dedicada al fomento de la comprensión y del tratamiento de las enfermedades cardiovasculares por medio de programas innovadores de investigación, educación y atención de pacientes. Queda al lado del Hospital Dr. Horacio Oduber y los pacientes que reciben tratamiento en el Instituto también pueden ser internados en ese hospital. Trabaja estrechamente con tres instituciones de Texas (Estados Unidos) —el Instituto del Corazón, el Hospital Episcopal San Lucas y el Centro Médico— en investigación y capacitación destinadas a mejorar la atención de los pacientes. Está dotado de un moderno laboratorio de catesterización cardíaca y un pabellón de atención diurna de cardiología. En el año 2000 se habían realizado más de 300 procedimientos de diagnóstico de cardiopatía.

Aruba tiene también un centro privado de hemodiálisis, la Clínica Posada, que presta servicios a la población local y a los turistas.

Las organizaciones no gubernamentales también prestan muchos servicios críticos de atención de salud en Aruba. Por ejemplo, La Cruz Blanca y Amarilla se especializa en prestar atención domiciliar de enfermería. Entre sus clientes hay nuevas madres y sus bebés, adultos mayores, diabéticos, pacientes con enfermedades terminales y otras personas que necesitan atención domiciliar. Esta institución también dicta cursos para futuros padres y madres, les enseña cosas como la forma de alimentar al bebé y les ofrece información sobre el crecimiento y desarrollo del feto, hábitos de higiene, la lactancia, el parto y la atención posnatal, la seguridad en el hogar, el cuidado de los niños y la vacunación.

La Cruz Blanca y Amarilla también presta atención domiciliar y poshospitalaria a los adultos mayores; a partir de mayo de 1994, 432 ancianos habían recibido atención en ese centro. Cerca de la mitad de los adultos mayores reciben atención de enfermería y la otra mitad, asistencia con las actividades de la vida diaria, como bañarse. La organización también presta asistencia con exámenes médicos, contacto con la familia y servicios de nutrición e información; puede enviar a las personas de edad a otras instituciones y a otros profesionales. Además, hay dos centros de atención diurna que ofrecen programas matutinos, sobre todo recreativos, principalmente a los adultos mayores en buen estado físico. Fuera de eso, hay una organización que ofrece actividades de recreo para personas de edad con impedimentos físicos; abre solo por la mañana. La Stichting Algemene Bejaardenzorg Aruba (SABA) presta atención a los adultos de 60 y más años por medio de tres residencias para ancianos con una capacidad total de 236 camas, que cubren a alrededor de 4% de esa población.

Actualmente se trabaja en el establecimiento de servicios de atención psiquiátrica en Aruba. Por ahora, el hospital general

administra un pabellón psiquiátrico de 40 camas, en que los pacientes con enfermedad crónica ocupan la mitad. El servicio de atención ambulatoria tiene cabida para 15 pacientes y 10 de sus camas están reservadas para casos críticos. Unos 40 pacientes de Aruba están internados en el hospital psiquiátrico de Curazao. Los servicios ambulatorios para pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos se prestan por medio del servicio psiquiátrico social actualmente bajo la jurisdicción del Departamento de Salud Pública; estos servicios se privatizarán con el tiempo. Los pacientes reciben medicamentos, tratamiento y apoyo en sus comunidades. Una nueva organización sin fines de lucro se propone ofrecer los servicios de centros de reinserción social para pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos. El Gobierno ha establecido una fundación cuya meta es consolidar las organizaciones de salud mental de Aruba. Además, hay planes para ampliar el actual pabellón psiquiátrico del hospital general y transformarlo en un hospital psiquiátrico independiente.

El Gobierno ha nombrado a un Coordinador Nacional de Medicamentos con miras a centralizar las actividades en ese sentido. El método actual comprende el internado de los toxicómanos en el pabellón psiquiátrico del hospital para desintoxicación. Las organizaciones no gubernamentales también ofrecen servicios de rehabilitación para toxicómanos y alcohólicos; algunas trabajan también en prevención y proporcionan información y educación sobre las drogas y el alcoholismo a la comunidad, especialmente a los jóvenes. Aruba también tiene capítulos de Alcohólicos Anónimos, Al-anon (para la familia y los amigos de los alcohólicos) y Toxicómanos Anónimos.

Cuatro instituciones ofrecen programas de rehabilitación para toxicómanos, en los cuales se atiende a personas de 22 a 59 años. El Centro Dakota y SAMBA ofrecen rehabilitación a 30 y 15 pacientes internados, respectivamente; SAMBA también presta atención ambulatoria a sus clientes. Las otras dos instituciones ofrecen solamente sesiones de tratamiento colectivo y rehabilitación temporal. Los dispensarios de consulta externa admiten solamente a los que terminan con éxito los programas de rehabilitación en instituciones que ofrezcan internado.

Además de los servicios de atención infantil prestados por el Departamento de Salud Pública, varias organizaciones no gubernamentales dan albergue a los niños maltratados o desamparados y promueven actividades recreativas y oportunidades de empleo para los jóvenes. Otras organizaciones no gubernamentales atienden los intereses de las personas con trastornos mentales, los sordos, los ciegos y las personas con discapacidad física.

El Gobierno subvenciona los costos del personal de las fundaciones que prestan servicios comunitarios de asistencia social; estos costos son los mayores en el presupuesto de las organizaciones no gubernamentales.

Aruba ha sido observador en la Comunidad y Mercado Común del Caribe (CARIBCOM) desde 1992, lo que significa que tiene derecho a participar en los grupos de trabajo antes de la Reunión

Ministerial de CARIBCOM. Ha participado en las discusiones sobre educación y trabajo. En 1996 ingresó como miembro al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).

Aruba también ha sido miembro del Parlamento Latinoamericano desde 1986 y está representada en el comité permanente sobre cuestiones de salud por dos miembros del Parlamento. En 1999 se estableció en Aruba un grupo temático de ONUSIDA, dirigido por el representante del PNUD en Trinidad. El grupo apoyará el esfuerzo desplegado por el territorio para combatir el VIH/SIDA de una forma eficaz e integral.

Recursos humanos

Hay 38 médicos generales distribuidos en toda la isla que, por lo general, ejercen solos, aunque a veces se unen como equipo. Aruba también tiene una amplia gama de especialistas, como cirujanos, ginecólogos, internistas, pediatras, neurocirujanos, neurólogos, psiquiatras, oftalmólogos, cirujanos ortopédicos, radiólogos, cardiólogos, cirujanos plásticos, urólogos, patólogos, otorrinolaringólogos y un traumatólogo. Además, hay un grupo complementario de otros proveedores de atención de salud, como médicos especializados en salud ocupacional, dentistas y ortodontistas, parteras y médicos especializados en atención de urgencia.

El sistema de atención de salud de Aruba también aprovecha los servicios de salud de médicos del exterior. Por ejemplo, se han firmado acuerdos con ciertos especialistas, entre ellos un oncólogo, un cirujano dental y un cardiólogo de Curazao, en virtud de los cuales ese personal visita regularmente la isla en determinados días de cada semana o cada mes para ver a los pacientes y emplea las salas de consulta, los servicios de secretaría y el equipo de Aruba. La isla no tiene suficiente personal de enfermería, por lo que en los últimos años se ha contratado en el exterior, especialmente en las Filipinas, donde la educación en enfermería es similar a la de Aruba. El número de enfermeras seguirá siendo insuficiente, dados los planes de ampliar el Centro Médico Dr. Rudy Engelbrecht y la atención domiciliar de enfermería.

Casi todos los médicos obtienen su grado en instituciones acreditadas de los Países Bajos, seguidas de las facultades de medicina de los Estados Unidos, Costa Rica, Colombia y Venezuela. El sistema educativo de Aruba ofrece un grado inferior e intermedio en enfermería para auxiliares de ese campo. La mayoría de los aspirantes a un título superior en enfermería van a Curazao o a los Países Bajos. En 2000, el Hospital Dr. Horacio Oduber lanzó un programa de posgrado en enfermería en estrecha cooperación con el Hospital Universitario de Rotterdam en Holanda, como forma de actualizar los conocimientos del personal y su comprensión de los últimos descubrimientos en materia de tratamiento médico y tecnología, y de ofrecer al personal de enfermería mayores posibilidades de adelanto en la carrera. Por medio

de un acuerdo con la Universidad de Rotterdam en Holanda, el programa de estudio de Aruba será un reflejo del currículo, los exámenes y los títulos académicos del programa de Holanda. La Inspección Médica registra a todos los profesionales de atención de salud certificados.

Gasto y financiamiento sectorial

Desde 1990, la atención de salud ha tomado una creciente proporción del presupuesto público. En 1998, la proporción del gasto público asignado a salud fue de cerca de 5,3% del gasto total. Entre 1990 y 1998, el gasto público en salud creció de US\$ 47 millones a US\$ 81 millones, con un aumento promedio anual de 10%. El crecimiento y el envejecimiento de la población, junto con un enorme aumento del uso de establecimientos médicos, son las principales razones del aumento del gasto en atención de salud.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

Los fondos de cooperación recibidos del Reino de los Países Bajos se redujeron de US\$ 9 millones en 1998 a aproximadamente US\$ 1 millón en 1999. En 1997, un comité del Gobierno de los Países Bajos publicó un informe en que recomendaba que el programa neerlandés de cooperación terminara en 2010 con el fin de fomentar la autonomía financiera de Aruba. Hasta ese año, se comprometería un monto de US\$ 72 millones para proyectos gubernamentales y US\$ 88 millones para otros programas y gastos. Hasta 1998, los aportes de los Países Bajos representaron aproximadamente 44% de la inversión pública total.

En 1999–2000, la Sección de Control de Enfermedades del Departamento de Salud Pública recibió US\$ 10.000 de la Unión Europea y US\$ 10.000 de la Cooperación Neerlandesa para el Desarrollo. Los fondos se canalizaron por medio del ONUSIDA para uso en las campañas de su grupo temático en Aruba. El Club Kiwanis Key de Aruba también donó US\$ 5.700 a ese grupo temático.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Aruba, 1996–2000.

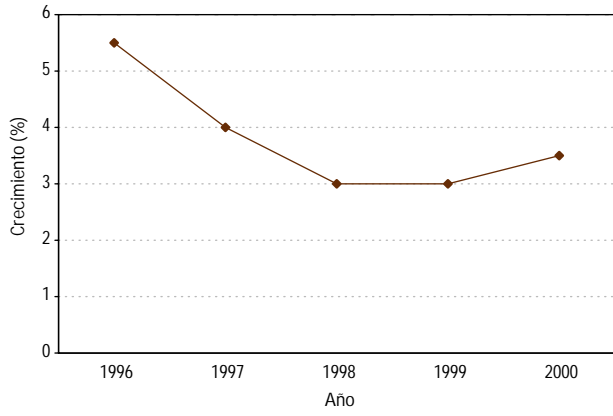
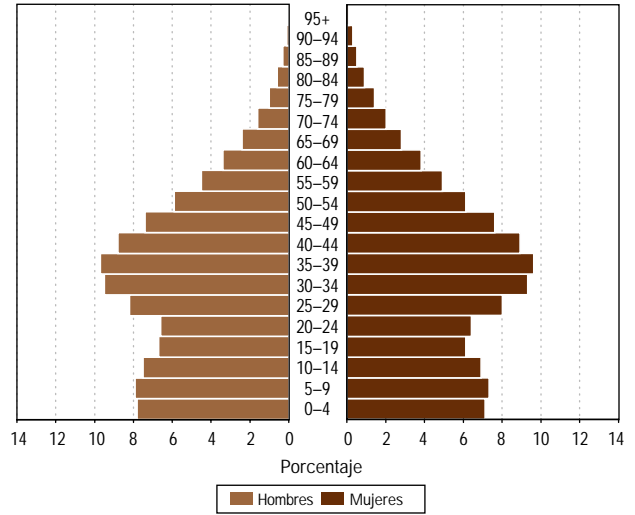


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Aruba, 1999.



BAHAMAS

CONTEXTO GENERAL

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, a poca distancia de la costa sudoriental de la Florida, EUA. Es un estado unitario independiente dentro de la Mancomunidad Británica de Naciones, gobernado por una democracia parlamentaria basada en el modelo de Westminster/Whitehall.

En 2000 se estimó que la población total era de 307.000 habitantes, de los cuales cerca de 90% residían en 3 de las 40 islas y cayos habitados. Los dos centros principales de población son Nassau, la capital, localizada en Nueva Providencia (70% de la población) y Freeport, localizada en Gran Bahama (15% de la población); el resto de las islas y cayos se conocen como las Islas Family. Alrededor de 30% de la población es menor de 15 años y cerca de 5%, mayor de 65 años (figura 1). La razón de dependencia fue de 55,4 por 100 en 2000. Para el mismo año, se calculó que la esperanza de vida al nacer era de 71 años para los hombres y de 77,6 años para las mujeres, y que la tasa total de fecundidad era de 2,6 hijos por mujer.

Hay acceso universal a todos los servicios sociales indispensables, incluso de salud, educación y vivienda. Aproximadamente 35% del presupuesto ordinario se asigna a los sectores sociales. En el ejercicio fiscal 1999–2000, se asignó un total de US\$ 132,5 millones a la salud, lo que representó 14,8% del presupuesto nacional. Durante el período 1996–2000, el gasto anual per cápita en salud aumentó en forma sostenida de US\$ 362 a US\$ 420.

La educación es obligatoria hasta los 14 años. Se ofrece educación terciaria en el Colegio de las Bahamas, que es público, y en varias instituciones privadas que ofrecen grados de asociado (“associate”), licenciatura y, en algunos casos, maestría.

Desde 1972 la tasa de cambio con respecto al dólar de los Estados Unidos ha sido de 1:1. El turismo y el comercio vinculado con el mismo constituyen las principales actividades económicas y representan más de 50% del producto interno bruto (PIB) y 60% del empleo. Las industrias de servicio, entre ellos los

servicios públicos, el turismo, la banca y los seguros, la pesca y la agricultura dan empleo a aproximadamente 80% de la fuerza laboral. La población trabajadora aumentó de 146.635 personas en 1996 a 157.640 en 1999. Las mujeres fueron las principales contribuyentes a este crecimiento, ya que la participación femenina en la fuerza laboral aumentó 8,3%; la participación masculina creció 6,7%. La tasa global de desempleo en 1999 se calculó en 7,8%, con tasas locales de 7,8% en Nueva Providencia y 9,5% en Gran Bahama. El ingreso anual per cápita se estimó en \$15.500 en 1999.

La coexistencia de afecciones tales como las enfermedades cardiovasculares (hipertensión y cardiopatía isquémica), las enfermedades transmisibles (VIH/SIDA, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, infecciones respiratorias agudas e infecciones intestinales), las neoplasias malignas (cáncer de mama y de próstata), las lesiones y la violencia (accidentes de tránsito, homicidios, maltrato infantil y violencia doméstica), el abuso de drogas y alcohol, y el embarazo de adolescentes y el aborto representan un desafío para el sistema de salud. Las inequidades en salud son motivo de preocupación con respecto a las cuestiones de género, las condiciones socioeconómicas y el acceso a servicios de salud de buena calidad. La inequidad de género se refleja en las diferencias en los patrones de mortalidad y morbilidad de los adolescentes de 15 a 19 años y en los hombres y mujeres de 20 a 59 años. Los varones adolescentes y los hombres adultos jóvenes son los grupos más vulnerables a la mortalidad prematura por causa de violencia (homicidio), accidentes de transporte terrestre y VIH/SIDA. Las mujeres y las niñas, aunque también son vulnerables al VIH/SIDA, son más vulnerables que los hombres a la violencia relacionada con el abuso sexual. Las afecciones vinculadas a la pobreza, como la tuberculosis y las deficiencias nutricionales, también forman parte del perfil de salud. Las intervenciones en salud focalizadas produjeron resultados positivos; en particular, la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño, el fortalecimiento de la atención materna y perinatal, la provisión de servicios de planificación familiar y la atención integral de las personas con VIH/SIDA.

Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad se mantuvo bastante constante durante el período 1996–2000 y exhibió una importante diferencia entre los hombres y las mujeres. En 2000, hubo 1.625 defunciones, que dieron como resultado una tasa bruta de mortalidad de 533,1 por 100.000 habitantes. La tasa bruta de mortalidad para el período 1996–2000 alcanzó un promedio cercano a 625 por 100.000 hombres, que varió entre un mínimo de 585 en 1999 a un máximo de 679 en 1998. La tasa bruta de mortalidad de las mujeres alcanzó un promedio de 485 por 100.000 en el mismo período, cifra que representó cerca de 140 defunciones menos por 100.000 que en el caso de los hombres.

En el período 1996–2000, las enfermedades transmisibles y las enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de mortalidad aproximada de 140 por 100.000 habitantes, fueron un grave problema para los hombres, seguidas de las defunciones por causas externas y neoplasias malignas, con una tasa aproximada de 85 por 100.000 habitantes (figura 2). El número de defunciones por causas externas ascendió casi al doble del observado en el período previo analizado. Las enfermedades del sistema circulatorio fueron la causa principal de defunción de las mujeres, con una tasa de 143 por 100.000, seguidas de las enfermedades transmisibles (93 por 100.000) y las neoplasias malignas (72 por 100.000).

En 2000, las enfermedades del sistema circulatorio representaron 28% (458) del total de defunciones; las enfermedades transmisibles, 20% (323); las neoplasias malignas, 14% (224), y las causas externas, 13% (217).

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

La tasa de mortalidad infantil se redujo de 18,4 por 1.000 nacidos vivos en 1996 a 15,8 por 1.000 nacidos vivos en 1999. La tasa de mortalidad específica por causas debidas a afecciones originadas en el período perinatal (según el número de acontecimientos registrados) se redujo de 23,6 por 100.000 habitantes en 1996 a 9,5 por 100.000 habitantes en 2000. Durante el período 1996–2000, se logró progresar mucho hacia la reducción de la mortalidad infantil, particularmente de la mortalidad por afecciones originadas en el período perinatal y por la transmisión del VIH de la madre al niño. Con respecto a la mortalidad y las defunciones evitables, las afecciones originadas en el período perinatal, las enfermedades infecciosas intestinales, las infecciones respiratorias agudas, el VIH/SIDA, las lesiones y el maltrato infantil son motivos de preocupación en este grupo de edad. También lo son la hipoxia y otras afecciones originadas en el período perinatal, que representaron 50% (153) del total de defunciones de lactantes.

En 2000, aproximadamente 10,4% de los recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer (<2.500 g). Hubo muy pocos casos de enfermedades inmunoprevenibles en lactantes: nueve en 1997 y dos en 1998; no se registró ninguno en 1999 ni en 2000.

Entre 1996 y 2000, el VIH/SIDA fue la principal causa de defunción del grupo de 1 a 4 años de edad y representó 18,6% (19) del total de defunciones (102), seguida de los accidentes de transporte terrestre, que constituyeron 7,8% (8) de ese total.

Aproximadamente 52% (4.694) de todos los diagnósticos de alta hospitalaria¹ en el grupo de menores de 5 años en el período 1996–2000 se debieron a infecciones respiratorias agudas, lesiones y enfermedades infecciosas intestinales y 6% (511), a crecimiento fetal lento, malnutrición y prematuridad.

Los niños menores de 5 años son muy vulnerables al maltrato. Según un estudio realizado en Nueva Providencia, representaron 42% del total de casos de abandono y descuido notificados y 27% del total de casos de abuso sexual notificados en el período 1997–2000.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

Las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades infecciosas intestinales y las enfermedades parasitarias, las lesiones, el VIH/SIDA y el maltrato son problemas prioritarios para los niños de 5 a 9 años de edad.

Durante el período 1996–2000, los accidentes de transporte terrestre y las defunciones accidentales por incendio (siete en cada caso) representaron 19,4% del total de defunciones (72) en este grupo de edad; se registraron nueve defunciones por VIH/SIDA y tres por deficiencias nutricionales y anemias.

Del total de 4.789 diagnósticos de alta hospitalaria en este grupo de edad durante el período citado, 1.115 (23%) correspondieron a infecciones respiratorias agudas, 800 (17%) a enfermedades infecciosas intestinales y de otra clase y a enfermedades parasitarias, 635 (13%) a lesiones, 471 (10%) a bronquitis y asma y 152 (3%) a deficiencias nutricionales y anemias.

Aproximadamente 29,1% del total de casos de maltrato infantil y 32,4% de casos de incesto y de abuso sexual notificados entre 1997 y 2000 fueron de niños de 6 a 11 años de edad.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

Las lesiones ocasionadas por violencia y accidentes de transporte terrestre, el comienzo temprano de la actividad sexual, el embarazo de adolescentes, el VIH/SIDA y el abuso de drogas y alcohol en adolescentes son motivo de profunda preocupación. El maltrato de los jóvenes también constituye un problema, puesto que en el período 1997–2000 se notificaron 135 casos de incesto y 78 casos de abuso sexual en esos grupos de edad en Nueva Providencia. Las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades infecciosas intestinales y las deficiencias nutricionales y las

¹ El diagnóstico de alta hospitalaria se refiere solamente al diagnóstico primario con una causa definida.

anemias son importantes factores que contribuyen a la morbilidad. La diabetes mellitus figuró entre los 10 principales diagnósticos de alta hospitalaria en el período 1996–2000. Los datos de morbilidad revelan importantes diferencias entre los niños y las niñas, que indican un grado diferente de vulnerabilidad y de riesgo.

En el período 1996–2000, se registraron 41 defunciones en el grupo de 10 a 14 años de edad: seis se debieron a accidentes de transporte terrestre, cuatro a homicidios y dos a VIH/SIDA. Las lesiones representaron 17% del total de diagnósticos de alta hospitalaria (472 de 2.736), con una razón hombre/mujer de 2:1. Las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades infecciosas intestinales representaron 23% (633) del total de diagnósticos de alta hospitalaria, seguidos de las deficiencias nutricionales y las anemias (3,5% ó 95) y la diabetes mellitus (2% ó 54). La diabetes mellitus estuvo entre los 10 principales diagnósticos de alta hospitalaria de las mujeres de ese grupo de edad y las complicaciones del embarazo dieron cuenta de 6% (77 de 1.247) del total de diagnósticos de alta hospitalaria de las mujeres de ese grupo de edad.

Se registraron 112 defunciones en el grupo de 15 a 19 años en el período 1996–2000. Aproximadamente 60% se debieron a causas externas, sobre todo a homicidios (42) y a accidentes de transporte terrestre (25). La razón hombre/mujer fue de 7,4:1 en el caso de los homicidios y 4:1 en el de los accidentes de transporte terrestre. Se registraron cinco defunciones por VIH/SIDA en este grupo de edad en el período.

Las lesiones representaron 46% (563 de 1.217) del total de diagnósticos de alta hospitalaria de los hombres y las complicaciones del embarazo, 72% (2.599 de 3.604) del total correspondiente a las mujeres. Se registraron 331 abortos en el grupo de 15 a 19 años, 14% fueron casos de aborto espontáneo, 0,8% de aborto legal y 85% de aborto no especificado.

Los trastornos mentales, inclusive el abuso de alcohol y drogas, figuran entre los 10 principales diagnósticos de alta hospitalaria en este grupo de edad y representaron 2,4% (118 de 4.822) del total de diagnósticos de alta de los hospitales Princess Margaret y Rand Memorial en el período 1996–2000, con una razón hombre/mujer de 2,1:1.

Aproximadamente 20% de los 3.703 casos de maltrato de los jóvenes de Nueva Providencia notificados por el Departamento de Servicios Sociales en el período 1997–2000 se registraron en el grupo de 12 a 18 años, pero esa cifra aumenta a 33% si se excluye el abandono. De los casos notificados de abuso sexual e incesto en los niños, 38% se registraron en este grupo de edad. Dentro de este grupo de edad, las mujeres de 18 años o menos representaron 84% de todos los casos notificados de abuso sexual e incesto. Por contraste, los hombres del mismo grupo de edad representaron 16% de los casos notificados. En la Encuesta Nacional de Salud de los Jóvenes realizada en 1997, 5% de los hombres de 10 a 19 años de edad declararon que habían sido víctimas de abuso sexual. La misma encuesta también reveló que 19% de los estudiantes varones de 10 a 19 años habían portado

un arma a la escuela durante el mes precedente, 15% habían sido lesionados con un arma, 20% habían pertenecido a una pandilla y 56% habían tenido relaciones sexuales.

La salud de la población adulta (20–59 años)

Hubo 3.567 defunciones en este grupo de edad (2.252 hombres y 1.315 mujeres), con una razón de tasas de mortalidad de hombres a mujeres de 1,7:1 en el período 1996–2000. Aunque el problema más grave en este grupo de edad son las defunciones por VIH/SIDA, que representaron 36% del total, hay diferencias marcadas entre los patrones de mortalidad y morbilidad de los hombres y las mujeres.

Las causas principales de defunción de los hombres en el período fueron el VIH/SIDA, los homicidios, los accidentes de transporte terrestre, la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares (cuadro 1). Las causas principales de defunción de las mujeres fueron el VIH/SIDA, el cáncer de mama, la diabetes mellitus, la enfermedad hipertensiva y la cardiopatía isquémica (cuadro 2).

Las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades parasitarias representaron aproximadamente 9% del total de diagnósticos de alta hospitalaria (39.992) en este grupo de edad en el período 1996–2000. Se notificaron 12.582 altas hospitalarias de hombres; las lesiones y el VIH/SIDA representaron 25% y 7%, respectivamente. Los problemas de salud mental, particularmente el abuso de alcohol y drogas, también fueron motivos de preocupación para los hombres de 20 a 59 años.

Otros asuntos de particular interés para las mujeres de 20 a 59 años fueron la morbilidad materna, el aborto, la violencia doméstica y la salud mental, particularmente la depresión. Las complicaciones del embarazo representaron 50,7% (18% por laceraciones y 14% por aborto) del total de diagnósticos de alta

CUADRO 1. Causas principales de mortalidad de los hombres de 20 a 59 años de edad, Bahamas, 1996–2000.

Causa	Número	Porcentaje del total de defunciones por causas definidas (n = 2.217)	Razón hombre/mujer
VIH/SIDA	764	34,5	1,6:1
Homicidio	172	7,8	7,2:1
Accidentes de transporte terrestre	135	6,1	4,7:1
Cardiopatía isquémica	108	4,9	2,6:1
Enfermedades cerebrovasculares	76	3,4	1,8:1
Diabetes mellitus	64	2,9	1:1
Enfermedad pulmonar crónica	63	2,8	2,3:1
Enfermedad crónica del hígado	61	2,8	1,7:1
Enfermedades de la circulación pulmonar	61	2,8	2,3:1
Enfermedad hipertensiva	60	2,7	1:1

CUADRO 2. Causas principales de mortalidad de las mujeres de 20 a 59 años de edad, Bahamas, 1996–2000.

Causa	Número	Porcentaje del total de defunciones por causas definidas (n = 1.302)
VIH/SIDA	471	36,2
Cáncer de mama	70	5,4
Diabetes mellitus	63	4,8
Enfermedad hipertensiva	59	4,5
Cardiopatía isquémica	42	3,2
Enfermedades cerebrovasculares	42	3,2
Enfermedad crónica del hígado	36	2,8
Accidentes de transporte terrestre	29	2,2
Enfermedad pulmonar crónica	27	2,1
Homicidio	24	1,8

hospitalaria de las mujeres (27.410) en el período 1996–2000. Se registraron 2.215 abortos en el grupo de 20 a 59 años de edad, 14% fueron casos de aborto espontáneo, 0,4% de aborto legal y 86% de aborto no especificado. Los datos acopiados por el Centro para las Crisis en 1997 mostraron que 76% de las víctimas de la violencia doméstica (223 de 295) eran mujeres.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Este grupo de edad representó 3.873 defunciones y tuvo la tasa de mortalidad más alta (aproximadamente 633 por 100.000) en el período 1996–2000. También registró la razón más baja de tasas de mortalidad de hombres a mujeres (0,9:1). Las causas principales de mortalidad de los hombres y las mujeres de este grupo de edad se presentan en los cuadros 3 y 4. En este grupo de edad es mayor el número de mujeres que de hombres que mueren de hipertensión (razón hombre/mujer = 0,6:1), diabetes (razón hombre/mujer = 0,5:1) y enfermedades cerebrovasculares (razón hombre/mujer = 0,7:1); estas razones son también similares en el diagnóstico de alta hospitalaria correspondiente a esas afecciones.

CUADRO 3. Causas principales de mortalidad de los hombres de 60 y más años, Bahamas, 1996–2000.

Causa	Número	Porcentaje del total de defunciones por causas definidas (n = 1.860)
Cardiopatía isquémica	256	13,8
Enfermedad hipertensiva	179	9,6
Enfermedades cerebrovasculares	179	9,6
Neoplasia maligna de la próstata	165	8,9
Diabetes mellitus	137	7,4

CUADRO 4. Causas principales de mortalidad de las mujeres de 60 y más años, Bahamas, 1996–2000.

Causa	Número	Porcentaje del total de defunciones por causas definidas (n = 2.013)
Enfermedad hipertensiva	283	14,1
Cardiopatía isquémica	255	12,7
Diabetes mellitus	252	12,5
Enfermedades cerebrovasculares	251	12,5
Enfermedades de la circulación pulmonar	76	3,8

En el período 1996–2000, la enfermedad hipertensiva, las enfermedades cerebrovasculares, la cardiopatía isquémica y las enfermedades de la circulación pulmonar representaron 31,4% del total de diagnósticos de alta hospitalaria (3.284 de 10.457) en este grupo de edad. Otras afecciones de importancia fueron la diabetes, las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades del sistema urinario y las enfermedades de otros órganos del sistema digestivo.

La salud de los trabajadores

Los datos de los reclamos tramitados por la Junta Nacional de Seguros indican que los problemas osteomusculares, las fracturas, los esguinces, los desgarros, las luxaciones y las infecciones (inclusive el VIH/SIDA) estuvieron entre las causas más comunes de absentismo del lugar de trabajo. Las causas más comunes de invalidez fueron el VIH/SIDA, los trastornos psiquiátricos, las enfermedades cardiovasculares, la artritis, las fracturas y las afecciones cutáneas y neurológicas.

Por tipo de enfermedad o daño

El VIH/SIDA fue la principal causa de defunción anual en el período 1996–2000, seguida de hipertensión, diabetes, enfermedades cerebrovasculares y cardiopatía isquémica. En 1996 comenzaron a figurar los accidentes de transporte terrestre (tránsito de vehículos de motor) y los homicidios entre las 10 causas principales de defunción y a adquirir importancia cada vez mayor.

Desastres naturales

Los huracanes son los desastres naturales que constituyen la mayor amenaza para las Bahamas. En 1999, las islas fueron azotadas por el huracán Floyd, que causó extensos daños a la infraestructura y a la propiedad en varias de las Islas Family, pero no hubo muertos y se registraron algunas lesiones personales. Se notificaron varios casos del síndrome de estrés postraumático. Se realizaron esfuerzos concertados para restituir los servicios, retirar los escombros, controlar la proliferación de insectos, proporcionar agua embotellada y aconsejar al público que hirviera el

agua potable. Después del huracán se produjo un brote de intoxicación por consumo de caracoles que se propagó por Nueva Providencia.

Enfermedades transmitidas por vectores

La malaria no es endémica de las Bahamas, a pesar de la existencia del vector (el mosquito *Anopheles*). En 1997 se notificaron ocho casos (importados) de malaria. En 1998 y 1999 hubo un marcado aumento de la actividad de la malaria y se notificaron 21 y 30 casos, respectivamente. En 2000 hubo solo dos casos (importados).

No se han registrado casos de fiebre amarilla en las Bahamas desde los años setenta, a pesar de la existencia del vector (*Aedes aegypti*). En 1998 hubo un caso confirmado de dengue; antes de esa fecha, el último caso se notificó en 1996.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Las enfermedades prevenibles por vacunación constituyen una prioridad máxima en las Bahamas. Las tasas de cobertura de vacunación son elevadas (figura 3) y las constantes actividades de inmunización han producido una reducción importante de este grupo de enfermedades. Los últimos casos de poliomielitis se registraron en los años sesenta. Siguiendo la tendencia observada en el período 1993–1996, no hubo casos de difteria, sarampión o tétanos neonatal en el período 1997–2000. Tampoco se registraron casos de tos ferina. Hubo un caso de tétanos en un adulto en 1998.

Desde 1990, cuando se presentó un brote, solo se han registrado casos esporádicos de rubéola, con un máximo de siete en 1997. En 1997 se realizó con éxito una campaña de vacunación en masa con la vacuna MMR (contra la rubéola, el sarampión y la parotiditis), que permitió interrumpir la transmisión de la rubéola; después de la campaña se notificaron dos casos. Sin embargo, en 1998 se notificaron cuatro casos de síndrome de rubéola congénita. Los datos sobre nuevos casos de infección por el virus de la hepatitis B confirmados en el laboratorio muestran un aumento de 162 en 1996 a 353 en 2000, aunque eso se puede deber, en parte, a un mejor sistema de notificación.

Enfermedades infecciosas intestinales

No se notificaron casos de cólera durante el período en revisión. En 2000 se notificaron 1.317 enfermedades transmitidas por los alimentos: 305 casos de intoxicación con pescado, 225 de ciguatera y 787 casos de otras clases de intoxicación alimentaria.

Hubo 4.484 diagnósticos de enfermedades infecciosas intestinales (en todos los grupos de edad) en pacientes egresados de los hospitales en el período 1996–2000. En 2000 se notificaron 1.857 casos de diarrea en la población de 5 años y más, y 1.103 casos en niños menores de 5 años en 2000. Sin embargo, las enfermedades infecciosas intestinales son un importante diagnóstico de alta hospitalaria de los niños menores de 5 años y de los de 5 a 9 y 10 a 14 años.

Enfermedades crónicas transmisibles

Los nuevos casos notificados de tuberculosis fluctuaron entre 59 en 1996 y 82 en 2000. En ese período, la proporción de nuevos casos notificados de tuberculosis en pacientes VIH negativos aumentó de 25% (22 de 88) en 1997 a 56% (46 de 82) en 2000. La lepra no es endémica en las Bahamas; sin embargo, se diagnosticó un caso en 1996.

Infecciones respiratorias agudas

De las 239 defunciones registradas por infecciones respiratorias agudas en el período 1996–2000, 59% fueron de adultos mayores (60 y más años), 31,4% de personas de 20 a 29 años y 5,4% de lactantes. Las infecciones respiratorias agudas estuvieron entre los 10 principales diagnósticos de alta hospitalaria de todos los grupos de edad en el período 1996–2000.

Zoonosis

No se notificaron casos de rabia humana o canina durante el período 1996–2000.

VIH/SIDA

La tasa de mortalidad por VIH/SIDA se redujo de 97,2 por 100.000 habitantes en 1996 a 80,4 por 100.000 en 2000. No obstante, por cada año más allá de ese período, el VIH/SIDA fue la principal causa de defunción de la población general. Hasta el 31 de diciembre de 2000 se habían notificado 3.810 casos, de los cuales 2.699 (71%) habían muerto. Otro grupo estaba formado por 4.537 personas seropositivas, sin síntomas de la enfermedad.

Si bien en general se redujo el número de casos notificados de infección por el VIH de 734 en 1994 a 386 en 1999 y a 461 en 2000, el número de defunciones por SIDA aumentó debido a la creciente prevalencia del VIH/SIDA. En el período 1996–2000 hubo 764 defunciones de hombres y 471 defunciones de mujeres debidas al VIH/SIDA, que representaron 35% de las defunciones por causas definidas. La incidencia en los hombres alcanzó un máximo de 1.768 por millón de habitantes en 1995 y se redujo a 1.284 por millón de habitantes en 1999; la incidencia en las mujeres alcanzó un máximo de 1.088 por millón de habitantes en 1997 y se redujo a 829 por millón de habitantes en 1999 (figura 4). Entre 1990 y 1999, los hombres tuvieron un riesgo de contraer la infección por VIH aproximadamente 1,6 veces mayor que las mujeres. Un factor que contribuyó a la reducción de la incidencia de la infección por VIH fue la puesta en práctica de intervenciones para reducir la transmisión del VIH de la madre al niño en 1996. Por contraste, el aumento de la tasa de defunción por SIDA refleja los efectos acumulativos de la enfermedad desde 1989.

Infecciones de transmisión sexual

La Unidad de Vigilancia notificó 1.632 nuevos casos de infecciones de transmisión sexual en el período 1996–2000: 797 casos de infección por *Chlamydia* (49%), 416 por sífilis (26%),

384 casos de infección gonocócica (24%) y 35 de sífilis congénita (2%).

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Los informes de los dispensarios de salud de la comunidad de todas las Bahamas indican que, en 1997, 16,5% de las mujeres sometidas a tamizaje que acudieron a los dispensarios de atención prenatal tenían concentraciones de hemoglobina de 10 g/dl o inferiores. Se hicieron 1.049 diagnósticos de deficiencias nutricionales y anemias en pacientes dados de alta de los hospitales en el período 1996–2000; esas afecciones estuvieron entre los 10 principales diagnósticos de alta hospitalaria de niños y adultos mayores.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares fueron causas importantes de mortalidad, especialmente de los adultos de 20 a 59 años y de los adultos mayores. La hipertensión, las enfermedades cerebrovasculares y la cardiopatía isquémica estuvieron entre los principales diagnósticos de alta hospitalaria y causas de defunción en el período 1996–2000.

Neoplasias malignas

Se registraron 1.172 defunciones por neoplasias malignas en el período 1996–2000 y los grupos más afectados fueron los de 20 a 59 años y los de 60 y más años. Los cánceres de próstata, mama y cervicouterino fueron los principales factores que contribuyeron a la mortalidad y morbilidad por esa causa. Se emitieron 2.036 diagnósticos de neoplasias malignas en pacientes egresados del hospital en el período en revisión; de ese número, el cáncer de mama femenino representó 19,1%, el cáncer de próstata 10,6%, el cáncer del aparato digestivo y del peritoneo 12,1%, el cáncer cervicouterino 8,7% y el cáncer de la tráquea, los bronquios y el pulmón, 6%. El cáncer de mama (70) representó 5,3% y el cervicouterino (31) 2,4% del total de defunciones en el grupo de 20 a 59 años.

Accidentes y violencia

Las defunciones por causas externas aumentaron en el período 1996–2000. Los principales factores que contribuyeron al aumento fueron los homicidios y los accidentes de transporte terrestre, que afectaron sobre todo a los varones adolescentes y a los adultos jóvenes. Las lesiones también ocuparon un lugar de importancia en el diagnóstico de alta hospitalaria de todos los grupos de edad.

Durante el período 1996–2000, la policía notificó un aumento del número de asesinatos (51 casos registrados en 1996 y 74 casos registrados en 2000), accidentes mortales (22 en 1996 y 76 en 2000) y accidentes con lesiones (148 en 1996 y 474 en 2000).

Los casos de maltrato infantil notificados por el Departamento de Servicios Sociales también aumentaron en este

período. La violencia doméstica se reconoce como un problema que afecta sobre todo a las mujeres.

Salud mental

El número de nuevos casos de abuso de sustancias tratados en el Dispensario de Salud Mental de la Comunidad del Ministerio de Salud aumentó durante el período 1996–2000. Los nuevos casos de abuso de alcohol aumentaron de 91 en 1996 a 149 en 2000, y los de abuso de cocaína y marihuana, de 186 en 1996 a 313 en 2000. Se registraron 131 casos de depresión, 42 de esquizofrenia y 120 de trastornos psicológicos en 2000. El abuso de drogas y alcohol representó 49,3% (1.924 de 3.896) del total de diagnósticos de alta del hospital psiquiátrico Sandilands durante el período 1996–2000.

Salud oral

Los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud Oral de 1999–2000, muestran que la prevalencia de caries dental en la dentición primaria en un grupo de 1.060 niños examinados en un período de cinco años fue de 58%. La prevalencia de caries dental en la dentición permanente de los escolares de 12 y 15 años fue de 55% y 61%, respectivamente. En promedio, los niños de 5 años tuvieron 2,42 dientes cariados, perdidos, obturados (CPO-D) y 4,43 superficies cariadas, perdidas, obturadas (CPO-S). La calificación media de CPO-D y CPO-S de los niños de 12 años fue de 1,56 y 2,30, respectivamente, y la correspondiente a los de 15 años fue de 1,98 y 2,96, respectivamente.

Hubo importantes diferencias interinsulares en la prevalencia y gravedad de la caries dental. Las estimaciones generales fueron mayores en Andros, Abaco y Long Island para todos los grupos de edad, en Cat Island para los niños de 5 años y en Bimini para los de 15 años. En el momento del examen fue preciso tratar de 55% a 65% de los estudiantes, y de 9% a 14% necesitaron atención de urgencia por antecedentes de dolor o infección.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Gobierno de las Bahamas ha introducido reformas institucionales para mejorar la red de seguridad social y mantener un clima propicio para inversiones nacionales e internacionales. Los principales objetivos de las políticas monetarias y fiscales son el mantenimiento de la estabilidad macroeconómica, una mayor competitividad y el estímulo del desarrollo sostenible junto con el sector privado.

El Ministerio de Salud está comprometido a fomentar el proceso de adopción de decisiones basadas en pruebas para la guía estratégica de la reorientación de los servicios de salud. El Plan Estratégico Nacional de Servicios de Salud contempla una eficaz respuesta en materia de salud, que exige mayor integración de la estrategia de promoción de la salud y el fortalecimiento de las

funciones de salud pública. También exige que se identifiquen los grupos vulnerables y se formulen intervenciones enfocadas a atender sus necesidades específicas así como las diferencias en el perfil de salud.

En 2000, el Ministerio de Salud completó un Plan Estratégico Nacional de Servicios de Salud (2000–2004), que exige la integración de la estrategia de promoción de la salud en todos los niveles programáticos y esboza cinco direcciones estratégicas: gente sana, ambiente sano, utilización máxima de los recursos, servicios de buena calidad y planificación de la atención de salud. Los campos programáticos prioritarios son salud maternal e infantil, programas de salud de los adolescentes basados en la escuela, planificación familiar, salud del adulto mayor, prevención y control de las enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles, alimentación y nutrición, salud mental, prevención y control del abuso de sustancias, salud oral, servicios de rehabilitación, prevención y control de lesiones, servicios médicos de urgencia, preparativos para situaciones de desastre, servicios farmacéuticos, salud de los turistas y VIH/SIDA.

Para mejorar la calidad, la eficiencia y la eficacia de los servicios, el Gobierno invirtió en la infraestructura de salud tanto de Nueva Providencia como de las Islas Family y en recursos humanos. En reconocimiento de la necesidad de mayor participación social y colaboración intersectorial, el Ministerio de Salud también inició un proceso para entablar relaciones sostenibles con las organizaciones no gubernamentales y establecer una oficina encargada de estas organizaciones en el ámbito del Ministerio.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

La reorganización del sistema de salud amplió la función reguladora del Ministerio de Salud. La Administración de Hospitales Públicos, creada en 1999 y regida por una junta que responde al Ministro de Salud, se encarga de la gestión de la atención hospitalaria. El Ministerio de Salud, por intermedio del Departamento de Salud Pública, se sigue encargando de prestar y administrar los servicios de atención primaria de salud y de establecer y ejecutar programas de salud pública.

Una serie de comités técnicos asesores abordan las dificultades emanadas de esta reorganización para asegurar la integración programática y la continuidad de la atención. Se ha dado prioridad a la reorganización de la Unidad de Planificación y al fortalecimiento de los sistemas de información.

Legislación sobre salud

Como miembro del Órgano Regional de Enfermería y de Exámenes Médicos del Caribe, las Bahamas han participado activamente en el proceso de preparación de exámenes comunes para la matrícula regional de personal de enfermería y de médicos.

Grado de descentralización de los servicios de salud

La descentralización se ha logrado por medio de la creación de la Administración de Hospitales Públicos y el establecimiento de servicios de salud en varias de las Islas Family.

La participación privada en el sistema de salud

En materia de atención ambulatoria, los médicos en ejercicio en el sector privado tienen consultorios particulares y, en algunos casos, privilegios de internación de pacientes en el hospital privado. Hay un pabellón privado dentro del Hospital Princess Margaret, administrado por la Alianza de Médicos. En el plano programático, el sector privado participa en el Programa Nacional de Mamografía.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

El Gobierno de las Bahamas tiene la responsabilidad de asegurar el acceso universal a servicios esenciales de salud, independientemente de la capacidad de pagar. Además, varias compañías ofrecen seguro médico privado. Por ley, se exige que todos los trabajadores de los sectores público y privado participen en el Programa Nacional de Seguro, que ofrece prestaciones por enfermedad, discapacidad y muerte a sus contribuyentes, así como por jubilación, lesión ocupacional, maternidad y supervivencia.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

El Ministerio de Salud se encarga de regular y vigilar el sistema nacional de atención de la salud. En virtud de la Ley sobre Hospitales y Establecimientos de Atención de Salud promulgada en 1998, el Ministro de Salud está facultado para crear una junta de supervisión de la concesión de licencias a esas instituciones en nombre del Ministerio. La junta tiene autoridad para regular e inspeccionar los hospitales y establecimientos de atención de la salud de los sectores público y privado y para realizar investigaciones sobre asuntos referentes al manejo, diagnóstico y tratamiento de los pacientes. El Ministerio de Salud sigue asumiendo la responsabilidad de establecer patrones, normas y directrices de prestación de servicios de salud y atención al paciente. Hay protocolos de atención materna establecidos en los pabellones público y privado del Hospital Princess Margaret (hospital nacional), aunque la vigilancia y el cumplimiento de los protocolos son inadecuados.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

Por medio del Consejo Médico, el Consejo Odontológico y el Consejo de Enfermería, el Ministerio de Salud se encarga de reglamentar la práctica de los médicos, los odontólogos y el personal de enfermería. En virtud de la Ley sobre Profesiones de la Salud promulgada en 1998, el Ministerio regula también todas las demás profesiones de la salud.

Los mercados básicos en salud

La Ley sobre Farmacias regula la dispensación y el control de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, pero no el registro de medicamentos importados.

La calidad del ambiente

El Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental tiene el mandato de vigilar y asegurar la calidad del aire, el agua, el suelo y la vivienda, y de supervisar la seguridad de las sustancias peligrosas.

La vigilancia de la calidad del agua es realizada por el laboratorio del Departamento de Servicios Públicos de Análisis y el laboratorio de la Empresa de Abastecimiento de Agua y Alcantarillado. Se estableció una Comisión Conjunta sobre la Calidad del Agua para crear pautas y mecanismos de vigilancia de las plantas embotelladoras de agua.

Debido al vaciado indiscriminado de materiales, incluso de pilas, el Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental creó un plan integral de administración de desechos sólidos para establecer vertederos sanitarios en Nueva Providencia y las Islas Family.

La calidad de los alimentos

La calidad de los alimentos es reglamentada conjuntamente por los Ministerios de Agricultura y de Salud. El Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental tiene una inspección que vigila los establecimientos de comida y los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos. Se exige a todas las personas que manipulan alimentos que participen en un programa de capacitación y se sometan a un examen médico anual.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

Como enfoque estratégico identificado en el Plan Estratégico Nacional de Servicios de Salud, 2000–2004, las Bahamas han comenzado a integrar la promoción de la salud en la planificación y programación nacionales, como se indica por medio del trabajo realizado para establecer la Iniciativa de Escuelas Saludables.

Prevención y control de enfermedades

Se han establecido varios programas de prevención y control de enfermedades para abordar las enfermedades transmisibles, entre ellas el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, así como las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, la hipertensión y el cáncer (particularmente el de mama).

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

Se realizaron varios esfuerzos para fortalecer los sistemas de vigilancia, especialmente los de enfermedades transmisibles. Se

reconoció claramente que los sistemas de información y el proceso de adopción de decisiones basadas en pruebas eran campos prioritarios en el Plan Estratégico Nacional de Servicios de Salud.

Los laboratorios de salud pública están vinculados al Hospital Princess Margaret, el Hospital Rand Memorial y el Departamento de Servicios Públicos de Análisis. Varios establecimientos de la Gran Bahama también vigilan la calidad del agua y de los alimentos.

Agua potable y alcantarillado

La Empresa de Servicios Públicos de Gran Bahama presta servicios de abastecimiento de agua y alcantarillado a unos 8.300 clientes. En la Isla Paradise, la Empresa de Servicios Públicos y un gran número de pozos privados son los proveedores de agua. La Empresa de Abastecimiento de Agua y Alcantarillado supe de agua a Nueva Providencia y maneja 50 sistemas de distribución en 13 de las Islas Family. En estas últimas, unas 2.200 familias tienen pozos privados.

La Empresa de Abastecimiento de Agua y Alcantarillado es el principal proveedor de servicios de alcantarillado en Nueva Providencia y cubre aproximadamente a 16% de la población; el resto usa fosas sépticas. Las aguas servidas en las Islas Family se eliminan principalmente por medio de fosas sépticas y letrinas.

Los principales hoteles y centros turísticos tienen sus propios sistemas in situ de tratamiento y eliminación de aguas servidas.

Manejo de residuos sólidos municipales

El Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental de Nueva Providencia y la Administración Local de las Islas Family se encargan de prestar servicios municipales de recolección de desechos sólidos. El Departamento presta apoyo técnico a las Islas Family.

Prevención y control de la contaminación del aire

La prevención y el control de la contaminación del aire es una responsabilidad del Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental.

Protección y control de alimentos

La protección y el control de los alimentos también es una responsabilidad del Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental. El personal del Departamento asignado a los puertos vigila la calidad de los alimentos importados. Además, el Departamento tiene un servicio de inspección de alimentos que supervisa la calidad de los alimentos y colabora en la vigilancia de las enfermedades transmitidas por los mismos. Los inspectores de carne y otros alimentos en el matadero de Nueva Providencia examinan los animales destinados a la faena. Los funcionarios del Departamento asignados a las Islas Family realizan las tareas citadas y reciben apoyo de laboratorio del Departamento de Servicios Públicos de Análisis localizado en Nueva Providencia.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

Los servicios de atención de salud individual se prestan por medio de hospitales y dispensarios de la comunidad en los sectores público y privado.

Dos hospitales públicos —el Hospital Princess Margaret en Nueva Providencia y el Hospital Rand Memorial en Freeport— prestan servicios generales, especializados y de urgencia (niveles secundario y terciario). El Centro de Rehabilitación Sandilands, localizado en Nueva Providencia, ofrece atención psiquiátrica, mental, geriátrica y de rehabilitación a pacientes internados y ambulatorios. El Hospital de Médicos, el único establecimiento médico privado de Nueva Providencia, presta servicios generales, especializados y de urgencia.

Bajo la dirección del Departamento de Salud Pública, los establecimientos de atención primaria de salud (dispensarios de la comunidad) ofrecen servicios ambulatorios de atención curativa y preventiva y un limitado número de servicios de atención a pacientes internados en todas las Bahamas.

La Administración de Hospitales Públicos tiene a su cargo los Servicios Médicos de Urgencia. Estos tienen una flota de ambulancias, algunas de las cuales están equipadas para ofrecer técnicas avanzadas de mantenimiento de las constantes vitales. Aunque solo hay servicio de ambulancia en Nueva Providencia y Gran Bahama, se ha capacitado al personal de salud de las Islas Family para prestar apoyo en técnicas avanzadas de mantenimiento de la frecuencia cardíaca. Varios voluntarios de cada una de las Islas Family han recibido capacitación en técnicas básicas de mantenimiento de las constantes vitales y se clasifican como equipo de respuesta inicial.

La Asociación de Rescate Aéreo y Marítimo de las Bahamas es una organización voluntaria y sin fines de lucro que responde a situaciones de emergencia en el mar o en el aire.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

Se ofrecen algunos servicios de diagnóstico por medio del sistema público de salud, pero otros servicios son ofrecidos por el hospital privado. Los laboratorios realizan análisis microbiológicos y clínicos de distintos niveles. Hay algunos pequeños laboratorios privados con una capacidad limitada de diagnóstico.

Las Bahamas cuentan con tres bancos de sangre: uno en el Hospital Princess Margaret, otro en el Hospital Rand Memorial y otro en el sector privado. Toda la sangre para transfusión se somete a examen de detección del VIH, los virus de la hepatitis B y C y la sífilis.

Aunque con calidad variable, se ofrecen servicios de radiología en los sectores público y privado. A pesar de haberse identificado y abordado algunas deficiencias, la continua vigilancia de la calidad sigue siendo un desafío.

Servicios especializados

Se ofrecen servicios de rehabilitación en los hospitales y en la comunidad. En los hospitales se prestan servicios de rehabilitación en casos de accidente cerebrovascular y de accidentes de transporte, pero otros servicios son limitados. Los servicios de rehabilitación prestados en la comunidad han crecido y están bien establecidos en tres de las Islas Family más pobladas: Abaco, Eleuthera y Long Island. Estos programas han tenido éxito en la rehabilitación de muchas personas discapacitadas y han ayudado a los niños con discapacidades a integrarse al sistema escolar.

Se presta una variedad de servicios de salud oral en los hospitales y los dispensarios de la comunidad. El Servicio de la Facultad de Salud Dental, que funciona en 60 escuelas primarias, ofrece atención preventiva y servicios de restauración. Hay servicio odontológico permanente en Abaco, Andros, Eleuthera, Exuma y Gran Bahama, que presta atención preventiva y servicios de restauración; un servicio dotado de personal visitante presta atención en las demás islas.

Los servicios de salud escolar ofrecen exámenes de audición y visión, vigilancia del estado nutricional y envío de casos para tratamiento.

Los servicios de salud mental tienen su sede principal en el Hospital Sandilands, donde se ofrecen servicios a pacientes internados y a la comunidad. El Centro para las Crisis ofrece orientación y apoyo en casos de violencia doméstica, abuso de sustancias y otros problemas de salud mental. La cobertura de los servicios comunitarios de salud mental es limitada.

Se ofrecen servicios de salud reproductiva por medio de los dispensarios de la comunidad, los dispensarios de planificación familiar y el dispensario de salud de los adolescentes. Se ofrece atención materna en todas las Bahamas y la cobertura de atención prenatal aumentó en el período 1996–2000.

Insumos para la salud

No hay producción local de medicamentos, productos biológicos, reactivos o equipo. Los medicamentos y reactivos se importan por medio de un proceso de licitación en el sector público.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso

En 1996 había en el sector público 453 médicos por 10.000 habitantes y 667 enfermeras diplomadas.

Formación del personal de salud

El personal de salud recibe formación en instituciones nacionales y extranjeras. La Facultad de Enfermería forma toda clase de enfermeras en colaboración con el Colegio de las Bahamas. Casi toda la formación superior en enfermería se realiza en la Universidad de las Indias Occidentales. Todos los médicos se for-

man en el Caribe, América del Norte o el Reino Unido. En 1997, el Gobierno suscribió un acuerdo con la Universidad de las Indias Occidentales en virtud del cual se ofrece formación clínica a los estudiantes de medicina de la misma. La formación se ofrece por medio del Hospital Princess Margaret, el Centro de Rehabilitación Sandilands y los dispensarios comunitarios de salud. Esa Universidad también comenzó un programa de formación clínica en el Hospital Princess Margaret para estudiantes de medicina. Toda la capacitación en salud pública se realiza en la Universidad de las Indias Occidentales, en América del Norte o en el Reino Unido.

Educación continua del personal de salud

No hay ninguna política de desarrollo de recursos humanos en la que se aborde la educación continua. Las instituciones públicas y privadas ofrecen una variedad de cursos para atender las necesidades surgidas del proceso de reforma del sistema de salud. Los dos hospitales públicos tienen un programa de educación continua para médicos. Los órganos profesionales también organizan reuniones y conferencias que ofrecen oportunidades de educación continua. Se ha formulado una política sobre recursos humanos para la capacitación de médicos en el sector público, que se introducirá próximamente.

Mercado de trabajo

La emigración de personal de salud no es un problema en las Bahamas, país que atrae profesionales de salud de todo el mundo.

Investigación y tecnología en salud

La investigación en salud se reconoce como elemento esencial de los programas nacionales en las Bahamas. En el período 1996–2000, las Bahamas pusieron en práctica varios protocolos de investigación clínica y participaron en la Encuesta de Salud de los Adolescentes realizada en la Región del Caribe. En 1999 comenzó el estudio de Abbott, que examinó la eficacia de un nuevo inhibidor de la proteasa en los niños (ABT 378/r); en ese año también se realizó el estudio de nevirapina de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América (ACTG 316).

Gasto y financiamiento sectorial

En el ejercicio económico 1999–2000, se asignó a la salud un total de US\$ 132.492.992, monto que representó 14,8% del presupuesto nacional. El gasto per cápita en salud pública fue de US\$ 419,56 en el período 1999–2000 y estuvo destinado en su casi totalidad a servicios de atención hospitalaria. La proporción del presupuesto de salud asignado al Departamento de Salud Pública, que administra los programas nacionales de salud pública y los dispensarios de la comunidad, tuvo un leve aumento en el ejercicio económico del período en revisión.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

Los dos organismos que ofrecen cooperación técnica y financiamiento en el país son el BID y la OPS. El BID apoya el proyecto de fortalecimiento del sector salud, que tiene por fin mejorar la prestación y la calidad de los servicios de atención de salud así como desarrollar y fortalecer la capacidad administrativa e institucional del Ministerio de Salud y de la Administración de Hospitales Públicos. El BID también apoyó el proyecto de gestión de desechos sólidos y el proyecto de abastecimiento de agua de las Islas Family. El primer proyecto entraña la construcción de vertederos sanitarios en Nueva Providencia y 10 Islas Family y el fortalecimiento institucional del Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental. El segundo proyecto se destina a mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de saneamiento en las Islas Family. El BID también proporcionó fondos para el proyecto de educación sobre salud reproductiva de los adolescentes durante el período en revisión.

Durante este período, la OPS trabajó junto con el Ministerio de Salud y otros organismos del sector salud para mejorar los programas en campos prioritarios como los de planificación estratégica, sistemas de información y adopción de decisiones basadas en pruebas, promoción de la salud, salud de los adolescentes, salud reproductiva, enfermedades transmisibles, VIH/SIDA y salud mental.

El ONUSIDA trabajó por medio del Grupo Temático de las Bahamas y la Representación de la OPS/OMS en el uso de los fondos de la primera donación del ONUSIDA (1996–1997).

FIGURA 1. Estructura de la población (estimada) por edad y sexo, Bahamas, 2000.

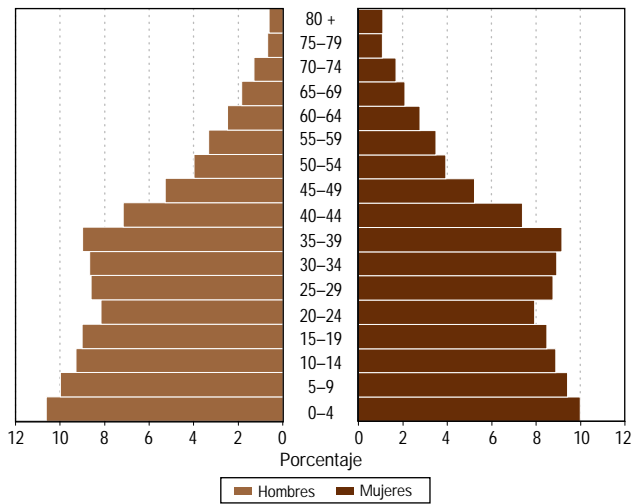


FIGURA 3. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año y en mujeres en edad fértil según vacuna, Bahamas, 2000.

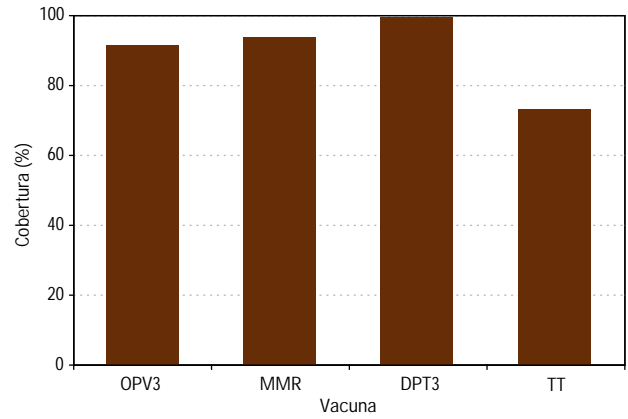


FIGURA 2. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Bahamas, 1996-2000.

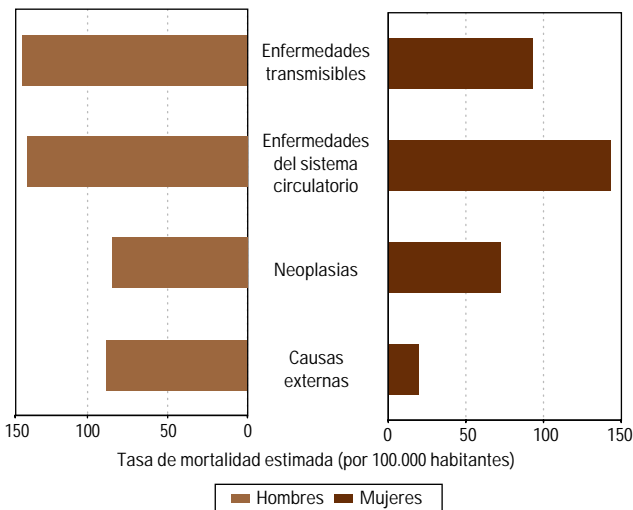
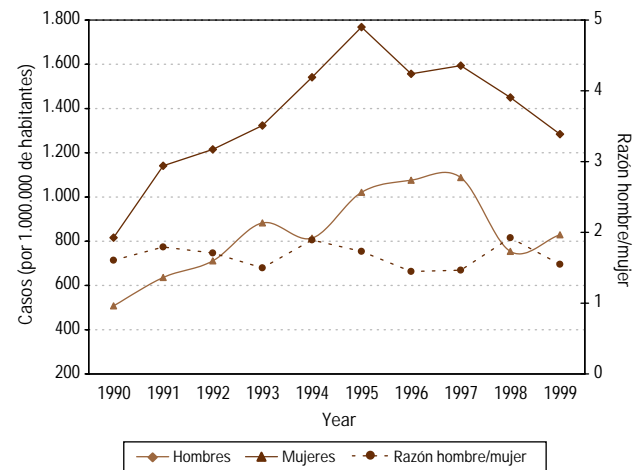


FIGURA 4. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Bahamas, 1990-1999.



BARBADOS

CONTEXTO GENERAL

Barbados, la isla más oriental del Caribe, está situada entre los 13.3 ° de latitud norte y 59 ° de longitud oeste; abarca una extensión terrestre de 430 km². La temperatura promedio es de 27 °C y las precipitaciones anuales ascienden a 1.524 mm; la estación de lluvias se extiende de junio a noviembre. Barbados se encuentra en una zona de huracanes, por lo que cada año se intensifica la vigilancia de junio a noviembre. No ocurrieron desastres naturales durante el período en revisión, aunque algunos distritos sufrieron inundaciones.

El país está dividido en 11 parroquias y su población asciende a 270.000 habitantes, según datos del año 2000. La parroquia Saint Michael, donde está situada la capital, Bridgetown, es la más densamente poblada, con un total de 97.516 habitantes (37,4% de la población total). La excelente red de carreteras del país conecta el aeropuerto, la capital Bridgetown, el puerto marino, las zonas industriales y las zonas turísticas a lo largo de las costas oeste y sur. Barbados también cuenta con un eficiente sistema de transporte público.

Barbados se rige por un sistema de gobierno democrático y cada cinco años se celebran elecciones parlamentarias. El Poder Legislativo lo ejerce el Parlamento, formado por la Cámara de Representantes compuesta por 28 miembros elegidos por el pueblo, un Senado de 21 miembros nombrados especialmente, y el Gobernador General, quien es el Jefe de Estado. La Constitución prevé un Consejo Privado (cuyos miembros son designados por el Gobernador General previa consulta con el Primer Ministro) y el Gabinete, que está formado por ministros, es el principal órgano político y está presidido por el Primer Ministro.

En 1999 Barbados experimentó su séptimo año consecutivo de crecimiento económico. El producto interno bruto (PIB) pasó de US\$ 1.400 millones en 1992 a US\$ 2.100 millones en 1999 (figura 1). Durante el período 1993–1999, la tasa promedio anual de crecimiento fue de 2,8%, que está de acuerdo con la meta de 3% fijada por el Gobierno como la tasa de crecimiento sostenible del país. El PIB per cápita aumentó de US\$ 5.650 en 1992 a US\$ 7.750 en 1999.

Los principales sectores contribuyentes a la economía fueron el turismo, las finanzas y los servicios empresariales, la industria manufacturera, la agricultura y la construcción. El turismo aportó aproximadamente US\$ 225,4 millones al PIB en 1997, US\$ 241,1 millones en 1998 y US\$ 232,2 en 1999. La mayoría de los turistas provenía del Canadá, el Reino Unido, los Estados Unidos y los países de la CARICOM. En 1999 hubo 517.870 visitantes de estadía larga y 432.854 arribos de pasajeros de cruceros turísticos.

Durante el período 1997–1999 el Gobierno logró mantener la estabilidad fiscal. Los gastos corrientes del Gobierno pasaron de US\$ 723,6 millones en el año fiscal 1997–1998 a US\$ 834,2 millones en 1999–2000. El gasto en capital durante este período también aumentó, pasando de US\$ 122,9 millones a US\$ 128,4 millones. Los ingresos corrientes del Gobierno aumentaron de 729,2 millones a US\$ 802,2 millones durante este período, resultando en un déficit fiscal general de aproximadamente 1,5% del PIB nominal, que está dentro de la meta anual del Gobierno de un déficit fiscal de 2,5% del PIB.

Desde los años cincuenta, varios gobiernos sucesivos habían preparado planes de desarrollo quinquenales para guiar el desarrollo económico, social y físico de Barbados. Sin embargo, en vista del ritmo acelerado de la globalización y de la liberalización del comercio mundial, el Gobierno actual está reformando los mecanismos para la planificación sectorial y nacional. El documento Estrategia Económica de Mediano Plazo de 1996 fue preparado como un plan renovable a finales de 1999, para ser sucedido por el Plan Estratégico Nacional 2000–2010.

La población estimada para mediados de 1999 era de 267.400 personas, de las cuales 48% eran hombres y 52% mujeres. Aproximadamente 21,8% de la población tenía menos de 15 años, mientras que 11,6% tenía más de 65. La tasa de natalidad era de 14,5 por 1.000, la más alta desde 1992, cuando fue de 15,6 por 1.000. La tasa bruta de natalidad en 1999 fue de 8,3 por 1.000. La esperanza de vida al nacer fue de 74,1 años para los hombres y de 79,1 años para las mujeres. En la figura 2 se presenta la estructura de la población de Barbados, por edad y sexo, en el año 2000.

La población mayor de 15 años a finales de diciembre de 1999 sumaba 201.800 personas. El total de la fuerza laboral ascendía a aproximadamente 135.500, 53% hombres y 47% mujeres; la tasa de participación en la fuerza laboral se calculaba en 73,3% para los hombres y 61,8% para las mujeres. A finales de 1999, la tasa de desempleo se mantuvo en 10,4% en comparación con 12,3% a finales de 1998. La población de Barbados se compone de aproximadamente 80% de negros, 4% de blancos y 16% de otros grupos étnicos.

La educación en Barbados es obligatoria para todos los niños hasta los 16 años. La tasa de alfabetización se calcula en 97,4%.

La información recabada por el Censo de Población y Vivienda de Barbados, realizado en 1990, reveló que había 75.170 familias, de las cuales 44% estaban encabezadas por mujeres; el tamaño promedio de la familia era de 3,5 personas. La información también mostró que 70.693 hogares (94%) tenían agua potable que llegaba por tuberías hasta la casa; el restante 6% tenía acceso fácil al abastecimiento de agua potable. Más de 75% de las familias tenían servicio telefónico y más de 90% tenían instalaciones de electricidad.

Mortalidad

Durante el período 1997–1999 la tasa de mortalidad bajó de 9,3 por 1.000 habitantes a 8,3. Las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad cardíaca, que ocupaban el segundo lugar entre las 10 causas principales de muerte en 1997 y 1998, pasaron al primer lugar, superando a la enfermedad cerebrovascular. La diabetes y la enfermedad isquémica del corazón permanecieron en tercero y cuarto lugar, respectivamente. Las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad cardíaca fueron las causas principales de mortalidad, a las que se atribuyen 885 defunciones, con una tasa de 110 defunciones por 100.000 habitantes en el período 1997–1999. Durante el mismo período, la enfermedad cerebrovascular ocasionó 745 muertes, con una tasa de 62 por 100.000, y las neoplasias malignas de los órganos digestivos (excepto las del estómago) causaron 298 defunciones, con una tasa de 37 por 100.000 habitantes.

La tasa de mortalidad infantil había bajado a 10,9 por 1.000 nacidos vivos en 1998, pero aumentó a 12,8 por 1.000 nacidos vivos en 1999. Este aumento tal vez guarde relación con el hecho de que un mayor número de embarazos de alto riesgo ahora llegan a término, y no terminan en abortos espontáneos como solía ocurrir en el pasado. La tasa de mortalidad neonatal fue de 8,5 por 1.000 nacidos vivos en 1999, 6,7 en 1998 y 7,1 en 1997. Las defunciones neonatales representaron 57% de todas las muertes de lactantes y 66% de todas las muertes de lactantes ocurrieron en niños de 1 a 6 días de nacidos. Las causas principales de muerte de niños menores de 5 años fueron las enfermedades originadas en el período perinatal, seguidas por las anomalías congénitas.

En 1999, las defunciones de niños en el grupo de edad de 5 a 14 años se debieron principalmente a cáncer, diabetes, asma y a enfermedades del sistema digestivo. Entre las principales causas de defunción en el grupo de 15 a 24 años de edad se encontraban los accidentes de transporte, la violencia y el VIH/SIDA, mientras que en el grupo de edad de 45 a 64 años, las enfermedades cardíacas, la diabetes, la enfermedad cerebrovascular, las neoplasias malignas y el VIH/SIDA fueron las causas principales de mortalidad.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

Hubo 3.516 nacidos vivos en 1998 y 3.836 en 1999; aproximadamente 11% de estos recién nacidos pesaron menos de 2.500 g. La desnutrición de los niños no es común; tampoco es frecuente como causa de ingreso en un hospital. Aproximadamente 75% de todos los recién nacidos reciben tratamiento en las policlínicas y el resto en el sector privado. No hubo defunciones de niños menores de 1 año debidas al VIH/SIDA en 1997 ni en 1998.

Entre 1997 y 1999, más de 90% de los niños entre 0 y 4 años recibieron las vacunas contra poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, parotiditis y rubéola. Según la política gubernamental, todos los niños deben ser vacunados antes de ingresar a la escuela primaria.

La salud de la población en edad escolar (5–14 años)

Hay 20.004 niños en este grupo de edad (7,5% de la población total), y el estado de salud del grupo es bueno. Los niños son vacunados contra la tuberculosis con la vacuna BCG a los 5 y más años de edad. En 1999, las defunciones en el grupo de 5 a 14 años de edad se debieron principalmente a cáncer, diabetes y enfermedades del sistema digestivo.

La salud de los adolescentes (15–24 años)

Las principales causas de enfermedad y muerte en este grupo de edad fueron accidentes de transporte, bronquitis crónica y enfisema no especificado, asma y VIH/SIDA. Entre otros problemas de salud se encontraban problemas de salud mental relacionados con depresión, abuso de sustancias, suicidio y violencia.

La información recabada por la Unidad de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico reveló que la marihuana y la cocaína seguían siendo las principales sustancias consumidas por los jóvenes menores de 20 años. Según el informe preliminar de 1999 de la Encuesta General de Barbados sobre los Jóvenes y el Tabaquismo, que se realizó en las escuelas, 36% de los estudiantes habían probado el cigarrillo, pero solamente 1% de ellos podían considerarse como fumadores diarios.

Los datos del Departamento de Estadísticas del Estado indican que el porcentaje de niños nacidos de madres adolescentes aumentó en 1997 y 1998, pero disminuyó en 1999. El Ministerio de Salud reconoce que deben fortalecerse los programas de salud de los adolescentes.

La salud de la población adulta (25–64 años)

Los accidentes de vehículos de motor, la violencia y otras lesiones son las causas principales de enfermedad y muerte entre las personas de 25 a 44 años. En el grupo de edad de 45 a 64 años, la enfermedad cardíaca, la diabetes, la enfermedad cerebrovascular, las neoplasias malignas y el VIH/SIDA fueron las causas principales de mortalidad. Las enfermedades crónicas no transmisibles han aumentado entre las personas de 45 y más años.

Los datos de la Asociación de Planificación de la Familia de Barbados indican que para el período 1998–1999, los principales métodos de control de la natalidad utilizados fueron los condones y los anticonceptivos orales. En 1997–1999, la tasa de fertilidad de las mujeres en el grupo de 15 a 44 años de edad disminuyó. En 1997 se notificaron dos muertes maternas; en 1998 y 1999 no se notificó ninguna.

La salud del adulto mayor (65 y más años)

En 1999 había 30.781 personas mayores de 65 años (11,6% del total de la población); 40% eran hombres y 60% eran mujeres. Aproximadamente 5,9% tenían 75 y más años. En 1999 había 25 personas centenarias, y la mayor de ellas tenía 107 años.

Las principales causas de defunción en este grupo de edad fueron las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad cardíaca, enfermedad cerebrovascular, diabetes mellitus, infarto agudo del miocardio y pulmonía. Las razones más comunes para acudir a una consulta médica estaban relacionadas con la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, infecciones del tracto respiratorio, osteoartritis, diabetes mellitus, neoplasias malignas y afecciones de la piel.

La mayoría de los adultos mayores viven solos o con parientes; aproximadamente 3,5% de ellos viven en instituciones. El Fondo del Seguro Nacional, administrado por el Gobierno, da una pensión a las personas que contribuyeron al fondo mientras estaban empleados; todas las otras personas mayores de 65 años reciben una pensión fija de vejez. Las pensiones son la única fuente de ingresos para muchos adultos de 65 y más años.

La salud de la familia

En vista de que muchas mujeres son madres solteras y encabezan la familia, el impacto del ambiente de trabajo sobre la salud de las mujeres y sobre la vida familiar tiene que ser estudiado más a fondo. Se está alentando a los encargados de la toma de decisiones de los sectores público y privado a considerar las cuestiones de género al formular las políticas y desarrollar los proyectos.

La salud de los trabajadores

Las estadísticas del Departamento del Seguro Nacional muestran que el número de reclamos recibidos por enfermedad y por lesiones aumentó de 57.768 por enfermedad y 7.347 por lesiones en 1997, a 66.193 y 7.616, respectivamente, en 1999. Los sindicatos han venido abogando por la seguridad y la salud en el lugar de trabajo, a medida que aumenta el número de casos de enfermedades relacionadas con el estrés, como por ejemplo, el síndrome del túnel del carpo.

La salud de los discapacitados

Alrededor de 1999 había 2.197 niños discapacitados inscritos en el Centro de Desarrollo del Niño. Entre los que tenían entre 1 y 12 años de edad, la mayoría sufría de retardo mental. Los programas de educación pública han logrado una mayor aceptación de las personas con discapacidades. Las personas con discapacidades se han inscrito en un registro a nivel nacional, y los derechos y responsabilidades de las personas discapacitadas se han promovido en los medios de comunicación tanto impresos como electrónicos. Para facilitar la integración de las personas con discapacidades físicas o mentales a la vida de la comunidad, las cuestiones relacionadas con el estacionamiento, los asientos en el transporte público, la movilidad en las calles de la ciudad, acceso a los edificios y mayores oportunidades de educación y empleo han recibido el apoyo de las organizaciones no gubernamentales, los sindicatos y las entidades gubernamentales.

Por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmitidas por vectores

El dengue sigue siendo endémico: hubo 511 casos confirmados y 5 defunciones en 1997; 237 casos y 6 defunciones en 1998; 696 casos con 4 defunciones en 1999, y 909 casos y 4 defunciones en 2000. Los serotipos 1, 2 y 4 ya circulaban en Barbados antes de 1998; en 1999 se introdujo el serotipo 3. El Gobierno ha llevado a la práctica una estrategia de tres componentes para controlar el brote y evitar la pérdida de vidas: erradicar el mosquito *Aedes aegypti*, el vector de la enfermedad; realizar programas de educación comunitaria, y mejorar el manejo de casos.

Enfermedades prevenibles por vacunación

En 1998, el Consejo para el Desarrollo Humano y Social de la CARICOM acordó que la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, su devastadora complicación, deben ser erradicados del Caribe a finales de 2000. Con esta finalidad, el Ministerio de Salud inició una campaña para vacunar a todos los hombres y las mujeres de 21 a 35 años (aproximadamente 64.000 personas). Las mujeres que se encontraban en el período posnatal fueron las primeras en ser vacunadas; las enfermeras vacunaron al resto de

la población en el lugar de trabajo. En diciembre de 2000, 51% de la población objetivo había sido vacunada.

Barbados ha permanecido libre de poliomielitis desde 1994. Sin embargo, desde 1999 se aumentó la vigilancia con una cobertura de refuerzo para los niños mayores de 4 años. No se notificó ningún caso de difteria ni de tos ferina en el período en revisión. Desde 1994 no se han notificado casos de tétanos.

Una alta proporción de niños menores de 5 años están vacunados contra difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis, sarampión, parotiditis, rubéola y tuberculosis. La meta general para la inmunización siguió siendo una cobertura de 100%, tal como lo estipula la Carta Mundial sobre Inmunización. En el año 2000, Barbados había logrado 97% de cobertura con la DPT, 96% de cobertura con la vacuna contra la poliomielitis y 92% con la MMR (figura 3).

Enfermedades infecciosas intestinales

No se notificaron casos de cólera. Desde la amenaza de cólera ocurrida en las Américas en 1993, el Gobierno introdujo un programa de vigilancia semanal del abastecimiento de agua. No se notificaron casos de anquilostomiasis ni de trichuriasis.

Enfermedades crónicas transmisibles

No se han notificado casos de meningitis tuberculosa por más de 10 años, ni de tuberculosis pulmonar en niños menores de 15 años de edad. La tasa de incidencia de tuberculosis varió de 8 por 100.000 habitantes en 1995 a 1 por 100.000 habitantes en 1999.

Infecciones respiratorias agudas

En 1997 se trataron 11.588 episodios de asma en el Departamento de Urgencias del Hospital Queen Elizabeth; el número bajó a 9.301 en 1998, pero aumentó una vez más a 11.447 en 1999. En ese último año, la incidencia de bronconeumonía en los niños menores de 5 años fue de 96,3 por 100.000 habitantes. El asma fue una causa importante de morbilidad entre los niños, y la mayoría de los episodios de asma ocurrieron durante la estación de lluvias en todos los grupos de edad. Las admisiones a los hospitales debidas al asma aumentaron en 3% a lo largo del período en revisión. El Ministerio de Salud fortaleció el manejo de casos de asma al dar adiestramiento a los trabajadores de salud del departamento de urgencia y clínica de tórax del Hospital Queen Elizabeth, así como para las enfermeras de las policlínicas. Además, se ejecutó un proyecto piloto en las escuelas para adiestrar a los niños con asma en cómo manejar ellos mismos la enfermedad.

Zoonosis

No hay rabia en el país. La leptospirosis fue la única zoonosis notificada entre 1997 y 1999; el número de casos disminuyó con respecto al período anterior, pasando de 34 casos y 8 defunciones en 1995 a 23 casos y 4 defunciones en 1996, 6 casos y ninguna defunción en 1998 y 6 casos y 1 defunción en 1999.

VIH/SIDA

La prevalencia del VIH/SIDA en la población adulta se calcula en 2%. De los casos notificados de VIH/SIDA, 89% se encontraban en el grupo de personas sexualmente activas de 15 a 49 años de edad.

Hasta el año 2000, un total acumulado de 2.525 personas habían dado resultados positivos a la prueba del VIH. De estas, se habían notificado 1.242 casos de SIDA y 1.025 defunciones. Durante el período 1997–2000 hubo 590 nuevos casos de VIH/SIDA y 388 defunciones. El contacto heterosexual fue el principal modo de transmisión. La razón hombre/mujer para casos de VIH/SIDA fue de 2,9:1 en 1990–1995 y de 2,5:1 en 1996–1998. Como resultado de la política adoptada en 1995, que consiste en tratar con AZT a las embarazadas VIH positivas, la transmisión del VIH a los lactantes hijos de madres positivas al VIH se redujo 83%. En la figura 4 se presenta la incidencia de SIDA por sexo y la razón hombre/mujer para el período 1990–1998.

Infecciones de transmisión sexual

El número de primeras consultas por sífilis y gonorrea disminuyó de 7.715 en 1997 a 6.878 en 1999. Las infecciones de transmisión sexual no son de notificación obligatoria por ley. Todas las embarazadas que asisten a los consultorios de atención prenatal reciben asesoramiento y se les practican pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La vigilancia y el monitoreo del estado nutricional de los niños menores de 5 años es parte del programa de salud maternoinfantil de las policlínicas. La malnutrición proteinoenergética en los niños menores de 5 años no plantea un problema grave en Barbados. Sin embargo, la prevalencia de la obesidad en la población de Barbados ha aumentado; esto se debe principalmente a la adopción de un régimen de alimentación rico en grasas y a los modos de vida sedentarios. Los datos revelan que 58% de las mujeres y 29% de los hombres tienen sobrepeso, mientras que 30% de las mujeres de Barbados son obesas. Se calcula que a los 40 años, 40% de los habitantes sufrían de hipertensión y 18% tenían diabetes. El tratamiento para la diabetes, especialmente en el grupo de edad de 65 y más años, siguió siendo motivo de preocupación, particularmente la amputación de los miembros inferiores.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardíacas y las cerebrovasculares se encuentran entre las principales causas de enfermedad y muerte en los adultos. Las altas hospitalarias por accidente cerebrovascular bajaron de 296 en 1997 a 245 en 2000. Estos casos ocurrieron en personas de 65 y más años.

Neoplasias malignas

Los cánceres de mama y del cuello del útero se encontraban entre los más frecuentes en las mujeres, mientras que el cáncer de

próstata fue el principal en los hombres. Sobre la base de las referencias del departamento de radiología del Hospital Queen Elizabeth, entre 1994 y 1998 hubo un promedio anual de 71 casos nuevos de cáncer de mama, 33 casos nuevos de cáncer del cuello del útero y 28 casos nuevos de cáncer de próstata. El tamizaje para el cáncer del cuello del útero se ofrece a las mujeres en edad de procrear como parte del programa de salud de la familia existente en las policlínicas. Sin embargo, a las mujeres mayores de 45 años no se les hace regularmente una prueba de Papanicolaou. El Gobierno realizó una encuesta para evaluar los conocimientos y las actitudes de las mujeres en relación con el tamizaje para el cáncer del cuello del útero, como una forma de poner en práctica mejores estrategias de intervención. La Sociedad del Cáncer de Barbados está trabajando en un proyecto de tamizaje de cáncer de mama para promover la detección temprana y reducir la muerte prematura debida al cáncer de mama.

Salud oral

Una encuesta nacional sobre salud oral de los niños indicó que los esfuerzos conjuntos de los sectores público y privado de atención dental no bastaron para satisfacer las necesidades y la demanda de servicios. El Servicio de Salud Dental ofrece prevención temprana de la enfermedad, y detección e intervención para todos los niños en edad escolar hasta los 18 años de edad. En promedio, cada año se hacen más de 21.000 visitas a los consultorios dentales del sector público, en muchos de los cuales se utilizan materiales que liberan flúor. Se realizan pocas intervenciones de cirugía maxilofacial.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La misión del Ministerio de Salud consiste en ofrecer el liderazgo y el entorno que promuevan el bienestar total de cada ciudadano, mediante servicios bien reglamentados y sostenibles financieramente. Estos servicios deberán ser de fácil acceso para todos y prestados de manera equitativa por personal de salud capacitado y sumamente motivado que trabaje en colaboración con todos los sectores de la comunidad.

El enfoque de atención primaria de salud sigue siendo parte integral del sistema de prestación de asistencia sanitaria. La educación y la promoción en materia de salud siguen siendo elementos clave de la estrategia de atención de salud del país. La importancia de la salud y la seguridad ocupacionales se ha puesto de relieve por una iniciativa conjunta emprendida por la Confederación de Patronos de Barbados, el Gobierno y los sindicatos. La iniciativa busca promover la salud de los trabajadores mediante el reconocimiento de la importancia de los lugares de trabajo saludables, gracias al adiestramiento de los patronos y los trabajadores acerca de cómo mantener la seguridad y la salud y mejorar la calidad del aire, reducir la contaminación causada por

el ruido y promover modos de vida saludables. Se ha asignado particular importancia al desarrollo de programas en el lugar de trabajo para la toma de conciencia sobre el SIDA y las drogas. En 1999 el Gobierno introdujo un programa nacional de asistencia a los funcionarios públicos y sus familias, destinado a asesorar y remitir a los beneficiarios a los organismos adecuados del sector social.

En el año 2000 se dio a conocer un documento denominado *Green Paper* que esbozaba una política para las personas con discapacidades; la política propuesta alienta a los ciudadanos a reconocer los derechos y las responsabilidades de las personas con discapacidades.

La política gubernamental es la de suministrar medicamentos esenciales sin costo alguno a los pacientes tratados en los establecimientos del Gobierno. Los medicamentos que figuran en el formulario de medicamentos de Barbados se entregan en forma gratuita, en las farmacias que participan en el plan, a los niños menores de 16 años, a las personas que tienen alguna enfermedad crónica no transmisible y a las personas de 65 y más años de edad.

Es política del Gobierno dar atención prenatal a las madres desde la decimosegunda semana de embarazo. Los servicios de salud para los adolescentes se prestan en las ocho policlínicas situadas en toda la isla. Estos servicios procuran mejorar la vida familiar y reducir los embarazos de adolescentes así como el maltrato de los niños en este grupo de edad.

El país ha contraído el compromiso de velar por que todos los ciudadanos tengan acceso al agua potable, al saneamiento adecuado y a un entorno libre de riesgos para la salud. Mediante las disposiciones de la Ley de Servicios de Salud, el Ministerio reglamenta y vigila los nuevos proyectos de desarrollo y otras actividades comerciales e industriales, específicamente con respecto a su impacto sobre la calidad del agua potable, la calidad del agua cercana a las playas, el tratamiento de los desechos líquidos y sólidos, el tratamiento de los desechos peligrosos, la contaminación producida por el ruido y la calidad de la atmósfera. El Gobierno también ha puesto en práctica un programa de control de los drenajes que abarca la limpieza de los pozos y los drenajes y la construcción de represas en las alcantarillas para reducir las inundaciones en las zonas muy bajas. Todos los años, la Organización Central de Socorro en Caso de Emergencia realiza ejercicios de preparativos en caso de huracán para preparar al país en caso de desastres y para mitigar el impacto de los huracanes o de cualquier otro desastre natural.

La reforma del sector salud

Durante los años noventa, el Gobierno reconoció que la reforma del sector salud era fundamental para mejorar la calidad de la atención, aumentar la equidad, mejorar la eficiencia y la eficacia, y asegurar la sostenibilidad financiera del sector salud a largo plazo. Para abordar algunas de las áreas más críticas del

sector se han emprendido varias iniciativas, entre ellas reformas a la atención de salud mental, mejoras continuas a la calidad y a la acreditación, atención de los adultos mayores, atención de las personas con discapacidades y reforma del hospital Queen Elizabeth.

El sistema actual de atención de salud mental se basa en la atención institucionalizada. El Gobierno ha preparado una estrategia para cambiar los servicios de salud mental y convertirlos en un modelo de atención basado en la comunidad que promueve la salud mental y establece vínculos con proveedores del sector privado para prestar servicios de tratamiento y rehabilitación.

Actualmente está en marcha una iniciativa para formular una política acerca de la mejora continua de la calidad y la acreditación de las instituciones de atención de salud. Durante el año 2000, el Gobierno aprobó una política según la cual los proveedores del sector privado darán atención de largo plazo a los adultos mayores que se encontraban en una lista de espera. Esta iniciativa forma parte de una política para aumentar la equidad y mejorar el acceso de los adultos mayores a los servicios de salud y a otros servicios sociales.

En 1998 se creó una Comisión Asesora de Investigación para analizar todos los aspectos del Hospital Queen Elizabeth, a fin de preparar una carta para su gestión eficaz; esta comisión recomendará medidas para que la atención de salud se preste de una manera más eficiente y eficaz en función de los costos, lo que incluye aumentar la función del hospital como hospital docente.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El Ministerio de Salud tiene un doble papel: es el principal proveedor de atención de salud y también funciona como el ente regulador del sector salud. Está encabezado por un ministro que tiene la responsabilidad general de la formulación de políticas y de la dirección política. La toma de decisiones es un proceso centralizado. El Secretario Permanente, en su calidad de director administrativo, funciona como ejecutivo principal y funcionario contable, y es responsable ante el Ministro del funcionamiento adecuado del Ministerio. El Funcionario Médico Principal es responsable de todos los aspectos técnicos y profesionales de los servicios de salud.

El Hospital Queen Elizabeth ha sido durante más de 30 años el principal proveedor de atención hospitalaria para casos agudos, secundaria y terciaria y es el principal destinatario del presupuesto del Ministerio. En 1999 tenía 501 camas, lo que representaba más de 90% de las camas para atención de casos agudos. La Facultad de Medicina e Investigación Clínicas de la Universidad de las Indias Occidentales funciona en el hospital, y utiliza sus instalaciones para investigación y docencia. Además, una red de cinco hospitales de distrito presta atención de largo plazo para las

personas mayores, y también hay un hospital de salud mental y una casa de transición, un establecimiento de atención de largo plazo, un centro de rehabilitación para las personas con trastornos físicos y mentales y una residencia para personas sin hogar enfermas de SIDA. Ocho policlínicas ubicadas estratégicamente para que sean de fácil acceso a las poblaciones dentro de su zona de atención prestan servicios a la comunidad. Todas las policlínicas cuentan con el equipo necesario para la prestación de atención de salud de calidad. Los servicios de atención de salud en los establecimientos gubernamentales son gratuitos en el lugar donde se prestan.

También hay un sector privado de atención de salud que no deja de ampliarse y que está buscando nuevos mercados. El sector privado de atención de salud está formado por más de 100 médicos generales y consultores que trabajan de manera individual o en grupos. Los proveedores de servicios de laboratorio radiológico y de diagnóstico complementan el trabajo de estos médicos. El hospital privado Bayview cuenta con 30 camas para atención de casos agudos y 37 hogares para ancianos y residencias para adultos mayores ofrecen atención de largo plazo. Hay un sistema de envío de pacientes entre los dispensarios, los hospitales, el sector privado y otros servicios de apoyo.

Los servicios de salud pública abarcan la salud de la familia (que incluye salud maternoinfantil), salud de los adolescentes, salud mental de la comunidad, salud oral, nutrición, medicina general y servicios de salud ambiental tales como higiene de los alimentos y control de mosquitos y roedores. La División de Ingeniería Ambiental es responsable del control de las construcciones y de vigilar la calidad del aire y del agua. El Organismo de Servicios de Saneamiento es responsable de la recolección de la basura, de la administración de los rellenos sanitarios, del mantenimiento de los cementerios y de la limpieza de las calles de la ciudad. El Servicio de Medicamentos de Barbados, un Centro Colaborador de la OMS, administra el suministro de medicamentos esenciales en el país, y asegura que la población reciba medicamentos a precios asequibles y de buena calidad.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

Las compañías de seguros comercializan paquetes de seguro de salud especialmente a las cooperativas de crédito, los sindicatos y las organizaciones grandes. Por regla general, las pólizas de seguro son planes básicos de indemnizaciones, que reembolsan al beneficiario una cantidad basada en un porcentaje fijo por cada servicio. Se calcula que en 1995 y 1996, entre 18% y 20% de la población contaba con seguros de salud privados.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

La Ley de Servicios de Salud de 1969 define las responsabilidades del Ministro de Salud para la regulación integral de todos

los asuntos de salud pública. Los funcionarios de salud ambiental y la División de Ingeniería Ambiental son responsables de las funciones reglamentarias para salvaguardar la calidad y la inocuidad de los alimentos, del agua potable, de la calidad del aire, del manejo de los desechos sólidos y líquidos, del control de vectores y del manejo de los desechos peligrosos. Las enfermeras de salud pública, en colaboración con los funcionarios de salud ambiental, mantienen la vigilancia en los puertos aéreos y marinos para las enfermedades que figuran en el Reglamento Sanitario Internacional; además, investigan los casos de las enfermedades que deben notificarse.

El Servicio de Medicamentos de Barbados fue creado en 1980 y se rige por la Ley del Servicio de Medicamentos y las Reglas Financieras de 1980 (Servicio de Medicamentos). Su mandato consiste en proporcionar medicamentos esenciales a la población de Barbados a un costo razonable. La inocuidad de los medicamentos y su eficacia, así como el funcionamiento de las farmacias y de las plantas de fabricación de medicamentos son responsabilidad de los inspectores de medicamentos que hacen cumplir la normas de control de medicamentos. El Servicio de Medicamentos de Barbados también colabora con el Departamento de Policía en asuntos de fiscalización de medicamentos y narcóticos.

En 1999 se introdujo una nueva legislación para controlar y supervisar las operaciones de los hospitales privados, los hogares para ancianos y las residencias de las personas mayores. La ley estipula una inspección por un equipo multidisciplinario que incluye una enfermera de salud pública, un funcionario de salud ambiental, un inspector de medicamentos y un nutricionista, con la posibilidad de agregar otros profesionales, si fuese necesario.

El ejercicio profesional de los médicos, enfermeras, farmacéuticos, dentistas y paramédicos está controlado por los consejos médico, de enfermería, dental, de farmacia y paramédico, respectivamente. En 1997, la Ley de las Profesiones Paramédicas fue modificada para incluir otras esferas profesionales tales como dietética y nutrición, osteopatía, tecnología cardíaca, terapia del lenguaje, asesoría y psicología educativa, acupuntura, reflexología y tecnología de medicina nuclear.

En 1999 el Gobierno introdujo en el Parlamento una ley destinada a fortalecer el control de los alimentos importados a Barbados. En vista de la globalización y de las normas de la Organización Mundial del Comercio, es necesario elaborar nuevos protocolos para la protección de los alimentos. El Gobierno y los interesados directos han revisado la legislación sobre alimentos para responder a las nuevas y futuras tendencias en la industria de los alimentos.

Existe la necesidad de una revisión y modificación integral de varios elementos de la legislación sanitaria para reflejar las actividades y las tecnologías actuales. Entre las leyes que deben modificarse y enmendarse se encuentra la Ley de Registro Dental, la reglamentación para los practicantes de la medicina alternativa y

complementaria y para la higiene de los alimentos y los restaurantes, y la Ley de Salud Mental.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

De conformidad con la Carta del Caribe sobre Promoción de la Salud, el Ministerio de Salud procura la promoción de la salud y el bienestar de todos los ciudadanos de Barbados. En 1997, la Consulta Nacional sobre Promoción de la Salud agrupó a los organismos gubernamentales, los medios de comunicación, los sindicatos, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, iglesias y empresas para dialogar sobre enfoques adecuados destinados a crear aptitudes para la vida personal, estimular la participación comunitaria y forjar alianzas para la cooperación en salud. Los medios de comunicación han desempeñado una función activa en la promoción de la salud mediante la publicación regular de artículos sobre temas pertinentes. También colaboran con el Gobierno, las empresas y las organizaciones no gubernamentales para promover modos de vida saludables por medio de ferias, caminatas y otros eventos.

En 1998 se sometió a prueba un proyecto piloto para fortalecer la participación de la comunidad en la reducción de la incidencia del dengue en una zona cercana a una policlínica. El proyecto suponía la capacitación de representantes de la comunidad en el concepto de comunidades saludables y, además, la ayuda para limpiar y embellecer su comunidad. Una evaluación demostró que después del proyecto hubo menos vertido ilegal de basura, menos mosquitos y roedores, y un mayor sentido de orgullo y toma de conciencia del entorno físico por parte de los residentes. Ahora el Gobierno ha planificado introducir el proyecto a otras comunidades en toda la isla.

La introducción de la educación a la vida familiar y la salud en los programas de las escuelas primarias y secundarias ha sido un logro importante para crear actitudes, destrezas y hábitos positivos entre los estudiantes. El resumen del curso que se está sometiendo a prueba en las escuelas incluye módulos sobre VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, abuso de sustancias, higiene personal, salud ambiental y nutrición.

Los adultos mayores tienen acceso a la atención primaria, que está disponible en la policlínica, y a la atención de casos agudos y secundaria en el Hospital Queen Elizabeth y el Hospital Psiquiátrico. Cinco hospitales geriátricos y de distrito prestan atención de largo plazo para las personas ancianas que tienen enfermedades crónicas y están discapacitadas. Estas instituciones tienen una capacidad combinada de 768 camas. Además, 37 hogares y residencias privadas para ancianos contribuyen a la atención institucionalizada para unos 530 adultos mayores.

Durante los años noventa la demanda de atención de largo plazo superó la disponibilidad de camas en los hospitales geriá-

tricos y de distrito. En consecuencia, cada vez había un número mayor de personas ancianas que ocupaban camas de atención de casos agudos en el Hospital Queen Elizabeth; en 1999 el Gobierno introdujo una ley para consolidar la administración y la atención prestada a las personas ancianas en los hogares para adultos mayores. Con este propósito se creó una alianza del sector público y el privado en el año 2000. Para cumplir con el mandato de la Declaración de las Naciones Unidas que estipulaba que 1999 sería el año internacional de los adultos mayores, el Gobierno creó un comité nacional, con representación de interesados directos pertinentes, para mantener la atención del país centrada en diversas cuestiones relacionadas con el envejecimiento.

Vigilancia epidemiológica

La vigilancia de las enfermedades transmisibles compete a un equipo encabezado por el epidemiólogo nacional e integrado por funcionarios de salud ambiental y enfermeras de salud pública que trabajan en colaboración con laboratorios privados y de salud pública y el laboratorio de leptospirosis. Barbados tiene el único laboratorio de leptospirosis en la subregión y realiza análisis de diagnóstico para otros países y territorios del Caribe. Los médicos están obligados por la ley a notificar al Ministerio de Salud todos los casos de enfermedades transmisibles incluidas en la lista reglamentaria de los servicios de salud. Durante los años noventa se cumplió con la vigilancia activa para el dengue, las enfermedades diarreicas, el sarampión y el exantema febril agudo.

Agua potable y alcantarillado

La Dirección de Abastecimiento de Agua de Barbados abastece de agua potable a los hogares en todo el país. Aproximadamente 98,7% de ellos están conectados al sistema de abastecimiento de agua y el resto tiene acceso fácil al agua potable. El Organismo de Abastecimiento de Agua utiliza pozos de agua profunda y la desalinización del agua salobre. La demanda diaria de agua se calcula entre 32 y 36 millones de galones; la planta de desalinización aporta entre 10% y 12% de esta cantidad.

El Gobierno reconoce la importancia de conservar el ecosistema del país mediante el mejoramiento del alcantarillado en Bridgetown y a lo largo de las zonas densamente pobladas de las costas sur y oeste. Bridgetown ya está conectada a un sistema de alcantarillado y la construcción del sistema de alcantarillado en la costa sur del país está casi terminada.

Manejo de residuos sólidos municipales

Los servicios de recolección de residuos se prestan dos veces por semana en los distritos densamente poblados, una vez por semana en las zonas rurales y diariamente en Bridgetown y sus alrededores. Se calcula que en el relleno sanitario se eliminan diariamente entre 500 y 600 toneladas de basura. El Ministerio ha asignado prioridad al manejo de los desechos sólidos con miras a reducir la cantidad de basura en las corrientes de desechos, y

para resolver el problema del vertido ilegal de basura. Por medio del programa de manejo integrado de los desechos sólidos, que es un proyecto financiado por el BID, se construirán una instalación para preparar compost y una para almacenamiento de desechos químicos.

Protección y control de alimentos

Se realiza permanentemente la vigilancia de los establecimientos de servicios de ventas de comida a domicilio que han recibido una autorización de acuerdo con la Ley de Servicios de Salud. Para los vendedores ambulantes que venden comida en ferias y festivales se aprueban permisos temporales de restaurante. Cada año el Ministerio de Salud da capacitación al personal que trabaja en la industria de servicios de alimentos y para las grandes empresas de servicios de alimentos. El Ministerio de Salud sigue colaborando con el Ministerio de Agricultura y el sector privado en un esfuerzo para controlar la población de roedores que ocasiona pérdidas económicas debidas al deterioro de los productos alimentarios y contribuye al problema de la leptospirosis.

Programas de ayuda alimentaria

El programa de comedores escolares destinado a los estudiantes de la escuela primaria recibe subsidios considerables para hacer que la mayoría de los niños tengan comidas diarias asequibles. La Junta de Bienestar, la Sociedad de la Cruz Roja de Barbados, organizaciones religiosas y otras organizaciones no gubernamentales dan ayuda alimentaria a los necesitados. En el sector público, el Consejo Nacional de Asistencia asigna personas que ayudan a preparar la comida en el hogar y que cuidan a los ancianos que viven solos. El Comité Nacional Asesor sobre el SIDA colabora en el manejo de un banco de alimentos que recibe alimentos donados por el público y los entrega a personas con VIH/SIDA.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

Los servicios ambulatorios se prestan tanto en el sector público como en el privado. En 1999 se atendieron 3.998 casos quirúrgicos en el Hospital Queen Elizabeth. Las personas atendidas en forma ambulatoria en el hospital debido a las principales enfermedades crónicas —diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, afecciones oftalmológicas y nefrológicas— sumaron 110.194. Un estudio económico del sector salud de Barbados realizado en 1996 concluyó que el sector privado suministraba 55% de todas las consultas de atención ambulatoria para los servicios de atención primaria y especializada; el sector privado atendió 87% de los casos ambulatorios de servicios dentales. Estos servicios son financiados por los usuarios, ya sea como gasto de bolsillo o por medio de un seguro de salud privado.

Las policlínicas también proveen gran parte de la atención ambulatoria, lo que incluye servicios de atención materno-infantil, servicios dentales y consultas médicas generales. Para reducir el número de casos no urgentes que se presentan en el departamento de accidentes y urgencia, así como las horas de espera para la atención médica, en 1999 el Gobierno introdujo un sistema de atención acelerada en la policlínica cercana al Hospital Queen Elizabeth. Ese año se atendió a 7.345 pacientes por medio del sistema, de los cuales 65% llegaron sin cita previa y 35% fueron enviadas por el departamento de accidente y urgencia.

Servicios especializados

Existe un sistema de envío entre las instituciones del sector público y los médicos privados que prestan servicios especializados de atención de salud. Estos servicios los paga cada persona individualmente e incluyen ultrasonido y mamografía, angioplastia, imagenología por resonancia magnética, diálisis renal y servicios de laboratorio. Otro modelo de atención para los adultos mayores en Barbados es el que les permite llevar una vida independiente; durante más de 10 años este servicio lo ha prestado la rama local de Soroptomist International.

En un intento por invertir las tendencias actuales de la epidemia de VIH/SIDA, el Gobierno llevó a la práctica una intensa labor ampliada con un enfoque multisectorial que incluye al Ministerio de Salud y a otros ministerios, a organizaciones religiosas, a la sociedad civil y a personas con VIH/SIDA. Reconociendo el impacto socioeconómico que la enfermedad puede tener sobre la población, el Gobierno estableció el VIH/SIDA como una prioridad nacional.

El programa nacional de VIH/SIDA tiene un énfasis estratégico y funciona dentro del contexto del Plan de Acción Estratégico Regional del Caribe establecido en julio de 2000. Este plan identifica áreas prioritarias que pueden ser abordadas colectivamente a nivel regional para beneficio de todos, a la vez que identifica aspectos clave para que sea objeto de interés a nivel nacional. Las áreas prioritarias incluyen la reducción de la transmisión del VIH de la madre al niño; la disminución de la incidencia del VIH/SIDA entre grupos vulnerables; el mejoramiento de la vigilancia, y la prestación de tratamiento, atención y apoyo a las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA.

Insumos para la salud

Para el sector público, los suministros médicos y para otros propósitos relacionados con la salud se obtienen por medio de una agencia central de adquisiciones. La mayoría de los suministros son importados de países fuera del Caribe.

Medicamentos

El Servicio de Medicamentos de Barbados firma contratos con farmacias participantes privadas para satisfacer la demanda de medicamentos de la población. En 1999, 60% de los medicamen-

tos que se venden con receta fueron suministrados por farmacias privadas, por un total de US\$ 13,2 millones de los cuales 50% se pagó a las farmacias privadas participantes en el plan.

Inmunobiológicos y reactivos

Las vacunas para el Programa Ampliado de Inmunización se compran por medio del Fondo Rotatorio de la OPS. Los reactivos para uso en el laboratorio y para procedimientos de diagnóstico se compran a través del laboratorio médico principal del Hospital Queen Elizabeth y se redistribuyen a otros laboratorios de la isla. Las pruebas bacteriológicas se hacen en colaboración con el CAREC. Para las pruebas hormonales y cardíacas se utilizan pruebas de laboratorio automáticas y semiautomáticas. Barbados está en proceso de establecer servicios de imagenología por resonancia magnética mediante la colaboración entre el sector público y el privado. En el Hospital Queen Elizabeth hay equipos para ultrasonido por tomografía axial computarizada, mamografía, angiografía y rayos X.

Recursos humanos

En una Conferencia realizada en 1997, los Ministros de Salud del Caribe trataron el tema de los recursos humanos para facilitar el movimiento de los profesionales de salud del Caribe entre los países. Los temas discutidos incluyeron la acreditación de las instituciones de capacitación; el desarrollo de mecanismos para el registro de los profesionales; la identificación de las necesidades en materia de recursos humanos, y la reorientación de las instituciones de adiestramiento para capacitar al personal sobre la base de las prioridades regionales.

El Hospital Queen Elizabeth es el hospital docente utilizado por la Facultad de Medicina e Investigación Clínicas de la Universidad de las Indias Occidentales para la capacitación en medicina.

Durante los años noventa, un número cada vez mayor de profesionales, especialmente de enfermeras, emigró al Reino Unido y a los Estados Unidos, lo que resultó en una escasez de personal de enfermería en todas las áreas. En vista de esto, el Gobierno está capacitando a 120 enfermeras por año en el Colegio Comunitario de Barbados. El Colegio Comunitario de Barbados también adiestra a otros profesionales de salud, tales como funcionarios de salud ambiental, asistentes de registros médicos, técnicos de laboratorio, farmacéuticos, enfermeras diplomadas, asistentes de enfermería y técnicos de rehabilitación.

Debido a que Barbados es un país pequeño y en desarrollo, debe hacer frente a una escasez de personal capacitado para el servicio y la reparación de una amplia gama de equipo biomédico y de otro tipo que se utiliza en el sector salud. El Ministerio de Salud está comprometido a asegurar que un grupo de profesionales de salud bien preparados pueda prestar servicios de salud adecuados y eficaces. Para renovar las destrezas de los trabajadores de salud, el Ministerio ofrece programas de educación

continúa para el personal de salud por medio de becas y programas de adiestramiento en servicio.

Investigación y tecnología en salud

La Universidad de las Indias Occidentales es el punto focal para la investigación y la tecnología en salud en el país. El Ministerio de Salud también ha emprendido varios proyectos de investigación en colaboración con la Universidad, que han contribuido a establecer modelos de atención y pautas para el manejo clínico de las enfermedades no transmisibles.

Gasto y financiamiento sectorial

Los servicios de atención de salud en Barbados son financiados por el Gobierno, pagos de bolsillo por parte del usuario y reembolsos en el caso de los que tienen pólizas de seguro otorgadas por proveedores de seguro de salud privado. El Gobierno ha asignado al Ministerio de Salud entre 15% y 16% del total del gasto gubernamental. En 1999–2000, el gasto del Ministerio de Salud ascendió a US\$ 147,6 millones. Aproximadamente 21,5% de esta suma se asignó a la prestación de servicios preventivos, entre los que se cuentan la salud de la familia, los servicios de salud ambiental, la salud dental y la promoción de la salud. El gasto del Ministerio en el Proyecto de Alcantarillado de la Costa Sur y el Programa de Manejo Integrado de los Desechos Sólidos representó 16% del presupuesto del Ministerio en 1999–2000.

La mayor parte de la asignación del Ministerio se dedica a la prestación de servicios de atención primaria, secundaria y ter-

ciaria. En 1999–2000 esto representó aproximadamente 39%; a la atención de los adultos mayores y el suministro de productos farmacéuticos se destinó 8,2% y 10%, respectivamente.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

El Ministerio de Salud ha colaborado con organizaciones internacionales y regionales para fomentar el desarrollo en materia de salud. Entre los organismos regionales e internacionales que prestan cooperación técnica se encuentra la OPS, el Laboratorio Regional del Caribe para las Pruebas de Medicamentos, el Instituto de Nutrición y Alimentación del Caribe (CFNI), el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Instituto de Salud Ambiental del Caribe (CEHI), el Consejo de Investigación de Salud del Caribe (CHRC) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

La cooperación de estas instituciones se ha recibido principalmente en las esferas de salud ambiental, salud pública, desarrollo de recursos humanos, metodología de investigación y promoción de la salud. Esta cooperación ha consistido básicamente en programas de adiestramiento tales como seminarios y asistencia técnica; también se ha recibido cooperación para el desarrollo y uso de sistemas de información y el mejoramiento de las pruebas de laboratorio.

El Gobierno recibió dos préstamos del BID para programas de salud ambiental y para el programa de racionalización del sector salud, que es parte integral del proceso de reforma del sector salud de Barbados.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Barbados, 1991–1999.

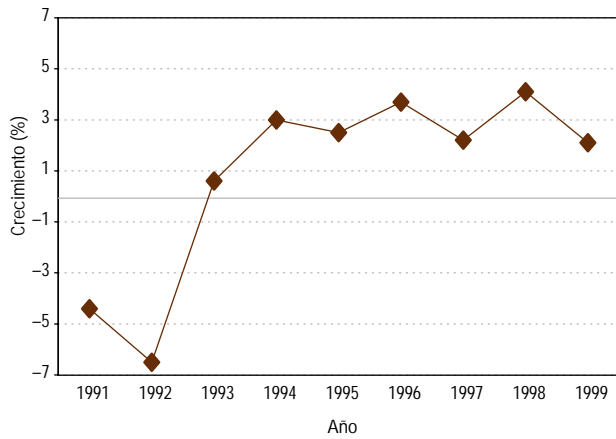


FIGURA 3. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Barbados, 2000.

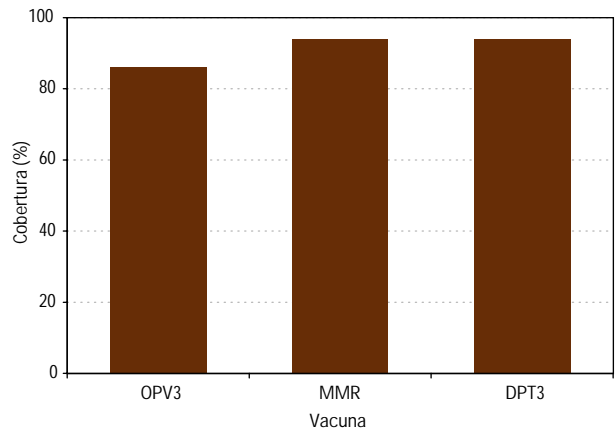


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Barbados, 2000.

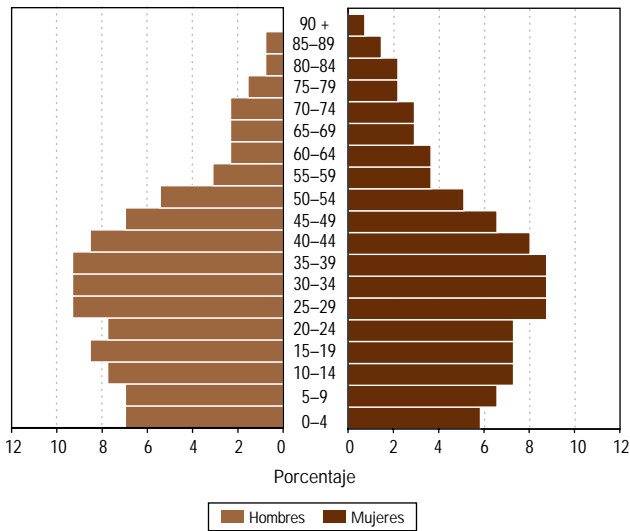
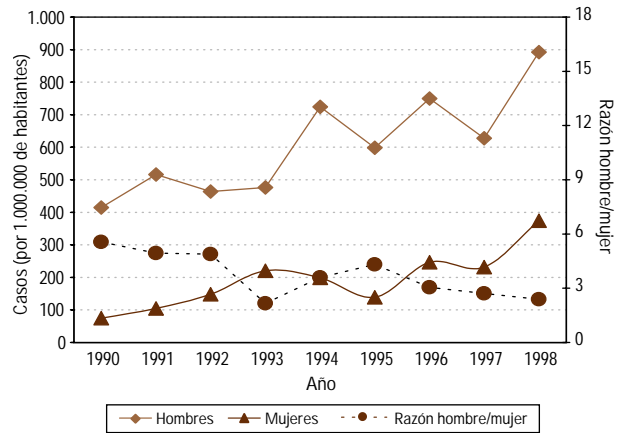


FIGURA 4. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Barbados, 1990–1998.



BELICE

CONTEXTO GENERAL

Belice está situado en América Central; su ubicación geográfica corresponde al llamado cinturón subtropical o trópicos externos. Limita al norte con México, al oeste y al sur con Guatemala, y al este con el mar Caribe. Tiene 274 km de largo y 109 km de ancho. Su territorio abarca una superficie de 22.700 km² con una densidad de población de aproximadamente 11 habitantes por km² en el año 2000. Antigua colonia británica, es el único país de habla inglesa de América Central, y aunque también se utiliza mucho el español debido a su ubicación geográfica, por su cultura, política y economía se asemeja más a los países del Caribe inglés.

Belice obtuvo su independencia de Gran Bretaña en 1981. Es un Estado soberano que se rige por los principios de la democracia parlamentaria inspirada en el sistema británico de Westminster. La titular de la Jefatura del Estado es la Reina Isabel II, representada por un Gobernador General. El Primer Ministro y el Gabinete constituyen el poder ejecutivo; el poder legislativo, o Asamblea Nacional, es bicameral y está compuesto por la Cámara de Representantes, integrada por 29 miembros electos, y el Senado, que consta de nueve miembros designados por nombramiento.

La ciudad de Belice, antigua capital del país, fue destruida dos veces por huracanes, por lo que en 1981 la capital se trasladó a Belmopán. El país está dividido en seis distritos administrativos: Belice, Cayo, Corozal, Orange Walk, Stann Creek y Toledo. Los distritos y las zonas urbanas están administrados por una junta elegida localmente, y los poblados están gobernados por el alcalde y el ayuntamiento. La ciudad de Belice tiene un sistema único ya que cuenta con su propio ayuntamiento formado por nueve miembros elegidos. Los ayuntamientos ayudan a la administración de los pueblos. El sistema tradicional de alcaldías ha sido incorporado a la estructura administrativa del sur del país (distrito de Toledo).

Los diversos ministerios definen los mecanismos nacionales para planificar y administrar el desarrollo y las políticas sociales. Asimismo, proponen importantes reformas económicas y sociales, tales como la participación de la sociedad civil y del sector

privado en el desarrollo y la administración de las políticas y los programas nacionales.

Belice tiene una economía abierta estructurada de manera sencilla y basada fundamentalmente en la agricultura y los servicios. La estabilidad de la moneda es uno de los atractivos para la inversión extranjera. Desde 1976, la tasa de cambio se equipara con el dólar de los Estados Unidos (US\$ 1,00 = BZ\$ 2,00). El ingreso per cápita en 1999 fue de US\$ 2.427, frente a US\$ 1.664 en 1989, lo que representa un crecimiento de 45,8% a precios corrientes. El PIB a precios corrientes aumentó 92% al pasar de US\$ 306 millones en 1989 a US\$ 589,7 millones en 1999. El PIB registró una tasa real de crecimiento de 8,1% en el año 2000, en comparación con 6,4% en 1999 y 1,5% en 1996. La inflación disminuyó de 6,4% en 1996 a 1,2% en 1999 y a 0,6% en 2000. El gasto del Ministerio de Salud expresado como porcentaje del presupuesto gubernamental fue de 9% en 1998; en el período 1994–1997 fue de aproximadamente 8%, y en 1992 de 10%, a precios corrientes.

La economía de Belice está dominada por las exportaciones de productos agrícolas, en particular la caña de azúcar, el concentrado de cítricos, las bananas y los productos del mar. La silvicultura, la pesca y la minería también son sectores importantes. Entre las tendencias económicas recientes se encuentra un aumento considerable del déficit comercial, que ha sometido a presión a las reservas netas de divisas.

En 1999 las inversiones sociales se distribuyeron entre educación (40%), agua y saneamiento (30%), salud (25%) y desarrollo humano (5%). El gasto recurrente del sector sanitario en 1998 ascendió a US\$ 39.114.000. El gasto del Ministerio de Salud pasó de \$ 9.679.450 en 1996 a \$ 15.452.604 en 1999.

Varios indicadores socioeconómicos revelan disparidades entre los distritos (cuadro 1). Por ejemplo, las tasas de mortalidad infantil variaron mucho de un distrito a otro.

La tasa de desempleo de Belice fue de 13,8% en 1996, de 12,7% en 1997, de 14,3% en 1998 y de 12,8% en 1999. Aproximadamente 70% de la fuerza laboral empleada estaba compuesta por hombres, y 29% por mujeres en 1996; estas proporciones fueron similares en 1999.

CUADRO 1. Indicadores socioeconómicos de la inequidad por distrito, Belice, 1995–1999.^a

Distrito	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)				Pobreza (%)	Desempleo (%)		Retraso del crecimiento (%)
	1996	1997	1998	1999		1995	1996	
Belice	29,4	28,1	28,1	29,1	24,5	18,4	16,2	4,1
Cayo	17,9	15,1	14,0	13,8	41,0	15,2	14,5	17,8
Corozal	13,8	33,0	21,9	9,8	26,7	5,8	11,8	15,8
Orange Walk	32,6	20,3	23,6	13,0	24,9	6,6	5,4	16,8
Stann Creek	32,2	28,9	20,5	5,7	26,5	15,4	8,4	13,5
Toledo	30,1	23,5	13,8	11,5	57,6	14,3	16,9	39,0
Total	26,0	24,0	21,5	17,3	33,0	13,8	12,8	15,4

^aLa falta de registro de las defunciones determina la tasa baja de mortalidad infantil observada fuera del distrito de Belice.

Según el Informe de Evaluación de la Pobreza realizado en 1995 por el Banco de Desarrollo del Caribe, Kairi Consultants Ltd., el Ministerio de Desarrollo Económico y la Oficina Central de Estadísticas, se calcula que 33% de los beliceños viven en la pobreza y 13% son indigentes. De los hogares encabezados por un hombre, 24% son pobres, frente a 31% de los hogares encabezados por una mujer. En Toledo, donde vive la mayor concentración de personas de origen maya, 58% de la población —aproximadamente la mitad de las familias— es pobre. De estas familias, aproximadamente 44% son indigentes. Concretamente, 66% de los mayas son pobres, y de estos, 30% son indigentes. En el ámbito nacional los mayas representan casi 25% de los pobres.

De 1996 a 1998 la alfabetización de adultos se mantuvo en 86,8% en la zona urbana y 62,7% en la rural. En 1996 las cifras de retraso del crecimiento mostraron disparidad entre los distritos: Toledo tenía la proporción más alta de retraso en el grupo de edad de 0 a 5 años (39%) y Belice la tasa más baja (4,1%). El promedio nacional fue de 15,4%.

Según el censo de 2000, la población total de Belice es de 249.800 habitantes (125.600 hombres y 124.200 mujeres, con una razón hombre/mujer de 102:100) (figura 1). Esto representa un aumento de aproximadamente 55.800 personas con respecto al censo de 1991 y una tasa de crecimiento intercensal de 2,7% por año. El perfil demográfico es el de una población joven: 41% de la población tenía menos de 15 años de edad y 52% menos de 20 años de edad. Los adultos mayores (60 y más años) representaban 5,8% de la población total. La tasa de dependencia era de 0,88. Las mujeres en edad fecunda (15 a 49 años) constituían 47% del total de la población femenina.

De 1991 a 2000 la razón población urbana/rural se mantuvo estable, situándose en 48:52, pero el distrito con mayor población rural ya no es Cayo sino Orange Walk. La localidad más grande del país, Trial Farm (3.442 personas), situada en Orange Walk, duplicó su población en el período intercensal. El distrito de Belice sigue teniendo la proporción más alta de población total, aunque su participación ha ido disminuyendo gradualmente. En

las zonas urbanas había más mujeres que hombres, mientras que en las zonas rurales ocurría lo contrario.

Las tasas de fecundidad han disminuido progresivamente desde 1970. A partir de datos de la Encuesta de Salud de la Familia realizada en 1999 sobre una muestra de población de 3.613 personas, 48% de las cuales residían en las ciudades y 52% en el campo, se estimó que la tasa total de fecundidad era de 3,7 hijos por mujer. La tasa correspondiente del Sistema de Registros Vitales para el mismo año fue de 3,3 hijos por mujer, cifra que se aproxima mucho a la que surge de la encuesta. Las diferencias en cuanto a fecundidad según lugar de residencia, nivel educativo y socioeconómico, grupo étnico y religión, calculadas a partir de la Encuesta de Salud de la Familia de 1991 revelaron que las mujeres del campo tienen en promedio dos hijos más que las de la ciudad; las mujeres que no trabajan tienen tres hijos más que las que trabajan, y las mujeres de nivel socioeconómico bajo tienen cuatro hijos más que las de nivel socioeconómico alto.

La cobertura de agua potable y de saneamiento es más baja en el sur, donde 100% de los hogares urbanos tienen acceso al servicio de agua potable frente a solo 69% de los hogares rurales.

El censo de 1991 reveló que casi 90% del total de la población nacida en otros países provenía, en orden decreciente, de Guatemala, El Salvador, México, Honduras y los Estados Unidos. La mayoría de los inmigrantes de Guatemala, El Salvador y México se establecían en las zonas rurales, mientras que la mayoría de los inmigrantes de los Estados Unidos se radicaban en las zonas urbanas. Para esa fecha, un número casi igual de hondureños residían tanto en zonas urbanas como rurales. Desde comienzos de los años noventa ha habido una inmigración significativa desde Asia, principalmente de China continental y de Taiwán. El número de inmigrantes naturalizados fue de 385 en 1996, llegó a 1.878 en 1998 y pasó a 980 en 1999. Había 751 residentes permanentes en 1996 y 1.198 en 1999. El Gobierno inició un programa de amnistía en 1999 y procesó las solicitudes atrasadas para autorizar la permanencia legal en el país.

El censo de 1991 indicó también que más de 70% de los que emigraron de Belice provenían de zonas urbanas. La mayoría de

las personas que emigraron (53,6%) tenían entre 15 y 24 años de edad.

Según la Encuesta sobre Fuerza de Trabajo realizada en 1999, los principales grupos étnicos son los mestizos, que constituyen 46,4% de la población y viven sobre todo en el oeste y el norte (Cayo, Orange Walk y Corozal), y los criollos o creoles, que representan alrededor de 27,7% de la población y viven a lo largo de la costa mediooriental (distrito de Belice). Los mayas constituyen alrededor de 10% de la población, y de ellos, dos grupos principales, los mopanes y los ketchi, viven sobre todo en el distrito de Toledo, que es el más remoto. Los garífunas (conocidos también como garinagos), que habitan sobre todo en la costa central del sudeste del distrito de Stann Creek y a lo largo de la costa del distrito de Toledo, representan 6,4% de la población. Hay también otros grupos étnicos, tales como los inmigrantes de las Indias Orientales (3,3%), los menonitas (3,3%) y otros (2,9%), principalmente chinos, sirios y libaneses.

En octubre de 2000 el Gobierno y los mayas del sur de Belice firmaron un convenio para buscar una solución a las necesidades en materia de tierras que tienen esas comunidades. Tanto los mayas como los garífunas cuentan con consejos que defienden sus intereses y desarrollo. Estos grupos han formado el Consejo Indígena Nacional de Belice, que es el más grande, y el Instituto de Capacitación Indígena de Belice, lo que ha facilitado un diálogo más amplio y organizado. Las organizaciones comunitarias mayas incluyen el Consejo Ketchi de Belice, el Consejo Cultural Maya de Toledo y el Consejo de Mujeres Mayas de Toledo. La única organización garífuna es el Consejo Nacional Garífuna.

Con respecto a la educación, los grupos indígenas se encuentran en desventaja. De acuerdo con un documento emanado del Ministerio de Desarrollo Rural en 1999, en cuanto a los programas regulares, "ninguna de las instituciones del sistema formal de educación están orientadas a satisfacer las necesidades concretas de los pueblos indígenas". El sistema educativo refleja un modelo sesgado de desarrollo en todo el país, según el cual se destinan pocos recursos a las escuelas rurales del sur. No obstante, en 1996 el Colegio Universitario de Belice abrió un modesto recinto en Toledo, contribuyendo así a facilitar significativamente el acceso de esos grupos a la educación. Se dispone de pocos datos acerca de la matrícula por etnia en cualquiera de los niveles educativos, sin embargo, un estudio mostró que las niñas mayas presentan una elevada tasa de abandono en los últimos grados de la escuela primaria. De las 495 mujeres mayas procedentes de 26 poblados, solo 26% habían asistido a la escuela primaria y apenas una había asistido a la escuela secundaria. El distrito de Toledo tenía el nivel más bajo de matrícula en la escuela secundaria (13%), mientras que la ciudad de Belice presentaba la tasa más alta (28%).

La esperanza de vida al nacer en Belice ha aumentado en 3,5 años, al pasar de 68,4 años en 1980 a 71,9 en 1991. La esperanza de vida de las mujeres aumentó aproximadamente 4 años, y la de los hombres, cerca de 2 años.

En el año 2000 la tasa bruta de natalidad se calculó en 29,2 nacidos vivos por 1.000 habitantes, cifra inferior a la tasa registrada en 1980, que fue de 43,1. La cifra de nacimientos correspondientes a madres menores de 20 años sigue siendo alta: 17,9% de todos los nacimientos en 1996 y 18,5% en 1998.

Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad en el período 1997–2000 fue de 5,1, 5,7, 5,0 y 6,1 defunciones por 1.000 habitantes por año, respectivamente. Hubo más muertes de hombres (3.103) que de mujeres (2.138), con una razón de 1,5:1. El distrito de Belice mostró la tasa de mortalidad más elevada del período (7,3 por 1.000 habitantes), mientras que el de Toledo presentó la más baja (3,0 por 1.000 habitantes). Sin embargo, la Unidad de Estadísticas Vitales notificó que más de 30% de las defunciones no se registran.

En el período 1997–2000 hubo 5.241 defunciones. La causa principal de mortalidad fueron las enfermedades del sistema circulatorio, que ocasionaron 30% (1.579) de las defunciones. La segunda causa principal de defunción fueron las causas externas, con 14% (740) del total; murieron cinco veces más hombres (616) que mujeres (124) debido a estas causas. A las enfermedades transmisibles correspondieron 13% del total de defunciones (409 en hombres y 263 en mujeres), a las neoplasias malignas 12% (343 en hombres y 281 en mujeres), a las enfermedades originadas en el período perinatal 6% (155 en hombres y 138 en mujeres), y a los signos, síntomas y enfermedades mal definidos 5% (156 en hombres y 96 en mujeres). En el período 1997–2000 el distrito de Belice notificó la proporción más alta de muertes (42%), seguido por los distritos de Cayo (16%), Orange Walk (13%), Corozal (12%), Stann Creek (10%) y Toledo (6%).

LOS PROBLEMAS DE SALUD

El análisis de los datos disponibles correspondientes al período 1996–2000 revela que las enfermedades transmisibles están disminuyendo en Belice, mientras que la morbilidad y la mortalidad por causas externas, concretamente los accidentes de tráfico, están aumentando. Afecciones tales como las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades metabólicas, los trastornos mentales y el VIH/SIDA se están convirtiendo en causas importantes de morbilidad y mortalidad, así como en graves problemas de salud pública.

Las mejoras en el estado de salud se reflejan en el aumento de la esperanza de vida al nacer y en la reducción de la mortalidad infantil. La mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos fue de 111 defunciones en 1996, de 100 en 1997, de 150 en 1998, de 42 en 1999, y de 82 en 2000. En total, se registraron 25 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos entre 1996 y 2000.

Según una encuesta del Ministerio de Educación realizada en 1996, aproximadamente 15% de los escolares tienen baja talla para la edad. El país está en proceso de ser declarado libre de desórdenes por deficiencia de yodo. La malaria está disminuyendo, la incidencia de cólera ha descendido (no se notificaron casos en 2000), y no se comunicaron casos de sarampión ni de polio en el período 1996–2000.

Belice todavía está luchando contra enfermedades infecciosas, tales como las afecciones respiratorias agudas, la gastroenteritis, la tuberculosis pulmonar, el VIH, y crónicas, como la enfermedad cardiovascular. Los homicidios, las muertes y los traumatismos debidos a accidentes de tráfico, los actos de violencia (entre ellos la violencia doméstica), y el abuso de drogas y otras dependencias de sustancias han aumentado.

Por lo tanto, la dificultad reside en mantener los logros de salud cuantificables, tales como la reducción de enfermedades transmisibles, como el cólera y la gastroenteritis, y al mismo tiempo hacer ajustes de política, estructurales y técnicos en el sistema de atención de salud para abordar las necesidades de salud y los modelos cambiantes de morbilidad y mortalidad, especialmente el aumento de los accidentes de tráfico y de la violencia.

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

La tasa de mortalidad de los menores de 1 año fue de 26,0 por 1.000 nacidos vivos en 1996 y de 17,3 por 1.000 en 1999. Más de la mitad (123) de las muertes de lactantes correspondieron aproximadamente a una tercera parte de la población de menos de 1 año en 1999.

La causa principal de mortalidad infantil en el período 1997–1999 fueron las afecciones originadas en el período perinatal, que explicaron aproximadamente 57% (249 de 438) de las defunciones, frente a 39% en 1996. Del total de muertes correspondientes a neonatos debidas a afecciones originadas en el período perinatal, el crecimiento fetal lento, la malnutrición fetal y la inmadurez representaron 41% (101 defunciones); la hipoxia/asfisia en el nacimiento, 22% (54 defunciones); otras afecciones originadas en el período perinatal, 12% (29 defunciones); las anomalías congénitas, 7% (18 defunciones); la septicemia y meningitis, 3%; y traumatismos y envenenamientos, 3%.

En el período 1997–2000 las infecciones intestinales fueron la causa principal de muerte en el período posneonatal, con 11% (21) de las defunciones; les siguieron las infecciones respiratorias agudas (10%), las anomalías congénitas (9%), las carencias nutricionales y la anemia (9%), los traumatismos y envenenamientos (6%), la septicemia (5%) y el crecimiento fetal lento (3%).

La tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años pasó de 88 defunciones por 100.000 habitantes en 1997 a 121 por 100.000 en el año 2000. Entre 1997 y 2000 se produjeron 127 muertes, con 25, 38, 29 y 35 defunciones cada año, respectivamente. La proporción

más elevada de defunciones (24%) se debió a las enfermedades infecciosas, y de estas, las infecciones respiratorias agudas causaron 47% de las defunciones, las infecciones intestinales, 40%, y la septicemia, 10%. La segunda causa más importante fueron las causas externas, que correspondieron a 23% de las muertes; los accidentes de tráfico ocasionaron 31% de estas muertes. Las anomalías congénitas explicaron 8% de las defunciones en este grupo de edad. Todas las defunciones debidas a accidentes, incluidas las de personas que se ahogaron o murieron por sumersión, correspondieron a varones.

En 2000, 29% (331 de 1.138) de las hospitalizaciones en este grupo de edad se debieron a infecciones respiratorias, 14% (159) a infecciones intestinales y 7% (81), a causas externas (entre ellas 12, por accidentes de tránsito).

Según las estadísticas del Departamento de Salud Materno-infantil del Ministerio de Salud, hubo muy poco o casi ningún mejoramiento en las prácticas de lactancia materna y de alimentación de lactantes. Un estudio cualitativo sobre la lactancia materna y la alimentación de lactantes concluido en 1997 encontró que si bien las prácticas de lactancia materna exclusiva eran adecuadas en Toledo, los alimentos complementarios se introducían muy tarde, lo que originaba un elevado número de casos de malnutrición en este grupo de edad.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

Los niños de este grupo de edad presentaron la tasa de mortalidad más baja (41 por 100.000 habitantes) de todos los grupos de edad en el año 2000, con un total de 54 defunciones entre 1997 y 2000 y una razón hombre/mujer de 1,8:1. En 1997–2000, las causas externas, incluidos los accidentes de tráfico, correspondieron a 50% de todas las defunciones en este grupo de edad. A la infección por el VIH/SIDA, los ahogamientos y sumersiones accidentales, la meningitis, las afecciones del sistema urinario y las enfermedades del sistema nervioso distintas de la meningitis les correspondieron una muerte a cada uno. Las enfermedades respiratorias fueron la causa principal de morbilidad tanto para hombres como para mujeres.

Según datos del censo nacional de 1996, la prevalencia del retraso del crecimiento (bajo peso para la edad) entre los escolares fue de 15%. Esa prevalencia fue mucho mayor en las zonas rurales (23%) que en las urbanas (7%), y en los niños mayas (45%) más que en los niños mestizos (18%) y de otros grupos étnicos; y fue mayor en los niños (18%) que en las niñas (13%).

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

La tasa de mortalidad de adolescentes de 10 a 14 años pasó de 38 por 100.000 habitantes en 1997 a 62 por 100.000 en el año 2000. Durante el período que aquí se analiza se registraron 67 defunciones en este grupo de edad. En 2000, tres de las seis defunciones debidas a causas externas se debieron a accidentes de tráfico. Este grupo de edad representó 4% de todas las hospitalizaciones (511 de 14.308) en el año 2000. De estas, 26% (132)

se debieron a causas externas, 10% a enfermedades transmisibles, infecciones respiratorias agudas e infecciones intestinales, y 10% a complicaciones del embarazo.

La tasa de mortalidad de los adolescentes de 15 a 19 años de edad fue de 96, 113, 89 y 113 por 100.000 habitantes en 1997, 1998, 1999 y 2000, respectivamente. Se registraron 411 defunciones en este grupo de edad durante el período de cuatro años que se está considerando. En 2000, 31 muertes (29%) se debieron a causas externas, de las cuales 33% fueron ocasionadas por accidentes de tráfico. En el período 1996–2000 se registraron 7 suicidios en el grupo de edad de 10 a 19 años.

En el período 1996–2000, 50 adolescentes (31 hombres y 19 mujeres) se infectaron con el VIH. A este grupo de edad correspondieron 13% (1.864) de todas las hospitalizaciones en el año 2000. Las complicaciones del embarazo fueron la causa principal de hospitalización en el grupo de edad de 15 a 19 años (1.302 hospitalizaciones o 70% del total), seguidas por las causas externas (172 hospitalizaciones o 9% del total).

Hay pocas oportunidades para que las madres adolescentes continúen su educación secundaria, ya que muy pocas escuelas permiten que las adolescentes regresen al colegio después de dar a luz.

La salud de la población adulta (20–59 años)

Este grupo de edad representa aproximadamente 42% de la población total. Las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes fueron de 353 en 1997, de 424 en 1998, de 327 en 1999 y de 398 en 2000. Hubo 1.515 defunciones en este grupo de edad, correspondientes a 29% de todas las registradas (5.241) en este período; fue mayor el número de defunciones de hombres (65% del total, o 989 defunciones), que de mujeres (35% del total, o 526 defunciones).

En este grupo de edad la causa principal de defunción en el año 2000 fueron las causas externas, a las que se atribuyen 30% de las defunciones (128 del total, de las cuales 34 se debieron a accidentes de tráfico). La segunda causa más importante fueron las neoplasias malignas (principalmente los cánceres de mama y de cuello del útero), seguidas por los accidentes cerebrovasculares, la diabetes mellitus y todas las formas de cardiopatías.

En el año 2000 las complicaciones del embarazo fueron la causa principal de hospitalización de mujeres, y 79% de ellas pertenecían a este grupo de edad. Las complicaciones del embarazo ocasionaron 59% de todas las hospitalizaciones correspondientes a este grupo de edad, seguidas por las causas externas (9%), y el cáncer del cuello del útero y otros tipos de cáncer (1,5%). Otras causas importantes de hospitalización fueron la diabetes mellitus y las enfermedades del sistema circulatorio. Hubo 22 casos de infección por el VIH/SIDA en este grupo de edad.

Aproximadamente 95% de las mujeres recibieron atención prenatal aunque solo 25% de ellas acudieron a una clínica durante el primer trimestre del embarazo. De acuerdo con la Encuesta de Salud de la Familia realizada en 1999, 37,5% de las

mujeres de 15 a 44 años de edad usaban algún método anti-conceptivo.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

En el año 2000 los adultos mayores representaban 5,8% de la población (14.500 personas), en comparación con 6,8% (15.620 personas) en 1997. La tasa de mortalidad en este grupo de edad fue de 3.820, 2.079, 2.499 y 2.356 defunciones por 100.000 habitantes en 1997, 1998, 1999 y 2000, respectivamente. Durante ese período de cuatro años se registraron 1.682 defunciones en este grupo de edad (32% del total), de las cuales 62% correspondieron a hombres y 38% a mujeres. En el año 2000 las enfermedades del sistema circulatorio fueron la causa principal de defunción, con 86% (477), seguidas por las neoplasias malignas (17%), la diabetes mellitus (12%), infecciones respiratorias agudas (9%) y las causas externas (5%).

En el año 2000, en este grupo de edad se registraron 11% (1.603) del total de hospitalizaciones. Las enfermedades del sistema circulatorio fueron la causa principal (34%) de hospitalización, seguidas por la diabetes mellitus (9%), las causas externas (7%), las neoplasias malignas (5%) y las infecciones respiratorias agudas (5%).

La salud de los trabajadores

En 1999 la población en riesgo cubierta por la seguridad social fue de 57.710 personas. Las solicitudes de reembolso al seguro médico sumaron 1.522 en 1996 y 4.152 en 1999. La mayoría de ellas se debieron a enfermedad (37%) y a traumatismos (19%). Los principales trastornos que motivaron reclamos por enfermedad fueron las enfermedades respiratorias, los dolores de espalda y la fiebre. Casi 80% de todas las solicitudes de reembolso por servicios médicos debido a algún tipo de lesión provenían de los distritos de Orange Walk, Corozal y Stann Creek. En estos distritos, donde la agroindustria está más desarrollada, el grupo de edad más afectado fue el de 20 a 39 años, que presentó 64,5% de todos los reclamos.

La salud de los discapacitados

El Ministerio de Desarrollo Humano, de la Mujer y de los Niños y la Sociedad Civil, así como el Ministerio de Educación por medio de su Unidad de Educación Especial prestan servicios para los discapacitados. La Unidad de Educación Especial realiza el seguimiento de los programas educativos para niños discapacitados, prepara a los maestros para que den clases de educación especial y hace el seguimiento de la integración de estos niños en las escuelas ordinarias.

En 2000 había 1.991 niños en edad escolar con discapacidades primarias que variaban desde problemas de aprendizaje lento y discapacidades del lenguaje, visuales y físicos, hasta trastornos del comportamiento, emocionales y sociales. De estos niños, 45% (813) tenían problemas de aprendizaje lento, 8,5% presentaban alguna forma de trastorno del lenguaje o del habla, 6% tenían

trastornos visuales y 3% alguna discapacidad física. La mayoría de los niños con discapacidades viven en los distritos de Belice y Cayo, mientras que los distritos de Corozal y Orange Walk tienen el menor número de niños discapacitados. De los niños con discapacidades graves, 63% eran varones.

La salud de los indígenas

En Toledo y en partes del distrito de Stann Creek, donde viven la mayoría de los pueblos indígenas, el acceso a la atención de salud es motivo de preocupación. Equipos de personal médico ofrecen servicios fijos e itinerantes para responder a las necesidades de los distritos. Hay un hospital en el distrito de Toledo, y en 1999 se inauguró un nuevo hospital regional en Stann Creek.

La tasa de fecundidad total en Belice es de 3,7 niños por mujer. Las tasas de fecundidad son más altas en los distritos de Stann Creek y de Toledo (5,6 niños por mujer), donde viven los gariagu y los mayas. Las mujeres mayas tienen una tasa de fecundidad más alta —hasta 10 a 12 niños por mujer—, particularmente en las comunidades ketchi, donde el matrimonio y la crianza de los hijos empiezan a los 13 años.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Belice se vio afectado por dos grandes huracanes durante el período en consideración: el Mitch en 1998 y el Keith en 2000. Aunque el huracán Mitch no se considera el peor de los huracanes que azotaron a Belice, fue el que suscitó la mayor evacuación en la historia del país. El huracán Mitch puso de relieve la vulnerabilidad del país y la necesidad de contar con un plan de preparación para casos de desastres. El huracán Keith devastó las islas de San Pedro y Caye Caulker y dejó inundadas dos terceras partes del país y afectó aproximadamente a 72.100 personas (30% de la población total).

Enfermedades transmitidas por vectores

La malaria sigue siendo un importante problema de salud pública en Belice, a pesar de la reducción del número de casos ocurridos en el país en el período 1996–1999. El número de casos notificados en este período fue cuatro veces menor que el de 1995. Los casos de malaria pasaron de 6.014 en 1997 a 1.441 en 1999. La mayor parte de esta reducción ocurrió en los distritos de Cayo, Orange Walk y Corozal. En general, el distrito de Toledo fue el más afectado, con 1.077 (58%) casos en 1999, seguido por Cayo (18%) y Stann Creek (16%); en estos distritos se registraron 92% de todos los casos de malaria de 1999. El mayor número de casos se produjeron de junio a agosto, los meses de mayor precipitación. De los casos de 1996, 93% se debieron a *Plasmodium vivax* y 6,3% a *P. falciparum*. La proporción de casos debidos a *P. falciparum* fue de 2,5% en 1999 y 1,3% en 2000.

En 1995 se registraron 107 casos sospechosos de dengue; de ellos 9 fueron confirmados por pruebas de laboratorio. Belice no cuenta con capacidad para realizar pruebas serológicas. No se presentaron casos en 1996 y en el período 1997–1999 se notificaron 38 casos.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Se han registrado varios logros significativos en el Programa Ampliado de Inmunización, tales como la eliminación del sarampión y la introducción de las vacunas MMR y hepatitis B. En 1996, cuando se introdujo la vacuna MMR, la cobertura fue de 74%; aumentó a 98% en 1997 y se estabilizó en alrededor de 84% en 1998 y en 82% en 1999 (figura 2). La vacuna para la hepatitis B se introdujo en el programa en 1999. La cobertura para BCG aumentó a lo largo del período 1996–1999, pasando de 90% en 1996 a 96% en 1999. La cobertura con la vacuna DPT3 aumentó levemente al pasar de 85% en 1996 a 87% en 1999. La cobertura para la vacuna de poliovirus oral (OPV3) promedió 85% de 1996 a 1999.

En noviembre de 1996 se notificó un brote de rubéola en una escuela primaria de la ciudad de Belice. De los 197 casos investigados, 75 se confirmaron en el laboratorio. De estos, seis correspondieron a mujeres embarazadas expuestas a niños infectados con rubéola, tres de las cuales resultaron IgM positivas para la enfermedad. A raíz de este brote, en enero de 1997 se integró en el sistema de vigilancia del sarampión y la rubéola la vigilancia activa del síndrome de la rubéola congénita. Desde entonces se han investigado 19 casos del síndrome y de estos, 5 fueron confirmados en el laboratorio.

Enfermedades infecciosas intestinales

El cólera se notificó por primera vez en Belice en enero de 1992. De 1996 a 1999 se registraron 69 casos. A lo largo del período 1993–1998 se notificaron cinco defunciones. Los programas educativos, junto con las mejoras y la expansión en el abastecimiento de agua y el saneamiento, tuvieron un impacto positivo en la reducción de los brotes de cólera en el país, ya que en el año 2000 no se notificaron casos.

Enfermedades crónicas transmisibles

Cabe señalar que 42 de los 203 (21%) casos de tuberculosis notificados en el período 1997–2000 estaban asociados con infección por el VIH. La coinfección por el VIH aumentó de 11% de los casos de tuberculosis en 1996 a 43% en 1999. El 69% de los casos registrados en este período correspondieron a hombres. Los adultos de 20 y más años fueron el grupo más afectado.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas siguen siendo causa importante de defunción para todos los grupos de edad. En 1999 fueron la sexta causa principal de mortalidad en los lactantes. En el grupo de edad de 1 a 4 años, las infecciones de las vías respira-

torias superiores constituyeron la tercera causa más importante de muerte en 1998 (7,2% correspondieron a varones y 15,8% a niñas); en 1998–1999 fueron la sexta causa principal de muerte entre la población general.

Rabia

Aunque la rabia en animales es endémica en Belice, no se ha notificado ningún caso de rabia humana desde 1989. Se han notificado casos de rabia en animales domésticos (perros y gatos) y en animales salvajes (por ejemplo, zorros y murciélagos) desde 1995. Belice sufrió una epidemia en 1997, con 18 casos caninos y uno bovino. Luego de la epidemia, se llevó a la práctica un programa de vacunación eficaz, y en 1998 no se notificó ningún caso de rabia canina.

VIH/SIDA

El primer caso de SIDA en Belice se detectó en 1986. Los casos de SIDA aumentaron a una tasa alarmante durante el período en estudio. Entre 1996 y 1999 murieron 119 personas por esta causa, y el número de casos aumentó 63% en 1999, año en que se identificaron alrededor de 40% de casos nuevos. Aproximadamente 80% de los casos correspondieron a adultos de 20 a 49 años de edad.

La razón hombre/mujer de casos notificados de VIH bajó de 13:1 en 1989 a 1,5:1 en 1999 (figura 3). En aproximadamente 46% de los casos nuevos, el virus se transmitió por contacto heterosexual, aunque alrededor de 14% de los enfermos de SIDA (en comparación con 27% entre 1989 y 1995) dijeron haber participado en actividades bisexuales. Hacia finales de 1999 el Laboratorio Médico Central notificó un total acumulado de 1.037 casos de infección por el VIH.

Infecciones de transmisión sexual

En el grupo de edad de 15 a 35 años, 344 hombres y 113 mujeres recibieron tratamiento para la gonorrea en el período 1997–1999. Las infecciones más comunes en las mujeres embarazadas fueron las causadas por *Trichomonas vaginalis* y las infecciones por hongos. Entre otras de las infecciones de transmisión sexual tratadas en Belice se encuentran la sífilis, el chancroide y el herpes.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La desnutrición grave afecta a 6% de los niños menores de 5 años. Un Censo Nacional de Talla realizado en 1996 entre niños de 6 a 9 años reveló que 15% sufrían de retraso del crecimiento. El problema es mayor en el distrito de Toledo (39%) y menos agudo en el distrito de Belice (4%). El retraso del crecimiento afectó más a los varones (18%) que a las niñas (13%).

La diabetes ocasionó 36 muertes en 1997, 52 en 1998, 67 en 1999 y 89 en 2000. Cinco de las seis amputaciones ocurridas en Belice se realizaron en personas con diabetes. De acuerdo con el

Consejo de Belice para Personas con Deficiencia Visual, 9% de los casos de ceguera guardaban relación con la retinopatía diabética.

Enfermedades del sistema circulatorio

Las enfermedades cardiovasculares ocasionaron 30% (1.579) de las defunciones notificadas en el período 1997–2000. La tasa de mortalidad aumentó en este período, pasando de 131 por 100.000 habitantes en 1997 a 250 por 100.000 en el año 2000.

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas fueron una causa importante de mortalidad en el período 1997–2000, al ocasionar 12% (624) de las defunciones. La tasa de mortalidad varió de 55 a 79 por 100.000 habitantes a lo largo de este período. En 1997 el cáncer de próstata fue la décima causa de mortalidad y se le atribuyen 1,7% de todas las defunciones. En 1998 el cáncer del sistema digestivo ocupaba el décimo lugar, ocasionando 4,8% de todas las defunciones. En 1999 las neoplasias malignas fueron la causa principal de hospitalización entre adultos de 50 y más años, correspondiéndoles 4,8% de todas las hospitalizaciones en este grupo de edad.

Accidentes y violencia

En el período 1996–1999 los accidentes de tráfico fueron una causa importante de mortalidad, con 62% (297 de 483) de todas las defunciones debidas a causas externas. La tasa de mortalidad debida a accidentes de tráfico aumentó de 16 por 100.000 habitantes en 1996 a 31 por 100.000 habitantes en 1999. La tasa de mortalidad de la población masculina aumentó de 27 a 55 por 100.000 varones en ese período, mientras que la correspondiente a la población femenina pasó de 7,2 a 7,4 por 100.000 mujeres. El uso de los cinturones de seguridad en las autopistas es obligatorio. De acuerdo con las estadísticas anuales de accidentes de tráfico a nivel nacional para 2000, de un total de 2.337 accidentes de tráfico, 5 resultaron en por lo menos una defunción.

De 1996 a 1998 se registraron 34 suicidios, la mayoría de ellos en el grupo de edad de 20 a 29 años. La tasa de suicidio de los hombres fue 85% mayor que la de las mujeres.

Un informe del Ministerio de Salud sobre la violencia doméstica que abarca el período de septiembre de 1999 a diciembre de 2000 reveló un total de 562 casos notificados: 94,5% en el distrito de Belice y 2,1 en el distrito de Cayo.

Salud oral

El número de adultos que asisten a los servicios de atención de salud oral disminuyó durante el período en revisión, al pasar de 3.440 en 1997 a 2.230 en 1999. El número de niños que recibieron atención odontológica también disminuyó, al pasar de 715 en 1997 a 643 en 1999. Un índice de referencia para las caries y la fluorosis aplicado en 1999 demostró una reducción continua de la prevalencia de caries en el país: el índice de dientes cariados,

perdidos u obturados (CPO-D) en los niños de 15 años fue de 1,56 y en los de 6 a 8 años, de 2,53; 72% de los niños de 12 años no tenían caries. En otro estudio realizado en 1999 que evaluaba el nivel de flúor en las fuentes de agua potable se encontró que algunas fuentes en el distrito de Orange Walk tenían niveles más altos que los considerados óptimos.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Plan Nacional de Salud del Ministerio de Salud ha dejado de lado el enfoque tradicional centrado en las enfermedades para adoptar un sistema orientado a las personas y un enfoque de ciclo de vida y género. Uno de los objetivos del plan era lograr cambios en la estructura y administración de los servicios de salud, asignando al nivel central un papel más limitado pero definido (normativo) y más recursos y autonomía para los distritos.

En el período 1997–2000 el Gobierno elaboró una propuesta para la reforma del sector salud y definió las principales estrategias para su ejecución. En 1998 el nuevo Gobierno abordó el Proyecto de Reforma del Sector Salud como una estrategia central para que el Ministerio de Salud pudiera mejorar el estado de salud de la población mediante el aumento de la eficiencia, la equidad y la calidad de los servicios, y la promoción de modos de vida más saludables. Este proyecto apoya al Programa de Reforma del Sector Salud, que está orientado al mercado; para ello, se prepara a los proveedores del sector público para que trabajen con autonomía y sean autosostenibles. El programa hará hincapié en diversos proveedores procedentes del sector privado y en la introducción de la Caja del Seguro Nacional de Salud.

Se elaboró un plan estratégico nacional para luchar contra la epidemia de VIH/SIDA en Belice (1999–2003); este plan supone la participación de los ministerios de Salud, Desarrollo Humano, Educación y Desarrollo Económico. En octubre de 2000 el Gabinete aprobó una política de seguridad nutricional y alimentaria. Además, se preparó una política de salud sexual y reproductiva que está pendiente de aprobación y examen por el Gabinete.

La reforma del sector salud

El Programa de Reforma del Sector Salud tiene tres componentes. El primero incluye la reestructuración del sector y la consolidación de la capacidad institucional y regulatoria de los niveles central y regional. Hace hincapié en sus funciones de reglamentación y diseño de políticas, a partir de cinco componentes: reorientación del Ministerio de Salud, desconcentración de la autoridad operativa hacia las regiones sanitarias, realización de pruebas piloto con el hospital Karl Heusner Memorial, formulando una estrategia de información pública y promo-

viendo los conocimientos y el cambio de comportamiento. El segundo componente incluye la racionalización de la asistencia y el mejoramiento de la cobertura y de la calidad de los servicios del sector público y privado mediante la reestructuración de los establecimientos públicos y la compra de ciertos servicios del sector privado, para apoyar la oferta de asistencia pública. Con esta finalidad, se diseñarán y ejecutarán convenios de desempeño. El tercer componente involucra el apoyo de la Caja del Seguro Nacional de Salud, que se financiará con contribuciones descontadas de la nómina de sueldos (calculadas como porcentaje de los salarios) y aportes del Gobierno provenientes de la recaudación fiscal general, para brindar cobertura a los desempleados y a los pobres. Está en ejecución un proyecto piloto para evaluar el método más asequible de financiamiento.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El Gobierno es responsable de brindar servicios de salud a toda la población. El sector público es el principal proveedor de servicios de salud, que suelen ser gratuitos, aunque se están introduciendo mecanismos de recuperación de costos, en particular para la atención curativa. Los servicios de salud del sector privado, con o sin fines de lucro, son escasos pero se están ampliando. Las funciones respectivas de los sectores público y privado no están definidas claramente y no hay una coordinación formal entre ellos. Las funciones de regulación, financiamiento, compra y suministro que realiza el sistema público de atención de salud no están bien deslindadas. La administración está centralizada en su mayor parte y los servicios y programas de salud se orientan a la curación de enfermedades. El Programa de Reforma del Sector Salud estableció cuatro regiones sanitarias: norte, sur, oeste y central.

El Ministerio de Salud es el único proveedor de asistencia sanitaria del sector público y tiene a su cargo tanto la atención primaria como la secundaria. El hospital Karl Heusner Memorial es el centro nacional de referencia. Los servicios de salud, en especial en las zonas rurales, se dedican sobre todo a la atención primaria, administrada principalmente por personal de enfermería e inspectores de salud.

El sector privado ofrece básicamente servicios ambulatorios. La atención de pacientes hospitalizados se dirige fundamentalmente a maternidad y cirugía.

Grado de separación institucional de funciones de conducción, regulación, provisión de servicios, aseguramiento y financiamiento

El Ministerio de Salud es responsable de la regulación, el financiamiento, la prestación de servicios de salud, la administración sectorial y el ejercicio de la autoridad sanitaria. Estas fun-

ciones están organizadas en una estructura centralizada y vertical en la que la toma de decisiones corresponde al nivel superior del Ministerio (Ministerio de Salud, Director Ejecutivo y Director de los Servicios de Salud). Los seguros para las lesiones ocupacionales competen a la Seguridad Social.

La normativa para prevenir y controlar 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. Desde 1996 se han formulado instrumentos legislativos para el control de los contaminantes en la tierra y el agua. El Departamento de Vivienda fija las normas sobre ventilación de los edificios.

Grado de descentralización de los servicios de salud

El Programa de Reforma del Sector Salud ha descentralizado responsabilidades hacia las cuatro regiones sanitarias y un hospital autónomo. Los recursos financieros, pero no la autoridad, se han transferido parcialmente al nivel distrital. Los distritos tienen poco control sobre el financiamiento y las decisiones relativas al personal, particularmente en relación con los principales programas de salud pública (esto es, control de vectores, salud pública, programa ampliado de inmunización, salud maternoinfantil, SIDA/infecciones de transmisión sexual, tuberculosis y salud mental), que siguen funcionando de manera centralizada y vertical.

La participación privada en el sistema de salud

Las instituciones privadas están registradas legalmente como empresas, aunque no hay una legislación que aborde la reglamentación de los servicios privados de salud. Los médicos empleados por el Gobierno pueden usar los hospitales públicos sin costo alguno para brindar atención privada. El único hospital privado con fines de lucro está situado en la ciudad de Belice. Hay 54 clínicas privadas que prestan servicio ambulatorio; la mayoría están localizadas en la ciudad de Belice. En general, los servicios los costean los usuarios en forma directa o por medio de seguros privados de salud.

En el distrito de Cayo hay un hospital sin fines de lucro y con una capacidad de 20 camas. Las instituciones del sector privado sin fines de lucro son reconocidas legalmente como cualquier otra institución de esta naturaleza. Entre las principales organizaciones no gubernamentales que prestan servicios ambulatorios cabe mencionar la Cruz Roja, la Asociación de Familias de Belice, el Consejo de Belice para las Personas con Deficiencias Visuales, el Club de Leones, Alerta para las Adicciones, la Clínica Mercy. Estas organizaciones funcionan sobre todo en las zonas urbanas y su financiamiento se basa en mecanismos de recuperación de costos, en donaciones y en ayuda externa. No hay mecanismos formales definidos para la referencia y la interacción entre las organizaciones del sector público y privado.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

Los seguros privados de salud son limitados en Belice, pero han aumentado rápidamente durante los años ochenta y noventa. Muchas compañías de seguro son filiales de grandes empresas internacionales. Los conjuntos de beneficios abarcan gastos por atención médica en Belice y en el exterior, dependiendo de la prima. Las compañías de seguros también venden planes ejecutivos que cubren los servicios prestados en los Estados Unidos. Las primas son altas y por lo general están fuera del alcance del trabajador promedio. La cobertura familiar puede costar entre US\$ 60 y US\$ 100 mensuales (póliza colectiva), lo que representa de 10% a 40% de las ganancias de muchos trabajadores beliceños. Algunas empresas dan seguros de salud a sus empleados.

En 1997 la seguridad social tenía 55.000 contribuyentes, esto es, 68% de la fuerza laboral calculada hasta abril de 1997 (80.940 trabajadores). El Ministerio de Salud no recolecta ni procesa datos acerca de las diversas modalidades de seguro privado de salud y no hay un paquete básico de beneficios de salud al que tengan derecho todos los ciudadanos.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

El Ministerio de Salud es responsable de regular la prestación de servicios de salud y de elaborar normas para la atención del paciente.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

Las leyes de Belice contemplan los servicios e instituciones médicas, la salud pública, los alimentos y los medicamentos, así como la certificación y práctica de los profesionales de la salud. La Junta Médica registra a los médicos, dentistas, optometristas y hogares de ancianos, y asesora al Ministro de Salud sobre los reglamentos relativos a esas categorías profesionales. El Consejo de Enfermeras y Parteras se encarga de registrar y reglamentar el ejercicio de estas profesiones. La Facultad de Enfermería de la Universidad de Belice participa en un programa de certificación en colaboración con los países miembros de la Comunidad del Caribe (CARICOM). La Junta de Inspectores de Químicos y Farmacéuticos tiene la misión de examinar y registrar a los profesionales de este campo.

La calidad del ambiente

Los problemas ambientales están relacionados principalmente con la expansión agropecuaria y de las actividades agroindustriales. La Junta de Control de Plaguicidas regula el uso, la importación, la producción, la distribución, la venta y la eliminación de los plaguicidas.

La principal amenaza para los recursos marinos (en particular los arrecifes) son los efluentes de las procesadoras de azúcar y

de cítricos, las descargas de plaguicidas, de fertilizantes y las aguas negras sin tratar, provenientes de las zonas urbanas. Para resolver estos problemas, en 1997 el Gobierno inició un registro de todas las industrias que vertían efluentes. Como resultado, todas las plantas procesadoras que utilicen grandes cantidades de agua deben obtener una licencia para descargar efluentes y deben acatar las normas de protección ambiental.

La calidad de los alimentos

Tradicionalmente, la responsabilidad sobre la inocuidad de los alimentos recaía en la Oficina de Salud Pública del Ministerio de Salud; sin embargo, actualmente esta competencia se comparte con el nuevo Organismo de Salud y Agricultura de Belice.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

El nombramiento de los coordinadores locales de promoción de la salud fue una contribución importante a la descentralización de la educación y la promoción de la salud. En el año 2000 la Asociación de Alcaldes de Belice y el Ministerio de la Salud adoptaron la Iniciativa de Municipios Saludables y firmaron una declaración en un foro público sobre salud y equidad. Durante el período en revisión se iniciaron las actividades de dicha iniciativa en los distritos de Punta Gorda, Corozal y Orange Walk, así como el Programa de Escuelas Saludables.

El Ministerio de Salud ejecuta varios programas por medio de consultorios de salud materno-infantil, de cuidados pre y posnatales y de centros de consulta para niños sanos y enfermos. Estos centros prestan servicios de vacunación, control de crecimiento y alimentación para niños menores de 5 años, tratamientos para la diarrea y para trastornos menores, y educación general para la salud. En los centros para la diabetes y la hipertensión se ofrecen algunos servicios especializados de atención primaria, se administran tratamientos o se reenvían pacientes a otros lugares de atención. Ya están en funcionamiento programas de prevención y control de enfermedades transmisibles como la malaria, el dengue, la rabia, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Por medio de la Estrategia de Participación Comunitaria y Educación en Salud, el Ministerio de Salud ha promovido la creación de equipos intersectoriales en los distritos y poblados con el fin de promover la participación social en materia de salud.

Prevención y control de enfermedades

El programa de control de vectores se encarga de rociar sistemáticamente las viviendas, sobre todo en las zonas rurales. La Oficina de Salud Pública ejecuta programas de vacunación anti-rábica y actividades de educación para la salud. El programa de tuberculosis mantiene una clínica especializada para el tratamiento de esta enfermedad.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

Por intermedio del Sistema Nacional de Información sobre Salud y Vigilancia Sanitaria, el Ministerio de Salud ha creado una red de información descentralizada e integrada que incluye al Sistema de Información del Laboratorio Médico Central y permite generar informes en el ámbito distrital.

Agua potable y alcantarillado

Se están realizando inversiones considerables para la ampliación y el mejoramiento de los servicios de agua, principalmente en las zonas rurales. El abastecimiento de agua ha mejorado en los últimos años y en las zonas urbanas el agua corriente es segura para el consumo humano. Los problemas relacionados con la calidad del agua se concentran en las zonas rurales, sobre todo en comunidades donde el suministro de agua depende de pozos poco profundos y de riachuelos, como sucede en los distritos de Toledo y Cayo, que se consideran zonas de alto riesgo en cuanto a enfermedades transmitidas por el agua.

En contraposición, la cobertura de saneamiento sigue siendo baja, sobre todo en las zonas rurales. De acuerdo con datos recogidos en 1995, 59% de la población urbana tiene acceso a los servicios de saneamiento, frente a 22% en las zonas rurales. En 1999 la cobertura en las zonas urbanas aumentó a 71%, mientras que en las zonas rurales fue de solo 25,3%. Hay tres sistemas de tratamiento de aguas servidas, uno por cada ciudad, en Belice, Belmopán y San Pedro.

Manejo de residuos sólidos municipales

Sobre la base de los resultados de un estudio llevado a cabo en 1997 por el Proyecto de Manejo de Residuos Sólidos de Belice, se calcularon en US\$ 1,3 millones los gastos de manejo de residuos sólidos municipales, lo que representa un gasto promedio per cápita de US\$ 11,25. Aproximadamente 48% de esa suma se gastó en la ciudad de Belice, donde se genera 51% de los residuos sólidos del país.

Protección y control de alimentos

Debido a la importancia de la actividad agrícola, en Belice se utilizan grandes cantidades de plaguicidas con la intención de aumentar la productividad. Aunque la cantidad de plaguicidas disminuyó de 5,7 a 3,9 kg/persona/año, el uso de estos productos sigue siendo alto.

Los 21 casos (9 defunciones) notificados en 1999 por envenenamiento con plaguicidas solo reflejan el número de personas que acudieron a consultas médicas. Se cree que la mayoría de los casos relacionados con las labores agrícolas no han sido notificados y por lo tanto es necesario aumentar la vigilancia activa.

Al finalizar el año 2000 el Programa Nacional de Certificación sobre el Uso de Plaguicidas había capacitado a más de 10.000 personas y más de 6.000 habían recibido la certificación correspondiente.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

Los servicios públicos de atención en salud se centran en la atención primaria. Hay ocho hospitales, uno en cada distrito, excepto en los distritos de Cayo y Belice, que cuentan con dos hospitales cada uno. Tres de los hospitales funcionan a nivel regional prestando servicios de atención primaria; la atención secundaria solo se brinda en algunos hospitales. El hospital Karl Heusner Memorial cumple dos funciones, como hospital nacional de referencia y como hospital general del distrito de Belice. El Hospital Nacional de Salud Mental también está situado en el distrito de Belice. Ambos prestan atención individual. Los hospitales ofrecen servicios de urgencia, rayos X, cirugía, laboratorio, farmacia, medicina interna, obstetricia, pediatría, servicios generales de cirugía, así como algunos servicios especializados. Los servicios de urgencia están disponibles en horarios de trabajo y hay médicos de guardia para los casos fuera de los horarios normales. No hay protocolos establecidos para la atención de los pacientes ni para su referencia a los países vecinos.

En 1999 había 598 camas de hospital en el país; 93% (554) en el sector público y 7% (44) en el sector privado. La tasa de ocupación de camas en los hospitales fue de 23% en San Ignacio, 29% en Stann Creek, 30% en Belmopán, 35% en Punta Gorda, 40% en Orange Walk, 64% en Corozal y 78% en la ciudad de Belice. El promedio nacional de 55% indica que los servicios están subutilizados. Se registraron 16.949 altas de hospital en 1999, y la duración promedio de estancias fue de 3,2 días.

Hay 76 establecimientos públicos en Belice, 39 centros de salud y 37 puestos rurales de salud. Cada centro de salud atiende de 2.000 a 4.000 personas y presta servicios de atención materno-infantil, vacunación y control de vectores. La mayoría de los centros de salud prestan servicios periféricos cada seis semanas en los pueblos lejanos. Las clínicas itinerantes prestan 40% de los servicios de los centros de salud. La calidad y el alcance de los servicios suministrados por medio de las clínicas itinerantes varían de un distrito a otro.

Hay gran diferencia en el acceso a los servicios de salud entre las poblaciones urbanas y rurales, y entre los pobres y los que no lo son.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

Los servicios de laboratorio hacen pruebas diagnósticas para instituciones y establecimientos de consulta externa, vigilancia y tratamiento de pacientes. El Laboratorio Médico Central se encuentra en la ciudad de Belice y es el encargado de la supervisión técnica de los laboratorios del Ministerio de Salud. Entre sus tareas se encuentra la de garantizar la existencia de reactivos y asesorar en la compra y mantenimiento de los equipos. También supervisa el banco de sangre y el laboratorio del hospital Karl Heusner Memorial y presta servicios químicos, de bacteriología,

serología, citología, histología, hematología y transfusiones de sangre. En los hospitales situados fuera del distrito de Belice los laboratorios realizan actividades básicas de diagnóstico, además de tamizaje prenatal (que incluye la determinación de tipo sanguíneo, glucosa, hemoglobina, detección de anemia falciforme, prueba de tamizaje para sífilis); exámenes regulares para detectar parásitos en personas que manipulan alimentos, y envío al Laboratorio Médico Central de muestras para la detección de VIH y hepatitis B, y para exámenes de la función tiroidea, cultivos bacteriológicos, biopsias quirúrgicas y frotis de Papanicolaou. Puede ocurrir que el Laboratorio Médico Central examine productos alimentarios para descartar envenenamientos.

Hay un total de 22 laboratorios clínicos, 32% (7) en el sector público y 68% (15) en el sector privado. Las donaciones anuales de sangre aumentaron de 2.445 unidades en 1996 a 3.275 unidades en 2000.

Servicios especializados

El programa de salud materno-infantil presta los siguientes servicios: educación para una maternidad sin riesgos, promoción de la lactancia materna, suplementos de micronutrientes, vacunación con el toxoide tetánico, cuidados y consejos prenatales, detección y manejo de embarazos de riesgo, particularmente en adolescentes y primerizas, múltiparas, mujeres pobres y maltratadas. Se ofrece información y orientación para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, y sobre sus consecuencias para los niños. También asesora en cuestiones de planificación familiar, programas de apoyo a los afectados por la violencia doméstica y tamizaje para el cáncer de mama y de cuello del útero.

La Encuesta Nacional de Morbilidad y Mortalidad Maternas que se realizó en hospitales públicos reveló que la cobertura de la atención prenatal fue de 87% (al menos un control médico). Del total de partos, 18% fueron atendidos por médicos, 66% por enfermeras, 1% por enfermeras auxiliares y 11% por estudiantes de enfermería.

La atención de los adultos mayores se hace por medio de los establecimientos del Gobierno y la clínica St. Joseph Mercy, con una única sede en la ciudad de Belice. El Gobierno brinda apoyo a los adultos mayores a través del Ministerio de Desarrollo Urbano y de la Seguridad Social.

Hay cinco instituciones residenciales; dos de ellas son administradas por Helpage Belice y dos por el Ejército de Salvación. El Gobierno se encarga de un albergue en una comunidad semirural. Además, Helpage posee centros de atención diaria en seis distritos del país. Unos 100 adultos mayores reciben atención en los establecimientos residenciales de todo el país, y otros 200 aproximadamente se benefician de los servicios de cuidado diario y servicios no residenciales.

Los hospitales ofrecen servicios de estadía para pacientes psiquiátricos. El 80% de los pacientes son discapacitados crónicos, 60% de los cuales tienen más de 50 años. Los servicios ambula-

torios de psiquiatría atendieron 389 casos nuevos y 1.476 casos viejos en el año 2000. Se ofrecen diariamente servicios de intervención ante las crisis, seguimiento y evaluación clínica. Se atendió a 350 pacientes en varias instituciones comunitarias y en la calle. Los servicios auxiliares están aumentando y consisten en atenciones ofrecidas en la calle, visitas a hogares, prisiones y refugios, dispensarios, y los servicios que brinda la Clínica Mercy. Los trabajadores sociales, ocasionalmente acompañados por un psiquiatra, o las enfermeras con adiestramiento psiquiátrico se encargan de prestar estos servicios.

La Asociación de Salud Mental funciona como una junta asesora del Ministerio de Salud y se encarga de recomendar la ejecución de planes y programas para mejorar la salud mental.

Insumos para la salud

No se producen medicamentos en el país y tampoco existe control de calidad o fármacos importados. El formulario de medicamentos de Belice incluye 241 medicamentos y deben utilizarlo todos los médicos registrados. Por medio del sector de salud pública, todas las personas originarias de Belice tienen acceso a los medicamentos de la lista, siempre y cuando estén disponibles. Los principales problemas del sector público en cuanto al manejo de medicamentos son el presupuesto anual insuficiente, las adquisiciones ineficaces y un sistema de distribución poco funcional, lo que determina una escasez de fármacos frecuente y prolongada.

El monto que el Ministerio de Salud destina a medicamentos y suministros médicos fue de 15,7% en 1966, 14% en 1998 y 19% en 1999, con un gasto promedio anual por habitante de US\$ 21,60.

Recursos humanos

En la zona metropolitana de Belice se concentra más de la mitad del personal de salud (54% de los médicos, 52% de los asistentes de enfermería y 57% de las enfermeras profesionales). Entre 1996 y 2000 se firmó un acuerdo bilateral con Cuba y 67 médicos procedentes de este país llegaron a Belice para prestar atención primaria en las zonas rurales. Casi 75% del personal de salud trabaja en el sector público; el grupo más importante es el de los asistentes de enfermería y las enfermeras profesionales (84%). Aproximadamente 14% del personal trabaja en ambos sectores. El personal del sector público incluye a 202 trabajadores de salud de la comunidad, 135 parteras tradicionales, 117 matronas, 68 personas en control de vectores, 19 inspectores de salud pública, 7 educadores y 4 nutricionistas. En 1999 se calculó que había 0,1 médicos y 1,8 enfermeras por 1.000 habitantes.

Hay 61 farmacéuticos y 73 farmacias en ambos sectores. El 45% de los recursos humanos y las farmacias están en el distrito de Belice, lo que imposibilita el acceso a medicamentos esenciales en algunas zonas rurales.

La Universidad Saint Matthew en el distrito de San Pedro tiene una facultad de medicina privada; más de 90% de los estudiantes vienen de otros países. Solo los cursos iniciales se imparten en la Universidad; para continuar los estudios los estudiantes suelen ir a los Estados Unidos. Durante la realización de este estudio, la escuela de enfermería donde se diplomaban las enfermeras fue incorporada a la Universidad de Belice y se convirtió en la Facultad de Enfermería, que es la que otorga los diplomas universitarios en la actualidad.

Gasto y financiamiento sectorial

El Gobierno Central financia los servicios del sector salud. Como ya se mencionó, existen mecanismos de recuperación de costos tales como el pago directo por servicios, sobre todo para los servicios curativos y de laboratorio, pero el monto recuperado suele ser mínimo. Los ingresos pasan directamente a un fondo común y el establecimiento que los recauda no los puede utilizar.

La seguridad social de Belice paga US\$ 500.000 por año al Ministerio de Salud como reembolso de los servicios recibidos por accidentes laborales de todos los empleados protegidos por la seguridad social. De acuerdo con la Unidad de Planificación del Ministerio de Salud el gasto anual en servicios de atención de salud y otros costos afines ascendió a US\$ 39,1 millones. Unos US\$ 15,8 millones (40,5%) fueron pagados por el Gobierno, US\$ 23 millones (58,8%) directamente por los consumidores y un pequeño monto por los donantes (0,7%).

El gasto gubernamental en salud per cápita fue de aproximadamente US\$ 81 en 1991 y de US\$ 115,70 en 1998. Las inversiones realizadas en el periodo 1996–2000 ampliaron la red de establecimientos de salud, en particular las instalaciones de los hospitales.

En 1999 el gasto por atención médica de la seguridad social fue de US\$ 700.000, de los cuales 22% correspondió a cirugía, 17,5% a viajes relacionados con la atención terciaria y 8,3% a tratamientos.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

El Proyecto de Reforma del Sector Salud tiene un costo estimado en US\$ 18.126.000 y está financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (US\$ 9.800.000 o 54,06%), el Banco de Desarrollo del Caribe (US\$ 4.716.000 o 26,02%), la Unión Europea (US\$ 1.600.000 o 8,83%), y el Gobierno (US\$ 2.010.000 o 11,09%).

Belice ha firmado varios convenios bilaterales de cooperación técnica. Se elaboró, junto con las Bahamas, un programa para la interrupción del contagio del VIH de la madre al hijo. Cuba y Nigeria han enviado profesionales de salud para trabajar en el país. Belice está trabajando con México en el control de la malaria y con Nicaragua en el control de la rabia y las enfermedades transmisibles.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Belice, 2000.

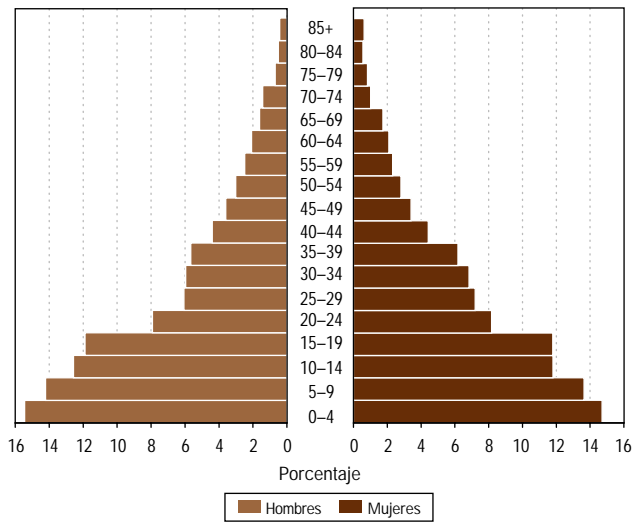
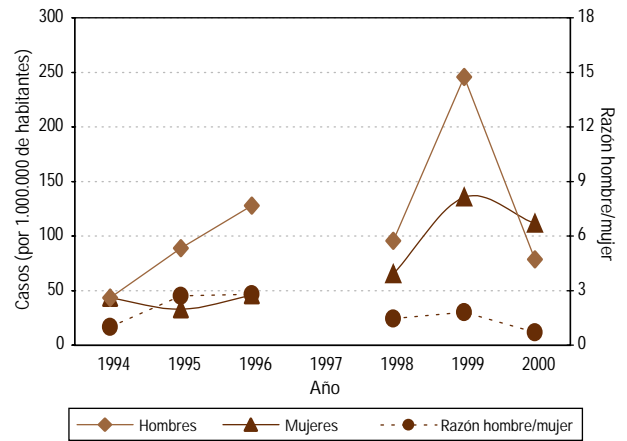
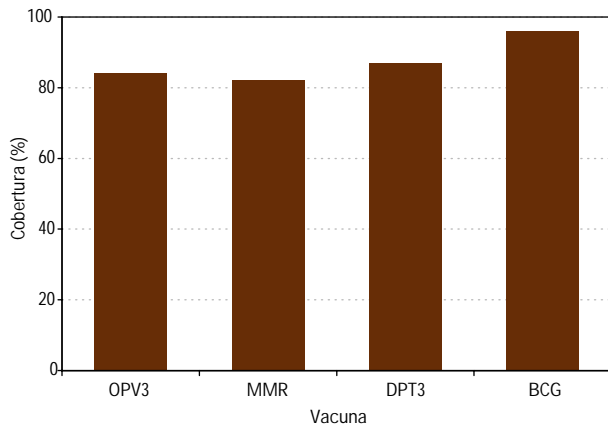


FIGURA 3. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Belice, 1994-2000.^a



^aDatos no disponibles para 1997.

FIGURA 2. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Belice, 1999.



BERMUDA

CONTEXTO GENERAL

Bermuda, el territorio ultramarino británico autónomo más antiguo, comprende un grupo de pequeñas islas situadas en el océano Atlántico y las siete de mayor extensión están conectadas por puentes. Está localizada a 940 km al oeste de Carolina del Norte, Estados Unidos de América. Las islas cubren una superficie aproximada de 52 km² y tienen una elevación máxima de unos 80 m. El clima subtropical es suave, húmedo y sin heladas, con temperaturas que oscilan entre 18 °C y 31 °C y una precipitación pluvial de 1.397 mm al año. Los huracanes son la única causa potencial de desastres naturales y la temporada dura de mayo a noviembre.

Hamilton es la capital de Bermuda. El territorio tiene nueve parroquias, a saber, Sandys, Southampton, Warwick, Paget, Pembroke, Devonshire, Hamilton, Saint Georges y Smiths. Pembroke es la parroquia más poblada.

La Constitución de Bermuda, establecida en 1968, se enmendó en 1989. Bermuda tiene un sistema de gobierno parlamentario similar al de Westminster y su sistema legal se basa en el derecho consuetudinario inglés. Las relaciones exteriores están bajo la responsabilidad del Reino Unido. El Primer Ministro nombra un Gabinete de 12 miembros. La Legislatura consta de un Senado de 11 miembros nombrados por el Gobernador y una Cámara de la Asamblea de 40 miembros elegidos.

Bermuda tiene muy pocos recursos naturales y debe importar casi todos sus bienes de consumo. Su economía se basa casi por completo en el turismo y en la empresa internacional. Aproximadamente una tercera parte de la fuerza laboral está empleada en el comercio mayorista, otra en restaurantes y hoteles y otra en servicios comunitarios, sociales y personales.

El país mostró un pequeño superávit de la balanza de pagos; el dólar de Bermuda está vinculado al dólar de los Estados Unidos sobre una base equivalente. La inflación se estimó en 2,7% anual en 2000. El turismo, que representa una proporción estimada en 28% del PIB, atrae 84% de sus actividades de América del Norte. Los sectores industrial y agrícola son muy pequeños; cerca de 80% de los alimentos se importan. La empresa

internacional aporta más de 60% de la producción económica de Bermuda. El PIB, al costo de los factores, aumentó de US\$ 1.900 millones en el período 1996–1997 a US\$ 2.100 millones en 1998–1999. La figura 1 muestra el crecimiento anual del PIB de Bermuda de 1991 a 1998.

En general, la población de Bermuda goza de buena salud, determinada por los indicadores normales. La población se estimó en 61.688 habitantes en 2000. Diecinueve por ciento de la población era menor de 15 años y 10% de 65 y más años (figura 2), lo cual es compatible con una población de edad avanzada. La población masculina se estimó en 29.703 personas (48%) y la femenina en 31.985 (52%). La densidad de población se estimó en 1.162 habitantes por km² en 2000. La razón de dependencia se estimó en 0,42 en 2000. En 1999, la tasa bruta de natalidad fue de 13,2 por 1.000 habitantes y la tasa de crecimiento demográfico anual, de 0,7%. La tasa total de fecundidad se estimó en 1,8 niños por mujer. En el período 1997–2000 hubo un total de 3.335 nacimientos; el mayor número (849) ocurrió en 1997 y el menor (824) en 1999. Aunque la esperanza de vida al nacer ha seguido aumentando, la diferencia entre los sexos se ha ampliado. La esperanza de vida al nacer alrededor de 2000 se estimó en 75 años para los hombres y 79 para las mujeres.

Había 27.200 familias en 1998; el tamaño de la familia siguió disminuyendo. En 2000, se estimó que 36% de las familias eran encabezadas por mujeres.

En el período 1997–2000, la mitad de la población pertenecía a tres religiones: la anglicana (28%), la católica (15%) y la episcopal metodista africana (12%). La composición racial de la población no ha cambiado mucho en el último decenio. En 1998, 61% de los residentes eran negros y 39% blancos y de otras razas. Los datos del censo indicaron que 75% de la población nacida en Bermuda era negra y que la población extranjera era principalmente blanca y de otras razas (79%).

La educación es gratuita en las escuelas públicas y obligatoria hasta la edad de 17 años. La tasa de alfabetización se ha estimado en un máximo de 97%. En 1998 había un total de 10.163 estudiantes matriculados en las escuelas primarias y secundarias públicas y privadas, y en el Bermuda College, una institución de

nivel terciario con programas de dos años de duración. En 1999 se matricularon 230 hombres y 396 mujeres en el Bermuda College; muchas personas naturales de Bermuda siguen estudios de nivel terciario en el exterior. La máxima tasa de matrículas correspondió a administración de hoteles y empresas (50% de los estudiantes) y a humanidades y ciencias (35%). Desde el decenio de 1980, el Bermuda College ha creado una estructura académica ampliada con vínculos a instituciones académicas extranjeras.

El nivel de vida de Bermuda es alto, con buenas viviendas y un sistema de transporte y comunicaciones bien desarrollado. Los caminos son de buena calidad y hay un sistema de transporte público bien establecido, con autobuses, taxis y transbordadores. El número de dueños de vehículos particulares es alto, aunque existe un límite de un vehículo por familia. Toda la población tiene agua potable en sus hogares y servicio de eliminación sanitaria de desechos.

La expansión económica registrada en el período 1997–2000 ocurrió principalmente en el sector financiero. En 2000, Bermuda tuvo uno de los mayores ingresos per cápita del mundo, con una paridad del poder adquisitivo estimada en US\$ 33.000 per cápita. En una encuesta de los principales grupos de ocupación en 2000, se estimó que la población masculina empleada ascendía a 19.310 personas y la femenina a 18.707. Las mujeres representan 50% de la fuerza de trabajo, y 30% de la fuerza de trabajo está constituida por extranjeros. Un gran número de contratistas trabajaban en la industria hotelera y en el sector de empresa internacional; por ley, todos ellos están incluidos en un programa de seguro de salud que garantiza el acceso equitativo a la atención de salud.

Como país desarrollado, Bermuda enfrenta problemas relacionados con la disminución de las tasas de fecundidad y el aumento de la longevidad, tales como la reducción de la fuerza laboral, el aumento de la demanda de viviendas y una creciente población anciana, con las consiguientes necesidades sociales y de salud. El aumento de los costos de la atención de salud ha exigido que el Gobierno busque medidas de reducción de costos y que, al mismo tiempo, tenga en cuenta las necesidades de una población de edad avanzada cada vez mayor, particularmente de los pobres. También se abordaron los factores de riesgo para la salud ambiental y general relacionados con los patrones de desempleo.

Mortalidad y morbilidad

Hubo 446, 526 y 451 defunciones por todas las causas en 1997, 1998 y 1999, respectivamente, con una razón hombre/mujer cercana a 1:2 en cada año. En 1999, la tasa bruta de mortalidad fue de 7,1 por 1.000 habitantes. Las enfermedades del sistema circulatorio representaron 39% (176) del total de defunciones en 1999, en tanto que las neoplasias malignas constituyeron 31% (138). Hubo 30 defunciones por enfermedades transmisibles (incluso 9 por VIH/SIDA), 24 por causas externas y 2 por ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Según el Ministerio de Salud,

Servicios Sociales y Vivienda, las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias malignas ocuparon los lugares primero y segundo entre las principales causas de defunción en cada año del período 1990–1998. En 1997 y 1998, las enfermedades respiratorias reemplazaron al SIDA como la tercera causa de defunción en importancia (1993–1996). Los accidentes, la violencia y la diabetes también han estado entre las cinco causas principales de defunción desde 1997.

Entre mediados de 1998 y mediados de 2000, los datos del hospital general mostraron que el asma era el diagnóstico principal (322 casos), seguida de neumonía (273) y de cálculos en la vesícula biliar (174). Los principales problemas de salud, según indican los datos de mortalidad, fueron cáncer, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular mortal, VIH/SIDA y accidentes de transporte terrestre. En 1999, el Informe sobre el Bienestar Físico de los Adultos indicó que 58% de los entrevistados citaron el SIDA y las infecciones de transmisión sexual como el motivo de mayor preocupación, seguidos de cáncer (49%), abuso de drogas y alcohol (43%), diabetes (25%), enfermedades del corazón (22%), y obesidad y otras enfermedades relacionadas con la alimentación (20%).

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

En Bermuda casi todos los nacimientos ocurren en el hospital. Hubo ocho defunciones de lactantes y seis muertes fetales en el período 1997–2000; no se notificaron defunciones de lactantes en 2000. La prevalencia de bajo peso al nacer fue de 4,1% en comparación con 7% en 1992. No se registraron defunciones de lactantes por enfermedades transmisibles en el período 1995–1999. Alrededor de 1999, las enfermedades respiratorias eran la principal causa de hospitalización de los niños menores de 1 año.

No hubo defunciones en el grupo de 1 a 4 años en el período 1997–2000. Durante ese período se notificaron 453 casos de gastroenteritis en menores de 5 años.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

Entre 1997 y 2000 se registró una muerte en el grupo de 5 a 9 años de edad (una niña). Hubo 868 casos de gastroenteritis en dicho grupo de edad en el período 1998–2000.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

Hubo una defunción en el grupo de 10–14 años (una niña, por un accidente de motocicleta en 1998) en el período 1997–1999. En ese período se registraron dos defunciones de varones de 15 a 19 años de edad, también por accidentes de motocicleta. Los accidentes fueron la principal causa de defunción de los jóvenes de 15 a 19 años de edad y una de las principales causas de hospita-

lización en dicho grupo de edad, junto con el embarazo y las enfermedades respiratorias.

En 2000, la Comisión Nacional de Medicamentos realizó una encuesta de estudiantes de la escuela intermedia y secundaria para determinar el consumo de alcohol y drogas. Entre los entrevistados, 28% indicaron que bebían alcohol, 10% que usaban tabaco y 14% marihuana. Esta encuesta mostró también que muy pocos estudiantes (alrededor de 1%) eran usuarios de cocaína crack, cocaína, heroína, LSD o éxtasis.

En una encuesta nacional de estudiantes de la escuela intermedia y secundaria realizada en 2000, 276 (8%) estudiantes indicaron que habían considerado seriamente el suicidio en el último año; de ese grupo, 171 (64%) eran mujeres. En la encuesta se observó que el suicidio ocupaba el tercer lugar entre las principales causas de defunción de los adolescentes. En lo que respecta a la seguridad de los vehículos de motor, 2.907 (83%) de los estudiantes indicaron que no usaban cinturones de seguridad todo el tiempo. Además, 1.450 (42%) tampoco usaban cascos en forma permanente al montar en bicicleta, vehículos de uso múltiple o motocicleta ni al patinar en línea.

La obesidad es motivo de preocupación para el sistema de salud pública de Bermuda. Aproximadamente 10% de los niños y adolescentes de 5 a 15 años tienen un peso para la edad superior al nivel recomendado y algunos son obesos. Se ha mantenido la reducción de la incidencia de caries dental en el último decenio y, en general, la salud oral de los niños es excelente. Eso se atribuye en gran medida a un programa de atención dental preventiva para lactantes y niños pequeños en que se ofrece gratuitamente tratamiento con fluoruro. Se ha mantenido un alto grado de participación en el programa de salud escolar voluntario.

Durante el período 1996–2000 hubo 25 partos correspondientes a jóvenes menores de 15 años, de los cuales 18 fueron nacidos vivos. Se notificaron 386 partos en el grupo de 16 a 19 años de edad y 411 nacidos vivos de madres de 16 a 20 años de edad. Hubo 48 abortos terapéuticos en adolescentes (12,4% de los partos correspondientes a adolescentes).

La salud de la población adulta (20–59 años)

Hubo 303 defunciones de adultos de 20 a 59 años en el período 1997–1999. De esa cifra, 189 (62%) eran hombres; la razón hombre/mujer fue de 1,17:1. Solamente 36 (12%) de esas defunciones ocurrieron en el grupo de 20 a 34 años de edad; en su mayoría (267 o sea 88%) ocurrieron en el grupo de 35 a 59 años. En 1999, 8 de 11 defunciones de personas de 20 a 34 años de edad se debieron a causas externas, en tanto que 30 de las 86 defunciones de personas de 35 a 59 años de edad se debieron a neoplasias y 27 a enfermedades del sistema circulatorio.

Hubo 58 defunciones por diabetes en el período 1997–1999; en 1999 todas correspondieron a personas mayores de 40 años. Además, en 1997–2000 hubo 860 internados por diabetes en el hospital general, con una estadía promedio de 28,6 días en 1998–1999 a 20,5 días en 2000.

El parto y los accidentes fueron las principales causas de hospitalización de los adultos de 25 a 44 años, y las enfermedades de los sistemas circulatorio y digestivo y diversas clases de cáncer fueron las principales causas de admisión de las personas de 50 a 64 años.

En el período 1997–1999 hubo 887 casos de infección por infecciones de transmisión sexual, excluido el VIH/SIDA.

El Informe sobre el Bienestar Físico de los Adultos (1999) indicó que 35% de ellos eran obesos (IMC \geq 30) y que 57% tenían peso excesivo o eran obesos (IMC \geq 25).

En 1999, 90% de las mujeres que necesitaban mamografía la recibieron, 95% de las mujeres mayores de 40 años se sometieron a un frotis de Papanicolaou y 60% de los hombres mayores de 40 años habían tenido un examen de la próstata. En su mayoría, las mujeres embarazadas seguían haciendo su primera consulta prenatal durante el primer trimestre en establecimientos públicos o en consultorios privados; alrededor del año 2000, 99% de los nacimientos ocurrían en los hospitales. En 2000, más de 95% de las mujeres embarazadas recibieron atención prenatal y 99% fueron completamente inmunizadas contra el tétanos; todos los nacimientos ocurrieron en el hospital. De los 4.168 nacimientos ocurridos en el período 1996–2000, 976 (23%) correspondieron a mujeres mayores de 35 años y se consideraron embarazos de alto riesgo. Esto refleja el envejecimiento de la población e indica que muchas mujeres optan por tener hijos a mayor edad.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Los adultos mayores representan el grupo de crecimiento más acelerado de la población de Bermuda. Las enfermedades del corazón y el cáncer están entre las principales causas de defunción de las personas de 60 y más años. En el período 1997–1999 hubo 1.107 defunciones en este grupo de edad, que representaron 78% del total. Se registraron 352 defunciones en este grupo de edad en 1999, de las cuales 149 (42%) se debieron a enfermedades del sistema circulatorio y 108 (31%) a neoplasias.

Las causas más comunes de hospitalización de las personas de 65 a 74 años incluyeron las enfermedades del sistema circulatorio, el cáncer y las enfermedades del sistema digestivo. Entre las personas de 75 y más años, las principales causas de hospitalización fueron las enfermedades de los sistemas circulatorio y respiratorio. Los datos del hospital general indican que entre mediados de 1998 y mediados de 2000, 85 personas de 65 y más años fueron hospitalizadas por neumonía, 84 por síndrome coronario intermedio, 81 por cardiopatía congestiva y 75 por cataratas.

La salud de los trabajadores

La Oficina de Salud y Seguridad supervisa la aplicación del reglamento sanitario en el lugar de trabajo. Se han establecido políticas de prohibición de fumar en las oficinas públicas y prácticamente en todas las demás instituciones. En el período 1995–2000 no hubo muertes en sitios industriales.

La salud de los discapacitados

Bermuda tiene dos instituciones de educación especial para niños con minusvalías y deficiencias. Además, se ofrecen servicios en Summerhaven, un complejo de vivienda especialmente equipado, para adolescentes y adultos con deficiencias físicas. Los estudiantes discapacitados de escuelas especiales se incorporan al sistema escolar ordinario, donde se asignan paraprofesionales con el fin de facilitar el proceso; en el período 1997–2000 se estableció un puesto público para coordinar esta actividad. En 2000 se creó una entidad para velar por el respeto de los derechos humanos universalmente reconocidos de las personas discapacitadas.

Por tipo de enfermedad o daño

En 1997–2000 no hubo ningún desastre natural ni se notificaron zoonosis, ni siquiera rabia. No se ha notificado cólera por lo menos en 40 años.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Hay poca incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación. La inmunización contra difteria, sarampión, parotiditis, tos ferina, poliomielitis, rubéola y tétanos se ha mantenido en niveles constantemente altos. En el plan nacional de inmunización también se incluyen las vacunas contra la hepatitis B y contra *Haemophilus influenzae* tipo b.

Enfermedades infecciosas intestinales

Hubo 187 casos de salmonelosis y 4 de shigelosis en el período 1997–2000; en 1998–2000 se notificaron 55 casos de otras enfermedades transmitidas por los alimentos.

Infecciones respiratorias agudas

Hubo 62 defunciones por infecciones respiratorias agudas en el período 1997–1999; de ese número, solamente cuatro fueron de personas menores de 60 años. Se registraron 1.169 internados en el hospital general por asma, con una estadía promedio de 6,0 días en 1998 a 4,2 días en 2000. Es motivo de preocupación el hecho de que las enfermedades respiratorias fueron la tercera causa más importante de defunción en 1997 y 1998, y que el asma y la neumonía fueron las principales causas de hospitalización durante el período 1998–2000.

VIH/SIDA

El VIH y el SIDA, notificados por primera vez en 1982, son un grave problema de salud pública en Bermuda. La figura 3 muestra la incidencia anual de SIDA en Bermuda de 1991 a 2000. A fines de 2000, se había registrado un total de 453 casos y habían muerto 359 personas (79%). Las mujeres representaron 24% del total de casos notificados. Se registraron cuatro casos pediátricos durante el período 1982–2000. Noventa por ciento del total de casos ocurrieron en la población negra. La mayoría de los casos

(208 o sea 46%) ocurrieron en el grupo de 30 a 39 años, seguido por el de 40 a 49 años (135 o sea 30%); hubo solamente 45 casos (10%) de personas de 20 a 29 años. Treinta y nueve por ciento de los casos se notificaron en toxicómanos que se inyectan por vía intravenosa y 30% en hombres homosexuales o bisexuales. Se ha reducido gradualmente el porcentaje de casos ocurridos en los toxicómanos que se inyectan por vía intravenosa, pero ha aumentado en los hombres homosexuales y bisexuales y en las parejas heterosexuales de las personas infectadas por el VIH.

Infecciones de transmisión sexual

Las tasas de incidencia de infecciones de transmisión sexual no cambiaron mucho en el período 1997–2000. Se redujeron los casos notificados de infecciones gonocócicas y hubo un leve aumento de los de sífilis, infección por *Chlamydia* y uretritis no específica. La tasa de incidencia de herpes se ha mantenido más o menos igual. En el período 1997–1999 hubo 252 casos (22%) de infecciones de transmisión sexual, excluido el VIH/SIDA.

Enfermedades del sistema circulatorio

El número de defunciones por enfermedades del sistema circulatorio en 1998 (195) fue 1,8 veces mayor que en 1990 (110). Las tasas de defunción por enfermedades del corazón se mantuvieron inaceptablemente altas en el período 1997–2000. Cerca de una de cada cinco defunciones se debió a enfermedades cardiovasculares en 1999. En ese año hubo 176 defunciones por enfermedad cardiovascular, 38% de las cuales se debieron a infarto agudo del miocardio, 25 a enfermedad cerebrovascular, 20 a cardiopatía isquémica crónica, 15 a cardiopatía aterosclerótica y 6 a aterosclerosis. Hubo 2.038 hospitalizaciones por enfermedad cardiovascular entre 1997 y 2000, con una estadía promedio de 11,6 días en 1997 a 7,3 en 2000.

Neoplasias malignas

El número de defunciones por neoplasias malignas en 1998 (157) fue 1,4 veces mayor que en 1990 (109). En el período 1996–1998, hubo 79 defunciones por neoplasias malignas de los órganos digestivos, 62 de los órganos respiratorios, 54 de la mama femenina, 47 de los órganos genitales masculinos y 20 de la piel. En 1999, hubo 138 defunciones por neoplasias malignas, de las cuales 27 fueron de la tráquea, los bronquios o los pulmones, 17 de la próstata, 13 de la mama femenina, 10 del páncreas, 4 del estómago y 2 del útero. Aproximadamente una de cada cuatro defunciones se atribuyó a cáncer, cuya frecuencia como causa de defunción ha aumentado.

En el período 1997–2000 se diagnosticaron 225 casos de neoplasia maligna de los órganos genitales masculinos, 201 casos de los órganos digestivos, 196 de la mama femenina, 193 de la piel y 115 de los órganos respiratorios.

Accidentes y violencia

Hubo 67 defunciones por accidentes y violencia en el período 1997–1999. Los accidentes son un grave problema de salud

pública que contribuye considerablemente a la morbilidad y mortalidad. Aunque se ha introducido el uso de alcoholímetros y están en marcha varias campañas de seguridad vial, el número de muertes por accidentes de transporte terrestre se mantuvo elevado. Los accidentes fueron la principal causa de defunción de las personas de 15 a 34 años de edad que, en su mayoría, fueron hombres.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En la política de salud de Bermuda se recalcan varios campos, entre ellos salud materno-infantil, salud de los escolares, atención de enfermería en la comunidad para los adultos mayores, salud dental, control de enfermedades transmisibles, salud mental y abuso de alcohol y drogas. Los grupos de población designados para recibir atención especial comprenden las madres y los niños lactantes, los escolares y los adultos mayores.

En el período 1997–2000, la política de salud pública se centró en mejorar la infraestructura de salud pública para facilitar la prestación de servicios de salud. También se hizo hincapié en la educación para la salud, las funciones básicas de salud pública y la formación profesional.

La reforma del sector salud

En el período 1997–2000 se hicieron análisis para buscar estrategias de contención del costo creciente de los medicamentos y de la atención de salud y, al mismo tiempo, para atender las necesidades del creciente número de adultos mayores y de personas pobres. Entre las soluciones cabe citar una reestructuración de los programas de seguro para esos grupos con el fin de ampliar la disponibilidad de productos farmacéuticos, especialmente para el tratamiento de la diabetes, la insuficiencia cardíaca crónica y el asma. En 2000, se propuso la creación de un centro de servicio completo para los adultos mayores. También se abordó la cuestión de atención hospitalaria frente a la de atención domiciliar para los ancianos.

Las actividades de reforma del sector salud se concentraron en varios campos, particularmente, en los de garantía de la calidad en los hospitales, rendición de cuentas por parte de los médicos y administración de programas. Además, el hospital instituyó una estructura departamental en virtud de la cual se crearon cargos de jefatura en los departamentos de cirugía, medicina y pediatría.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

Los sistemas de atención de salud públicos y privados colaboran estrechamente en la prestación de servicios de atención de

salud. La responsabilidad de la atención de salud pública se asigna al Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda. El Ministerio tiene el mandato de promover y proteger la salud y el bienestar de los residentes de Bermuda, y la responsabilidad de asegurar la prestación de servicios de atención de salud, establecer normas y coordinar el sistema de atención de salud. El Ministro de Salud establece la política pública y rinde cuentas al Gabinete. El Ministerio se encarga de la planificación y evaluación de salud; no existe ningún organismo central de planificación.

El Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda está compuesto por varios departamentos y entidades, entre ellos el Departamento de Servicios para el Niño y la Familia, el Departamento de Asistencia Financiera, la Corporación de la Vivienda y la Comisión Nacional de Medicamentos. Cada departamento se encarga de su propio funcionamiento bajo la autoridad del Secretario Permanente y la dirección del jefe o director del departamento.

El Ministerio también tiene la responsabilidad de los dos hospitales de Bermuda, a saber, el Hospital King Edward VII Memorial (general) y el Hospital Saint Brendan (psiquiátrico). El hospital general tiene 226 camas y pabellones privados, semiprivados y públicos. Los servicios están organizados en cinco programas multidisciplinarios: atención continua, atención crítica, atención materno-infantil, atención médica y atención quirúrgica. El personal de enfermería y medicina, contratado local y mundialmente, es diverso y ofrece atención médica y de enfermería de alta calidad dentro de la comunidad con procedimientos y equipo tecnológico modernos.

Legislación sobre salud

En virtud de la Ley de Reforma de la Salud Pública (1999) y del Reglamento de Salud Pública sobre Mamografía (2000) se introdujeron requisitos para el registro, la acreditación y la administración de programas y establecimientos de mamografía. Con la Ley sobre la Infancia de 1998 y el Reglamento sobre Guarderías se establecieron nuevas normas de servicios de guardería para los proveedores. La Ley sobre Internados y Residencias para Ancianos de 1999 estableció normas para los establecimientos de atención prolongada de los adultos mayores. La Ley de Reforma de la Salud Mental de 1997 modificó en forma integral las leyes vigentes de salud mental. La Ley de Reforma de las Profesiones Complementarias a la Medicina de 2000 amplió las categorías de personal de salud sujeto a reglamentación. Con esta ley inicial también se actualizaron las definiciones de las categorías existentes y se establecieron requisitos para nuevo registro y educación continua. La Ley sobre Enfermería de 2000 estableció requisitos para categorías de personal de enfermería y educación continua.

La participación privada en el sistema de salud

Hay un extenso sector privado con prácticas basadas en el cobro de tarifas por servicios y un creciente número de grupos

informales o sociedades de especialistas médicos y paramédicos; parte de ellos se concentran en atención primaria.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

Bermuda no tiene un sistema universal de seguro de salud financiado con fondos públicos. Los servicios de seguro de salud se prestan por medio de compañías privadas, entidades públicas y empleadores. Los empleados del Estado están asegurados por medio del Programa de Seguro de Salud para Empleados Públicos, y varios empleadores de importancia administran programas autorizados de cobertura de sus empleados. La Comisión del Seguro Hospitalario administra el Plan de Seguro de Hospitalización, que forma parte del seguro de salud. Dicho plan tiene un período anual de inscripción abierta para posibilitar el acceso a todos los residentes de Bermuda al seguro de salud (hospitalización). Este último seguro es obligatorio para todas las personas empleadas y para los trabajadores autónomos. Tanto los empleadores como los empleados hacen aportes al seguro de hospitalización y los primeros contribuyen con 50% del costo de la prima. La cobertura del seguro es casi universal y algunas personas tienen más seguro del necesario. Las pólizas de seguro vendidas por compañías privadas y entidades públicas están reglamentadas por medio de la Comisión del Seguro Hospitalario y deben proporcionar un mínimo obligatorio de beneficios (conocido como Beneficio Hospitalario Normal).

Se ha creado un Fondo Mutuo de Reaseguro, administrado también por la Comisión del Seguro Hospitalario, para cubrir los costos de diálisis, medicamentos contra el rechazo y atención en el hospicio. Se ofrece hospitalización gratuita a los niños y los adultos mayores; los costos se sufragán por medio de un subsidio del Estado al Consejo Directivo de los Hospitales de Bermuda.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

La responsabilidad de la prestación de servicios de salud pública se asigna al Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda, que tiene el mandato de ofrecer servicios de prevención y control de la enfermedad y de promoción de la salud. Dicho Ministerio sirve también de organismo de reglamentación y vigila la inocuidad de los alimentos y la calidad del agua y del aire. También suministra una gran variedad de servicios de salud pública, entre ellos de salud personal, dental y ambiental.

El Servicio de Salud Pública participa muy activamente en la prestación de servicios personales de salud y administra varios programas tradicionales de salud pública, entre ellos de salud materno-infantil; salud escolar; inmunización; control de enfermedades transmisibles; atención de salud domiciliaria, que incluye visitas de salud, servicios de enfermería en los distritos y atención especializada seleccionada para enfermedades como el

SIDA; rehabilitación; educación para la salud; y promoción de la salud.

Bermuda se divide en tres regiones de salud para facilitar la prestación de servicios de salud pública. En cada región, el Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Viviendas administra un centro de salud que ofrece atención prenatal, planificación familiar, inmunizaciones, salud infantil y otros servicios de atención primaria, así como atención odontológica para niños.

Varios organismos voluntarios privados prestan algunos servicios especializados con asistencia del Gobierno, por ejemplo, atención de enfermería oncológica comunitaria, servicios particulares para las personas infectadas por el VIH y otros.

Los Hospitales King Edward VII Memorial y Saint Brendan son administrados por el Consejo Directivo de los Hospitales de Bermuda, un órgano legal nombrado por el Ministro de Salud, Servicios Sociales y Vivienda. La Junta delega las responsabilidades diarias del funcionamiento del hospital a un Director Ejecutivo, quien cuenta con la asistencia de varios administradores de nivel superior, entre ellos un Jefe de Personal y un Director de Servicios de Enfermería y Atención a los Pacientes. Varios comités de personal médico que representan a los profesionales de ese campo participan en la administración del hospital. Ambos hospitales se someten a exámenes periódicos de acreditación por parte del Consejo Canadiense para la Acreditación de Hospitales. No hay ningún hospital privado en Bermuda.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

Para el ejercicio de la mayoría de las profesiones de la salud se necesita tener licencia. El ejercicio de la medicina está reglamentado por medio del Consejo Médico de Bermuda en virtud de la Ley sobre el Ejercicio de la Medicina de 1972. Las enfermeras se inscriben anualmente en el Consejo de Enfermería de Bermuda y los farmacéuticos están reglamentados por medio del Consejo de Farmacia de Bermuda. La Junta Dental de Bermuda concede licencia a los odontólogos y la Junta de Oculistas, a los oculistas y optometristas. El Consejo sobre Profesiones Complementarias a la Medicina registra y reglamenta a los profesionales de los campos de nutrición y dietética, fisioterapia, audiología y otros. También hay asociaciones profesionales para estas categorías de personal de salud.

No hay disposiciones legales para el registro de personal de enfermería de atención directa ni de ayudantes de medicina. Se ha redactado la legislación que rige a los psicólogos. No hay ningún reglamento sobre los orientadores.

Los mercados básicos en salud

El Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda vigila la fabricación, importación y distribución de medicamentos y suministros médicos. La importación de medicamentos sigue estrictas normas; por ejemplo, no se pueden importar a Bermuda medicamentos no autorizados para su consumo en el país de

fabricación. Los principales proveedores de medicamentos son el Canadá, los Estados Unidos y Gran Bretaña. El Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda también vigila la importación y el empleo de vacunas y sustancias biológicas, así como la calidad y aplicabilidad del equipo médico.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

En el período 1997–2000 se estableció un programa integral de atención de salud escolar llamado “Salud para el éxito”. La finalidad de este proyecto era crear una red para ampliar las actividades de promoción de la salud en las escuelas y comunidades.

Se prohíbe la propaganda de productos del tabaco y el Departamento de Servicios para el Niño y la Familia controla la propaganda de productos del tabaco en los periódicos.

Prevención y control de enfermedades

Las actividades y funciones de prevención y de control de las enfermedades competen al Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda, que también ofrece servicios de análisis de salud y de epidemiología. En el país se realizan pruebas ordinarias de laboratorio, y existen acuerdos oficiales con laboratorios extranjeros para la realización de algunas pruebas especializadas.

Agua potable y alcantarillado

Se prestan servicios de suministro de agua potable y eliminación sanitaria de excretas individualmente a cada casa; los hoteles y otros establecimientos tienen sus propios sistemas. Puesto que hay pocas fuentes naturales de agua en Bermuda, el agua se obtiene principalmente por medio de un sistema de recolección en cisternas en los tejados. La desalinización por medio de un proceso de ósmosis inversa y el tratamiento del agua en la planta de Wellington complementan las necesidades de abastecimiento de agua de los sectores hotelero y residencial. Por ley, el agua de pozo debe emplearse solamente para fines distintos del de la bebida. Sin embargo, hay algunos pozos explotados con licencia privada que complementan las reservas de agua en depósito; la vigilancia de dichos pozos está a cargo de la División de Salud Ambiental.

La eliminación sanitaria de excretas se realiza por medio de fosas sépticas individuales, puesto que la formación de piedra caliza de las islas proporciona un sistema natural de filtración. Se vigilan las playas y los puertos para controlar la evacuación o el vertimiento de las aguas servidas al mar. Los barcos se conectan a una línea principal de evacuación de aguas servidas que se eliminan en la capital y en Dock Yard (un puerto). En la ciudad de Saint George, las aguas servidas de los barcos se eliminan en un tanque de retención. Por lo general, las aguas servidas se tratan y solo después se canalizan al mar. Se realizó vigilancia para ase-

gurarse del tratamiento de dichas aguas antes de su evacuación al mar y, a pesar de que no se notificaron graves problemas de salud, el proceso fue motivo de preocupación y se sometió a examen en el período 1997–2000.

Protección y control de alimentos

La protección y el control de los alimentos, incluso la vigilancia y el control de la calidad de los importados, competen al Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda, que también vigila a los manipuladores de alimentos y a los vendedores ambulantes.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

Los servicios de atención primaria de salud, generalmente disponibles por solicitud, se prestan en consultorios privados, centros de salud pública y consultorios de atención ambulatoria de los hospitales. Se prestan otros servicios de atención ambulatoria por medio de clínicas especializadas y de las salas de urgencia del hospital. Gran parte de la atención primaria de salud se presta por medio del sector privado. En su mayoría, los médicos y odontólogos son profesionales independientes que ejercen en el sector privado. Casi todos los demás proveedores de atención de salud forman parte del personal asalariado empleado por los hospitales, el Servicio de Salud Pública o médicos particulares.

No hay organizaciones para el mantenimiento de la salud, asociaciones de ejercicio profesional independiente ni organizaciones de prestadores preferidos. Tampoco hay disposiciones sobre la atención médica prepagada. Existe un pequeño número de prácticas en grupo de varias especialidades y algunas sociedades formadas por especialistas. Los médicos de atención primaria, entre ellos los internistas y los pediatras, representan la mitad del total de médicos en ejercicio activo. Los médicos generales (es decir, de la familia) y otros médicos de atención primaria coordinan el cuidado y controlan el acceso a otros especialistas. Las consultas médicas son una parte importante del contacto del médico con el paciente. Casi todos los médicos tienen privilegios de admisión en los hospitales.

Además de su especialidad, que son los dispensarios de atención ambulatoria, el hospital general administra un consultorio de atención primaria para indigentes. La estadía promedio en el hospital general fue de 8,1 días en 1996–1997 y de 7,7 en 1998–1999. La tasa de ocupación se redujo de 76% en 1996–1997 a 69% en 1998–1999.

Los servicios de atención de urgencias y de cirugía ambulatoria se prestan solamente en el hospital. Hubo más de 32.349 consultas de pacientes a la sala de urgencias en 1999.

No hay hospitales de atención secundaria ni terciaria en Bermuda. Sin embargo, se presta atención terciaria por medio de

vínculos con instituciones de los Estados Unidos, el Reino Unido y el Canadá.

Servicios especializados

El hospital general presta servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes con una gran variedad de afecciones médicas. Los servicios comprenden medicina, cirugía, obstetricia y ginecología, rehabilitación y geriatría. El hospital también presta algunos servicios especializados, entre ellos oncología, diálisis renal y atención médica y quirúrgica intensiva.

Los servicios de atención de salud mental son prestados por psiquiatras, psicólogos, un asistente social especializado en psiquiatría, especialistas en bienestar mental que trabajan en el hospital Saint Brendan y el Programa de Asistencia a los Empleados. Saint Brendan, el único hospital psiquiátrico de Bermuda, ofrece atención y tratamiento a personas con enfermedades y deficiencias mentales. Este hospital, acreditado por el Consejo Canadiense de Administración de Servicios de Salud y reconocido por el Real Colegio de Psiquiatría como sitio de formación de médicos residentes en psiquiatría, ofrece atención integral y servicios de salud mental de alta calidad. Dentro de la estructura de la Administración de Programas, Saint Brendan cubre todos los campos de la psiquiatría, entre ellos atención psiquiátrica general y de casos agudos en adultos, niños y adolescentes, rehabilitación, atención comunitaria, atención ampliada y las subespecialidades de discapacidad para el aprendizaje y uso indebido de sustancias. Se prestan servicios de psiquiatría forense a las prisiones y de consulta al hospital general y a varias instituciones de servicio social. El hospital de 120 camas, que atiende aproximadamente a 600 pacientes ambulatorios por año, ha pasado por un proceso de desinstitucionalización en los últimos 20 años y, hoy en día, tiene varios hogares colectivos comunitarios. Un grupo interdisciplinario y multicultural de profesionales presta esos servicios. Saint Brendan administra un hospital diurno y un dispensario donde se presta atención ambulatoria y suministra servicios comunitarios. También mantiene una casa de transición y apoya a otros establecimientos dentro de la comunidad. Con excepción de un psiquiatra en ejercicio particular, el Consejo Directivo de los Hospitales emplea a todos los psiquiatras especializados en Bermuda como asalariados.

El Consejo Directivo de los Hospitales y el Estado 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. Agape House, un hospicio para enfermos terminales, proporciona asistencia a pacientes con SIDA, entre otros. Es administrada por el Consejo Directivo de los Hospitales y parcialmente subvencionada con fondos públicos. Hay 11 internados para ancianos, entre ellos residencias que prestan un limitado número de servicios personales y de atención de enfermería, así como casas que ofrecen alojamiento y comida y asistencia limitada en materia de servicios personales. Casi

todos estos establecimientos están financiados parcialmente con fondos públicos.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso

En general, Bermuda tiene suficientes recursos humanos para atender sus necesidades de salud. En el período 1997–2000 aumentó el número de médicos y de especialistas visitantes. En 1999 había 16,7 médicos por 10.000 habitantes. Había 195 médicos en ejercicio activo y, aunque se supone que este número es suficiente para atender las necesidades, hubo escasez en algunos campos de especialización. Las especialidades comprenden medicina general y de familia (33), medicina interna (9), anestesiología (8), medicina de urgencias (7), salud pública y medicina preventiva (65), pediatría (5), psiquiatría (5), cirugía general (4), obstetricia y ginecología (4), ortopedia (4), medicina de deportes (4), otorrinolaringología (3), radiología (3), cardiología (2), dermatología (2), oftalmología (2), patología (2), geriatría (1) y urología (1).

Las enfermeras representan el mayor grupo de proveedores de atención de salud en el país; en 1999 había más de 800 enfermeras diplomadas, habilitadas y especializadas en psiquiatría. Las enfermeras diplomadas representaban 75% del total. Casi todas trabajaban en el hospital y una gran proporción de ellas eran extranjeras. Hay una escasez constante en algunas especialidades de enfermería.

Había 4,6 dentistas por 10.000 habitantes; 27 de ellos estaban en ejercicio activo y 5 pertenecían al Servicio de Salud Pública. En su mayoría, los dentistas particulares tienen práctica independiente. También hay servicios especializados de odontología, como periodoncia y ortodoncia.

Además, existe una gran variedad de personal paramédico, que incluye 40 tecnólogos de laboratorio médico, 23 técnicos de radiografía, 15 terapeutas ocupacionales, 15 fisioterapeutas, 10 nutricionistas y dietistas y 7 terapeutas de la palabra y del lenguaje. También hay 38 farmacéuticos, que prestan servicios que abarcan desde la farmacia minorista hasta la farmacología clínica. Casi todos los farmacéuticos son empleados asalariados. Las enfermeras-parteras están registradas pero no prestan atención independiente.

Formación del personal de salud

Bermuda no tiene facultades de medicina ni programas de educación médica de posgrado, aunque se exige educación médica continua a los médicos que trabajan en los hospitales. En el Bermuda College se ofrecen cursos de repaso y programas de grado para enfermeras, en conjunto con instituciones extranjeras. Se han establecido programas de formación de técnicos en medicina de urgencias en el Servicio de Bomberos y el Consejo Directivo de los Hospitales de Bermuda.

Los proveedores de atención de salud recibieron intensa capacitación en el manejo del asma. Además, se ofrecieron varios cursos conducentes a un diploma.

Investigación y tecnología en salud

Durante el período 1997–2000 no se realizó ningún proyecto formal de investigación científica.

Gasto y financiamiento sectorial

El sistema de atención de salud es financiado por medio de varios mecanismos. Los servicios de salud se pagan ya sea por medio de una aseguradora, una entidad gubernamental o los consumidores. El método predominante de pago a los médicos y dentistas se basa en tarifas por servicios prestados. No hay control gubernamental sobre los honorarios de los médicos; sin embargo, la Sociedad Médica y la Asociación de Seguros de Salud de Bermuda establecen anualmente una lista de tarifas de los servi-

cios médicos prestados en el hospital. El Gobierno determina los aumentos generales de las tarifas de hospitalización y regula la adquisición de equipo y servicios de importancia. El financiamiento para el hospital general se suministra por medio de varios mecanismos, entre ellos subsidios públicos y seguro. El Gobierno concede una subvención para operaciones al hospital psiquiátrico.

Aunque las organizaciones no gubernamentales prestan servicios de salud, tales como educación sobre diabetes, atención de salud en el hogar y programas de ayuda alimentaria, no ofrecen financiamiento directo. El gasto público en servicios sociales y de salud ascendió a US\$ 105,3 millones en 1996–1997 y US\$ 112,3 millones en 1998–1999.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

Durante el período 1997–1999, la Organización Panamericana de la Salud y el Centro de Epidemiología del Caribe prestaron cooperación técnica en salud a Bermuda.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Bermuda, 1991–1998.

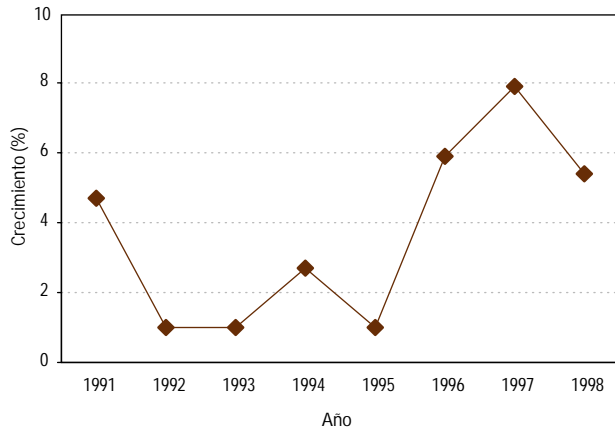


FIGURA 3. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Bermuda, 1991–2000.

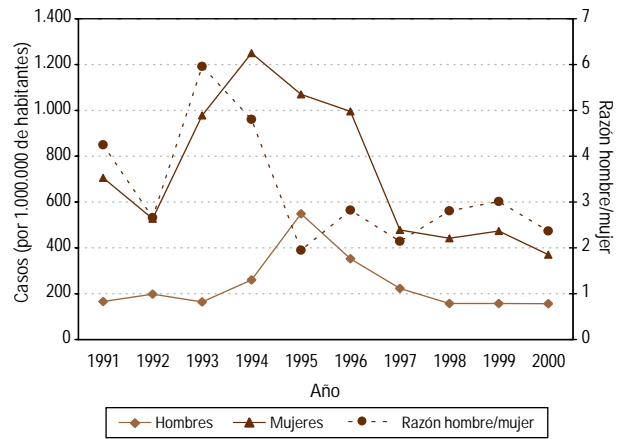
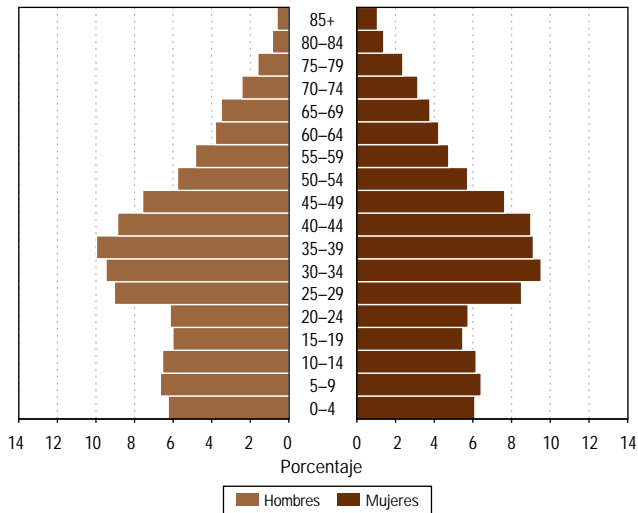


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Bermuda, 2000.



BOLIVIA

CONTEXTO GENERAL

Bolivia ocupa la parte central de Sudamérica, entre los paralelos 9° 39' y 22° 53' de latitud Sur, con una extensión territorial de 1.098.581 km², de los cuales aproximadamente 60% corresponden a la llanura oriental, de clima caliente, y 40% a la región andina, de tierras altas y clima frío. La población boliviana, estimada en el año 2000 a partir del censo de 1992, es de 8.328.700 habitantes, con una densidad media de 7,6 habitantes por km² y extremos departamentales que oscilan entre 0,9 (departamento de Pando) y 27,4 habitantes por km² (departamento de Cochabamba).

Bolivia es una república unitaria con régimen presidencialista y gobierno democrático representativo cuya soberanía reside en el pueblo; el ejercicio del gobierno se halla investido en el Poder Ejecutivo, el Poder Legislativo y el Poder Judicial. El país se divide políticamente en 9 departamentos, 112 provincias y 314 municipios. En el marco del proceso de descentralización del Estado promovido en los últimos años, la administración local de los municipios ha adquirido especial trascendencia. A partir de la restitución del estado de derecho en 1982, los procesos de modernización y reforma del Estado en el campo judicial establecieron el Tribunal Constitucional, la Defensoría del Pueblo y el Consejo de la Judicatura; en el campo legislativo se aprobó la ley de partidos políticos y se creó la diputación uninominal. Las políticas de modernización se extendieron al logro de una mayor democracia participativa con la Ley de Participación Popular y la reforma de la Constitución en 1994, estableciéndose la administración municipal por medio de gobiernos autónomos de igual jerarquía, a cargo de un Concejo y un alcalde elegidos por sufragio universal.

El producto interno bruto (PIB) per cápita en 1998 alcanzó a US\$ 1.010 (a valores corrientes). Entre 1990 y 1998, la tasa de crecimiento del PIB fue 4,3%, aunque bajó a 0,4% en 1999 y subió a 2,4% en 2000 (figura 1). En ese lapso se registró una tasa de inflación anual media de 10%, que fue decreciendo desde 18,0% en 1990 hasta 3,1% en 1999. La situación fiscal fue en general favo-

rable durante ese período; sin embargo, a partir de 1997 se observa un incremento del déficit debido a la reforma del sistema de pensiones, cuyo costo es asimilado íntegramente por el Tesoro General de la Nación. En la década de 1990 los sectores que crecieron por encima del promedio fueron los de electricidad, gas y agua; transporte, almacenamiento y comunicaciones; construcción y obras públicas; establecimientos financieros y seguros. Crecieron a un ritmo menor que la tasa media los sectores de la industria manufacturera, los servicios comunitarios, sociales y personales, la extracción de minas y canteras, los restaurantes y hoteles, el comercio, la agricultura, los servicios de administración pública y los servicios domésticos.

La tasa de desempleo abierto decreció hasta cerca de 4% en 1999; sin embargo, solo 48% de la población ocupada en las ciudades capitales es asalariada y goza de protección y beneficios sociales. Como no hay seguro de desempleo, el escaso número de cesantes se explica por la utilización de múltiples estrategias de supervivencia y por el alto nivel de subempleo, que abarca a más de 50% de la población ocupada. En 1999, 45% de la población ocupada en las ciudades capitales era femenina; no obstante, solo 34% de las mujeres ocupadas trabajan en condiciones de pleno empleo, en comparación con 65% de los hombres; además, el trabajo de las mujeres se desenvuelve en condiciones más precarias y con peores remuneraciones, según datos recogidos por el INE (Instituto Nacional de Estadística). En los últimos años el Estado dejó de ser el principal empleador, y así redujo su participación de 26% en 1986 a 8% en 1999.

La incidencia de la pobreza, medida por el ingreso, en la población boliviana se redujo de 80% en 1976 a 71% en 1990 y a 60% en 1997. Entre la población pobre, la proporción de indigencia pasó de 75% en 1976 a 67% en la década de 1990. La intensidad de pobreza excede 50% (56% en 1996 y 50% en 1997): es decir, se requeriría incrementar el ingreso de los pobres en más de 50% para superar la línea de pobreza. El coeficiente de Gini, indicador de la desigualdad en la distribución del ingreso, llegó a 53,4 en 1996 y 56,2 en 1997. Los indicadores medios de pobreza, empero, encubren serias diferencias desde el punto de vista de la

distribución socioespacial: las zonas rurales concentran la mayor incidencia de pobreza, pues en 1990 alcanzó a 80% de su población. El cuadro 1 resume la distribución de la pobreza, la indigencia y el coeficiente de Gini en los nueve departamentos del país y las ciudades de La Paz y El Alto.

La Encuesta Nacional de Empleo (ENE) de 1997 estimó en 8% la tasa nacional de analfabetismo entre los hombres de 15 y más años y en 22% entre las mujeres del mismo grupo de edades; esto significa que hay 2,8 veces más mujeres analfabetas que hombres en esa condición; esta relación llega a 4,0 en Oruro, 3,5 en La Paz y 2,5 en Cochabamba y Santa Cruz. La situación de analfabetismo de las mujeres de 15 y más años en las zonas rurales es aún más crítica, alcanzando a 55% y a 52% en los departamentos de Potosí y Chuquisaca, respectivamente. Según los resultados de la ENE, en las principales ciudades se registraron las siguientes tasas de analfabetismo femenino: 15% en El Alto, 14% en Sucre, 13% en Tarija, 12% en Potosí y 10% en La Paz.

En el área rural, 31% de las mujeres hablan únicamente en su idioma indígena y 42% hablan además el español, aunque estas últimas se comunican sobre todo en su lengua autóctona; es decir, dos de cada tres campesinas bolivianas emplean habitualmente su lengua materna indígena. De acuerdo con estimaciones del PNUD, en su *Informe sobre el desarrollo humano en Bolivia, 1998*, entre 60% y 65% hablan en quechua, entre 25% y 30% en aymara, 5% en guaraní, y de 1% a 2% en otras lenguas autóctonas. En las ciudades receptoras de numerosa migración campesina, así como en las demás zonas urbanas, la proporción de mujeres bilingües en una lengua indígena y en español se aproxima a 30%.

En 1996 la escolaridad media de la población boliviana alcanzó a 6,5 años en los hombres y a 5,1 años en las mujeres. En el citado informe del PNUD se señala que el trabajo es el motivo aducido con más frecuencia para explicar la inasistencia escolar de la población total entre 6 y 19 años, seguido por la falta de

recursos. Entre las mujeres, menciona que otro motivo frecuente lo son las “obligaciones domésticas”; de hecho, “si estas fuesen consideradas oficialmente como trabajo, [...] sería la razón predominante de inasistencia escolar de las mujeres y sería mucho más fuerte entre ellas que entre los varones”.

En el período 1993–95 el suministro medio de energía alimentaria fue 1.835 kcal por persona por día, inferior en 12% al requerimiento estimado (2.085 kcal); el aporte calórico fue predominantemente de origen vegetal (81%–84%). Las zonas rurales y dispersas del llano, el valle y el altiplano tienen los suministros de energía alimentaria más bajos del país, y las del llano y el altiplano, el aporte proteico más bajo: 29 g por persona por día, la mitad del requerimiento adecuado (57,7 g). En relación con el patrón nacional de consumo de proteína y grasa, se advierte desde 1995 una tendencia creciente a la ingesta de grasas respecto de las proteínas. La adecuación del consumo energético es baja en los dos quintiles más pobres de la población; asimismo, la adecuación energética y el aporte proteico son más bajos en los hogares de madre analfabeta o con nivel básico de instrucción.

En los últimos 50 años la población boliviana se ha triplicado, con una tasa media de crecimiento anual de 2,25% para todo el período. El departamento con menor crecimiento entre 1950 y 2000 ha sido Potosí (0,84%) y el de mayor crecimiento Santa Cruz (4,01%). Además del crecimiento poblacional, se ha observado un intenso proceso de urbanización: el Ministerio de Desarrollo Sostenible ha estimado que en 1950 la población rural representaba 65% de la población total del país, 42,5% en 1992 y 35% en 2000. Caracteriza a Bolivia una población joven, definida por una pirámide poblacional de base ancha (figura 2). En el año 2000, según la fuente recién citada, 15% de la población era menor de 5 años, 40% menor de 15 años y 59% menor de 25 años; 31% tenía entre 10 y 24 años, 24% correspondía a mujeres en edad fértil y 4% era mayor de 65 años. La tasa global de fecundidad sigue siendo elevada: entre 1995 y 2000 alcanzó una media nacional de 4,4 hijos por mujer, llegando a 5,0 hijos por mujer en los departamentos de Beni, Chuquisaca, Pando y Potosí, y a 4,0 en La Paz.

Los flujos migratorios registrados en el censo de 1992 son las únicas observaciones recientes sobre migración interna en el país. Según el Ministerio de Desarrollo Sostenible, los departamentos de Santa Cruz y Tarija siguen siendo los principales receptores de población; asimismo, los departamentos de Beni y Cochabamba al parecer ya no son fuentes de emigración sino que han comenzado a ser receptores de migrantes. Hacia 1992 y los años siguientes, los departamentos de Potosí, Oruro, Chuquisaca y La Paz presentan tasas negativas de migración neta.

Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad anual se ha estimado para todo el país en 9 muertes por cada 1.000 habitantes entre 1995 y 2000, y la esperanza de vida al nacer en 61,4 años. La esperanza de vida más baja se registró en Potosí (57,3 años entre los hombres y 60,5

CUADRO 1. Indicadores de pobreza por departamento, Bolivia, 1996.

Departamento (o ciudad)	Pobreza (%)	Indigencia (%)	Coeficiente de Gini
Santa Cruz	67,7	38,7	49,3
La Paz	69,5	45,0	58,0
La Paz (ciudad)	61,2	35,2	58,0
El Alto (ciudad)	79,9	50,0	44,7
Cochabamba	69,8	43,4	50,0
Pando	74,4	44,0	48,4
Beni	74,8	46,0	51,7
Tarija	76,9	52,1	53,5
Chuquisaca	79,2	59,7	59,5
Potosí	81,4	55,8	50,8
Oruro	84,3	63,8	50,7
Total del país	72,2	46,7	53,4

Fuente: R. Morales, basado en la Encuesta Nacional de Empleo de 1996.

entre las mujeres) y la más alta en Santa Cruz (66,0 y 69,6 años, para los hombres y las mujeres, respectivamente).

Aún no se ha logrado desarrollar en Bolivia un sistema de registro de estadísticas vitales, por lo que no es posible determinar con certeza la estructura de la mortalidad. Se considera que en todo el país el subregistro de la mortalidad general alcanza a 63%. Ello se atribuye, sobre todo, a las características de las inhumaciones en los cementerios rurales, donde casi nunca son registrados, según la Dirección Nacional de Registro Civil. En un estudio sobre la mortalidad general realizado en el año 2000, tomando como fuente de información 21 cementerios, para determinar los grandes grupos de causas de muerte según la lista 6/67 de la OPS (CIE-10), se señala que las enfermedades del sistema circulatorio causaron 30,3% de las defunciones, las enfermedades transmisibles 12,0%, las causas externas 10,7%, las neoplasias 8,7%, las afecciones originadas en el período perinatal 5,4%, todas las demás causas 22,2%, y los signos y síntomas mal definidos 10,8%. En la figura 3 se presenta la mortalidad proporcional por grandes grupos de causas en el año 2000.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

La tasa de mortalidad infantil ha descendido en forma sostenida durante la década de 1990: de 89 por 1.000 nacidos vivos en 1988 bajó a 75 en 1993 y 67 en 1998, y para el año 2000 se ha estimado en 55 por 1.000. En cambio, entre 1992 y 1994 se incrementó levemente la desigualdad en la mortalidad infantil, pues el coeficiente de Gini correspondiente pasó de 0,13 a 0,16.

En las zonas rurales la tasa de mortalidad infantil pasó de 80 por 1.000 nacidos vivos, excepto en los departamentos de Tarija, Beni y Pando; pero en las zonas rurales del departamento de Potosí alcanzó a 126 muertes por 1.000 nacidos vivos en 1998. La mortalidad infantil es apreciablemente más baja en las zonas urbanas, sobre todo en las ciudades capitales, como Cochabamba (con una tasa de 35 por 1.000), con excepción de La Paz (110 por 1.000), que comprende a la ciudad de El Alto, con alta migración procedente de zonas rurales.

La tasa de mortalidad neonatal, cuyo promedio nacional alcanza a 34 por 1.000 nacidos vivos, presenta importantes variaciones por departamento: 47 por 1.000 en La Paz-El Alto, 44 en Potosí, 38 en Cochabamba, 35 en Chuquisaca, 25 en Oruro, 20 en Santa Cruz, Beni y Pando y 15 por 1.000 nacidos vivos en Tarija. La mortalidad neonatal precoz (en la primera semana de vida) representa 57% de las muertes neonatales; el restante 43% corresponde a mortalidad neonatal tardía (entre los 7 y 28 días del nacimiento).

La tasa de mortalidad en los menores de 5 años, que era de 131 por 1.000 nacidos vivos en 1989, ha descendido a 116 en 1993 y a

92 en 1998, y se estima en 79 por 1.000 nacidos vivos en 2000. Aproximadamente 40% de las muertes de menores de 5 años corresponden a niños menores de 1 mes, 37% a los de 1 a 11 meses y 23% a niños de 1 a 4 años. En todo el país, 36% de las muertes de menores de 5 años se atribuyen a diarrea, 20% a neumonía, 16% a causas perinatales, 3% a enfermedades inmunoprevenibles y 25% a otras causas.

En 1998 se pudo documentar que el nivel de instrucción de la madre, la región geográfica, el lugar de residencia y el grado de marginación de los municipios son factores condicionantes de la mortalidad de la población boliviana menor de 5 años. El riesgo de muerte para un niño de este grupo de edad es tres veces más alto cuando la madre carece de instrucción (tasa de mortalidad 132 por 1.000 nacidos vivos) que cuando tiene instrucción media o superior (33 por 1.000); es entre dos y tres veces más alto (146 por 1.000) cuando reside en un municipio con alto grado de marginación, medido por indicadores de nivel de ingreso y acceso a los servicios básicos, que cuando reside en una ciudad capital (55 por 1.000), y es también el doble si reside en una zona rural (125 por 1.000) respecto de una zona urbana (65 por 1.000).

La salud de los adolescentes (10–19 años)

Hacia 1994, 37% de las adolescentes eran madres a los 19 años; en 1998 esta proporción descendió a 27%, aunque alcanzó a 51% en las adolescentes sin instrucción escolar. Beni, Pando, Tarija, Santa Cruz y Cochabamba tienen la mayor fecundidad en adolescentes. Entre las personas de 25 a 49 años, la edad mediana de la primera relación sexual fue 17 años en los hombres y 19 en las mujeres. Las adolescentes tienen poca educación e información sexual y carecen de acceso a los servicios de salud reproductiva. Se estima que 69% de los abortos se registran en muchachas de 14 a 19 años. En la población rural de 12 a 17 años, 43% se ha iniciado en el consumo de alcohol, mientras que, en el total de la población, 53% de los jóvenes han comenzado a beber entre los 18 y los 24 años; en cuanto a la iniciación en el consumo de tabaco, las cifras correspondientes a ambos grupos son 46% y 48%, respectivamente. El grupo de edad en mayor riesgo de consumir drogas estupefacientes es el de 12 a 18 años; sin embargo, 4,2% de los consumidores de otras drogas se han iniciado entre los 5 y los 11 años.

La salud de la población adulta (20–59 años)

En Bolivia, una mujer con educación media o superior tiene, en promedio, 2,7 hijos durante su período fértil, mientras que para una mujer sin instrucción ese promedio es de 7,1 hijos. Para esta última, la edad mediana en que tiene su primer hijo es 19 años; para aquella, 23 años. Entre las mujeres con instrucción media o superior, 99% refieren conocer métodos modernos de anticoncepción, y 54% entre las mujeres sin instrucción, aunque solo 7,6% de estas los usan. Los mensajes educativos sobre planificación familiar llegan a 66% de las mujeres con instrucción media o superior y a 4% de las mujeres sin instrucción. Acerca

del SIDA tienen conocimientos 98% de las mujeres con instrucción y 29% de las mujeres sin instrucción. La tasa de mortalidad infantil en hijos de mujeres sin instrucción llega a 88 por 1.000 nacidos vivos, tres veces la observada en hijos de mujeres con instrucción media o superior (29 por 1.000). En 1994 la tasa de mortalidad materna se estimó en 390 por 100.000 nacidos vivos (274 en zonas urbanas y 524 en zonas rurales). La tasa de mortalidad materna más alta se registra en el altiplano rural: 602 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos.

La salud de la familia

El maltrato infantil es frecuente y proviene, en su gran mayoría (90%), de los padres de familia, como "formas de educar": uno de cada tres niños recibe regularmente agresiones físicas. También hay denuncias de maltrato infantil por violaciones y otros abusos sexuales. Se estima que 5 a 6 de cada 10 mujeres son víctimas de alguna forma de violencia en el hogar, y de cada 10 hombres, 2 son agredidos en forma psicológica por sus esposas o parejas.

La salud de los trabajadores

En los últimos años ha empeorado la salud de los trabajadores, por condiciones políticas y socioeconómicas que indujeron a la fuerza de trabajo a priorizar la preservación de sus medios de subsistencia por sobre los riesgos laborales en el lugar de trabajo. Asimismo, se multiplican las modalidades de producción informal, en que las condiciones de trabajo son más riesgosas. La precarización del trabajo debida a la crisis económica, así como la falta de políticas explícitas en la materia, ha debilitado el accionar de las instituciones existentes para atender la salud de los trabajadores. La promulgación en 1997 de la Ley 1.732, de Seguro Obligatorio, ha dado lugar a la constitución de dos administradoras de fondos de pensiones, entidades que vienen administrando los riesgos del trabajo hasta que se creen las aseguradoras de riesgos profesionales previstas en esa ley. No obstante haberse creado la Intendencia de Pensiones, responsable de la supervisión y evaluación de actividades de las aseguradoras, a la fecha no se dispone de datos sobre la salud de los trabajadores en el ámbito nacional.

La salud de los indígenas

En general, las comunidades aymara y quechua que habitan en el altiplano y los valles andinos, y que residen en zonas rurales, presentan los indicadores de salud más críticos del país; estas poblaciones se encuentran por debajo de la línea nacional de pobreza, más de la mitad de ellas en condiciones de indigencia. La situación de salud de los grupos étnicos minoritarios que habitan en la región amazónica y en el Chaco boliviano no es menos crítica; solo se dispone de informes no actualizados que hacia 1990 mencionaban tasas de mortalidad infantil próximas a 200 por cada 1.000 nacidos vivos entre las etnias pacahuara (ríos Madera

y Abuná), reyesanos (río Maniquí), guarasugwe (Chaco), cayubaba (río Yata) y araona (río Manuripi).

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Las principales amenazas son inundaciones, deslizamientos, sequías e incendios forestales que sobrevienen en forma cíclica con distinto grado de severidad. En los últimos años, las consecuencias más graves han estado asociadas a los efectos del fenómeno El Niño y a su impacto económico: 40 muertos y pérdidas por US\$ 837 millones en 1997, y 75 muertos y pérdidas por US\$ 527 millones en 1998, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Si bien los terremotos no son frecuentes en Bolivia, la amenaza existe, principalmente en Cochabamba. En 1998 el terremoto de Aiquile-Totora dejó 75 muertos y 74 heridos en una población de 7.000 habitantes. El país cuenta con un sistema de respuesta a emergencias y desastres, aunque no está preparado para catástrofes de mediana y gran magnitud.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. En tres cuartas partes del territorio boliviano se transmite activamente la malaria, con circulación de *Plasmodium vivax* y *P. falciparum* y presencia de los vectores *Anopheles darlingi* y *A. pseudopunctipennis*. En tales áreas maláricas residen 3,5 millones de habitantes, es decir, la mitad de la población del país. Los casos de malaria por *P. vivax* notificados en 2000 fueron 31.468 (índice parasitario anual, IPA, 8,8 por 1.000), 37% menos que en 1999 (50.037 casos; IPA 14,3 por 1.000) y 58% menos que en 1998 (74.350 casos; IPA 24,8 por 1.000). Esta situación contrasta con la registrada en 1991, cuando se notificaron 19.031 casos (IPA 7,0 por 1.000). Por otra parte, en el año 2000 se notificaron 2.536 casos de malaria por *P. falciparum*, 78% menos que en 1998 (11.414 casos).

Enfermedad de Chagas. Esta enfermedad es endémica en 60% del territorio boliviano, debido a la presencia del vector *Triatoma infestans*. Esa vasta superficie comprende 6 departamentos, 65 provincias, 169 municipios y 13.776 comunidades, donde existen unas 700.000 viviendas infestadas, tanto en zonas rurales como periurbanas, y donde residen 4,0 millones de habitantes, en riesgo de enfermar. La prevalencia de la infección por el *Tripanosoma cruzi* en la población residente en las áreas endémicas se estima en 40%; 24% de ella presenta alguna alteración electrocardiográfica compatible con la enfermedad. El tamizaje serológico para la enfermedad de Chagas efectuado en tres bancos de sangre durante los años 1998 y 1999 señaló una incidencia de 17,5% de infección tripanosómica.

Fiebre amarilla. Después de aumentar durante los años ochenta, la cantidad de casos de fiebre amarilla selvática declinó

a partir de 1990. Sin embargo, entre 1996 y 1999 se detectó un incremento significativo en su incidencia (30 casos en 1996, 63 en 1997, 57 en 1998 y 68 en 1999), seguido de una drástica disminución en 2000 (8 casos). De estos 226 casos en el último quinquenio, 88 (39%) ocurrieron en el departamento de Cochabamba y 65 (29%) en Santa Cruz, la mayoría de estos en 1999; de hecho, 5 de los 8 casos confirmados en 2000 ocurrieron en Santa Cruz. En el último decenio la tasa de letalidad por fiebre amarilla se mantuvo por encima de 60%. Desde 1999 el control de la fiebre amarilla está a cargo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). En 2000 se inició la vacunación masiva de la población de las zonas de riesgo, que se extenderá al resto del país hasta cubrir a la totalidad de la población boliviana. En el quinquenio 1996–2000 se aplicaron en total 2.189.340 dosis.

Dengue. Desde 1987 se documentó la circulación del virus del dengue serotipo 1 y la ocurrencia de casos de dengue clásico en los departamentos de Santa Cruz, Tarija y Beni. En 1998 y 1999 el estudio serológico de 760 muestras permitió detectar 12,4% de positividad a IgM y 10 aislamientos virales: nueve correspondientes a serotipo 1 y uno a serotipo 2. Las últimas evaluaciones entomológicas muestran elevados índices de infestación del vector en Camiri (74%), Yacuíba (24%), Chapare tropical (19%), Boyuíbe (8%), Cuevo (8%) y la ciudad de Santa Cruz (17%). En 1999 se notificaron 27 casos de dengue clásico, todos en las primeras 25 semanas del año y en el departamento de Santa Cruz. En 2000 se informaron 80 casos, 62 de ellos de Santa Cruz, 12 de Beni, 4 de Tarija, 1 de La Paz y 1 de Pando. En el año 2000, 80% de los casos se registraron entre la tercera semana de marzo y la segunda de mayo, a continuación de la temporada de lluvias. No se han informado casos de dengue hemorrágico con evidencia clínica ni de laboratorio.

Leishmaniasis. Su distribución geográfica corresponde a zonas rurales tropicales y subtropicales de los departamentos de La Paz, Beni, Pando, Santa Cruz, Cochabamba, Tarija y Chuquisaca. En 2000, las tasas de incidencia más altas se registraron en Pando (380 casos por 100.000), Beni (59), La Paz (40) y Santa Cruz (13 por 100.000). Por otra parte, más de la mitad de los 1.735 casos de leishmaniasis informados en 2000 se concentraron en el departamento de La Paz.

Peste. En el año 2000 existían focos endémicos de peste en los departamentos de La Paz, Chuquisaca, Santa Cruz y Tarija. Durante 1996–1997 hubo un brote de peste humana en la localidad de San Pedro Apolo (provincia Franz Tamayo, departamento de La Paz, la misma región endemo-enzootica del brote de 1981) y se confirmaron 17 casos con aislamiento de *Yersinia pestis* y un saldo de 4 defunciones (letalidad 24%). Se identificó a la pulga *Pulex irritans* como vector y a roedores del género *Orizomys sp.* como reservorio. Desde entonces no se han informado casos nuevos en humanos.

Enfermedades prevenibles por vacunación

En el año 2000 las coberturas nacionales de inmunización en menores de 1 año fueron de 88,5% con vacuna triple DPT3 y antipoliomielítica VPO3, y de 94% con la antituberculosa BCG; la vacunación antisarampionosa se extendió a 100% de la población de 12 a 23 meses de edad (figura 4). En el quinquenio 1996–2000 las coberturas anuales de vacunación con la triple DPT y la VPO3 fueron mayores de 80%, excepto en 1997 (79%); la de vacuna antisarampionosa fue mayor de 95%, excepto en 1998 (85%). La tasa de deserción en todo el país disminuyó a 11% en 2000, asociada al incremento de vacunaciones administradas en servicio.

Entre la 20.^a semana de 1998 y la 40.^a de 2000 hubo un brote de sarampión de grandes proporciones, que se extendió a todo el país y que en 1999 representó 51% de los casos informados en todo el continente americano. Se notificaron 4.751 casos sospechosos y se confirmaron 2.567 casos. El grupo de edad más afectado fue el de menores de 5 años y las tasas de incidencia más altas se registraron en Tarija (60,3 por 100.000) y Beni (57,4 por 100.000). El último caso confirmado se notificó en Cochabamba.

El último aislamiento de poliovirus salvaje realizado en laboratorio en Bolivia data de 1986. Las coberturas de vacunación VPO más bajas por departamento en 2000 se registraron en Beni (76,1%) y La Paz (77,3%); este último es el único departamento del país donde la cobertura de esta vacuna no supera a 80% desde 1996. La notificación de casos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años está en descenso: de 11,9 casos por millón en 1998 bajó a 9,4 en 1999 y a 7,6 en 2000. El indicador de toma adecuada de muestra de heces en la vigilancia de PFA se ha incrementado de 58% en 1998 a 68% en 1999 y a 72% en 2000. En el quinquenio 1996–2000 los departamentos que cumplieron la meta de detección de PFA fueron Santa Cruz (5 años), La Paz, Chuquisaca y Tarija (3 años), Oruro y Potosí (2 años) y Cochabamba (1 año).

En la década de 1990 se observó una reducción notable de la incidencia de tétanos neonatal, y en 2000 fueron dos los casos informados e investigados. La estrategia nacional busca asegurar la vacunación de mujeres en edad fértil residentes en zonas de riesgo aplicando la vacuna de toxoide diftérico, introducida en 1990 en reemplazo de la de toxoide tetánico.

La tendencia temporal de la difteria es decreciente, con bajos niveles de transmisión y geográficamente focalizada. En 1999 se informaron cuatro casos en la población en edad escolar, y en 2000 dos casos. También ha decrecido la incidencia de la tos ferina, en la medida en que ha aumentado la cobertura de vacuna triple DPT: en 1996 se informaron 115 casos, pero solo 10 en 2000.

En 2000 hubo brotes de rubéola con un comportamiento epidemiológico similar al del sarampión en la población preescolar y escolar de la mayoría de los departamentos del país, y se confirmaron 427 casos, 60% de ellos en Santa Cruz. En julio de ese año se empezó a aplicar la ficha integrada de vigilancia de

sarampión-rubéola y se incorporó la vacuna triple viral contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP) al esquema regular del PAI para la población de 12 a 23 meses de edad. Aunque la parotiditis no está aún incorporada al sistema nacional de vigilancia epidemiológica, en el período 1996–2000 el Subsistema Nacional de Información de Salud (SNIS) registró 5.500 casos, de los cuales 2.157 ocurrieron en 1999 y 680 en 2000. La hepatitis viral B tampoco se ha incorporado al sistema nacional de vigilancia epidemiológica y no se dispone de información actualizada sobre la incidencia de esta enfermedad.

Cólera

Entre 1991 y 1995 Bolivia sufrió 40.212 casos de cólera, con un saldo de 814 muertes (letalidad de 2,0%), incluyendo 23.862 casos en 1992. Desde entonces la incidencia ha ido en descenso: 2.068 casos en 1996, 1.609 en 1997, 467 en 1998 (letalidad 2,3%, 0,7% y 0,0%, respectivamente) y cero en 1999 y 2000. Desde 1998 se acentuó la vigilancia de circulación del *Vibrio cholerae* O1 y O139 en individuos con cuadro diarreico sospechoso y en aguas de consumo y alcantarilla: 17,2% (365) de 2.118 muestras procesadas en 1998 resultaron positivas para *V. cholerae* O1; en 1999 y 2000 todas las muestras procesadas (143 y 684, respectivamente) fueron negativas.

Teniasis y cisticercosis

Estas enfermedades están distribuidas en todo el país. A partir de los estudios por muestreo urbano y rural realizados entre 1994 y 1996, la seroprevalencia más alta de teniasis y cisticercosis se detectó en Chuquisaca (12% y 16%, respectivamente), Cochabamba (7% y 7%), Potosí (7% y 5%), Tarija (8% y 4%) y La Paz (8% y 3%, respectivamente).

Fasciolosis

La zona endémica de fasciolosis comprende las provincias de Los Andes, Ingavi y Murillo en el altiplano norte del departamento de La Paz, donde la prevalencia puede alcanzar a 75% en la población de 9 a 19 años y a 45% en la población adulta, según estudios realizados en 1997. La prevalencia de fasciolosis en el ganado es también alta: 72%, 32% y 27% en ovinos, bovinos y porcinos, respectivamente.

Enfermedades crónicas transmisibles

Tuberculosis. En 1999 el Programa Nacional informó sobre 9.272 casos de tuberculosis en todas sus formas, 12,6% menos que los registrados en 1996 (10.614 casos). La reducción alcanzó a 6,4% de los casos confirmados bacilosópicamente con frotis BAAR (bacilos ácido-alcohol-resistentes) positivo: 6.506 en 1999 y 6.949 en 1996. Este cambio se reflejó en el descenso de la tasa de incidencia, de 132 a 114 por 100.000 habitantes de 1996 a 1999. Sin embargo, la reducción observada en la incidencia de esta enfermedad debe interpretarse con cautela, pues podría estar asociada a cambios en el sistema de notificación y registro:

la cantidad de sintomáticos respiratorios detectados se redujo en 13,3% entre 1996 (71.959) y 1999 (62.371) y la de baciloscopias diagnósticas en 14,1% (de 133.316 a 114.564), a pesar del incremento vegetativo de la población. La tuberculosis se distribuye en áreas densamente pobladas, especialmente en aquellas con alto hacinamiento y desnutrición; 76% de los casos se localizan en La Paz, Santa Cruz y Cochabamba, y más de 80% corresponden a personas en edad económicamente productiva. Desde que en 1994 se inició la aplicación de la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) en zonas demostrativas de Oruro, Cochabamba, Caranavi y Santa Cruz, el Programa Nacional de Tuberculosis ha alcanzado coberturas no mayores de 60% en la localización de casos y de 70% de curaciones entre los enfermos que inician tratamiento, con tasas de deserción entre 10% y 12% en todo el país.

Lepra. En el año 2000 la prevalencia fue de 5,3 por 100.000 habitantes, variando entre 0,1 en La Paz y 16,2 en Santa Cruz. De los 82 nuevos casos del año 2000 (52 de ellos en Santa Cruz), 64 eran hombres (78%). Según su forma clínica, 48% corresponden a lepra lepromatosa, 36% tuberculoide, 11% dimorfa y 5% indeterminada. Por el número de casos prevalentes, la lepra muestra tendencia decreciente: de 1.179 casos en 1993 bajó a 607 en 1997 y a 379 en 2000.

Infecciones respiratorias agudas

En el año 2000 se atendieron en los servicios de salud del país 1.502.221 infecciones respiratorias agudas, superándose así las atenciones prestadas por estas causas en 1999 (1.351.293) y 1998 (1.140.861). Para el 2000 se ha estimado una concentración media de 1,4 episodios de infección respiratoria aguda por niño menor de 1 año (0,5 por niño de 1 a 4 años). Esta evidencia, sumada a las características epidemiológicas y ambientales prevalentes en Bolivia, deja advertir la presencia de una significativa proporción de población infantil sin demanda ni acceso a los servicios de salud para la atención de las infecciones respiratorias agudas, puesto que son de esperar entre 4 y 6 episodios anuales de estas enfermedades por niño. No se dispone de información calificada que discrimine las infecciones respiratorias agudas con neumonía y sin ella.

Rabia

Durante la última década se advirtió un comportamiento cíclico interanual en la presentación de casos de rabia humana. El departamento más afectado fue Cochabamba, seguido de Chuquisaca, Potosí y Santa Cruz. La proporción de casos de rabia humana a rabia animal fue de 1:51 y de humana a canina, de 1:40. Se estima en 6.000 a 7.000 el número de personas atendidas anualmente por mordedura animal; 70% requieren vacunación y 3% suero antirrábico heterólogo; la mayor demanda se registró en Santa Cruz (35%), La Paz (32%) y Cochabamba (16%).

La incidencia de rabia canina bajó de 18 por 10.000 perros en 1992 a 1,8 en 2000, disminución asociada al aumento en la vacunación antirrábica canina. En 2000 la mayor incidencia se registró en los departamentos de Santa Cruz (3,5) y Cochabamba (2,7).

VIH/SIDA

Entre 1985 y 2000 se registraron en Bolivia 605 casos de SIDA (52% portadores asintomáticos del VIH). La tasa media de incidencia anual se mantuvo cercana a 3,0 casos por millón de habitantes desde 1990 hasta 1997; no obstante, la razón hombre/mujer se redujo de 12:1 a 3:1 en el mismo período (figura 5). Los 99 casos nuevos registrados en 1999 corresponden a una tasa de incidencia anual de 12,2 por millón. Aproximadamente 70% de los casos registrados son de sexo masculino, y los grupos de edad más afectados son los de 25 a 34 años (40%) y de 35 a 44 años (25%); 18% de los casos tienen entre 15 y 24 años de edad. La vía de transmisión sexual es la predominante, con 83% de los casos; 4% corresponde a transmisión vertical, 3% a transmisión sanguínea y en el 10% restante se desconoce la vía probable de transmisión. Entre los casos transmitidos sexualmente, 62% declararon preferencia heterosexual, 16% homosexual y 12% bisexual (10% sin información). Los estudios de vigilancia centinela han establecido prevalencias menores de 1% en mujeres embarazadas y de 5% en grupos de población con comportamientos de alto riesgo, por lo cual se ha tipificado a Bolivia como país con epidemia en etapa incipiente.

Infecciones de transmisión sexual

En 1999 las tasas de incidencia de gonorrea, sífilis y hepatitis B en la población general se estimaron en 74, 55 y 5 por 100.000 habitantes, respectivamente. En las trabajadoras del sexo, en 1999 la incidencia de clamidiasis fue de 9%, sífilis 8%, gonorrea 5% y tricomoniasis 5%. Alrededor de 3.000 trabajadoras del sexo asisten regularmente a programas de prevención y control en establecimientos de salud.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Según la Encuesta Nacional de Salud 1998, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 3 años fue de 26%, pero alcanzaba a 44,3% en los de madres no instruidas y a 35,6% en las zonas rurales, el doble de las zonas urbanas (18,3%). En el mismo grupo de edad, la incidencia nacional de anemia fue de 67%, y alcanzó a 77% en Potosí y a 76% en Cochabamba. La deficiencia de hierro es la principal causa de anemia: una de cada tres mujeres en edad fértil presenta anemia. La prevalencia de lactancia materna exclusiva es de 61% en niños de 0 a 3 meses. El programa de yodación de sal permitió reducir la prevalencia de trastornos por deficiencia de yodo, de 61% en 1981 a 21% en 1988 y a 5% en 1995. Entre la población de las principales ciudades del país (La Paz, El Alto, Santa Cruz y Cochabamba) la prevalencia de diabetes es de 7,2% (7,6% en las mujeres; 6,8% en los hombres), llega a 12% en Santa Cruz y es más alta en los adultos mayores: 20% en

las personas de 60 a 64 años. De los diabéticos, 73% presentan sobrepeso y 36% hipertensión arterial. En la población general de las principales ciudades la incidencia de hipertensión arterial es de 18,6% (16% en las mujeres; 21% en los hombres) y llega a 22% en la ciudad de Santa Cruz.

Accidentes y violencia

Según datos policiales, las muertes registradas por accidentes de tránsito fueron 792 en 1998 y 681 en 2000; por suicidio 1.007 en 1998 y 391 en 2000, y por homicidio 504 en 1998 y 306 en 2000. El maltrato infantil y la violencia intrafamiliar son frecuentes pero se hallan subregistrados.

Salud oral

En 1998 el índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) a los 12 años fue de 4,7, con un componente de caries de 93%. La prevalencia de caries no tratadas en este grupo de edad alcanza a 84,6%. Esta situación se agrava en las zonas de extrema pobreza. La falta de higiene oral define la prevalencia de la enfermedad periodontal y la necesidad consiguiente de tratamiento comunitario.

Enfermedades emergentes y reemergentes

Síndrome pulmonar por hantavirus. El primer caso confirmado de síndrome pulmonar por hantavirus se notificó en junio de 1998 (semana 24) en Tarija (Puesto García), y el segundo, en octubre de 1999 (semana 40) en Santa Cruz (Montero); ninguno de los dos resultó mortal. En mayo de 2000 se registró un brote de cinco casos en hombres de 15 a 54 años de edad (cuatro defunciones) en Bermejo, departamento de Tarija. El estudio epidemiológico detectó 8% de seroprevalencia (3 muestras IgG+ de 38 examinadas) en habitantes de Bermejo y reactividad cruzada al virus Sin Nombre en 3 de 127 roedores capturados.

Fiebre hemorrágica boliviana. Las provincias de Mamoré e Iténez del departamento del Beni integran la zona endemo-epidémica de la fiebre hemorrágica boliviana, desde que en 1959 se notificó el primer caso en San Joaquín. Entre 1997 y 1999 no se notificaron casos; en 2000 se notificó un solo caso, en Huacaraje, Beni, con desenlace mortal.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Plan Nacional de Gobierno 1997–2002 “Para Vivir Mejor” se sustenta en cuatro pilares: equidad, dignidad, institucionalidad y oportunidad. El Plan Estratégico de Salud 1997–2002 expresa la política nacional para el sector y tiene por objeto construir el Sistema Boliviano de Salud de acceso universal, basado en la atención primaria de la salud individual, familiar y comunitaria, en un “escudo epidemiológico”, en los seguros básico y social, a

corto plazo, y en la promoción de municipios saludables, con participación y control social; propende a una reforma del sector salud que haga de sus políticas políticas de Estado, para la lucha contra la pobreza y en pro de la universalización de la salud. El Plan de Salud adopta los lineamientos de descentralización sectorial previstos en la Ley de Participación Popular de 1994, que establece la transferencia de la administración de la infraestructura física de los establecimientos de salud a los municipios y a sus responsables ejecutivos, las alcaldías municipales.

El Plan de Salud identifica cuatro líneas técnico-estratégicas: 1) línea técnica orientada al desarrollo de modelos económico-financiero, de gestión administrativa-jurisdiccional y atención; 2) línea técnica intersectorial orientada a la promoción de municipios saludables, enfoques intercultural y de género, y educación y promoción de la salud; 3) línea estratégica de gestión social, orientada a los componentes de movilización, participación, control e información sociales, y 4) línea estratégica jurídica y de comunicación social, orientada a la elaboración y promulgación de una nueva Ley de Salud.

La reforma del sector salud

La estrategia principal que impulsa el proceso de reforma sectorial es el Seguro Básico de Salud, instrumento de equidad, calidad, eficiencia, sustentabilidad financiera y participación social en la respuesta del sistema de salud a la situación sanitaria de la población. El seguro básico tiene por objeto garantizar a todos los habitantes el acceso permanente a un conjunto de prestaciones de salud promocionales, preventivas y curativas, esencial para paliar las consecuencias de las principales causas de enfermedad y muerte en el país, a un costo sostenible. Ofrece atención a la salud y nutrición del menor de 5 años, inmunización, promoción y recuperación nutricional, y atención de daños prioritarios en el perfil de mortalidad, incluyendo las enfermedades infecciosas respiratorias e intestinales agudas, así como la salud de la mujer, con controles prenatales periódicos, atención del parto y postparto, prevención y atención de las complicaciones del embarazo y orientación en salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar.

La atención del seguro básico se extiende al diagnóstico y tratamiento de las principales endemias que afectan al país, tales como tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, malaria y cólera. Las estrategias del seguro comprenden visitas domiciliarias, visitas periódicas a la comunidad, traslado de pacientes en emergencia, atención por agentes comunitarios acreditados y servicios de hospitalización que demande la atención de la madre y el niño.

El programa de alivio a la deuda para países altamente endeudados del que participa Bolivia propone el monitoreo de cuatro indicadores-metas de desempeño: cobertura de atención del parto (69%); cobertura de tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en los menores de 5 años (70%); cobertura de

tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en los menores de 5 años (56%), y cobertura de inmunización con DPT3 en los menores de 1 año (85%). Para el año 2000 las coberturas alcanzadas eran de 50%, 87%, 36% y 86%, respectivamente.

La estrategia de sustentabilidad financiera del Seguro Básico de Salud descansa en la inversión de los recursos de coparticipación tributaria per cápita asignados a los municipios con destino exclusivo al seguro. El monto requerido para la operación del Seguro Básico de Salud en todo el país se estimó en US\$ 31,14 millones en 1999. Las fuentes de financiamiento corresponden a los gobiernos municipales (57%), al gobierno nacional (33%) y a la cooperación internacional (10%).

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El sistema de salud de Bolivia está formado por los sectores público, de seguridad social, y privado, lucrativo y no lucrativo. Recae en el Ministerio de Salud y Previsión Social la regulación sectorial, la emisión de políticas y normas nacionales y su aplicación. Forman parte de la administración del sector público la administración central del Ministerio, entidades descentralizadas, la seguridad social, y entidades relacionadas con acciones de salud en las prefecturas departamentales y los municipios. La seguridad social cubre los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo, y atiende principalmente a la población laboral cotizante y a sus familias, por intermedio de la Caja Nacional de Salud, de alcance público, y cajas privadas. El sector privado concentra a compañías de seguros, medicina prepaga y organizaciones no gubernamentales no lucrativas. Asimismo, por su condición de pluriculturalidad y multiétnica, el país mantiene vigente un sistema ancestral de etnomedicina que va adquiriendo gradualmente mayor reconocimiento y coordinación con el sistema formal, para el abordaje integral de la salud de la población.

Legislación sobre salud

La Constitución nacional establece la obligatoriedad de defender los recursos humanos protegiendo la salud de la población. El Código de Salud de 1978 establece la regulación jurídica de las acciones para la conservación, mejoría y restablecimiento de la salud de los habitantes. Este régimen jurídico se ha ido modificando por disposiciones legales tales como la Ley de Participación Popular de 1994 —que transfirió la administración de la infraestructura de salud y los gastos operativos a los gobiernos municipales, dejando la gestión de personal del sistema público bajo la responsabilidad de la administración central del Ministerio, la Ley de Descentralización Administrativa de 1995 y el Decreto Supremo 24.303 de 1996, que creó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, modificado en 1998 por el Decreto Supremo 25.265, que creó el Seguro Básico de Salud.

Separación institucional de funciones

En el sector público las funciones de regulación, emisión de políticas y normas, conducción y control están reservadas al Ministerio, mientras que la provisión de servicios de salud recae en la red de establecimientos ambulatorios y hospitalarios, responsabilidad administrativa de los gobiernos municipales. Por tratarse de un sistema público de servicios, el aseguramiento y financiamiento recaen tanto en el gobierno nacional como en los municipios. Del mismo modo, en la seguridad social la conducción y provisión de servicios, así como el financiamiento, son administrados por cada Caja de Salud. El Viceministerio de Seguridad Social del Ministerio y el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), entidad descentralizada del Ministerio, se encargan del control de gestión y la auditoría de los seguros de salud.

Segmentación de la población atendida

Aproximadamente 43% a 48% de la población total acude a los servicios públicos del Ministerio. La cobertura de seguridad social, incluyendo las Cajas de Salud, es de 22%. Se estima en 10% la población atendida por la medicina privada, y entre 20% y 25% de la población no tiene acceso a ninguno de los sectores; se trata mayormente de población rural dispersa. Por otra parte, se estima que más de 70% de los bolivianos recurren a la etnomedicina.

Descentralización de los servicios de salud

La vigencia de la Ley de Participación Popular, que estableció la transferencia a los municipios de la administración de la infraestructura de salud, excepto el personal, ha favorecido la descentralización de los servicios de salud. Más aún, durante una serie de sesiones de Diálogo Nacional promovidas por el Gobierno en 2000, para orientar el desarrollo social y económico del país, los sectores gubernamentales y de la sociedad civil coincidieron en la necesidad de descentralizar la gestión integral de la salud hacia los municipios, lo que implicaría la transferencia a estos últimos también de la administración del personal de los servicios de salud; quedaría entonces como exclusiva responsabilidad del Ministerio la actividad rectora y normativa.

Participación privada en el sistema de salud

En el sector privado se identifican las compañías de seguros, que actúan como instancias de intermediación de fondos para financiar los servicios de salud. Hacia fines de 1998 se estimó que había 40.000 asegurados en este sistema y que los costos de la prima anual por asegurado titular oscilaban entre US\$ 120 y US\$ 450. El sistema privado de medicina prepaga desarrolla a su vez acciones de intermediación de recursos y provisión de servicios, con alrededor de 30.000 asegurados y una cuota anual que varía entre US\$ 240 y US\$ 650. Complementan al sector privado las organizaciones no gubernamentales no lucrativas, particular-

mente los servicios de salud que sostiene la Iglesia Católica, así como los de otras instituciones que operan con recursos provenientes de la cooperación bilateral y que establecen convenios de cooperación con el Ministerio para su funcionamiento.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de los servicios de salud

El modelo de atención del sistema establece tres niveles: el primer nivel, referido a la atención ambulatoria y al desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de daños; el segundo nivel, responsable de la atención hospitalaria en especialidades básicas (medicina interna, pediatría, ginecología-obstetricia y cirugía), y el tercer nivel, correspondiente a institutos especializados. La organización de los servicios y la disposición de normas para la atención ambulatoria, la promoción de la salud y la prevención de daños corresponden al Ministerio.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de salud

La formación de profesionales en salud reside en el sistema universitario boliviano, integrado por universidades estatales y, más recientemente, privadas, en proceso actual de acreditación por el Gobierno. Los Decretos Supremos 16.181 de 1979 y 17.203 de 1980 y el Convenio de 1980 entre el Ministerio y el Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana, renovado en 1992, establecen la coordinación entre los entes formadores y los organismos estatales de los servicios de salud mediante un proceso de integración docente-asistencial y de investigación. En el caso de médicos y personal de enfermería, el sistema de certificación y ejercicio profesional exige (según el Decreto Supremo 25.695 de marzo de 2000), una vez concluidos los programas de estudio de pregrado, el cumplimiento del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio durante seis meses en hospitales de segundo nivel de las zonas rurales.

La calidad del ambiente

Las bajas coberturas de acceso a los servicios de agua potable, alcantarillado y disposición de desechos sólidos constituyen un grave problema ambiental, así como el agotamiento de los recursos naturales en el mediano y largo plazo. No obstante el rico potencial agrícola, forestal e hídrico de Bolivia, se estima que la deforestación se incrementó de 80.000 hectáreas en 1985–1990 a 168.000 hectáreas en 1990–1995, debido a la expansión de la frontera agrícola, acompañada de contaminación agrotóxica no cuantificada. La erosión tipificada como “fuerte” ya afecta a 61% de los suelos en la región andina semiárida y subhúmeda, y la “muy grave” a 24%. Los esfuerzos institucionales promovieron la aprobación por el Congreso Nacional de la Ley Forestal y la de creación del Instituto Nacional de Reforma Agraria (INRA); queda pendiente la aprobación de planes de manejo forestal y de propiedad de la tierra.

El déficit habitacional se traduce en que solo 34% de las viviendas tienen condiciones aceptables de habitabilidad y en que 79% de la población vive hacinada: cinco personas por habitación. En el sector agroalimentario existen dos modos principales de producción, el tradicional y el empresarial; el primero está centrado en la economía campesina, y el segundo en la industrial. La participación de unidades minifundiaras en la oferta de alimentos es de 70%, orientadas sobre todo a productos de agroexportación (soja, castaña, palmito, etc.). La cobertura de control de inocuidad alimentaria en todo el país alcanza a 20%.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

La red de servicios del primer nivel de atención tiene a su cargo, coordinadamente con los respectivos gobiernos municipales de su jurisdicción, distintos programas de información, educación y comunicación de salud, según el perfil epidemiológico, y dirigidos por lo común a las poblaciones escolar y laboral. Mediante estas acciones se promueve el desarrollo de municipios saludables.

Prevención y control de enfermedades

Para integrar las actividades verticales de los programas prioritarios, el Ministerio estableció la estrategia de “escudo epidemiológico”, referida a la vigilancia y control de la enfermedad de Chagas, la malaria, la tuberculosis, la fiebre amarilla, la leishmaniasis y las enfermedades inmunoprevenibles. El control de brotes se complementa con el sistema regular de provisión de servicios diagnósticos y de tratamiento de las patologías prevalentes que no son de notificación obligatoria y forman parte del Seguro Básico de Salud. La atención a los grupos de población prioritarios (mujeres, madres, niños y adolescentes) se integra en el programa nacional de atención a las personas, con énfasis en la prevención y el control de la enfermedad diarreica aguda, las infecciones respiratorias agudas, la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, los problemas nutricionales, el cáncer del cuello del útero, otros trastornos crónicos y degenerativos, y la violencia intrafamiliar.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

En el año 2000 se formuló el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Análisis de Situación de Salud (SINAVIS), modelo boliviano de vigilancia de salud pública que integra componentes de mortalidad, morbilidad, infecciones hospitalarias, factores de riesgo, ambiente e indicadores básicos. Se integra al sistema de vigilancia una red de 248 laboratorios de análisis clínicos en proceso de consolidación, 70% con capacidad instalada para diagnóstico microscópico de tuberculosis y malaria, situados en zonas endémicas rurales y 10% con capacidad de confirma-

ción bacteriológica o serológica de las enfermedades de notificación obligatoria. El Instituto Nacional de Laboratorios de Salud en La Paz y el Centro de Enfermedades Tropicales en Santa Cruz son laboratorios nacionales de referencia que, a su vez, contribuyen a la estandarización y acreditación de establecimientos de la red. El Subsistema Nacional de Información de Salud (SNIS), consolidado desde 1990 como componente del Sistema Nacional de Información Estadística (SNIE), elabora información sobre producción y productividad de los servicios de salud en el país.

Agua potable y alcantarillado

En 1999 la cobertura de acceso a los servicios de agua potable era de 72% (93% urbana; 37% rural); los departamentos con inferior cobertura fueron Pando (31%), Chuquisaca y Potosí (52%) y Beni (57%). La cobertura de acceso a los servicios de saneamiento y disposición de excretas fue de 61% (79% urbana; 33% rural); la peor cobertura se encontró en Potosí (24%), Oruro (34%) y Chuquisaca (37%).

Manejo de residuos sólidos municipales y hospitalarios

La cobertura urbana de residuos sólidos alcanza a 70% en todo el país, y no hay datos sobre las zonas rurales. En las ciudades, las empresas recolectoras de residuos han iniciado una recolección especial de los residuos hospitalarios, pero estos no son sometidos a un tratamiento completo. El Instituto Nacional de Laboratorios de Salud ha establecido un sistema de tecnología apropiada para facilitar la eliminación de residuos hospitalarios en la ciudad de La Paz.

Protección y control de alimentos

En marzo de 2000 la Ley 2.061 creó el Servicio Nacional de Sanidad Animal (SENASAG), organismo descentralizado del Ministerio de Agricultura, con incumbencia sobre el Programa Nacional de Inocuidad Alimentaria (PROINAL), en proceso de organización.

Programas de ayuda alimentaria

El Ministerio de la Presidencia ha puesto en marcha un programa de seguridad alimentaria para el período 1997–2002, que se extiende al desarrollo rural integrado, la salud y la educación. El Ministerio de Agricultura ejecuta un programa para familias en extrema pobreza que les ofrece alimentos por trabajo, fondos rotatorios para pequeños créditos y capacitación. Los ministerios de Salud y de Urbanismo y Vivienda promueven programas de mejoramiento de la vivienda para la eliminación de la enfermedad de Chagas. El Ministerio suministra tabletas de hierro y harina fortalecida con vitamina A. En todos los casos participa el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas.

El Programa de Atención al Niño, ejecutado con recursos de crédito del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y con participación comunitaria, ha establecido la organización de centros infantiles de estimulación temprana y complementación alimen-

taria; este es un programa importante para las zonas marginales de las principales ciudades del país.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

El país dispone de 3.165 establecimientos de salud de distinta complejidad (2.613 pertenecientes al sector público, 197 a la seguridad social y 355 al sector privado), con un total de 12.554 camas (9.203 en el sector público, 2.823 en la seguridad social y 528 en el sector privado). La política del Seguro Básico de Salud estableció una red nacional de atención a la población a partir de la posibilidad de que todo menor de 5 años y toda mujer en edad fértil puedan demandar servicios de salud indistintamente del sector público, de la seguridad social y de las organizaciones no gubernamentales en convenio con el sector público, y tener acceso al paquete de prestaciones del Seguro Básico de Salud. El sistema busca mejorar la atención de las emergencias obstétricas.

Localmente, los establecimientos se organizan en redes de servicios según criterios de accesibilidad, resolución suficiente de los problemas de salud, división político-administrativa del país, distribución espacial de la población y criterios epidemiológicos. Las redes contemplan un conjunto de establecimientos de primer nivel de atención ambulatoria y su vinculación necesaria a un hospital general en el que se ofrezcan las cuatro especialidades básicas. La atención de emergencias está mejor estructurada en los hospitales generales y regionales de cada capital de departamento. El servicio civil rural obligatorio garantiza la provisión de servicios básicos de emergencia, aunque no siempre es posible referir las emergencias que demandan mayor tecnología, sobre todo para la población rural dispersa.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

En general, los hospitales cuentan con servicios auxiliares de diagnóstico, tanto de laboratorio clínico como por imágenes. Las redes de servicio público ambulatorio en los centros urbanos utilizan los servicios regionales. En las zonas rurales solo se cuenta con medios de análisis clínicos y servicios de rayos X en los hospitales rurales de referencia, denominados hospitales de distrito. La provisión de sangre segura aún tropieza con dificultades: sobre 60 bancos de sangre registrados en 1999, 90% de las donaciones correspondieron a reposición por familiares y 5% a donantes remunerados. De las 23.415 unidades donadas en 1999 se tamizaron 18.831 (80,4%); en estas se detectaron marcadores positivos de *Tripanosoma cruzi* (17,5%), sífilis (1,7%), hepatitis C (1,2%) y hepatitis B (0,5%).

Servicios especializados

La red de servicios de salud ambulatoria cuenta con consultorios odontológicos que desarrollan programas promocionales de

salud oral, especialmente de fluoruración, así como de atención de la morbilidad, aunque esta se limita, en muchos casos, a tratamientos de exodoncia. Funcionan tres centros de referencia nacional (en La Paz, Sucre y Cochabamba) especializados en la atención de pacientes con afecciones mentales que requieren internación. La atención de la salud reproductiva se ha extendido a la red de servicios de atención ambulatoria y, en muchos casos, inclusive a algunos establecimientos de educación media y centros juveniles. Santa Cruz cuenta con el primer centro especializado para la atención del embarazo en las adolescentes. En 1998, mediante la Ley 1.886, se instituyó el Seguro Médico Gratuito de Vejez, que garantiza el acceso del adulto mayor (60 y más años) a los servicios públicos de salud y de seguridad social. Además, en el sector privado funcionan centros gerontológicos.

Insumos para la salud

Medicamentos

El subsector farmacéutico constituye un importante rubro en la economía del país: representa 1,15% del PIB. En 1999 el gasto en medicamentos ascendió a US\$ 98,5 millones, equivalente a US\$ 12,1 per cápita anuales. En ese año, 77,5% del gasto en medicamentos provino de los hogares (gasto de bolsillo), 15,5% de las cajas de seguro social y 5,0% del sector público. En el mercado farmacéutico boliviano existen 8.293 medicamentos legalmente registrados, de los cuales se comercializan 5.518 (66,5%), 27% de ellos son esenciales y 21% se comercializan con nombre genérico, es decir que por cada producto genérico se distribuyen en el mercado cuatro variedades comerciales. En ese mismo año, 70% del mercado farmacéutico nacional correspondió a medicamentos importados, 20% comercializado por contrabando. Funcionan 210 empresas dedicadas a la producción, importación, distribución o comercialización de medicamentos, pero solo 99 venden medicamentos esenciales. De los 20 medicamentos de mayor venta, 7 son medicamentos esenciales.

Aunque la mayor parte del gasto en medicamentos corresponde hoy al bolsillo de los consumidores, se espera que los esquemas de aseguramiento vigentes transformen gradualmente esta situación. Los precios de los medicamentos no están controlados y, por lo general, quedan fuera del alcance de los estratos más pobres. Ante esto, el país cuenta con un esquema de suministro basado en la Central Nacional de Abastecimiento (CEAS), que adquiere en el mercado internacional medicamentos a bajo precio y los distribuye y comercializa en el sector público bajo modalidades como fondos rotatorios y compras con fondos propios; el CEAS también provee medicamentos al Seguro Básico de Salud, de financiamiento municipal, para su entrega gratuita. La organización no gubernamental Insumos Médicos Esenciales distribuye medicamentos a los sectores más pobres. El registro de medicamentos esenciales se expide en 30 días y sus tarifas son

US\$ 78 para los productos nacionales y US\$ 85 para los importados. En el año 2000 se inició un programa de inspección sanitaria previo a la aplicación de las llamadas Buenas Prácticas de Fabricación de Medicamentos.

Equipo

La movilización de recursos tecnológicos médicos al sector público en los últimos años guarda relación con la ejecución de dos proyectos de inversión para el desarrollo de los servicios básicos de salud, con créditos del Banco Mundial y del BID. También la Caja Nacional de Salud administra regularmente un programa de renovación de equipos médicos. No existe una política nacional que prevea un desarrollo tecnológico planificado en el campo de la salud y esto dificulta la ejecución de programas de mantenimiento preventivo y correctivo con criterios de economía de escala. En cuanto a políticas y normas explícitas sobre producción local, importación, comercialización y abastecimiento público, y sobre buenas prácticas de manufactura y control de calidad de equipos médicos, solo se dispone de regulaciones administrativas establecidas en la Ley del Sistema de Administración Financiera y Control Gubernamental para garantizar adecuadamente los procedimientos de compras y adquisiciones de bienes y servicios.

Recursos humanos

En 1999 el Ministerio de Salud y Previsión Social contaba con un plantel de 13.850 empleados, de los cuales 27% eran auxiliares de enfermería, 26% personal administrativo y de servicios, 18% médicos, 14% técnicos, 9% enfermeros profesionales y 6% otros profesionales. Esta distribución es similar a la de los 12.056 trabajadores censados en 1992, cuando el Ministerio empleaba a 48,5% de la población económicamente activa (PEA) ocupada en salud (un total de 24.872 personas), las cajas de seguro social 37,5% y el sector privado 14%. La estructura de personal muestra la escasa correspondencia entre los recursos humanos disponibles y las responsabilidades de atención a la población, pues existe una "proporción irracional" entre el personal administrativo y el médico y de enfermería, a lo cual se debe añadir la baja capacidad resolutoria de los profesionales que ingresan en el sistema, así como los bajos salarios del personal médico y paramédico.

La formación del personal de salud, en especial la formación médica, se caracteriza por la orientación hospitalaria del pregrado, desarticulada de los programas de salud; a su vez, los procesos de capacitación están desvinculados del desenvolvimiento del sector. La insuficiente preparación clínica y gerencial del personal en aspectos relevantes del perfil epidemiológico boliviano y del sistema nacional de salud, la inadecuada distribución de los planteles médicos y auxiliares, la falta de programas de educación permanente y la inexistencia de un régimen de incentivos

acorde con el desempeño profesional son todas características que afectan el desenvolvimiento de los trabajadores bolivianos de la salud.

Investigación y tecnología en salud

El fortalecimiento de la Red Boliviana de Información en Ciencias de la Salud (REBICS) ha facilitado el acceso a la información científico-técnica. La REBICS cuenta con 30 bibliotecas, una página web y una subred de enfermería. En el año 2000 existían 150 bibliotecas médicas en el país, muchas de ellas sin infraestructura, equipamiento ni recursos humanos adecuados; las principales se concentran en universidades, colegios médicos e instituciones privadas.

Con el patrocinio de la Academia Boliviana de Medicina, se creó la Asociación Boliviana de Editores de Revistas Biomédicas, con la finalidad de elevar el nivel científico de las publicaciones periódicas nacionales e intervenir en la selección de revistas con cobertura de publicación desde 1982, para su inclusión en la base de datos LILACS, así como para educar al personal de la salud en la redacción de informes médico-científicos.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto nacional en salud alcanzó a US\$ 421.655.000 en 1998. De acuerdo con la metodología empleada en las cuentas nacionales de financiamiento y gasto en salud, esa cantidad representaba 5% del PIB y equivalía a US\$ 46 por habitante por año. El gasto público en salud fue 65% del gasto nacional en salud (42% seguridad social; 23% sector público) y el gasto privado de bolsillo 27%. Del gasto nacional total, 37% se destinó al pago de servicios ambulatorios, 18% a servicios hospitalarios y 4% a servicios de prevención y promoción de salud, estos a cargo casi exclusivo (97%) del sector público. El gasto por reposición de equipos y mejoramiento de la infraestructura de salud fue 9% del gasto nacional, y por materiales y suministros 11%. La principal erogación, según destino del gasto, se registró en servicios personales (salarios y honorarios profesionales) y no personales (pago por servicios básicos de agua, luz y comunicaciones).

Las empresas e instituciones del país son las principales fuentes de financiación sectorial. En el período 1995–1998 las empresas financiaron 45%, los hogares 31%, el gobierno (en sus tres niveles, nacional, departamental y local) 17%, y los organismos de cooperación internacional y las organizaciones no gubernamentales 7% del total de los gastos del sector. La financiación del sector público proviene del Ministerio, prefecturas, municipios, fondo de inversión social y otros recursos del sistema público. El financiamiento de las cajas del seguro de salud proviene de entidades privadas, militares y universitarias. Las aseguradoras y los sistemas prepagos son las principales fuentes de recursos del sector privado.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

Mediante un contrato de préstamo suscripto con el BID, el Gobierno de Bolivia desarrolla el proyecto Escudo Epidemiológico Boliviano y Apoyo a la Reforma del Sector Salud 1999–2004, por un monto equivalente a US\$ 53,7 millones (US\$ 45,0 millones de crédito y US\$ 8,7 millones de contrapartida nacional). El proyecto apoya el fortalecimiento del programa de prevención, control y tratamiento de la enfermedad de Chagas, del sistema de vigilancia epidemiológica y de los bancos de sangre, la ejecución de estudios sobre la reforma del sector salud y la realización de una experiencia piloto de reforma sectorial.

El país también suscribió un crédito de US\$ 28 millones con el Banco Mundial para la primera fase del Programa de Reforma del Sector Salud 1999–2001, cuyo propósito es reducir las tasas de mortalidad materna e infantil en el país. El programa global de cooperación con el Banco Mundial debería desarrollarse en

tres fases de tres años cada una, y prevé el desembolso adicional de US\$ 25 millones en cada una de las sucesivas fases. Las dos estrategias principales de la reforma de salud son: 1) el incremento de la cobertura de la red de servicios y el fortalecimiento de las organizaciones sociales para mejorar la salud, y 2) el fortalecimiento de la capacidad local para responder a las necesidades de salud.

El Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional y el Gobierno de Bolivia trabajan en un proyecto de control de enfermedades transmisibles 2000–2002 cuyo objetivo es reducir la incidencia de tuberculosis y de infecciones de transmisión sexual, con una inversión de US\$ 3 millones. El país también participa en programas de cooperación técnica y financiera bilaterales en salud, entre los que se destaca el apoyo de los países y gobiernos de Alemania, Bélgica, Canadá, Cuba, España, Estados Unidos de América, Holanda, Italia, Japón y Suecia.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Bolivia, 1990–2000.

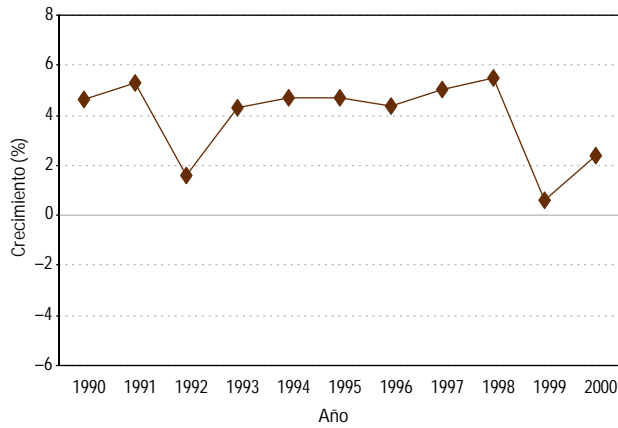


FIGURA 4. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año y en mujeres en edad fértil, según vacuna, Bolivia, 2000.

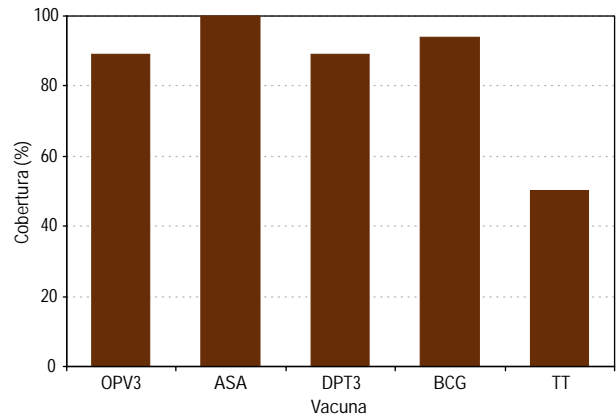


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Bolivia, 2000.

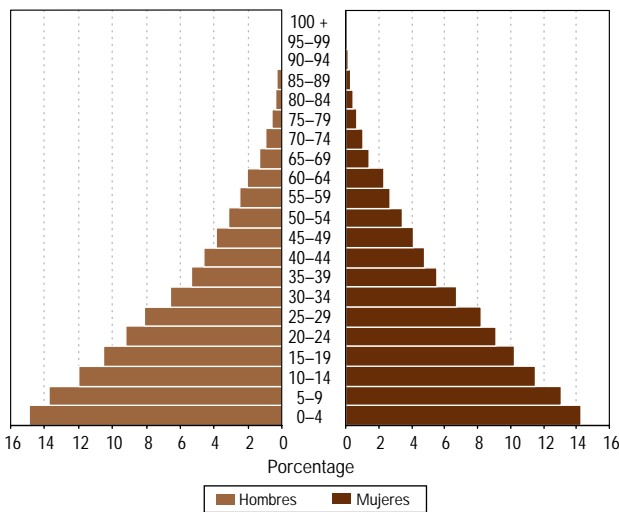


FIGURA 5. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Bolivia, 1990–2000.

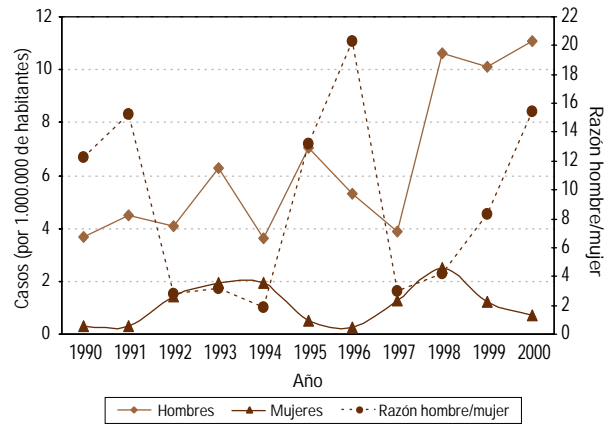
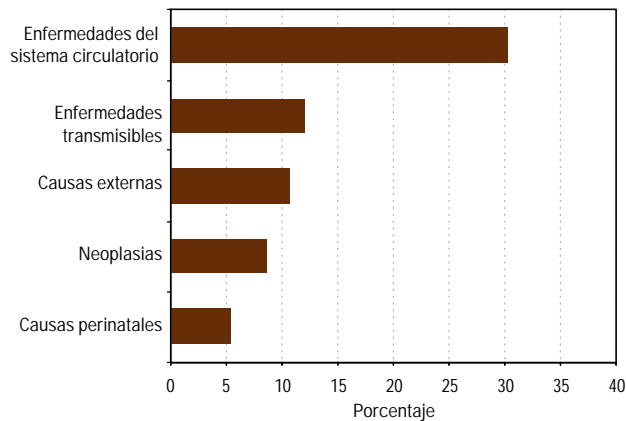


FIGURA 3. Mortalidad proporcional por grandes grupos de causas, Bolivia, 2000.



BRASIL

CONTEXTO GENERAL

Con un área territorial de 8,5 millones de km² y una población de 169,6 millones de habitantes en 2000, la República Federativa del Brasil tiene fronteras con todos los países de América del Sur, excepto Ecuador y Chile. El sistema de gobierno es presidencialista y constitucional, y su organización político-administrativa comprende 26 estados, 5.561 municipios y el Distrito Federal, sede del gobierno. Se rige por el Poder Legislativo, el Ejecutivo y el Judicial, independientes y armónicos entre sí. La Constitución Federal de 1988 consolidó la restauración del régimen democrático en el país, después de dos décadas de gobierno militar.

Brasil se divide política y geográficamente en cinco regiones (Norte, Nordeste, Sudeste, Sur y Centro-Oeste) que tienen rasgos comunes en los aspectos físicos, humanos, económicos y culturales. La región Norte ocupa 45% del territorio brasileño, y en ella se encuentra la cuenca del río Amazonas y se asientan siete estados. La región Nordeste puede considerarse como la más heterogénea, alberga a nueve estados y presenta niveles socioeconómicos más bajos. El Sudeste es la región de mayor importancia económica, concentra 43% de la población y en ella hay cuatro estados. La región Sur es de clima templado, posee la menor área y solo tres estados. Por último, la región Centro-Oeste, en la altiplanicie central, comprende tres estados y el Distrito Federal.

La densidad de población media del país es de 19,8 habitantes por km², con valores extremos en las regiones Sudeste (77,9) y Norte (3,3). En 2000, 81,2% de la población total habitaba en áreas urbanas y la razón de sexo era de 96,8 hombres por cada 100 mujeres, con mayor proporción de hombres (102,4) solo en la región Norte. La tasa geométrica anual de crecimiento de la población se redujo de 1,93% en la década de 1980 a 1,63% en el período 1991–2000, con los valores más bajos en la región Nordeste (1,3%), por la migración hacia otras regiones. La tasa de fecundidad total disminuyó a 2,3 hijos por mujer en 2000, y en la región Sudeste esa tasa (2,10) se ubica cerca del nivel de reposición poblacional. En 2000 la esperanza de vida al nacer era de 68,6 años (64,8 años para los hombres y 72,6 para las mujeres). La

proporción de niños menores de 5 años se redujo de 11,3% de la población total en 1991 a 9,3% en 1999, mientras que en el mismo período la proporción de personas de 60 y más años aumentó de 6,8% a 8,0% para los hombres y de 7,8% a 9,7% para las mujeres (figura 1). En 2000, la población económicamente dependiente (menor de 15 años y mayor de 65) representaba cerca de 35% de la población total, y de cada 20 dependientes, 3,5 eran ancianos.

La reciente evolución de la economía brasileña es el resultado de la adopción del Plan Real en 1994, que mantuvo la inflación en niveles bastante reducidos y estables. La estabilización, sin embargo, se acompañó por un proceso acelerado de endeudamiento público, con lo que la deuda neta del sector público subió de 29% del producto interno bruto (PIB) en 1994 a 51% a fines de 2000. Por otro lado, se elevó el grado de dependencia de recursos externos, materializado en el déficit de cuenta corriente, que presentó un perfil claramente ascendente entre 1994 y 1997 (de 0,31% a 4,16% del PIB), y se mantuvo alrededor de 4,35% del PIB en el período 1998–2000. A partir de 1996, las tasas de crecimiento económico estuvieron por debajo de los promedios históricos: 2,7% en 1996, 3,6% en 1997, 0,12% en 1998 y 0,8% en 1999. En 2000, el PIB creció 4,2%, alentando la expectativa de una recuperación de la economía (figura 2).

El ingreso per cápita estimado para 1999 fue de US\$ 4.271, aunque el grado de pobreza —estimado en 28% de la población— sea comparable al de países con renta per cápita de solo US\$ 1.000. Ese promedio nacional oculta desigualdades muy marcadas en cuanto al desarrollo social. Mientras en las regiones Sur y Sudeste los valores del índice de desarrollo humano, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, se acercan a los niveles de los países desarrollados, en el Norte y Nordeste este índice corresponde a los de los países más pobres.

Entre 1992 y 1999, el porcentaje de la renta del 10% más rico aumentó de 45,4% a 47,2%, mientras que, en el otro extremo, el 10% más pobre mantuvo el mismo 0,7% del total. La evolución de los ingresos medios del trabajo fue positiva en los años 1994 y 1995, en lo que se refiere principalmente al segmento del 10% más pobre. Sin embargo, a partir de 1996 esa ganancia comenzó

a erosionarse debido a varios fenómenos, entre ellos el cambio de los precios relativos, la disminución del salario y el estancamiento económico. Algunos grupos sociales lograron compensar las pérdidas del rendimiento del trabajo mediante lo que se ganó en las jubilaciones y pensiones, ya que fueron beneficiadas por la elevación del grado de cobertura del seguro social en el período 1993–1999. Por otro lado, no hay pruebas recientes de una reducción de los niveles de concentración de la propiedad agraria.

A fines de la década de 1990, la población económicamente activa llegó a cerca de 80 millones de personas. La participación femenina en el trabajo, creciente desde los años setenta, llegó a 38,5% en 1999, y la participación de trabajadores de 10 a 14 años de edad bajó de 16,9% a 13,2% entre 1995 y 1999. A este descenso contribuyó el esfuerzo gubernamental para ampliar las oportunidades de acceso a la educación formal de la población en edad escolar. Por otro lado, hubo un deterioro de las relaciones de trabajo, motivado en parte por la elevación de los niveles de desempleo —de 7,3% en 1992 a 9,8% en 1998— que afectó más a los sectores agropecuario e industrial. Aunque hubo un crecimiento porcentual de trabajadores en los sectores de servicios y construcción civil, estos sectores no pudieron absorber la fuerza de trabajo excedente. La condición precaria de la ocupación se observa en la reducción del empleo formal y en el consiguiente aumento del número de empleados sin documentos de trabajo (de 29,4% a 30,6% entre 1992 y 1999) y de trabajadores por cuenta propia (de 22,5% a 24,4% en el mismo período). El proceso de informalización afecta negativamente los flujos de caja del sistema de previsión social, la capacidad regulatoria del Estado para hacer cumplir la legislación laboral y el acceso de una gran parte de la fuerza de trabajo a los programas gubernamentales dirigidos a los trabajadores formales.

En el mercado de trabajo brasileño hay desigualdades importantes en términos regionales y étnicos. En 1999, la región Nordeste presentaba el índice más alto de trabajo infantil, que involucraba a 24% de los niños de 10 a 14 años, contra 9,4% en la región Sudeste. Solamente 17% de los trabajadores en el Nordeste eran empleados formales —con documentos de trabajo—, proporción que era de 40% en el Sudeste. El desempleo en el Brasil afecta más a la población de negros y mestizos (11% en 1999) que a la de blancos (9%), y hay diferencias significativas también en los ingresos medios de esos dos segmentos, que en 1997 correspondían, respectivamente, a dos y a cinco salarios mínimos.

A fines de la década de 1990, la situación educativa registraba algunos adelantos, si bien persistían ciertos problemas históricos. La tasa de alfabetización de los adultos aumentó de 83% en 1992 a 87% en 1999, con el valor más bajo en el Nordeste (73%) y el más elevado en el Sudeste-Sur (92%). En el Nordeste también hubo mayores disparidades entre las áreas rurales y urbanas, con 59% y 81% de adultos alfabetizados en 1999, respectivamente. Los adelantos fueron más notables en la alfabetización infantil, que en 1999 alcanzó la tasa media de 95% en el grupo de 10 a 14 años de edad, mientras que la tasa de escolarización de los niños

de 7 a 14 años llegó a 97%. Sin embargo, el promedio de años de estudio para la población de 10 y más años de edad todavía era de 5,7 años, insuficiente para enfrentar las crecientes exigencias del sistema productivo.

El acceso a la escuela está asegurado por la red de educación pública, que en 1999 cubría 93% de la demanda en los cuatro primeros años de la enseñanza fundamental y 87% en la enseñanza media. La participación de la red pública municipal en la oferta de la enseñanza fundamental creció de 45% a 67% entre 1994 y 2000. A fines de los años noventa, solo 19% de la población adulta tenía diploma de enseñanza media, porcentaje que era mayor en las mujeres (20,4%) que en los hombres (17,5%). La mayor escolaridad de las mujeres se observa también en la enseñanza superior y en los cuatro últimos años de la enseñanza fundamental. Sigue causando preocupación la productividad del sistema educativo brasileño por los elevados índices de repetición de año encontrados en el bienio 1998–1999 (40% en el primer año y 21% en los ocho años de enseñanza fundamental).

La población urbana servida por la red general de abastecimiento de agua aumentó discretamente en la última década: de 88% en 1992 a 92% en 1999. En el mismo período, la cobertura de sistemas de desagüe sanitario, con conexión domiciliar a la red de alcantarillado o a foso sanitario, se elevó de 66% a 74%, mientras la cobertura de sistemas de recolección de residuos aumentó de 80% a 90%. En 1999, la región Norte presentó la menor cobertura urbana de abastecimiento de agua (71%) y de recolección de residuos (80%), y la Centro-Oeste la menor de alcantarillado sanitario (48%). La región Nordeste se sitúa en una posición intermedia, mientras que más de 95% de la población urbana en el Sudeste y en el Sur cuenta con sistemas de abastecimiento de agua y de recolección de residuos. La cobertura por la red de energía eléctrica llega a 95% de los domicilios brasileños.

En el período 1996–2000, las iniciativas de reforma del Estado en las áreas sociales se caracterizaron por la búsqueda de una mayor eficiencia del gasto público, una mayor flexibilidad de los mecanismos de gestión, la descentralización administrativa y el aumento de la capacidad de regulación del poder público. Al contrario de lo que ocurrió en otras áreas con fuerte participación del Estado —como las de telecomunicaciones y de producción mineral— ni en la esfera social en general ni en el sistema de salud en particular hubo un proceso significativo de privatización.

El proyecto de reforma del Estado preveía el fortalecimiento de la función regulatoria del poder público que, en el campo del Ministerio de Salud, se refiere a la supervisión y el control de los agentes públicos y privados responsables de la provisión de bienes y servicios relacionados con la salud. Para ejercer mejor ese papel de regulación, se crearon dos instituciones federales dotadas de autonomía financiera y administrativa —la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria y la Agencia Nacional de Salud Suplementaria— cuyas atribuciones tienen una dimensión también económica, por incluir el control y la regulación de los precios.

Mortalidad

El sistema de información de mortalidad (SIM) registra anualmente, en todo el país, casi un millón de defunciones. Se estima que su cobertura media, entendida como la razón entre el número de defunciones captado por el SIM y el estimado por proyecciones demográficas (expresado como un porcentaje), alcanzó 81,8% en 1998, con el valor más bajo en la región Nordeste (60%). Dicha proporción tenderá a aumentar con la incorporación de datos de fuentes complementarias, como la notificación de defunciones por agentes comunitarios de salud. La proporción de causas mal definidas —que engloba las defunciones sin atención médica— disminuyó 25% en los últimos 10 años, ubicándose en cerca de 15% en 1998, con valores muy diferentes en las regiones Sur (7,7%) y Nordeste (29,8%). El análisis por sexo evidencia el mayor peso de las muertes masculinas en prácticamente todas las edades, ya que representan cerca de 59% de las defunciones totales. La distribución por edad muestra que la proporción de muertes de menores de 1 año sobre el total de defunciones se redujo de 24% en 1980 a 8% en 1998. Por otra parte, 54% de las defunciones notificadas en 1998 ocurrieron en el grupo de 60 y más años de edad, con variaciones de 42% en la región Norte a 60% en la región Sur.

Excluidas las defunciones por causas mal definidas, la distribución proporcional de las causas definidas muestra discretas variaciones entre 1995 y 1998. Se exceptúa la elevación persistente de las neoplasias, que causaron 14% del total de defunciones en 1998 y, según datos correspondientes a 1999, tendían a sustituir a las causas externas como segunda causa de muerte en el país. Las enfermedades del sistema circulatorio se mantuvieron como primera causa en todas las regiones, responsables de un tercio de las defunciones anuales, con una tendencia descendente en la región Sudeste. A partir de 1997, la tendencia ascendente de las causas externas, responsables de 15% de las defunciones en 1998, parece haberse revertido. Ese año, las causas externas ocuparon el segundo lugar en la mortalidad proporcional en las regiones Norte (20,1%), Nordeste (16,3%) y Centro-Oeste (18,6%). En la región Sur, las neoplasias ocuparon el segundo lugar (17,4%). Las tasas por 100.000 habitantes fueron de 158,4 para las enfermedades del sistema circulatorio, 72,7 para las causas externas, 68,5 para las neoplasias y 51,9 para las enfermedades transmisibles. En la figura 3 se presentan las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes para hombres y mujeres, según grandes grupos de causas.

Los datos de morbilidad hospitalaria provienen de un sistema de información nacional que abarca los establecimientos prestadores de servicios al sistema público de salud. Se refieren a cerca de 12 millones de hospitalizaciones anuales, de las que 25% se deben a causas vinculadas con el embarazo, parto y puerperio. Si se exceptúan las hospitalizaciones por esa causa, prevalecen las hospitalizaciones de ancianos, sin diferencias significativas en la distribución por sexo. En 1999 preponderaron las internaciones por enfermedades transmisibles (17% del total), seguidas por las

debidas a las enfermedades de los sistemas circulatorio (9%), digestivo (8%), respiratorio (7,5%) y genitourinario (6%). La proporción de internaciones por enfermedades transmisibles en el Norte (21,9%) y Nordeste (21,1%) superaron a las del Sudeste (12,6%) y Sur (15,1%); las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias y los trastornos mentales predominaron en el Sudeste y en el Sur.

El sistema nacional de información sobre nacidos vivos, implantado en la década de los noventa, en 1998 obtuvo una cobertura media nacional de 90% para el número de nacidos vivos estimado por métodos demográficos. El sistema ya está establecido en las regiones Sudeste y Sur y su implantación prácticamente está concluida en la Centro-Oeste. En 14 estados de dichas regiones, los datos del sistema se utilizan para el cálculo directo de tasas y producen diversos indicadores nacionales relativos a la atención prenatal y al parto.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

Datos relativos a nacidos vivos en el período 1996–1998 muestran que cerca de 8% presentaron bajo peso al nacer, sin variaciones significativas entre las regiones del país. Tres encuestas nacionales sobre lactancia materna realizadas en 1975, 1989 y 1999 indican un aumento progresivo de la proporción de niños que reciben leche materna a los 6 meses de edad, porcentaje que llegó a 69% en 1999. La mitad de los niños estudiados en 1999 ya no recibía lactancia exclusiva a los 30 días de vida.

En 1998, la tasa de mortalidad infantil se situó en 33 defunciones por 1.000 nacidos vivos, valor 30% inferior a la tasa de 1990, que fue de 48 por 1.000. Existe una importante desigualdad en la mortalidad infantil entre las regiones y entre los estados, con valores extremos en los estados de Alagoas (68 por 1.000) y Santa Catarina (17 por 1.000). El Nordeste se destaca por las elevadas tasas a lo largo de todo el período, situación opuesta a la de la región Sur. Esta desigualdad se observa en la figura 4, donde se sugiere que 60% de las muertes infantiles en el Brasil ocurrieron en 40% de la población de nacidos vivos (Coeficiente de Gini = 0,2419).

La mortalidad infantil tiende a concentrarse en el período neonatal, a medida que disminuye la proporción de muertes evitables por acciones básicas de salud y saneamiento. En 1998, 60% de las defunciones infantiles ocurrieron en el primer mes de vida y 47%, en la primera semana. En 1990 esos porcentajes eran de 49% y 38%, respectivamente. En la región Nordeste, no obstante, la mitad de las defunciones notificadas en 1998 eran todavía posneonatales. En el grupo de 1 a 4 años de edad, las causas de defunción más importantes en 1998 fueron las enfermedades transmisibles (43,0%), las causas externas (22,5%) y las enfer-

medades del sistema respiratorio (8,2%). La enfermedad diarreica aguda y las infecciones respiratorias agudas fueron responsables, cada una, de cerca de 7% de las defunciones de menores de 5 años en 1998. La enfermedad diarreica se presentó con más frecuencia en el Nordeste (12%), mientras que las infecciones respiratorias agudas lo hicieron en el Sur (8%). Para reducir la morbimortalidad de niños menores de 5 años, se implantó una red nacional de bancos de leche humana, pasteurizada y con calidad controlada, para su distribución entre recién nacidos y prematuros. En 1999, la red incluía 132 unidades en 22 estados y recolectaba 100.000 litros de leche humana.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

Este grupo responde por menos de 0,6% de las defunciones totales; en el período 1996–1998, 46% de las muertes fueron causadas por accidentes y violencia, principalmente accidentes de transporte, ahogamientos, agresiones y caídas. Les siguen las muertes por enfermedades transmisibles (18%) y neoplasias malignas (13%). Entre las enfermedades transmisibles se destacan las septicemias, la meningitis meningocócica y las enfermedades infecciosas intestinales. En 1999 se internaron en los hospitales del sistema público casi 450.000 niños de este grupo de edad, lo que corresponde a 3,5% del total de hospitalizaciones. Las enfermedades del sistema respiratorio, sobre todo la neumonía y el asma, y las enfermedades del sistema digestivo, especialmente las hernias y las enfermedades del apéndice ileocecal, fueron importantes causas de internación.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

Los adolescentes representan cerca de 20% de la población del país y contribuyen con 3% de la mortalidad general, con un marcado predominio de muertes masculinas, sobre todo por accidentes y violencia. En 1998, las causas externas determinaron 47% de las defunciones de niños de 10 a 14 años de edad y 68% de las de adolescentes de 15 a 19 años, con una participación masculina, respectivamente, de 69% y 85%. Predominaron las muertes por homicidio, que aumentaron de 22% en el trienio 1979–1981 a 53% en 1998. Los suicidios contribuyeron con 4% de las muertes, 69% de estas en el sexo masculino. Las internaciones por lesiones se debieron principalmente a caídas (34% en 1998) y accidentes de transporte (15%), destacándose el aumento de los accidentes de motocicleta, vehículo cada vez más usado como medio de transporte para la recreación y el trabajo.

En 1998 se notificaron 729.000 partos en adolescentes de 10 a 19 años de edad (24% del total), proporción más alta que la observada en 1994 (21%). Cerca de 27.200 nacidos vivos en 1998 (0,9% del total) fueron de madres de 10 a 14 años de edad, y presentaron una frecuencia de bajo peso al nacer (9%) superior al promedio (8%). El programa de salud para adolescentes y jóvenes tiene por objeto promover condiciones favorables a su desarrollo físico y mental, destacando aspectos relativos a sexualidad, vida reproductiva y convivencia familiar, así como la prevención

de accidentes, violencia y enfermedades transmisibles, entre ellas el SIDA.

La salud de la población adulta (15–59 años)

Corresponden a ese grupo de edad cerca de 35% de las defunciones notificadas en 1998, en proporción mayor en el sexo masculino (41%) que en el femenino (26%). La tasa de mortalidad en la población adulta masculina (471 por 100.000) superó el doble de la tasa femenina (209 por 100.000).

En 1998 las causas externas respondieron por 32% del total de defunciones, con grandes diferencias por sexo (41% de las muertes masculinas y 13% de las femeninas). El riesgo de que un hombre muera por una causa externa (tasa de 162 por 100.000) es más de siete veces superior al de una mujer (21 por 100.000). Las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon el segundo lugar en 1998 (23% del total), con tasas de 80 por 100.000 hombres y de 51 por 100.000 mujeres; y las neoplasias, la tercera posición (14% del total), con tasas equivalentes para los dos sexos (cerca de 40 por 100.000). La mortalidad masculina fue dos y tres veces mayor que la femenina para las enfermedades infecciosas y las del sistema digestivo, respectivamente.

La mortalidad materna, calculada en 10 estados que en 1998 contaban con datos consistentes, varió entre 44 y 87 defunciones por 100.000 nacidos vivos. Como son reconocidas las deficiencias en el registro de causas maternas, se estima que la tasa media nacional podría situarse en torno a 127 defunciones por 100.000, con base en un factor de corrección obtenido en estudios localizados. Cerca de 69% de las muertes maternas en 1998 se debieron a causas obstétricas directas, entre las que sobresalieron la eclampsia, las hemorragias preparto, el desprendimiento prematuro de la placenta y la placenta previa. Entre las causas indirectas —preexistentes y agravadas por el embarazo— se destacaron las enfermedades infecciosas, la diabetes, la anemia y los trastornos cardiovasculares.

El sistema público de salud registró 7,3 millones de hospitalizaciones de adultos en 1999, 72% en mujeres, de las cuales 58% fueron debidas a embarazo, parto y puerperio (41% del total de internaciones). Excluido ese grupo de causas, los principales motivos de internación fueron las enfermedades de los sistemas digestivo (13,9%), genitourinario (13,7%) y circulatorio (11,0%). Las lesiones, envenenamientos y otras causas externas fueron la segunda causa de internación en los hombres (14%), mientras que en las mujeres —excluidas las internaciones por embarazo, parto y puerperio— predominaron las enfermedades del sistema genitourinario (21%).

Datos referentes a 2,7 millones de partos en 1998 muestran que cerca de 50% de las madres hicieron seis o más consultas de atención prenatal, con variaciones porcentuales de 29% en Amapá a 70% en Mato Grosso do Sul. Entre 1995 y 2000, la proporción de partos por cesárea realizados en el sistema público se redujo de 32% a 22%, por restricciones al pago de dicho procedimiento. Existen sistemas de envío hospitalario de la embarazada

de alto riesgo a nivel de los estados. En el sistema público de salud, las acciones dirigidas a la planificación familiar comprenden campañas educativas, suministro de preservativos, y prácticas de ligadura de trompas y vasectomía.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

La proporción de personas de 60 y más años de edad está aumentando de forma progresiva en todas las regiones, en especial en el sexo femenino. En 1999 se situaban en este grupo de edad 9,7% de las mujeres y 8,0% de los hombres, mientras que en 1991 esos porcentajes eran de 7,8% y 6,8%, respectivamente. El perfil de la mortalidad refleja las modificaciones demográficas, y se observa el aumento progresivo de la proporción de defunciones en edades superiores a los 60 años, que pasó de 38% en el trienio 1979–1981 a 54% en 1998. Este porcentaje varió de 42% en la región Norte a 60% en la región Sur. En 1998, las enfermedades del sistema circulatorio (46%), las neoplasias (17%) y las enfermedades respiratorias (11%) predominaron como causas de muerte definidas y se destacó el elevado porcentaje de causas mal definidas (18%), creciente en los subgrupos de ancianos de edad más avanzada.

La población anciana respondió por 18% de las hospitalizaciones realizadas en el sistema público de salud en 2000, y las causas principales fueron las enfermedades de los sistemas circulatorio (28%), respiratorio (20%) y digestivo (10%). Las acciones dirigidas a dicho segmento de la población se orientan por la Política Nacional de Salud del Anciano, aprobada en 1999, que contiene directrices, estrategias generales y prioridades de acción, con el propósito de promover el envejecimiento saludable, mantener y mejorar la capacidad funcional de los ancianos, prevenir enfermedades específicas, tratar a los enfermos y rehabilitar a los que tengan su capacidad funcional limitada. Entre las medidas preventivas, se destaca la vacunación contra la influenza y la infección neumocócica mediante campañas anuales que, desde 1999, han contribuido a reducir la hospitalización por infecciones respiratorias. En abril y mayo de 2001, la campaña benefició a más de 10 millones de ancianos.

La salud de los trabajadores

La información disponible sobre enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo se refiere solo a la población asegurada por el sistema de previsión estatal. Esta limitación restringe el universo analizado a 18,8 millones de trabajadores, concentrados en las regiones Sudeste (58%) y Sur (19%), según datos de 1998. En este grupo se registró una tasa de 16 casos de enfermedad ocupacional por 10.000 trabajadores asegurados. En el mismo año se produjeron 384.000 accidentes de trabajo (20 por 1.000 asegurados), con 3.800 defunciones (20 por 100.000 asegurados). La tasa de mortalidad masculina (23,3) superó ampliamente la tasa femenina (13,1), lo que ocurrió en todas las regiones del país. Del total de accidentes registrados en 1998, 91% se consideraron típicos —resultantes de las características de la

actividad profesional desempeñada—, mientras que los restantes se produjeron en el trayecto entre la residencia y el lugar de trabajo. Cerca de 85% de los accidentes generaron incapacidad de naturaleza temporal (96%) o permanente (4%).

El área de salud del trabajador en el Brasil se incluye en los sectores de salud, trabajo, previsión social y medio ambiente, con competencias y atribuciones propias. En el sector salud, diversos instrumentos normativos federales recientes orientan las acciones destinadas a mejorar la cobertura y la calidad de la asistencia al trabajador.

La salud de los discapacitados

Los únicos datos de alcance nacional disponibles, que corresponden a 1991, registran una tasa de prevalencia de 1,1% de discapacitados en la población general. Desde 1989 se ha venido ampliando el marco legal de amparo de ese segmento de la población, y cada vez es mayor el número de municipios que ofrecen facilidades de locomoción a los discapacitados. El Consejo Nacional de Salud aprobó en 2000 la política nacional de salud de la persona con discapacidad. Hay instituciones de excelencia que sirven de referencia técnica nacional para la atención de personas con discapacidades específicas.

La salud de los indígenas

La población indígena brasileña se estima en 350.000 personas, pertenecientes a cerca de 210 pueblos que hablan más de 170 lenguas. Aunque constituye solo el 0,2% de la población total, el contingente indígena está presente en 24 de los 26 estados. Cada pueblo tiene una forma propia de organización —social, política y económica—, de relación con el medio ambiente y de ocupación territorial. Las regiones Norte y Centro-Oeste concentran cerca de 60% de esa población y 98,7% de las tierras indígenas. La situación sanitaria de los pueblos indígenas se caracteriza por altas tasas de incidencia y letalidad por malaria, tuberculosis y enfermedades respiratorias, diarreas e inmunoprevenibles.

Desde 1999, la atención a la salud indígena está bajo la responsabilidad directa del Ministerio de Salud, por medio de 34 distritos sanitarios especiales indígenas vinculados a la Fundación Nacional de Salud (FUNASA). Cada distrito cuenta con un equipo de salud que emprende acciones de atención básica, bajo el control de los consejos locales y distritales de salud indígena. En las aldeas y comunidades actúan agentes de salud indígenas, capacitados para la atención básica. Las relaciones con los servicios formales de nivel secundario o terciario son apoyadas por “casas de salud del indio”, localizadas en sedes municipales de referencia.

La salud de la población negra

La población negra brasileña, constituida por negros y pardos, supera a la de cualquier otro país fuera del continente africano y presenta características genéticas peculiares, por el mestizaje de individuos de varias etnias procedentes de distintas regiones del

África subsahariana. En 1999, esta población se estimaba en 8,6 millones de negros y 64 millones de pardos, totalizando 45% de la población nacional. Cerca de 85% de los negros reside en las regiones Nordeste y Sudeste, y existen aproximadamente 1.000 comunidades remanentes de esclavos fugitivos dispersas por el país. Los problemas de salud más frecuentes en la población negra —desnutrición, consumo de drogas, abortos sépticos y violencia, entre otros— están asociados a desigualdades sociales históricas, que condicionan la pobreza y reducen el acceso a los servicios de salud. Esas desigualdades son factores agravantes de enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la deficiencia de glucosa-6 fosfato-deshidrogenasa, que parecen incidir con mayor intensidad en la población negra.

Entre las enfermedades determinadas genéticamente se destaca la anemia falciforme, la enfermedad hereditaria monogénica más común en el Brasil. Su prevalencia se estima en 8.000 enfermos y dos millones de portadores del rasgo falcémico, lo que presupone un alto subregistro de casos, pues solo cerca de 4.000 están identificados. Se estima que 80% de los enfermos de anemia falciforme mueren a los 30 años de edad como máximo, y que 85% de las muertes no se notifican como tal. En 1995, una iniciativa gubernamental dirigida a la valoración cultural de la raza negra movilizó sectores de la sociedad civil y de la comunidad científica, y a profesionales de la salud, lo que resultó en la formulación de un programa de control de la anemia falciforme y en medidas de defensa de los intereses de este grupo de población.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Los desastres naturales más comunes en el Brasil incluyen inundaciones, desmoronamientos de tierra, derrumbes, incendios forestales, sequías y estiajes, que afectan sobre todo a la población de bajos ingresos en zonas rurales y periurbanas. En 1998, 75% de la región Nordeste sufrió una sequía que afectó a 1.429 municipios. En 1998 hubo graves inundaciones en los estados de São Paulo, Río Grande do Norte y Río de Janeiro; en 1999 en los estados de São Paulo y Acre, y en 2000 en Río de Janeiro, Alagoas y Pernambuco. Las inundaciones se asocian al aumento de casos de leptospirosis. El Sistema Nacional de Defensa Civil, establecido en 1993, articula acciones institucionales y de la sociedad civil para prevenir y atender a catástrofes naturales, y para su funcionamiento cuenta con un manual publicado en 1999 y con la Política Nacional de Defensa Civil establecida en 2000.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. Es endémica en toda la Amazonia brasileña, que abarca la región Norte y parte de los estados de Maranhão y Mato Grosso. En este territorio se presentaron más de 99% de los casos notificados en los últimos 10 años, con un promedio anual de

530.000 exámenes positivos. En 1999, la incidencia de malaria aumentó considerablemente en dicha área y volvió a los niveles existentes en la década de 1970. Se registraron 632.600 casos nuevos —34% más que en 1998—, que resultaron en 21.100 hospitalizaciones, principalmente de adultos y jóvenes del sexo masculino. La elevada endemidad de la malaria en la Amazonia está relacionada con la rotación de actividades económicas extractivas, que genera migraciones internas y asentamientos rurales desordenados. Por la falta de capacidad local para planificar, controlar, evaluar y prestar servicios en forma eficiente, la enfermedad se propaga a grandes distancias. A pesar de las dificultades, entre 1986 y 1998 la tasa de mortalidad por malaria se redujo de 0,7 a 0,1 defunciones por 100.000 habitantes. También disminuyó la proporción de casos debidos a *Plasmodium falciparum* (de 29% en 1996 a 18,6% en 1999). El Plan de Intensificación de las Acciones de Control de la Malaria en la Amazonia Legal, instituido en 2000, representa una nueva perspectiva de intervención basada en la articulación de acciones intersectoriales.

Fiebre amarilla. No se han registrado casos en el Brasil desde 1942, aunque a partir de la década de 1970 se observa una progresiva reinfestación del territorio nacional por el vector urbano de la enfermedad, el mosquito *Aedes aegypti*. La fiebre amarilla selvática es endémica principalmente en las regiones Norte y Centro-Oeste, donde se registra una elevada proporción de defunciones (de 45% a 50%), por la baja detección de casos oligosintomáticos. En períodos cíclicos, la enfermedad se extendió a otras regiones del país, y los picos más recientes ocurrieron en 1993–1994 y 1998–2001. El último brote empezó con epizootias entre simios de la Amazonia y se propagó al centro del país, donde en 1999 afectó a turistas que visitaban una reserva natural en el estado de Goiás. La circulación viral continuó en dirección este-sur, donde se detectaron epizootias en 54 municipios de seis estados. A partir de 1998 se vacunaron contra la fiebre amarilla 48 millones de personas en las áreas afectadas por el brote. Los últimos casos notificados en las regiones Norte y Centro-Oeste datan de junio de 2000.

Dengue. Tres epidemias de dengue ocurrieron en el país desde la detección de los casos iniciales en Roraima en 1982. Las dos primeras (1986–1987 y 1990–1991) se concentraron en Río de Janeiro y en algunos estados de la región Nordeste, con 104.000 casos en 1991. La tercera epidemia empezó en 1995 y alcanzó su pico en 1998, con 570.000 casos notificados. En los años 1999 y 2000 se registraron 207.000 y 238.000 casos respectivamente, más de la mitad de ellos en la región Nordeste y cerca de 30% en la región Sudeste. En todos los estados hubo casos de dengue; en el año 2000 se notificaron 40 casos de fiebre hemorrágica del dengue (33 en el estado de Pernambuco). Los serotipos 1 y 2 del virus del dengue circulan simultáneamente en cerca de 20 estados brasileños, y se confirmó un caso único producido

por el serotipo 3 en diciembre de 2000, en la periferia de Río de Janeiro. En 2000 había 3.592 municipios infestados por el vector de la enfermedad, el mosquito *Aedes aegypti*, y en 2.137 de ellos hubo transmisión del virus. El Plan Director de Erradicación del *Aedes aegypti*, instituido en 1996, se ejecuta con limitaciones, por lo que deben reforzarse las actividades de vigilancia epidemiológica y de movilización social.

Enfermedad de Chagas. Actualmente se encuentra controlada mediante acciones específicas de vigilancia entomológica y de mejoras habitacionales en las áreas endémicas. Investigaciones serológicas realizadas en escolares en los años 1989 y 1999 encontraron solamente 329 muestras positivas entre 245.000 examinadas, con una prevalencia media general de 0,13%. En 2000, la comisión internacional de los países del Cono Sur para el control de la enfermedad concluyó que la transmisión por *Triatoma infestans* está interrumpida en seis estados (Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Río de Janeiro y São Paulo), y en fase de certificación en otros cuatro (Pernambuco, Piauí, Minas Gerais y Rio Grande do Sul).

Esquistosomiasis. Sigue siendo endémica en prácticamente toda la región Nordeste y en los estados de Minas Gerais y Espírito Santo, en el Sudeste. La enfermedad continúa extendiéndose a pesar de la ampliación y descentralización de las actividades de diagnóstico coproscópico y tratamiento de casos. En los últimos años se identificaron focos en el Distrito Federal y en los estados de Pará, Paraná y Santa Catarina, y se reconoció la transmisión autóctona en un municipio de Goiás y en otro de Rio Grande do Sul.

Leishmaniasis. La leishmaniasis visceral o Kala-azar se presenta en zonas urbanas a partir de la década de 1970, en asociación con las precarias condiciones de vida de las poblaciones afectadas. La enfermedad es cíclica y muestra una tendencia ascendente, con registros de epidemias en las décadas de 1980 y 1990. En 1999 y 2000 hubo cerca de 4.000 casos anuales, 85% de ellos situados en la región Nordeste, sobre todo en Maranhão y Bahía. En la región Sudeste se presentó en algunos centros urbanos. La leishmaniasis tegumentaria americana está en franca expansión, aun en zonas rurales prácticamente taladas y en áreas periféricas urbanas. En 1999 se presentaron casos autóctonos en 2.036 municipios, excluyéndose solo el estado de Rio Grande do Sul. En el período 1997–1999 la incidencia por 100.000 habitantes osciló entre 13,5 y 19,8 casos. En 2000 se notificaron 34.513 casos, de los cuales 68% correspondieron a las regiones Norte y Nordeste.

Filariasis. El principal foco de filariasis linfática se localiza en el área metropolitana de Recife, estado de Pernambuco, donde en 1999 se notificaron 2.119 casos. Hay un pequeño foco en el estado de Alagoas, con 21 casos registrados en 1999 y 10 en 2000.

Está en marcha un plan nacional de eliminación de la enfermedad, basado en el uso de nuevas sustancias quimioterapéuticas.

Peste. La última epidemia de peste humana en el Brasil ocurrió en 1974–1975 y se concentró en la región Nordeste, donde existen focos enzoóticos que permanecen en áreas rurales de regiones serranas y de mesetas. En el período 1998–2000, los 11 casos humanos notificados provinieron del estado de Bahía.

Oncocercosis. La oncocercosis se limita a la población indígena del parque Yanomami, a lo largo de la frontera con Venezuela. Una investigación realizada en el período 1993–1997 encontró 1.266 indígenas infectados entre 4.283 examinados (29,6%).

Enfermedades prevenibles por vacunación

El control de las enfermedades prevenibles por vacunación se realiza rutinariamente en la red de servicios de salud. Se adoptan estrategias especiales de intervención según tipos de vacunas o áreas específicas, con base en una programación establecida en los niveles nacional, estatal y municipal. Desde 1995 se cuenta con datos sobre la cobertura de vacunación en todos los municipios del país. En el trienio 1998–2000, la vacunación de rutina de los menores de 1 año de edad alcanzó coberturas medias anuales superiores a 95% contra la poliomielitis (tres dosis), la tuberculosis y el sarampión, y de 93% a 94% contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (tres dosis). Sin embargo, en 1999 cerca de la mitad de los municipios brasileños presentaron una cobertura de inmunización inferior a 90% para tres dosis de las vacunas DPT y contra la poliomielitis. En 57% de los municipios, la cobertura de la inmunización contra el sarampión fue inferior a 95%. Además de la vacunación de rutina en la infancia, se realizan campañas periódicas dirigidas a enfermedades específicas y grupos determinados de población. En la figura 5 se presenta la cobertura de inmunización en los menores de 1 año para el 2000.

Sarampión. La iniciativa nacional para eliminar el sarampión comenzó en 1992 con la realización de una campaña nacional de vacunación dirigida a la población de 9 meses a 14 años de edad. En los años siguientes hubo una drástica reducción de la incidencia, pero en 1997 estalló una epidemia con 53.664 casos y 61 defunciones que afectó a la población que no formaba parte del grupo objetivo de vacunación, como adultos jóvenes. Las estrategias orientadas a la erradicación del sarampión incluyeron la realización de dos campañas nacionales de vacunación (en 1997 y 2000) y la organización de un grupo tarea para agilizar la vigilancia y el control de focos. El número de casos confirmados disminuyó 95% entre 1999 y 2000 (de 890 a 36) y, desde marzo de 2000, cuando hubo un brote en el estado de Acre, no se han registrado casos autóctonos de la enfermedad. Hay indicios de que la transmisión del sarampión en el Brasil está interrumpida.

Rubéola. En 1996 la rubéola fue integrada a las acciones de vigilancia del sarampión, y en 2001 se estableció la vigilancia del síndrome de rubéola congénita. El número de casos de rubéola notificados en 1999 y 2000 se mantuvo en unos 14.000 anuales, y más de 60% de estos correspondieron a las regiones Norte y Nordeste, donde la vacunación se introdujo en 2000. La tasa de incidencia entre adultos de 20 a 29 años aumentó de 5,7 por 100.000 habitantes en 1999 a 11,9 en 2000, mientras que el número de casos de síndrome de rubéola congénita aumentó de 34 a 57 en el mismo período.

Poliomielitis. Los últimos casos de poliomyelitis en el Brasil ocurrieron en 1989; en 1994 se certificó la interrupción de la transmisión de la enfermedad. Se han mantenido campañas anuales de vacunación y actividades de vigilancia para la detección de parálisis flácidas agudas.

Tétanos. El tétanos neonatal persiste asociado a la pobreza, pero su incidencia disminuye desde hace más de una década. Se notificaron 66 casos en 1999 y 41 en 2000. La incidencia de otros tipos de tétanos disminuyó de 646 casos en 1999 a 439 en 2000.

Difteria y tos ferina. La difteria manifestó poca variación de 1999 a 2000, con 56 y 54 casos notificados, respectivamente. El número de casos notificados de tos ferina disminuyó de 1.369 en 1999 a 1.177 en 2000, y la enfermedad fue más grave entre los niños menores de 1 año de edad, grupo en el que ocurrió la gran mayoría de las 24 defunciones registradas en 1999.

Meningitis. En 1999 se notificaron 1.358 casos de meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b, de los cuales 617 (45%) correspondieron a menores de 1 año de edad, principal grupo de riesgo. En 2000 se registraron 530 casos, 226 (43%) de ellos en menores de 1 año.

Hepatitis. Los datos sobre hepatitis B disponibles hasta 1999 son de difícil interpretación, pues solo en 2000 se empezaron a registrar separadamente los tipos B, C y D. En 2000 se notificaron 4.263 casos de hepatitis B, entre nuevos y antiguos. Su distribución geográfica es heterogénea, con una prevalencia más elevada en la región Norte, sobre todo entre la población indígena.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales

La incidencia de cólera permanece concentrada en la región Nordeste, donde se presentaron 98% de los casos notificados en el período 1996–1998. En 1999 se notificaron 4.620 casos, más de 50% de ellos en el estado de Pernambuco. En 1999 también se notificó un brote que ocasionó 469 casos en el puerto de Paranaguá, en la región Sur. En 2000 se registraron solo 753 casos, el menor número desde 1991, cuando la enfermedad fue reintroducida en el Brasil. La mortalidad por gastroenteritis agudas disminuyó de 9.391 defunciones en 1996 a 7.214 en 1999. Entre 1995 y 1999

también se redujo en 32% el número de niños menores de 1 año hospitalizados por enfermedad diarreica aguda en el sistema público de salud, y las defunciones correspondientes a estas mismas hospitalizaciones disminuyeron 54%.

Enfermedades crónicas transmisibles

Tuberculosis. La tendencia descendente de la tuberculosis, clara en la década de 1980, se hizo menos perceptible en los últimos años, mientras que la mortalidad permaneció estable, en torno a 6.000 defunciones anuales. En 1999 se notificaron 78.870 casos de tuberculosis de todas las formas, con una tasa de incidencia de 48,1 casos por 100.000 habitantes. La tuberculosis se presenta también como infección oportunista en 22,6% de los casos de SIDA desde los años ochenta. Del total de casos nuevos en 1999, 53% correspondió a la forma pulmonar bacilifera (25,4 por 100.000). En 1998, de 204.000 sintomáticos respiratorios examinados por baciloscopia 9,3% resultó positivo. La región Norte presentó en 1999 la mayor incidencia de tuberculosis pulmonar bacilifera (34,7 casos por 100.000), seguida por las regiones Nordeste (27,0), Sudeste (26,0), Sur (19,8) y Centro-Oeste (17,3). En 1999 el estado de Amazonas registró las tasas más altas para todas las formas de tuberculosis (82,7 por 100.000) y para la pulmonar bacilifera (49,9 por 100.000). Una investigación nacional realizada en 1997 sobre multiresistencia a los fármacos tuberculostáticos mostró resistencia a la isoniazida (5,9% de los casos), rifampicina (1,1%), estreptomycin (3,6%) y etambutol (0,1%). La resistencia primaria a uno o más medicamentos —no incluye la asociación de rifampicina e isoniazida— fue de 8,6%, y la resistencia a la isoniazida y a la rifampicina, de 0,9%.

Lepra. La lepra sigue siendo un problema relevante, con una tasa de prevalencia de 4,9 casos por 10.000 habitantes en 1998 y 78.000 enfermos registrados. En el mismo año se diagnosticaron 42.055 casos nuevos (una tasa de detección de 2,6 casos por 10.000 habitantes). En las regiones Norte y Centro-Oeste la enfermedad siguió siendo hiperendémica (más de cuatro casos nuevos por 10.000 habitantes), pero en el Nordeste se registró el mayor número absoluto de enfermos (25.267) y de casos nuevos detectados (14.015). A partir de principios de los noventa, la intensificación del programa de control, con la descentralización de las acciones de diagnóstico y el tratamiento de casos en los servicios locales de salud, ha producido buenos resultados: entre 1991 y 1998 se redujo en casi 200.000 el número de enfermos registrados, y la tasa de prevalencia disminuyó de 18,2 a 4,9 casos por 10.000 habitantes.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas están entre las principales causas de morbilidad y mortalidad de niños menores de 5 años, y generan de 30% a 60% de las consultas de atención ambulatoria en dicho grupo de edad. En 1999 la neumonía y otras infecciones respiratorias agudas representaron 35% del total de

hospitalizaciones de menores de 5 años en el sistema público de salud, con un costo correspondiente a 31% del gasto hospitalario. La neumonía causó cerca de 90% de las internaciones por estas infecciones en niños menores de 5 años. Entre 1995 y 1999, las internaciones por infecciones respiratorias agudas disminuyeron 8,6% en los menores de 1 año y 3,4% en el grupo de menores de 5 años, mientras que el número de defunciones hospitalarias en estas mismas edades se redujo 35% y 32%, respectivamente.

Zoonosis

La incidencia de rabia humana y canina disminuyó acentuadamente desde la institución del programa nacional de control, en la década de los setenta, que dio prioridad a la realización de campañas anuales de vacunación de perros en las zonas urbanas. No obstante, se registraron 26 casos humanos y 1.227 caninos en 1999 y 26 casos humanos en 2000. En 1999, la cobertura de vacunación de perros llegó a 88,3%. Desde la década de los ochenta no se han registrado casos humanos transmitidos por perros en los estados de la región Sur. Las regiones Norte y Nordeste, en conjunto, concentraron 69,2% de los casos humanos en 1999 y 84,6% en 2000. En el período 1980–2000 se detectaron 83 casos de rabia humana transmitida por murciélagos (6,3% del total), la mayoría en áreas rurales de la región amazónica. El tratamiento profiláctico humano está estandarizado y se administra en forma gratuita.

La leptospirosis es endémica en los principales centros urbanos, con picos estacionales asociados a las inundaciones. En el período 1995–2000 se notificaron 22.651 casos de la enfermedad, con 1.951 defunciones.

Los primeros casos de enfermedad por virus Hanta se identificaron en 1993 en São Paulo, y desde entonces la enfermedad se notifica principalmente en las regiones Sur, Sudeste y Centro-Oeste. Del total aproximado de 100 casos registrados, 81 se presentaron en el período 1999–2000.

Enfermedades transmitidas por los alimentos

En 1999 se notificaron 353 brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos (4.564 casos) y 380 brotes (7.556 casos) en 2000. En esos dos años, 87,5% de los casos se conocieron mediante investigaciones realizadas en las regiones Sudeste y Sur, donde las actividades para la vigilancia de estas enfermedades están mejor organizadas.

VIH/SIDA

La epidemia de SIDA presentó una tendencia ascendente hasta 1997, cuando se confirmaron 23.172 casos nuevos y 7.545 defunciones. Desde entonces, la incidencia parece tender hacia la estabilización, con 23.117 casos en 1998. La razón hombre/mujer entre los casos nuevos pasó de 6:1 en 1989 a 2:1 en 1999 (figura 6). La transmisión por vía sexual se redujo de 87% de los casos masculinos con exposición conocida en 1989 a 78% en 1999; en compensación, en el mismo período aumentó la proporción de

casos masculinos transmitidos por vía sanguínea (de 13% a 19%). Entre los casos femeninos se observó lo contrario, con un aumento de la transmisión por vía sexual de 44% en 1990 a 84% en 1999. Con relación al sexo masculino, disminuyó la proporción de casos en homosexuales y aumentó la de usuarios de drogas inyectables, con valores de 24% y 30%, respectivamente, en 1999.

La política de distribución universal y gratuita de la terapia antirretroviral parece haber tenido un fuerte impacto en la reducción de la letalidad y de la mortalidad por SIDA. Para prevenir la transmisión del VIH en mujeres y recién nacidos, se realizaron campañas educativas, se amplió la oferta de la prueba para detectar el VIH durante el período prenatal y se estableció el tratamiento sistemático de las mujeres seropositivas.

Infecciones de transmisión sexual

La sífilis, principal infección transmitida sexualmente, se presenta en las formas adquirida y congénita. Se notificaron 154 defunciones por sífilis en 1996, 150 en 1997, 154 en 1998 y 166 en 1999. Casi todas estas defunciones fueron de niños menores de 1 año de edad, lo que indica la presencia de sífilis congénita, enfermedad con elevada prevalencia en el Brasil. La tasa media para 1998 se ubicó en 1,2 casos por 10.000 nacidos vivos, y fue más alta en el Distrito Federal (3,7) y en los estados de Pernambuco (3,8), Río de Janeiro (3,7) y Goiás (1,7). Hay indicios de que otras infecciones transmisibles sexualmente, como la blenorragia, el condiloma acuminado, el chancro blando y el granuloma inguinal, también presentan tasas de incidencia más elevadas.

Desnutrición y obesidad

La prevalencia de desnutrición en los menores de 5 años se evaluó por el porcentaje de niños que presentan un peso inferior a menos de dos desviaciones estándar de la mediana del peso para la edad. Los datos de una investigación nacional realizada en 1996 muestran una prevalencia media de 5,7%, que varía de 2,0% en la región Sur a 8,3% en la Nordeste. Estos valores indican una baja prevalencia y muestran una reducción de 20% en el período 1989–1996, así como una disminución de la diferencia entre las regiones Sur y Nordeste, en relación con el período 1975–1979. En 1996, la prevalencia media de desnutrición aguda (peso para la altura) en los menores de 5 años fue de 2,3% (2,8% en el Nordeste). El déficit de crecimiento lineal (altura para la edad), que refleja los antecedentes alimentarios y de morbilidad del niño, se ubicó en 10,5%, con tasas muy elevadas en las regiones Norte (16%) y Nordeste (18%), y diferencias marcadas entre áreas urbanas (8%) y rurales (19%); estos valores representan una disminución de un tercio en relación con 1989. La prevalencia de la obesidad ha aumentado en niños y adultos de ambos sexos, en todas las regiones y categorías de ingreso. De 1975 a 1996, entre mujeres en edad fértil que tenían niños menores de 5 años, la proporción de las que presentaban índice de masa corporal superior a 30 kg/m² prácticamente se duplicó, pasando de 5,3% a 10,1%. La carencia más importante es la deficiencia de

hierro, que se manifiesta en todas las regiones y afecta en especial a los niños y las embarazadas de bajo ingreso familiar. Los índices de prevalencia en preescolares han variado de 48% a 51%. Datos de 1996 sobre el consumo de alimentos en siete áreas metropolitanas indican un bajo contenido de hierro en la dieta.

Desde la década de los ochenta se conoce la deficiencia de vitamina A en niños en la región Norte y en áreas de pobreza de la región Sudeste. En los estados de Paraíba (1992) y Pernambuco (1997) se detectaron niveles de retinol sérico inferiores a 20 µg/dl en 19% y 16% de los niños preescolares, respectivamente. Con la yodación de la sal se redujo mucho la prevalencia de bocio endémico, pero la deficiencia de yodo persiste en algunas áreas de las regiones Norte y Centro-Oeste, así como en algunos estados del Sur, Sudeste y Nordeste. Una encuesta entre escolares de 6 a 14 años de edad reveló niveles medios bajos de excreción urinaria de yodo en tres estados. En seis estados, los niveles de yodación de la sal eran inferiores a 10 mg/g.

En 1999 se aprobó la Política Nacional de Alimentación y Nutrición, que tiene por objeto garantizar la calidad de los alimentos y promover prácticas alimentarias saludables, así como prevenir y controlar los trastornos nutricionales. Para suplir las necesidades calóricas de embarazadas, mujeres lactantes y niños de hasta 6 años, en julio de 2001 se estableció un apoyo financiero para las familias más pobres, sujeto al cumplimiento, por parte de los beneficiados, de una agenda de cuidados básicos que incluyen la vacunación y la atención prenatal.

Diabetes mellitus

A pesar del subregistro de defunciones por diabetes, su número absoluto ha aumentado en los últimos años, con 31.000 registros en 1999, que corresponden a 3,4% de la mortalidad general. La distribución de las defunciones por edad refleja una mayor frecuencia de la enfermedad en edades mayores, independientemente del sexo. En 1998, 88% de las defunciones por diabetes ocurrieron después de los 40 años de edad (58% eran mujeres). Un estudio realizado en São Paulo mostró la asociación de la diabetes con el accidente cerebrovascular (42,8% de las defunciones con mención de diabetes), la enfermedad hipertensiva (33,8%) y la enfermedad isquémica del corazón (31,2%). Hubo 104.000 hospitalizaciones por diabetes en 1998, de las que 45% correspondió a personas de 50 a 69 años de edad. Si bien la mayoría eran mujeres (61%), hasta los 39 años de edad predominaron las internaciones de hombres.

En 2001 se dictaron normas para reestructurar y ampliar la atención básica a grupos de riesgo y portadores de diabetes y de hipertensión arterial. Estas normas conceden importancia a la prevención primaria, el diagnóstico precoz y la vinculación de los enfermos a la red básica de salud. Datos preliminares de la campaña nacional para la detección de casos en la población mayor de 40 años muestran que entre 20 millones de personas sometidas a la prueba capilar, 2,9 millones (14,7%) fueron presuntos portadores de diabetes mellitus.

Enfermedades del sistema circulatorio

Excluidas las causas mal definidas, fueron responsables de cerca de 32% de las muertes en el periodo 1995–1999, en todas las regiones y en 23 de las 26 capitales de estados. Solo en la región Sudeste se observó una declinación de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, en todas las edades, vinculada a la reducción de las defunciones por enfermedades isquémicas del corazón en el estado de São Paulo. Las principales causas de mortalidad son las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares, responsables, respectivamente, de 25% y 34% del total de defunciones en el periodo. En las regiones Norte, Nordeste y Centro-Oeste predominaron las muertes por enfermedades cerebrovasculares, mientras que las enfermedades isquémicas del corazón prevalecieron en el Sudeste. En la región Sur, las dos causas fueron equivalentes.

En 1999, este grupo de enfermedades representó la tercera causa de hospitalización en el sistema público de salud, con más de un millón de admisiones (cerca de 10% del total). La enfermedad hipertensiva contribuyó con 14,3% de las internaciones por enfermedades del sistema circulatorio en 1999, valor bastante superior al observado como causa de muerte, lo que se debe a diferencias en las reglas de codificación de mortalidad y morbilidad. Datos de 1997 muestran que el promedio de estancia hospitalaria por enfermedades del sistema circulatorio fue de 7,2 días, mientras que para las demás causas de internación fue de 6,4 días. Las enfermedades isquémicas del corazón presentaron el gasto medio por internación más elevado, equivalente al doble de lo que se gasta en el conjunto de las enfermedades del sistema circulatorio.

Neoplasias malignas

Las tasas de mortalidad aumentaron cerca de 10% a lo largo de la década de 1990 para situarse en 1999 en 75,5 defunciones por 100.000 hombres y 62,5 por 100.000 mujeres. En los hombres, el cáncer de pulmón es el principal, con una tasa aproximada de 12 por 100.000. Le siguen los tumores de estómago y próstata, con tasas próximas a 8,9 por 100.000 en 1998; en 1999 el cáncer de próstata tendió a ocupar la segunda posición. Las demás localizaciones prácticamente no modificaron su clasificación desde 1996. En las mujeres, el cáncer de mama se mantuvo como el más importante, con tasas entre 8,9 y 9,6 por 100.000 mujeres. A partir de 1997 el cáncer de pulmón pasó a la segunda posición, con una tasa de 5,1 por 100.000 en 1999. El cáncer cervicouterino ocupó el tercer lugar en 1999 (4,6 por 100.000), pero el conjunto de los tumores de útero (cuello, cuerpo y localización no especificada) presenta, desde 1996, tasas próximas a 7,9 por 100.000.

En 1999, en el sistema público de salud se registraron cerca de 356.000 egresos hospitalarios por neoplasias (65% del sexo femenino). Excluidas las neoplasias in situ, las benignas y las de comportamiento incierto, las seis principales localizaciones primarias del cáncer entre los hombres fueron boca y faringe (7%),

leucemias (5,6%), estómago (4,6%), colon, recto y ano (4,6%), próstata (4,4%) y pulmón (4,3%). En el sexo femenino predominaron los tumores de cuello uterino (10,2%), mama (9,1%), cuerpo y partes no especificadas del útero (8,9%), ovario (5,1%) y colon, recto y ano (2,7%). La campaña nacional de control del cáncer cervicouterino, realizada en 1998, cubrió 98% de los municipios brasileños y examinó 3,2 millones de muestras. Cerca de 11.900 presentaban posibilidad de evolucionar a cáncer, y en abril de 2000 se habían tratado o estaban en tratamiento 9.052 personas.

Accidentes y violencia

Las lesiones, muertes e incapacidades por esa causa predominan en la población joven y provocan gastos elevados por atención de emergencia y rehabilitación. Cerca de 15% de las defunciones por causas definidas se deben a causas externas, con la tasa más elevada en 1996 (76 por 100.000 habitantes). Las tasas totales están descendiendo, pero existen desigualdades significativas en su distribución por causa, edad y sexo. En general, la mortalidad masculina es cerca de tres veces mayor que la femenina. Entre 1996 y 1999 disminuyó de 30% a 25% la proporción de los accidentes de transporte en las causas externas. La proporción de homicidios se elevó de 30% a 37% en el mismo periodo, con tasas de mortalidad crecientes y concentradas en hombres jóvenes. La gran cantidad de homicidios por arma de fuego motivó proyectos de ley para controlar su venta, uso y posesión. Las causas externas representan cerca de 6% de las hospitalizaciones en el sistema público y su costo diario es 60% superior al de las demás causas de internación.

Las emergencias tóxico-farmacológicas notificadas aumentaron progresivamente y ocasionaron 79.000 casos y 450 defunciones en 1998. Las principales víctimas de intoxicaciones y envenenamientos son los niños de 1 a 5 años de edad (25% de los casos), y los agentes más frecuentes son los medicamentos, diversas sustancias de uso domiciliario y las plantas venenosas; en los adultos predominan los agrotóxicos y los medicamentos. Las intoxicaciones por medicamentos fueron responsables de 28% de los casos notificados desde 1994, y 35% ocurrió en niños menores de 5 años. Los accidentes y los intentos de suicidio determinaron 79% de los casos en 1998. Las defunciones fueron causadas principalmente por agrotóxicos (40% del total), animales ponzoñosos (16%) y medicamentos (12%).

La Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencias, aprobada en 2001, establece directrices para la promoción de comportamientos y ambientes seguros y saludables, el monitoreo de la información, la atención prehospitalaria, la capacitación de recursos humanos y el apoyo a la realización de estudios e investigaciones correlativas.

Trastornos mentales y del comportamiento

Los trastornos mentales son causa importante de ausentismo en el trabajo y de hospitalización, sobre todo en la población mas-

culina en edad económicamente activa. En 1999 correspondieron a 3,5% del total de internaciones en el sistema público, porcentaje que fue más alto en la región Sudeste (5,2%). Exceptuando las hospitalizaciones por causas vinculadas al embarazo, parto y puerperio, estos trastornos determinaron 12% de las internaciones totales en el grupo de edad de 30 a 39 años y 10% en el de 40 a 49 años. La esquizofrenia y el abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas fueron los trastornos más importantes, con 72% de los casos en las edades de 20 a 49 años. El alcoholismo representó más de 15% de los trastornos mentales, con predominio en el sexo masculino. El uso y abuso del alcohol, así como de otras sustancias psicoactivas, se asocia con el aumento de los accidentes de tránsito, las agresiones y los homicidios.

Salud oral

La prevalencia de caries dentales en la población brasileña descendió en forma notable entre 1986 y 1996. Estudios realizados por el Ministerio de Salud en la población escolar de las capitales de los estados mostraron que el índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) a los 12 años de edad se redujo de 6,7 a 3,1, como resultado de un conjunto de acciones educativas y preventivas realizadas con la participación del sector público y de entidades del área de odontología. Asimismo, la adición de flúor al agua de consumo benefició a 42% de la población en 1996. Si bien no hay información posterior, está en marcha un nuevo estudio que proporcionará datos más completos sobre la situación de la salud oral en el Brasil.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La política nacional de salud se fundamenta en la Constitución Federal de 1988, que fijó los principios y directrices para la atención de la salud en el país, prestada por medio del Sistema Único de Salud (SUS). Este Sistema, reglamentado en 1990, tiene como principio el acceso universal e igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, integradas en una red regionalizada y jerarquizada de prestación de servicios, bajo la responsabilidad de los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal). La iniciativa privada participa en forma complementaria. El SUS tiene como directrices operativas la descentralización de la gestión, la integralidad de la atención y la participación de la comunidad.

Dispositivos constitucionales determinan que las acciones que lleva a cabo el Gobierno Federal se basan en los planes pluri- anuales aprobados por el Congreso Nacional para periodos de cuatro años. En el cuatrienio 1996-1999, los objetivos esenciales del sector salud fueron la mejora del cuadro sanitario, haciendo hincapié en la reducción de la mortalidad en la infancia, y la reorganización político-institucional del sector, con miras al perfeccionamiento de la capacidad operativa del SUS. El plan para el

período siguiente (2000–2003) refuerza los objetivos anteriores y destaca medidas para garantizar el acceso a acciones y servicios, humanizar la atención y consolidar la descentralización de la gestión del SUS.

La reforma del sector salud

La norma operativa vigente, instituida en 1996, tiene por objeto consolidar la gestión municipal del SUS, con la cooperación técnica y financiera del Gobierno Federal y de los estados. En ese sentido, refuerza los mecanismos de negociación entre gestores de las esferas de gobierno, ratifica la programación concertada e integrada y los procesos de evaluación, control y auditoría del Sistema, y establece los criterios para la gestión financiera de los recursos federales transferidos. Para armonizar el desarrollo del SUS en los tres niveles de gestión gubernamental, funcionan regularmente dos instancias de negociación y concertación: en el nivel estatal, la Comisión Intergestores Bipartita, con representación de los estados y los municipios, y en el nivel federal, la Comisión Intergestores Tripartita, con representación paritaria del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud y del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud.

Los municipios que atienden a los criterios establecidos para la gestión plena del sistema municipal de salud o para la gestión plena de la atención básica de salud reciben recursos federales que son transferidos de forma directa, regular y automática al fondo municipal de salud. El mismo proceso se aplica a la gestión del sistema del SUS en los estados. A partir de 1998, un determinado monto de los recursos se destina exclusivamente a acciones de nivel básico. El llamado Piso de Atención Básico consiste en una parte fija de recursos definidos por el valor per cápita. Además se define otra fracción variable, destinada a fomentar actividades de tipo estratégico (vigilancia epidemiológica y control de enfermedades, combate a las carencias nutricionales, vigilancia sanitaria, asistencia farmacéutica básica, salud de la familia y agentes comunitarios de salud), dependiendo de la justificación. A fines de 2000, 523 municipios que concentran cerca de 40% de la población total del país estaban habilitados para la gestión plena del sistema municipal de salud, y prácticamente el total de los restantes estaba habilitado para la gestión plena de la atención básica.

La participación social en el SUS tiene lugar principalmente en dos instancias formales: los consejos de salud y las conferencias de salud. Los consejos, que tienen carácter permanente, formulan estrategias y controlan la ejecución de la política de salud, incluso en los aspectos económico y financiero. Las conferencias se convocan cada cuatro años, con amplia participación de todos los segmentos sociales interesados, para analizar los adelantos en la situación de la salud y proponer directrices para las políticas públicas en el sector.

Los consejos están organizados en los niveles federal, de los estados y en el 98% de los municipios brasileños. La comprobación

del funcionamiento de los consejos de los estados y municipios constituye un requisito para la habilitación de la condición de gestión y, consecuentemente, para la transferencia regular y automática de recursos financieros federales. Otra iniciativa de regionalización consiste en la creación de consorcios de salud, que asocian recursos de varios municipios contiguos. En 1999 funcionaban 143 consorcios, con 1.740 municipios, sobre todo en el Sur y en el Sudeste. Un importante instrumento de apoyo para la regionalización es el Proyecto de Refuerzo a la Reorganización del SUS (REFORSUS), instituido en 1996 por un acuerdo de préstamo firmado entre el Gobierno del Brasil, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, por US\$ 650 millones. La inversión se destina a la recuperación de la red física del SUS y a proyectos de mejora de la gestión en las áreas de infraestructura, información, gerencia de servicios y mecanismos operativos, entre otras.

El sistema de salud

El sector salud en el Brasil está formado por una red compleja de servicios que abarca proveedores y financiadores públicos y privados. Cerca de 75% de los servicios prestados a la población es de responsabilidad del SUS, de alcance nacional y mantenido por el poder público. Empresas privadas comerciales e instituciones comunitarias y filantrópicas prestan el 25% restante. La red del SUS comprende unidades propias del gobierno y establecimientos privados contratados para prestación de servicios públicos; 80% de las unidades hospitalarias que prestan servicios al SUS son de naturaleza privada. Se estima que 25% de la población está cubierta por lo menos con un seguro de salud, y que 75% de los seguros están vinculados a operadoras comerciales y a empresas con plan de autogestión.

El SUS está formado por subsistemas a nivel de cada estado (SUS estatales) y de cada municipio (SUS municipales). Según la Constitución Federal, corresponde a los municipios proporcionar la atención de salud a sus respectivas poblaciones, con la cooperación técnica y financiera del Gobierno Federal y de los estados. En el ámbito de los estados, el SUS es dirigido por las secretarías de salud de los gobiernos estatales. La dirección nacional del SUS es ejercida por el Ministerio de Salud, que tiene la función normativa principal y un papel preponderante en el financiamiento del Sistema. El Ministerio mantiene algunas estructuras operativas propias en las áreas de enseñanza, investigación, asistencia terciaria y prestación de servicios especiales, como la atención a la salud indígena. Otros sectores del Gobierno Federal también prestan servicios de salud de forma directa, destacándose la red de hospitales universitarios del Ministerio de Educación y los servicios propios de las Fuerzas Armadas. El SUS lleva a cabo funciones permanentes de coordinación, articulación, negociación, planificación, seguimiento, control, evaluación y auditoría, que son inherentes a los tres niveles de gobierno. Los consejos de salud, en las instancias respectivas, realizan el seguimiento periódico de las acciones.

El sector privado de servicios de salud, tanto el segmento con finalidad de lucro como el segmento filantrópico y comunitario, tiene características organizativas y financieras cada vez más dependientes de la dinámica del mercado de seguros privados de salud. En 1999, los 5.193 hospitales privados existentes en el país declararon que tenían como fuente privada de financiamiento el pago directo por los usuarios (90% de los casos), seguros de terceros (84%) y seguros mantenidos por el propio establecimiento hospitalario o por su empresa mantenedora (17%).

Organización de las acciones de regulación sanitaria

El control del ejercicio profesional en las diversas carreras de salud es atribución de los consejos profesionales, que mantienen órganos regionales con jurisdicción vinculada al ámbito geográfico de cada estado. Los consejos son entidades públicas no estatales, creadas por ley y con autonomía para supervisar aspectos éticos y legales del ejercicio de los profesionales de cada categoría en todo el territorio nacional. Además de los consejos, hay entidades sindicales y asociaciones profesionales que se ocupan de los intereses laborales, culturales y científicos de diversos grupos profesionales.

En 1995 se puso en práctica el programa brasileño de acreditación hospitalaria, basado en la evaluación de los servicios de acuerdo con estándares definidos en un instrumento normativo federal específico. Desde 1998, la asistencia prestada por los seguros privados está sujeta a criterios de regulación, normalización, control y fiscalización, dispuestos en la legislación específica. El control sanitario de la producción y comercialización de productos y servicios de interés para la salud, es ejercido por los órganos federales, estatales y municipales que componen el Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria. El Ministerio de Salud coordina el Sistema por intermedio de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, que también ejerce el control sanitario de puertos, aeropuertos y fronteras. La Agencia tiene poder de reglamentación sobre una parte considerable del sector productivo nacional, para lo cual cuenta con mecanismos eficientes de gestión y con el apoyo científico y técnico del Instituto Nacional de Control de Calidad en Salud.

Los procesos de registro, control y rotulación de alimentos, así como los patrones de identidad y calidad de los productos alimentarios, están establecidos en la legislación federal que atribuye responsabilidades específicas a los sectores de salud y de agricultura. En el sector salud, las actividades de inspección sanitaria son descentralizadas hacia los gobiernos estatales y municipales. Los sectores de salud y de agricultura poseen redes propias de laboratorios para el control de los alimentos.

La política ambiental brasileña está fundamentada en legislación específica y en la Constitución de 1998, que establecen el Sistema Nacional de Medio Ambiente. La instancia consultiva y deliberativa del Sistema es el Consejo Nacional de Medio Am-

biente, y el órgano ejecutivo, el Instituto Brasileño de Medio Ambiente y Recursos Naturales Renovables.

Organización de los servicios de salud pública

El fortalecimiento de la atención básica de salud tiene como principal estrategia el Programa de Salud de la Familia (PSF), desarrollado por las secretarías municipales de salud junto con los estados y el Ministerio de Salud. El PSF, implantado en 1994, consiste en la organización del trabajo de equipos locales que cuentan con médico, enfermero, auxiliar de enfermería y cinco o seis agentes comunitarios. Cada equipo de salud debe ser responsable del seguimiento de unas 1.000 familias. La preparación de los profesionales se hace en centros de capacitación, formación y educación permanentes que en diciembre de 2000 sumaban 31 en todo el país.

Para su puesta en práctica, el Gobierno Federal proporciona apoyo técnico y transfiere recursos vinculados al Piso de Atención Básica, incluso incentivos financieros específicos para que los gestores municipales amplíen la cobertura poblacional del PSF y formen nuevos equipos. En diciembre de 2000 había 10.473 equipos de salud de la familia que actuaban en 3.090 municipios y atendían a 27 millones de personas; para fines de 2002, el PSF deberá beneficiar a 70 millones de habitantes. También hay cerca de 145.000 agentes comunitarios de salud, no necesariamente vinculados a los equipos del PSF, que visitan regularmente a 73 millones de personas en 4.610 municipios. Para fortalecer el PSF y estimular la actuación de profesionales médicos y enfermeros en áreas con carencias, en febrero de 2001 se instituyó el Programa de Interiorización del Trabajo en Salud, dirigido inicialmente a 500 municipios y que ofrece incentivos profesionales.

Las acciones de prevención y control de enfermedades siguen normas establecidas por estructuras técnicas especializadas del Ministerio de Salud bajo la forma de planes y programas ejecutados en las instancias municipales y estatales del SUS. El Centro Nacional de Epidemiología (CENEPI), de la FUNASA, coordina el sistema nacional de vigilancia epidemiológica, responsable de la información y el análisis relativos al panorama sanitario del país. El CENEPI también coordina el sistema nacional de laboratorios de salud pública, actualmente en fase de reestructuración.

Desde 1999, la estructura ejecutiva propia de la FUNASA se encuentra descentralizada hacia los estados y municipios; en abril de 2001, las 27 secretarías de salud estatales y 3.553 secretarías municipales habían asumido esa modalidad de gestión. Además de fortalecer la dirección descentralizada y propiciar una mejor articulación con los programas de atención básica, ese proceso permitió ampliar en cerca de 85% el financiamiento de acciones prioritarias de prevención y control de enfermedades. Por un acuerdo de préstamo con el Banco Mundial por US\$ 600 millones, desde 1999 la FUNASA desarrolla un proyecto de vigilancia de la salud (Vigisus), con componentes de vigilancia

epidemiológica, vigilancia ambiental en salud, salud indígena y control de enfermedades en la Amazonia. Los recursos se destinan a la mejora de la infraestructura operativa —información, apoyo de laboratorio, comunicaciones y transporte—, a la capacitación de recursos humanos y a la realización de estudios e investigaciones.

El saneamiento básico es responsabilidad de los gobiernos municipales, pero, en la mayoría de los casos, los servicios son prestados por las compañías de saneamiento de los estados. La FUNASA desarrolla actividades destinadas al control de daños asociados a las condiciones ambientales, mediante la descentralización de recursos hacia los estados y municipios. Entre 1995 y 1999 se asignaron cerca de US\$ 400 millones a 3.500 municipios brasileños, 80% de ellos con menos de 30.000 habitantes, beneficiando a 11 millones de personas.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

La organización de los servicios de salud en el Brasil se caracteriza por la fuerte presencia del sector privado en la oferta de servicios hospitalarios, de apoyo al diagnóstico y de terapia, y, al mismo tiempo, por una gran importancia del sector público en la oferta de servicios ambulatorios. En 1999 pertenecían al sector privado 66% de los 7.806 hospitales, 70% de las 485.000 camas y 87% de los 723 hospitales especializados del país. En el apoyo al diagnóstico y terapia, 95% de los 7.318 establecimientos también eran privados. En contraposición, 73% de los 41.000 establecimientos dedicados a la atención ambulatoria tenían naturaleza pública.

En el sector público, en 1999 las camas hospitalarias estaban distribuidas en las especialidades de cirugía (21%), medicina clínica (30%), pediatría (17%), obstetricia (14%), psiquiatría (11%) y otras (7%). En el mismo año, 43% de las camas públicas y la mitad de las internaciones realizadas correspondían a establecimientos municipales. La atención ambulatoria en el SUS se clasifica en atención básica, que incluye medidas preventivas como la inmunización; atención especializada, en la que participan profesionales especialistas, y atención de alta complejidad, basada en el uso de equipos o tecnología más compleja. En 1999, la red para la atención ambulatoria efectuó cerca de dos consultas por habitante. En diciembre de 1999 dicha red comprendía 55.700 establecimientos de salud de diversos tipos.

Uno de los instrumentos previstos para mejorar la administración y la atención en el SUS es la Tarjeta Nacional de Salud. Este sistema tiene por objeto informatizar la identificación y la relación de los usuarios, el registro de la atención, las citas para consultas, la autorización de procedimientos de alta complejidad y la conciliación de mecanismos de financiamiento. Una encuesta entre los usuarios de servicios públicos de salud indicó en 2000 la elevada tasa general de satisfacción con el SUS (64%), sobre todo en lo que se refiere a la garantía de acceso (50%) y la agilidad de la atención (20%).

Insumos para la salud

Medicamentos

El Brasil se sitúa entre los 10 mayores mercados consumidores de medicamentos, con una participación de 3,5% del volumen mundial. En 1999 la facturación bruta del mercado interno fue de US\$ 8.500 millones. Este sector está constituido por 471 empresas, de las cuales 50 controlan 80% del mercado. Hay cerca de 50.000 farmacias en el país, entre ellas las hospitalarias y homeopáticas, que comercializan 5.200 productos y 9.200 presentaciones.

En 1998 se aprobó la Política Nacional de Medicamentos, que tiene por objeto garantizar la seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos, la racionalidad del uso y el acceso de la población a productos esenciales. Su puesta en práctica presupone la gestión descentralizada de recursos, con base en una relación nacional de medicamentos esenciales y una lista de productos esenciales de suministro obligatorio. El financiamiento de la asistencia farmacéutica básica es compartido por las tres esferas de gobierno, sobre la base del valor per cápita. Para ampliar el acceso de la población a los medicamentos se incentivó la comercialización de productos genéricos, con un costo medio 40% inferior al de referencia. En febrero de 2000 había 14 industrias autorizadas y cerca de 200 medicamentos genéricos registrados, con 601 presentaciones.

Inmunobiológicos

La producción nacional de inmunobiológicos está a cargo de laboratorios públicos, con tradición en la fabricación de vacunas y sueros utilizados en programas oficiales. Entre 1995 y 2000, el Ministerio de Salud invirtió cerca de US\$ 120 millones en el desarrollo de la capacidad de esos laboratorios; en 2000, la oferta de productos resultaba suficiente para atender a las necesidades tanto de sueros heterólogos como de vacunas contra tuberculosis, sarampión, difteria, tétanos, tos ferina, fiebre amarilla, y rabia humana y canina. En 2000 se adquirieron para el Programa Nacional de Inmunización productos de diferentes tipos —vacunas, inmunoglobulinas y sueros— de los cuales cerca de 60% habían sido fabricados en el país. Cada lote de productos adquiridos para el Programa, incluso los importados, se somete previamente al control de calidad del laboratorio nacional de referencia. Como parte de las actividades de garantía de la calidad, se estandarizó el proceso de registro y se implantó un programa de inspección de productores e importadores de productos biológicos, integrado al sistema de vigilancia sanitaria.

Sangre y hemoderivados

El control de calidad de la sangre transfundida comenzó en 1980, con el incentivo a la donación voluntaria y la implantación de una red pública de hemocentros. En 1999 esa red estaba constituida por 26 hemocentros coordinadores, localizados en las capitales de los estados, y por 44 hemocentros regionales. Los he-

mocentros actúan asociados a universidades y contribuyen a la formación de personal especializado y al desarrollo científico y tecnológico del área.

Cerca de dos millones de individuos se presentaron para donación en 1999, de los cuales 90% fueron hombres de 16 a 30 años de edad. El Programa de Garantía de la Calidad de la Sangre, creado en 1998, tiene en ejecución 13 proyectos de fortalecimiento de infraestructura y funcionamiento de la red, y uno de los proyectos tiene por objeto la autosuficiencia en hemoderivados.

Equipos, reactivos y material médico-hospitalario

El consumo de equipos y artículos médico-hospitalarios llegó a cerca de US\$ 3.500 millones en 1999. La industria nacional suplió cerca de 45% de la demanda interna, con participación paritaria de los sectores público y privado. La base de ese parque industrial está localizada en las regiones Sudeste y Sur, donde se concentra cerca de 60% de los equipos de alta complejidad tecnológica. El sector productivo estima que en 1997 existían 11.000 grupos de productos en el mercado, con 515 empresas fabricantes. Todavía no se ha instituido una política básica para evaluar e incorporar nueva tecnología. El sistema de vigilancia sanitaria empezó en 2000 la certificación de las buenas prácticas de fabricación y la capacitación de inspectores, sobre todo en el campo de equipos y estuches para pruebas *in vitro*. El Brasil participa en la armonización de normas internacionales en el ámbito del MERCOSUR y del "Global Harmonization Task Force".

Recursos humanos

En 1999 estaban registrados en el país cerca de 237.000 médicos, 145.000 dentistas, 77.000 enfermeros, 26.000 dietistas y 56.000 veterinarios. El promedio nacional era de 14 médicos por 10.000 habitantes, con una concentración fuerte en el Sudeste (21) y baja en el Norte (6) y Nordeste (8). La distribución era semejante para dentistas y enfermeros. El número de puestos de trabajo en los establecimientos de salud excede, en general, al de profesionales registrados en cada categoría profesional, ya que un mismo individuo puede ocupar dos o más puestos. En 1999, 65% de los 665.000 puestos de trabajo para las categorías de nivel superior estaban ocupados por médicos, seguidos por enfermeros (11%), odontólogos (8%), farmacéuticos y bioquímicos (3,2%), fisioterapeutas (2,8%) y otros (10%). La desproporción entre médicos y enfermeros se debe en parte al empleo de personal de categorías auxiliares, que ejecuta la mayor parte del trabajo de enfermería. En 1999, la participación del sector público en el empleo de personal de salud era mayor en las regiones Norte (54% de los puestos de trabajo en 1999) y Nordeste (62%), contra solo 38% en el Sur.

En 1998 se formaron 7.616 profesionales en medicina, 5.447 en enfermería y obstetricia y 7.710 en odontología. En 1999, 54% de los 97 cursos de medicina, 38% de los 130 cursos de odonto-

logía y cerca de la mitad de los 153 cursos de enfermería y obstetricia estaban vinculados al sector público. Se estima que 1,4 millones de puestos de trabajo del sector salud están ocupados por personal de nivel técnico y auxiliar. En 1999 se impartieron 703 cursos de técnicos y auxiliares de salud, que formaron 29.000 alumnos. Está en marcha un amplio proyecto de financiamiento y cooperación técnica para la formación de trabajadores en el campo de la enfermería.

Investigación y tecnología en salud

Durante la última década, los recursos totales invertidos por el Gobierno Federal en el área de ciencia y tecnología disminuyeron de aproximadamente US\$ 1.900 millones en 1990 a US\$ 1.300 millones en 1999. En el sector salud también hubo una reducción de los recursos invertidos directamente en el área: de US\$ 63,1 millones en 1990 a US\$ 41 millones en 1999, lo que representa una diferencia porcentual de 35% en el período. Se estima que cerca de 30% de los recursos asignados a ciencia y tecnología se aplican a investigación y desarrollo tecnológico en el área de ciencias de la salud.

En el período 1995–2000 se publicaron 38.235 artículos brasileños en revistas internacionales indexadas, por lo que se considera que en 2000 el Brasil fue el primer país latinoamericano en cuanto a la producción científica y a la cantidad de grupos de investigación existentes en el campo de la salud. En 1998 se homologaron 503 cursos de posgrado en el área de ciencias de la salud (295 de maestría y 208 de doctorado). Con la consolidación de la estrategia de creación de fondos sectoriales de desarrollo científico y tecnológico, se prevé la creación de un fondo nacional de investigación en salud que permitirá la revitalización de la producción científica y tecnológica en salud en el país mediante un sistema de demanda inducida, a partir de una agenda nacional de prioridades.

Gasto y financiamiento sectorial

La información oficial disponible indica que en 1998 el gasto nacional en salud ascendía a US\$ 62.000 millones, lo que correspondía a cerca de 7,9% del PIB. De ese total, 41,2% se refiere al gasto público (US\$ 25.500 millones, o 3,25% del PIB) y 58,8% al gasto privado (alrededor de US\$ 36.500 millones, o 4,63% del PIB). En términos per cápita, el gasto público se estima en US\$ 158 y el privado en US\$ 225, totalizando US\$ 383. Del total del gasto público en salud, US\$ 14.500 millones (56,7%) correspondieron al Gobierno Federal, cerca de US\$ 4.800 millones (18,7%) a los estados y US\$ 6.300 millones (24,6%) a los municipios. El Sudeste concentra 50% del gasto público total en salud, mientras que el Nordeste y el Norte cuentan con 18% y 4,5%, respectivamente. En cuanto al gasto privado, US\$ 32.600 millones corresponden al gasto de las familias y cerca de US\$ 3.900 millones al gasto de las empresas. Los rubros de mayor peso en la estructura

del gasto familiar en salud corresponden a medicamentos de uso regular (37,2%), mensualidades de planes y seguros de salud (33,1%), tratamientos dentales y prótesis (11,8%) y hospitalizaciones (4,4%). Del total del gasto privado, 40% se realiza por intermedio de sistemas de pago previo.

El gasto público en salud se caracteriza por la fuerte participación del Gobierno Federal en el financiamiento del SUS, por medio de inversiones para el mantenimiento de sus órganos propios y programas de alcance nacional, transferencias a los niveles de gestión de los estados y municipios, y pagos directos a prestadores públicos y privados de servicios en los estados y municipios, aún no habilitados para la gestión plena de sus sistemas. En 1999, excluidos los gastos en personal y administración, los rubros de más peso en la estructura del gasto federal fueron la asistencia médica y sanitaria (65%), los medios profilácticos y terapéuticos (6%) y el control de enfermedades transmisibles (3%). El porcentaje de transferencias para la gestión municipal del SUS pasó de 7% del total del gasto federal en 1993 a cerca de 30% en 1999, lo que refleja la política de descentralización de la atención de la salud. Además, ha crecido el aporte de recursos propios de los gobiernos municipales.

En 2000 se aprobó una enmienda constitucional que establece el aumento progresivo, hasta el año 2004, de los recursos aportados por las tres esferas de gobierno para el financiamiento de acciones y servicios públicos de salud. En el caso del Gobierno Federal, los recursos mínimos asignados a la salud deberán acompañar la variación nominal del PIB. El gasto de los estados y de los municipios deberá elevarse hasta alcanzar niveles de 12% y 15%, respectivamente, en relación con el valor de los impuestos recaudados en cada una de esas esferas de gobierno.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

Un estudio realizado en 2000 identificó 129 proyectos de cooperación externa en salud en el Brasil, en marcha entre 1998 y 2004. En ellos participan Alemania, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón y el Reino Unido, así como el BID, el Banco Mundial, la OPS, el FNUAP, el PNUD, la Unión Europea y la UNESCO. Estos proyectos movilizan US\$ 675,6 millones entre

fondos propios de los organismos, de contrapartida nacional y de préstamos bancarios. Datos posteriores a la conclusión del estudio mostraron que el UNICEF movilizó cerca de 4,2 millones de reales en la ejecución de proyectos y actividades de salud durante el período 1997–2000.

La cooperación internacional pone el acento en las áreas de servicios colectivos y capacitación, especialmente en las subáreas de gerencia y prevención y control de enfermedades. Su alcance es nacional o está dirigida a estados donde la situación de salud es deficiente, sobre todo en la región Nordeste. En líneas generales, las áreas temáticas de la cooperación corresponden a los planes plurianuales del Gobierno Federal y comprenden la reducción de la mortalidad infantil y materna mediante la promoción de la salud de la mujer y del niño y la expansión del Programa de Salud de la Familia; la mejora de la calidad de los servicios de salud en los aspectos de reestructuración física, fortalecimiento gerencial y capacitación de recursos humanos, y la mejora del acceso a acciones y servicios de salud.

En el Brasil también actúan diversas fundaciones internacionales que proporcionan financiamiento directo a proyectos o personas físicas en campos relacionados con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, de 1994. En 1998, esas entidades aportaron más de US\$ 3,2 millones en cooperación técnica y financiera, en las áreas de planificación familiar, salud reproductiva y SIDA. Los recursos movilizados por el BID y el Banco Mundial mediante acuerdos de préstamo con el Gobierno del Brasil representan una parte sustancial y de importancia estratégica para el financiamiento del sector salud.

La participación e influencia del Brasil en las iniciativas de cooperación han aumentado e involucran importantes recursos financieros. Algunos países fronterizos como Bolivia, Colombia, Guyana, Paraguay, Perú y Venezuela se benefician con programas de control de endemias (malaria, esquistosomiasis, leishmaniasis, tuberculosis, lepra) y prevención del SIDA. Hay un intenso intercambio con los países del MERCOSUR con el objetivo de establecer normas sanitarias comunes. El Brasil mantiene además una línea tradicional de cooperación con los países africanos de habla portuguesa y con Timor Oriental.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Brasil, 1999.

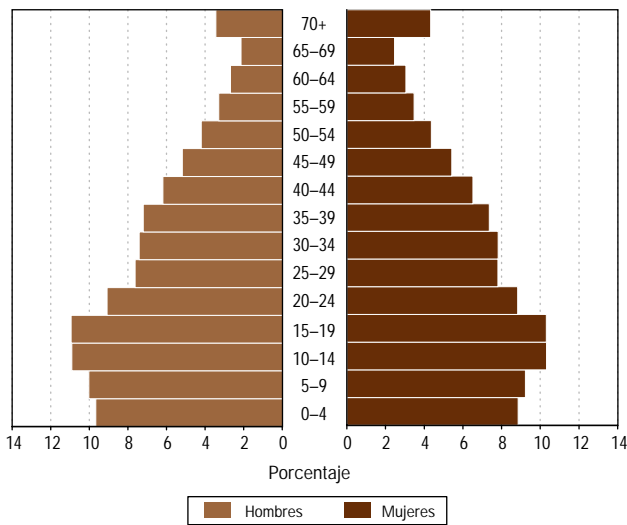


FIGURA 2. Crecimiento anual del producto interno bruto, Brasil, 1990-1999.

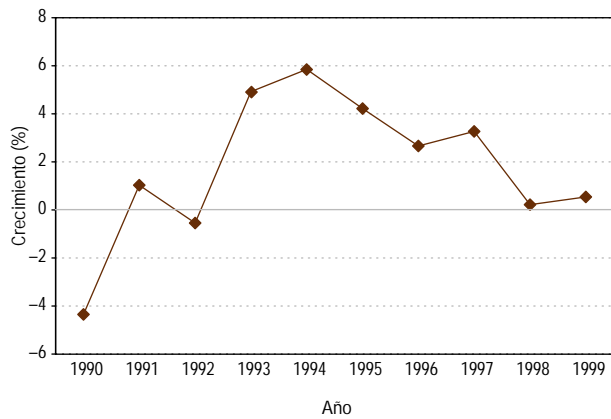


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Brasil, 1995-2000.

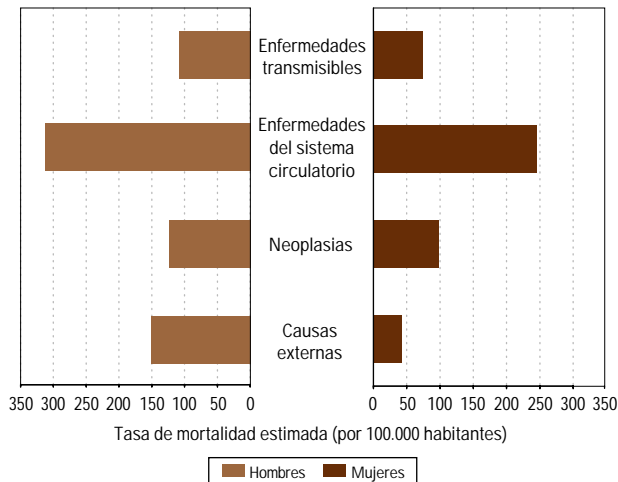


FIGURA 4. Distribución de la mortalidad infantil, Brasil, 1998.

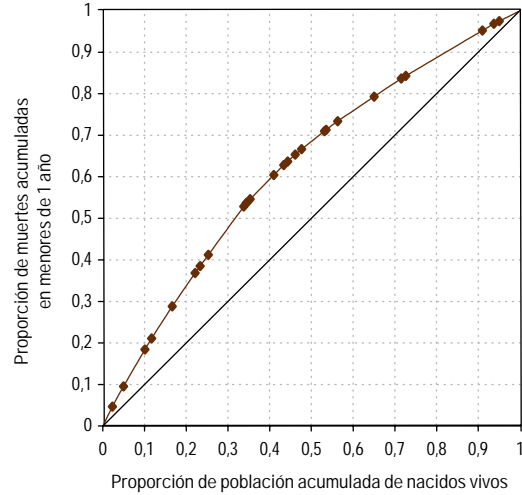


FIGURA 5. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Brasil, 2000.

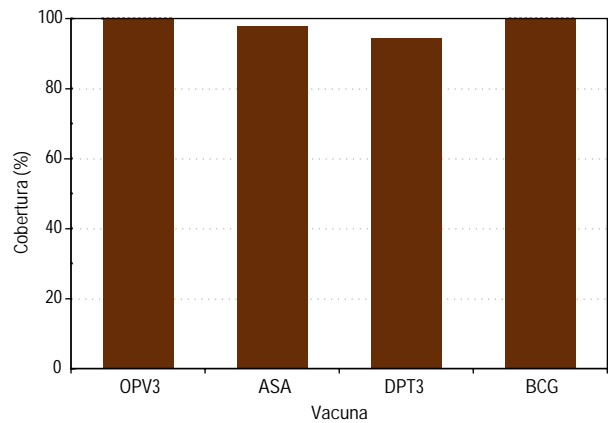
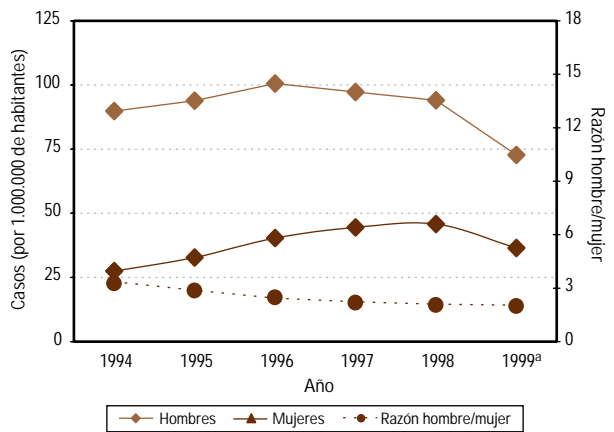


FIGURA 6. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Brasil, 1994-1999.



^aDatos parciales.

CANADÁ

CONTEXTO GENERAL

Con una superficie de 10 millones de km², el Canadá es el país más extenso del continente americano y su territorio es tan variado como su población de 30,7 millones de habitantes. El multiculturalismo es fundamental para el Canadá: aproximadamente dos quintas partes de su población tiene orígenes diferentes del británico, francés o indígena. El Canadá se rige por una democracia parlamentaria, y comprende una federación de 10 provincias y 3 territorios, con el agregado, en abril de 1999, de Nunavut, un territorio que anteriormente formaba parte de los territorios del noroeste. El inglés y el francés son los dos idiomas oficiales, y el país tiene un sistema legal doble que abarca las tradiciones del derecho civil y el derecho consuetudinario. El Canadá tiene una amplia red de seguridad social, que incluye la pensión de vejez, asignaciones familiares, seguro de desempleo y asistencia social. La atención de salud básica, tales como servicios médicos y hospitalarios, se presta a todos los canadienses por medio de un sistema de atención médica universal que es gratuita en el punto de la prestación.

En 1998, el producto interno bruto (PIB) fue de Can\$ 28.814 per cápita (en 1998, US\$ 1 = Can\$ 1,55). Los gastos totales en salud sumaron \$83.900 millones en 1998, que representaban 9,3% del PIB, una disminución del nivel máximo de 10,0% alcanzado en 1992. El gasto per cápita en salud, en 1998, fue de \$2.776. La figura 1 presenta el crecimiento anual del PIB durante 1990–2000.

Hay poca variación en el género por grupos de edad, con excepción de un porcentaje ligeramente más alto de mujeres en los grupos de más edad (figura 2). En 1997, los canadienses de 14 años de edad o más jóvenes conformaban 20% de la población, y 12% de la población era de 65 y más años de edad. La esperanza de vida al nacer, en 2000, era en promedio de 82,1 años para las mujeres y de 76,3 años para los hombres. En todos los grupos de edades, las mujeres tenían una esperanza de vida mayor que los hombres, pero la ventaja de 5,6 años que ellas tienen al nacer se reduce a 2,6 años al llegar a los 75 años de edad.

De acuerdo con el censo de 1996, vivían en el Canadá unos 799.000 indígenas, que representan aproximadamente 2,8% de la población total. De estos, 69% eran nativos de Norteamérica, 26% eran metis y 5% de ascendencia inuit. La tasa de natalidad de los indígenas registrados suele ser más alta que la tasa de natalidad del país, lo que resulta en una población indígena relativamente joven. Debido a que la mayoría (53%) de la población indígena es menor de 24 años y tiene una tasa de crecimiento de aproximadamente el doble de la tasa de crecimiento general del Canadá, estos pueblos son también uno de los segmentos de la población que crece más rápidamente. Entre 1980 y 2000, la esperanza de vida para la población indígena aumentó en casi nueve años tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo, en el año 2000 la esperanza de vida para las mujeres y los hombres indígenas se calculó entre 6,9 y 4,8 años menos, respectivamente, que para la población canadiense en general.

La población del Canadá vive principalmente en las ciudades y se concentra sobre todo en las provincias de Ontario (38%) y Quebec (24%), aunque la Columbia Británica (20%) registró el mayor aumento de población entre 1991 y 1997. La inmigración desempeña un papel fundamental en la sociedad canadiense. El censo de 1996 mostró que 60,5% de los canadienses dijeron tener el inglés como lengua materna, 23,3% el francés y 16,1% otra lengua diferente de los dos idiomas oficiales. En 1996 había 226.000 nuevos inmigrantes, la mayoría de ellos procedentes de Asia, el Oriente Medio y Europa. En 1996, los inmigrantes representaban 17% de la población canadiense; el mayor número de inmigrantes se encontraba en las provincias de Ontario (25,6%) y la Columbia Británica (24,5%). Los inmigrantes tienden a establecerse en las zonas urbanas.

En general, 99% de la población adulta sabe leer y escribir. De acuerdo con el censo de 1996, 34% de los canadienses habían terminado algún tipo de estudios después de la secundaria; esta fue la primera vez que un censo registraba más graduados universitarios que personas con menos del noveno grado.

En 1998 hubo aproximadamente 324.000 nacimientos en el Canadá, lo que daba una tasa de 1,54 nacidos vivos por mujer en

edad fértil. La tasa bruta de nacimiento para 1998 fue de 11,3 nacidos vivos por 1.000 habitantes, la más baja desde antes de 1972. La tasa de nacimiento para la población indígena fue de 27,5 por 1.000, más del doble de la tasa para la población canadiense. De 1986 a 1998, las tasas de fecundidad específicas por edad bajaron de 119,0 a 101,6 por 1.000 habitantes para las mujeres del grupo de edad de 25 a 29 años. Estas tasas aumentaron de 72,5 a 84,6 nacimientos por 1.000 habitantes, y de 22,3 a 32,8 nacidos vivos para las mujeres de los grupos de edad de 30 a 34 y 35 a 39, respectivamente, lo que sugiere que las mujeres están esperando más para tener los hijos.

Mortalidad

En 1998, la tasa de mortalidad normalizada para la edad en el Canadá fue de 6,5 defunciones por 1.000 habitantes. La tasa de mortalidad de los hombres fue más alta que la tasa de mortalidad de las mujeres: 8,3 por 1.000 habitantes, en comparación con 5,2 por 1.000 habitantes. Esto fue cierto en cada provincia y territorio, aunque las tasas de mortalidad totales por provincia bajaron de este a oeste, pasando de una tasa de 7,5 por 1.000 en la Isla Príncipe Eduardo, a una tasa baja de 6,2 en la Columbia Británica. Las tasas de mortalidad para los territorios eran mucho más altas que para todas las provincias: 8,9 por 100.000 en el Yukón y 10,1 en los Territorios del Noroeste en 1996. Los hombres en el territorio del Yukón tenían la tasa más alta de mortalidad del país (16,7 por 1.000) mientras que las mujeres en ese territorio tenían la tasa más baja de mortalidad (4,2 por 1.000). La tasa bruta de mortalidad de la población indígena era aproximadamente de 5,5 por 1.000.

En 1998, la tasa de mortalidad infantil fue de 5,3 por 1.000 nacidos vivos, de los cuales la tasa de mortalidad neonatal fue de 3,7 por 1.000 y la tasa de mortalidad posneonatal de 1,6 por 1.000 nacidos vivos. En 1997, la mortalidad perinatal fue de 6,2 por 1.000 nacidos vivos y la mortalidad materna de 4,4 por 100.000 nacidos vivos.

A pesar de que las tasas de 1997 habían bajado constantemente con respecto a los años anteriores, las enfermedades del sistema circulatorio seguían siendo el principal grupo amplio de causas de muerte en el Canadá, con 79.457 defunciones o 37% del total de las muertes. La tasa bruta de mortalidad para las enfermedades del sistema circulatorio en 1998 fue de 262,5 por 100.000 habitantes (figura 3). A estas enfermedades las seguían las neoplasias malignas, que se situaban como la segunda causa principal de muerte, de acuerdo con las causas amplias, con una tasa bruta de 204,1 por 100.000. La tasa bruta de mortalidad por causas externas fue de 43,8 por 100.000; la tasa por enfermedades transmisibles fue de 39,0 por 100.000, y la tasa por enfermedades del período perinatal, de 7,0 por 100.000.

Los datos normalizados por sexo revelan que las causas principales de defunción para las mujeres en el Canadá, en 1997, fueron todas las enfermedades del sistema circulatorio (187,7 por

100.000); todas las neoplasias malignas (148,5); accidentes y lesiones (24,4); neumonía e influenza (19,2), y diabetes mellitus (14,8). Para los hombres, las causas principales normalizadas por edad fueron todas las enfermedades circulatorias (307,0 por 100.000); todas las neoplasias malignas (229,7); accidentes y lesiones (60,2); neumonía e influenza (31,5), y diabetes mellitus (206). Los tipos más frecuentes de cáncer siguen siendo el cáncer de mama en las mujeres y el de próstata en los hombres. La incidencia de cáncer y las tasas de mortalidad también han bajado constantemente, especialmente entre las mujeres.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0-4 años)

Las tasas de mortalidad varían sustancialmente entre las provincias y los territorios canadienses, con tasas más altas en las zonas del norte y en las regiones que tienen un porcentaje mayor de población indígena; algunas poblaciones indígenas tienen tasas de mortalidad infantil dos veces más altas que la tasa nacional.

En 1998 murieron en el Canadá 1.811 lactantes antes de cumplir su primer año. De estas muertes 70% ocurrieron en el período neonatal y 30% en el período posneonatal. Las enfermedades perinatales (46% de las muertes de lactantes) fueron la más importante de las causas únicas de defunción de lactantes de menos de 1 año de edad, seguidas por los defectos del nacimiento (27%) y el síndrome de muerte súbita del lactante (8%). La tasa de mortalidad perinatal fue de 6,2 por 1.000 nacidos vivos en 1998. También hubo diferencias geográficas significativas en la mortalidad perinatal en los datos de 1998, que variaron de 4,7 por 1.000 nacidos vivos en Alberta a 9,6 en los Territorios del Noroeste. En 1997, la tasa de mortalidad perinatal fue más alta en los niños (6,9) que en las niñas (6,3). En el período neonatal, las causas principales de muerte fueron las enfermedades del sistema respiratorio, la prematuridad, el bajo peso al nacer y las anomalías congénitas. Las dos causas principales de muerte posneonatal fueron el síndrome de muerte súbita del lactante y las anomalías congénitas.

En 1998, 5,7% de todos los nacidos vivos en el Canadá tenían bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos). Mientras que la tasa de bajo peso al nacer entre los lactantes indígenas no difería considerablemente del promedio nacional, la tasa de alto peso al nacer (asociada con alta tasa de mortalidad neonatal) era significativamente más alta que el promedio nacional. La tasa de nacimientos antes de término fue de 7,2% en 1998.

De acuerdo con el Programa de Prevención y Notificación de Lesiones del Hospital Canadiense, 4.104 niños de menos de 1 año de edad fueron tratados por lesiones en 1997; de estas lesiones, 3.300 ocurrieron en el hogar. La tasa de hospitalización de niños

debida a lesiones en 1996–1997 fue de 983 por 100.000 habitantes, y la tasa de muertes de lactantes debido a lesiones fue de 26 por 100.000.

La prevalencia nacional de inicio de la lactancia materna es de 75%, pero hubo notables diferencias por edad, ingreso, estado civil y lugar de residencia. Entre las mujeres de 29 y más años, que tienen niveles más altos de educación y de ingreso y que están casadas se observa una tasa más alta de lactancia materna, y las madres inmigrantes tienen mayores probabilidades de amamantar que las no inmigrantes. Una marcada diferencia regional se observó en las tasas de inicio de la lactancia materna, que aumenta de este a oeste y muestra una variación de una tasa baja de 53% en las provincias atlánticas a una tasa alta de 87% en la Columbia Británica. La investigación ha revelado que las madres indígenas tienen menos probabilidades de iniciar la lactancia materna que las madres en el Canadá en general (54% en comparación con 75%), pero si lo hacen, tienen más probabilidades de amamantar por 6 meses o más (39% en comparación con 24%).

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

Las lesiones son la causa principal de muerte (41%) entre los escolares canadienses de 5 a 9 años de edad, seguidas solamente por las muertes atribuidas al cáncer (18%). La tasa de defunción debida a lesiones para los niños de 5 a 9 años es de 3 por 100.000. Las muertes relacionadas con lesiones, entre niños y jóvenes han bajado drásticamente en los últimos 20 años. En 1997, 24.214 niños lesionados de 5 a 9 años fueron tratados en los departamentos de urgencia de los hospitales. Más de la mitad de estos niños sufrieron lesiones mientras jugaban (54%, o aproximadamente 13.000 lesiones) y 10% de las lesiones estaban relacionadas con el transporte. En el grupo de 5 a 9 años de edad, los niños tienen una tasa considerablemente más alta de hospitalización (3.101 por 100.000) que las niñas (2.537 por 100.000). Si bien la incidencia de cáncer en los niños ha permanecido relativamente estable durante los últimos 15 años —leucemia (3,8 por 100.000), tumores del cerebro (2,9 por 100.000) y linfoma (1,4 por 100.000), que son los tipos de cáncer más comunes diagnosticados en los niños de 5 a 9 años de edad— han disminuido considerablemente las tasas de mortalidad general.

La salud de los adolescentes (10–19 años)

La causa principal de defunción entre adolescentes de 10 a 14 años de edad fueron las causas externas o lesiones (52%). Esto abarca envenenamientos por experimentación con sustancias ilícitas y lícitas, así como accidentes de transporte con vehículos automotores y suicidios. El cáncer fue la segunda causa de muerte (13%) para este grupo de edad. Entre los jóvenes de 15 a 19 años, las causas externas y las lesiones correspondieron a 75% de las defunciones entre los hombres y 66% entre las mujeres.

Las enfermedades respiratorias, entre ellas las alergias y el asma, fueron la causa principal de limitación de la actividad entre una tercera parte de los adolescentes de 12 a 17 años de

edad en el período en revisión. Las enfermedades o trastornos médicos predominantes entre los adolescentes canadienses, de acuerdo con una encuesta de la Organización Mundial de la Salud, fueron las alergias (15%) y el asma (12%). La depresión fue la enfermedad psicosocial más común que afecta a los adolescentes, y las mujeres jóvenes, de 15 a 19 años, tienen más probabilidades que cualquier otro grupo de edad o sexo de presentar signos de depresión. Una elevada tasa de suicidios, principalmente entre los hombres jóvenes, es otro indicador inquietante de los problemas de los adolescentes, siendo la tasa de suicidio en los hombres jóvenes indígenas mucho más alta que en la población general. También parece que hubo un resurgimiento en la juventud del uso de sustancias durante el decenio de los noventa (de acuerdo con una encuesta de 1998, 40% de los estudiantes del 10.º grado dijeron utilizar marihuana) y un correspondiente aumento en las muertes debidas al uso de sustancias.

En 1998–1999, 28% de los jóvenes de 15 a 19 años fumaban a diario o de forma ocasional, y 73% de ellos también consumían alcohol de manera regular u ocasional. El porcentaje de canadienses que dijeron consumir alcohol de manera regular aumenta de 5% en los niños de 12 a 14 años, a 61% en los jóvenes de 18 a 19 años. Tanto fumar como consumir alcohol era más predominante entre los adolescentes con niveles bajos de educación, y los estudios de cohorte revelan que las diferencias entre los géneros eran muy bajas hasta el 10.º grado, cuando un número sustancialmente mayor de niñas tenía más probabilidades de fumar a diario.

Los datos también revelaron que 22% de los hombres y 19% de las mujeres dijeron haber tenido relaciones sexuales por primera vez a los 14 años. De acuerdo con el estudio, 66% de los hombres y 61% de las mujeres dijeron no usar protección durante las relaciones sexuales. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Salud de la Población de 1996–1997, 13% de los hombres y 19% de las mujeres de 15 a 19 años dijeron haber tenido dos o más parejas sexuales y no haber utilizado condones el año anterior. La encuesta también reveló que las mujeres jóvenes (51%) tenían más probabilidades de haber tenido relaciones sexuales con respecto a los hombres jóvenes (43%). A pesar de los resultados anteriores, los embarazos entre las adolescentes habían bajado significativamente en el Canadá durante los últimos 20 años, excepto en los Territorios del Noroeste (137 por 1.000) y en la provincia de Quebec (33 por 1.000).

Las probabilidades de controlar una infección de transmisión sexual diferente del SIDA son más altas entre los jóvenes de 15 a 24 años. Las tasas más altas de clamidiosis (114,8 por 100.000 habitantes) y gonorrea (16,8 por 100.000) se encuentran entre las mujeres de 15 a 19 años. El número de resultados positivos en las pruebas para detectar el VIH entre los canadienses de 15 a 19 años ha disminuido de 40 casos notificados en 1996 a 24 casos notificados en 1998; 32% de estos casos fueron contraídos por contacto heterosexual y 29% por hombres que tuvieron relaciones sexuales con hombres.

La salud de la población adulta (20–59 años)

De acuerdo con un reciente estudio efectuado en el Canadá, “La separación en la salud: cómo difieren los sexos”, los hombres en este grupo de edad tienden a tomar y a fumar más, y tienen más probabilidades que las mujeres de tener exceso de peso. Las mujeres notifican tener niveles más altos de estrés en el hogar y en el lugar de trabajo; las mujeres también van más a los servicios de salud que los hombres en Canadá.

En 1998–1999, 76% de las mujeres canadienses de 18 a 69 años notificaron haber tenido una prueba de Papanicolaou dentro de los anteriores tres años, pero 10% dijeron que nunca habían tenido una prueba de Papanicolaou; las mujeres con niveles más altos de educación también tenían mayor probabilidad de haber tenido un examen de este tipo. En 1998–1999, una encuesta demostró que aproximadamente 66,3% de las mujeres canadienses de 50 a 69 años informaron haberse hecho una mamografía en los dos años anteriores.

Un estudio canadiense sobre los métodos anticonceptivos indica que en el año 2000, 84% de las mujeres canadienses utilizaron o habían utilizado anticonceptivos orales. En una encuesta realizada en 1996–1997 entre canadienses de 15 a 59 años, una sexta parte de los entrevistados que estaban en una relación de menos de 12 meses dijeron que no habían utilizado un condón la última vez que habían tenido relaciones sexuales. Los canadienses de este grupo de edad, sin embargo, se encuentran en un mayor riesgo de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual debido a su comportamiento sexual.

En 1998, la tasa de mortalidad materna en el Canadá era de 3,8 por 100.000 nacidos vivos. Aproximadamente 29% de los recién nacidos que tienen un peso normal al nacer salen de los hospitales canadienses dentro de los dos días siguientes al nacimiento, y las estadías cortas en el hospital (menos de 2 días) para las madres que dan a luz por vía vaginal han aumentado de 3,2 en 1989 a 25,6 en 1997. Las consecuencias de estas tendencias en términos de un aumento en las tasas de readmisión se han documentado y exigen un examen más detallado de dichas prácticas.

Una encuesta canadiense acerca del uso del tabaco reveló que aproximadamente 24% de la población que tiene 15 años y más (aproximadamente 6,6 millones de personas) eran fumadores. Las tasas de consumo de tabaco entre mujeres y hombres que están situados en el quintil de mayores ingresos eran de 13% y 16%, respectivamente, en contraste con las tasas de 36% y 40% para el quintil de ingresos más bajos. Las muertes de 45.000 canadienses cada año son atribuibles al uso de productos de tabaco. Los costos directos e indirectos para la salud del tabaquismo se han calculado en aproximadamente \$11.000 millones anualmente.

En 1996–1997, 53% de los canadienses de 12 y más años notificaron que nunca habían bebido y 12,7 millones de canadienses consideraban que consumían regularmente bebidas alcohólicas.

En conjunto, 22% de los canadienses fueron clasificados como físicamente activos durante sus horas libres por la Encuesta de

Salud de la Población Nacional, de 1998–1999. Casi una cuarta parte de la población (24%) se consideraba como moderadamente activa, mientras que más de la mitad (51%) se consideraba como inactiva. Los hombres tenían más probabilidades de participar en actividad física vigorosa durante sus horas libres, pero aproximadamente 1,4 veces más hombres tenían exceso de peso en comparación con las mujeres. Tener exceso de peso es más predominante entre los canadienses de 45 a 64 años. No se observaron diferencias en la prevalencia de la obesidad entre hombres y mujeres adultos.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

En 1998, aproximadamente 3,7 millones de canadienses, o 12,3% de la población, tenían 65 y más años, lo que quiere decir que la población aumentó en 1 millón de adultos mayores a lo largo del último decenio. Entre 1980 y 1996, la tasa de mortalidad normalizada para la edad para los adultos mayores disminuyó en 12%. La enfermedad cardíaca y el cáncer siguen siendo las causas principales de mortalidad entre los adultos mayores. Solamente 16,9% de los adultos mayores de 65 a 74 años de edad y 13,2% de los adultos mayores de 75 y más años notificaron no tener ninguna enfermedad crónica en 1998–1999. La artritis y el reumatismo fueron las enfermedades crónicas más comunes, seguidas por la elevada tensión arterial, las alergias y problemas de la espalda.

En 1998–1999, 87% de los adultos mayores dijeron que no fumaban. En 1996–1997, solamente 37% de los adultos mayores bebían por lo menos una copa por mes, en comparación con 50% de los que tenían 65 y menos años.

En general, las tasas de suicidio entre los adultos mayores no son más altas que el promedio para el Canadá; en realidad, las mujeres mayores tenían una tasa más baja de suicidio que el promedio del país. Sin embargo, los hombres mayores de 85 años de edad tenían la tasa más alta de suicidio de todos los grupos de edad y sexo, y la tasa ha aumentado. En 1997 hubo 34,3 suicidios por cada 100.000 hombres de 85 y más años, en comparación con un promedio nacional de 23 suicidios por 100.000 para todos los hombres, en ese año. En 1993 hubo 28 suicidios por 100.000 hombres mayores de 85 años.

En 1997–1998, los adultos mayores representaban 36% de todos los ingresos a hospitales por lesiones. Entre 1994–1995 y 1997–1998, el número de ingresos debidos a lesiones por caídas accidentales subió desproporcionadamente en relación con el aumento de la población de adultos mayores. Sobre la base de los datos correspondientes a 1998–1999, aproximadamente 12% de los adultos mayores había recibido atención domiciliaria en los 12 meses anteriores, porcentaje que ha permanecido estable desde 1994–1995; 10% de los hombres mayores notificaron haber recibido atención de hospicio, en comparación con 2,5% de las mujeres.

Se calcula que 4% de los adultos de la comunidad han sufrido alguna forma de maltrato. En 1999, 3,3% de los hombres y 2,9%

de las mujeres mayores de 65 años fueron víctimas de delitos violentos, en comparación con 16,8% de los hombres jóvenes y 13,9% de las mujeres jóvenes. Sin embargo, los adultos mayores tienen más probabilidades que otros grupos de edad de ser víctimas de delitos económicos (por ejemplo, fraudes telefónicos).

La salud de la familia

En 1996, 42% de los canadienses eran solteros y 47% estaban casados (lo que incluye las parejas consensuales y los separados). Entre 1991 y 1996, el número de familias consensuales aumentó a 28%, en comparación con un aumento de 19% de las familias de padres solteros y de 2% de las familias casadas. En 1996 había 1,1 millón de familias de padres solteros (15% de todas las familias). Más de 80% de las familias de padres solteros estaban encabezadas por una mujer, casi una cuarta parte de ellas nunca se había casado. El tamaño promedio de la familia es de tres personas y el número promedio de hijos era 1,2; estas cifras han permanecido prácticamente invariables desde el censo de 1991.

Una encuesta social general de 1999 determinó que 8% de las mujeres y 7% de los hombres que estaban casados o vivían en una relación consensual habían sufrido algún tipo de violencia infligida por uno de los miembros de la pareja durante los cinco años anteriores; en otras palabras, 690.000 mujeres y 590.000 hombres notificaron por lo menos un incidente de violencia. Las mujeres tenían cinco veces más probabilidades que los hombres de necesitar atención médica por heridas resultantes del abuso.

En 1999, los niños y los jóvenes menores de 18 años habían sufrido 60% de todos los ataques sexuales y 20% de todos los ataques físicos notificados en una muestra de 164 departamentos de policía. Los padres, en comparación con otros miembros de la familia, eran los que más cometían este tipo de abuso contra los niños y los jóvenes. Los padres causaban 66% de los ataques físicos y 42% de los ataques sexuales contra los niños menores de 18 años. Con el propósito de evitar la violencia familiar y proteger y tratar a sus víctimas, Salud Canadá ha creado el Centro Nacional sobre Violencia Familiar, un recurso nacional para los canadienses que piden información acerca de la violencia familiar y que buscan nuevos medios para abordar el problema.

La salud de los trabajadores

En el año 2000, el tamaño de la fuerza laboral canadiense era de 15,9 millones de personas, es decir 65,9% de la población de 15 años y más, y la tasa de desempleo era de 6,8%. La participación de las mujeres en la fuerza laboral pasó de 36% a 59,5% entre 1970 y 2000.

En 1999, aproximadamente dos terceras partes de las personas empleadas notificaron haber perdido días de trabajo debido a la mala salud. La mayoría de ellas dijo haberse ausentado por pocos días; 25% faltó dos días al trabajo. La gente que tiene niveles de educación más altos tiene menos probabilidades de ausentarse de su trabajo más de 10 días por año. El uso de medicamentos está acompañado de un aumento del ausentismo; además, está

comprobada la asociación positiva entre el cigarrillo y los mayores niveles de ausentismo.

Si bien se observó un aumento constante en las lesiones relacionadas con el trabajo, hasta el máximo alcanzado en 1987 que fue de 48,5 por 1.000, la tasa bajó a 27,6 en 1996. Los hombres sufren 2,5 veces más lesiones que las mujeres, y tienen más probabilidades de sufrir lesiones en el trabajo entre las edades de 15 y 29 años.

La salud de los discapacitados

En 1998–1999, 18% de los canadienses de 12 y más años notificaron una discapacidad o una limitación constante debido a un problema de salud. En 1996, para todos los grupos de edad combinados, las mujeres tenían más probabilidades de notificar limitaciones en su actividad en el hogar o cualquier tipo de discapacidad de larga duración. Para ambos sexos, las tasas de limitación aumentaban con la edad, a un máximo de 33% a los 75 años. Entre los que tenían más de 75 años, 44% notificaron algún tipo de limitación de larga duración. En general, 25% de los canadienses en los niveles más bajos de ingreso notificaron algún tipo de discapacidad de larga duración, en comparación con solamente 14% en los niveles de ingreso más altos.

La mayoría de las discapacidades son problemas no artríticos en la espalda, seguidos por dificultades de la visión y la audición y problemas musculoesqueléticos. La prevalencia de las enfermedades mencionadas no aumentó con la edad.

La salud de los indígenas y de otros grupos especiales

La población indígena sigue expuesta a un alto riesgo de enfermedades y muerte prematura en comparación con la población canadiense considerada en conjunto. Como resultado, la esperanza de vida al nacer para los hombres y las mujeres indígenas es de 71,5 años y de 75,2 respectivamente, lo que es más bajo que las cifras nacionales para ambos sexos. La causa principal de muerte entre los pueblos indígenas son las lesiones y los envenenamientos, con una tasa bruta de 154 defunciones por 100.000 habitantes. También sufren de más enfermedades crónicas tales como diabetes (tres veces más a menudo) y enfermedad cardiovascular que la población en general, y hay pruebas de que la prevalencia de estas enfermedades está aumentando entre los pueblos indígenas. Además, la tasa de suicidio es de dos a siete veces más alta entre la población indígena que en la población canadiense en general y es causa de preocupación especialmente entre los hombres jóvenes de las comunidades inuit.

La tasa de mortalidad infantil para las poblaciones indígenas registradas del Canadá, en 1996, fue de 14 por 1.000 —casi tres veces más alta que el promedio nacional— aunque esto representa un descenso con respecto a la tasa de 18 por 1.000 correspondiente a 1986. En el Canadá se producen anualmente unas 150 defunciones de lactantes debidas al síndrome de la muerte súbita del lactante, pero los lactantes indígenas tienen tres o

cuatro veces mayor riesgo de morir de este síndrome que los lactantes no indígenas.

Los niños y los jóvenes indígenas tienen una tasa más alta de discapacidad que los de la población nacional considerada en conjunto, y los niños indígenas que viven fuera de las reservas tienen una tasa más alta de discapacidad grave que los que viven en las reservas. La vivienda inadecuada y el hacinamiento incidieron en tasas más altas de problemas respiratorios e infecciones respiratorias entre los niños indígenas. Los niños de las familias indígenas también registran una tasa más alta de lesiones no intencionales y de defunciones prematuras por ahogamiento, además de tener más probabilidades de fumar, beber y utilizar drogas a una edad más temprana. Las encuestas de las Primeras Naciones y de las comunidades inuit revelan una prevalencia del tabaquismo dos o tres veces más elevada que el promedio nacional canadiense (62–73%).

En comparación con las familias canadienses consideradas en conjunto, una proporción mayor de familias indígenas experimenta problemas con la vivienda y el acceso a los alimentos. Estos problemas tal vez estén vinculados a niveles más altos de desempleo y a ingresos cada vez más bajos. En 1996, la tasa de desempleo de los indígenas variaba de 26% a 29%. En 1995, por lo menos 44% de la población indígena y 60% de los niños indígenas de menos de 6 años se encontraban por debajo de la tasa correspondiente a ingresos bajos, según Statistics Canada.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

En el Canadá se producen inundaciones, incendios forestales, tormentas de nieve y tornados. La tormenta de nieve de 1998 fue la peor que azotó al Canadá en varios decenios, ocasionando por lo menos 25 defunciones, muchas de ellas debidas a hipotermia. La tormenta asoló a partes de Ontario, Quebec, Nueva Brunswick y Nueva Escocia, y afectó directamente a mayor número de personas que cualquier otro suceso climático en el Canadá.

Enfermedades transmitidas por vectores

En el Canadá solamente hay casos importados de malaria; durante los últimos cinco años el número de casos ha subido significativamente. En 1997 se notificaron 1.036 casos en el Canadá, un aumento con respecto a los 430 casos de 1994. No se han notificado casos de fiebre amarilla en el Canadá durante varios decenios.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Desde que en el Canadá se introdujeron las vacunas, el país ha experimentado una reducción de 95% en las enfermedades prevenibles por vacunación. La poliomielitis fue eliminada oficialmente en 1994, y la ejecución del programa de vacunación en dos dosis para el sarampión ha disminuido en siete veces la inciden-

cia de casos notificados de sarampión en 1998. En 1997, 94% de los niños de 2 años habían recibido inmunización apropiada para su edad para sarampión, parotiditis y rubéola; 85% para difteria, tos ferina y tétanos; 86% para poliomielitis, y 74% para *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib).

En 1996 no se notificaron casos de difteria. Desde 1986 a 1995 solo se notificaron de dos a cinco casos anualmente, y no hubo defunciones debidas a difteria desde 1983. Hasta diciembre de 1999, se habían notificado 28 casos de sarampión, 8 de los cuales fueron causados por exposición mientras se encontraban fuera del Canadá; los restantes se vincularon con un caso importado. En 1998 se registraron 12 casos esporádicos confirmados en el laboratorio. Hubo 117 casos notificados de parotiditis en 1998. Se ha notificado que la encefalitis por parotiditis puede llegar a 5 por 1.000 casos, con una tasa de casos mortales de 1,4%. Se notificaron 68 casos de rubéola en 1998; sin embargo, hay preocupación de que la subnotificación sea considerable. Entre 1986 y 1996, la tasa anual de incidencia promedio de la tos ferina disminuyó a 17 casos por 100.000 habitantes. En años recientes, la epidemia había aumentado de tamaño. Casi 20% de los casos causaron una enfermedad lo suficientemente grave para exigir el ingreso a una unidad de cuidados intensivos, con una tasa de mortalidad de 0,7%. Se notificaron tres casos de tétanos en 1996. Hubo 55 casos de enfermedades por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) en 1996 y 46 en 1998. Aunque la tasa de inmunización para VIH sigue siendo baja con respecto a la de otros programas de inmunización, la cobertura ha aumentado 20% entre 1995 (55%) y 1998 (75%). Las tasas de hepatitis B son constantemente más altas para los hombres que para las mujeres, y los casos notificados en el Canadá siguen siendo de 970 por año (3,2 por 100.000 habitantes). La figura 4 presenta la cobertura de inmunización para la población menor de 2 años en 1998.

Enfermedades infecciosas intestinales

No hay focos endémicos de cólera en el Canadá; todos los casos son importados. Otras enfermedades infecciosas intestinales tales como anquilostomiasis, ascariasis, necatoriasis y triquinosis, son poco comunes y no se notifican a nivel nacional como enfermedades notificables. Hay otras enfermedades transmitidas por los alimentos o por el agua que se notifican en el Canadá, siendo las más comunes las que se notifican nacionalmente. En 1998, la infección por *Campylobacter* fue la más común de las infecciones entéricas, con 14.236 casos y una tasa de 47,1 por 100.000, seguida por la salmonelosis, con 7.040 casos y una tasa de 23,3, y las infecciones causadas por *Escherichia coli*, con 1.484 casos y una tasa de 4,9.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 1998 hubo 1.798 casos de tuberculosis notificados en el Canadá, con una tasa global de 5,9 por 100.000 habitantes. Además, la tuberculosis se indicó como la causa subyacente de defunción para 114 personas en 1997. Hubo una proporción cada

vez mayor de casos entre personas nacidas fuera del Canadá. En 1998, los casos de personas nacidas fuera del Canadá correspondieron a 64% de todos los casos de tuberculosis, un aumento con respecto a 37% registrado en 1981. Los casos de tuberculosis entre canadienses no indígenas disminuyeron de 48% de todos los casos en 1981 a 19% de todos los casos en 1998. La proporción de casos entre la población indígena, sin embargo, permaneció invariable, al situarse en 15% en 1998. El grupo de edad de 25 a 34 años tiene el mayor número de casos notificados, y a este grupo de edad corresponde 19% de la carga total de casos. En los casos de tuberculosis, la mediana de la edad de los nacidos en el Canadá no indígenas es mayor (58 años) que la de los nacidos en el exterior (43 años) y de los indígenas (32 años).

Hasta la fecha hay pocos datos nacionales disponibles en relación con la interacción entre la tuberculosis y el VIH. Un estudio reciente indicó que 4,2% de los casos acumulados de SIDA también tenían tuberculosis en 1997. De los 1.975 casos de SIDA y coinfección con tuberculosis notificados en 1997, 120 fallecieron. En 23% de estas defunciones se notificó que la tuberculosis era la causa subyacente de defunción, y en 35% se notificó que la tuberculosis era la causa contribuyente.

La lepra no es común en el Canadá, y no se vigila como una enfermedad notificable.

Infecciones respiratorias agudas

En 1997, 304 canadienses murieron de influenza. En la temporada de influenza 1999–2000, el número de casos de influenza notificados por los laboratorios fue más alto que para cualquier otra temporada de influenza en los últimos 10 años. Esto se explica en parte por el aumento en las actividades de vigilancia de la influenza. Los adultos mayores (65 y más años) representaban 42% de los casos confirmados en el laboratorio en 1999–2000. La neumonía ocasionó 7.728 defunciones en 1997.

Rabia

No se notificaron casos de rabia humana en el Canadá en los años noventa.

VIH/SIDA

Al finalizar 1999 había una cifra estimada de 49.800 canadienses que tenían VIH/SIDA, un aumento de 24% con respecto a 1996. Este aumento es el resultado tanto de las infecciones nuevas como del hecho de que las muertes por SIDA han disminuido gracias a los exitosos tratamientos retrovirales. Aproximadamente 4.190 canadienses se infectaron con el VIH en 1999; 49% de estos casos se atribuyeron a la categoría de exposición de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y 19% se atribuyeron a los usuarios de drogas intravenosas. El carácter de la epidemia está variando: de 1996 a 1999 hubo 30% de aumento de las nuevas infecciones por año entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y un aumento de 26% en el número de personas heterosexuales que eran VIH positivas. Más

aún, hubo un aumento de 48% de mujeres con resultados positivos a la prueba del VIH. Inversamente, hubo un descenso de 27% en el número de nuevas infecciones entre los usuarios de drogas inyectadas.

El número estimado de infecciones por VIH entre los indígenas fue de 1.430 en 1996, que pasó a 2.740 casos en 1999, un aumento de 91%. Esto representa 5% de todas las infecciones por el VIH. La tasa anual de incidencia de casos de SIDA en el Canadá en el año 2000 fue de aproximadamente 17 por 1.000.000 de habitantes, y la razón hombre/mujer fue de aproximadamente 8,3:1 (figura 5).

Infecciones de transmisión sexual

Hasta 1996, la clamidiosis era la infección de transmisión sexual más común, siendo la tasa de infección de 114,8 por 100.000. En cambio, la tasa de casos de infección gonocócica era de 16,8 por 100.000 y la de sífilis, significativamente más baja, situándose en 0,4 por 100.000. En 1999 hubo 41.676 casos de infección por clamidias, 5.381 casos de infección gonocócica y 187 casos de sífilis. Las posibilidades de padecer una infección de transmisión sexual (diferente del SIDA) son más altas en el grupo de edad de 15 a 24 años. La incidencia de sífilis es más común en el grupo de edad de 25 a 29 años tanto para los hombres como para las mujeres. Los hombres tenían más probabilidades que las mujeres de sufrir de gonorrea y de sífilis, pero hasta los 60 años, las mujeres tenían más probabilidades que los hombres de infectarse con clamidias. Las tasas más altas de clamidiosis y de gonorrea se encuentran entre las mujeres de 15 a 19 años, mientras que la incidencia más alta entre los hombres ocurre a edades más tardías (20 a 24 años de edad). La tasa más alta de infección por clamidias ocurrió entre mujeres de 15 a 19 años de edad (971,6 por 100.000) seguida por la tasa correspondiente a las mujeres de 20 a 24 años (914,9 por 100.000); esto representa que se ha invertido el modelo con respecto a 1989–1990, lo que hace pensar que la enfermedad está pasando a mujeres más jóvenes a medida que pasa el tiempo. Geográficamente, las tasas de gonorrea y clamidiosis eran más altas en los Territorios del Noroeste (13 veces la tasa nacional), y más bajas en Terranova.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Los pueblos indígenas que viven en las comunidades del norte presentan una amplia gama de trastornos médicos ocasionados por la nutrición inadecuada. Los residentes de zonas remotas tienden a consumir una alimentación rica en grasa, sodio y azúcar, y baja en valor nutricional. Las enfermedades que resultan de esta alimentación incluyen anemia, problemas dentales, obesidad, enfermedades respiratorias y diabetes no insulino-dependiente.

El peso corporal por encima del intervalo saludable (índice de masa corporal de 27 o más) se ha asociado con diversos problemas de salud, entre ellos enfermedad cardiovascular y diabetes. Tales encuestas han demostrado que la proporción de hombres y

mujeres con sobrepeso en el Canadá ha aumentado constantemente entre 1984 y 1998–1999, pasando de 22% a 37% entre los hombres y de 14% a 26% entre las mujeres. Tener sobrepeso es más común entre los canadienses de 45 a 64 años, y la creciente prevalencia de masa corporal más elevada se ha atribuido a los cambios de alimentación y a la disminución de la actividad física.

En 1997 hubo 5.699 defunciones por diabetes mellitus como causa subyacente, aunque el número de defunciones a las cuales contribuyó la diabetes probablemente es cinco veces más alto. Las tasas de mortalidad anuales por diabetes estandarizadas para la edad han aumentado desde comienzos de los años ochenta, alcanzando una tasa de 20,6 por 100.000 en 1997.

Los nuevos casos de diabetes mellitus insulino dependiente tipo 1 se han calculado en aproximadamente 60.000 cada año. Los cálculos basados en la población general sugieren que entre los canadienses de 12 y más años, la prevalencia general de diabetes varía de 4,9% a 5,8%; esta cifra corresponde a entre 1,2 y 2,2 millones de casos, aunque a solo aproximadamente 800.000 se les diagnostica en realidad diabetes. La prevalencia de la diabetes aumenta con la edad, pasando de 3% en el grupo de 35 a 64 años a 10% en los que tienen 65 y más. La tasa de prevalencia de la diabetes entre los pueblos indígenas es de aproximadamente el triple de la tasa de la población general, que varía de 10% a los 15 años a 22,8% después de los 65 años. Entre las mujeres jóvenes del Canadá, a 3,6% de las mujeres indígenas se les diagnostica diabetes, en comparación con 0,4% de las mujeres jóvenes no indígenas.

La carga de la diabetes a los costos de la atención de salud, discapacidad, pérdida de días de trabajo y muerte prematura, se calcula en Can\$ 9.000 millones al año.

Enfermedades cardiovasculares

La enfermedad cardiovascular es la causa principal de morbilidad y mortalidad en el Canadá. Tiene un impacto considerable sobre el sistema de atención de salud y es la causa principal de hospitalización (excluida la maternidad) para hombres y mujeres. Sobre la base de la tasa de hospitalización por grupo de edad, el infarto agudo del miocardio y la enfermedad isquémica del corazón se convierten en graves problemas de salud a partir de los 45 años para los hombres y de los 55 años para las mujeres. Siguen existiendo marcadas diferencias en la tasa de hospitalización y en los procedimientos entre hombres y mujeres, que todavía no se han podido explicar. Las enfermedades cardiovasculares no solo afectan a los adultos mayores, sino que es también la tercera causa principal de muerte prematura de los canadienses que tienen menos de 75 años. Por lo tanto, es importante modificar los comportamientos de riesgo desde los primeros años de la vida. Se están intensificando los esfuerzos para evitar el tabaquismo, debido a que, por ejemplo, se ha observado que las tasas de tabaquismo entre los jóvenes de 15 a 19 años siguen aumentando, y el mayor aumento se registra entre las mujeres jóvenes.

Más aún, las encuestas de salud de Salud Canadá han determinado que 41% de los hombres y 33% de las mujeres de 18 a 74 años presentaban dos o más de los principales factores de riesgo (hábito de fumar, tensión arterial elevada, colesterol elevado, inactividad física y obesidad). En 1997, la enfermedad cardiovascular ocasionó 79.457 defunciones, es decir, 37% de todas las defunciones en el Canadá; la enfermedad isquémica del corazón ocasionó 20,2% y los accidentes cerebrovasculares, 7,4% de todas las muertes. La enfermedad cardiovascular ocasionó 36% de las muertes de hombres y 38% de las muertes de mujeres. Las defunciones por enfermedad cardiovascular aumentan después de la menopausia en las mujeres, pero en los hombres el porcentaje de todas las muertes debidas a enfermedad cardiovascular aumenta constantemente a partir de los 35 años hasta los 84.

Los datos de 1998 revelan que la tasa bruta de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Canadá fue de 262,5 por 100.000; a este amplio grupo de causas también se le atribuye 258,4 muertes de mujeres por 100.000, y 266,6 muertes de hombres. La encuesta de salud de la población de 1996–1997 mostró que 10% de los canadienses de 12 y más años notificaron que un profesional de salud les había diagnosticado tensión arterial elevada, 4% notificaron enfermedad cardíaca y otro 1% notificó sufrir los efectos de un accidente cerebrovascular. En 1998–1999, 13% de las mujeres y 9% de los hombres de 12 y más años notificaron que habían recibido un diagnóstico de tensión arterial elevada.

Neoplasias malignas

Según las estadísticas canadienses sobre cáncer correspondientes al año 2001, las neoplasias malignas son la segunda causa principal de muerte de adultos en el Canadá. Se habían previsto 134.100 nuevos casos y 65.300 defunciones por cáncer en el año 2001. Los hombres superan a las mujeres en 4,8% en cuanto a incidencia, y en 12,7% en cuanto a mortalidad; 70% de los nuevos casos y 82% de las defunciones debidas al cáncer ocurren entre las personas de 60 y más años. Los cánceres de próstata, pulmón, y de colon y recto contribuyen a 50% de los nuevos casos entre los hombres; el cáncer de mama, pulmón, y de colon y recto conforman 50% de los nuevos casos para las mujeres.

Casi una tercera parte de las defunciones por cáncer en los hombres (una tasa de 69 por 100.000 habitantes) y una cuarta parte en las mujeres (37 por 100.000) se deben a cáncer del pulmón. Las tasas de mortalidad por cáncer del pulmón entre los hombres se nivelaron a mediados de los años ochenta, y desde entonces han disminuido constantemente. En cambio, las tasas de mortalidad entre las mujeres siguen aumentando rápidamente. Las investigaciones preliminares indican que el mayor consumo de tabaco entre las mujeres jóvenes y adolescentes, puede ser la causa probable de este aumento. La incidencia de cáncer del pulmón entre las mujeres es de 47 por 100.000.

La incidencia de cáncer de mama en las mujeres canadienses aumentó constantemente durante las últimas tres décadas. Sin

embargo, los beneficios de los programas de tamizaje y los tratamientos mejorados han resultado en una disminución de la mortalidad desde 1990. Entre las mujeres, la incidencia de cáncer de mama es de 105 por 100.000 habitantes, mientras que las tasas de mortalidad por cáncer de mama, luego de decenios de permanecer estables, han descendido a una tasa de 27 por 100.000.

Después de años de haber aumentado constantemente, las tasas de incidencia de cáncer de próstata empezaron a disminuir en 1994. En 1999 la tasa fue de 118 por 100.000, un aumento en la incidencia que se explica por un mayor uso de las técnicas de detección temprana. Las tasas de mortalidad por cáncer de próstata también parecen haberse estabilizado a comienzos de los años noventa, y la tasa para el año 2000 fue de 30 por 100.000.

El cáncer de colon y recto es el tercer tipo más común de cáncer tanto para los hombres como para las mujeres; la incidencia y la mortalidad han disminuido constantemente, especialmente entre las mujeres. La tasa de incidencia del cáncer de piel (melanoma maligno) es comparativamente más baja que la de otros tipos de cáncer (12 por 100.000 en hombres y 10 por 100.000 en mujeres); sin embargo, casi se ha triplicado desde 1971 y se habían previsto por lo menos 3.700 nuevos casos y más de 700 muertes en el año 2000.

Accidentes y violencia

En 1995–1996 hubo 217.000 ingresos a hospitales debido a lesiones. La tasa más alta de ingresos debidos a lesiones se encontró en los canadienses mayores de 65 años y fue de 235 por 100.000 habitantes entre las mujeres mayores y 152 por 100.000 habitantes entre los hombres mayores. Casi dos terceras partes de los ingresos a hospitales debidos a lesiones fueron el resultado de caídas accidentales o de lesiones en vehículos de transporte. Las lesiones intencionales ocasionadas por otra persona correspondieron a 5% de todos los ingresos relacionados con lesiones, mientras que otro 2% fueron lesiones autoinfligidas.

Se calcula que más de 90% de las lesiones no intencionales son prevenibles. Las lesiones y los envenenamientos son la causa número uno de defunción en la población indígena (tasa bruta 154 por 100.000).

Las tasas de mortalidad por lesiones o lesiones no intencionales han venido disminuyendo en el Canadá; en 1997 correspondieron a 4% de las defunciones. Esta disminución se debe principalmente a un descenso en las muertes atribuibles a lesiones por accidentes de transporte, lo que generalmente corresponde a dos terceras partes de estas defunciones. Los accidentes de transporte fueron la causa principal de defunción debida a lesiones no intencionales, y en 1997, correspondieron a 35% de las muertes accidentales, seguidas por las caídas accidentales (29%), ahogamientos y sofocación (6%), e incendios (3%). Sin embargo, debido en parte al uso de los cinturones de seguridad y a multas más estrictas contra los que manejan después de haber consumido alcohol, el número de defunciones atribuibles a los accidentes de transporte ha disminuido, pasando de 5.253 en 1977 a 3.055 en 1997.

En 1997 hubo 3.681 suicidios en el Canadá, casi 10 por día. Sin embargo, hay drásticas diferencias en las tasas de suicidio: se determinó que los hombres tenían cuatro veces más probabilidades que las mujeres de suicidarse, pero las mujeres intentan el suicidio más a menudo que los hombres. Los hombres tienen una tasa de defunción estandarizada para la edad debida al suicidio de 19,5 muertes por 100.000, en comparación con 4,9 defunciones por 100.000 para las mujeres. La tasa de suicidio entre la población indígena se ha notificado que es de 2 a 7 veces más alta que para la población canadiense en conjunto.

En el Canadá se notificaron 581 homicidios en 1997, lo que representa una disminución de 9% con respecto a 1996. Luego de un rápido aumento a finales de los años sesenta y comienzos de los setenta, la tasa de homicidios en el Canadá ha alcanzado su punto más bajo desde 1969. En años recientes, la preocupación ha aumentado con respecto al número de mujeres jóvenes implicadas en actos violentos. A lo largo de los últimos 10 años, la tasa de mujeres jóvenes acusadas de crímenes violentos ha aumentado casi dos veces tan rápido como la de los hombres jóvenes.

Salud oral

Sesenta y cuatro por ciento de las mujeres y 60% de los hombres de 12 y más años notificaron haber ido al dentista durante 1996–1997. La tasa más alta de visitas al dentista la notificaron los jóvenes de 12 a 14 años (67%), 15 a 17 años (71%) y 18 a 19 años (61%), pero la frecuencia bajó drásticamente a 48% entre las personas de 20 a 24 años. Los niveles de ingreso y el seguro dental fueron los determinantes más poderosos para el acceso a la atención dental. Los canadienses de bajos ingresos eran los que tenían menos probabilidades de tener un seguro dental o de haber visitado un dentista el último año. Entre los canadienses en el grupo de ingresos medios, solo 45% visitaron a un dentista en el año anterior. En cambio, 73% de los canadienses de altos ingresos tenían un seguro dental, y 81% notificaron una visita a un dentista en el año anterior. En 1997, los pueblos indígenas notificaron tasas más bajas de visitas dentales que el promedio nacional. La mayoría de las comunidades del Canadá utilizan agua potable con flúor.

Enfermedades emergentes y reemergentes

Los sucesos más destacados en términos de enfermedades transmisibles emergentes han sido las pequeñas epidemias de meningitis ocasionadas por *Neisseria meningitidis*. En 1998 hubo 155 casos notificados de infecciones meningocócicas, así como 887 casos de meningitis viral, 158 casos de meningitis neumocócica y 80 casos de otras meningitis bacterianas.

Durante los últimos años hubo un aumento significativo en la prevalencia de asma bronquial, particularmente en los niños y jóvenes canadienses. Los investigadores están tratando de determinar la relación entre el asma y la calidad del aire, en especial la función de los contaminantes del aire interior tales como el humo

de tabaco, el gas natural para cocinar y la caspa de los animales, así como de los contaminantes exteriores.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El desarrollo de políticas y programas de salud de Salud Canadá diseñados para mejorar la situación de la población y reducir las desigualdades entre los grupos de población está orientado hacia la salud de la población. Las estrategias se fundamentan en una evaluación de cuáles condiciones pueden dañar o beneficiar a la población en su conjunto o a ciertos subgrupos de la población. El enfoque de salud de la población utiliza los siguientes factores determinantes de la salud: ingreso y situación social, redes de apoyo social, educación, empleo y condiciones de trabajo, entornos sociales, entornos físicos, biología y carga genética, prácticas personales de salud y aptitudes para hacer frente a la vida, desarrollo saludable del niño, servicios de salud, género, y cultura.

La reforma del sector salud

En 1994, el Gobierno Federal creó el Foro Nacional de la Salud, un amplio proceso de consulta a nivel nacional para obtener asesoramiento acerca de las maneras en que podría reformarse el sistema de atención de salud y para mejorar la salud de los canadienses. En 1997, el Foro publicó su informe, “Gestión de la salud en el Canadá: construir el patrimonio”, que se concentraba en cuatro esferas principales —valores, equilibrio, factores determinantes de la salud y toma de decisiones basada en pruebas científicas— y señalaba varias prioridades para la acción. Muchas de esas prioridades fomentaron diversas iniciativas para mejorar la salud de la población; la más destacada de ellas fue la creación del Fondo Transitorio para la Salud, que aporta Can\$ 150 millones a lo largo de un período de cuatro años para financiar proyectos territoriales, provinciales y nacionales, así como innovaciones para modernizar los servicios de salud y la prestación de asistencia sanitaria. Para apoyar más la investigación en materia de salud, el Gobierno Federal también emprendió la iniciativa de los Institutos Canadienses de Investigación en Salud (CIHR) en junio de 2000. Con la creación de los Institutos, el presupuesto para investigación se duplicó a lo largo de tres años y se crearon varios institutos virtuales para vincular la investigación biomédica, la investigación clínica, los sistemas de salud y la investigación sobre los servicios, así como la investigación relativa a salud de la población.

El Primer Ministro y el Ministro de Salud crearon recientemente un nuevo organismo asesor —la Comisión Romanow— destinada a suministrar información y orientación al Gobierno Federal sobre la forma de manejar de manera eficaz los retos importantes que pueden plantearse al sistema público de asistencia

sanitaria del Canadá, entre ellos la demografía en constante cambio, los crecientes costos de los tratamientos y la tecnología, y las medidas para asegurar la sostenibilidad de la atención de salud universal.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El sistema de atención de salud del Canadá está financiado principalmente por medio de impuestos federales y provinciales, está administrado en su mayoría por el sector público y los servicios los presta el sector privado. A nivel nacional, el Departamento Federal de Salud, que se llama Salud Canadá, establece y administra los principios nacionales del sistema de salud y asiste a los sistemas de salud territoriales y provinciales por medio de transferencias de fondos. Además, Salud Canadá presta directamente servicios a grupos especiales tales como los veteranos, las Primeras Naciones y el pueblo inuit, el personal militar, las personas encarceladas en las instalaciones correccionales federales y la Real Policía Montada del Canadá. Salud Canadá también es responsable de la protección nacional de la salud, de la prevención de enfermedades y de la promoción de la salud.

La administración del sistema de atención de salud está a cargo fundamentalmente de las provincias y los territorios, y abarca la cobertura integral de los servicios médicos. Los servicios de atención de salud en las provincias y los territorios se rigen por principios nacionales de nivel federal, tal como se estipula en la Ley sobre Salud del Canadá, promulgada en 1984. Los principios de la Ley son universalidad, integridad, accesibilidad, transferibilidad de los beneficios y administración pública sin fines de lucro.

Cada una de las 10 provincias y 3 territorios tiene un ministerio de salud o su equivalente encargado de hacer funcionar el sistema de salud y otros servicios sociales en sus jurisdicciones. Los ministros son responsables políticamente ante sus electores. Los planes de seguro de salud territoriales y provinciales son administrados por el correspondiente ministerio de salud o por un organismo separado, pero estrechamente vinculado con el ministerio. El funcionamiento de estos planes de seguro de salud debe estar de acuerdo con los principios y reglamentos de la Ley sobre Salud del Canadá para poder optar por transferencias completas de fondos federales.

Hay varias estructuras en funcionamiento que permiten a los diversos niveles gubernamentales consultar entre ellos, tales como la Conferencia de Ministros de Salud, la Conferencia de Viceministros de Salud y varios comités de asesoramiento federales, provinciales y territoriales. Entre otras iniciativas, estas estructuras trabajan para mejorar los programas de prevención, elaborar lineamientos de práctica clínica, velar por la calidad y la idoneidad de la atención de salud, y por el uso eficaz de los recursos humanos y de otro tipo. El Comité Asesor Federal,

Provincial y Territorial para la Salud de la Población, emitió en 1999 su segundo informe sobre la salud de los canadienses, que es un ejemplo de cómo los funcionarios de muchas jurisdicciones pueden colaborar para dar su opinión acerca de la salud de la población nacional. Esta tarea es un compromiso para examinar el progreso en la situación de la salud y los factores determinantes de la salud a objeto de poder identificar las brechas y proponer mejoras.

La mayor parte de los hospitales del Canadá funcionan como instituciones privadas, sin fines de lucro, dirigidas por juntas comunitarias de administradores, organizaciones voluntarias o municipios locales. Los hospitales tienen cierto grado de autonomía en sus operaciones diarias, aunque deben mantenerse dentro de sus presupuestos operativos según lo determinen las autoridades regionales o provinciales de salud. Algunos centros de tratamiento de las adicciones y de atención prolongada son administrados en forma privada y funcionan con fines de lucro. Tales establecimientos privados con fines de lucro corresponden a menos de 5% del número total de hospitales canadienses.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

Todos los canadienses están cubiertos para la atención médica y los servicios hospitalarios necesarios. De acuerdo con la mayoría de la legislación de las provincias, las empresas privadas de seguros no pueden prestar servicios ya cubiertos por los programas gubernamentales, pero sí pueden complementar los beneficios que no están cubiertos en su totalidad o para los cuales no hay cobertura de los seguros gubernamentales (por ejemplo, medicamentos con receta, atención dental y oftalmológica, quiropráctica, etc.). Muchos canadienses obtienen un seguro privado complementario para estos servicios. Las provincias y los territorios suministran cobertura pública para algunos servicios que no están comprendidos entre los beneficios del seguro nacional, acordados a ciertos segmentos de la población, tales como adultos mayores, niños y beneficiarios de la asistencia social.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Además de tener la responsabilidad de administrar la Ley de Salud del Canadá y de efectuar la vigilancia nacional de las enfermedades, la investigación sobre salud y la evaluación de riesgos, el Ministro Federal de Salud es responsable de las funciones de control para salvaguardar la calidad y la inocuidad de los alimentos, el agua, los medicamentos, los productos para el consumidor, dispositivos terapéuticos, cosméticos, productos químicos y plaguicidas, así como de la administración de varios estatutos relacionados con la salud. Generalmente, sin embargo, la reglamentación para muchos servicios y productos relacionados con la salud está a cargo de una combinación de oficinas gubernamentales federales, provinciales y territoriales, así como de algunas organizaciones no gubernamentales. La evaluación de la calidad y eficacia de la tecnología de salud, por ejemplo, la reali-

zan la Oficina de Coordinación para la Evaluación de Tecnología de Salud, a nivel federal, y los organismos similares a nivel de las provincias.

Los hospitales del Canadá pueden solicitar la acreditación por conducto del Consejo Canadiense de Acreditación de Centros de Salud, un organismo no gubernamental que evalúa los hospitales que han aceptado voluntariamente satisfacer diversas normas de calidad. La licencia para practicar la medicina en el Canadá la otorga cada autoridad provincial y territorial de autorización de licencias médicas, de conformidad con las respectivas leyes médicas y previa satisfacción de ciertas condiciones delimitadas especialmente. Sin embargo, para facilitar la transferencia y la reciprocidad entre diferentes provincias y territorios, el Consejo Médico del Canadá establece calificaciones y mantiene el registro médico del Canadá, que incluye información acerca de todos los médicos que tienen licencia.

El nuevo Departamento de Alimentos y Productos para la Salud de Salud Canadá garantiza la inocuidad y la calidad del suministro de alimentos, de los medicamentos y de los productos naturales para la salud. Los organismos coordinadores federales incluyen comités intersectoriales para la fiscalización y la inspección de los alimentos, y el Consejo de Investigación Agrícola del Canadá. En 1996, la responsabilidad de la inspección de los alimentos se transfirió al recién creado Organismo de Inspección de los Alimentos. Salud Canadá mantiene su jurisdicción con respecto a la inocuidad de los alimentos, según lo determine la Ley sobre Alimentos y Medicamentos, y sigue dirigiendo la investigación, la evaluación de riesgos, el establecimiento de normas y la evaluación de la inocuidad de los alimentos y los productos relacionados con los alimentos.

El examen de los medicamentos —que evalúa los riesgos y los beneficios, y la inocuidad y eficacia de los medicamentos— lo efectúa a nivel federal el Departamento de Alimentos y Productos para la Salud, según lo reglamentan la Ley sobre Alimentos y Medicamentos y la Ley de Control de Estupefacientes. 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 casi judicial que regula los precios más altos que pueden cobrar los fabricantes de medicamentos patentados. La Junta informa al Parlamento acerca de cuáles son las tendencias en los precios y en materia de investigación y desarrollo de medicamentos. Actualmente, el Gobierno Federal y los gobiernos provinciales y territoriales tienen varios mecanismos para influir indirectamente en los precios de medicamentos no patentados, pero no hay un organismo nacional de fiscalización que se ocupe de los medicamentos no patentados. El Departamento de Alimentos y Productos de Salud de Salud Canadá es responsable de la regulación de los medicamentos biológicos, los hemoderivados, los productos terapéutico-genéticos, tejidos y órganos; también actúa como punto focal para la investigación en biotecnología.

El Departamento de Entornos Saludables y de Seguridad del Consumidor (HECSB), dentro de Salud Canadá, vela por la seguridad y la eficacia de los productos para el consumidor y realiza evaluaciones de los peligros químicos y de las radiaciones en el entorno, según lo determine la Ley para la Evaluación del Medio Ambiente del Canadá, de 1995. La Ley estipula que los departamentos y los organismos federales evalúen las consecuencias que pueden tener sus proyectos sobre el medio ambiente. La Ley también proporciona medios eficaces para integrar los factores económicos y los aspectos sociales, tales como la salud, así como cuestiones de interés público en el proceso gubernamental de toma de decisiones. La Ley de Protección del Medio Ambiente del Canadá es administrada por el Ministro del Ambiente, pero otorga al Ministro de Salud la responsabilidad del control de las sustancias tóxicas, de los productos de la biotecnología, del control internacional de la contaminación del aire y de la contaminación internacional del agua. El HECSB también administra la Ley sobre el Tabaco, que restringe la publicidad de productos del tabaco y rige el etiquetado de los empaques de productos del tabaco.

El Organismo para Fiscalizar el Manejo de Plagas (PMRA) fue creado por Salud Canadá en 1995 con el fin de consolidar los recursos y responsabilidades para fiscalizar el manejo de plagas. El PMRA regula todos los productos destinados a manejar, destruir, atraer o repeler las plagas que se utilizan, se venden o se importan. Esto se hace de conformidad con la Ley de Productos para el Control de las Plagas, y a menudo supone la colaboración interdepartamental con el Departamento de Agricultura y el del Ambiente.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

Salud Canadá ejecuta y financia diversos programas de salud de la población, promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades, muchos de los cuales se dirigen a grupos de población, entre ellos las poblaciones indígenas, los niños, las mujeres y los adultos mayores.

Aunque el Gobierno Federal es el principal responsable de la salud de los pueblos indígenas que viven en las reservas en el norte del Canadá, los gobiernos provinciales y territoriales comparten algunas de estas responsabilidades. En 1997, Salud Canadá anunció un plan denominado “Reunir fortaleza: plan de acción en favor de los indígenas del Canadá”, que establece un nuevo curso de acción para los pueblos indígenas, lo que incluye nuevas inversiones en salud y servicios para esta población. El presupuesto para 1999 también anunciaba una inversión de Can\$ 190 millones a lo largo de un período de tres años para mejorar la salud de las Primeras Naciones y del pueblo inuit, y prestar una gama más amplia de atención a las comunidades indígenas. Se estableció recientemente un nuevo instituto de

investigación indígena, que formará parte de los Institutos Canadienses de Investigación en Salud.

El Programa Nacional de los Niños es un esfuerzo cooperativo para asegurar que todos los niños canadienses tengan la mejor oportunidad para desarrollar su máximo potencial. Como una forma de hacer avanzar el programa, el Gobierno del Canadá, trabajando con los gobiernos provinciales y territoriales, llegó a un acuerdo en diciembre del año 2000 con el fin de consolidar el apoyo comunitario para lograr el desarrollo temprano de la niñez, y ahora está trabajando para ejecutar las acciones propuestas en este acuerdo. Los programas federales tales como el Programa de Acción Comunitaria para los Niños, el Programa *Aboriginal Head Start* y el Programa de Nutrición Prenatal del Canadá, fomentan el desarrollo temprano de la niñez, la participación y la educación de los padres, los enfoques intersectoriales para el bienestar de los niños y la alianza con otros gobiernos, organismos no gubernamentales y las comunidades. Estos programas comunitarios llegan semanalmente a más de 100.000 niños y padres canadienses en más de 1.000 comunidades. El Gobierno también ha formulado una estrategia nacional sobre el síndrome fetal debido al alcohol-efectos del alcohol sobre el feto, y en 1999 anunció otras actividades y financiamiento para programas, tratamiento y rehabilitación por medio del Programa de Tratamiento y Rehabilitación para el Alcoholismo y la Drogadicción.

La Oficina de Salud de la Mujer de Salud Canadá vela por que los problemas de salud de la mujer reciban la atención adecuada. En 1999, el Ministro de Salud lanzó la Estrategia de Salud de las Mujeres, que compromete a Salud Canadá a vigilar los efectos que la reforma del sistema de salud tiene sobre las mujeres y a considerar las necesidades especiales de las mujeres cuando se interprete y aplique la Ley sobre Salud del Canadá. Salud Canadá también realiza investigaciones sobre los asuntos de género y los promueve en cooperación con los cinco centros de excelencia para la salud de la mujer. Los programas de promoción de la salud de la mujer incluyen financiamiento para la Iniciativa Canadiense de Salud del Corazón, que suma Can\$ 2 millones por año, la formulación de Pautas Nacionales acerca de la Maternidad centrada en la Familia y Atención del Recién Nacido, la Iniciativa Canadiense sobre Cáncer de Mama y el Programa de Nutrición Prenatal del Canadá. La suplementación alimentaria es la intervención fundamental de este último programa, y está acompañada por consejos sobre nutrición, modos de vida y violencia familiar.

En 1998, los ministros federales, provinciales y territoriales responsables de los adultos mayores emitieron el Marco Nacional sobre Envejecimiento, para ayudar en la respuesta a las necesidades de la población que está envejeciendo en el Canadá. “Nuevos Horizontes: Aliados en el Envejecimiento” fue un programa de financiamiento comunitario de Salud Canadá que suministró apoyo financiero para proyectos innovadores en la comunidad que hacían participar a los adultos mayores.

Otros programas de promoción de la salud emprendidos por el Gobierno Federal se dedicaban a aspectos específicos de salud,

algunos de los cuales se dirigían a poblaciones en riesgo. Tales iniciativas incluyen la estrategia canadiense acerca del VIH/SIDA, que asigna Can\$ 42,2 millones anualmente para la formulación de políticas, programación, investigación y vigilancia sobre el VIH/SIDA; la Estrategia Nacional para el Control del Tabaco recibe Can\$ 530 millones durante cinco años; el programa denominado Desafío de una Vida Activa en el Canadá, y la Iniciativa de Violencia Familiar.

En respuesta a la creciente prevalencia de la diabetes, el Gobierno del Canadá, junto con los gobiernos provinciales y territoriales, además de organizaciones privadas, ha desarrollado un plan quinquenal de Can\$ 115 millones denominado Estrategia Canadiense para la Diabetes que incluye Can\$ 58 millones para la Iniciativa de la Diabetes en la Población Indígena.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

El Departamento Federal de Salud también vigila la incidencia de la morbilidad y la mortalidad, identifica y evalúa los riesgos de salud, y suministra vigilancia epidemiológica y de laboratorio por medio de su Departamento de Salud Pública y Población. Estas actividades se realizan en estrecha relación con Estadísticas Canadá, el Instituto Canadiense de Información para la Salud y otras entidades federales. Los gobiernos provinciales y territoriales, las unidades de salud pública y organismos voluntarios también participan activamente en este proceso.

Agua potable y alcantarillado

Agua inocua, alcantarillado y servicios de manejo de desechos son administrados por autoridades provinciales, territoriales, regionales y municipales, en colaboración con los ministerios del ambiente. Aproximadamente 99% de la población canadiense tiene agua potable inocua, y aproximadamente 95% cuenta con instalaciones adecuadas de eliminación de desechos. El agua potable municipal tratada se suministra a 87% de los canadienses, la mayoría de los cuales (86%) reciben el servicio por sistemas centrales; el resto de la población lo recibe por sistemas individuales. Los pueblos indígenas tienen algunos problemas de acceso a esos servicios, debidos en parte a los sistemas inadecuados e inexistentes de tratamiento de agua.

El Gobierno Federal invirtió Can\$ 6.000 millones en infraestructura destinada a mejorar el abastecimiento de agua potable y de agua para fines recreacionales y ambientales, así como en la elaboración de normas de calidad del agua. El Gobierno Federal también aporta el financiamiento para que los pueblos indígenas construyan y administren servicios comunitarios básicos tales como abastecimiento de agua y sistemas de alcantarillado y electricidad; escuelas y caminos; edificios comunitarios, e instalaciones protegidas contra incendios. El Fondo para el Desarrollo de los Conocimientos sobre el río San Lorenzo con miras al 2000, creado por Salud Canadá y el Fondo de Investigaciones en Salud de Quebec, apoya la investigación acerca de las consecuencias

para la salud humana de la contaminación del río San Lorenzo, la vía fluvial más importante del Canadá.

Prevención y control de la contaminación del aire

La calidad del aire es responsabilidad del Gobierno Federal, por conducto de un Departamento de Salud Canadá, denominado Ambientes Sanos y Seguridad del Consumidor. Su unidad de Calidad del Aire investiga activamente los efectos de la contaminación del aire sobre la salud y formula normas para proteger la calidad del aire dentro y fuera de los edificios.

Protección de los alimentos

Salud Canadá es responsable de administrar la Ley de Alimentos y Medicamentos a nivel nacional; en la práctica, sin embargo, Salud Canadá comparte la aplicación y ejecución de las medidas de inocuidad de los alimentos con el Departamento de Agricultura a nivel federal, el Organismo Canadiense de Inspección de los Alimentos, y los gobiernos provinciales y territoriales, todos los cuales trabajan juntos por medio de unidades de salud pública. Salud Canadá es responsable de emitir recomendaciones sobre nutrición y pautas para una alimentación sana y para reducir el riesgo de enfermedades relacionadas con la nutrición.

Después de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, el Canadá emitió su plan de acción para la seguridad alimentaria en 1998, que vigila el costo de una canasta de alimentos nutritivos y desarrolla programas de educación e iniciativas de apoyo al ingreso para velar por la seguridad y la inocuidad de los alimentos. El Departamento Federal de Salud también apoya el programa de alimentos por correo, que subsidia los costos de transporte de los alimentos más nutritivos hasta comunidades remotas; este programa lo encabeza el Departamento de Asuntos Indígenas y Norteños.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

Los médicos de atención primaria de salud —médicos de familia o generales— son los primeros puntos de contacto con el sistema de salud para la mayoría de los canadienses. Los médicos de atención primaria refieren los pacientes a especialistas, prescriben medicamentos o pruebas de diagnóstico, y recomiendan el ingreso a los hospitales. La mayoría de estos médicos ejercen la medicina en forma privada, es decir, presentan su reclamo de servicio directamente a los planes de seguro médico provincial o territorial para recibir su pago. Las salas de urgencia de los hospitales también son un punto de acceso; en realidad, algunos subgrupos de población, tales como los indigentes, tienden a usar la salas de urgencia como su primer punto de acceso para los servicios de salud.

Las enfermeras, por lo general, están empleadas en el sector hospitalario, pero también prestan apoyo a nivel de atención pri-

maria (organismos comunitarios, grupos de atención a domicilio), en la práctica privada, o dentro del sistema de salud pública. La Oficina de Política de Enfermería, creada por Salud Canadá en 1999, se encarga de asesorar al Departamento Federal de Salud en cuanto a la perspectiva de la enfermería en diversos asuntos y programas de políticas. De esta forma contribuye a la formulación de políticas de salud y a que se aproveche al máximo el potencial de los recursos humanos en enfermería. Otros profesionales de la atención de salud también participan en la atención primaria de salud. Es necesaria la referencia de un profesional de salud para tener acceso a servicios especializados.

La mayoría de los hospitales que prestan servicios de urgencia y de hospitalización son establecimientos sin fines de lucro administrados por juntas de directores no gubernamentales, seleccionados en la comunidad. Los hospitales están organizados para prestar atención aguda o de largo plazo a nivel secundario o terciario. En algunas ciudades más grandes los hospitales se han vuelto muy especializados para abordar problemas concretos, tales como ortopedia, enfermedad cardíaca, cáncer y salud de los niños o de las mujeres. Más aún, como parte de la reestructuración del sistema de salud, en las ciudades más grandes muchos hospitales se están consolidando en un hospital urbano único, a menudo en varios sitios diferentes.

Los hospitales privados con fines de lucro representan menos de 5% de todos los hospitales y en su mayoría son establecimientos de atención prolongada o instituciones que prestan servicios especializados, tales como tratamientos para las adicciones. Actualmente, la mayoría de los hospitales que funcionan bajo la dirección de las provincias son instituciones psiquiátricas, pero muchas provincias están separándose de estas instituciones. El Gobierno Federal es responsable del funcionamiento de varios hospitales que sirven a los militares, los veteranos y los pueblos indígenas.

Servicios especializados

El sistema de salud del Canadá también abarca los servicios de salud pública, que originalmente se habían establecido para controlar la propagación de las enfermedades infecciosas, velar por el saneamiento público e impartir educación básica sobre salud a la población local. Con el tiempo, la función de estas unidades de salud pública ha evolucionado para atender las inquietudes y necesidades en materia de salud que no son atendidas por el resto del sistema de atención de salud, así como para satisfacer las necesidades de grupos de población no atendidos. Hoy en día, la mayoría de estos servicios son financiados y prestados separadamente de los principales componentes del sistema de salud del Canadá, y cada vez es más común que se presten otros servicios por conducto de autoridades regionales de salud. Cada unidad de salud pública funciona bajo la dirección de un funcionario médico regional, que sirve de enlace con los hospitales locales, los profesionales de atención de salud y los organismos voluntarios. Las unidades de salud pública proporcionan algunos o todos los

siguientes servicios: programas de consejos sobre salud materno-infantil, inmunizaciones, educación en salud en las escuelas, vigilancia de la salud y enfermedades para tratar las infecciones de transmisión sexual (tratamiento del SIDA), seguridad alimentaria e información sobre nutrición.

Algunas provincias también han formulado leyes y programas educativos para orientar y ayudar a las enfermeras de atención directa en entornos de atención primaria de salud, así como en varios programas de tamizaje para diferentes problemas de salud. Por ejemplo, todos los gobiernos provinciales y dos territoriales han establecido programas para efectuar pruebas de tamizaje del cáncer de mama a mujeres asintomáticas de 50 a 69 años, cada dos años. Las tasas de participación en programas organizados de las mujeres de 50 a 69 años en 1997 y 1998 variaban de 11,5% a 54,7%, cifras que se encuentran por debajo de la tasa de participación recomendada de 70%. Una encuesta de población de 1998–1999 mostró que entre las mujeres canadienses de 50 a 69 años, aproximadamente 66,3% notificaron haber tenido una mamografía de diagnóstico o un tamizaje en los dos años anteriores; varias mujeres siguieron recibiendo tamizajes ocasionales en todo el Canadá.

A pesar de la existencia de diversas asociaciones y grupos comunitarios que se ocupan de la salud mental, muchas personas que sufren de depresión a menudo no buscan ayuda. Un examen de 1997 sobre las mejores prácticas en salud mental encontró que la disponibilidad de apoyo —vivienda, servicios educativos y técnicos, servicios de respuesta en casos de crisis y manejo de casos en la comunidad— tendía a reducir la necesidad de atención institucional. Los programas de salud mental en el Canadá dependen de las provincias y los territorios. Los servicios de salud mental a este nivel se prestan a través de la atención primaria, de las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, de los centros comunitarios de salud mental, de los establecimientos especializados para tratamiento, de los hospitales psiquiátricos, de los proveedores comunitarios y de varias organizaciones comunitarias.

Las vacunas para niños usualmente son administradas por los médicos, los médicos de familia o por medio de una unidad de salud pública; se encuentran bajo la jurisdicción provincial o territorial y, por lo tanto, están cubiertas por los planes de salud provinciales y territoriales.

Los servicios de salud de largo plazo y continuos, por lo general, están organizados en dos niveles: atención institucional y atención domiciliaria. Las instituciones participantes varían de establecimientos de atención residencial que prestan solamente servicios de salud limitados, hasta establecimientos de cuidados intensivos, crónicos, que suministran atención para las necesidades más exigentes de los pacientes institucionalizados. La atención domiciliaria abarca una amplia gama de servicios que permiten a las personas total o parcialmente incapacitadas vivir en su casa, lo que a menudo evita, retrasa o sustituye otras alternativas de atención prolongada o de atención aguda. La atención

domiciliaria se presta de acuerdo con muchas estructuras institucionales y según numerosos mecanismos de financiamiento y pago.

Insumos para la salud

Los medicamentos, incluidas las vacunas y los sueros, son desarrollados por compañías farmacéuticas privadas. Muchas empresas farmacéuticas multinacionales tienen establecimientos que realizan investigación básica o aplicada en el Canadá, y algunos fabricantes nacionales procesan medicamentos genéricos que no están patentados. Los investigadores o empresas que desean comercializar nuevos medicamentos en el Canadá deben presentar una solicitud para patentar un medicamento ante Salud Canadá; el producto entonces pasa por un examen estricto para determinar si será aprobado en el país.

Los ministerios de salud, provinciales y territoriales, compran vacunas de productos con licencia disponibles en el mercado, que luego se entregan al público sin costo alguno. La División de Inmunización de Salud Canadá ayuda a las provincias y territorios que participan en los programas de inmunización para reducir la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles en el país y emprende la evaluación de programas y la vigilancia una vez que el producto está en el mercado. El Comité Nacional Asesor sobre Inmunización, formado por expertos en salud pública e investigadores en pediatría y enfermedades infecciosas de todo el país, formula pautas sobre el uso de vacunas y suministra asesoramiento oportuno de carácter médico, científico y de salud pública, en relación con las vacunas y los agentes profilácticos.

El equipo médico, como por ejemplo las sillas de rueda, a menudo es subsidiado por organizaciones de servicio o especializadas para cada enfermedad, ya sean gubernamentales o grupos de caridad. La compra de ciertas tecnologías, tales como costosos instrumentos de diagnóstico, es regulada por medio del organismo de fiscalización provincial sobre los gastos de capital. A nivel federal, la evaluación de esta tecnología está bajo el mandato de la Oficina Canadiense de Coordinación de la Evaluación de la Tecnología de Salud y bajo entidades similares de evaluación, a nivel provincial. La Dirección de Productos Terapéuticos de Salud Canadá también participa en la evaluación y vigilancia de los dispositivos médicos.

Recursos humanos

El número de enfermeras diplomadas per cápita ha disminuido constantemente en el Canadá: en 1989 había 80,4 enfermeras diplomadas por 10.000 habitantes; en 1999 había 74,6. De las 228.450 enfermeras diplomadas que estaban ejerciendo la profesión en 1999, 62,5% estaban empleadas en hospitales. Cada vez es más común que las enfermeras trabajen a tiempo parcial (45,3%), sin embargo, no solo trabajan en hospitales, sino en atención domiciliaria y en los servicios de salud pública. La dis-

tribución de las enfermeras ha estado determinada por la demanda de los hospitales y la dispersión.

En el año 2000 había 57.052 médicos en el Canadá, lo que da una tasa de 18,6 médicos por 10.000 habitantes (9,4 médicos generales o de familia y 9,2 especialistas). Esto representa un aumento con respecto a la tasa de 1986 que era de 17,4 médicos por 10.000 habitantes. La mayoría de los médicos se concentran en las zonas urbanas y tiende a haber una escasez en las zonas rurales aisladas. Estos problemas han conducido a la formulación y ejecución de varias iniciativas para asegurar una distribución más equitativa y eficaz de los médicos. En junio de 2000, por ejemplo, el Ministro de Salud creó un Consejo Ministerial Asesor sobre la Salud Rural para prestar asesoramiento acerca de problemas y preocupaciones de salud en las zonas remotas del Canadá.

Debido a que en algunas zonas del norte o territorios los médicos son escasos, las enfermeras de atención directa deben prestar servicios relacionados con el embarazo, el parto y la atención posnatal. Recientemente se ha reglamentado la profesión de las matronas en algunas provincias para permitirles atender partos en el hogar y, en algunas provincias, les dan financiamiento público. Los canadienses cada vez usan más métodos complementarios y alternativos, y casi 2 millones de personas utilizaron estos servicios en 1998–1999. El Ministro de Salud ha creado un Consejo Asesor con el fin de establecer un marco reglamentario para la medicina natural y ya muchos planes de seguro privado están empezando a ofrecer cobertura para estos tratamientos.

El mercado de trabajo para los profesionales de salud varía de una ocupación a otra. Los grupos que vieron las disminuciones per cápita más grandes entre 1988 y 1997 fueron los técnicos de laboratorio (20%) y las enfermeras técnicas (17,1%). Inversamente, hubo aumentos per cápita en los servicios de rehabilitación (52,6%), servicios dentales (26,1%), y servicios psicológicos y sociales (22%).

La gran mayoría de los profesionales de salud del Canadá deben tener formación universitaria y necesitan la certificación de los organismos que dan las licencias a nivel territorial y provincial. La mayoría de las provincias también dan capacitación para los asistentes de rehabilitación que trabajan bajo la supervisión de los terapeutas ocupacionales y físicos.

Investigación y tecnología en salud

Sobre la base de las recomendaciones del grupo de trabajo nacional sobre investigación en salud, el Gobierno Federal anunció la creación del Instituto Canadiense de Investigación en Salud (CIHR) en 1999. El CIHR comprende 13 institutos “virtuales” y agrupa a investigadores que enfocan las dificultades en materia de salud desde cuatro disciplinas que representan los cuatro ámbitos de estudio del CIHR, a saber: biomedicina, ciencia clínica, sistemas de salud y servicios, y factores socioculturales y de otro tipo que influyen en la salud de las poblaciones. Estas organizaciones virtuales apoyan y vinculan a los investigadores que trabajan en las universidades, hospitales y otros centros de inves-

tigación del Canadá, en sociedad con el sector voluntario de atención de salud, la industria y otros organismos gubernamentales. Los institutos se concentran en temas especiales de salud o de la población, y por lo general actualizan una base de datos que informa sobre los investigadores que participan en diversas iniciativas, así como sobre fuentes alternativas de financiamiento y apoyo para la investigación.

Salud Canadá también desempeña la función de garantizar la seguridad de los productos y las tecnologías para la salud. La Dirección Federal de Productos Terapéuticos para la Salud es la autoridad nacional que evalúa y vigila la inocuidad, la eficacia y la calidad de los medicamentos, los dispositivos médicos y otros productos terapéuticos, que incluyen equipo médico e instrumentos, agentes para el diagnóstico y productos biológicos tales como vacunas, sangre y hemoderivados, tejidos y órganos. La Dirección también divulga ampliamente información a los canadienses acerca de los beneficios y riesgos de todos los productos terapéuticos introducidos en el mercado. Por conducto de la Oficina de Evaluación de Productos con Licencia, la Dirección es responsable de las actividades de evaluación que se hacen después de la aprobación, entre ellas la recopilación de reacciones adversas a los medicamentos por medio de centros nacionales y regionales de notificación; las evaluaciones de riesgos y beneficios; la comunicación de los riesgos; la coordinación de las intervenciones en el mercado; la política de publicidad y decisiones de cumplimiento, la vigilancia de los incidentes de medicación, y la vigilancia activa de los proyectos piloto.

En relación con la información sobre salud, el Departamento de Información sobre Salud, Análisis y Enlace supervisa aspectos claves de la información, desde la creación de la información, por conducto de la investigación analítica, hasta la difusión de la información y el conocimiento; la Dirección maneja las solicitudes de acceso a la información y es la sede de la oficina del Proyecto en Línea del Gobierno. Otras dos organizaciones también desempeñan funciones vitales en la producción y difusión de la información relacionada con la salud: ellas son Estadísticas Canadá, que se ocupa de los datos relacionados con diversos indicadores sobre salud y divulga esta información en diversos medios de comunicación al público en general y a departamentos gubernamentales, y el Instituto Canadiense de Información sobre Salud, una organización nacional sin fines de lucro responsable de desarrollar y mantener el sistema de información integral sobre salud del país.

Gasto y financiamiento sectorial

La Ley sobre Salud del Canadá autoriza las contribuciones en efectivo a las provincias y territorios como parte de las Transferencias Sociales y de Salud del Canadá (CHST), y prevé las multas obligatorias dólar por dólar cuando un plan territorial o provincial no satisface los criterios establecidos por la Ley. La Ley de 1996–1997 referente a salud del Canadá y transferencia social

reformó los arreglos de compartir costos federales y provinciales o territoriales para los servicios de salud combinando el pago de transferencias en bloque desde el Gobierno Federal a las provincias y territorios, para todos los servicios provinciales de salud, de educación superior y sociales.

Los gastos totales en salud en dólares canadienses actuales se calcularon en Can\$ 84.000 millones en 1998, Can\$ 89.000 millones en 1999 y Can\$ 95.100 millones en el año 2000, lo que refleja los aumentos proyectados en el gasto en atención de salud por las provincias y los territorios. Los gastos totales per cápita en salud se calcularon en Can\$ 2.776 en 1998, un aumento de 5,5% con respecto a 1997, es decir Can\$ 144 per cápita. Se había previsto que el gasto per cápita en salud siguiera aumentando en 6% para el año 2000. Estos gastos eran equivalentes a 9,3% del PIB en 1998, y se previó que se mantuvieran a este nivel en 1999 y 2000 puesto que se cree que el gasto en salud y el PIB habrán aumentado a tasas casi idénticas.

El gasto en salud del Gobierno y de los organismos gubernamentales (el sector público) en 1998 se calculaba en Can\$ 58.800 millones, cifra equivalente a Can\$ 1.946 per cápita. Esto correspondía a 70,1% del gasto total en atención de salud, y representaba un aumento de 5,9% en comparación con 1997. El gasto del sector privado por familias y empresas aseguradoras en 1998 sumaba Can\$ 25,1 millones (Can\$ 830 per cápita). El sector privado aportaba un total estimado de 29,5% de los gastos totales en 1999, cifra inferior con respecto a 29,9% en 1998. Esta disminución se ha previsto que continúe en el año 2000.

La atención hospitalaria representaba la parte más grande del gasto en salud en el Canadá en 1998, correspondiendo a 32,9%, seguida por los gastos en medicamentos, 14,8%. Los gastos hospitalarios financiados por el sector privado en 1998 sumaban Can\$ 2.500 millones, o 3,0% del total de los gastos en salud y 8,9% de los gastos hospitalarios. El gasto en medicamentos, la segunda categoría más grande de los gastos en salud en 1998, ha aumentado constantemente desde finales de los años setenta. En 1998, el gasto total en los medicamentos recetados era de una cifra estimada en Can\$ 9.300 millones, lo que equivale a un aumento de 10,6% con respecto a 1997. Se prevé que esto aumente a Can\$ 11.400 millones (Can\$ 14.700 millones cuando ambos tipos de medicamentos con receta y sin receta se consideren en conjunto). La parte de los medicamentos con receta financiados por fuentes privadas en 1998 fue de 58,6% o Can\$ 5.500 millones.

En 1998 se calculaba que 74% de los canadienses de 12 y más años tenían alguna forma de cobertura complementaria de seguro para medicamentos que se venden con receta. Se calcula que en el año 2000 el gasto en medicamentos alcanzó Can\$ 14.700 millones, o 15,5% del gasto total en salud. Los gastos en medicamentos aumentaron más rápido que cualquier otro costo de salud. Tanto los pagadores del sector público (planes provinciales) como los del sector privado (compañías de seguros) están aplicando medidas para limitar el costo de los medicamentos. Estas medidas incluyen el uso de formularios restrictivos, con

énfasis en el uso de los productos más eficaces en función de los costos; el aumento de los deducibles o copagos; los beneficios con límites, y el mejoramiento de la información para orientar la prescripción. Desde 1996, el Gobierno Federal y los gobiernos provinciales y territoriales han emprendido iniciativas conjuntas por medio del grupo de trabajo sobre los precios de los medicamentos, a objeto de comprender mejor los métodos para asignar precios a los productos farmacéuticos y los elementos que rigen los costos en las distintas jurisdicciones. Basándose en las recomendaciones del Foro Nacional sobre la Salud, los gobiernos están trabajando para alcanzar la meta de largo plazo de un programa nacional de beneficios para los medicamentos con receta.

Aunque a mediados de los años ochenta se observó un aumento en los gastos médicos por encima de las tasas promedio (10,0%) alcanzando un máximo de 15,7% del gasto total en atención de salud en 1987, desde entonces han aumentado a tasas por debajo del promedio, lo que ha conducido a un descenso en la parte del gasto total. La vasta mayoría de los servicios médicos (99%) son financiados por el sector público.

Los gastos totales en salud per cápita, tanto públicos como privados, son más altos en los territorios, debido en parte a la extensión de su zona geográfica y a sus bajas densidades de población. El gasto per cápita en salud en los Territorios del Noroeste fue de Can\$ 5.244 en 1998, seguido por el Yukón, con Can\$ 3.262. Si se observan solamente las provincias, la Columbia Británica (Can\$ 2.898) y Ontario (Can\$ 2.875) tuvieron el mayor gasto per cápita total en salud en 1998, aunque no hay una variación significativa a través de las provincias. La parte del sector público en el gasto en atención de la salud fue mayor en los Territorios del Noroeste (92%) y el Yukón (84,7%), mientras que en Ontario (33,3%) y en Alberta (32,1%) la mayor proporción del gasto en atención de la salud la aportó el sector privado.

En el Canadá, el sector público financia el gasto en salud por conducto de cuatro niveles, a saber: gobiernos provinciales y territoriales; gasto directo en atención de la salud por el Gobierno Federal; gobiernos municipales, y planes de seguridad social, tales como juntas de compensación de los trabajadores. Las transferencias federales para la salud a las provincias y los territorios se incluyen en los datos del gobierno provincial debido a que los gastos nacionales en salud se notifican sobre la base de los principios de "responsabilidad por el pago", y no como fuente de los fondos. En 1998, el gasto federal directo en salud correspondió a 5,2% del gasto en salud financiado por el sector público; 91,9% de estos fondos se originaron de gobiernos provinciales y territoriales, mientras que los fondos de la seguridad social correspondieron a 1,7%, y los gastos municipales, a 1,2%. El gasto federal directo total en salud provino de tres departamentos federales: Salud Canadá (60%), el Departamento de Asuntos de los Veteranos (20%) y el antiguo Consejo de Investigación Médica (10%). El gasto total provincial y territorial en salud fue de aproximadamente Can\$ 54.100 millones en 1998, y se ha previsto que alcance Can\$ 62.010 millones en el año 2000.

Si bien las provincias y los territorios tienen control sobre la forma en que se gastan los fondos de Salud Canadá y de Transferencia Social, es útil examinar la cantidad de dinero que les suministra el Gobierno Federal, porque se obtiene un panorama más exacto del gasto federal directo e indirecto. En 1998, por ejemplo, el Gobierno Federal transfirió Can\$ 26.600 millones a las provincias y territorios por medio del CHST para educación superior, servicios sociales y atención de salud. En el año 2000 esta cifra había aumentado a Can\$ 31.200 millones.

Salud Canadá ha formulado diversas estrategias según las cuales muchas organizaciones no gubernamentales y grupos comunitarios reciben financiamiento para emprender programas de prevención y educación en salud. La iniciativa de violencia familiar, por ejemplo, establece alianzas innovadoras con grupos comunitarios, y fomenta organizaciones en diversas regiones en todo el Canadá para ejecutar proyectos destinados a crear conciencia y generar soluciones locales a la violencia familiar, con la ayuda del financiamiento federal. De igual manera, la estrategia canadiense sobre el VIH/SIDA asigna Can\$ 10 millones de su presupuesto anual de Can\$ 42,2 millones a un componente comunitario de desarrollo para apoyar a organizaciones no gubernamentales y a organizaciones de servicio relacionadas con el SIDA.

En 1998, los gastos de bolsillo representaron la parte más grande del financiamiento del sector privado (54,8%), seguida por los seguros privados de salud (37%) y gastos diferentes de los de consumo (8,3%), una categoría de gastos que incluye ingresos hospitalarios no derivados de los pacientes, gastos de capital e investigación en salud. Durante los años ochenta y noventa, los gastos por las compañías aseguradoras aumentaron más rápidamente que los gastos pagados del bolsillo del consumidor. En 1998, los gastos de las aseguradoras estaban aumentando a una tasa de 9,6%, tres veces la tasa de crecimiento de los gastos pagados por los consumidores.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

Salud Canadá ha promovido y proseguido activamente alianzas y proyectos en colaboración con diversos países de las Américas. Por ejemplo, Salud Canadá ha firmado dos memorandos formales de entendimiento con los Ministros de Salud de Cuba y de México, que abarcan actividades en promoción de la salud, comunicación para la salud y programas de comunidades sanas con Cuba y actividades relacionadas con la salud y el bienestar de los adultos mayores y atención prolongada con México. Además, Salud Canadá y organizaciones asociadas han realizado proyectos sobre políticas relativas al género en Costa Rica; violencia contra las mujeres en Santa Lucía, y una alianza regional entre el Laboratorio Nacional para los Microorganismos Patógenos Entéricos, la OPS y 20 países de América Latina y el Caribe.

En el Canadá, la OPS está representada por la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH), una organización no gubernamental. La CSIH a menudo trabaja en colaboración

con Salud Canadá, para mejorar el conocimiento de los canadienses y la comprensión de los esfuerzos de la OPS en las Américas y además identificar expertos técnicos del Canadá para que participen en proyectos fuera de este país.

El Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) es el organismo del Gobierno Federal responsable de aproximadamente 80% de la asistencia para el desarrollo que brinda el Canadá. Como parte de un nuevo marco para la reducción de la pobreza, esbozado en el documento de política "CIDA y sus prioridades para el desarrollo social (2000)", la programación se fortalecerá en cuatro áreas prioritarias: salud (lo que incluye agua y saneamiento) y nutrición; educación básica; prevención y atención del VIH/SIDA, y protección de los niños. El CIDA aumentará sus inversiones en estas cuatro áreas de 19% a 38% de

su presupuesto total y aumentará los gastos totales a Can\$ 2.800 millones en los próximos cinco años. Los respectivos planes de acción prioritarios han pasado por amplios períodos de consulta con gobiernos y la sociedad civil del Canadá, con países asociados y con otros donantes.

El CIDA ha colaborado activamente con la OPS en asuntos de nutrición y salud, y ha aportado recursos extrapresupuestarios considerables para proyectos de salud tales como el de VIH/SIDA realizado con el Centro de Epidemiología del Caribe de la OPS, un programa nacional de vacunación en Haití, el proyecto de enfermedades prevenibles por vacunación (SIREVA), proyectos de erradicación del sarampión, mitigación de desastres, enfermedades transmisibles, rehabilitación de víctimas de minas terrestres, y el Fondo de Asistencia Técnica de Asesores Canadienses.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Canadá, 1990–2000.

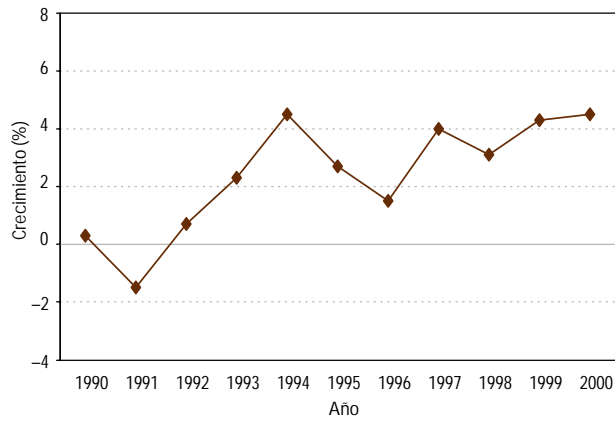


FIGURA 4. Cobertura de inmunización en la población de 2 años de edad según vacuna, Canadá, 1998.

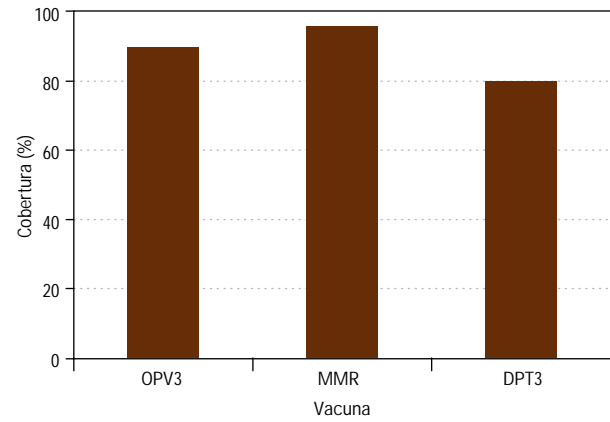


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Canadá, estimación a julio de 2000.

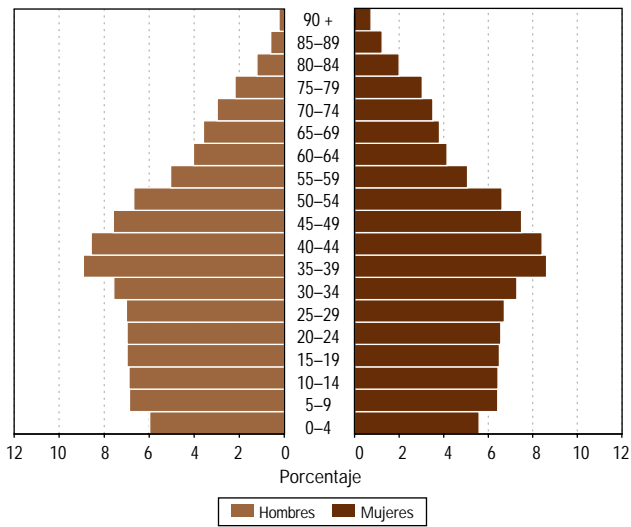


FIGURA 5. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Canadá, 1990–2000.

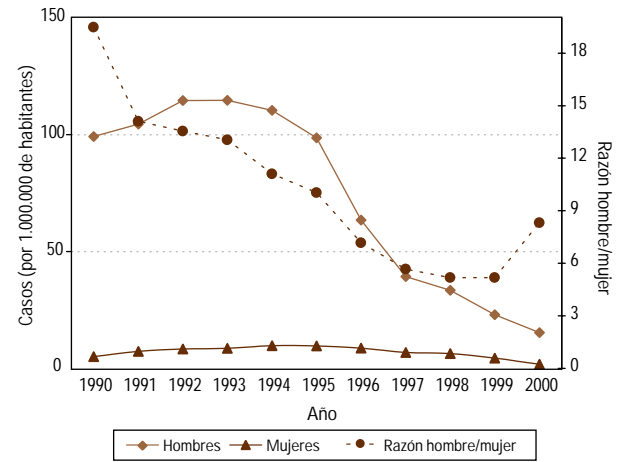
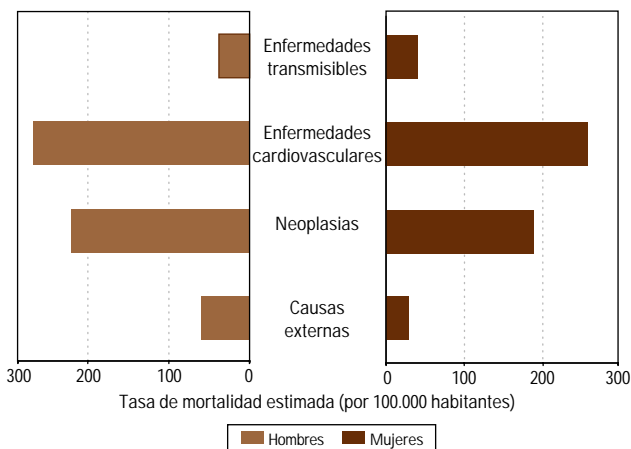


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Canadá, 1998.



CHILE

CONTEXTO GENERAL

Chile tiene una superficie continental de 756.626 km². En el último censo (1992), su población era de 13.348.401 habitantes, de los cuales solo 14,41% habitaban en zonas rurales; la población estimada en junio de 2001 era de 15,4 millones. La población urbana se concentra en la Región Metropolitana (40%), seguida de las Regiones Bío-Bío (12%) y Valparaíso (11%). Existen ocho pueblos indígenas que representan 10% de la población total: aimará, atacameño, quichua, mapuche, rapa nui, colla, kaueskar y yámana. Actualmente coexisten diferentes tipos de familias. La familia biparental representaba 57% en 1996 y 55% en 1998, mientras que la familia extensa aumentó de 27% a 28,6% y la monoparental, de 6,4% a 8,4% en los mismos años. En 1998 los hogares unipersonales representaban 7,6%.

El Estado de Chile es unitario y su gobierno democrático. Desde el punto de vista político-administrativo se divide en 13 regiones que de norte a sur son: Tarapacá (I), Antofagasta (II), Atacama (III), Coquimbo (IV), Valparaíso (V), Metropolitana Santiago (RM), Libertador General Bernardo O'Higgins (VI), Maule (VII), Bío-Bío (VIII), Araucanía (IX), Lagos (X), Aisén del General Carlos Ibáñez del Campo (XI) y Magallanes (XII). Las regiones, a su vez, se subdividen en 51 provincias y 341 comunas; hay 178 ciudades (más de 5.000 habitantes), 215 pueblos (de 2.000 a 5.000 habitantes) y 768 aldeas (menos de 2.000 habitantes).

El gobierno regional está encabezado por el Intendente, quien representa al Presidente de la República en la región. A nivel provincial el gobierno corresponde al Gobernador, que está subordinado al Intendente. La administración comunal la ejerce la municipalidad, compuesta por el Alcalde como autoridad superior y el Concejo Municipal (presidido por el Alcalde) como órgano resolutorio y fiscalizador. El Alcalde y los concejales son elegidos por elección popular cada cuatro años. El Ministerio de Salud está representado en las 13 regiones administrativas por un Secretario Regional Ministerial de Salud, quien integra además el Gabinete del Intendente Regional.

En 1989 se efectuó la primera elección democrática después de 17 años de gobierno militar. La política de equidad del actual

gobierno tiene como metas crear nuevos empleos, dignificar a la persona, reformar el sector salud, reducir las desigualdades en educación, avanzar en la reforma judicial, apoyar a las pequeñas y medianas empresas, mejorar el transporte público, construir viviendas para los más pobres y reducir la contaminación.

Una de las prioridades del gobierno es la salud, y por ello la reforma del sector salud es una de las siete grandes transformaciones que se propone realizar en el período 2000–2006. El propósito de la reforma es garantizar el derecho a la salud para toda la población, sin discriminación de ningún tipo, mejorar el nivel de salud y disminuir las desigualdades según las condiciones socioeconómicas y la localización geográfica de la población. Entre los elementos de cambio más relevantes se encuentran el financiamiento solidario y una ley que proteja los derechos de los pacientes. Las políticas de salud tienen como principios los derechos ciudadanos, la equidad, la solidaridad, la calidad y la participación.

Hasta 1998 hubo un sostenido crecimiento económico, el aumento del PIB fue de 7,7% anual, la inflación fue de 4,7% en 1998 y el nivel de desempleo, moderado. Debido a la crisis de los mercados internacionales, el ritmo de crecimiento descendió a cifras cercanas a -1,1% en 1999 (figura 1) y el desempleo se incrementó significativamente.

Los indicadores sociales y económicos agregados a escala nacional muestran evidentes mejoras, expresadas en una reducción de los niveles de pobreza de 39,3% de la población en 1990 a 20,6% en 2000, y un crecimiento del PIB per cápita de 46,9% entre 1991 y 1999, para llegar en este último año a US\$ 4.492. Sin embargo, persisten situaciones de inequidad entre grupos sociales y regiones. A fines de 2000, según la encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN 2000), el 10% de los hogares más ricos captaban 40,3% de los ingresos, mientras el 10% de los más pobres percibían solo 1,7%. En el ámbito comunal, las diferencias son aún más extremas. En 1998 solo 6% de la población vivía en comunas con un ingreso promedio del hogar superior a US\$ 800, mientras que la comuna con el ingreso promedio de hogar más alto percibía US\$ 2.500.

En 1998 el ingreso del 20% de la población más rica fue 15,5 veces más alto que el del 20% más pobre, diferencia que dismi-

nuyó a 13,9 veces en el mismo año al considerar los subsidios monetarios que reciben los hogares más pobres por parte del Estado. Por otro lado, el mismo año, 70% de los hogares del país percibían ingresos inferiores al promedio nacional.

Respecto a las condiciones físicas y ambientales básicas de la vivienda, la encuesta CASEN 2000 muestra diferencias muy marcadas entre comunas respecto a calidad de vivienda, abastecimiento de agua potable y sistemas de eliminación de aguas servidas. Si bien en algunas comunas prácticamente todos los hogares cumplían o superaban el estándar respectivo, en 20 comunas menos de 50% de los hogares tenían una vivienda de buena calidad.

En 1999, la tasa de alfabetismo de las personas de 15 y más años fue de 95,5% (95,3% para los hombres y 95,7% para las mujeres). La escolaridad media de la población fue de 9,9 años. Durante la década de 1990 se produjo un lento pero sostenido aumento de la cobertura de la educación preescolar. La educación básica (ocho años) es el único nivel de enseñanza obligatorio cuyo acceso es prácticamente universal (98,5% en 1999).

La Encuesta Nacional del Empleo de 1999 mostró que la población económicamente activa aumentó de 5.500.000 en 1996 a 5.738.470 en 1998. La participación femenina en la fuerza de trabajo aumentó de 33,7% en 1996 a 36,1% en 1998. Mientras la mayoría de las mujeres se desempeñaban en actividades relacionadas con los servicios comunales, sociales y personales, los hombres se distribuían regularmente entre las diversas ramas de la economía. La tasa de desocupación nacional, que entre 1990 y 1998 se mantuvo entre 6% y 7%, entre 1999 y 2000 aumentó hasta cifras cercanas a 12%. La recuperación del empleo ha mostrado un ritmo más lento que la del crecimiento económico. Las principales fuentes de empleo en 1998 fueron los servicios comunales, el comercio, la industria, la agricultura, caza y pesca, el transporte y comunicaciones, la construcción, y los servicios financieros y sociales. Las categorías de ocupación fueron asalariados (65,6%), trabajadores por cuenta propia (24%), personal de servicios (5%), empleadores (3%) y familiares no remunerados (2,4%).

El perfil demográfico se encuentra en un proceso de transición. Durante las últimas décadas se produjo una disminución de las tasas de natalidad y mortalidad. La disminución de la fecundidad se ha producido en forma rápida, después de experimentar cambios relevantes en la mortalidad desde la segunda mitad del siglo XX. Queda aún un amplio margen de posible reducción con el resultado de una "tasa de crecimiento en descenso". Esto se traduce en un crecimiento lento y en un envejecimiento de la población (figura 2). En el período 1995–2000 las tasas más altas de fecundidad se registraron en el grupo de 20 a 24 años de edad. En los últimos 41 años (1960–2001) se redujo la tasa de crecimiento poblacional de 2,4% a 1,2%, y la proporción del grupo de 65 y más años aumentó de 4,3% a 7,0%. En 1998, los menores de 15 años representaban 28,8%, el grupo de 15 a 64 años 64,2% y la

población de 65 y más años, 7%. La razón de dependencia fue de 35,8% en 1998. En Chile, las migraciones tradicionalmente han tenido un saldo negativo y no se consideran un factor decisivo en la dinámica de la población.

La esperanza de vida al nacer en el período 1995–2000 se ha estimado en 75,2 años. La tasa de mortalidad infantil en 1999 fue de 10,1 por 1.000 nacidos vivos. A nivel comunal existen grandes variaciones en la mortalidad infantil, que en 1998 oscilaba de 42,2 por 1.000 a 2,6 por 1.000 nacidos vivos.

Mortalidad y morbilidad

En 1999 hubo 81.984 defunciones, con una tasa de 510,7 por 100.000 habitantes. Las causas declaradas, que corresponden a las tasas ajustadas de mortalidad (por 100.000 habitantes), son las enfermedades transmisibles (67,5), las neoplasias malignas (124,2), las enfermedades del sistema circulatorio (150,3) y las causas externas (57,6) (figura 3).

En general, se observó una tendencia a la reducción de las tasas de mortalidad y una mayor mortalidad en los hombres para todos los tramos de edad. Las tasas de mortalidad se redujeron en el grupo de 0 a 4 años y se mantuvieron estables en el grupo de 15 a 34 años. La diferencia entre sexos se incrementó a expensas del aumento leve de las tasas de los hombres. En el grupo de 35 a 44 años se observó una reducción leve de las tasas de mortalidad en ambos sexos, así como en los de 45 a 49 años y de 50 a 79 años. En el grupo de 80 y más, la diferencia entre sexos se incrementó levemente en los hombres.

Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad y sexo presentan una gran variación entre comunas y entre regiones, incluida la Región Metropolitana. Después de eliminar los valores extremos, la variación en las tasas comunales oscila entre 30 y 160 en relación con el promedio estandarizado de 100. Al tomar en cuenta las tasas y el ingreso de los hogares de una encuesta realizada en 1999 por el Ministerio de Salud, se encuentra una relación inversa entre la mortalidad y el ingreso familiar promedio de las comunas.

Respecto a la morbilidad, en el cuadro 1 se presenta la situación nacional de las enfermedades de notificación obligatoria para el período 1996–1999.

Los datos recolectados por la encuesta CASEN 2000, que incluye la percepción de la calidad de vida de los chilenos, abarca las principales causas de morbilidad, como afecciones crónicas y agudas, discapacidad y accidentes. Entre las primeras, la hipertensión arterial es la enfermedad crónica que más prevalece en Chile, seguida de defectos de refracción y colelitiasis; la mayor prevalencia de afecciones crónicas se presenta entre las mujeres. En cuanto a las afecciones agudas, la población percibe un promedio de episodios de enfermedad aguda de 9,5 por persona al año (11 en las mujeres y 8 en los hombres). Veinte por ciento de la población dice presentar algún grado de discapacidad, siendo la visual la más frecuente. Finalmente, 1 de cada 10 perso-

CUADRO 1. Enfermedades de notificación obligatoria. Número de casos y tasa de incidencia acumulada por 100.000 habitantes, Chile, 1996–1999.

Enfermedad	1996		1997		1998		1999	
	N.°	Tasa	N.°	Tasa	N.°	Tasa	N.°	Tasa
Difteria	2	0,01	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Enfermedad invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ^a	156	10,68	65	4,46	26	1,79	35	2,42
Parotiditis	2.374	16,46	2.312	15,81	2.224	15,01	2.253	15,00
Parálisis flácida aguda ^b	76	1,80	75	1,77	65	1,52	89	2,07
Rubéola	1.095	7,59	3.940	26,95	4.571	30,84	1.608	10,71
Sarampión	0	0,00	58	0,40	6	0,04	31	0,21
Tétanos neonatal	1	0,01	0	0,00	0	0,00	1	0,01
Tétanos (resto)	17	0,12	8	0,05	15	0,10	15	0,10
Tos ferina	1.146	7,95	1.456	9,96	2.482	16,75	3.064	20,40
Cólera	4	0,03	1	0,01	24	0,16	0	0,00
Fiebre amarilla	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Malaria (casos importados)	6	0,04	10	0,07	7	0,05	7	0,05
Síndrome pulmonar por hantavirus	3	0,02	30	0,21	35	0,24	26	0,17
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1.395	9,67	1.249	8,54	1.152	7,77	801	5,33
Hepatitis B	133	0,92	146	1,00	162	1,09	177	1,18
Hepatitis (resto)	8.180	56,73	10.525	71,98	5.796	39,10	4.666	31,07
Infecciones meningocócicas	532	3,69	560	3,83	521	3,52	552	3,68
Brucelosis	8	0,06	13	0,09	16	0,11	21	0,14
Carbunco	19	0,13	13	0,09	16	0,11	17	0,11
Enfermedad de Chagas	363	2,52	424	2,90	556	3,75	560	3,73
Hidatidosis	343	2,38	442	3,02	314	2,12	292	1,94
Psitacosis	0	0,00	1	0,01	3	0,02	1	0,01
Rabia humana	1	0,01	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Triquinosis	43	0,30	64	0,44	44	0,30	85	0,57

^aTasa en la población menor de 5 años.

^bTasa en la población menor de 15 años.

Fuente: Ministerio de Salud.

nas tuvo un accidente grave en el último año (10,5% de los hombres y 9,5% de las mujeres).

La información más reciente sobre egreso hospitalario corresponde a 1997 e incluye los egresos de los establecimientos públicos y privados. Durante ese año se produjeron 1.092.995 egresos. Las principales causas de ingreso hospitalario fueron complicaciones del embarazo, parto y puerperio (27,6%); enfermedades del sistema digestivo (11,3%); enfermedades del sistema respiratorio (9,4%); traumatismos y envenenamientos (10%); enfermedades del sistema genitourinario (6,8%); enfermedades del sistema circulatorio (5,2%); ciertas afecciones originadas en el período perinatal (3,5%), y demás enfermedades (3,5%).

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño

Las defunciones en menores de 1 año alcanzaron a 3,8% del total en 1999. En ese mismo año la mortalidad infantil fue de 10,1 por 1.000 nacidos vivos, y en ella se observó el descenso de la

mortalidad infantil tardía, la mortalidad neonatal y la mortalidad neonatal precoz. Al logro de estos resultados contribuyó el fortalecimiento de la atención peri y posnatal y el establecimiento del Programa de Uso de Surfactante en niños prematuros de muy bajo peso al nacer, en todas las maternidades del sistema público. Las principales causas de muerte fueron las afecciones perinatales, las anomalías congénitas, las enfermedades del sistema respiratorio, y los traumatismos y envenenamientos. Estos cuatro grupos dieron cuenta de 86,5% de las muertes de este grupo. La mortalidad infantil oculta significativas desigualdades entre regiones y comunas.

Entre los niños de 1 a 4 años se produjeron 461 defunciones en 1999, lo que equivale a 0,5% del total con una tasa de 0,4 por 1.000 habitantes. El primer grupo de causas de mortalidad lo constituyen las causas externas, con 33,4% de las defunciones; en segundo lugar se ubican las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 16%, y en tercer lugar las enfermedades del sistema respiratorio con 13,9%.

La salud de la población en edad escolar primaria

El grupo de 5 a 9 años concentra 0,3% de las defunciones, por lo que resulta el grupo con menor tasa de mortalidad (0,20

por 1.000 habitantes). Las muertes registradas en 1999 se deben principalmente a causas externas (39%), tumores (18%), malformaciones congénitas (10%) y enfermedades del sistema nervioso (10%).

La información suministrada por el Servicio Nacional de Menores y el Instituto Nacional de Estadísticas, y las denuncias hechas en el cuerpo de Carabineros, revelan que entre 50% y 75% de los padres y madres utilizan el castigo físico. Las víctimas de maltrato son mayoritariamente niños y las de abuso sexual, niñas. Cerca de 80% de los niños y niñas agredidos son menores de 12 años, y casi un tercio de ellos tienen menos de 5 años de edad. Los factores asociados al maltrato incluyen el alcoholismo y los problemas psiquiátricos en los agresores, el número de hijos en la familia, el desempleo y la pobreza, y la historia de violencia en los familiares.

Según datos del UNICEF, en 1997 completaron su educación básica 75,9% de los niños y niñas. Según la encuesta CASEN 1996, 1,9% (47.000 niños y niñas de 6 a 14 años) trabajaba y 2,4% se declaró inactivo, es decir, no trabajaba ni estudiaba. En este grupo de edad predomina el trabajo ocasional, y el masculino sobre el femenino. La mayoría asiste simultáneamente a la escuela (63%). El trabajo infantil es mayor en las zonas rurales y pobres. Según el VI Censo Nacional Agropecuario y Forestal de 1997, 1% de los trabajadores rurales son menores de 15 años y de ellos solo 22,2% recibe remuneración.

La salud de los adolescentes

La tasa de mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años es de 0,37 por 1.000 habitantes. Los traumatismos y los tumores son las principales causas de muerte, con 18% del total. Sin embargo, al analizar las causas específicas se observa que las nueve primeras corresponden a causas externas, y que el cuarto lugar lo ocupa la lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, con 56 muertes de las cuales 41 corresponden a hombres. La sobremortalidad masculina es de 2,2.

En 1998 las tasas de suicidio por 100.000 habitantes fueron de 6,9 en la población general y de 2,7 en la población adolescente (10–19 años) y aumentaron en 1999 a 7,2 y 3,2, respectivamente.

La fecundidad de las niñas y jóvenes menores de 20 años ha aumentado con relación a la fecundidad total, para alcanzar en 1998 16,2%. Es decir que de cada seis niños y niñas que nacen, uno es hijo de madre adolescente; 16,6% del total de nacidos vivos eran hijos de madres adolescentes en 1998. En el mismo año, 48% de las madres adolescentes vivían bajo la línea de pobreza. No han completado la enseñanza básica 36% de las madres adolescentes, y 56% de los embarazos serían deseados. El 32,2% de los adolescentes (15–17 años) sexualmente activos manifestaron que no usaron ningún método anticonceptivo en su última relación sexual.

De acuerdo con el estudio de consumo de drogas en la población escolar urbana de 1999, del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, 65% de los escolares han consumido alcohol,

53% tabaco y 6% tranquilizantes. Respecto a las drogas ilícitas, 23 de cada 100 escolares han consumido alguna vez droga: 21,7% marihuana, 4,6% pasta base y 4,5% cocaína. El menor promedio de edad de inicio de consumo corresponde al tabaco (12,9 años) seguido por los solventes volátiles (13 años), la pasta base (13,5 años), la marihuana (14,4 años) y la cocaína (14,8 años).

Según el UNICEF, 4,2% de los adolescentes de 12 a 14 años (32.000) y 9,7% de los de 15 a 17 (78.000) realizaban actividades laborales en 1998.

La salud de la población adulta

La población de 20 a 60 años representa 53% de la población total del país. En la encuesta CASEN 2000 se incluye la percepción sobre el modo de vida de los chilenos según una muestra nacional de 4.069.395 de personas de 15 y más años (44,4 eran hombres y 55,6 mujeres). Los resultados mostraron que 40% (44% hombres y 36% mujeres) fuma, 75% (64% hombres y 84% mujeres) no realiza actividad física y 34% (27% hombres y 39% mujeres) tiene exceso de peso.

Los adultos de 20 a 44 años tienen una tasa de mortalidad de 1,3 por 1.000 habitantes. Las principales causas de muerte son las externas, los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio, en ese orden. Siete de las diez primeras causas específicas de muerte corresponden a causas externas, y el accidente de tráfico por vehículo de motor ocupa el primer lugar.

Entre los 45 y 59 años la mortalidad alcanza a 5,2 por 1.000 habitantes. En 1998 las principales causas de muertes fueron los tumores (30% del total de defunciones en este grupo), seguidos por las enfermedades del sistema circulatorio (21%) y las enfermedades del sistema digestivo (15%).

En 1997, la sección de peritajes del Instituto Médico Legal atendió 1.906 agresiones sexuales en la Región Metropolitana. Sin embargo, la magnitud real de la violencia sexual se desconoce, ya que se estima que entre 75% y 80% del total de los delitos sexuales no se denuncian. Aunque en enero de 1999 se aprobó la Ley sobre Violación y otros Delitos Sexuales, en la práctica no existen servicios adecuados o suficientes y el clima social no favorece la denuncia.

Respecto a la salud mental, el Estudio sobre Prevalencia y Factores de Riesgo de Trastornos Mentales en Atención Primaria realizado en 1995 en 23 consultorios de atención primaria de la Región Metropolitana identificó una mayor prevalencia de trastornos emocionales en las mujeres. Por su parte, el Estudio Colaborativo de la OMS sobre Problemas Psicológicos en la Atención Primaria de Salud indicó que si bien de cada tres personas que acudían a los consultorios de atención primaria, dos presentaban algún problema psicológico, una ínfima minoría lo hacía expresamente por ese motivo (5 de cada 100).

En la mayoría de los consultorios de atención primaria se proporcionan métodos anticonceptivos tales como dispositivo intrauterino (DIU) con la T de cobre 380, pastillas combinadas y condones. Algunos servicios disponen además de pastillas de

progestágenos puros usadas generalmente por las mujeres durante la lactancia. Entre 1991 y 1998, 19,1% de las mujeres y 17% de los varones usaban condones. No empleaban ningún método de protección 69% de las mujeres y 64% de los hombres.

En 1998 el cáncer cervicouterino fue la cuarta causa de muerte en las mujeres, con una tasa de mortalidad de 10 por 100.000 mujeres, y el cáncer de mama la segunda, con una tasa de 13 por 100.000 mujeres.

La intervención médica en el tratamiento de la menopausia es cada vez más frecuente, sobre todo la terapia de reemplazo con estrógeno y progesterona.

En 1997 se registraron 1.126 muertes por cáncer de próstata, equivalentes a una tasa de 15,6 por 100.000 habitantes. En 1998 la tasa aumentó a 16,6 por 100.000 habitantes. El cáncer de próstata es la tercera causa de muerte entre los hombres.

La salud del adulto mayor

La mortalidad en el grupo de 65 a 79 años de edad asciende a 31,51 por 1.000 habitantes. Los tumores ocupan el primer lugar como causa de muerte, seguidos por las enfermedades del sistema circulatorio y las del sistema respiratorio. En el grupo de mayores de 79 años, la mortalidad es de 138,62 por 1.000 habitantes. Las causas de muerte más importantes son las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades del sistema respiratorio y los tumores, en ese orden.

Entre 5% y 10% de la población mayor de 65 años y entre 20% y 30% de las personas mayores de 85 padecen algún tipo de demencia.

Según un estudio realizado en 2001, 15% de los mayores de 60 años no pueden leer ni escribir un recado, 11% no tiene escolaridad y 61% tiene entre 1 y 6 años de escolaridad. Las limitaciones funcionales son mayores en las mujeres de ingreso bajo y escolaridad incompleta. El 61% no tiene pareja, 82% vive en casa propia sin deuda y 66% vive con dos o más personas. Entre 80% y 90% tiene dificultades considerables para bañarse; 25% tiene depresión clínica y 9% tiene deterioro cognitivo (10% las mujeres y 7% los hombres).

La salud de la familia

En 1993 se dio un nuevo enfoque a la atención prestada en los consultorios, que se transformaron paulatinamente en Centros de Salud Familiar. Esta innovación ha implicado el cambio del modelo arquitectónico y del uso del espacio físico de los establecimientos. En 1999 existían 35 centros que atendían a más de medio millón de personas.

La salud de los trabajadores

En 1998 los accidentes ocupacionales se tradujeron en la pérdida de 3,3 millones de días de trabajo; cada día del año, 822 trabajadores sufren alguno de estos accidentes. Cerca de 2 millones de trabajadores no tienen acceso a ninguna clase de protección en materia de salud ocupacional, y un porcentaje considerable

tiene una protección limitada (temporeros, trabajadores de bajos ingresos). La tasa de accidentes disminuyó de 10% en 1998 a 9% en 1999. En 1996, el mayor porcentaje de accidentes se presentó en el grupo de edad de 25 a 34 años (8%). De los accidentes notificados por las mutualidades en 1999, ocurrieron 76% en hombres. En las mujeres, 54% de los accidentes se notificaron en la actividad de servicios, y en los hombres, el primer lugar lo ocupó la industria con 27% de los accidentes.

La tasa global de enfermedades ocupacionales presentó fluctuaciones importantes durante el período 1995–1999, con valores que van de 4 por 1.000 (9.400 enfermedades) a 2,2 por 1.000 (5.800 enfermedades). Los diagnósticos más comunes durante 1995 y 1996 fueron las enfermedades osteomusculares (26%), las enfermedades de la piel y el tejido conectivo (23%), las intoxicaciones (15%) y las enfermedades respiratorias (12%).

La salud de los discapacitados

En 1994 ya existía en Chile la Ley 19.284 sobre la integración social de las personas con discapacidad. La política destaca el mejoramiento de la situación educativa, económica y social de la población, la cuantificación de la discapacidad según tipo y grado, la intervención para introducir mejoras en los servicios de salud, el mejoramiento de las condiciones laborales, y la adopción de medidas específicas para prevenir distintos tipos de accidentes. La institución encargada de esta política es el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS).

Según la encuesta CASEN 1996, en ese año había en Chile 616.000 personas con algún tipo de discapacidad, que corresponde a 4% de la población total. Si bien esta cifra es casi el doble de la arrojada por el censo de 1992 (283.888), hay que destacar que la noción de discapacidad varió desde una restricción total por algunas enfermedades psiquiátricas a nociones basadas en el nivel de funcionalidad. En 1996, 85% de las personas con discapacidad se encontraban en edad de trabajar (mayores de 14 años); de ellas, 26% realizaban una actividad laboral, 2% estaban desocupadas y 72% estaban inactivas, porcentaje significativamente superior al 45% de personas inactivas en la población general y que confirma la situación de marginación laboral de este grupo.

Según la Junta Nacional de Jardines Infantiles, de una muestra nacional que en 1999 alcanzó a 115.000 niños, 1.500 tenían necesidades especiales de atención y educación: trastornos de la comunicación oral (48%), déficit motor (19%), déficit mental (13%), déficit visual (7%), múltiples déficits (6%), déficit auditivo (5%) y alteraciones en la relación y comunicación (4%). La matrícula nacional de escuelas especiales en el año 2000 alcanzó a 52.600 personas. Según tipo de discapacidad, estas se clasificaron en auditiva (1.300), intelectual (29.000), visual (501), motora (922), de la comunicación oral (20.500) y autismo (274). Los proyectos de integración escolar se desarrollan en 1.100 establecimientos de educación regular y benefician a 10.700 niños, niñas y jóvenes.

La salud de los indígenas

En 1993, la esperanza de vida fue de 63 años (mujeres 67,0 y hombres 60,3) para los aymará; de 72,8 (mujeres 76,1 y hombres 69,7) para los rapa nui, y de 75,6 para las mujeres mapuche y 68,5 para los hombres mapuche. Existe una alta concentración de población indígena en 39 comunas del país y una presencia significativa en 26; estas comunas presentan indicadores de condiciones de vida desmejorados en comparación con otras zonas geográficas del país, y la correspondencia entre zonas de pobreza y zonas indígenas es alta. Las altas tasas de mortalidad infantil son hasta 40 puntos más elevadas que la tasa nacional en el pueblo atacameño, y la esperanza de vida de hasta 10 años menos en el aymará.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

En el período 1996–2000 Chile enfrentó varios desastres naturales. En 1998 el fenómeno “La Niña” provocó una caída significativa de los índices pluviométricos que afectó a una extensa zona de alrededor de 1.500 km de norte a sur. Desde la Región de Valparaíso hacia el sur, los grandes embalses presentaron déficits en comparación con sus medias históricas, lo que ocasionó serios problemas de abastecimiento de agua potable en zonas rurales y que se declarara la “emergencia agrícola” en 217 comunas. Como consecuencia se vieron perjudicados los principales cultivos tradicionales y el ganado, aumentaron los incendios forestales y se perdieron más de 90.000 hectáreas de bosques, especialmente en la Región Bío-Bío. En octubre de 1997, un terremoto afectó a gran parte de la Región Coquimbo y resultaron damnificadas 13.000 viviendas.

En junio de 2000 se produjo una gran alteración climática en forma de lluvias abundantes, temporales, ventiscas y nevazones que abarcó desde la Región Antofagasta hasta la Región Lagos. El desbordamiento de los principales ríos del país provocó inundaciones parciales en una gran cantidad de poblados y tierras cultivables, así como cortes de caminos y puentes que dejaron aisladas a miles de personas. En casi todos los establecimientos de salud, que también resultaron afectados, aumentaron las consultas por afecciones respiratorias de diversa gravedad.

Enfermedades transmitidas por vectores

El último brote epidémico de malaria se presentó en 1945 y desde entonces no se notifican casos autóctonos. El país se encuentra libre del mosquito *Aedes aegypti*. La fiebre amarilla, el dengue, la peste y la esquistosomiasis no existen en Chile.

El área endémica de la enfermedad de Chagas abarca zonas rurales y periurbanas entre las regiones de Tarapacá y Libertador General Bernardo O'Higgins, con una población expuesta de 850.000 habitantes. Se observó un ascenso de la mortalidad hasta 1985; en los últimos cinco años se estabilizó en aproximada-

mente 55 casos anuales, con una tasa de 0,4 por 100.000 habitantes. Esta cifra representa 0,07% del total de defunciones. Respecto a la causa de muerte, más de 80% corresponde a cardiopatía chagásica y el resto, a la afección de otro órgano. Desde 1989 no se registran defunciones en menores de 15 años. Prácticamente no hay diferencias por sexo y las tasas más altas se observan entre los 45 y 64 años.

A partir de 1996 es obligatorio el tamizaje de la sangre donada. En noviembre de 1999 se realizó en Santiago la Reunión Internacional para la Certificación de la Interrupción de la Transmisión Vectorial de la Enfermedad de Chagas, donde se declaró a Chile libre de la transmisión por *Triatoma infestans*.

Enfermedades prevenibles por vacunación

La cobertura nacional de vacunación en menores de 1 año con BCG, sarampión, Hib, OPV1, OPV2, OPV3, DPT1, DPT2 y DPT3 alcanzó entre 91% y 96% en 1998 y 1999 (figura 4). La cobertura en los niños de 12 a 23 meses con la vacuna contra la rubéola, la parotiditis y el sarampión alcanzó entre 91% y 96% en los años 1998 y 1999. La vacunación con TD en niños escolares fue de 90% en 1998 y 89% en 1999. La cobertura de vacunación contra la influenza en adultos mayores de 65 años fue de 95% en 2000 y 99% en 2001.

Poliomielitis. El último caso se presentó en 1975. En 1999, la tasa de notificación de parálisis flácida aguda (indicador de vigilancia de la OPS) superó en 25% a la de 1998 (2,1 y 1,7 por 100.000, respectivamente).

Difteria. A principio de los noventa, luego de un marcado descenso de la tendencia, la difteria pasó de ser endémica a esporádica; en 1996 se presentó el último caso.

Sarampión. Con objeto de lograr la erradicación del sarampión en la Región de las Américas en el año 2000, se realizaron campañas de vacunación masiva en todo el país. En 1993 se presentó un solo caso importado y en los tres años siguientes no se confirmó ninguno. En los años posteriores hubo brotes localizados y casos esporádicos, con un total de 58 en 1997, 6 en 1998 y 31 en 1999.

Tos ferina. En 1999 se registró la tasa de incidencia más alta observada en los últimos 19 años (20 por 100.000) y en 2000 la tasa de incidencia acumulada superó en 73% a la de igual período de 1999 (6,4 y 3,7 por 1.000, respectivamente). En 85% de los casos el diagnóstico fue solo clínico. En el período 1996–1999 se observó una tendencia al aumento en el grupo de menores de 1 año.

Tétanos. Es una enfermedad de notificación obligatoria. Se presentan casos esporádicos, con una incidencia constante de 0,1 por 100.000 habitantes en el último decenio. Respecto al tétanos neonatal, se ha fijado la meta de su eliminación con la vacuna-

ción de todas las embarazadas. En los años 1997, 1998, 1999 y 2000 no se presentaron casos.

Parotiditis. El Programa Ampliado de Inmunización ha obtenido muy buenos resultados con la vacuna triple contra la rubéola, la parotiditis y el sarampión. En 1999 la tasa de morbilidad fue de 15 por 100.000 habitantes.

Rubéola. Si bien su incidencia había descendido gracias a la introducción de la vacuna triple viral, en 1997 y 1998 hubo un aumento inesperado del número de casos (28 y 31 por 100.000 habitantes, respectivamente) con brotes en primavera y verano, que disminuyó a 11 por 100.000 en 1999 y a 4,9 por 100.000 en 2000. En 1999 se realizó la Campaña Nacional de Vacunación Antirrubéola, que consistió en la inmunización de todas las mujeres de 10 a 29 años. En septiembre de 1999 se implantó el sistema de vigilancia del síndrome de rubéola congénita; se detectaron 13 casos, que a agosto del 2000 habían aumentado a 17 de un total de 313 casos sospechosos.

Meningitis por *Haemophilus influenzae*. Desde junio de 1996 la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b se aplica en forma progresiva, contribuyendo a la disminución de la morbilidad de menores de 5 años.

Hepatitis. Las tasas de incidencia se han presentado con fluctuaciones y registran un ascenso cada cinco años; se podría esperar un alza, ya que la incidencia acumulada se ha incrementado en 2000, respecto a 1999. El análisis de los datos sobre confirmación diagnóstica de los casos notificados revela que desde 1997 la hepatitis B se ha diagnosticado clínica y serológicamente, y que a partir de 1995, la confirmación diagnóstica de los casos notificados de hepatitis C fue principalmente serológica. Hasta 1995 fue obligatorio el tamizaje en los bancos de sangre solo para VIH, hepatitis B y sífilis. El Ministerio de Salud ha incorporado la hepatitis C a partir de enero de 1996.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales

En 1998 se presentó un brote de cólera en San Pedro de Atacama, con 23 casos.

Las tasas de incidencia de fiebre tifoidea y paratifoidea han experimentado un franco descenso; la tasa más baja (5 por 100.000 habitantes) se registró en el año 1999.

Tuberculosis

La morbilidad por tuberculosis descendió de 52 por 100.000 en 1989 a 22 por 100.000 en 1999, índice cercano al umbral de la eliminación, que fue de 20 por 100.000 en el año 2000.

Infecciones respiratorias agudas

La influenza se presenta en brotes epidémicos durante los meses fríos, con alzas cada tres o cuatro años. En 1999 la activi-

dad de la influenza fue epidémica; comenzó en mayo y llegó a su máximo en junio con 20.211 casos notificados y una tasa de 134 por 100.000 habitantes. En 1999 se notificaron 131 defunciones por influenza (tasa de 0,9 por 100.000 habitantes), verificándose un aumento de 62% en comparación con el año anterior (81 casos). Las personas de 65 y más años representaron 89% (117 casos) de las defunciones totales. Durante el 2000, la influenza se presentó con el aumento estacional esperado, con un pico menos acentuado en comparación con 1999.

Zoonosis

Entre 1996 y 1999 la rabia mantuvo el patrón epidemiológico que se caracteriza por su presentación permanente en murciélagos insectívoros y casos esporádicos en animales domésticos. En este período se presentó un caso de rabia humana.

La tasa de notificación acumulada de carbunco durante 1999 fue igual a la observada en el año anterior (0,11 por 100.000 habitantes).

Los casos de brucelosis durante 1999 superaron la mediana del quinquenio anterior, a expensas de los casos notificados por el Servicio de Salud Osorno que alcanzaron una de las tasas más altas de la última década. Esta enfermedad se presentó en forma de casos aislados en otros servicios de salud.

La triquinosis se presentó en forma de brotes esporádicos de tipo familiar. La tasa acumulada durante 1999 fue superior a la observada en 1998 (0,3 por 100.000 habitantes), producto de un brote ocurrido en octubre, en Ñuble.

En la última década, las tasas de hidatidosis se han mantenido entre 2 y 3 por 100.000 habitantes. En 1999 se observó una leve disminución en la notificación, que alcanzó los valores más bajos de la década. Con relación a la hidatidosis humana, los casos notificados muestran una leve reducción de 343 en 1996 a 313 en 1999. Sin embargo, los egresos hospitalarios por esta enfermedad son elevados, y en promedio superan los 1.200 anuales. Esto demuestra la existencia de condiciones epidemiológicas que permiten la perpetuación de la enfermedad y que no han sido objeto de programas de intervención tendientes a obtener la resolución del problema, especialmente en las áreas rurales.

VIH/SIDA

Debido a su localización urbana, afecta mayormente a personas con acceso a salud y educación. Existe una clara tendencia a la feminización y a la pauperización de la enfermedad, y predomina en hombres que tienen sexo con otros hombres. Entre 1984 y 2001 se notificaron 2.479 defunciones. La tasa de incidencia acumulada alcanza a 280 por millón de habitantes y muestra una tendencia sistemática al aumento a través de los años. En la figura 5 se presenta la incidencia de SIDA por sexo y la razón hombre/mujer entre 1990 y 2000. En 1998, 1999 y 2000 se observó una disminución artificial debida a fallas del sistema, que se corregirá a medida que se reciba el resto de las notificaciones correspondientes a esos años.

Desde el inicio de la epidemia 90% de los enfermos son hombres y 10% son mujeres. Existe un relativo aumento de casos entre las mujeres. El grupo de edad más afectado es el de 20 a 49 años (85%), seguido por el de 50 y más años (12,5%) y el de menores de 20 años (2,5%); no existen diferencias significativas entre ambos sexos. La principal forma de transmisión es la sexual, seguida por el uso de drogas inyectables. El tercer lugar lo ocupa la transmisión vertical y el cuarto la vía sanguínea. La epidemia es incipiente, lo que constituye una oportunidad para la ejecución de programas preventivos.

Infecciones de transmisión sexual

La vigilancia tradicional de las infecciones de transmisión sexual se realiza a través de un sistema de notificación obligatoria. Las que se notifican son casi exclusivamente sífilis y gonorrea; se mantienen series históricas de sífilis desde 1963 y de gonorrea desde 1981, con datos agregados de sífilis en embarazadas y sífilis congénita para el período 1990–1998.

El sistema de vigilancia centinela está conformado por seis centros que cubren una población de 3 millones de habitantes (1,49 millones de hombres y 1,51 millones de mujeres) que representan 20% de la población total. Los servicios de salud notifican los casos de infecciones de transmisión sexual atendidos en estos centros. La tasa total notificada es de 71,6 por 100.000 habitantes. La tasa más alta se notifica en el grupo de edad de 20 a 24 años (190,6), seguida por la correspondiente al grupo de 25 a 34 años (146,4) y al de 15 a 19 años (110,2). Se notificaron tasas de 83,8 por 100.000 para las mujeres y de 59,3 para los hombres. Las tasas por 100.000 habitantes notificadas en 1999 fueron de 14,68 para la sífilis, 14,21 para el condiloma acuminado y 10,88 para la gonorrea.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Distintos factores han influido en la reducción de la desnutrición infantil, entre ellos la presencia de cambios socioculturales, la disminución de la natalidad y la ejecución de programas de prevención de la desnutrición tales como el Programa Nacional de Alimentación Complementaria y el Programa Nacional de Promoción de la Lactancia. En los últimos 20 años se observa una disminución de nacidos vivos con peso inferior a 2.500 gramos.

Un problema emergente entre los niños y niñas de 2 a 5 años es el exceso de peso y la obesidad. El Ministerio de Salud impulsa una campaña educativa y promueve el aumento de la actividad física.

En cuanto a la diabetes, no hay estudios nacionales recientes que muestren la dimensión real del problema. Se estima que la población adulta afectada es de 5% a 6,5%. En 1999 se controlaron, solo en el sistema público de salud, alrededor de 160.000 personas diabéticas, lo que representa poco más de la mitad de los beneficiarios que se estima padecen la enfermedad. Del total

de personas afectadas, 95% tienen diabetes tipo 2, enfermedad que ataca principalmente a los adultos. Sin embargo, esta situación está cambiando debido a la cantidad de niños obesos. Según cifras oficiales de mortalidad, hubo 2.200 defunciones por diabetes en 1998, cifra que subestima el problema y no refleja su real magnitud. Según la encuesta CASEN 2000, que incluye la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, el promedio nacional de prevalencia declarada de diabetes mellitus era de 3,2%.

Enfermedades del sistema circulatorio

Son la principal causa de muerte, responsables de 27% del total de defunciones. Constituyen, además, una importante fuente de morbilidad y discapacidad. La enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular, en conjunto representaron 69% del total de defunciones por enfermedades del sistema circulatorio en 1996 (Esta clasificación no incluye a las malformaciones congénitas del sistema circulatorio, que se clasifican junto a las otras anomalías congénitas.)

En 1999, una de cada tres defunciones se debió a una enfermedad del sistema circulatorio, con una tasa de mortalidad de 148,8 por 100.000 habitantes. Es la tercera causa de pérdida de años potenciales de vida. La hipertensión arterial ocupa uno de los primeros lugares de causa de consulta en el nivel primario y aparece entre las más mencionadas en los estudios de morbilidad percibida en el país.

El riesgo de morir por enfermedades del sistema circulatorio aumenta progresivamente con la edad, y a partir de los 5 años es marcadamente más elevado en el sexo masculino. El 85% de las defunciones se concentran en los mayores de 60 años. El incremento del riesgo con la edad es similar para las distintas enfermedades incluidas en este grupo, y es más acentuado en la enfermedad isquémica y cerebrovascular; el riesgo de morir es en promedio 37% más alto para los hombres que para las mujeres.

En el período 1997–2000 el riesgo ha disminuido, con un mayor descenso en el sexo femenino (26% contra 19% en los hombres). La mortalidad en los menores de 5 años se ha mantenido en el mismo nivel en los últimos 12 años. La mayor parte de las defunciones dentro de este grupo ocurren en menores de 1 año y las tres principales causas registradas en los certificados de defunción son la hipertensión pulmonar primaria y otras cardiomiopatías primarias.

Las estrategias de salud pública se enfocan en el control de los factores de riesgo modificables, especialmente los conductuales, y en el control de las enfermedades que inciden en un mayor riesgo de la enfermedad cardiovascular. A partir de 1997 se participa en el proyecto CARMEN (Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles), en el cual se definieron dos estrategias claves: la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, y de factores de riesgo como la hipertensión, la obesidad, las dislipoproteinemias, el tabaquismo y la falta de actividad física.

Neoplasias malignas

Las neoplasias ocupan el segundo lugar como causa de muerte y causan 22% del total de las defunciones. Se observa un mayor predominio de los cánceres digestivos. Durante 1996 se produjeron 16.700 defunciones por tumores de diferentes localizaciones. El riesgo de morir por cáncer es claramente más elevado en el sexo masculino y está directamente relacionado con la edad. Está en marcha el establecimiento de un registro nacional de cáncer.

Accidentes y violencia

Desde 1995 los accidentes ocupan el cuarto lugar como causa de muerte, y en 1997 la tasa llegó a 57 muertes por 100.000 habitantes. El riesgo es mayor en los hombres que en las mujeres; en 1997 esta diferencia llegó a 4,2. La sobremortalidad masculina se observa en todos los grupos de edad, en todas las regiones del país y en cada uno de los distintos tipos de accidentes. La mortalidad por traumatismos y envenenamientos afecta principalmente a los adultos a partir de los 20 años.

Los suicidios representan 10,5% del total de las defunciones por traumatismos. En los hombres, esta causa ocupa el segundo lugar con una tasa de 10,5 por 100.000 habitantes, y en las mujeres el tercero, con una tasa de 1,7 por 100.000.

Salud oral

Estudios epidemiológicos realizados en 1996, 1997 y 1998 demuestran la persistencia de altos índices de caries en la población infantil, con una prevalencia nacional en niños de 6 a 8 años de 88% y un promedio de 5,5 dientes temporales y definitivos afectados. A los 12 años, el índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) para todas las regiones del país fue de 3,4. Este valor es algo superior a la meta propuesta por la OMS para el año 2000, que es un índice CPO-D3. No hay información sobre las caries dentales del adulto.

Enfermedades emergentes y reemergentes

Síndrome pulmonar por hantavirus. En la zona sur del país se registra 95% de los casos, y la enfermedad afecta principalmente a habitantes de las áreas rurales. De los afectados, 73% son hombres, principalmente trabajadores agrícolas y forestales, con una edad promedio de 29 años y un rango de 2 a 75 años. Los casos confirmados desde 1993 son 116. Durante el año 2000 se confirmaron 23 casos, mientras que en 1999 se presentaron 17 y 31 ocurrieron en 1998.

Los menores de 15 años representan 15% y el mayor riesgo de enfermar se concentra en las edades productivas (20 a 39 años). La letalidad global es de 50% (61 defunciones), con una tendencia a la disminución en los últimos dos años. En 1999 se presentó la menor tasa de letalidad (42%).

Enfermedad meningocócica. A partir de la década de 1950 se ha mantenido endémica, con aproximadamente 500 casos al

año; afecta ligeramente más a los hombres (54%) y niños menores de 5 años.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El marco de políticas y planes definido para el período 2000–2006 establece las siguientes metas estratégicas: consagrar los derechos de los ciudadanos en materia de salud; realizar la reforma solidaria en el sistema de financiamiento; elaborar un programa de acceso equitativo al cuidado de la salud; modernizar la red de protección social de la salud; mejorar las garantías sanitarias en el sector público; desarrollar una política de Estado de promoción de la salud; fiscalizar el cumplimiento de los derechos de los beneficiarios de las instituciones de salud previsual (ISAPRE), e institucionalizar la calidad de la atención.

Las metas ministeriales de corto plazo (2000–2002) son el acceso a la atención y la oportunidad de la misma, el respeto a los derechos de los ciudadanos en materia de salud a través de la adhesión a la Carta de Derechos del Paciente y la creación de un programa nacional de participación de los usuarios. Respecto a la calidad de la atención, se trata de establecer una política para mejorar el trato y la atención de los usuarios, impulsar la modificación de la Ley del Fondo Nacional de Salud (FONASA), avanzar en el establecimiento de garantías de servicios sanitarios, dictar normas de acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones de salud, generar una política de salud ocupacional y un nuevo reglamento sobre condiciones sanitarias y ambientales básicas, establecer un programa de monitoreo de calidad del aire en las regiones, regular la producción y comercialización de alimentos transgénicos, ejecutar el plan de inversiones sectoriales, promover la suscripción de nuevos convenios de programación con los gobiernos regionales y dictar reglamentos de la nueva Ley de los Profesionales de Salud.

La reforma del sector salud

Para impulsar la reforma, el Gobierno formó en el año 2000 una comisión interministerial, presidida por el Ministro de Salud, con la misión de preparar la propuesta que el Presidente de la Nación debía presentar al país. Los lineamientos fundamentales establecen un plan garantizado, que compromete tanto al seguro público (FONASA) como a las aseguradoras privadas (ISAPRE), y garantiza la atención eficiente y oportuna de las enfermedades más frecuentes, más graves y de mayor costo. Se da prioridad al nivel primario de atención, y se fortalecen los equipos de salud familiar y comunitaria. En consonancia con las metas de corto plazo (2000–2002) se extendió el horario de atención de los establecimientos de nivel primario. Además, se eliminó el copago de los mayores de 65 años beneficiarios del FO-

NASA. En términos estructurales, la reforma apunta a la creación de un fondo solidario financiado con aporte fiscal y tres séptimos de las cotizaciones obligatorias de salud, que financiaría un plan garantizado para los afiliados al FONASA y a las ISAPRE.

En el contexto global de la reforma, el gobierno ha elaborado un proyecto de ley sobre derechos y deberes de las personas en materia de salud que se presentó al Congreso para su tramitación. En el proceso de implementación del proyecto, se definió una política de participación que permita recoger visiones y opiniones de una gran variedad de actores.

El sistema de salud

El Ministerio de Salud ejerce la conducción sectorial. Le corresponde formular y fijar las políticas de salud y dictar normas y planes generales, así como supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las mismas. Del Ministerio dependen los Servicios de Salud, el FONASA, la Superintendencia de las ISAPRE, el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST). Los 28 Servicios de Salud ejercen las funciones de autoridad sanitaria en su jurisdicción territorial, y tienen a su cargo la supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud por los distintos proveedores públicos y privados. Existe además un Servicio de Salud responsable del control del medio ambiente en la Región Metropolitana (SESMA). La función de regulación de los medicamentos e insumos médicos la ejerce el Instituto de Salud Pública.

El sistema de servicios de salud es mixto. El seguro público corresponde al FONASA, que recibe contribuciones de sus afiliados y, además, las transferencias del Tesoro de la Nación para atender a los indigentes, así como para ejecutar los programas de salud pública. Gestiona la globalidad de los fondos públicos y los aportes de los asalariados que escogen esta opción. Todos los asalariados están obligados por ley a destinar 7% de su remuneración mensual a un seguro de salud, ya sea público o privado.

El sector privado está constituido por las ISAPRE, entes privados de protección contra los riesgos para la salud. Estas pueden acordar con sus clientes primas complementarias para mejorar los planes de seguro. Las ISAPRE están bajo la tutela de la Superintendencia de las ISAPRE. Además, existen mutuales de empleadores que administran específicamente el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales. Este seguro es el único cuyo financiamiento está a cargo de los empleadores.

Si bien gozan de autonomía de gestión, el FONASA y la superintendencia de las ISAPRE se encuentran sometidos a la rectoría del Ministro de Salud y de su Subsecretaría, que mantienen la responsabilidad política del sector. El ISP, a la vez que controla los medicamentos e insumos médicos actúa también como laboratorio de referencia nacional y productor de vacunas y reactivos. La CENABAST es el agente intermediario para la compra de productos destinados al sector público.

La prestación de servicios también es mixta: la gran mayoría de los establecimientos de primer nivel (atención primaria de salud) dependen de las comunas y los hospitales están bajo la dirección de los Servicios de Salud. Por otro lado, hay un conjunto de clínicas, consultorios, laboratorios y farmacias manejados por personas o sociedades privadas. La presencia de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro es escasa, y se limita a algunos centros de salud u hospitales rurales de iglesias. Sin embargo, existen instituciones caritativas, como la Cruz Roja y el Hogar de Cristo, que llevan a cabo actividades de promoción de la salud o de ayuda directa a los enfermos.

El FONASA cubre a 63% de la población y las ISAPRE a 23%. El 14% restante está cubierto por otros sistemas particulares (como el de las Fuerzas Armadas) o no tienen ninguno.

Los beneficiarios del FONASA tienen dos posibilidades de inscripción. En la modalidad institucional tienen que utilizar la red pública de prestadores. Toda la población considerada indigente pertenece a esta modalidad. La otra modalidad es la de libre elección, reservada a los que aportan. En este caso, las personas pueden elegir dentro de la lista de prestadores bajo convenio; estos prestadores son predominantemente públicos, pero los hay también privados.

Las ISAPRE pueden ser cerradas o abiertas; en el primer caso, la posibilidad de inscripción está limitada a ciertas personas, en general las que trabajan en una empresa o en un sector económico determinado. En el segundo caso, la inscripción es libre. En su gran mayoría, las ISAPRE (26 en todo el país), trabajan con prestadores privados, pero existe la posibilidad de establecer acuerdos con instituciones públicas de salud. Algunas ISAPRE disponen a su vez de su propia red para la atención de sus afiliados. En estas, el contrato de seguro se negocia individualmente entre la institución aseguradora y el cotizante, cuyos planes requieren de un copago a cargo de estos últimos, de valor muy variable. Sin embargo, las ISAPRE no pueden proponer planes de salud inferiores a los que ofrece el FONASA.

Los servicios públicos de salud están obligados a atender todas las demandas de servicios de urgencias. Asimismo, los programas de salud pública (como la inmunización o el control de la tuberculosis) están destinados a toda la población sin discriminación. Después de un período de crecimiento continuo que culminó en 1995 con una cobertura de 26,3%, las ISAPRE han visto mermada su participación en el sistema global. La población que salió de las ISAPRE migró principalmente hacia el FONASA.

En el FONASA existen más de 2.000 prestaciones diferentes. La supervisión y el control sobre el financiamiento público del sector salud recae en este organismo. Como para todo el sector público, el control último lo ejerce la Contraloría General, en el marco de las disposiciones de la administración pública. La responsabilidad de supervisión y control de las ISAPRE recae en la Superintendencia de las ISAPRE (SIPS). Para tal propósito, la SIPS dicta normas que especifican aspectos definidos como con-

diciones de afiliación, contenido de los contratos de salud, características y precios de los planes y aranceles para las prestaciones. Además, publica regularmente los dictámenes que emite en caso de litigio entre las ISAPRE y sus asegurados; estos dictámenes permiten construir una jurisprudencia sobre el tema. Por último, la SIPS realiza estudios técnicos y genera estadísticas que permiten analizar el sistema de las ISAPRE.

El elemento más sólido del sistema de información lo representan los certificados de hechos vitales (nacimientos y defunciones). Su cobertura está por encima del 90% y permite calcular tasas de mortalidad y cargas de enfermedad. El sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles es también funcional y universal. Los datos más escasos son los que se refieren a otras enfermedades que no están incluidas en el sistema de vigilancia, así como a financiamiento y provisión de servicios.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

La atención de salud está regulada por normativas enmarcadas en los programas de salud establecidos por el Ministerio de Salud. Estos programas definen coberturas, frecuencia o periodicidad de los contactos entre usuarios y prestadores de atención, así como responsabilidades por nivel de atención del sistema. Si bien gran parte de las orientaciones programáticas competen a las prestaciones ofrecidas en establecimientos del sector público, para los cuales estas constituyen marcos de carácter obligatorio, dichas orientaciones también representan un referente para la organización de la atención en los establecimientos del sector privado.

La regulación sanitaria sobre los establecimientos de salud del sector público y privado compete a las Direcciones de Servicios de Salud para aquellos establecimientos ubicados en el territorio jurisdiccional del respectivo Servicio de Salud. Esta función es ejercida a través de las Oficinas de Profesiones Médicas y paramédicas de los Servicios de Salud.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

Los títulos profesionales solo pueden ser entregados por las universidades, las que a su vez están reguladas por el Ministerio de Educación. El marco jurídico no establece la obligatoriedad de certificación de especialidad médica después de obtenido el título profesional de Médico Cirujano. La certificación de especialidad (o subespecialidad) es efectuada por las universidades al término de un período de capacitación formal. Para quienes no han seguido un curso formal impartido por la universidad, existe un mecanismo alternativo de certificación de especialidades médicas a través de la Comisión Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM). En esta comisión participan las universidades y las sociedades científicas de especialidades.

Las Direcciones de Servicios de Salud, a través de sus oficinas de profesiones médicas y paramédicas, tienen facultades para regular ciertos aspectos del ejercicio profesional de los profesionales que realizan prestaciones de salud en el ámbito geográfico del Servicio de Salud respectivo.

Los mercados básicos en salud

En el mercado farmacéutico existe un conjunto de regulaciones relativas a las normas que afectan a los productos y a las cadenas de distribución y venta, y a la existencia de factores tales como la circulación de una importante proporción de medicamentos genéricos, la dilatada participación de los laboratorios nacionales y la existencia de la Central de Abastecimiento del Ministerio de Salud. No hay un control para la fijación del precio de los medicamentos. Los medicamentos genéricos representan 38% del mercado farmacéutico global de venta, pero solamente 10% del valor monetario de las ventas. Esta importante participación de los medicamentos genéricos en el mercado farmacéutico incide en una disminución del precio promedio de los medicamentos. Durante 1998 el precio promedio por unidad en el mercado farmacéutico chileno fue de US\$ 3,4, y el precio promedio de los productos genéricos fue de US\$ 0,88. El laboratorio con mayor participación fue el Laboratorio Chile (27% del mercado), cuya producción hace muchos años se ha orientado a los genéricos. Otros laboratorios nacionales emergentes han seguido esta tendencia.

La calidad del ambiente

De acuerdo con las atribuciones conferidas por el Código Sanitario, al sector salud le corresponde velar por la eliminación o control de todos los factores, elementos o agentes del medio ambiente que afecten a la salud, la seguridad y el bienestar de los habitantes. Para cumplir con esta misión, el Ministerio de Salud, a través de la División de Salud Ambiental, ha creado diversas áreas programáticas con el fin de reglamentar, controlar y vigilar los diferentes factores de riesgos para la salud. Existen programas de saneamiento básico, contaminación atmosférica, sustancias químicas peligrosas, residuos peligrosos y residuos industriales líquidos, higiene de los alimentos, vectores de importancia sanitaria, zoonosis, enfermedades de origen microbiano y parasitario, evaluación de impacto ambiental, salud ocupacional, locales de uso público y emergencias ambientales. Hay 11 Servicios de Salud que han elevado al rango de Subdirección sus Departamentos de Programas de Salud Ambiental, y otros 11 Servicios de Salud en los cuales se mantienen dichos Departamentos. Estas Subdirecciones y Departamentos de Salud Ambiental, sumados al Servicio de Salud del Ambiente en la Región Metropolitana, son las instancias responsables de ejecutar las acciones de prevención, control, fiscalización y vigilancia en el área ambiental. El diagnóstico ambiental se realiza a través de 20 laboratorios que funcionan de manera coordinada con el Instituto de Salud Pú-

blica, institución que actúa como laboratorio de referencia nacional en microbiología, bromatología, contaminación ambiental y salud ocupacional.

La calidad de los alimentos

La nueva regulación sanitaria de los alimentos tiene por fin proporcionar normas sanitarias básicas sobre inocuidad, salubridad y valor nutricional de los alimentos, y pautas sobre hábitos de alimentación. Existe, además, un programa de control e higiene con cobertura y articulado a nivel nacional, el cual es apoyado por la red nacional de laboratorios bromatológicos. Las acciones de protección y control de los alimentos, emanadas de la normativa establecida por el Código Sanitario, se expresan en que en cada año se toman aproximadamente 60.000 muestras de alimentos. Estas muestras se distribuyen en análisis microbiológicos (75%), químico-bromatológicos (20%) y parasitológicos (5%). Los porcentajes de falta de cumplimiento de las normas son de 8% para los análisis microbiológicos, inferiores a 5% para los análisis químico-bromatológicos e inferiores a 3% para los análisis parasitológicos.

Evaluación de la tecnología sanitaria

Desde 1997 el Ministerio cuenta con la Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud, encargada de apoyar técnicamente la identificación de los procesos más efectivos en función del costo para la atención de los problemas prioritarios de salud pública del país. Esta Unidad, que tiene vínculos institucionales con la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnología de Salud y la Sociedad de Evaluación de Tecnología en Atención de Salud, en 1998 fue reconocida como Agencia Chilena de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

Dentro del Plan Nacional de Salud (1997), los objetivos generales son promover modos de vida y ambientes saludables, aumentar el conocimiento y la capacidad individual y comunitaria para el autocuidado, y reforzar la función reguladora del Estado sobre los factores determinantes de la salud. Además, se creó el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud (Vida Chile), organismo de carácter intersectorial integrado por 24 instituciones nacionales, que se encarga de asesorar a los ministerios y gobiernos regionales y locales, apoyar la ejecución de los planes comunales y recomendar políticas públicas saludables. En los últimos tres años se estableció el Plan de Promoción en 257 comunas. Las estrategias que se privilegian en el logro de los objetivos son las de comunas saludables, escuelas promotoras de la salud, el Programa Salud por la Gente, los lugares de trabajo saludables y el proyecto Carmen. El Gobierno de Chile suscribió los acuerdos alcanzados en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en México en 2000.

En 2001 existían 305 planes comunales de promoción. La estrategia de escuelas promotoras de la salud está presente en 2.435 establecimientos educacionales y existen 32 escuelas acreditadas por el sector salud como escuelas promotoras de la salud.

Prevención y control de enfermedades

Los programas básicos del Ministerio de Salud (Infantil, de la Mujer, del Adulto y Odontológico), así como los respectivos subprogramas, se han estructurado con enfoques integrales que incorporan en su diseño acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. El Ministerio de Salud ha establecido programas de prevención específica entre los cuales se destacan los de vacunación, alimentación complementaria, control de los trastornos respiratorios, prevención de los accidentes de tránsito, control de la marea roja y erradicación de la enfermedad de Chagas. Existen programas de detección del cáncer cervicouterino y del cáncer de mama con una cobertura de 60% y 30%, respectivamente.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

El Instituto de Salud Pública cumple funciones de vigilancia epidemiológica en coordinación con el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. A través del Departamento de Control Nacional, el ISP vigila el sistema nacional de control de productos farmacéuticos, alimentos, cosméticos, pesticidas de uso sanitario y doméstico, y artículos de uso médico. Además, el ISP cumple funciones como centro de referencia nacional y de certificación de laboratorios clínicos y bancos de sangre de las diferentes regiones del país. De este modo, el ISP brinda apoyo a los programas ministeriales de control de enfermedades transmisibles y de calidad de pesticidas, laboratorios clínicos y bancos de sangre.

Agua potable y alcantarillado

En 1998, 99% de la población urbana tenía acceso a agua potable por redes públicas, 90% tenía acceso a redes de alcantarillado y 4% a una tecnología de saneamiento adecuada, principalmente fosa séptica y pozo absorbente. La población urbana sin servicio de agua potable llegaba a 1% (115.000 personas), y la que no contaba con saneamiento adecuado alcanzaba 7% (853.000 personas).

El país no ha definido metas nacionales de cobertura para los servicios de agua potable y saneamiento. El cumplimiento de los planes de desarrollo de las empresas urbanas señala que para el año 2005, 100% de la población urbana dispondría de agua potable y 100% tendría acceso a una conexión domiciliar de alcantarillado. Se espera erradicar para ese año los actuales campamentos (lugares de vivienda transitorios y precarios).

Según datos del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, 77% de la población rural y urbana contaba en 1998 con conexiones domiciliarias a la red de alcantarillado y 16% de la población no tenía conexiones domiciliarias

pero tenía un sistema adecuado “in situ”, privado o compartido. En relación con el servicio de agua potable, 94,2% de la población tenía conexiones domiciliarias el mismo año y 5,8% no disponía del servicio.

Las normas chilenas de calidad del agua potable no han sido actualizadas respecto a las Guías de la OMS. La vigilancia de la calidad del agua, particularmente de los sistemas urbanos, puede calificarse de efectiva. La vigilancia sanitaria de los sistemas de agua potable en las zonas rurales no es totalmente satisfactoria.

La confiabilidad de las empresas sanitarias chilenas es elevada. La operación de embalses de regulación interanual, la exigencia de cumplimiento de planes de desarrollo y el hecho de que normalmente una misma empresa regional maneja distintos recursos hídricos de una cuenca, contribuyen a la seguridad de los suministros, aun frente a sequías graves.

Manejo de residuos sólidos municipales

En una cultura de producción que privilegia lo desechable por sobre lo retornable, los volúmenes de residuo son cada vez mayores, lo que se ha transformado en un problema para las instituciones encargadas de su manejo. Los mayores volúmenes de residuos domiciliarios se concentran en las áreas urbanas consolidadas. En 1994, 99,1% de la población urbana disponía de un servicio regular de recolección domiciliaria. La disposición final de 83% del total de los residuos recolectados en las zonas urbanas se hace en rellenos sanitarios. Son fundamentalmente empresas privadas las que participan en las distintas fases de manejo de los residuos domiciliarios. Se estima que alrededor de 80% de las comunas de más de 50.000 habitantes ha licitado el servicio de recolección. Esta participación privada presenta algunas imperfecciones, pues existen muy pocas empresas que controlan el mercado, lo que genera un aumento de los costos.

Se estima que se producen 29.300 toneladas de residuos hospitalarios por año. No existe una clasificación legal de los residuos hospitalarios, aun cuando dentro de estos se distinguen categorías que deben manejarse separadamente: los residuos infecciosos, patológicos, cortopunzantes, farmacéuticos, químicos radiactivos y genotóxicos y del tipo domiciliario, que pueden manejarse en forma conjunta con estos. De hecho, los residuos infecciosos no siempre se manejan por separado. En algunos establecimientos de salud existen instalaciones de incineración; sin embargo, la mayoría de ellas no cuenta con sistemas adecuados de tratamiento. La legislación sanitaria vigente tiene escasas disposiciones sobre los residuos hospitalarios.

Prevención y control de la contaminación del aire

En las ciudades de Temuco, Viña del Mar y Valparaíso se contaba con información respecto a emisiones de fuentes industriales, obtenida de dos estudios encargados por la Comisión Nacional del Medio Ambiente (CONAMA) a empresas consultoras para efectuar inventarios de emisiones en la V y IX Región. La metodología para la elaboración de inventarios usada en esos estudios fue similar a la metodología utilizada por la Agencia para

la Protección del Medio Ambiente (EUA). En estas ciudades, se inventariaron las emisiones de las fuentes móviles y domiciliarias y se concluyó que a futuro debieran instalarse equipos de medición en Temuco, Rancagua, Valparaíso y Viña del Mar.

Protección y control de alimentos

Los sistemas de protección y control de alimentos se sustentan en el Código Sanitario. En 1996 entró en vigencia el Reglamento Sanitario de Alimentos, que determina las características que deben reunir los productos alimentarios destinados al consumo humano en Chile.

La fiscalización del cumplimiento de esta norma está a cargo de los Servicios de Salud, específicamente las Subdirecciones de Salud Ambiental o los Departamentos de Programas del Ambiente, a través de sus programas del área de control de alimentos, cuyas jefaturas corresponden a profesionales médicos veterinarios.

Programas de ayuda alimentaria

Desde hace varias décadas Chile cuenta con un Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) cuyos beneficiarios son los niños menores de 6 años y las mujeres embarazadas. La entrega de los alimentos se hace en los establecimientos de nivel primario que controlan el embarazo y el crecimiento y desarrollo del niño. Se suministra leche, cereales y arroz, cuya cuantía depende del estado nutricional de las mujeres y niños beneficiarios. Existe, además, un programa complementario para la población escolar, a cargo de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, dependiente del Ministerio de Educación, que consiste en la distribución de raciones de desayuno y almuerzo en las escuelas de acuerdo con la categorización socioeconómica de los niños y sus familias. En los últimos años se ha puesto en marcha un programa de ayuda alimentaria para adultos mayores, que se instrumenta a través de los establecimientos de atención primaria.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

La red asistencial del sector público está constituida por establecimientos ambulatorios y hospitalarios de diferente complejidad asistencial. Entre ellos se cuentan 196 hospitales generales, 20 hospitales de alta complejidad, 526 consultorios de atención primaria, 1.840 postas y estaciones médico-rurales, y 73 establecimientos de otro tipo. Existe un consultorio por 28.500 habitantes aproximadamente (1 por 17.100 si se considera únicamente la población afiliada al FONASA). Asimismo, existiría una posta rural por 1.900 habitantes, tomando en cuenta solamente la población afiliada al FONASA, estimada en 14,6% de la población total. En los últimos años se han agregado a la red pública establecimientos ambulatorios de mayor complejidad como los cen-

tros de diagnóstico y tratamiento (cinco en el país) y los centros de referencia de salud (seis en el país). Con estos centros se busca fortalecer el tratamiento ambulatorio de los pacientes y reducir la necesidad de hospitalización.

El total de consultas y controles efectuados en 1999 ascendió a 35,4 millones, lo que equivale a 2,4 por habitantes por año (o 3,9 por habitantes por año, si se considera solo a la población afiliada al FONASA). Esto representa un aumento de 15% desde 1995. De este total, 81% fueron consultas y 19%, controles.

En cuanto a la salud oral, existe un programa de control que beneficia a cerca de 3% de la población del país. En 1998 se registraron 1,4 millones de primeras consultas; de ellas, 455.000 (33%) resultaron en personas a las que se dio de alta con la boca sana después de prestarles atención curativa y preventiva. En los dos tercios restantes no se obtuvieron estos resultados.

En 1998 se practicaron 36.663.341 exámenes de laboratorio y 3,4 millones de diagnósticos por imagen que representan 2,2 y 0,2 exámenes por consulta médica, respectivamente.

En el sector privado, la Superintendencia de las ISAPRE informó que en 1999 se atendieron 13,7 millones de consultas médicas, sin que se estimara la naturaleza de las mismas. Asimismo, informó que se hicieron 16,2 millones de exámenes de diagnóstico, que corresponden a 3,6 consultas médicas y 4,0 exámenes de laboratorio por beneficiario del sistema; en su gran mayoría, las prestaciones tuvieron lugar en el sector privado. A esta cifra habría que agregar una proporción no conocida de las 6,9 millones de consultas efectuadas por médicos y enfermeros, pagadas por el FONASA bajo la modalidad de libre elección.

Existen unas 30.000 camas hospitalarias, lo que equivale a una cama por 5.000 habitantes (o una por 3.000 beneficiarios del FONASA), lo que implica una reducción de 10% durante la década de 1990. El sector privado dispondría de unas 11.000 camas distribuidas en 223 hospitales, clínicas y maternidades. La Superintendencia de las ISAPRE notificó 424.500 egresos hospitalarios en el sector privado en 1999, cifra mayor que la correspondiente a los años anteriores.

En 1998 se produjeron aproximadamente 1 millón de egresos del sector público, con un índice ocupacional de 71% y un promedio de 6,8 días de estancia. Las cinco causas más frecuentes de hospitalización fueron las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (15%), las enfermedades del sistema digestivo (12%), las enfermedades del sistema respiratorio (11%), los traumatismos y envenenamientos (8%) y las enfermedades del sistema genitourinario (7%).

La atención de urgencia la prestan los servicios de emergencia de los hospitales y los Servicios de Atención Primaria de Urgencia. Los principales hospitales y clínicas privadas también ofrecen atención de emergencias. En los últimos años, el Ministerio de Salud ha impulsado la creación de un sistema de atención de urgencia prehospitalaria, con ambulancias de rescate de diferente complejidad y capacidad de respuesta, y un centro regulador. El sistema funciona en las tres regiones más pobladas

(Metropolitana, Valparaíso y Maule) y se trabaja en su extensión al resto del país.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

Los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico son de naturaleza pública y privada. En el sector público estos servicios se encuentran ubicados en los hospitales y atienden la demanda que se genera no solo en el nivel hospitalario sino también en el nivel ambulatorio. Se complementan con unos pocos laboratorios comunales ubicados en comunas urbanas de grandes ciudades.

En el sector privado, los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico corresponden a unidades dependientes de hospitales o clínicas privadas, o bien a establecimientos que solo ofrecen este tipo de servicios. Los bancos de sangre corresponden a unidades principalmente ligadas a establecimientos hospitalarios públicos, así como a los principales hospitales del sector privado. En 1999 se donaron 218.000 unidades de sangre, de las cuales 98% fue tamizado para detectar la presencia de VIH, HBsAg, VHC, sífilis y enfermedad de Chagas.

Servicios especializados

La atención odontológica es provista por prestadores públicos y privados. En el sector público, el programa de salud oral prioriza la atención integral para los niños y las embarazadas; para el resto de la población se ofrece atención de urgencia. La atención se presta en los consultorios de primer nivel, y la atención especializada, en algunos establecimientos hospitalarios. En la población infantil el programa del Ministerio de Salud ha fortalecido un enfoque preventivo. Este esfuerzo se complementa con el funcionamiento de clínicas odontológicas en los establecimientos educacionales municipales, subvencionadas por el Ministerio de Educación a través de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. A partir de 2000 el Gobierno, por medio del Gabinete de la Primera Dama, ha impulsado una campaña denominada "Sonrisa Mujer", orientada a brindar atención a las mujeres que han perdido sus piezas dentarias. En el sector privado se observa una creciente institucionalización de la atención odontológica en redes de proveedores de algunas ISAPRE, aunque la cobertura todavía es baja. La atención curativa se ha complementado con acciones de salud pública como la fluoruración del agua potable.

La atención de la salud mental constituye el área que concentra las mayores disparidades entre oferta y demanda, tanto en el sector público como en el privado. En el sector público, la atención hospitalaria especializada de larga estancia más importante se otorga solo en tres establecimientos. La atención de pacientes agudos se brinda en estos mismos establecimientos, así como en los servicios de psiquiatría que existen en algunos de los hospitales generales. En los últimos años, en el contexto del Plan Nacional de Atención Psiquiátrica y Salud Mental, se ha impulsado la creación de hogares protegidos para desinstitucionalizar a algunos pacientes y favorecer su reinserción social. La

red pública de atención también considera la atención ambulatoria en centros comunitarios de salud mental, ubicados en algunas comunas urbanas, que dependen administrativamente de los municipios respectivos. La cobertura que ofrecen las ISAPRE en sus planes de salud para la atención psiquiátrica es mínima.

Los servicios de salud reproductiva se otorgan por la red de proveedores públicos y privados. El programa del Ministerio incluye la planificación familiar, y los anticonceptivos (hormonales, dispositivos intrauterinos, de barrera) se entregan en forma gratuita en los establecimientos del nivel primario de atención. El control del embarazo normal se hace en los establecimientos de nivel primario, y se envían a los centros hospitalarios los casos de alto riesgo. Tanto en el sector público como en el privado existen centros que ofrecen servicios para el tratamiento de la infertilidad, pero su cobertura es aún baja.

Los servicios de gerontología tienen escaso desarrollo en los sectores público y privado. La atención en el sector público se otorga a través de los servicios generales que brindan los consultorios de primer nivel y los hospitales generales. Solo existe un centro especializado (el Instituto Geriátrico, ubicado en la Región Metropolitana), que aún tiene baja capacidad de atención. En el sector privado funcionan residencias protegidas para los adultos mayores, en las cuales se ofrecen servicios de atención. La calidad de estos establecimientos está asociada a los precios de los mismos.

La atención oncológica se brinda en algunos establecimientos especializados, tanto públicos como privados, que ofrecen prestaciones de cirugía, quimioterapia y radioterapia. En el sector público funciona el Instituto Nacional del Cáncer y otros tres centros regionales con un nivel de desarrollo algo menor. El Ministerio ha establecido programas nacionales de quimioterapia para algunos tipos de cáncer que afectan tanto a los niños como a los adultos. En el sector privado existen centros que practican radioterapia, algunos de los cuales tienen convenios con el seguro público para la atención de los beneficiarios.

Los servicios de rehabilitación se prestan en establecimientos de los sectores público y privado, aunque la cobertura en ambos casos es baja. En el sector público hay algunos centros de referencia nacional, ubicados en los Servicios de Salud Metropolitano Norte para la población adulta y Metropolitano Oriente para la población infantil. También existen servicios de rehabilitación en algunos establecimientos de otras regiones, como en el Hospital Regional de Concepción. En el sector privado, la iniciativa más importante corresponde a los servicios que ofrece una fundación sin fines de lucro, el Instituto de Rehabilitación Infantil, que tiene centros en la Región Metropolitana y otras regiones del país. En los últimos años aumentó la conciencia social y política sobre el tema de la rehabilitación, una de cuyas expresiones más significativas fue la creación del Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), dependiente del Ministerio de Planificación y Coordinación.

Insumos para la salud

Medicamentos

Datos de 1999 indican que existen 16.000 productos farmacéuticos registrados. Sin embargo, a veces las empresas registran un mismo principio activo con una marca y a la vez por su denominación genérica y como producto similar; por tanto, el número de registros supera al número de productos farmacéuticos que efectivamente se comercializan. Los medicamentos de venta directa, sin receta médica, representan 14% de los productos registrados, y los medicamentos genéricos, 38% del mercado farmacéutico global de venta. El total de ventas sumó US\$ 632 millones en 1998, lo que equivale a un gasto de US\$ 42 per cápita. En los últimos años se ha producido una fuerte alza del gasto, que casi se duplicó entre 1994 y 1998. El bajo precio promedio por unidad que se observa en el mercado farmacéutico chileno (US\$ 3,4 en 1998) se asocia con la importante participación de laboratorios nacionales y la extensión del uso de medicamentos genéricos. El financiamiento de los medicamentos sigue la lógica general del financiamiento de los servicios de salud.

Los establecimientos públicos y privados adquieren sus productos farmacéuticos en los laboratorios y distribuidores. En el sector público, la CENABAST actúa como intermediaria para concentrar y facilitar las compras de los establecimientos que así lo desean. Además, es la distribuidora oficial de los productos incluidos en los programas nacionales de salud pública (por ejemplo, las vacunas y los medicamentos antituberculosos). En el sector privado funcionan las administraciones de servicios farmacéuticos, que se responsabilizan de todo lo referente a medicamentos, desde su selección hasta su utilización. La presencia del farmacéutico es obligatoria en las farmacias privadas, donde se comercializa la mayor parte de las unidades de venta en el país (80%). Esta presencia es también mandatoria en los hospitales públicos, pero no así en las clínicas privadas.

Inmunobiológicos y reactivos

La producción estatal de inmunobiológicos se centra en el Departamento de Producción del ISP. Entre los productos elaborados en forma exclusiva para el Programa Ampliado de Inmunizaciones se encuentran la vacuna triple DPT y el toxoide diftérico. El ISP, además, elabora la vacuna antitifoidea, vacuna antirrábica de uso humano y veterinario (la que se exporta a otros países de la Región) y antitoxina tetánica.

El ISP también produce algunos reactivos específicos que se usan para el diagnóstico de enfermedades infecciosas. Los reactivos provistos por empresas privadas deben contar con la autorización sanitaria del ISP para poder ser incorporados al mercado nacional.

Equipo

La red pública ha sido objeto de un intenso programa de inversiones durante el decenio de 1990, cuyos principales resulta-

dos fueron la construcción o reconstrucción de 13 hospitales por un monto de US\$ 260 millones. A esta inversión hay que agregarle la modernización de otros 53 hospitales y 13 centros clínicos o consultorios de especialidades, por un monto de US\$ 180 millones y US\$ 105 millones, respectivamente. La construcción y la modernización incluyeron obras civiles y equipamiento médico.

Estudios regionales de la red asistencial realizados en 1999 catalogaron equipo por un valor de US\$ 571 millones, de los cuales US\$ 523 millones correspondieron a equipamiento médico e industrial, y los restantes US\$ 48 millones a vehículos. El porcentaje de equipo con vida útil residual ya vencida es de aproximadamente 32%.

Recursos humanos

Según el Colegio Médico, en 1998 había 17.467 médicos colegiados (la inscripción al Colegio Médico no es obligatoria). Esta cifra, que representa 18 médicos por 10.000 habitantes, es estable en relación con años anteriores. En 12 facultades de medicina (nueve públicas y tres privadas) se gradúan alrededor de 600 nuevos médicos por año. Las proyecciones indican que en 10 años se produciría un aumento de 50% del número de médicos. Se estima que del total de los 18.000 enfermeros que existen en el país, solamente 8.000 trabajan en el sector público.

La dotación de médicos en el sector público en marzo de 2000 era de 13.100 profesionales, lo que representa 75% de los médicos colegiados. De estos, 1.700 (13%) están contratados por los municipios en el primer nivel de atención. Muchos médicos se desempeñan en ambos sectores, público y privado. En total, en el año 2000 existían cerca de 60.000 profesionales, técnicos y auxiliares de salud en el sector público; había un enfermero por cada tres médicos. En el mismo año, en el sector público se desempeñaban 90.000 personas, por lo que el personal administrativo y de servicios representaba un tercio del conjunto.

En cuanto a la evolución del número de puestos de los servicios de salud, entre 1990 y 2000 hubo un incremento de alrededor de 5.000 médicos y de 1.000 enfermeros, que significa un aumento de 76% y 37%, respectivamente. Es notoria la falta de algunos profesionales como enfermeros y oftalmólogos, al tiempo que persiste una proporción inadecuada entre profesionales y personal de apoyo.

Investigación y tecnología en salud

La investigación en salud se realiza principalmente en las universidades y los centros de investigación. El Estado, a través del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, incentiva la investigación en salud, que se ha orientado más a las áreas de ciencias básicas y clínicas que a las de salud pública. Para fortalecer la investigación esencial sobre los problemas prioritarios de salud del país, el Ministerio de Salud ha desarrollado una política nacional

de investigación orientada a políticas de salud y ha constituido la Comisión de Investigación y Tecnología, en la que participan representantes de las Facultades de Medicina y de las Escuelas y Departamentos de Salud Pública de las principales universidades del país.

La incorporación de tecnología tuvo su auge durante la década de los noventa en el contexto de importantes proyectos de inversión que se desarrollaron en el sistema público de salud en Chile. El desarrollo tecnológico no solo se limitó a proyectos de infraestructura y equipamiento, sino también a tecnología de la información y gestión. Este mismo proceso se observó en el sector privado.

La información científica nacional sobre salud se genera en las universidades, las sociedades científicas y el Ministerio de Salud. Esta información se presenta en formatos tradicionales impresos, aunque en los últimos años se han hecho esfuerzos para presentarla en formato electrónico para facilitar el acceso por parte de los diferentes usuarios. Se ha progresado en el establecimiento de la Biblioteca Virtual de Salud, en cuyo comité consultivo participan el Ministerio de Salud, la Biblioteca de la Facultad de Medicina y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, la Biblioteca del Congreso Nacional y la Sociedad de Editores de Revistas Científicas.

Gasto y financiamiento sectorial

La información sobre el gasto en salud está a cargo del FONASA para el sector público y de la Superintendencia de las ISAPRE para el sector privado. No hay información sobre los gastos de bolsillo. En 1999, el promedio per cápita del gasto del total de la población beneficiaria del FONASA y las ISAPRE era de US\$ 279 (US\$ 245 para los beneficiarios del FONASA y US\$ 362 para los de las ISAPRE). El sector público se financia con el aporte fiscal para salud, las cotizaciones y copagos de las personas inscritas en el sistema público y los ingresos operacionales. En 1999 esta distribución era de 54%, 39% y 7%, respectivamente, mientras que en 1990 las mismas cifras eran de 41%, 53% y 6%, respectivamente. A estas cifras hay que agregarle el aporte directo de los municipios, que en 1998 se estimaba en un promedio de US\$ 8,50 per cápita.

El gasto en salud representó 17,1% del gasto público social en 1999, proporción que se ha mantenido relativamente estable. Con relación al PIB, el gasto en salud se incrementó de 2,0% en 1990 a 2,8% en 1999. Respecto al gasto privado, en 1999 la distribución en las ISAPRE fue la siguiente: 63% para prestaciones médicas, 18% para otras prestaciones (principalmente subsidios por incapacidad laboral) y 19% para gastos de administración y ventas. El margen de utilidad fue del orden de 0,5% sobre los ingresos operacionales. La estructura del gasto es estable; sin embargo, en los últimos años se observa una reducción del margen de utilidad.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

Durante el año 2000 se recibió cooperación técnica externa para proyectos sobre calidad de vida, salud mental, epilepsia, equidad en la salud y VIH/SIDA. Se hizo un esfuerzo por buscar ejes de trabajo compartido con el sistema de las Naciones Unidas, así como entre este y sus contrapartes nacionales. Existen algunos

proyectos de cooperación con Alemania, Canadá y Francia. Está en trámite un préstamo por parte del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), destinado a la promoción de la salud de los pueblos indígenas, por un monto de US\$ 45 millones. La cooperación financiera de la OPS alcanza un total aproximado a US\$ 2 millones al año, entre fondos de la Representación y aportes de la Sede.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Chile, 1990–1999.

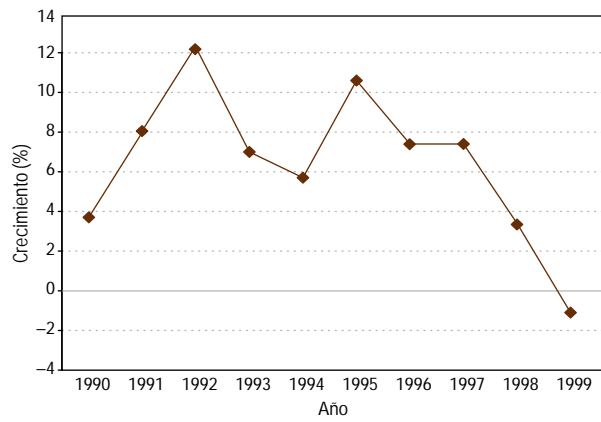


FIGURA 4. Coberturas de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Chile, 2000.

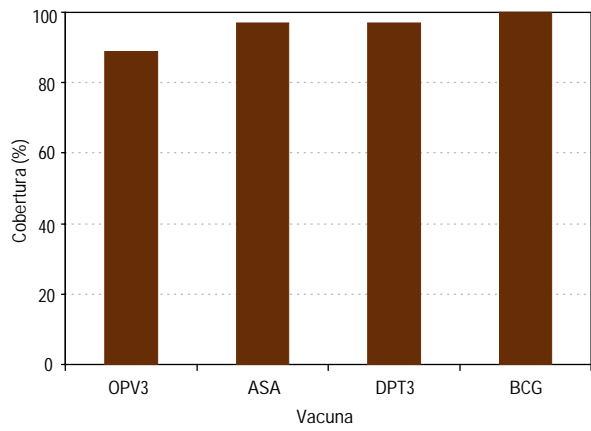


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Chile, 1998.

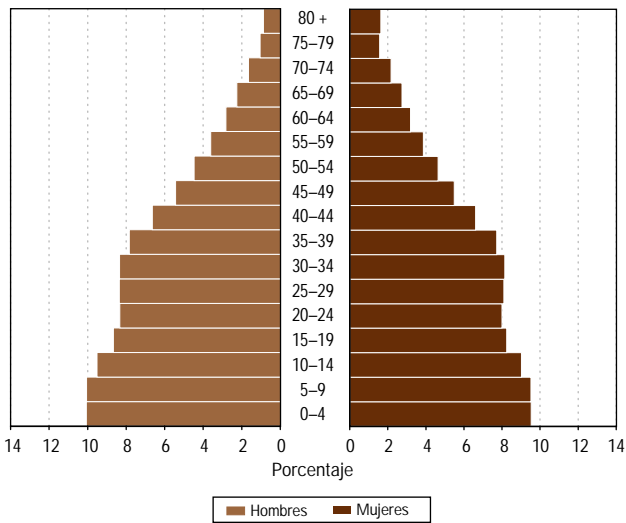


FIGURA 5. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Chile, 1990–2000.

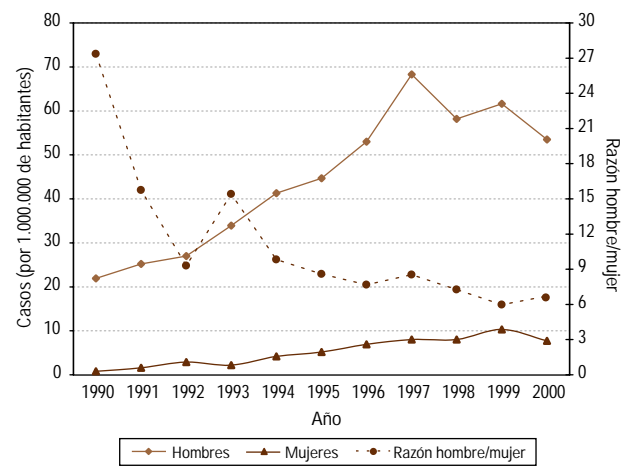
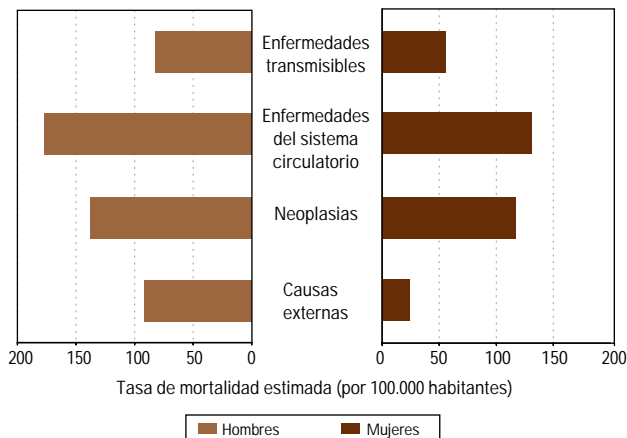


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Chile, 1995–2000.



COLOMBIA

CONTEXTO GENERAL

Colombia tiene una superficie de 1.141.748 km², con un relieve dominado por tres ramales de la cordillera de los Andes, y una población estimada de 42.299.000 habitantes en el año 2000, distribuidos en 32 departamentos y 1.076 municipios, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Los departamentos de Santa Fe de Bogotá, Antioquia y Valle superan cada uno los 4 millones de habitantes, y otros 12 departamentos concentran sendas poblaciones de 1 a 2 millones.

En 1999 el país enfrentó la más grave recesión económica en 60 años, expresada en la caída de 4,3% del producto interno bruto (PIB) (figura 1) y en el aumento del desempleo a 18%. El bajo precio internacional del café, y la magnitud de los daños sufridos por las zonas cafetaleras a raíz del terremoto del 25 de enero de ese año, agravaron la debilidad económica del país. Aunque la economía creció 2,8% en el año 2000, el desempleo subió a 19,7%. Ese año el DANE estimó que la población en edad de trabajar aumentó en 25.000 personas/mes, mientras que la población ocupada aumentó en 22.000 personas/mes; el número de pobres creció de 19,7 millones en 1997 a 22,7 millones en 1999. Entre 1995 y 1999 el peso de la deuda total de Colombia se acentuó sobremanera: pasó de 19,1% del PIB a 34,0%. En el año 2000 se recortó el gasto público, se amplió la base tributaria, se estableció un impuesto especial sobre las operaciones financieras y se implantaron controles sobre la evasión de impuestos; además se congeló el salario de los empleados públicos y se procuró reducir la burocracia y los gastos que no fueran inversión. Se consiguió así quebrar la tendencia depresiva de la economía, aunque no el desempleo, la pobreza ni el deterioro de los sectores más vulnerables de la población.

La ineficiencia en el gasto social es un serio obstáculo al desarrollo de Colombia: el gasto en educación es mayor de 4% del PIB pero la cobertura educativa no supera 88%; el gasto en salud alcanza a 3,9% del PIB, de acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación, según el cual el coeficiente de Gini nacional (0,56)

no varió entre 1997 y 1999, aunque en algunos departamentos se redujo la desigualdad en la distribución del ingreso, como en Nariño (de 0,67 a 0,55), Guajira (de 0,53 a 0,48), Caldas (de 0,61 a 0,54), Antioquia (de 0,60 a 0,52) y Quindío (de 0,61 a 0,52) si bien creció en Cesar (de 0,53 a 0,59) y Bogotá (de 0,52 a 0,56). Según resultados del censo de 1993 y estimaciones del DANE en 1995, cerca de 25% de los municipios se agruparon en los dos estratos con mayor proporción de necesidades básicas insatisfechas y otro 25% en los dos estratos con mejores condiciones de vida. Otra dimensión de la desigualdad se ve en la cobertura del régimen subsidiado, es decir, el plan de beneficios de atención médica dirigido a personas sin capacidad de pago, que entre 1993 y 2000 alcanzó a 59,8% de la población con NBI en todo el país; no obstante, en 15 departamentos se comprobó alta proporción de NBI y baja cobertura del régimen subsidiado, y en otros siete, baja proporción de NBI y alta cobertura del subsidio, entre ellos los tres departamentos con mayor población. La desigualdad social también se expresa en el grave impacto que la apertura económica de los años noventa tuvo sobre el sector agropecuario, al resultar poco competitiva en el mercado internacional la producción de ciertos cereales y productos básicos. Como consecuencia, en la segunda mitad de esa década se perdieron 700.000 ha de producción agrícola y, por otra parte, se duplicaron los cultivos ilícitos pasando de 57.500 ha en 1994 a 112.000 en 1999. Se exacerbó así el conflicto armado, el deterioro social y el aumento de las distintas formas de violencia.

Desde hace más de 35 años Colombia viene sufriendo un grave conflicto armado. El gobierno actual ha iniciado un proceso de negociación para lograr un acuerdo de paz con la guerrilla, basado en la integridad territorial, la democracia y los derechos humanos. En el conflicto participan cinco protagonistas: las guerrillas denominadas Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) y Ejército de Liberación Nacional (ELN), las fuerzas armadas de la Nación (FA), las llamadas Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) y la población civil. La situación se caracteriza por los más altos niveles de violencia en la historia reciente del país, que son sin duda el factor de mayor gravitación

sobre su vida política. En el año 2000 las FARC acordaron con el Gobierno una agenda conjunta de negociación, a la que se sumó el ELN, con miras a concertar una convención nacional. La sociedad civil reclama una presencia creciente en el proceso de paz, sobre todo para supervisarlos y para que puedan crearse condiciones favorables a la reconciliación. El Plan Colombia, estrategia del Gobierno formulada con el objetivo de generar condiciones propicias para una paz sustentable, se basa en cuatro componentes: recuperación económica y social, negociación del conflicto armado, política antinarcóticos y fortalecimiento de las instituciones acompañado de desarrollo social.

Durante 2000 se han seguido deteriorando los derechos humanos, sobre todo al multiplicarse los delitos contra la vida y contra la integridad, libertad y seguridad personales. Se calcula que hay unas 70.000 minas antipersonales sembradas en 164 distritos de 23 departamentos; solo en el primer semestre de 1998, 100 personas murieron y 155 resultaron heridas por esa causa, 78% de ellas soldados que se reintegran al estado civil sin rehabilitación social. El fenómeno del desplazamiento en masa de poblaciones a raíz de la violencia es una expresión mayor de la crisis humanitaria; por la cifra de desplazados, Colombia ocupa el cuarto lugar en el mundo y el primero en toda América. La Red de Solidaridad Social estima en 400.000 la cantidad de personas desplazadas que requerían atención inmediata en el año 2000. La Consejería para los Derechos Humanos supone que suman 1.700.000 los desplazados por la violencia entre 1985 y 1999. Las Naciones Unidas han asignado prioridad a 139 municipios, 19 de ellos netamente receptores de población, 40 receptores y expulsores y 80 netamente expulsores.

Las matanzas, entendidas como “la muerte violenta, indiscriminada y arbitraria, en una misma acción criminal, de tres o más personas que generalmente forman parte de la sociedad civil y, más específicamente, de grupos vulnerables de ella”, son las violaciones más flagrantes y bárbaras de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario, y la principal causa de desplazamiento de poblaciones, sobre todo campesinas. Las masacres, como se las llama en Colombia, se duplicaron entre 1996 (188) y 1999 (403); según la Defensoría del Pueblo, una de cada cuatro matanzas registradas en 1999 ocurrió en Antioquia, uno de los departamentos más afectados por el desplazamiento de población. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses estimó en 1.300.000 los años potenciales de vida perdidos por muerte violenta en 1998–1999; su impacto sobre la esperanza de vida se advierte en los aproximadamente 25.000 homicidios anuales registrados.

La tendencia observada sugiere la persistencia del desplazamiento de poblaciones y el surgimiento de nuevas situaciones de emergencia potenciales. Por ejemplo, al intensificarse la fumigación de cultivos en el departamento del Putumayo, de donde proviene 70% de la coca producida en el país, como consecuencia de la aplicación del Plan Colombia, podría aumentar la cantidad de desplazados hacia Nariño, Cauca y la frontera con el Ecuador.

Otro factor relevante es la persistencia del narcotráfico y la alta incidencia de delitos asociados a él: los carteles de la droga se fragmentan pero siguen vigentes, y Colombia se consolida como el primer productor mundial de cocaína y heroína: la superficie sembrada de coca asciende a 103.000 ha y a 9.000 la de amapola.

Colombia experimenta cambios demográficos y epidemiológicos propios de sociedades en transición, tales como el envejecimiento de la población, el descenso de la fecundidad, la rápida urbanización y la persistencia de las enfermedades transmisibles y el auge de las no transmisibles. La esperanza de vida al nacer aumentó a 70,6 años en 2000, la fecundidad bajó a 2,8 hijos por mujer y la población urbana representa 71% de la población total, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2000). En la figura 2 se presenta la estructura de la población por edad y sexo en el año 2000.

Mortalidad

Desde 1997 Colombia utiliza la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para codificar las causas de muerte. Las enfermedades del sistema circulatorio siguen ocupando el primer lugar, con leve tendencia decreciente: de 125,6 por 100.000 habitantes a 115,4 entre 1995 y 1998, seguidas por las causas externas (de 107,8 a 105,1 por 100.000, respectivamente). Las neoplasias malignas (62,1 por 100.000 en 1998) y las enfermedades transmisibles (30,0 en 1998) se han mantenido estables en el período. La proporción de defunciones por causas mal definidas se redujo de 6,2% en 1995 a 3,0% en 1998 (4,2% en 1997, coincidiendo con el cambio a la CIE-10). En la figura 3 se presenta la mortalidad estimada por sexo y grandes grupos de causas en 1998.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

En 2000 este grupo comprendía a 4,8 millones de niños. De acuerdo con la ENDS 2000, la mortalidad infantil fue ese año de 21 por 1.000 nacidos vivos, y variaba de 17 por 1.000 en Bogotá a 29 por 1.000 en la zona costera. Se observó que la edad de la madre (en particular, menos de 20 y más de 40 años), la duración del período intergenésico, es decir, del intervalo entre embarazos (menos de dos años), y la multiparidad (más de tres partos) se asocian a mortalidad infantil neonatal, posneonatal o perinatal más elevadas. El DANE estimó que la tasa de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal aumentó de 480 por 100.000 nacidos vivos en 1985 a 750 en 1998. En este grupo de edades la prevalencia de desnutrición crónica fue de 13,5%, de diarrea 13,9% y de infecciones respiratorias agudas 12,6%, según la ENDS 2000.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

Este grupo de edades constaba de 4,8 millones de niños en el año 2000. Según el DANE, se registraron 1.537 defunciones en 1998 (36,9 por 100.000 varones y 26,7 por 100.000 niñas), más de 65% de ellas por causas externas, 18% por enfermedades transmisibles y 13% por neoplasias malignas.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

En 2000 este grupo de edades constaba de 8,6 millones de personas: 4,4 millones entre 10 y 14 años y 4,2 millones entre 15 y 19. Según el DANE, en 1998 se registraron 7.864 defunciones en la población adolescente (133,4 por 100.000 hombres y 47,9 por 100.000 mujeres). De las muertes correspondientes a varones de 15 a 19 años, 69% se deben a violencia, con 13 muertes masculinas por cada muerte femenina por esta causa para esas edades. Según el Sondeo Nacional del Consumo de Drogas en Jóvenes, el alcohol y la marihuana siguen siendo las drogas más consumidas; 15,2% de los que toman bebidas alcohólicas y 6,8% de los fumadores de cigarrillos son menores de 18 años. La prevalencia del consumo de cocaína en la población general es de 3,8%; de ellos, 15,2% tienen de 11 a 15 años, y 30,4%, de 16 a 18. Según la ENDS 2000, 56% de los jóvenes de 10 a 14 años vivían con sus padres. En la década del noventa casi se duplicó la cantidad de mujeres gestantes de 15 a 19 años: de 10% en 1990 a 19% en 2000.

La salud de la población adulta (20–59 años)

En el año 2000 había en Colombia 26 millones de adultos. Según el DANE, en 1998 se registraron 78.280 defunciones en este grupo de edades (406,3 por 100.000 hombres y 168,9 por 100.000 mujeres). Hacia el fin del siglo XX se comprobó el aumento de la carga de enfermedad en los adultos de 15 a 44 años, especialmente hombres, que se atribuye al considerable incremento de los homicidios y del SIDA. En 1997 el II Estudio Nacional de Salud Mental y Sustancias Psicoactivas mostró una tendencia decreciente en la prevalencia de consumo de tabaco: de 29,7% en 1987 a 22,2% en 1998; la proporción de ex consumidores recientes, con menos de un año de haber dejado de fumar, fue de 3,7% en la población general, sin diferencia por sexo. Según la ENDS 2000, en la población femenina sexualmente activa (que vive en pareja) la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos era de 77%, el espaciamiento entre embarazos o período intergenésico medio fue de 37 meses (en contraste con 34 meses en 1995), y de 46 meses entre las mujeres con educación universitaria, en tanto que la tasa bruta de natalidad fue de 24,4 por 1.000 habitantes (comparada con 27,0 en 1995).

La salud del adulto mayor (60 y más años)

En 2000, 7% de los colombianos (3 millones de personas) tenían 60 y más años. Según el DANE, en 1998 se registraron 73.121 defunciones en este grupo de edades. Las principales cargas de enfermedad en ambos sexos fueron las cardiopatías isquémicas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes mellitus

y las neoplasias de tráquea, bronquios, pulmón, próstata y cuello del útero.

La salud de la familia

La violencia intrafamiliar es un problema prioritario. Según la ENDS 2000, 41% de las mujeres que han vivido alguna vez en pareja declararon haber sufrido violencia física por parte del cónyuge (y 20% adicional, por parte de otro pariente), 34%, haber sido amenazadas por el cónyuge —las amenazas más comunes: el abandono (23%), quitarles los hijos (18%) y negarles apoyo económico (16%)—, y 11%, haber sido violadas por el cónyuge (y 7% adicional, por otra persona). Solo 20% de las mujeres maltratadas físicamente denunciaron la agresión. En 1997 el II Estudio Nacional de Salud Mental y Sustancias Psicoactivas reveló que 9,7% de los niños recibieron maltrato emocional y 4,3% maltrato físico. El Instituto de Medicina Legal registró 34 homicidios por malos tratos en 1999 y evaluó a 9.896 menores de edad abusados sexualmente dentro (33%) del núcleo familiar y fuera de él (67%).

La salud de los trabajadores

Cada año se registran miles de traumatismos agudos y centenares de defunciones por exposición a riesgos físicos y químicos en el lugar de trabajo. La industria artesanal no ofrece condiciones adecuadas de salud laboral. Los principales problemas incluyen el subregistro de la morbilidad y mortalidad por enfermedades profesionales y accidentes de trabajo; la falta de programas de asistencia técnica dirigidos a la población trabajadora; la superposición de competencias; la carencia de recursos humanos capacitados en la investigación de la salud ocupacional, el diagnóstico clínico y la terapia de enfermedades profesionales; la inexistencia de vigilancia epidemiológica de salud y riesgos ocupacionales, y la ausencia de normas nacionales y de valores límites permisibles para las sustancias químicas nocivas para la salud de los trabajadores y el ambiente. Los centros industriales y las zonas de producción agrícola son los lugares de mayor riesgo ocupacional.

La salud de los discapacitados

Se carece en Colombia de un registro sistemático y confiable de la discapacidad. La información disponible se limita a la obtenida por el censo de 1993, que registró 593.546 personas discapacitadas (según el DANE), y el estudio demográfico efectuado por la Universidad Javeriana en nueve ciudades capitales desde 1995, que menciona 2.360.000 personas con discapacidad (12,1% menores de 14 años y 27,6% mayores de 60), mayormente de sexo masculino.

La salud de los indígenas

En el año 2000 se estimó en 2% la población indígena, en quien radica la diversidad étnica y pluricultural de Colombia, distribuida entre 81 pueblos que hablan en 17 familias de lenguas

autóctonas; 92,6% de ellos viven en zonas rurales (7,4% en cabeceras municipales). Hay también 25% de población de origen étnico africano (más de 10 millones de colombianos). La expedición de carácter humanitario que en 1992–1993 visitó a 22 comunidades indígenas halló que las infecciones respiratorias agudas, los parásitos intestinales y la enfermedad diarreica aguda eran las afecciones de mayor prevalencia en ambos sexos.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Al deterioro ambiental, al manejo inadecuado de los recursos naturales y a la deficiente prevención de riesgos cabe atribuir gran parte de los desastres registrados en el país. Las características hidrometeorológicas, geológicas y topográficas, el inadecuado manejo ambiental y la proliferación de asentamientos humanos en zonas de riesgo aumentan la vulnerabilidad a los desastres naturales y a los causados por el hombre. Los departamentos más vulnerables a inundaciones y deslizamientos o aludes son Córdoba, Sucre y Bolívar, en la confluencia del río Sinu. La amenaza de alto riesgo sísmico se cierne sobre Nariño, Cauca, Quindío, Valle y Chocó, en tanto que en Bogotá y en Antioquia ese riesgo es intermedio. La política del Gobierno procura garantizar el manejo adecuado y oportuno de recursos técnicos, administrativos y financieros para la prevención, mitigación y atención de emergencias, la rehabilitación de las zonas afectadas por desastres y el establecimiento de responsabilidades institucionales, incluida la reducción de vulnerabilidad y el aumento de la capacidad resolutoria.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. Esta enfermedad representa un grave problema de salud pública en Colombia. Se estima que 18 millones de personas residen en zonas de transmisión malárica. En 1998 hubo una epidemia con 240.000 casos confirmados. En 2000 se confirmaron 141.047 casos, dentro del nivel endémico observado en el decenio precedente, incluidos 52.056 casos de malaria por *Plasmodium falciparum* (razón *P. vivax/P. falciparum*, 2:1) y 41 defunciones. La zona de malaria se concentró en 154 municipios pertenecientes a nueve departamentos y abarcó 462.701 km² y 90% de los casos, con un índice parasitario anual (IPA) > 10/1.000.

Dengue. El dengue constituye otro serio problema de salud pública en el país. Cerca de 65% de la población urbana tiene alta probabilidad de infección por dengue o fiebre hemorrágica del dengue (FHD). El promedio anual de casos es de 30.000; sin embargo, en 1998 se notificaron 57.985, incluidos 5.171 de FHD. Se ha observado la circulación simultánea de serotipos de dengue-2 y dengue-4. En 2000 se registraron 22.772 casos de dengue clásico y 1.819 de FHD, con 19 defunciones. Las ciudades más afectadas son Huila, Cali, Cúcuta, Bucaramanga y Barranquilla.

Fiebre amarilla. El alto índice de infestación por *Aedes aegypti* en muchos municipios del país es un serio factor de riesgo para la transmisión urbana de la fiebre amarilla, cuya forma selvática sigue activa en Colombia. La fiebre amarilla selvática tiene comportamiento endemo-epidémico: en la década de 1990 el promedio fue de cuatro casos por año, aunque en 1996 y 1997 se confirmaron ocho y seis casos, respectivamente. Las regiones más afectadas se hallan a los pies de las cordilleras oriental y central. La letalidad media alcanzó a 35%, pero llegó a 100% en 1996 y a 63% en 1997. En 1999 se confirmaron dos casos (Caquetá y Putumayo) y en el año 2000, cuatro (Guaviare, Meta y Vichada). La gran difusión del *A. aegypti* y la amenaza del *A. albopictus* son factores que hacen temer la potencial reurbanización de la fiebre amarilla.

Leishmaniasis y enfermedad de Chagas. De leishmaniasis se notifican en promedio 6.000 casos por año. Además, se estima que 8 millones de personas habitan en zonas endémicas de la enfermedad de Chagas.

Enfermedades prevenibles por vacunación

En 1993 Colombia se comprometió con la Iniciativa Regional de Eliminación del Sarampión para el año 2000; las sucesivas campañas nacionales de 1993, 1995 y 1999 alcanzaron coberturas de 97%, 95% y 90%, respectivamente, en la población menor de 5 años. La cantidad de casos sospechosos notificados aumentó de 632 en 1997 a 1.267 en 2000, mientras que la de casos confirmados por laboratorio se redujo de 308 en 1995 a cero en 2000 y los casos confirmados clínicamente (es decir, sin muestra de sangre u otros análisis) bajaron de 473 en 1995 a 34 en 1999 y a uno en el año 2000. La cobertura de vacunación antisarampionosa fue de 79% en 1999 y 80% en 2000; 80% de municipios en 1999 y 75% en 2000 tuvieron cobertura inferior a 95%. En 2000 se integró la vigilancia de rubéola a la de sarampión y se notificaron 679 casos sospechosos, 155 de ellos confirmados por laboratorio y 4 clínicamente, que incluían brotes entre personal militar (Bogotá, Nariño y Norte de Santander) y sanitario (Norte de Santander). Según el Sistema de Información en Salud (SIS-12), hubo 6.302 casos de rubéola en 1996, 1.901 en 1997, 1.906 en 1998 y 974 en 1999.

En 1998 se introdujo la vacunación contra *Haemophilus influenzae* tipo b, con coberturas de 51,7% en 1999 y 64,4% en 2000. La meningitis por *H. influenzae* tipo b en menores de 5 años tiende a descender: de 306 casos (6,4 por 100.000) en 1998 a 163 casos (3,4 por 100.000) en 1999 y 119 casos (2,8 por 100.000) en 2000.

El departamento de Antioquia notificó la mayoría de los casos de tos ferina (181 en 1998, 255 en 1999 y 264 en 2000), y en 2000 se registró un brote de 46 casos y 7 defunciones entre la población indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta.

En el año 1998 se registraron 1.354 casos de hepatitis B, 1.490 en 1999 y 1.283 en 2000, la mayor parte en zonas endémicas (Orinoquia, Amazonia, Santa Marta).

En 1997 se registraron 183 casos de parálisis flácida aguda, 180 en 1998 y 190 (1,4 por 100.000 menores de 15 años) en 1999; ninguno de ellos fue confirmado por laboratorio como de poliomielitis.

El tétanos neonatal ha ido en sostenido descenso durante la década de 1990, de 160 casos en 1989 a 10 en el año 2000; 489 municipios están incluidos en la zona de riesgo, pero en 1999 solo 6 (1,2%) registraban incidencia igual o mayor a 1 caso por 1.000 nacidos vivos.

Entre 1997 y 1999 se informaron de 3 a 5 casos anuales de difteria; en 2000 fueron 39 los casos sospechosos, incluido un brote en Cali con siete casos confirmados por laboratorio, uno por clínica y una defunción, todos entre 3 y 18 años de edad.

En el período 1995–1996 las coberturas superaron 90% para todas las vacunas del esquema regular de inmunización; en 1998–1999 ninguna de ellas alcanzó a 90% y solo la antituberculosa (BCG) y la ASA superaron 80%. En el año 2000 las coberturas fueron de 90,9% para BCG, 82,4% para OPV (antipoliomielítica), 78,5% para DPT (contra difteria, tos ferina y tétanos), 78,2% para VHB (contra hepatitis B), 64,4% para Hib (contra *Haemophilus influenzae* tipo b) y 79,5% para la triple viral (contra sarampión, parotiditis y rubéola) (figura 4).

Cólera

En 1998 se informaron 445 casos de cólera y 7 defunciones en todo el país, 18 casos en 1999 (11 confirmados) y en el año 2000 un solo caso.

Enfermedades crónicas transmisibles

El aumento de la pobreza, las migraciones y los desplazamientos, el crecimiento de las poblaciones marginales, el debilitamiento de los programas de control, la falta de voluntad política y la escasa educación de los pacientes son factores cuya presencia explica el recrudecimiento de la tuberculosis como problema de salud pública. No obstante, la información disponible parece indicar una importante reducción en su tasa de incidencia: 58,6 por 100.000 habitantes en 1970 (12.522 casos), 26,5 por 100.000 en 1999 (10.999 casos) y 11.590 casos en el año 2000. En la cohorte de tratamiento de 1999 la proporción de tratamientos exitosos fue de 78%, y la de curaciones, de 66%.

Es política nacional eliminar la lepra como problema de salud pública. En 2000 la incidencia notificada fue de 0,5 por 10.000 habitantes (2.124 casos) y en cuatro departamentos fue superior a 1 en 10.000. Cabe señalar que si bien se ha logrado reducir la incidencia, ha aumentado la proporción de casos nuevos con algún grado de discapacidad y ello indica un diagnóstico tardío de la enfermedad.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas siguen ocupando los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población menor de 5 años, aunque la tasa de mortalidad por neumonía dismi-

nuyó de 51,0 por 100.000 habitantes en 1988 a 34,1 en 1998. La tasa de morbilidad por infecciones respiratorias agudas aumentó de 174,0 por 100.000 habitantes en 1991 a 214,0 en 1996.

Zoonosis

Rabia. A partir de 1994 se vacunó en Colombia a 61,8% de la población canina estimada (3,4 millones); los casos de rabia canina disminuyeron de 350 en 1990 a 67 en 2000, al igual que la rabia humana: de 10 casos en 1990 a 1 caso en el año 2000. A fines de los años noventa se aplicaron técnicas monoclonales para la caracterización de las cepas de rabia y así pudieron identificarse las siguientes variantes de los virus en circulación: variante 1, perro-mangosta; variante 3, vampiro, y variante 4, murciélago insectívoro.

Encefalitis equina. En Colombia existen tres variedades importantes de encefalitis equina: la venezolana (EEV), la del este (EEE) y la del oeste. En 1997 se presentó una epizootia equina en el departamento de Casanare y se detectó la presencia de virus de EEV y EEE. Desde 1995 se establecieron técnicas de diagnóstico serológico para la detección de anticuerpos IgG e IgM, que facilitan la vigilancia epidemiológica; desde ese mismo año no se han registrado casos humanos.

VIH/SIDA

De los 17.163 casos de VIH/SIDA registrados entre 1983 y 1999 (marzo), 11.381 corresponden a personas portadoras de la infección por el VIH y 5.782 a enfermos de SIDA, 85% de ellos hombres (figura 5). En ese período se registraron 3.441 muertes (90% de hombres). En 2000 se estimaron en 67.000 las personas portadoras de VIH. La transmisión sexual del VIH es la predominante, tanto homosexual como heterosexual. El primer caso de transmisión vertical de VIH se informó en 1987 y ya se han acumulado 195 casos. Según estudios de vigilancia-centinela, la prevalencia de VIH en gestantes fue de 0,1% en Bogotá y de 0,4% en Cali en 1996; esto sugiere diferencias entre los patrones de transmisión en la costa y en la sierra. La asociación de tuberculosis con el VIH no está bien documentada en el país; no obstante, algunos estudios sugieren que de 15% a 20% de los casos de VIH/SIDA se asocian con tuberculosis y de 6% a 14% de los casos de tuberculosis se asocian con el VIH.

Infecciones de transmisión sexual

Se advierte deterioro en los programas de prevención, control y vigilancia de estas infecciones, debido en parte a la concentración de esfuerzos técnicos y financieros en la lucha contra el VIH/SIDA. La tasa global de incidencia de infecciones de transmisión sexual varió entre 350 por 100.000 en 1985 y 130 en 1996. Se estima que la sífilis primaria está en descenso, mientras que las otras formas, incluida la congénita, se mantienen estables. De los 56.343 casos de infecciones de transmisión sexual notificados en 1996, cerca de 35% correspondieron a gonorrea, 16% a sífilis y

14% a hepatitis B; tres cuartas partes de los casos se observaron en personas de 15 a 44 años (11% en menores de 15 años).

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Según la ENDS 2000, el promedio de estatura de las mujeres colombianas es 154,6 cm (6% de ellas miden menos de 145 cm). El índice medio de masa corporal es 24,7 y 3% de las madres se hallan en riesgo por tener un índice menor de 18,5. Además, 30% de las madres tienen peso excesivo para la talla y 11% son obesas. La prevalencia de desnutrición crónica fue de 13,5% en los menores de 5 años, con 2,8% en riesgo de desnutrición severa. La prevalencia de lactancia materna exclusiva al cuarto mes era de 23%, y al sexto mes, de 12%; en promedio, los niños menores de 3 años recibieron leche materna durante 15 meses.

La prevalencia de anemia en menores de 5 años aumentó de 18% en 1977 a 23% en 1995, y era mayor en el grupo de 12–23 meses (36,7%) y en el ámbito rural (27,2%). La prevalencia de deficiencia de vitamina A fue de 14,2%, más alta en las regiones Pacífica (20,3%) y Atlántica (19,3%). En 1998 Colombia certificó internacionalmente que 92% de la sal para consumo humano cumplía la norma nacional: en una muestra de 6.000 escolares se comprobó la presencia de yodo urinario en el nivel requerido (más de 100 µg/l) y la prevalencia de bocio grado 1 fue de 7%.

Enfermedades del sistema circulatorio

En el período 1995–1998 la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio representó aproximadamente de 26% a 30% del total. Las tasas más altas corresponden a enfermedad isquémica del corazón, daño cerebrovascular e hipertensión (44,0, 31,1, y 13,5 por 100.000 habitantes, respectivamente).

Neoplasias malignas

El cáncer gástrico es el de mayor incidencia en Colombia, seguido por el pulmonar y por las leucemias y linfomas; además, entre los hombres son muy frecuentes el de próstata y el de pulmón, y entre las mujeres, el del cuello del útero y el de mama. En 1998 la tasa de mortalidad por neoplasias fue de 62,7 por 100.000 habitantes para todo el país; las tasas más altas correspondieron a cáncer gástrico (9,6), pulmón (6,3), leucemias y linfomas (5,4), cuello del útero (4,8), próstata (4,2) y mama (3,4). Los departamentos con mayores tasas de mortalidad por neoplasias fueron Quindío (91,3), Risaralda (84,2) y Valle (83,6).

Accidentes y violencia

En el último cuarto de siglo la tendencia ha sido ascendente, con mayor peso de los homicidios (25.000 como media anual). Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en 1999 hubo 36.947 muertes violentas; de ellas, 23.209 por homicidio, 7.026 por accidentes de transporte y 2.089 por suicidio. Los hombres de 25 a 34 años de edad (9.097 muertes) y de 18 a 24 (7.925) son los grupos más afectados. En cinco depar-

tamentos la tasa de mortalidad por homicidio ronda o supera la cifra de 100 por 100.000: Cauca (97,5), Arauca (101), Risaralda (110), Antioquia (120) y Guaviare (136).

Salud oral

Según el III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB-III), en 1998 la prevalencia de placa bacteriana fue de 81,6% (95% en menores de 20 años y 27% en mayores de 60); el índice de placa blanda (IPB) fue de 1,6 en niños de 7 años y 1,2 en los de 12. El IPB de 0,8 en personas de 15 a 44 años fue 25% más bajo que el observado en 1980 (1,1) y esto sugiere que mejoraron los niveles clínicos de higiene. En los niños de 5 años se observó una reducción de 30% en el promedio de dientes con historia de caries y el índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) bajó de 4,2 en 1980 a 3,0 en 1998. Aunque Colombia no alcanzó la meta planteada por la Organización Mundial de la Salud y la Federación Dental Internacional (OMS/FDI) sobre salud bucodental para este sector de la población, que 39,6% de esos niños no hayan padecido caries señala un resultado favorable, aunque modesto, de la actividad de los niveles de salud en la dentición primaria.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El sector salud impulsó en 1990 la Ley 10 de Municipalización de la Salud, con la que se inició un proceso tendiente a fortalecer las instituciones del sistema nacional de salud en las distintas jurisdicciones de Colombia. La nueva Constitución de 1991 tuvo en cuenta esta iniciativa, que contiene los ejes fundamentales de la reforma sectorial. Esos mandatos fueron contemplados en la Ley 60, sobre las competencias y los recursos disponibles para las diversas jurisdicciones territoriales, y se perfeccionaron con la sanción de la Ley 100, de 1993, por la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que comprende un Sistema General de Pensiones, la cobertura de Riesgos Profesionales, los Servicios Sociales Complementarios y el Sistema de Seguridad Social en Salud. En su conjunto, el SGSSS tiene por objetivo principal ampliar la cobertura para las personas del régimen contributivo, las del régimen subsidiado y las así llamadas “vinculadas” (que son las incluidas en el sistema, mediante subsidio a la oferta, por hallarse impedidas de incorporarse al régimen subsidiado o al contributivo).

Ese esquema se propuso la solidaridad en la redistribución del ingreso, que posibilite la universalización de la protección al asegurado, a su cónyuge y a los hijos menores, permitiendo también la inclusión de los padres y de parientes hasta el tercer grado. Sus principios rectores son la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación social. El proceso de reforma fue inicialmente liderado por el Ministerio de Trabajo, con la finalidad de modificar el esquema entonces

vigente en materia de pensiones, y durante las discusiones técnicas se decidió reformar asimismo el sistema de prestación de servicios.

Desde 1993 la política de salud ha estado subordinada a la aplicación y avance de la reforma sectorial, valiéndose de las leyes del mercado y de la competencia regulada en función de una mayor eficiencia del gasto social en salud. Se hizo hincapié en la separación de funciones, en el aseguramiento público y privado y la competencia entre ambos, la provisión pública y privada de paquetes básicos de atención individual, y la competencia entre proveedores, a fin de mejorar la eficiencia y calidad y facilitar la libertad de elección. El SGSSS afronta hoy: 1) una profunda crisis hospitalaria, principalmente en las instituciones públicas, que cargan con el peso del mercado de servicios a los más pobres y a los “vinculados”, y con el riesgo financiero de los costos de la atención de estos últimos, ya que solo se reconoce por esas atenciones una parte de la llamada “unidad de pago capitado” del Plan Obligatorio de Salud subsidiado; 2) la paralización de la extensión de coberturas de servicios en ambos regímenes, debida a la crisis fiscal, al aumento del desempleo y a los ajustes fiscales de la política macroeconómica negociada con los organismos financieros internacionales; 3) el deterioro de los programas de salud pública en el país y de los sistemas de vigilancia epidemiológica; 4) el descuido de la misión social y del compromiso de profesionales y técnicos con la salud de la población, asociado a los cambios de reglas de juego, que incluyen la flexibilización laboral y la reducción del sistema institucional público; 5) las deficiencias gerenciales y operativas asociadas a la pérdida de calidad (incluidas la supervisión, la integralidad y la continuidad) del enfoque epidemiológico y del trabajo en equipo en la atención de salud; y 6) las dificultades administrativas que traban el buen funcionamiento del sistema, por fallas de la autoridad sanitaria, por fragmentación y anarquía de la estructura, por deficiencias en los sistemas de información y de comunicación interna, por la complejidad de los marcos legales y por la corrupción, entre otros motivos.

La reforma del sector salud

Los objetivos de la reforma del Servicio Nacional de Salud se inspiran en la Constitución Nacional y todos apuntan a la corrección de fallas conceptuales, estructurales y de procedimiento del sistema, y a la subordinación de la estructura y función del SGSSS a nuevas bases doctrinarias, metodológicas y operativas, con participación central de mecanismos empresariales y de mercado en el manejo de la salud. Entre los principios constitucionales se destacan básicamente tres, eficiencia, universalidad y solidaridad, que definen la orientación del sistema, pero fue la Ley 100, de 1993, la que estableció su interpretación. A continuación se analiza brevemente el significado de esos tres objetivos de principio en el marco del sistema.

Por medio de la eficiencia se busca introducir racionalidad en el gasto del sector en el nivel macroeconómico (eficiencia en la asignación), de modo que los recursos respondan a la necesidad de brindar determinados servicios, definidos por un mecanismo de prioridades de exclusión y contemplados dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), con una versión ampliada para los beneficiarios del régimen contributivo y una versión reducida para los pobres (estratos I y II del sistema de identificación de beneficiarios, SISBEN). La ley preveía una cobertura universal del POS y la igualación del paquete de beneficios para el año 2001, que no se logró y se duda de que pueda lograrse en el futuro mediano, y esto limita el derecho irrenunciable de todo habitante del país a la salud. También se procura racionalizar el gasto mediante un proceso explícito de selección de beneficiarios (el SISBEN) por criterios de pobreza o calidad de vida.

En el nivel microeconómico se introdujo una concepción de eficiencia ligada a la competitividad entre los distintos actores del sistema, en especial las instituciones de aseguramiento (Empresas Promotoras de Salud, EPS) y las encargadas de la provisión de servicios (Instituciones Prestadoras de Servicios). La separación de estos dos actores, anteriormente unidos, la introducción de mecanismos de mercado en la relación entre ellos, la competitividad hasta ahora basada más en el precio del servicio y menos en la calidad, pretenden lograr mayor eficiencia y transparencia y facilitar a la población el derecho de escoger libremente a sus aseguradores y proveedores.

Por universalidad se entiende garantizar a cada habitante la afiliación al nuevo SGSSS, sin que importe su estado de salud actual o anterior, ni tampoco su consumo de servicios de salud ni su condición socioeconómica. Con ese fin, la ley contempla la obligatoriedad de aportar al sistema para todo el que tenga una capacidad mínima de pago definida por el Gobierno, independientemente de que la cotización se efectivice en el marco de una relación laboral normal, donde el aporte lo comparten el trabajador y su empleador, o de que sea pagada de manera individual por no estar la persona insertada en el mercado formal de trabajo. En este último caso la cotización queda por entero a cargo del trabajador independiente y la modalidad se denomina régimen contributivo.

Además del régimen contributivo, existe un régimen subsidiado, en el cual están comprendidos todos los ciudadanos sin ingresos suficientes para actuar como cotizantes, que por ello son subsidiados por el Estado. Para eso el Gobierno debería garantizar los recursos anuales de financiación que aseguren a estas personas y a su grupo familiar los beneficios contemplados en el ya mencionado Plan Obligatorio de Salud (en su versión para subsidiados). La equidad del sistema se alcanzaría al igualarse los beneficios y la “capitación” de estos dos regímenes.

Se procuró asegurar la solidaridad, principalmente en el sentido financiero y vertical, mediante un esquema de subsidios cruzados dentro del sistema, que destinan al aseguramiento de la

población pobre sin capacidad de pago un punto porcentual de los aportes de los cotizantes al régimen contributivo, por intermedio de una bolsa de financiación (FOSYGA). Además, hay aportes provenientes del gobierno nacional y de los gobiernos locales, recaudados respectivamente de los impuestos y de las participaciones regionales en el presupuesto nacional, para la atención de la salud en el ámbito local.

Al analizar el desempeño de sus funciones esenciales, se encuentran en el SGSSS debilidades de la reforma en lo que hace al cumplimiento de las responsabilidades sociales de reforzamiento de la autoridad sanitaria nacional. Esas debilidades se manifiestan por el deterioro de la salud pública como consecuencia de los cambios introducidos y la ausencia de una política integral de salud, debido a que las transformaciones pusieron el acento en el reordenamiento organizativo e institucional, en la separación de funciones, el aseguramiento individual y la financiación del sistema. En efecto, la reforma del sector salud en Colombia presenta una serie de problemas de orden logístico y administrativo: exceso de normas; carencia de un sistema de información útil para la vigilancia de la salud y la gestión, y de un sistema de garantía de calidad; ausencia o debilitamiento de los sistemas de vigilancia y control administrativo y epidemiológico; burocratización del sistema, que limita el acceso de la población y el flujo oportuno de los recursos; crisis del modelo económico, que socava el sustento del sistema de seguridad social en salud; la pobreza, el desempleo y la informalidad de la economía que dan al traste con los objetivos del sistema; grandes problemas en la regulación y modulación por el ente central y en la articulación a través de las entidades intermedias. La transformación necesaria de los servicios de salud requiere el fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud, la revisión del manejo de los fondos nacionales de salud, la construcción de una relación social más solidaria, la definición de un portafolio de beneficios en salud que consiga recursos para todos, y el replanteo del papel de las instituciones aseguradoras, públicas y privadas, para que tengan en cuenta la heterogeneidad regional y social del país.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

Hasta 1993, el modelo de atención de la salud en Colombia se definía por los lineamientos de la atención primaria; aunque el Sistema Nacional de Salud funcionaba básicamente con una visión asistencialista y centralista por la cual se fortaleció la infraestructura institucional y la capacitación de recursos humanos para la atención en los diferentes niveles, pero con un enfoque preventivo pobre. La Ley 100 de 1993 creó el SGSSS estableciendo así un nuevo escenario donde la prestación de los servicios de salud opera en un mercado regulado en forma compartida por el sector público y el privado. En teoría esto habría de permitir a

los usuarios la libre elección y fomentaría la competencia entre aseguradores y prestadores. Así surgieron las Empresas Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios, las Administradoras de Régimen Subsidiado, las Administradoras de Riesgos Profesionales, junto con nuevas funciones directivas a cargo del Consejo Nacional de Seguridad Social. La inspección, vigilancia y control del sistema (fundamentalmente en sus aspectos jurídicos, contractuales, administrativos y financieros) se delegaron en la Superintendencia Nacional de Salud. El nuevo escenario abarca también a los programas de salud pública, y el sistema actual se estructuró para que hubiese una cobertura equitativa, aumentara la calidad de los servicios y se impulsaran vigorosamente los planes de promoción y prevención a fin de mejorar las condiciones de salud de todos los habitantes del país.

Según el Ministerio de Salud, mientras que entre 1996 y 1997 los hospitales bajo su dependencia lograron un resultado excelente al incrementar su productividad en 5% y disminuir en igual porcentaje sus costos, puesto que no aumentaron sus recursos en ese período, entre 1997 y 1998 redujeron moderadamente su producción global. El total de egresos hospitalarios bajó de 1.079.747 a 1.073.918, y asimismo el de consultas externas (de 5.173.703 a 5.123.393), de cirugías (de 518.721 a 514.643) y de partos (de 276.073 a 260.703). Sin embargo, las consultas de urgencias aumentaron de 4.026.885 a 4.169.412. Como hecho significativo, el análisis de 26 hospitales públicos de tercer nivel permitió establecer que durante 1997 y 1998, si bien aumentó en 234 la oferta de camas (de 8.037 a 8.271), se redujeron los egresos de 430.032 a 429.616, el “giro cama” (o rotación de camas) bajó de 53,51 a 51,94, y el promedio de permanencia en el hospital subió de 5,64 días a 5,75 días, es decir, en conjunto, una caída de la productividad hospitalaria. En consecuencia, el porcentaje de ocupación se redujo de 84,88% a 83,09%.

Legislación sobre salud

La Constitución de Colombia establece que la nación estará organizada bajo un régimen democrático, participativo y pluralista como una república unitaria pero descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales. Como proceso político, la descentralización se sustenta, además, en un marco legal plasmado en las leyes 60 de 1993, 141 de 1994 y 358 de 1997, que regulan los procedimientos de transferencias financieras a las entidades territoriales. La Ley 60 de 1993 determina que las participaciones municipales en los ingresos corrientes de la Nación crecerán de 14% en 1994 a 22% en 2002. La distribución ha de basarse en los siguientes criterios mínimos: 40% en relación directa a la cantidad de habitantes con necesidades básicas insatisfechas (NBI), 20% según el grado relativo de pobreza de cada municipio, 6% en correspondencia directa con la eficiencia fiscal, 6% por eficiencia administrativa, y otro 6% según el mejoramiento demostrado en la calidad de vida, medida por la variación del índice de NBI en el periodo fijado. El artículo 22 de esta

Ley establece las prioridades básicas para la inversión municipal: 25% en salud, 30% en educación, 20% en agua potable, 5% para educación física, recreación, cultura y deporte, y el 20% restante a criterio del alcalde o la comunidad, siempre y cuando las actividades estén contempladas en la Ley 60.

La Ley 100 reformó las políticas de salud vigentes hasta entonces, y se definieron diversos planes de beneficios: el Plan de Atención Básico (PAB), gratuito y obligatorio, del que se hace responsable el Estado y que está dirigido a toda la comunidad, y un plan obligatorio de salud (POS), del que son responsables las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras de Régimen Subsidiado y que se ofrece a cada afiliado beneficiario y a sus dependientes. Se establecieron también las responsabilidades de cada parte o protagonista, según el régimen de vinculación de las personas al sistema: afiliados con capacidad de pago adscriptos al régimen contributivo y atendidos por aseguradoras (las EPS), y las personas más pobres y vulnerables, algunas cubiertas por el régimen subsidiado y otras atendidas por las Administradoras de Régimen Subsidiado. Estos dos últimos grupos son atendidos mediante subsidios a la demanda. Existe otro grupo numeroso que aún no cuenta con los beneficios del subsidio estatal y al que atienden, mediante subsidio a la oferta los hospitales públicos, que a su vez se hallan en proceso de transformación en Empresas Sociales del Estado.

Cinco años después, al analizar los logros del período, se observa una cobertura importante de 61,53% en el régimen subsidiado para la población con NBI, pero esta cifra encubre profundas inequidades entre departamentos del país y aun dentro de estos. Hay 15 departamentos con elevados porcentajes de población con NBI y bajos porcentajes de cobertura del régimen subsidiado: entre ellos, Norte de Santander, Tolima, Córdoba y Bolívar, cada uno con población superior al millón de habitantes. Siete departamentos presentan bajos porcentajes de NBI y altos porcentajes de cobertura del régimen subsidiado; entre ellos se hallan Bogotá, Antioquia y Valle, con sendas poblaciones mayores de 4 millones de habitantes. Sin embargo, el departamento de Antioquia tiene 46 municipios con altos porcentajes de NBI y muy bajas coberturas del régimen subsidiado.

El PAB cubre las principales actividades de salud pública que serán de responsabilidad exclusiva del Estado y se financiarán con recursos públicos. Estos servicios incluyen todas las actividades de control de los factores de riesgo ambiental que afectan a la salud, tales como las campañas de control de la malaria, la leishmaniasis, el dengue y la fiebre amarilla. También se incluyen en este plan las campañas de vacunación, la educación para la salud y las correspondientes tareas de comunicación. Está previsto, además, un subsidio alimentario para las mujeres gestantes y en período de lactancia y para los menores de 1 año.

En 1999 se presentó al Congreso Nacional el proyecto de ley 156 para la formulación de una Ley Nacional de Salud Pública tendiente a modernizar el Código Sanitario Nacional (Ley 9 de

1979) y a perfeccionar la Ley 100 de 1993 (que creó el SGSSS) llenando algunos vacíos atinentes a la salud pública no contemplados en esa ley.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

Con la aplicación de la reforma institucional de los servicios de salud, se ha observado la tendencia de los establecimientos a operar aisladamente, y esto conspira contra el funcionamiento conjunto en red de las estrategias de ataque a los problemas de salud de la comunidad. La descentralización de los sistemas locales e intermedios de salud se entendió como autonomía o autarquía de esos sistemas regionales y locales y no se acompañó de adecuadas transferencias de atribuciones ni de recursos tecnológicos y financieros. Un problema estriba en la insuficiente formación de recursos humanos con conocimientos y habilidades para la conducción y gerencia de redes y tareas epidemiológicas en función de la gestión científica de los sistemas locales de salud. Un grave defecto de la gerencia social de los procesos de atención de la salud y de desarrollo de municipios y localidades saludables ha sido la falta de capacitación para negociar y concertar compromisos de desempeño en este campo. A su vez, las fallas de las autoridades sanitarias nacionales en el ejercicio de las funciones esenciales de salud pública han hecho de la descentralización un verdadero problema para la eficaz coordinación de los sistemas de salud.

Súmase a ello que la descentralización hacia el mercado de los servicios de salud no es coherente con la división político-administrativa del país y ha impedido que se armonicen las lógicas de la democracia y la participación (basadas en las leyes de organización y funcionamiento de municipios y departamentos), de la epidemiología (basada en poblaciones y espacios definidos geográficamente en un momento o período determinado), y de los servicios (basada en niveles de resolución tecnológica articulados en estrategias de ataque y en economías de escala) con la lógica del mercado, que no se acomoda necesariamente a un espacio poblacional ni geográfico y cuyos objetivos son el lucro y la rentabilidad económica. A esto se debe que las empresas promotoras de salud se dediquen a fortalecer su patrimonio institucional creando nuevas instituciones prestadoras de servicios, que se instalan con la finalidad de ganar mercado y no la de satisfacer necesidades de acceso a la atención de la salud en zonas desprotegidas.

Ante la nueva situación, la respuesta de los niveles locales ha consistido en tratar de recuperar la rectoría de la salud en los municipios y departamentos, bajo la autoridad respectiva de los alcaldes y los funcionarios departamentales. Así podrían impulsarse actividades locales basadas en la atención primaria de la salud, la complementación de los escasos recursos disponibles, la vigilancia dinámica activa del proceso salud-enfermedad, la

referencia y contrarreferencia de pacientes, la integralidad de la atención de la salud, y la interacción entre los equipos de salud y la comunidad, con activa participación social.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

La certificación necesaria para el ejercicio de las distintas categorías profesionales la confieren en principio los mismos programas educativos que otorgan el título habilitante, que acredita la competencia para un ejercicio específico en el caso de los profesionales y técnicos, y, en el caso de las profesiones auxiliares, un certificado de competencia laboral. Es preciso luego gestionar una inscripción o matrícula ante las autoridades, que son actualmente las Secretarías Departamentales de Salud. Es decir, no existen mecanismos de evaluación que comprueben la competencia de los distintos trabajadores de la salud, y puede decirse que el sistema confía plenamente en la calidad y pertinencia de los programas educativos.

Al respecto, cabe distinguir entre la regulación de la formación de los profesionales y técnicos y la de los auxiliares del sector. Hasta 1993 la formación de los niveles profesionales y técnicos estaba sometida al control de las autoridades de educación. Todos los programas debían someterse a la aprobación previa y la vigilancia del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, que controlaba la apertura de establecimientos educativos y sus planes de estudio. La Ley 30, que reformó la educación superior, confirió autonomía a las instituciones educativas para crear sus programas. En lo que respecta a la formación del personal auxiliar, denominada educación no formal, hasta 1992 tenía lugar en escuelas dependientes de los servicios de salud departamentales, que capacitaban personal para el sector oficial y el sector privado. La aprobación y vigilancia de los programas dependía de un organismo central, el Consejo General para la Formación del Recurso Humano en Salud, con participación del Ministerio de Salud y con el apoyo y asesoría de las autoridades de salud departamentales. A partir de la Ley 100, que reformó el sistema de salud, las secretarías de salud departamentales dejaron de asumir responsabilidades educativas y la formación del personal auxiliar de salud pasó a manos privadas. Como consecuencia de ello, y debido a la reestructuración del Ministerio de Salud y de las secretarías departamentales, en gran medida por la reorganización y contracción del tamaño del Estado y la consiguiente desaparición de la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, las instancias de control funcionan de manera muy irregular. En resumen, en estos años se ha visto en el país una preocupante proliferación de entidades educativas y de programas, sin que pueda asegurarse la calidad y pertinencia de sus perfiles profesionales ni su coherencia con las necesidades reales de trabajo en el sector.

La calidad del ambiente

Uno de los efectos más graves del desarrollo económico ha sido el deterioro de los recursos naturales, en especial del agua,

del suelo y del aire. La pérdida de calidad y las variaciones en el ciclo del agua están afectando negativamente a la salud. La contaminación hídrica y del suelo, tanto por aguas residuales domésticas e industriales como por residuos sólidos de todo tipo, está acabando no solo con la disponibilidad de agua para el consumo humano y productivo sino también con la flora y la fauna nacionales. Uno de los peores contaminantes es el petróleo, que se derrama en suelos y cursos de agua como consecuencia de los atentados a la infraestructura petrolera del país. En 1998 el Ministerio de Salud y otras fuentes han estimado que el derrame de 2 millones de barriles de petróleo ha afectado a 70 municipios en 13 departamentos, incluidos 2.600 km de ríos y quebradas, 6.000 hectáreas con potencial agrícola, 1.600 hectáreas de ciénagas y humedales, y cuencas transnacionales como la de los ríos Catatumbo y Arauca.

Como promedio, los hogares colombianos están integrados por 4,2 personas. Casi cuatro de cada cinco habitantes (79%) viven en casas y 19% en apartamentos. Los menores niveles de hacinamiento se encuentran en las regiones de Bogotá, Antioquia y San Andrés. En los asentamientos y en las poblaciones menores de 30.000 habitantes, las deficiencias en la infraestructura de servicios básicos tales como la provisión de agua potable y la eliminación de excretas, residuos líquidos y sólidos constituye una permanente amenaza para la salud de la población infantil. Por otra parte, las condiciones de la vivienda —en particular la escasa ventilación— favorecen la presencia de enfermedades como la tuberculosis, que aparece sobre todo en los asentamientos de infraestructura más precaria. El hacinamiento en las zonas céntricas de las grandes ciudades también contribuye a la transmisión de esa enfermedad.

En 1994 Colombia produjo algo más de 28.000 toneladas de plaguicidas, de los que en 1996 importó 9.500 toneladas y exportó 31.689; además, en esos mismos años, respectivamente, produjo 720.000 toneladas de fertilizantes, importó 478 toneladas y exportó 1.152 (datos del Ministerio de Salud). En general, todas las zonas de producción agrícola (3 millones de hectáreas) tienen problemas con el uso de agroquímicos, que no solo afectan a la salud de los trabajadores sino que figuran entre los principales contaminantes de suelos y recursos hídricos. La situación más crítica se presenta en Montería, donde el agua para consumo humano ha registrado presencia de plaguicidas con valores superiores a la norma, según informó en 2000 el Ministerio de Salud. Además, las cuencas de los ríos Cauca y Magdalena están contaminadas por residuos agroquímicos. Sin embargo, no se han estudiado en medida suficiente los efectos de los productos químicos usados en la erradicación de cultivos ilícitos en los departamentos sudorientales y sudoccidentales del país. Otra amenaza aún no cuantificada adecuadamente radica en el uso de plaguicidas domésticos sin las debidas medidas de protección, sobre todo en las zonas con alta presencia de mosquitos en los asentamientos informales y en los cercanos a lugares abiertos adonde se arrojan desechos sólidos.

La producción colombiana de sustancias químicas industriales, como los derivados del petróleo y otras, alcanza a 4.200 millones de pesos por año. El mayor valor de importaciones y exportaciones corresponde a las sustancias de uso industrial, con 1.700.000 y 1.900.000 toneladas, respectivamente. Las ocho principales zonas industriales del país producen 74% de los desechos de tipo industrial y presentan una contaminación ambiental muy elevada. Los desechos químicos y los residuos sólidos peligrosos los producen sobre todo las explotaciones mineras y petroleras, las plantas productoras y distribuidoras de energía y la industria manufacturera, así como los establecimientos de salud (tanto hospitales y centros de salud como laboratorios). Los metales que produce la minería y que contaminan los desechos de las curtiembres constituyen una amenaza en la Costa Pacífica y en Antioquia, Boyacá y Cundinamarca. Otras sustancias químicas peligrosas deterioran el ambiente y causan emergencias sanitarias, sobre todo por la mala disposición de residuos y el mal manejo de los envases de productos alimenticios. Por ejemplo, en 1997 se registraron en el Centro de Información de Seguridad sobre Productos Químicos (CISPROQUIM) 202 llamadas por emergencias debidas al uso de productos químicos y 85 emergencias referidas a su transporte, almacenamiento y producción.

La calidad de los alimentos

El aumento de las enfermedades transmitidas por los alimentos en el ámbito mundial, pero especialmente en los países americanos, ha llevado a los gobiernos a priorizar las acciones tendientes a prevenirlas y controlarlas. Ello reviste gran importancia en el ámbito mundial, no solo en lo que atañe al comercio internacional de alimentos y las normas vigentes de la Organización Mundial del Comercio, sino también a la inocuidad de los alimentos dentro de cada país. En Colombia el programa de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos y el sistema de información correspondiente se han iniciado con ciertas dificultades, debidas a las normas de descentralización y la división de incumbencias entre el Ministerio de Salud y sus organismos descentralizados. El país ha comenzado a definir las políticas de protección de alimentos y a estructurar acciones coordinadas con organismos de cooperación internacional, particularmente en lo referido al Códex Alimentario.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

El alcalde es el responsable de dirigir la gestión de la salud en su municipio, garantizar el PAB, regular el aseguramiento y vigilar la salud y los servicios. El PAB contempla las acciones e intervenciones obligatorias de promoción de la salud dirigidas a las comunidades que deben ejecutar las distintas jurisdicciones territoriales y cuyas características son no tener ningún costo para el usuario, no requerir afiliación a ninguna entidad, ser comple-

mentarias de otros planes y ejercer gran efecto positivo sobre la población, en especial la más vulnerable. El PAB ha posibilitado que la promoción ocupe un lugar importante entre las acciones de salud en el ámbito municipal y que sea una oportunidad para que los mandatarios y directores de salud locales afronten las dificultades con estrategias integradoras, impulsando acciones comunitarias y resolviendo los problemas de su municipio con la participación de diversos sectores y la movilización de diversas fuentes de financiación. Las acciones de promoción de la salud en el PAB se denominan: Municipios Saludables; Promoción de la Convivencia Pacífica y Prevención de la Violencia Intrafamiliar; Escuelas Saludables; Estrategias de Información, Educación y Comunicación; Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva; Prevención del Uso de Sustancias Psicoactivas nocivas para la salud; Promoción de la Alimentación Sana, y Prevención de los Problemas Derivados de la Malnutrición.

En cada plan de beneficios del SGSSS se contemplan recursos del sector destinados específicamente a la promoción de la salud. Los recursos del PAB deben destinarse a actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia de la salud pública y control de factores de riesgo. Proviene de la recaudación fiscal destinada a las jurisdicciones departamentales y municipales, de los ingresos corrientes de la Nación, de los recursos propios del orden municipal y de otras fuentes adicionales.

Prevención y control de enfermedades

El PAB es el componente del SGSSS que le permite al alcalde cumplir con la función prioritaria de garantizar la salud colectiva. Sus acciones deben ser integrales en materia de salud y se deben realizar en forma continua. Abarcan todos los programas de prevención y control de enfermedades (por transmisión vectorial, inmunoprevenibles, tuberculosis, lepra, enfermedades de transmisión sexual, rabia y hepatitis B, C y delta).

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

Cuando en 1990 se desarticuló el equipo central de epidemiología, con la finalidad de integrar la especialidad a cada una de las dependencias que la utilizan como herramienta, los resultados no fueron satisfactorios. Por el contrario, se crearon o fortalecieron sistemas paralelos al de vigilancia tradicional, pero se conservaron sin modificaciones el flujo de información y los instrumentos para recolectarla, recargados de eventos que vigilar pero sin tener claramente deslindadas las responsabilidades de análisis y difusión. A ello se sumaron el desconocimiento de los avances tecnológicos en informática y el estancamiento en el vínculo con el nivel central de los recursos humanos con formación epidemiológica. En resumen, se desconoció la importancia, la utilidad y la necesidad de modernizar la vigilancia en salud pública adecuándola a los nuevos escenarios políticos, administrativos y fiscales del país. La Ley 60 de 1993, en su artículo 14, establece requisitos para la administración autónoma de la recaudación

fiscal por las jurisdicciones territoriales sobre la base del perfil epidemiológico, y ello impone fortalecer los equipos de vigilancia epidemiológica en materia de recolección, análisis y uso de la información.

Con la sanción de la Ley 100 se estableció un sistema único de seguridad social con participación del sector privado, que había de exigir el desarrollo de un sistema unificado de información y vigilancia en salud pública. La descentralización requiere la elaboración de programas de salud locales, que a su vez incluyen planes de atención básica acordes con necesidades y perfiles epidemiológicos específicos, y ello implica el fortalecimiento de la vigilancia como herramienta indispensable para las jurisdicciones territoriales. Esa ley mantiene la obligatoriedad de las reglamentaciones anteriores, fija las condiciones de acreditación de las nuevas instituciones prestadoras de servicios y las extiende a los nuevos participantes, es decir, las empresas promotoras de salud. Prevé asimismo la organización de un sistema de información único en el ámbito nacional, del que sería parte integral el sistema de vigilancia epidemiológica. Se suponía que este se vería favorecido, en cuanto a la oportunidad en la recolección y transmisión de la información, por el desarrollo tecnológico alcanzado y porque estaría vinculado a un registro único de procedimientos y facturación. Sin embargo, siguen manteniéndose las características del sistema de vigilancia descritas para el período 1996–2000 y, a pesar de haberse casi cuadruplicado el número de unidades notificadoras (de 1.179 a 4.100), se comunican novedades procedentes de menos unidades informantes que las que notificaban entre 1993 y 1996, y la información se concentra sobre todo en las ciudades y departamentos más adelantados. En fin, se hace evidente que no ha de lograrse una vigilancia eficiente sin un adecuado desarrollo de la red de laboratorios de salud pública del país.

Agua potable y alcantarillado

Según el Ministerio de Desarrollo, apenas casi 5% de los 1.076 municipios colombianos tratan sus aguas residuales antes de eliminarlas. Esta situación ha llevado a que las cuencas del Cauca y del Magdalena se hayan convertido en las grandes cloacas del país, pues reciben más de 80% de sus aguas servidas. Entre los aspectos que ahora se promueven figura la disminución del caudal utilizado —mediante la adopción de tecnologías de bajo consumo, la educación de los usuarios y el manejo del esquema de tarifas—, y así se ha logrado alguna mejoría, como la baja de consumos en Bogotá y Cali, informada oficialmente. Los sistemas de reciclamiento de aguas residuales con fines productivos han sido apenas estudiados y aplicados en el país, sobre todo en proyectos de carácter investigativo y demostrativo. La protección de las cuencas aún no forma parte integral de los programas y proyectos de todos los sectores. Los datos más recientes del Ministerio de Desarrollo estiman que el suministro de agua en el país y los servicios de alcantarillado alcanzan coberturas de 77% y 60,2%, respectivamente, y que hay más de 9,5 millones de personas sin servicio de agua y 15,5 millones de colombianos sin sistemas de

saneamiento, en su mayoría en zonas rurales y urbanas marginales, obligados a disponer de sus excretas y aguas residuales en el terreno donde viven, en las calles y en los cursos de agua, contaminando así sus propias viviendas, el espacio público, el suelo, y las aguas superficiales y subterráneas. Esta gran inequidad manifiesta hace indispensable dedicar atención especial al campo y a las zonas marginales urbanas reforzando los mecanismos de apoyo a esas poblaciones. Cabe mencionar que la calidad del agua para consumo humano sigue siendo mayormente insatisfactoria. Según el Ministerio de Salud, 60% de los habitantes de las poblaciones cabeceras municipales tiene índice de riesgo comprendido entre medio y alto de contraer enfermedades por la mala calidad del agua. La situación más grave se presenta en los asentamientos informales, las zonas urbanas con menos de 30.000 habitantes y las zonas rurales. Además, según información proporcionada por las Secretarías de Salud Departamentales durante el año 2000, 76% de los municipios no disponían de agua potable. Por eso, entre las prioridades nacionales deben figurar una mejor aplicación del Código Sanitario Nacional, con énfasis en el control y vigilancia de la calidad del agua, y el manejo integral de las cuencas hidrográficas con el empleo de tecnologías apropiadas y de bajo costo para tratar las aguas residuales e industriales.

Manejo de residuos sólidos municipales

En muy pocas zonas urbanas de Colombia se someten a tratamiento adecuado los desechos sólidos. En las zonas rurales generalmente se disponen a campo abierto, se queman o se entierran en los propios predios. La utilización de desechos sólidos orgánicos con fines productivos no se ha estudiado lo suficiente y los programas de reciclaje carecen de continuidad. En Bogotá, Medellín y Cali la producción de basura excede de 1 kg por habitante por día, mientras que en las zonas rurales no sobrepasa de 0,2 kg. No se ha cuantificado la producción de desechos sólidos hospitalarios, aunque estudios preliminares indican que posiblemente se produzca un promedio de 2,6 a 3,8 kg por cama por día.

Prevención y control de la contaminación del aire

Las áreas industriales son la principal fuente fija de contaminación atmosférica, mientras que la combustión interna del parque automotor contamina sobremanera el aire en las grandes ciudades (principalmente con óxidos de carbono, de azufre y de plomo). Toda esa contaminación predispone a la población, en especial a los niños, a enfermedades del tracto respiratorio y origina también fenómenos ambientales nocivos como las lluvias ácidas.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

En la ENDS 2000, 67,4% de los colombianos calificaron como muy bueno o bueno su estado de salud, y 32,6%, como regular o malo. Entre los afiliados a algún sistema de salud, 13,1% lo cali-

ficaron como muy bueno, en comparación con 9,5% entre los no afiliados. Entre los primeros, 46% realizaron una consulta preventiva anual al médico o al odontólogo, y 8,4% estuvieron hospitalizados, en contraste con solo 32,1% y 5,3%, respectivamente, de los no afiliados. Además, 72,1% de los afiliados con padecimientos crónicos asistían a consulta periódica, en comparación con 55,6% de los vinculados; por último, los afiliados acuden en mayor proporción (80,7%) a las instituciones de salud que los no afiliados (66,9%).

Insumos para la salud

Medicamentos

El Sistema General de Seguridad Social garantiza el acceso a los medicamentos esenciales —alrededor de 350 fármacos— mediante el Plan Obligatorio de Salud (POS) para los asegurados en el régimen contributivo, con restricciones para los del régimen subsidiado, y aún sin definiciones normativas para la población no afiliada al sistema, aunque se le garantizan los medicamentos recetados para atención básica. De todos modos, se procura crear las condiciones para actualizar las normas, garantizar la calidad de los medicamentos y promover su uso racional. En 1999 se midió la aplicabilidad de esas pautas en pacientes con diabetes mellitus de tres ciudades: se comprobó que a 91,5% de esos pacientes diabéticos se les prescribieron medicamentos del POS sin mayores diferencias por tipo de régimen de afiliación ni por ciudad; de los medicamentos prescritos se despacharon sin costo 43,8%, pero sí se observaron diferencias significativas entre el régimen contributivo (77%), el subsidiado (16,9%) y el vinculado (4,6%); también se observaron diferencias significativas entre las ciudades: Medellín (37,7%), Manizales (70,1%) y Espinal (64,7%).

A 56% de los pacientes no se les entregaron los medicamentos recetados y tuvieron que comprarlos, y se comprobaron diferencias según los regímenes y según las ciudades en cuanto al lugar de adquisición por parte de los pacientes. La Defensoría del Pueblo determinó que 32,7% de los beneficiarios y 34,9% de los cotizantes del régimen contributivo no recibieron los medicamentos, así como tampoco 43,9% en el régimen subsidiado y 44,3% de los vinculados; el grado de satisfacción de la demanda de medicamentos según el nivel de educación de la persona requerente varió entre 51,4% de los encuestados sin ninguna instrucción hasta 78,6% de los encuestados con nivel de posgrado universitario. A 93,7% de los encuestados les explicaron para qué eran los medicamentos y como tomarlos, sin que se advirtiesen diferencias significativas por región, género y tipo de afiliación. Cuando se analiza la evolución del porcentaje de prescripción de medicamentos esenciales de 70% en 1995 en hospitales públicos, 62% en 1997 en centros de atención, y, en 1999, 91,5% en pacientes diabéticos en tres ciudades y 89,6% en un hospital de primer nivel de atención, se observa cierta tendencia al aumento de la

correspondencia de los medicamentos prescritos con los medicamentos esenciales. Ello implicaría, por una parte, que se hace una selección de medicaciones adecuada a las necesidades del país y, por otra, que quienes prescriben conocen las reglamentaciones. De atenderse a la legislación vigente, el acceso a los medicamentos esenciales debió aumentar en la misma proporción que la cobertura del sistema de salud. Sin embargo, en los estudios descriptos se encontró que existen inequidades respecto al régimen y a la ciudad, que los regímenes de “co-pagos” y de “cuotas moderadoras” constituyen barreras para el acceso, y que la insatisfacción de la demanda, medida en términos de los medicamentos prescritos no entregados, varía entre 10,4% y 56% en tres de los estudios.

El POS y el Programa Ampliado de Inmunizaciones cubren las vacunas y otros insumos inmunobiológicos, que el Ministerio de Salud importa mediante convenios, para su distribución en las distintas jurisdicciones territoriales.

Equipo

Como consecuencia del proceso de descentralización y de la reforma del sistema de salud, en el campo de la tecnología biomédica cabe destacar algunos progresos: 1) Se reglamentó la prestación de servicios de mantenimiento en las instituciones de salud del sector público, de modo que inviertan 5% del presupuesto total anual en la ejecución de un plan institucional de mantenimiento, que posibilite cuidar la infraestructura y el equipamiento y garantizar que se mantengan en buenas condiciones cumpliendo los requisitos necesarios para prestar servicios de la mejor calidad. 2) Se inventariaron en detalle los recursos de la infraestructura hospitalaria de segundo y tercer nivel (170 instituciones) mediante el Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (Proyecto Catastro Físico-Funcional Hospitalario). Gracias a ello, el Ministerio de Salud y las propias instituciones saben cuáles son sus fortalezas y debilidades y se hallan en condiciones de aplicar mejor las inversiones que requiera el fortalecimiento del sistema. En cuanto a la distribución de equipos, el catastro demostró que las unidades funcionales de laboratorio clínico y cirugía son las que disponen de mayor cantidad, con una participación porcentual respectiva de 16% y 15,7% de los 35.000 equipos inventariados. 3) Se incrementaron las adquisiciones de equipamiento médico tanto en el sector público como en el privado; sin embargo, se carece de una legislación avanzada que permita controlar el ingreso de innumerables equipos y dispositivos que carecen de homologación internacional, carecen de representaciones adecuadas o bien distan de tener la mejor calidad. Solo se cuenta con una legislación básica en la que las restricciones al ingreso están enfocadas en controlar la adquisición de equipos de segunda, las donaciones, las tecnologías experimentales y el ingreso de algunos equipos de alto costo (tomógrafos, cámaras de rayos gamma, resonancia magnética). Entre los proyectos de adquisición de equipos se destacan los adelantados por el Ministerio de Salud utilizando tanto

recursos propios como de crédito externo y algunas donaciones muy importantes, como las aportadas por el Gobierno del Japón (en 1998) para renovar el equipamiento en 22 hospitales del país (por aproximadamente US\$ 7,5 millones) y el de cuatro hospitales del llamado Eje Cafetalero en 2001 por US\$ 4,5 millones.

Recursos humanos

En Colombia, la inequidad en la distribución de los recursos humanos es mayor en lo que respecta a los profesionales y, entre los médicos, a los especialistas. En efecto, los médicos se concentran en las grandes ciudades como Barranquilla, Cali, Medellín, Bogotá y las del Eje Cafetalero y el Tolima. También dentro de cada ciudad prevalece una distribución inequitativa que desprotege a las zonas periféricas y más deprimidas socioeconómicamente. Hay además zonas tradicionalmente desatendidas, con escasa presencia médica, como la Costa Pacífica, la región de los llanos orientales y partes de la Costa Atlántica y del Magdalena Medio. Según la base de datos de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y un estudio de 1999 sobre la medicina especializada el país cuenta con 43.166 médicos, es decir, una tasa de 10,4 médicos por 10.000 habitantes, 2,4 veces mayor que la de hace 30 años. De ese total, 24.717 (57,3%) son médicos generales y de ellos 26,4% ejercen en Bogotá. Los especialistas se concentran principalmente (62%) en Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla, y la capital de la nación reúne a casi 40% de ellos. En Medellín y en Bogotá se halló una proporción de 0,85 y 0,86 especialistas por médico general, respectivamente; solo los ginecólogos-obstetras presentan una distribución equilibrada, en comparación con las demás especialidades, irregularmente distribuidas: por ejemplo, en Bogotá se observa gran concentración de psiquiatras y neurólogos.

Investigación y tecnología en salud

No hay en Colombia un organismo que recopile exhaustivamente información nacional sobre las investigaciones que se realizan en el campo de la salud. Hasta hace dos años, la hoy desaparecida Subdirección Científica y Tecnológica del Ministerio de Salud recopilaba información parcial acerca de temas y grupos de investigación del sector. El Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (COLCIENCIAS) tiene a su cargo, a través de distintos programas, el planeamiento estratégico del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología; uno de esos programas corresponde al sector salud y hace el seguimiento de las investigaciones que se realizan con fondos oficiales tramitados por intermedio del Instituto. Desde 1997 COLCIENCIAS analiza las tendencias de la investigación en salud en el país en términos de temas o problemas investigados y enfoques aplicados. De los problemas investigados entre 1990 y 1997, 73,6% se refe-

rían a las enfermedades transmisibles, crónicas y degenerativas, con una representatividad sumamente escasa de las lesiones por trauma y violencia; 6,6% versaban acerca de los servicios de salud, y 19,7% acerca de las ciencias básicas. Los enfoques aplicados en la década de 1990 se caracterizan por el fortalecimiento de la investigación biomédica (39,8%), la pérdida de importancia de la investigación clínica (29,0%), y, en el caso de la salud pública, el predominio de la investigación epidemiológica (22,9%) sobre la referida a los sistemas de salud (8,3%). Las enfermedades más estudiadas son las infecciosas y las parasitosis, estas últimas con énfasis en las tropicales; en segundo lugar las endocrinas, con excepción de la diabetes. En materia de servicios de salud predominan los problemas de la atención, y en ciencias básicas sobresalen la investigación farmacológica, la inmunología e inmunogenética, y la biología y citogenética. Es muy débil la contribución de las investigaciones al conocimiento de las enfermedades de mayor incidencia y prevalencia, pues solo 4,39% de los proyectos guardan relación con el estudio de las principales causas de mortalidad general de la población colombiana.

Desde otra perspectiva, se puede caracterizar la oferta mediante el análisis de las unidades de investigación, de los investigadores y de la producción científica. Entre 1996 y 1997, 73 unidades de investigación participaron en las convocatorias de COLCIENCIAS, casi 70% de ellas pertenecientes a centros de educación superior; por su distribución geográfica, 52% se concentraban en Bogotá, 24,7% en la zona nordoccidental, 13,7% en la región del Pacífico, 5,5% en la zona atlántica y 4,1% en la región centro-oriental. En esas 73 unidades trabajaban 985 investigadores, casi todos con formación de pregrado, pero solo 16% doctorados. La gran mayoría tenía formación en ciencias básicas (45%) y clínica (40%), y solo 7% en salud pública, en tanto que el resto correspondía a otras disciplinas, tales como ciencias sociales y humanas y administración.

La producción científica se traduce sobre todo en la redacción de artículos para revistas (60%), en su mayoría especializadas y por ende de circulación restringida entre lectores igualmente especializados. Entre los investigadores predomina la producción individual (59%) sobre la colaborativa (18%) y la asociada a proyectos más amplios de investigación (23%). Esto indica el grado de aislamiento en el seno de la propia comunidad científica, tanto en el ámbito de Colombia como en el contexto latinoamericano, así como lo incipiente del trabajo en red y de la cooperación interinstitucional. El último Plan de COLCIENCIAS para el sector salud fue diseñado para el período 1999–2004 partiendo de una problemática del sector caracterizada por tres procesos de transición (demográfica, epidemiológica y del sistema de salud) estrechamente relacionados entre sí y con profundo impacto sobre la dinámica de la salud. Además, tomó en cuenta la recesión económica, el deterioro ambiental y el escaso beneficio que la sociedad colombiana ha obtenido de los adelantos tecnológicos y científicos de las ciencias de la salud.

Gasto y financiamiento sectorial

Con la sanción de la Ley 100, en 1996 se estimó en US\$ 300.482.310 el gasto total en salud para todo el país, equivalente a 10,1% del PIB (estimado para ese año en US\$ 4.400 millones), con una participación de 4,1% del gasto público y 5,9% del gasto privado. Para 1999 la inversión en salud se estimaba en 10% del PIB, aproximadamente US\$ 966 millones. El gasto en promoción y prevención para 1997 se estimó en US\$ 46,77 millones para el Plan de Atención Básica y en US\$ 201,86 millones para el Plan Obligatorio de Salud, más los aportes del impuesto a las municiones y explosivos correspondiente al Programa de Prevención de la Violencia y Promoción de la Convivencia Pacífica (US\$ 605.500), en total, US\$ 249,24 millones. A esta cantidad habría que sumarle el presupuesto del Instituto Nacional de Salud, estimado en US\$ 2,81 millones para 1999, y el del Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA, fundado en 1995), de US\$ 1,27 millones para 1999. Se llegaría así a una suma según la cual aproximadamente 5% de todo el gasto en salud se destina a la promoción y a la prevención. En un estudio denominado "Análisis de la Ejecución de las Actividades de Promoción y Prevención en las Entidades Promotoras de Salud", durante 1997 se evaluaron 31 EPS. Esta evaluación permitió determinar que, de los 11 programas obligatorios existentes, cinco de ellos consumían 86,3% de los recursos; el primero en el gasto es el programa de salud oral, con 30,2%; el segundo, la prevención de enfermedades relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, con un gasto de 18,5%; el Programa Ampliado de Inmunizaciones ocupa

el 7.º lugar en la inversión, con un 2%, y el menor gasto informado corresponde al Programa de Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual e Infección por VIH/SIDA.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

La cooperación internacional recibida por el Ministerio de Salud durante el año 2000 se expresó en la ejecución de 13 convenios de cooperación multilateral con los siguientes organismos o programas internacionales: Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ), Convenio Hipólito Unanue (CONHU), Partners in Population, Comunidad Andina de Fomento, Organización de Estados Iberoamericanos (OEI), Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (IDB), Organización Internacional de Migraciones (OIM) y Convenio Andrés Bello. Tres de ellos fueron de cooperación financiera no reembolsable y 10 de cooperación técnica en los siguientes temas: fortalecimiento de los sistemas de salud, salud sexual y reproductiva, consorcios hospitalarios, reunión de ministros de salud del área andina, y reformas y financiamiento del sector salud. Se ejecutaron convenios de cooperación bilateral con diversos organismos y gobiernos, entre ellos el Fondo de Cooperación y Asistencia Internacional, el Gobierno del Canadá, el Gobierno de Panamá, el Gobierno de Jamaica, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, la Generalitat Valenciana y la Secretaría de Salud de México.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Colombia, 1994–2000.

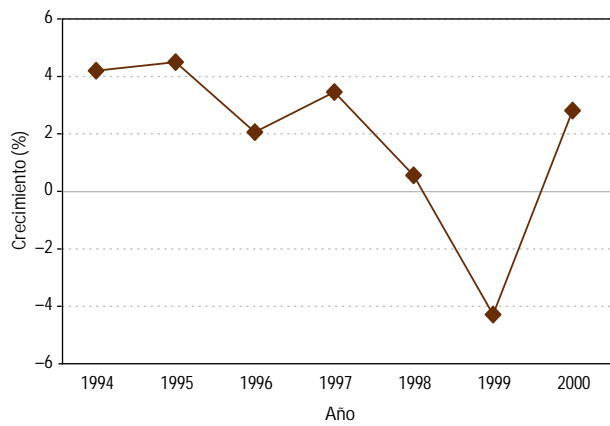


FIGURA 4. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año y en embarazadas según vacuna, Colombia, 2000.

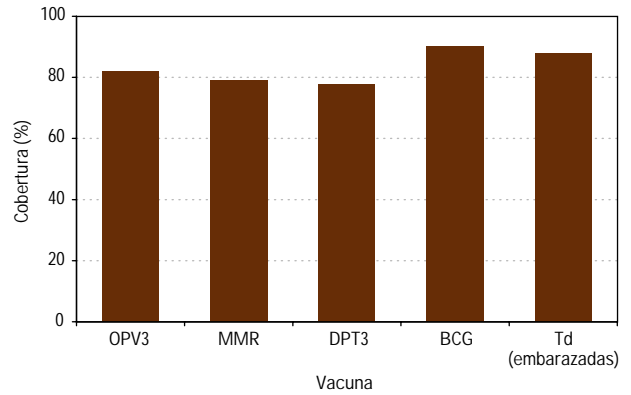


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Colombia, 2000.

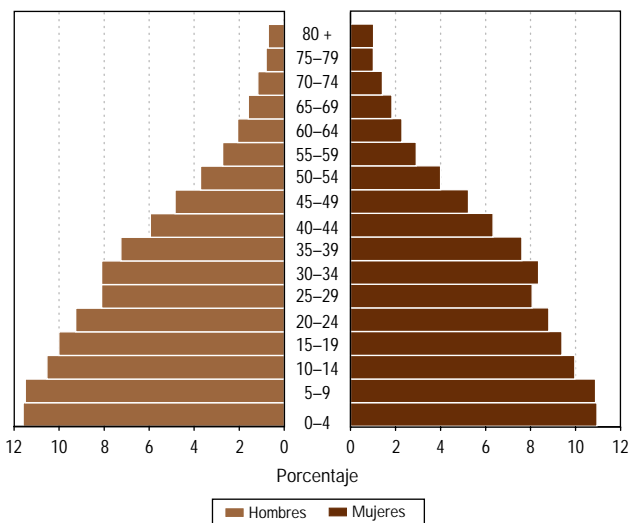


FIGURA 5. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Colombia, 1990–1998.

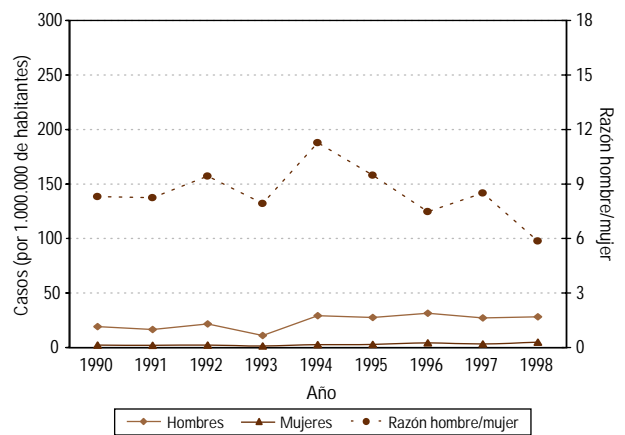
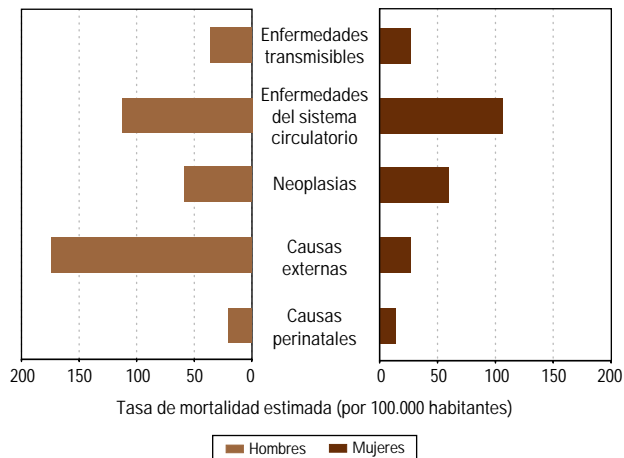


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Colombia, 1998.



COSTA RICA

CONTEXTO GENERAL

Costa Rica, país de arraigada tradición democrática, finalizó el siglo XX con un sistema político electoral estable, que celebra consultas transparentes cada cuatro años, y un sistema de poderes que ejerce el control de sus labores.

En la última década se ha evidenciado un debilitamiento del poder político, con expresiones de descontento social como la movilización popular a inicios de 2000 en contra de la privatización del Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) y cuestionamientos al bipartidismo y la representatividad. El incremento del abstencionismo electoral en las últimas elecciones del año 1998, que alcanzó 30%, fue un indicador de la insatisfacción popular con los partidos políticos. Se destaca la creación de instancias de participación social en los años noventa, como la Defensoría de los Habitantes y la Comisión Nacional del Consumidor. Otras instituciones que ejercen una importante función de control de la administración pública son la Contraloría General de la República, la Sala IV Constitucional, la Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos y las Contralorías de Servicios de las instituciones públicas. Por otra parte, la modificación del Código Municipal en 1998 permitió avanzar en la descentralización, aunque persiste la debilidad de la gestión local.

El crecimiento del producto interno bruto (PIB) durante 1998 y 1999 fue de 8%, mientras que en 2000 fue tan solo de 1,5% (figura 1). Esto se explica por la caída de 11% en el valor de las exportaciones de bienes y por las fluctuaciones en el mercado de la industria electrónica de alta tecnología que afectaron las exportaciones de la empresa Intel, lo que demuestra la vulnerabilidad de la economía costarricense. Este crecimiento mínimo se atribuye a una declinación de los sectores primarios y de manufactura, y a un estancamiento del ramo de la construcción; los demás sectores crecieron en promedio 4,3%. La producción agropecuaria disminuyó 3% por efecto de la baja en las cotizaciones internacionales, problemas financieros de los productores y condiciones climáticas adversas.

Los salarios reales del sector formal se estancaron y el ingreso por habitante se contrajo. El desempleo aumentó levemente de

5,7% en 1997 a 6% en 1999, tanto en el área rural como en la urbana, y fue mayor en mujeres (8,2%) que en hombres (4,9%). El ingreso promedio de los hombres económicamente activos fue 29% más alto que el de las mujeres. La política monetaria, la menor devaluación nominal del tipo de cambio y la reducción del ritmo de la actividad productiva contribuyeron a mantener la inflación en 10%, pese a las presiones derivadas del aumento del precio de los combustibles. La inversión del gobierno central se redujo alrededor de 20% en términos reales, mientras que la deuda interna bonificada del gobierno central ascendió a 23% del PIB.

Durante la década de los noventa se resaltan tres logros sociales importantes: la reducción de la tasa de mortalidad infantil, la continuidad en los esfuerzos en la reforma del sector salud y el repunte de varios indicadores del sector educación. A pesar de estos logros, una quinta parte de la población vive en la pobreza y su distribución geográfica no es homogénea. La extrema pobreza en 1999 fue de 6,7%, mayor con respecto a 5,7% en 1997; la pobreza extrema urbana se incrementó en ese período de 3,2% a 4,5% y la rural de 7,6% a 8,5%; las regiones Brunca (14,8%) y Chorotega (13,2%) triplicaron los porcentajes de extrema pobreza respecto a la Región Central (4,4%).

La distribución del ingreso de los hogares se mantuvo estable en la década de 1990 y la razón de ingreso 20% superior/ 20% inferior fue de 12,6. El coeficiente de Gini basado en el ingreso familiar per cápita presentó un leve incremento, de 0,374 en 1990 a 0,400 en 1999.

Al evaluar las diferencias de mortalidad infantil entre provincias con datos de población acumulada de nacidos vivos y muertes acumuladas de menores de 1 año, los coeficientes de Gini se acercan a la situación de equidad: 0,06 en 1990–1994 y 0,04 en 1995–1999 (figura 2).

La tasa de alfabetización fue de 95,3% en 1999; la cobertura de educación primaria y secundaria aumentó de 90,1% en 1990 a 91,8% en 1999 y la cobertura de educación diversificada (media superior) y terciaria (superior) se incrementó de 39,5% en 1990 a 49% en 1999, sin diferencias por sexo. Sin embargo, en el área académica hay un marcado predominio masculino en las carreras científicas y técnicas. En 1999 se registró un alto desgrana-

miento (estimación de los estudiantes de una misma cohorte que terminan el proceso educativo) por nivel educativo, 31,2% en el nivel primario, 65,9% en el tercer ciclo y 72,4% en undécimo año, siendo más alto el porcentaje de varones.

Costa Rica tiene una superficie de 51.100 km² y una población estimada para el 2000 de 3.824.593 habitantes, de la cual 51,9% correspondía al área urbana y 50,1% al sexo masculino. La densidad de población fue de 74 habitantes por km² y la tasa de crecimiento anual disminuyó de 3,2% en 1994 a 2,6% en 1999. La esperanza de vida al nacer en 1999 fue de 76,9 años (74,2 en hombres y 79,2 en mujeres). La estructura poblacional está constituida mayoritariamente por personas entre 15 y 64 años (65%). Las principales tendencias demográficas del país fueron: a) reducción de la mortalidad general, principalmente la de los menores de 5 años, entre 1970 y 1980 y ulterior estancamiento en cifras cercanas a 4,3 por 1.000 hasta 1999; b) disminución de la tasa global de fecundidad, de 5,1 en 1970 a 2,7 en 1999; c) disminución de la tasa bruta de natalidad, de 25,6 por 1.000 habitantes en 1992 a 20,5 por 1.000 habitantes en 2000; d) incremento en el flujo de inmigrantes, particularmente desde 1990; e) aumento en la expectativa de vida en forma constante hasta 76,7 años en 1990 y un posterior estancamiento hasta 1999, manteniéndose una diferencia entre ambos sexos de alrededor de cinco años de mayor esperanza de vida para las mujeres; f) disminución de 40% en la razón de dependencia demográfica entre 1970 y 1999 (de 1 a 0,6). Como consecuencia de lo anterior se produjo una rápida transición demográfica entre 1970 y 2000, con ensanchamiento de la pirámide en las edades medias tanto en hombres como en mujeres (figura 3).

En julio del 2000 se realizó el IX Censo de Población y el V Censo de Vivienda. Según los primeros resultados, aumentó el número de habitantes de 2.416.809 en 1984 a 3.824.593 en 2000. Este cambio significó un incremento de la tasa media anual de crecimiento de 2,3% entre los censos de 1973 y 1984, a una tasa de 2,9% entre 1984 y 2000. Por provincia, San José continúa concentrando más de un tercio de la población del país y en el período intercensal creció a una tasa media anual de 2,7%. Resalta el crecimiento relativo de la provincia de Limón (tasa media de 4,5% anual), que duplicó el número de habitantes y llegó a representar 8,9% de la población nacional.

Costa Rica es receptora de una importante corriente migratoria con tendencia al incremento, principalmente de Nicaragua; en el período 1975–1980 había 2,9 nicaragüenses por 1.000 habitantes, en tanto que en el período 1990–1995 eran 9,1 por 1.000. En los años 1999 y 2000 se ha incrementado de manera importante la inmigración de Colombia.

Mortalidad y morbilidad

La tasa de mortalidad general en el período 1995–1999 fue de 3,9 por 1.000 habitantes (la tasa ajustada según población de la OMS fue de 5,6 por 1.000 habitantes), en hombres 4,4 por 1.000

habitantes (ajustada, 6,81 por 1.000 habitantes) y en mujeres 3,4 por 1.000 habitantes (ajustada, 4,5 por 1.000 habitantes). En dicho período, las tasas ajustadas más altas correspondieron a las provincias de Limón, Puntarenas y Alajuela (6,4; 5,7 y 5,7 por 1.000 habitantes), mientras que la de San José fue de 5,5 por 1.000 habitantes. De las 15.052 defunciones registradas en 1999, 58,1% ocurrieron en personas de 65 o más años y 57,8% en hombres. Los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos representaron 1% del total de defunciones, 83,4% de las cuales fueron certificadas por médicos.

Al analizar la mortalidad en 1999 por los cinco grandes grupos de causas, las enfermedades del aparato circulatorio ocuparon el primer lugar con 4.578 defunciones (1,3 por 1.000 habitantes); las neoplasias, el segundo lugar con 3.129 defunciones (0,9 por 1.000 habitantes), y las causas externas, el tercer lugar con 1.798 defunciones (0,5 por 1.000 habitantes). Este último grupo de causas generó la proporción más alta de años potenciales de vida perdidos (APVP), 26,4% en hombres y 8,8% en mujeres; el mayor riesgo de muerte en los hombres, en particular por accidentes de transporte, se asocia directamente con comportamientos de riesgo. De 1996 a 1999 estos grandes grupos de causas tuvieron un comportamiento similar.

Al comparar las tasas de mortalidad ajustadas según provincias en el quinquenio 1995–1999, las enfermedades del aparato circulatorio fueron ligeramente más altas en las provincias de Limón, Alajuela y Cartago. En las enfermedades transmisibles, las mayores tasas correspondieron a las provincias de Limón (87 por 100.000 habitantes), Alajuela (76 por 100.000 habitantes) y Puntarenas (75 por 100.000 habitantes). Las provincias de Guanacaste y Puntarenas presentaron las tasas más bajas por neoplasias malignas y la de Limón tuvo una tasa por causas externas que duplica la de las otras provincias (185 por 100.000 habitantes).

La disminución más importante por grandes grupos de causas correspondió a las enfermedades transmisibles: de 310 por 100.000 habitantes en el período 1970–1974 a 67 por 100.000 habitantes en 1985–1989, cifra en la que se estabilizó durante los dos quinquenios siguientes (1990–1994 y 1995–1999). Las afecciones perinatales disminuyeron de 45 por 100.000 habitantes en 1970–1974 a 21 por 100.000 habitantes en 1995–1999, y las enfermedades del aparato circulatorio descendieron de 537 por 100.000 habitantes a 377 por 100.000 habitantes en los mismos quinquenios. Las neoplasias y causas externas tuvieron un leve descenso en este período.

La tasa cruda de mortalidad según sexo en el quinquenio 1995–1999 fue de 4,4 por 100.000 en hombres y 3,4 en mujeres (tasas ajustadas de 6,81 por 100.000 y 4,53 por 100.000, respectivamente). Los hombres presentaron tasas más altas en todos los grandes grupos de causas. La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres descendió de 163 por 100.000 en el período 1970–1974 a 40 por 100.000 en el período 1995–1999; en la mujeres también hubo una disminución en los mismos períodos.

dos, de 147 por 100.000 a 27 por 100.000. En las causas externas hubo un leve descenso, más pronunciado en hombres que en mujeres; la razón de incidencia hombre/mujer se ha mantenido aproximadamente en 4:1 en el período 1970–1999. La mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio ha descendido más en las mujeres (de 255 por 100.000 a 157 por 100.000), en comparación con los hombres (282 por 100.000 a 220 por 100.000) (cuadro 1).

La mortalidad proporcional por enfermedades transmisibles fue de 6,7% en el trienio 1997–1999; las infecciones respiratorias agudas, las diarreas y la infección por VIH/SIDA representaron 80% del total de dichas defunciones. Aproximadamente la mitad de las defunciones se debieron a enfermedades cardiovasculares y neoplasias. Las muertes debidas al proceso reproductivo, incluyendo las perinatales y por malformaciones congénitas, correspondieron a 5,8%.

En el período 1995–1999, hubo 203.355 APVP en los hombres y 139.253 APVP en las mujeres, lo que representa un aumento de 10,7% y 6,0% respecto al período 1990–1994 (183.651 APVP y 131.312 APVP, respectivamente).

La mortalidad infantil descendió consistentemente en los últimos 30 años. En 1970 era de 61,5 por 1.000 nacidos vivos, en 1999 de 11,8 por 1.000 nacidos vivos y en el 2000 fue 10,2 por 1.000 nacidos vivos (11,6 por 1.000 en varones y 8,8 por 1.000 en mujeres). De las 798 defunciones en menores de 1 año en el año 2000, 463 (58,02%) correspondieron a varones. La tasa de mortalidad neonatal en 1999 fue de 8,1 por 1.000 nacidos vivos y la posneonatal de 3,7 por 1.000 nacidos vivos. Las afecciones generadas en el período perinatal representaron 50,8% del total de la mortalidad infantil, seguidas por las anomalías congénitas (28,5%), y las neumopatías (8,4%). Las enfermedades infecciosas y parasitarias causaron 4,9% de la mortalidad infantil.

Las del trienio 1996–1998 mostraron que 15 de los 81 cantones tenían tasas de mortalidad infantil superiores a la media nacional. La estratificación de la mortalidad infantil por quintiles

según área geográfica mostró conglomerados de cantones con tasas superiores a 15 por 1.000 nacidos vivos (máxima tasa cantonal 25,8 por 1.000 nacidos vivos), fundamentalmente en la provincia de Limón (incluidas las áreas fronterizas con Panamá y Nicaragua y las áreas indígenas de Talamanca). En contraste los cantones correspondientes a las zonas urbanas del valle central (provincia de San José) presentaron tasas inferiores a 10,4 por 1.000 nacidos vivos.

La tasa de mortalidad materna fue de 20,2 por 100.000 nacidos vivos en 1995 y de 19,0 por 100.000 nacidos vivos (15 defunciones) en 1999. En el trienio 1996–1998, las principales causas de defunción fueron aborto complicado y eclampsia; en 1999, 85% de los casos se clasificaron como prevenibles.

El período 1996–2000 se caracterizó por el repunte de algunas enfermedades transmisibles (dengue, malaria, leptospirosis, tuberculosis, SIDA e infecciones gastrointestinales y respiratorias), así como por la tendencia ascendente de accidentes y violencia; embarazo en las adolescentes, y suicidio. En los años 1999–2000 se produjeron brotes de infección intrahospitalaria, tos ferina, rubéola e intoxicación alimentaria.

Las enfermedades respiratorias ocuparon el primer motivo de consulta, seguidas por las enfermedades del sistema genitourinario, las enfermedades del sistema osteomuscular y las enfermedades hipertensivas. Las consultas de control en mujeres fueron el doble que en hombres. Las causas más frecuentes de consultas de urgencia fueron enfermedades del sistema respiratorio (32,3%), causas externas (14,7%), embarazo, parto o puerperio (6,8%) y enfermedades infecciosas y parasitarias (5,8%). Las principales causas de egresos fueron embarazo, parto y puerperio, afecciones del sistema digestivo, afecciones del sistema genitourinario y causas externas.

Entre los factores relacionados con esta situación epidemiológica, se puede señalar la debilidad de las políticas y estrategias de prevención y control de enfermedades, en un contexto de transferencia de las responsabilidades programáticas del Ministerio

CUADRO 1. Tasas de mortalidad ajustada,^a por grandes grupos de causas y sexo, Costa Rica, 1970–1999 (x 100.000).

Grandes grupos de causas	Quinquenio																	
	70–74			75–79			80–84			85–90			90–94			95–99		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Enfermedades transmisibles	163	147	310	75	59	134	48	38	86	38	29	68	40	27	67	40	27	67
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	27	19	45	21	15	37	20	14	34	17	12	29	13	10	23	12	9	21
Neoplasias malignas	153	133	286	154	123	277	157	117	273	159	122	280	151	110	261	146	107	253
Enfermedades del sistema circulatorio	282	255	537	232	197	429	230	187	418	221	171	392	227	167	394	220	157	377
Causas externas	106	25	130	110	28	138	84	23	107	81	23	105	86	24	110	87	22	109
Las demás enfermedades	111	111	222	129	121	251	122	109	231	145	124	268	142	115	257	168	126	294
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	60	48	108	32	26	58	24	18	41	8	6	14	11	6	18	8	4	12

^a Tasas por 100.000 habitantes, según la población mundial estándar definida por la Organización Mundial de la Salud, 1995.

H= hombres, M= mujeres, T= total.

de Salud a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS); el énfasis en el enfoque curativo individual; el debilitamiento de la participación comunitaria en salud, y el impacto de las corrientes migratorias. Otros riesgos se configuran por la deficiente calidad del agua de consumo humano, la inadecuada infraestructura vial y los comportamientos y prácticas de riesgo asociados a modos de vida.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

En 1998 se estimó una población de 404.032 menores de 5 años (10,7%). Las 925 muertes en este grupo representaron 6,1% del total de muertes. Las causas más frecuentes de las atenciones de urgencias de los menores de 1 año en 1997 fueron las infecciones respiratorias agudas (33,6%), las infecciones gastrointestinales (4,7%) y el asma (5,2%). Las causas de egresos fueron las mismas, con aumento de los trastornos relacionados con la duración de la gestación, las infecciones respiratorias agudas, las anomalías congénitas, la ictericia y el síndrome del niño maltratado, y reducción de las infecciones intestinales y neumonías. Los menores de 1 año correspondieron a 2,5% de la población y constituyeron 8,7% de los egresos hospitalarios.

El grupo de 1 a 4 años representó 10% de la población total y originó 10,7% de las consultas y 5% de los egresos, cuyas causas más frecuentes fueron la infección intestinal, el asma y la bronconeumonía. En 1998 se registraron 167 muertes (1,1% del total de defunciones), con una tasa de mortalidad de 5,2 por 10.000. Los accidentes y violencia fueron la principal causa de muerte (1,3 por 10.000), seguidos por las anomalías congénitas (1 por 10.000) y las enfermedades del sistema nervioso. Los motivos más frecuentes de atención de urgencia fueron las infecciones respiratorias agudas (35,7%) y las lesiones por causas externas (10,7%). El síndrome del niño maltratado correspondió a 0,18% del total de egresos hospitalarios en 1997, siendo más alto para las niñas que para los niños. La mortalidad por homicidios y lesiones no definidas fue de 1,1% del total de las muertes de este grupo de edad.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años) y de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

En 1998 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 9 años registró la menor mortalidad (2,3 por 10.000); después el de 10 a 14 (2,9 por 10.000), y la mayor fue en el de 15 a 19 (5,9 por 10.000 habitantes). Juntos, estos tres grupos contribuyeron con 3% de la mortalidad total; las principales causas fueron las externas, seguidas por las neoplasias y las enfermedades del sistema nervioso.

Las causas más frecuentes de atención de urgencia fueron los problemas respiratorios (26,6%), las causas externas (16%) y el asma (11,3%). En 1997 le correspondió al grupo de 5 a 9 años 8% del total de las consultas y 4% del total de egresos hospitalarios. El asma fue la principal causa de hospitalización, seguida de los traumatismos y las apendicitis; hubo una reducción de las meningitis y un incremento del síndrome del niño maltratado y de las leucemias.

El grupo de 10 a 14 años es el que utilizó menos servicios de salud: 6,3% de los de urgencia, 5% de las consultas y menos de 3% de la hospitalización. En 1997 las mayores causas de hospitalización en los hombres fueron los traumatismos (16,7% de 5.414 egresos) y en las mujeres, los trastornos relacionados con el embarazo, parto y puerperio (18,1% de 4.573 egresos). De 1990 a 2000, los nacimientos de madres adolescentes tuvieron un incremento de casi 25%; en las menores de 15 años fue de 65%.

El grupo de 15 a 19 años consumió 9% de los servicios de urgencia, 6% de las consultas y 8% de las hospitalizaciones de la CCSS. En los tres servicios los traumatismos fueron las causas más frecuentes de atención en los hombres, y en las mujeres, las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Los traumatismos fueron responsables de 28,9% de los 4.306 egresos masculinos, y el embarazo, parto y puerperio, de 80,7% de los 24.282 egresos femeninos; le siguieron las enfermedades del aparato digestivo, 18,7% en hombres y 3,2% en mujeres. En este grupo comenzó a registrarse mayor consumo de servicios por parte de las mujeres.

La salud de la población adulta (20–59 años)

En 1998 la población de 20 a 59 años se estimó en 1.893.968 personas (50,3% del total); en dicho grupo se produjeron 24,8% de las defunciones totales. La tasa de mortalidad fue de 9,3 por 10.000 en el grupo de 20 a 24 años y de 64 por 10.000 en el de 55 a 59 años. En 1998, la principal causa de muerte en el grupo de 15 a 34 años fueron las lesiones traumáticas y los envenenamientos en ambos sexos, seguidos por las neoplasias en los hombres y las enfermedades cardiovasculares en las mujeres. En el grupo de 35 a 49 años la principal causa de muerte en las mujeres fueron las neoplasias (42%), seguidas por las enfermedades cardiovasculares y las causas externas. En los hombres las causas externas ocuparon el primer lugar (34%) y después las enfermedades cardiovasculares (15%). En el grupo de 50 a 69 años las enfermedades cardiovasculares ocuparon el primer lugar (31%) y las causas externas el tercer lugar (11%).

El grupo de 20 a 44 años recibió 36,8% de los servicios de urgencia, 40% de las consultas y 50% de los servicios hospitalarios. Las causas más frecuentes de demanda en todos estos servicios fueron los traumatismos en los hombres y las enfermedades relacionadas con la reproducción en las mujeres. En 1997, 83,4% de los 146.458 egresos en este grupo fueron de mujeres, 67,58% de los cuales estuvieron asociados con el embarazo, parto y puerperio. El aborto fue responsable de 5,6% de los egresos hospitalarios.

rios de las mujeres de 15 a 19 años y de 6,5% del grupo de 20 a 24 años. Al grupo de 45 a 59 años le correspondió 9,8% de los servicios de urgencia, 14% de las consultas y 8,5% de las hospitalizaciones. De los 29.081 egresos de este grupo en 1997, 60% correspondieron a mujeres, en quienes las enfermedades del sistema genitourinario (19,7%), las neoplasias (16,1%) y las del aparato digestivo (14,2%) ocuparon los primeros lugares. En los hombres las primeras causas de hospitalización fueron las enfermedades del sistema digestivo (18,0%) y las circulatorias.

Con respecto a la salud reproductiva, los niveles de fecundidad han descendido en las últimas décadas; en 1999 se registró una tasa global de fecundidad de 2,7, con grandes diferencias entre zonas urbanas y rurales. Las mujeres con menor nivel educativo tuvieron un promedio más alto de hijos (3,8) frente a las mujeres con mayor grado de escolaridad (2,2). Las mujeres del nivel socioeconómico más bajo tuvieron 5,2 hijos, dos veces más que las mujeres del nivel más alto. En 1999, el número deseado de hijos fue de 2,7 en promedio y 51,6% de las mujeres manifestó no querer más hijos. De las mujeres unidas, 96% indicaron haber usado alguna vez anticonceptivos, con mayor frecuencia los anticonceptivos orales y el condón. En 1999, más de 90% de los partos fueron atendidos en centros hospitalarios públicos. La tasa de natalidad disminuyó de 23,9 por 1.000 habitantes en 1995 a 22,6 en el 2000. Tres regiones tuvieron tasas de natalidad superiores a la media nacional: Huetar Norte, Huetar Atlántica y Brunca.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

En 1998 se estimó una población de 60 y más años de 271.586 personas (46,8% hombres); este grupo representó 7,2% del total y fue el de más rápido crecimiento. En 1998 la mortalidad fue de 34,9 por 100.000 habitantes (40,1 por 100.000 en hombres y 31,1 por 100.000 en mujeres). En ambos sexos las principales causas de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, seguidas de las neoplasias y las enfermedades del aparato respiratorio. Este grupo recibió 9,4% de la atención de urgencia, 13,5% de las consultas externas y 13% de las hospitalizaciones de la CCSS. En 1997 se produjeron 1.311.885 consultas; los principales motivos fueron la hipertensión, la diabetes mellitus y los trastornos neurológicos. Este mismo año la CCSS registró 44.656 egresos en total; cuyas principales causas de hospitalización fueron las referidas a los sistemas circulatorio (21,6%) digestivo, (12,9%), genitourinario (12,5%) y respiratorio (10,6%), además de las neoplasias (10,6%). En las mujeres las primeras causas de egreso fueron las circulatorias (20,1%), digestivas, (12,0%) y las enfermedades del ojo (9,9%).

La salud de la familia

En 1999, 28% de las mujeres entre 18 y 44 años convivía en unión libre, tendencia que era mayor en las parejas más jóvenes. La edad promedio a la primera unión son los 20 años. Se observó que 47,1% de los nacimientos fueron registrados por madres solteras y 2%, por viudas, divorciadas o separadas; además, 30% de

los nacimientos fueron inscritos sin padre reconocido. De interés nacional fue la promulgación de la Ley de Paternidad que da derecho a la mujer a registrar el padre de su hijo.

La salud de los trabajadores

En 1999 la población económicamente activa era de 1.383.452 personas (66,9% hombres), distribuida similarmente en las áreas urbana y rural; la fuerza laboral se concentró en los sectores de servicios (24,6%), comercio (20,7%), agricultura (19,6%) e industria manufacturera (15,7%). En ese mismo año el total de accidentes ocupacionales registrados fue de 120.279 (87% en hombres y 13% en mujeres). De las personas asalariadas, 78,4% estaban aseguradas por riesgos del trabajo y 17% de ellas sufrieron accidentes. El grupo de 20–25 años fue el más afectado en los periodos 1992–1995 y 1996–2000, con un promedio anual de 28.869 y 22.383 accidentes, respectivamente. En el quinquenio 1996–2000, el sector económico con mayor cantidad de accidentes ocupacionales fue la agricultura, seguido de la industria manufacturera; en 2000 ambas mostraron un descenso de aproximadamente 17% y 20%, con respecto a 1996.

La salud de los discapacitados

En 1998 se estimó que 9,3% de la población nacional estaba discapacitada. De las 311.359 personas con discapacidad, solamente 29,7% fueron atendidas en los establecimientos de salud de la CCSS, 60% de los cuales provenían de la provincia de San José. De acuerdo con datos del Centro Nacional de Rehabilitación de la CCSS, que atiende 55% de la demanda nacional, las causas más frecuentes de discapacidad en 1998 fueron: defecto postural (22%), lumbalgia (11,5%), parálisis facial (3,6%) y fracturas (3,5%). Las lumbalgias tuvieron un aumento del número de afectados, de 3.743 en 1996 a 5.584 en 1998; las demás causas permanecieron sin modificaciones en el período.

Cabe destacar que el impacto de la discapacidad en la actividad económica y productiva es altamente significativo. En 1999 se otorgó, en promedio, un día de incapacidad a cada asegurado en el país. Este promedio muestra una tendencia ascendente discreta en los últimos cinco años, y un comportamiento similar se observa en los accidentes de transporte y ocupacionales.

La salud de los indígenas

La población indígena representa 1% de la población del país y está distribuida en ocho pueblos (brunkas, cabécares, teribes, bribbís, huetares, malekus, chorotegas y guaymíes), que suman una población aproximada de 40.000 personas; los más numerosos son los bribbís (34%) y cabécares (26%) que residen en la Región Huetar Atlántica, especialmente en el cantón de Talamanca. En comparación con el promedio nacional, las zonas indígenas presentan en general elevadas tasas de mortalidad infantil, de natalidad y de mortalidad general, así como grandes deficiencias de vivienda y servicios básicos (agua potable y electricidad). En el año 2000, 47% de los cabécares eran analfabetas y solo

6% tenían escolaridad de primaria completa o más. En 1999, de las 14 defunciones infantiles que se produjeron en el cantón de Turrialba, 29% fueron en la población indígena, pese a que esta representaba únicamente 4% de la población de ese cantón; 73% de las embarazadas no acudieron al control prenatal y 70% de los partos ocurrieron en el hogar; además, 60% de las viviendas presentaban serias deficiencias de estructura y no tenían letrinas.

En 1995 se tomaron medidas dirigidas a extender el seguro social a estos grupos y brindarles atención primaria asistencial. En 1998 se firmó un convenio para el desarrollo integral del área de salud entre la CCSS y la Comisión Nacional de Asuntos Indígenas, con el objeto de mejorar la atención. Pese a estos intentos, persisten barreras políticas, geográficas y culturales que dificultan el acceso a los servicios por parte de esta población.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

En el país se han identificado zonas geográficas con mayor riesgo de inundaciones (vertientes atlántica y pacífica), cuyo impacto se vincula a situaciones de desigualdad social; además, existen antecedentes de terremotos (provincias de Cartago, Alajuela y Limón) y de erupciones volcánicas. Otras amenazas se generan como consecuencia de la acción del hombre por uso inadecuado del territorio, como deforestación, contaminación por desechos y alteración de cuencas hidrográficas. En los últimos años ha habido un incremento de las amenazas antrópicas asociadas con el crecimiento de instalaciones y procesos industriales.

Enfermedades transmitidas por vectores

El dengue reapareció en 1993 y a partir de entonces continuó en ascenso; 1994 y 1997 fueron años epidémicos. En 1999 se notificaron 6.041 casos y 4.889 en 2000, lo que representó una tasa de incidencia de 434,7 por 100.000 personas expuestas al riesgo (1.128.837 habitantes). La región Pacífico Central concentró 50% de los casos en el bienio 1999–2000 y las regiones Huetar Atlántica y Chorotega contribuyeron con 46,2%.

Desde 1995 se registró un caso de dengue hemorrágico, otro en 1996, ocho en 1997 y en 1999 hubo un aumento considerable con 117 casos (88,9% en la Región Huetar Atlántica); en el año 2000 se registraron cinco casos. En el período 1996–2000 se registraron seis defunciones por dengue hemorrágico. También se observó un incremento de casos de dengue clásico con manifestaciones hemorrágicas, 214 en 1999 y 445 en 2000. Los serotipos circulantes han sido dengue-1 en 1993–1996; dengue-3 en 1994–1999; el dengue-2 emergió en 1999, coincidiendo con el brote de dengue hemorrágico, y en 2000 se detectó la circulación simultánea de dengue-2 y dengue-4.

En 1999, el índice de infestación aérea promedio fue 5,3% y en el 2000, 3,4%, con amplias variaciones según localidades. Las larvas de *Aedes aegypti* se identificaron en mayor porcentaje en

los depósitos inservibles (63,1%) y los depósitos útiles representaron 35,8% de positividad. Cabe destacar los altos índices de infestación comprobados en alcantarillas colapsadas de la ciudad de Puntarenas en el brote del año 2000. Si bien se han logrado avances, la presencia de depósitos atípicos difíciles de eliminar y la falta de estrategias adecuadas de participación comunitaria han obstaculizado el adecuado control de brotes de dengue.

La malaria reemergió desde 1991 en regiones rurales del litoral atlántico que antes estaban bajo control; este hecho coincide con el desarrollo bananero en la Región Huetar Atlántica, el cual conlleva una intensa actividad de deforestación que favorece los criaderos de *Anopheles albimanus*, el vector más importante involucrado en la transmisión, y una creciente contratación de trabajadores provenientes de áreas endémicas, en su mayoría indocumentados. La malaria también aumentó en la Región Huetar Norte, simultáneamente con la migración temporal de trabajadores involucrados en el desarrollo agroindustrial. Después de 1992, año en que se presentó el mayor número de casos (6.951, con un índice parasitario anual —IPA— de 7,9 por 1.000), la incidencia ha venido disminuyendo pero el número de casos autóctonos aún es importante. En 2000 se notificaron 1.879 casos (IPA 1,38 por 1.000), lo que representa una disminución de 53,0% respecto a los 3.998 casos notificados en 1999. Las regiones Huetar Norte y Huetar Atlántica concentraron 67,5% del total de casos en el año 2000; en la región Huetar Norte la transmisión ocurrió en dos cantones (San Carlos y Los Chiles). El área geográfica de riesgo fue de 35.436 km² (69,5% del territorio nacional) y la población expuesta de 1.357.896 (35,2% del total). Del total de muestras positivas examinadas en 2000, 99,4% correspondieron a *Plasmodium vivax* y 0,6% a *P. falciparum*.

En los últimos años se ha detectado, en viajeros a zonas endémicas de América del Sur, un aumento de casos debidos a *Plasmodium falciparum* resistente a cloroquina y existe un riesgo potencial de diseminación por migración. Desde 1998 en la Región Huetar Norte se desarrolla un proyecto integral de control y prevención de la malaria, cuyas pautas se incluyeron posteriormente en la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” que logró una disminución de 32% en la incidencia entre 1998 y 2000.

La leptospirosis ha aumentado de 6 casos en 1992 a 192 en 2000; el año de mayor incidencia fue 1999, con 283 casos notificados. En el período 1996–2000 hubo 559 casos, de los cuales 74,0% correspondieron al sexo masculino y 93,0% al grupo de 15 a 44 años; las regiones más afectadas fueron la Brunca (37,2%), Pacífico Central (24,6%) y Huetar Atlántica (13,6%). Los brotes posteriores a 1998 se han relacionado con la intensificación de la actividad agrícola en áreas de riesgo, el aumento del flujo de inmigrantes para la molienda de caña y el aumento de la población de roedores.

Enfermedades prevenibles por vacunación

La incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles ha descendido desde 1993, con excepción de la rubéola adquirida, que

en 1998 y 1999 presentó un comportamiento epidémico. La disminución de estos padecimientos, se relaciona con el mantenimiento de coberturas de vacunación superiores a 80%, con variaciones según áreas geográficas.

La cobertura de la vacunación contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (MMR), presentó un aumento de 82,1% a 99,9% en el período 1996–2000. El sarampión tuvo un comportamiento descendente en el período referido; en 1996 se notificaron 24 casos y en 1999 se registraron 23 casos, 4 confirmados por laboratorio y 19 por criterios clínicos; en 2000 no hubo casos. En el mismo período se notificaron 1.387 casos de rubéola, 82,9% de ellos en 1999. Al comparar la incidencia específica por edad en los períodos 1987–1988, 1993–1994 y 1998–1999, se observa el desplazamiento de la enfermedad hacia el grupo que coincide con la edad fértil de las mujeres (15–44 años); este comportamiento de la enfermedad fue más evidente en el brote de rubéola ocurrido durante los años 1998–1999, cuando se registró el mayor número de casos (79% del total) en ese grupo de edad.

Aunque desde años anteriores se observaba un desplazamiento en los grupos de edad afectados hacia los adolescentes y adultos jóvenes, este comportamiento de la enfermedad fue más evidente en el brote de rubéola ocurrido durante los años 1998–1999, cuando se registró el mayor número de casos en el grupo de 15 a 44 años (79% del total). Al comparar la incidencia específica por edad en los períodos 1987–1988, 1993–1994 y 1998–1999, se confirmó el desplazamiento de la rubéola hacia el grupo que coincide con la edad fértil de las mujeres de 15 a 44 años.

El último caso de poliomielitis en el país se registró en 1973, por lo que obtuvo la certificación de erradicación del poliovirus salvaje en 1994; la cobertura de vacunación en menores de 1 año ha sido superior o igual a 85% en todo el país, excepto en el año 2000.

La cobertura de vacunación contra difteria, tos ferina y tétanos (3 dosis de DPT) fue de 85% a 94% en el período 1996–2000, durante el cual no se registraron casos de difteria, ni de tétanos neonatal. Sin embargo, se presentaron un promedio de 23 casos anuales de tos ferina (amplitud de 11 a 29 casos), principalmente en niños menores de 6 meses e incluso en menores de 2 meses de edad. En el mismo período se ha presentado un promedio anual de 2 casos de tétanos no neonatal, con una amplitud de 1 a 3.

La vacuna contra las enfermedades producidas por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) fue introducida en 1998. En el período prevacunal, 1994–1997, en promedio se notificaron 16 casos anuales de meningitis por Hib; en 2000, año en el que se alcanzó una cobertura de vacunación de 93,3%, se presentaron dos casos.

Enfermedades infecciosas intestinales

Las infecciones diarreicas, junto con las respiratorias, constituyen las dos primeras causas de notificación obligatoria y se han incrementado entre 1995 y 1999. Las tasas por enfermedades diarreicas agudas aumentaron de 2.903,2 por 100.000 habitantes

en 1996 a 3.632,9 por 100.000 en 1999 y las regiones afectadas fueron la Brunca, Pacífico Central y Chorotega. Las tasas de mortalidad general por esta causa aumentaron de 1 a 3 muertes por 100.000 habitantes en el período 1996–1998, así como las específicas en los grupos de menores de 1 año y de 65 y más años; en 1999 la tasa de mortalidad fue de 2,8 por 100.000 para el total del país; las provincias de Limón y Puntarenas tuvieron las tasas más altas (3,9 por 100.000 y 3,9 por 100.000 respectivamente). En 1996 y 2000 no se notificaron casos de cólera.

Enfermedades crónicas transmisibles

La tasa de incidencia de todas las formas de tuberculosis se incrementó 2,2 veces entre 1990 y 1999 (de 9,3 por 100.000 a 21,0 por 100.000); en el mismo lapso, la incidencia de tuberculosis pulmonar se incrementó de 7,5 por 100.000 a 16,2 por 100.000. En 1999 las tasas de incidencia más elevadas se registraron en las áreas urbanas y rurales fuera del valle central, con un promedio de 29,0 por 100.000, mientras que en las áreas urbanas del valle central fue de un promedio de 6,9 por 100.000. La amplitud de las tasas de incidencia según regiones fue de 9,4 por 100.000 en la Central Norte, a 41,3 por 100.000 en la Huetar Atlántica; 65% de los casos correspondieron al sexo femenino y 90% a las formas pulmonares. La incidencia de meningitis tuberculosa es baja y se notificaron solo dos casos en 1999.

La tuberculosis es la segunda causa de muerte por enfermedades infecciosas, después del SIDA, y en 1999 se registraron 2,3 defunciones por 100.000 habitantes. Durante 1997–1999, entre 20% y 40% de los pacientes abandonaron el tratamiento y se incrementó la farmacorresistencia de las micobacterias circulantes; en ese período se identificaron 42 casos con resistencia al tratamiento multimedicamentoso. La estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) se ejecutó desde 1998 en dos áreas de prueba en las Regiones Pacífico Central y Chorotega. A pesar de que Costa Rica está incluida entre los países de baja prevalencia (tasa inferior a 20 por 100.000), la tendencia al aumento en los años recientes, los altos porcentajes de abandono al tratamiento, y la creciente polifarmacorresistencia configuran un escenario preocupante para el futuro. Sin embargo, desde 1999 la CCSS ha asumido las actividades de prevención y control y la reorganización del programa nacional de tuberculosis, que incluye la actualización de normas, el mejoramiento de la infraestructura diagnóstica y la expansión de las áreas de aplicación de la estrategia DOTS, que hasta el año 2000 tenía una cobertura poblacional de solamente 10%.

En 1999 había 157 casos registrados de lepra y se notificaron 12 casos nuevos. Todos los casos se presentaron en mayores de 15 años y 76% fueron multibacilares. El área endémica comprende las regiones Pacífico Central, Huetar Norte y Huetar Atlántica.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas han constituido una causa importante de morbilidad y en la década de los noventa

presentaron una tendencia creciente. Los 762.912 episodios registrados en 2000 representaron un aumento de 93,2% respecto a los 394.790 de 1996. En 1999 constituyeron 33,6% de las atenciones de urgencia de menores de 1 año y 35,7% de los niños de 1 a 4 años. En el año 2000 se registraron 36 muertes en menores de 5 años (tasa de 8,73 por 100.000), lo que representa 33,8% del total de muertes de ese grupo de edad.

Meningitis meningocócica

Los casos notificados han disminuido de 37 en 1996 a 19 en 2000; 50% de los casos ocurrieron en niños y adolescentes y 70% de los notificados en 1999 y 2000 se presentaron en las áreas urbanas de las regiones Central Sur y Central Este.

Zoonosis

No se han notificado casos de rabia humana desde 1970, pero de 1986 a 1998 se registraron 13 casos de rabia bovina, uno por año, todos en la Región Brunca. El área occidental del país es la de mayor riesgo. Se realizaron actividades de mapeo cartográfico, vigilancia epidemiológica, vacunación del ganado y reducción de la población de vampiros.

Se registraron cinco casos de brucelosis humana entre 1997 y 2000, así como 70 focos de brucelosis bovina en 1998 (218 casos) y 10 focos en 2000 (766 casos); en el Ministerio de Agricultura se ha reforzado el sistema de vigilancia para orientar las acciones de control. Los casos de toxoplasmosis disminuyeron de 155 en 1996 a 114 en el año 2000.

VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual

Los primeros casos de SIDA conocidos en Costa Rica se dieron en la primera mitad de los años ochenta, por la exposición a sangre contaminada en personas que padecían hemofilia. A partir de 1985 se empezaron a registrar casos de transmisión sexual en hombres. En la década de los noventa la epidemia se extendió a mujeres y a recién nacidos. Desde el comienzo de la epidemia hasta noviembre de 2000 se registraron en Costa Rica 2.003 casos de SIDA.

De los 79 casos de SIDA notificados en 1990, se pasó a 214 en 1995 y a 181 en 1999; 90,5% del total en este período se presentaron en hombres (figura 4). De los casos acumulados en que se conoce el modo de transmisión, 61% se atribuyeron a transmisión por vía sexual; en la transmisión por vía parenteral, 2,4% de los casos se presentaron entre hemofílicos, 1% por transfusión sanguínea y 1% en usuarios de drogas intravenosas; 1,5% se infectaron por vía perinatal. Desde octubre de 1985 se realiza el tamizaje para VIH en 100% de las unidades de sangre, habiéndose interrumpido esta forma de transmisión. En abril de 1998 se aprobó la Ley General del VIH/SIDA y su reglamento, que definen los procedimientos relacionados con el daño y los derechos y deberes de los enfermos de SIDA; desde entonces se instituyó el tratamiento a todos los pacientes que lo requieran.

Con respecto a las demás infecciones de transmisión sexual, en 1999 se registraron 3.905 casos, con escasa variación respecto a 1996; la gonorrea y la sífilis representaron 83,7% de los casos y dos cantones concentraron 30% de ellos, el Central de San José (26,2 por 100.000) y el Central de Puntarenas (317,6 por 100.000), mucho más altas que la tasa de incidencia nacional (7,6 por 100.000 habitantes).

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En 1996, 5,1% de los preescolares tenían algún grado de desnutrición, lo cual significó una considerable reducción comparado con 8,6% en 1980. En la Encuesta Nacional de Nutrición 1996 se encontró que 0,4% de los preescolares sufrían desnutrición severa; 0,4% tenían déficit agudo de peso para talla, y 1,9% mostraron déficit severo de talla para la edad. El área rural es la que presentó el mayor porcentaje (2,5%). En escolares ha habido un aumento progresivo de la talla entre 1981 y 1997, de 118,6 cm a 120,6 cm; en este último año, 1,8% del total de escolares tenían desnutrición aguda y 8,8%, moderada.

La obesidad se encontró en 6,2% de los preescolares y 8,4% de los escolares; la mayoría se ubicaba en el área metropolitana y las niñas fueron las más afectadas. En mujeres en edad fértil, 45,9% del grupo de 20 a 44 años y 75% de 45 a 59 años, tenían un índice de masa corporal (IMC) mayor de 25. Las mujeres del área urbana, en particular las del área metropolitana, fueron las que contribuyeron más a esos porcentajes elevados.

Las anemias nutricionales tuvieron una prevalencia de 26% en los preescolares, 27,9% en las gestantes y 18,9% en las mujeres en edad fértil. La magnitud de la deficiencia de hierro fue similar en las mujeres gestantes (58,5%) y en los preescolares (58,3%). La deficiencia de folatos representó la segunda causa de anemias nutricionales; esta deficiencia es mayor en las mujeres de 15 a 44 años que en los niños y, para ambos grupos, la zona rural mostró prevalencias más altas.

La prevalencia de la hipovitaminosis A en la población preescolar en 1996 fue de 8,7% y 31,4% presentaron carencia "marginal" de vitamina A. En relación con la deficiencia de yodo, el porcentaje de escolares con excreciones urinarias de yodo inferiores a 10 μ /dl, fue de 8,9% en 1996. En dicho año, la población residente en la zona rural presentó mayor riesgo de padecer desórdenes causados por deficiencia de yodo, dado que 7,6% consumió sal para uso industrial y animal, la cual no está yodada. El promedio de flúor en niños es óptimo, tanto en todo el país (1,34 mg/l de orina), como en las zonas rural (1,43 mg/l), urbana (1,26 mg/l) y metropolitana (1,31 mg/l).

En 1998, la prevalencia de diabetes mellitus tipo II estimada en una encuesta de hogares fue de 2,2% en los hombres y 3,4% en las mujeres; la prevalencia en personas mayores de 40 años fue de 9,4% (7,6% en hombres y 11,0% en mujeres). Entre 1990 y 1998, el número de egresos hospitalarios por esta enfermedad en personas de 40 y más años en instituciones de la CCSS fue de 36.852, con un promedio anual de 4.094 egresos. Durante el

mismo período, la tasa de egresos hospitalarios se redujo de 605,3 por 100.000 habitantes a 424,6 por 100.000 habitantes. En 1999, la mortalidad por esta causa en mayores de 40 años fue de 26,7 por 100.000 habitantes. La discapacidad asociada a la diabetes se encontró en 37,2% de los diabéticos, según la Encuesta de Hogares de 1996. Entre las personas mayores de cuarenta años con diagnóstico de diabetes, 26% tenían pérdida o disminución de la visión y 5% había sufrido la amputación de un miembro.

Enfermedades del sistema circulatorio

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte desde 1971. La tasa de mortalidad por este grupo de causas ha ido disminuyendo gradualmente, siempre con valores más elevados entre los hombres. Sin embargo, las tasas ajustadas de muerte por hipertensión arterial muestran valores crecientes en el tiempo, sin grandes diferencias por sexo; la cardiopatía isquémica es la principal responsable de las muertes dentro de este grupo, sobre todo entre los hombres. En 1999, 47% de las muertes por enfermedades del aparato circulatorio fueron por enfermedad isquémica coronaria y 19%, por enfermedad cerebrovascular.

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas son la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. En el año 2000 hubo 3.010 muertes por esta causa, lo que representó 20,3% del total de las muertes, porcentaje similar al de 1999; el incremento relativo en el período 1990–2000 fue de 27% en hombres y de 44% en mujeres. La tasa cruda de mortalidad por este grupo de causas se ha incrementado constantemente en los últimos años y en el período 1995–1999 fue de 80,7 por 100.000 (85,8 en hombres y 75,6 en mujeres; en el año 2000 fue de 76,4 por 100.000 (81,2 en hombres y 71,5 en mujeres). Al ajustar las tasas por edad a la población mundial, lo que remueve el efecto de envejecimiento de la población, se encontró que para el período 1995–1999 fue de 253 por 100.000 (146 en hombres y 107 en mujeres), lo cual sugiere que el incremento de la mortalidad por cáncer en las mujeres se explica por un mayor envejecimiento de la población femenina; esto concuerda con la esperanza de vida, que en 1999 era 79, para las mujeres y 74,2 para los hombres.

Desde 1990, las primeras causas de muerte por neoplasias malignas en los hombres han sido los cánceres de estómago, próstata, pulmón e hígado, y las leucemias; en las mujeres, cáncer de estómago, de mama, de cuello uterino, de colon y de pulmón.

Accidentes y violencia

Las causas externas representaron 11,6% del total de defunciones en 1998 (45,4 por 100.000 habitantes). Las tasas más elevadas se presentaron en el grupo de mayores de 60 años (143,9 por 100.000), seguidos por el de 20 a 29 años (58,5 por 100.000). Entre las causas más frecuentes estuvieron accidentes de transporte (37%), suicidios (13%), homicidios (13%) y ahogamientos

(9%). La tasa más elevada (70,7 por 100.000) la presentó la provincia de Limón seguida por las provincias de San José y Alajuela.

La mortalidad por accidentes de transporte se incrementó de 417 defunciones en 1996, a 583 en 1997 y 630 en 1999; este tipo de accidentes de tránsito afectó principalmente a los adultos y a los hombres, y en 1998 las víctimas más frecuentes fueron los peatones (37%) y los motociclistas y ciclistas (19%).

Los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente aumentaron de 183 muertes en 1994 a 214 en 1998; en este último año, 89% de las víctimas de homicidios fueron hombres. Las agresiones fueron producidas principalmente por arma de fuego (53%) y por instrumento punzocortante (33%); 33% tuvieron como causa problemas familiares, personales o pasionales.

En 1998 se produjeron 223 muertes por suicidio, 90% en el sexo masculino; los métodos más frecuentes en los hombres fueron el ahorcamiento (40%), envenenamiento por plaguicidas (27%) y disparo con arma de fuego (24%) y en las mujeres, plaguicidas y ahorcamiento (83%). En 1999 se registraron 84 intentos de suicidio con plaguicidas, y 110 en el año 2000. El grupo de 25 a 29 años presentó la tasa más alta de suicidios, 13,0 por 100.000.

En 1999 se registraron 26 muertes de mujeres en hechos de violencia doméstica. La línea telefónica de atención gratuita “Romamos el silencio”, del Instituto Nacional de las Mujeres, recibió 11.346 llamadas en 1999, de las cuales 57% correspondieron a mujeres de 20 a 39 años agredidas por su cónyuge o pareja sexual. La notificación de casos de violencia doméstica ha aumentado de manera significativa; en 1999, la Delegación de la Mujer del Ministerio de Justicia atendió 5.188 denuncias; las denuncias presentadas ante el Poder Judicial aumentaron de 15.336 casos en 1997, a 20.996 en 1998 y 26.437 en 1999, lo que representa un incremento de 72% entre 1997 y 1999.

Salud oral

Según la Encuesta Nacional de Nutrición de 1996, hubo una mejoría en la salud oral de los preescolares y escolares respecto a 1992. La población preescolar presentó un índice nacional de dientes cariados, perdidos, obturados (CPO-D) de 3,8, con diferencias según zona de residencia: metropolitana 3,0, resto urbano 2,7 y rural 4,0. La prevalencia de CPO-D en la población escolar fue 49,9%, con historia de caries en 1 a 4 dientes (2,6 en el área metropolitana y 3,2 en el área rural).

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Para asegurar la dirección y la rectoría sectorial en el corto y mediano plazo, así como la continuidad de los procesos de reforma sectorial iniciados formalmente en 1994, el país cuenta con la Política Nacional de Salud 1998–2002 y con el Plan Nacional de Salud 1999–2004.

La Política se basa en las necesidades de salud y en los lineamientos de política social establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo Humano, y es consecuente con la Ley General de Salud y el proceso de reforma sectorial. En materia de fortalecimiento institucional, se definieron las estrategias para fortalecer la rectoría ministerial, la modernización de las instituciones, la formulación de normas, el desarrollo de los recursos humanos, la investigación y desarrollo tecnológico y el financiamiento de la salud. En su capítulo de atención a las personas, define las estrategias para la vigilancia de la salud, la promoción, la prevención, la atención primaria, el tratamiento hospitalario, la atención de las discapacidades y la rehabilitación. En materia de salud ambiental, se establecieron las estrategias para la protección y mejoramiento ambientales.

Con respecto a la equidad de género, se destaca la creación del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) en 1998. En el Ministerio de Salud se creó la Comisión de Género y Salud y en la CCSS, la Sección Salud de la Mujer en el Departamento de Medicina Preventiva. El Plan Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, creado en 1994, constituyó un esfuerzo de respuesta interinstitucional e intersectorial. El Consejo de Violencia Intrafamiliar funciona en el sector salud con la participación del Ministerio de Salud, la CCSS y el INAMU.

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, en coordinación con las instituciones del sector salud, determina las políticas de rehabilitación de las personas con discapacidad. La atención de esta población cuenta con un marco legal propio, ya que en 1997 se aprobó la Ley de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad.

La reforma del sector salud

La reforma del sector salud comenzó a principios de la década de los noventa y a partir de 1994 se institucionalizó en el proyecto de reforma sectorial, conformado por cuatro componentes: rectoría del Ministerio de Salud, reorganización del modelo de atención, modificación del sistema de asignación de recursos y fortalecimiento de la CCSS. La reforma sectorial promovió cambios importantes en el sistema sanitario costarricense y sus principales objetivos fueron mantener el seguro universal de salud, mejorar el acceso equitativo a los servicios, garantizar la calidad de la atención y mejorar la eficiencia en el uso de recursos.

Rectoría y fortalecimiento institucional

En el marco de la reforma, el Ministerio de Salud llevó a cabo la revisión y adecuación de sus funciones, así como la reorganización estructural que fue aprobada en 1998. En una segunda etapa, el Ministerio de Salud ajustó los recursos y procesos para llevar a cabo la conducción y dirección sectoriales, así como para realizar las funciones esenciales de la salud pública que son de su competencia, tales como la regulación de servicios de salud y la vigilancia de la salud. Estos cambios ocasionaron la transferencia de 1.700 trabajadores a la CCSS y a los programas asistenciales;

además, durante esa etapa se intensificó la formación y capacitación de personal. La tercera etapa se inició en 2000 y el énfasis fue en el desarrollo organizacional, para lo cual se reformularon los manuales de organización y se inició la desconcentración de funciones hacia los niveles regional y local, con el fin de transferirles recursos y facultades para el ejercicio de la rectoría.

Reorganización del modelo de atención

Como parte de la reforma se propuso un modelo de atención integral que incorpora acciones de promoción y prevención de la salud, mayor participación social y una estrategia de atención primaria sustentada en equipos básicos de atención integral de salud (EBAIS) formados por un médico general, una auxiliar de enfermería y un técnico de atención primaria a la salud. La estrategia incluye cinco programas de atención dirigidos a los niños, adolescentes, mujeres, adultos y ancianos, con una cobertura de aproximadamente 4.000 habitantes. Aunque la estrategia de EBAIS es de aplicación nacional, la reforma ha priorizado al medio rural y urbano marginal, con el fin de mejorar la disponibilidad de servicios y la equidad de acceso. Las acciones de los EBAIS son respaldadas por equipos de apoyo ubicados en 83 áreas de salud. Mediante una red de establecimientos de segundo y tercer nivel de atención se trata de garantizar que la atención sea continua e integral. En cuanto a la participación social, hasta el año 2000 la CCSS había organizado 105 Juntas de Salud, con funciones de control e integradas por representantes de los usuarios, los patrones y los trabajadores de salud.

La estrategia de los EBAIS ha contribuido a reducir las inequidades en salud en las zonas del país en donde se puso en marcha, ya que entre 1995 y 1998 se redujo de 20% a 15% la proporción de población con acceso deficiente e inequitativo a los servicios de salud. Sin embargo, una evaluación efectuada en el año 2000 por el Ministerio de Salud en 203 EBAIS, mostró que aún persiste una orientación clínica individual con menoscabo de las acciones de promoción y prevención. El número de los EBAIS se incrementó de 425 en 1998 a 670 en 2000.

Readecuación del sistema de financiamiento

Esta actividad se postergó, en parte debido a que no se dispone de una cuenta satélite de salud, pero principalmente por falta de una decisión política para analizar el financiamiento con una visión sectorial. Sin embargo, en el último lustro la CCSS ha avanzado en el mejoramiento de los mecanismos financieros del seguro de atención a la salud individual, las nuevas modalidades de asignación de recursos para estimular la productividad de los proveedores de servicios y el seguimiento del gasto. En 2000 se puso en marcha, en forma desconcentrada, el Sistema Centralizado de Recaudación, con el fin de incentivar el pago de las cuotas obrero-patronales y reducir la evasión, la cual se calculó en aproximadamente 30%. Respecto a las nuevas modalidades de asignación de recursos, a partir de 1998 se transfieren fondos a los establecimientos y áreas de salud de la CCSS mediante los "compromisos de gestión".

El sistema de salud

El sistema nacional de salud está formado por el Ministerio de Salud, que ejerce la rectoría sectorial; la CCSS, que atiende los riesgos de enfermedad y maternidad; el Instituto Nacional de Seguros (INS), que cubre los riesgos laborales y de transporte y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), que regula la provisión de agua de consumo humano y el manejo de aguas residuales. La Ley General de Salud considera dentro del sistema, a las universidades, los municipios y el sector privado. Las instituciones públicas reciben presupuesto estatal y la CCSS se financia con aportes de los patrones, los obreros y el Estado. El ámbito de coordinación y negociación es el Consejo Sectorial de Salud, presidido por el Ministerio de Salud.

En 1999, 11% de la población no tenía seguro de salud y 89% estaba asegurada mediante nueve modalidades de aseguramiento; de esta, aproximadamente un 12% recibía atención subsidiada por el Estado. Con el fin de aumentar el acceso a los servicios de salud, la CCSS inició la compra de servicios a terceros (cooperativas y hospitales privados). En el año 2000, 10% de la población del país acudió a los servicios de atención privada.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

El Ministerio de Salud emite las normas que regulan el sistema de regulación sanitaria, el cual comprende tres subsistemas: regulación de servicios de salud, regulación de insumos básicos de salud y regulación ambiental. El Ministerio de Salud cuenta con un programa nacional de habilitación y acreditación de servicios de salud públicos y privados, cuyo propósito es garantizar a la población condiciones mínimas de infraestructura y calidad de los servicios de salud. El ejercicio profesional es regulado por los colegios de profesionales; en 1999, el Colegio de Médicos puso en marcha un programa de certificación profesional.

En materia de regulación de tecnología, dispositivos y equipos médicos, el Ministerio de Salud contaba con un proyecto de reglamento y los instrumentos para aplicarlo. En materia de regulación farmacéutica, el Ministerio de Salud lleva a cabo el registro de medicamentos de patente y genéricos, así como los de libre venta. Existen dos laboratorios oficiales de control de calidad, que apoyan la regulación y compra de medicamentos a través de estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad.

En la última década el número de productos farmacéuticos, aproximadamente 5.000, se ha mantenido estable. Se implantó una política de control parcial del precio de medicamentos para reducir el margen de ganancia en la etapa de venta al consumidor, el cual se mantuvo por debajo de 30% entre 1998 y el 2000. El Ministerio de Salud controla el registro, la producción y la venta de medicamentos, así como la importación y el consumo de estupefacientes y psicotrópicos; además, en el año 2000 inició un servicio al público llamado "línea 800", que ofrece información terapéutica y sobre el costo de los fármacos. La CCSS cuenta con

una lista oficial de medicamentos de uso obligatorio en todos sus establecimientos, que incluye un total de 399 principios activos clasificados en 54 grupos terapéuticos. Los hospitales y las clínicas tienen protocolos de tratamiento estandarizados para las principales enfermedades, y todas las farmacias del país cuentan con un farmacéutico. El gasto per cápita en medicamentos fue de US\$ 15,6 y el porcentaje de gasto público en salud destinado a medicamentos fue de 7,7%.

La calidad del ambiente

Persisten problemas de contaminación del agua, manejo de desechos sólidos, contaminación del aire en algunas zonas urbanas, erosión de los suelos por uso inadecuado y deterioro de la reserva boscosa. Los mayores niveles de contaminación se presentaron en la cuenca del río Grande de Tárcoles, que constituye el principal desaguadero del Valle Central, lo que causa contaminación de las aguas del Golfo de Nicoya. En 1999, los líquidos domésticos representaron 40% de la contaminación de la cuenca, seguidos por los desechos líquidos industriales (23%), desechos animales (16%) y desechos sólidos (14%). La contaminación industrial proveniente de los beneficios del café, que a inicios de los años noventa era de 21%, se redujo a 5% en 1998.

La contaminación atmosférica en el área metropolitana de San José ha venido disminuyendo desde 1995, cuando alcanzó un pico de 340 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de partículas en suspensión (la OMS determina un valor umbral de 100 $\mu\text{g}/\text{m}^3$), asociado al ingreso masivo e incontrolado de vehículos al país a partir de 1994. La disminución en los años siguientes se debió a la introducción obligatoria de convertidores catalíticos y, en menor medida, a los controles de emisión. Se estima que 75% de la contaminación atmosférica proviene del sector transporte, en tanto que 25% se deriva de la actividad industrial y la generación de energía.

Costa Rica es uno de los países del continente con mayor uso per cápita de plaguicidas (superando en cuatro veces la media mundial de 0,5 kg/habitantes/año). La comunidad y los trabajadores agrícolas están expuestos a altos riesgos, derivados del uso de estas sustancias. Las intoxicaciones agudas por plaguicidas se han incrementado; en 1999 se registraron 676 casos y en 2000, 752 (23% en menores de edad).

Organización de los servicios de salud pública

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 con los componentes de educación y comunicación social. Se han desarrollado programas relacionados con la creación de espacios saludables en cantones, centros educativos y lugares de trabajo, y se puso en marcha el Programa Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles (CARMEN), para la reducción de enfermedades crónicas.

Se lanzó un programa intersectorial llamado “Hacia una agenda de la niñez más allá del año 2000”, destinado al mejoramiento de la salud de niños y adolescentes, el cumplimiento de los compromisos internacionales y la defensa de sus derechos, expresados en el “Código de la Niñez y la Adolescencia”, promulgado en febrero de 1998.

Desde 1998 se ha puesto más atención en el adulto mayor con la creación del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, presidido por la Primera Dama, y la aprobación de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, que establece los derechos y beneficios de los mayores de 65 años.

Respuesta a los desastres naturales

El país se encuentra en una zona de alta vulnerabilidad ante sismos e inundaciones. En 1999 se aprobó una ley en la cual se ampliaron las funciones de la Comisión Nacional de Emergencias (CNE); una de sus nuevas atribuciones se refiere a la prevención de riesgos inminentes y a la organización del territorio para la intervención con planes municipales de regulación. El Ministerio de Salud juega un papel importante en la formulación de políticas, planificación y ejecución de acciones ante desastres en los diferentes niveles del sistema de salud, para la reducción del impacto y de la vulnerabilidad de la infraestructura sanitaria.

Programa de inmunización

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es ejecutado por la CCSS, mientras que las actividades de vigilancia epidemiológica e investigación de casos son responsabilidad del Ministerio de Salud, con la participación de la CCSS mediante las comisiones interinstitucionales. En el período 1996–2000 se mantuvo una cobertura de vacunación superior o igual a 80%, a excepción de las vacunas contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y contra el virus de la hepatitis B (VHB), de más reciente incorporación al PAI; sin embargo, los indicadores nacionales no reflejan las diferencias de cobertura en el nivel cantonal (figura 5). La cobertura nacional de vacunación antisarampionosa en niños de 1 año de edad fue de 89,3% en 1999; 86,4% de los cantones tenían una cobertura superior o igual a 80% y 43,2% presentaban una cobertura superior o igual a 95%. En 1999, la cobertura nacional de la vacuna oral de poliomielitis (OPV) con tres dosis fue de 85,5% en menores de 1 año; 79% de los cantones tuvieron una cobertura superior o igual a 80% y 33,3% una cobertura superior o igual al 95%.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

En el año 2000, el Ministerio de Salud creó la Dirección de Epidemiología y la CCSS creó la Unidad de Vigilancia Epidemiológica. Se elaboró el plan de desarrollo del sistema de vigilancia en salud pública, que incorporó otras enfermedades de notificación obligatoria (violencia doméstica, cáncer cervicouterino y de mama, y accidentes) y se crearon comisiones interinsti-

tucionales de vigilancia, con el fin de mejorar la coordinación entre el Ministerio de Salud, la CCSS, AyA y las municipalidades. La vigilancia y el control de vectores son responsabilidad del Ministerio de Salud.

La Red de Laboratorios de Salud Pública está conformada por 85 laboratorios, tanto de la CCSS como privados, y un centro nacional de referencia, el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). En 1996 este Instituto inició un proceso de reestructuración que destaca las funciones de vigilancia basada en el laboratorio, la capacitación y la investigación.

La vigilancia de las defunciones de menores de 1 año se implantó en 1996, con el nombre de Sistema Nacional de Mortalidad Infantil; la vigilancia de la mortalidad materna se inició en 1997. Se cuenta con normas e instrumentos para la investigación de cada defunción en cada establecimiento.

Agua potable y alcantarillado

La cobertura de servicios de agua fue de 97,5% en 1999; no obstante, solo 75,7% de la población dispone de agua potable. El AyA está encargado por ley de diseñar y construir los sistemas de agua y alcantarillado; en 2000 cubría a 46,9% de la población, aunque suministraba 96% del agua potable; otras entidades también se encargan de la administración del agua, como las municipalidades y los comités administradores de acueductos rurales.

La cobertura de alcantarillado sanitario y disposición de excretas *in situ* alcanzaba a 96,1% de la población; la disposición de aguas residuales mediante alcantarillado sanitario era de 26% y el tratamiento sanitario de esas aguas, de 4%. El AyA efectuó en el 2000 una inversión en infraestructura de agua y alcantarillado de US\$ 28 millones, especialmente dirigidos al área metropolitana.

Manejo de residuos sólidos municipales

La recolección y disposición final de los desechos sólidos está a cargo de las municipalidades. La cobertura de recolección de desechos sólidos domésticos fue de 69% en 2000. De las 81 municipalidades existentes en el país, 38 (47%) dispusieron de la basura mediante rellenos sanitarios y 43 (53%) depositaron los desechos sólidos en vertederos a cielo abierto. La disposición de los desechos hospitalarios, una vez incinerados o desinfectados, se realiza en rellenos sanitarios o vertederos controlados. Los residuos peligrosos hospitalarios representaron 45% del total de los desechos hospitalarios; durante el año 1999, las autoridades de salud realizaron esfuerzos para clasificar y manejar estos desechos. La CCSS invirtió un millón de dólares estadounidenses en programas de saneamiento básico y en la adquisición de equipo especializado para desinfección.

Prevención y control de la contaminación del aire

El Ministerio de Salud, mediante el Programa de Control al Ambiente Humano, tiene responsabilidades de monitoreo y con-

trol de la contaminación atmosférica; coordina una red de monitoreo de emisión de contaminantes, que incluye al Ministerio del Ambiente y al Laboratorio de Química de la Atmósfera de la Universidad Nacional. El Ministerio de Obras Públicas y Transportes ejecuta el control de las contaminaciones producidas por vehículos automotores. Existe un reglamento de construcción que hace referencia a la ventilación para mejorar la calidad del aire en locales cerrados; el reglamento de seguridad e higiene del trabajo incluye también orientaciones sobre ventilación para prevenir problemas de salud.

Programas de ayuda alimentaria

Se ejecutan tres programas de alimentación complementaria, con cobertura nacional: los Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil, que operan desde 1930 y atienden a la población materno-infantil en riesgo; los Comedores Escolares, que existen desde 1912 y atienden niños preescolares, escolares y adolescentes de centros educativos públicos, y el programa de Hogares Comunitarios, creado en 1992 para atender a hijos de madres trabajadoras, de escasos recursos.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

A finales de 2000, la CCSS contaba con 670 EBAIS apoyados por equipos de las 83 áreas de salud; 120 de los EBAIS son administrados por cooperativas y, por lo tanto, su personal no pertenece a la CCSS, pero llevan a cabo los mismos programas de atención. El segundo nivel de atención está formado por 10 clínicas, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales. En el tercer nivel hay 6 hospitales de especialidades y 3 hospitales generales de concentración nacional y alta especialización.

Las instituciones privadas se financian con el pago directo de los usuarios y no tienen mucha relación entre sí, excepto por la referencia de pacientes. La atención médica de los riesgos ocupacionales y de accidentes están a cargo del Instituto Nacional de Seguros pero, debido a que su red de servicios es limitada, frecuentemente contrata servicios con proveedores privados y con la propia CCSS.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

La prestación de servicios de salud es apoyada por una red de laboratorios, algunos de los cuales cuentan con equipamiento de alta tecnología; el INCIENSA actúa como centro de referencia. En lo que se refiere al manejo de la sangre y los hemoderivados, existe una red de 25 bancos de sangre públicos y 3 privados, los cuales se encuentran distribuidos estratégicamente en el país. Tanto los laboratorios como los bancos de sangre empezaron a desarrollar programas de garantía de calidad en 2000.

El Departamento de Control del SIDA cuenta con un laboratorio de diagnóstico y de referencia para los laboratorios públicos y privados que diagnostican VIH y para los bancos de sangre. Se ha garantizado el control de sangre para transfusión y se está promoviendo el tamizaje serológico de toda mujer embarazada. En abril de 1998 se aprobó la Ley sobre el VIH-SIDA y su reglamento, que definen los derechos de los pacientes y su acceso indiscriminado al tratamiento integral.

Servicios especializados

La CCSS cuenta con el Hospital Nacional Psiquiátrico, el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut (psiquiátrico), el Hospital Nacional Blanco Cervantes (geriátrico) y el Hospital Nacional de Mujeres. Asimismo, existe el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, de atención ambulatoria, y un modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar desde 1998 en la provincia de San José. La atención de rehabilitación cuenta con una red nacional de servicios de la CCSS formada por 3 hospitales nacionales especializados, 2 hospitales nacionales generales, 5 hospitales regionales y 2 periféricos.

Insumos para la salud

El Ministerio de Salud cuenta con una Dirección de Registros y Controles, encargada de la regulación de drogas, medicamentos, alimentos y otros productos de consumo humano. El país tiene dos laboratorios de control de calidad de medicamentos y personal capacitado que realiza la vigilancia de las buenas prácticas de manufactura. La CCSS cuenta con un laboratorio que produce medicamentos genéricos y soluciones parenterales, pero más de 90% los adquiere de laboratorios privados.

La lista oficial de medicamentos es formulada por el Comité Central de Farmacoterapia e incluye seis categorías: medicamentos de uso general y especializados; medicamentos de uso restringido; medios de contraste para radiodiagnóstico; medicamentos de uso en odontología; medicamentos de uso por enfermeras obstetras, y medicamentos para programas de cobertura.

El sector público cuenta con 1,6 camas por 10.000 habitantes; cuatro hospitales nacionales tienen tomógrafo, unidad de trasplantes y de hemodiálisis, y 11 hospitales poseen unidad de cuidados intensivos. La CCSS destina 4,4% de su presupuesto de operación para mantenimiento y 55% del personal en esta área tiene formación técnica. Un estudio del equipo muestra que 87% están en buenas condiciones y 6,4%, en regulares.

Recursos humanos

La información sobre la disponibilidad por tipo de recurso presenta limitaciones para su homologación y recopilación al interior de las organizaciones del sector salud; tampoco se cuenta con un registro accesible de los datos de empleo en el sector pri-

vado. La única información de alcance nacional es la del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Otra limitación es la desconcentración de la gestión de recursos humanos hacia las unidades proveedoras de servicios de salud, que adquieren autonomía para contratar personal mediante modalidades flexibles y para realizar la contratación a terceros.

El país ha experimentado un crecimiento numérico en prácticamente todas las categorías de personal (cuadro 2). Sin embargo, el crecimiento porcentual desagregado por profesiones en la CCSS presenta un descenso de los médicos, de 85% en 1990 a 51,9% en 1999. Esto se explica en parte por el incremento de otras categorías profesionales vinculadas a la estrategia de los EBAIS.

En el período 1996–2000 se sumaron 15 universidades privadas a la oferta académica, para un total de 54 universidades. No existe una política para la regulación de la formación y capacitación de recurso humano en el sector salud, por lo que existe el riesgo, a mediano plazo, de que el mayor número de profesionales en las ciencias de la salud no corresponda al crecimiento del empleo.

El Ministerio de Salud definió sus prioridades de capacitación en el Plan de Capacitación Institucional, el cual se está ejecutando con fondos de las agencias de cooperación. La CCSS cuenta con dos instancias que ofrecen capacitación: el Centro de Desarrollo Social y el Centro Nacional de Desarrollo Estratégico.

A partir de los compromisos de gestión, los establecimientos descentralizados pueden organizar y financiar sus propias actividades de capacitación.

En el mercado de trabajo se destaca el crecimiento porcentual de los trabajadores del sector privado, de 9,9% en 1990 a 24% en 1999. Sin embargo, de acuerdo con datos del INEC, el desempleo en el sector salud aumentó de 0,4% en 1998 a 1,2% en 1999.

Investigación y tecnología en salud

La función rectora de la investigación en salud en Costa Rica recae en el Ministerio de Salud. La investigación en salud se realiza fundamentalmente en el Instituto de Investigaciones en Salud y el Instituto Clodomiro Picado de la Universidad de Costa Rica. La investigación en salud pública se lleva a cabo principalmente en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica e incluye las tesis de maestría de los estudiantes. La Universidad Nacional investiga temas vinculados con ambiente y salud. El Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación en Salud y la Asociación Demográfica Costarricense son organismos no gubernamentales que también tienen funciones de investigación.

En los últimos cinco años han aumentado las investigaciones privadas realizadas por organismos extranjeros, en las que la

CUADRO 2. Recursos humanos en servicios de salud, según grupo ocupacional, Costa Rica, 1995–1999.

Profesionales de salud	1995	1996	1997	1998	1999
Médicos ^a	3.820	5.157	5.518	5.998	6.422
Odontólogos	1.325	1.356	1.404	1.416	1.543
Farmacéuticos	1.187	1.233	1.258	1.327	1.452
Microbiólogos ^b	929	964	1.002	1.042	1.112
Habitantes por médico ^c	883	668	636	596	567
Personal que labora en el sector salud					
Médicos	2.845	2.937	3.021	3.178	3.330
Odontólogos	202	198	211	254	286
Farmacéuticos	219	222	249	241	260
Microbiólogos	356	369	379	400	428
Personal de enfermería	1.747	1.825	1.817	1.159	1.204
<i>Total profesionales</i>	5.396	5.551	5.677	5.232	5508
Otros profesionales	25	27	27	730	732
<i>Otros</i>					
Técnicos y auxiliares	9.224	9.559	9.948	10.942	11.307
Servicios generales y administrativos ^d	13.066	13.100	13.087	13.434	13.515

^a En 1995 se incluye a los médicos activos, extranjeros residentes y los que están en servicio social. A partir de 1996 el Colegio de Médicos modificó su base de datos y únicamente registra médicos activos; por tanto, dichos períodos no son comparables.

^b No incluye colegiados retirados ni en el exterior.

^c Se utilizó la población de la DGEC, MIDEPLAN y CELADE. Estimaciones y proyecciones de población 1950–2025 (hipótesis recomendada). A partir de 1996 el Colegio de Médicos modificó su base de datos y únicamente registra médicos activos; por tanto, dichos períodos no son comparables.

^d Incluye trabajadores de la industria.

fase de desarrollo incluye generalmente intervenciones en seres humanos y se lleva a cabo en las instalaciones de la CCSS. Esta situación ha generado gran preocupación entre las autoridades de la institución, razón por la cual se hizo una evaluación del cumplimiento de la normativa institucional e internacional sobre investigación en seres humanos en centros asistenciales de la CCSS.

Gasto y financiamiento sectorial

El porcentaje del gasto en salud respecto al PIB disminuyó de 7,6% en 1996 a 5,7% en el 2000. El gasto en salud incluye al Ministerio de Salud, CCSS, AyA, INS y municipios. En el Ministerio de Salud tuvo una tendencia descendente, lo que podría explicarse por la reducción del personal y presupuestaria en el contexto de la reforma del sector. La composición del gasto en salud en 2000 refleja que el mayor porcentaje se destina a la atención individual que proporciona la CCSS (4,6%), es decir, para cubrir los riesgos de enfermedad y maternidad, en comparación con lo que se destina al Ministerio de Salud (0,3%), al AyA (0,4%), al INS (0,2%) y a los municipios (0,2).

En cuanto al ingreso del sector salud, en 1999 la CCSS aportó 95,5% y el resto de las instituciones (Ministerio de Salud, INCIENSA, Comisión Nacional de Drogas, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Consejo Técnico de Asistencia Médico Social y Oficina de Cooperación Internacional de la Salud), aportaron 4,5%. El financiamiento del seguro de la CCSS lo aportan en forma tripartita los patrones, los trabajadores y el Estado (9,25%, 5,5% y 0,25%, respectivamente).

Cooperación técnica y financiera externa en salud

La cooperación técnica hacia Costa Rica disminuyó 17,6% entre 1990 y 1999; la cooperación técnica no reembolsable disminuyó 12,6% en el mismo período. El Sistema de Naciones Unidas, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y la cooperación Sueca fueron los que realizaron más proyectos de cooperación técnica a principios de la década. Actualmente la cooperación más importante proviene de Taiwán y el Sistema de Naciones Unidas. El apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo constituyó 35,7% del total de la cooperación durante el período 1990–1999 y en el año 1999 representó el 52,4%.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Costa Rica, 1990–2000.

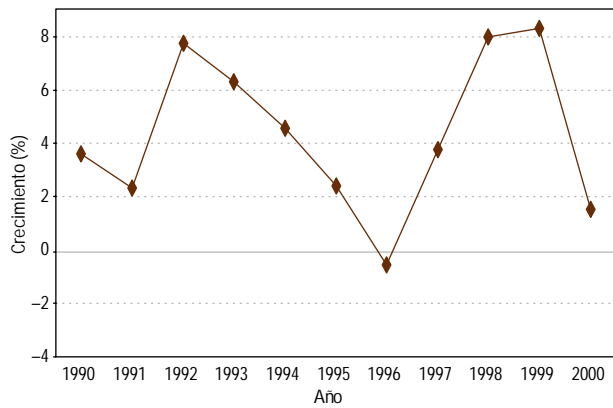


FIGURA 4. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Costa Rica, 1990–2000.

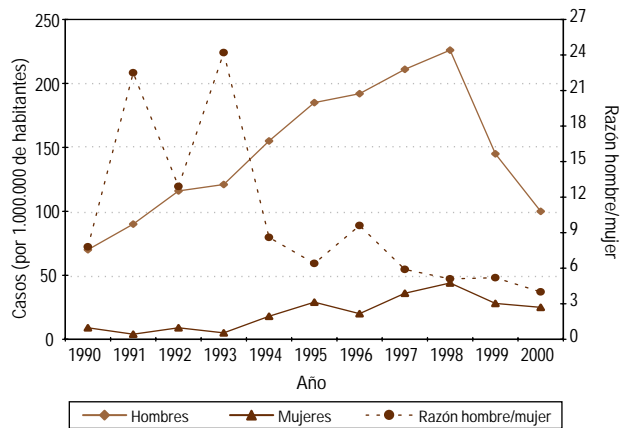


FIGURA 2. Distribución de la mortalidad infantil por provincias, Costa Rica, 1995–1999.

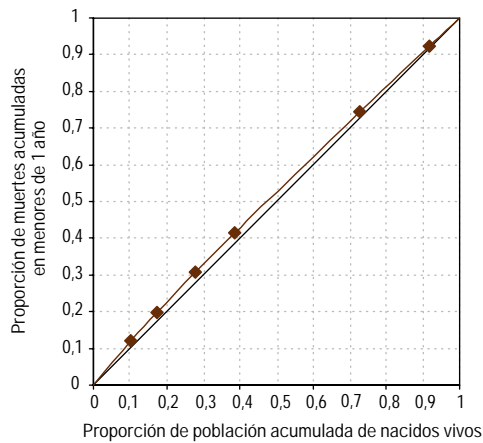


FIGURA 5. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Costa Rica, 1996–2000.

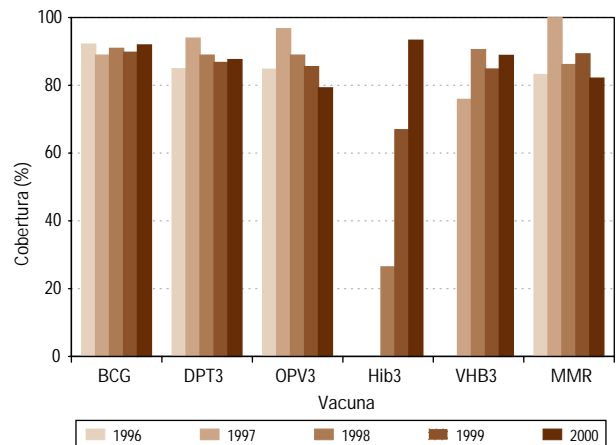
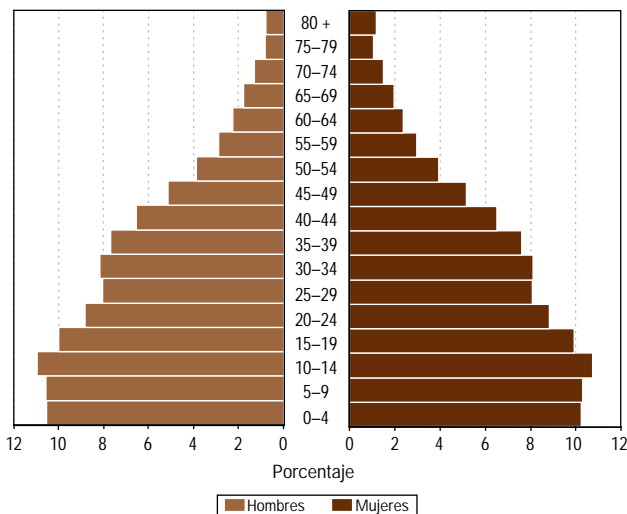


FIGURA 3. Estructura de la población por edad y sexo, Costa Rica, 2000.



CUBA

CONTEXTO GENERAL

La República de Cuba es un archipiélago constituido por la Isla de Cuba, la Isla de la Juventud y alrededor de 4.190 cayos e islotes. Tiene una superficie total de 110.860 km² y está situada a la entrada del Golfo de México, en el Mar Caribe. Política y administrativamente, Cuba está dividida en 14 provincias y un municipio especial.

A pesar de las restricciones económicas y ajustes socioeconómicos realizados a partir de la crisis de los años noventa, conocida como “período especial”, en la estrategia de desarrollo de Cuba se ha mantenido el objetivo esencial de la equidad social, sobre la base de la universalidad y la gratuidad de servicios sociales tales como la educación, la salud y la asistencia social. También se asegura un nivel básico en el consumo de alimentos y bienes de primera necesidad, con un tratamiento diferenciado para niños, embarazadas, ancianos, enfermos y otros grupos vulnerables.

En 1994 se llegó al peor momento de la crisis económica; en 1995 se inició la recuperación y a partir de esa fecha se registró un crecimiento. De tal manera, el producto interno bruto (PIB) creció sostenidamente entre 1994 y 2000 a un promedio anual de 4,8%, hasta alcanzar 5,6% en el período 1999–2000. El incremento del ingreso por habitante promedió 3% anual durante 1994–2000. Este desempeño favorable de la economía ha permitido un crecimiento sostenido de los gastos en salud, educación, asistencia y seguridad social. Se estima que el PIB per cápita (a precios constantes de 1981) en el país se incrementó de US\$ 1.290 en 1996 a US\$ 1.475 en el 2000; de estos montos, se destinó anualmente entre 8 y 10% al gasto en salud.

Los sectores clave de la economía se han recuperado; sin embargo, como consecuencia de la globalización, ha habido una influencia negativa en los precios de las importaciones y exportaciones. Por ejemplo, las exportaciones de la industria azucarera se han visto afectadas en el 2000 por los bajos precios en el mercado mundial, a pesar de que se incrementó la producción en 7,3% respecto a 1999. Por otra parte, los crecientes precios del petróleo han determinado un aumento del valor de las importaciones.

Los ingresos por la actividad turística se han convertido en el primer renglón de la economía nacional; el año 2000 cerró con un aumento de 10% con respecto a 1999, al registrar 1.800.000 turistas, cinco veces más que 11 años atrás.

Al inicio del período especial, la tasa de desempleo y subempleo subió a 7,5% y entre 1990 y 1998 cesaron en sus puestos más de 155.000 trabajadores (aunque mantuvieron 60% de su salario), la mayoría de los cuales se fueron reubicando de manera que a fines de 1998 solo quedaban por ubicar 3.044 trabajadores.

En el sector agrícola coexisten los subsectores cooperativo —que es mayoritario—, campesino privado y de propiedad estatal; de esta, en los últimos seis años el gobierno cubano ha entregado 100.000 hectáreas de tierra en usufructo gratuito, para estimular los cultivos de café y frutas, y otros de abastecimiento familiar. Existe también un sector de trabajadores con actividades privadas en una amplia gama de producciones y servicios, así como un sector empresarial donde opera el capital extranjero en diversas formas de asociación.

Las finanzas internas están en equilibrio, ya que la liquidez monetaria se mantiene en cifras consideradas adecuadas desde 1995. Se ha manifestado una reducción del déficit presupuestario a niveles inferiores de 3% del PIB, resultado de la política de estabilización y ajuste estructural iniciada en 1993. Esta política ha resultado en buena medida exitosa, a juzgar por la corrección de los déficit fiscal y externo, la reducción de las presiones monetarias y la evolución del tipo de cambio paralelo; asimismo, los riesgos de hiperinflación han desaparecido y la actividad productiva se ha recuperado.

Con respecto a las finanzas externas, Cuba continúa sin tener acceso a las principales fuentes de financiamiento y créditos. En 1999 se lograron acuerdos favorables sobre la deuda externa con Japón y algunos países europeos, los que han permitido cumplir los compromisos y aumentar el comercio y las inversiones.

Si bien la macroeconomía marcha favorablemente, las condiciones de vida de la población no son las mismas que antes de 1989 en cuanto a abastecimiento de alimentos, confecciones y artículos electrodomésticos, con precios más asequibles con los ingresos. El transporte sigue siendo un problema, tanto para dis-

tancias cortas como largas. Los medios para reparar viviendas también son escasos, así como las nuevas edificaciones familiares. La producción de huevos, leche y carne de ave, de res y de puerco es 55% menor que la registrada antes del inicio del período especial a principios de los noventa.

El proceso de transición demográfica, junto con decrementos sostenidos de la fecundidad y mortalidad en los dos últimos decenios, ha propiciado bajos niveles de crecimiento poblacional y cambios en la estructura de la población por edad, hacia un proceso de envejecimiento. El grupo de población de 60 y más años en el año 2000 representó 12,9% del total (figura 1); en 1996, los menores de 15 años constituían 22,0% de la población y 22,2% en el año 2000.

Al 30 de junio del año 2000, la población estimada era de 11.187.673 habitantes (densidad de población de 100,9 hab/km²) y 75,2% de la población residía en zonas urbanas. La tasa bruta de natalidad bajó de 17,6 nacimientos por 1.000 habitantes en 1990 a 12,7 en 1996; en el 2000 se incrementó solo a 12,8. La tasa de crecimiento anual media de la población decreció de 0,36% en 1996 a 0,30% en el año 2000, sin cambios notables en el intervalo.

La tasa de fecundidad se incrementó de 46,2 por 1.000 mujeres de 15 a 49 años en 1996, a 47,3 en el 2000. En correspondencia aumentó la tasa global de fecundidad de 1,49 hijos promedio por mujer a 1,55 para igual período. La tasa bruta de reproducción en el año 1996 era 0,76 y se mantuvo estable en el último cuatrienio, lo cual indica bajo reemplazo poblacional. En el año 2000, la tasa de fecundidad específica por edad disminuyó de 54,3 a 52,3 en los grupos más jóvenes (15–19 años) y hubo un

incremento en los grupos de edad entre 20 y 39 años, más marcado entre los 20 y 24 años (figura 2).

La tasa bruta de mortalidad fue de 7,2 defunciones por 1.000 habitantes en 1996 y de 6,8 en el año 2000. La mortalidad proporcional por sexo es ligeramente mayor en los hombres (55,1%). La esperanza de vida al nacer para el período 1994–1995 alcanzó el valor de 74,8 años para ambos sexos, 72,9 para los hombres y 76,9 para las mujeres. La amplitud oscila entre 73,9 en La Habana y 76,6 en Holguín, lo que indica mínimas diferencias por provincias.

En el cuadro 1 se muestran las tasas de mortalidad por los seis grandes grupos de causas, según grupos de edad, para 1996 y 2000. Destacan las enfermedades del sistema circulatorio como principal causa de muerte, cuya tasa bruta de mortalidad en el año 2000 fue de 288,7 defunciones por 100.000 habitantes, con una razón de masculinidad de 1,11 (figura 3). En comparación con 1996, en el año 2000 las tasas ajustadas por edad y sexo de enfermedades del aparato circulatorio y causas externas se redujeron 9,7% y 14,5%, respectivamente, mientras que las neoplasias malignas aumentaron 4,6% (cuadro 1). Según la edad, la tasa de mortalidad más baja correspondió al grupo de 5 a 14 años (27,3 defunciones por 100.000 habitantes), y la más alta a partir de los 65 años; en el último período, estos grupos redujeron su riesgo de morir 17,3% y 9,1%, respectivamente.

La mortalidad por enfermedades transmisibles se redujo en todos los grupos de edad, excepto en los mayores de 65 años. La mortalidad por los seis grandes grupos de causas según estratos poblacionales urbano y rural en el 2000 se caracterizó por dife-

CUADRO 1. Mortalidad por grandes grupos de causas según edad, Cuba, 1996 y 2000.

Causas	Grupos de edad										Total			
	0–4		5–14		15–39		40–64		65 y más		Bruta		Ajustada	
	1996	2000	1996	2000	1996	2000	1996	2000	1996	2000	1996	2000	1996	2000
Enfermedades del aparato circulatorio (390–459)	3,8	3,2	1,4	1,0	11,5	12,0	205,5	211,6	2776,6	2429,2	311,4	288,7	260,2	235,0
Neoplasias malignas (140–239)	6,4	7,5	5,6	5,2	15,8	15,6	166,4	189,9	985,5	992,7	141,0	150,3	118,2	123,6
Causas externas (E800–E999)	22,9	15,1	15,7	12,7	63,1	49,4	72,0	66,4	324,2	294,7	79,3	68,9	71,0	60,7
Enfermedades transmisibles (001–139, 320–322, 460–466, 480–487)	31,0	26,5	2,1	1,5	4,6	4,2	28,5	26,1	453,8	460,7	53,2	53,9	45,1	44,6
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760–779)	57,7	61,7	0,2	–	0,1	0,0	–	–	–	0,1	4,2	4,2	4,3	4,5
Otras causas (resto 001–E999)	68,0	60,9	8,1	6,9	27,9	24,1	116,6	110,8	947,8	809,2	134,6	120,2	114,2	100,9
Total	189,8	174,9	33,0	27,3	123,0	105,4	589,1	604,8	5487,9	4986,5	723,7	686,1	614,1	569,4

Notas: Tasas por 100.000 habitantes.

Para la codificación de las causas de muerte se utilizó la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9).

Fuente: Dirección Nacional de Estadística, MINSAP.

rencias mínimas: 754,8 por 100.000 habitantes en la zona urbana; 633,1 en la rural-urbana, y 552,5 en la rural. La razón de mortalidad entre la tasa urbana y la rural fue de 1,37.

Las principales causas de muerte en el país corresponden a enfermedades crónicas no transmisibles. Las enfermedades del corazón, las neoplasias malignas y las enfermedades cerebrovasculares constituyen las tres primeras causas y agrupan 60% del total de las defunciones. Entre 1996 y 2000, el riesgo de morir por enfermedades del corazón disminuyó de 206,3 defunciones por 100.000 habitantes a 180,3, mientras que las neoplasias malignas y las enfermedades cerebrovasculares se incrementaron 6,6% y 0,9% respectivamente en el mismo período; por el contrario, la tasa de mortalidad por diabetes mellitus se redujo 46% durante el último quinquenio (cuadro 2). Al ajustar las tasas de mortalidad de las principales causas de muerte, se observa una disminución para todas las causas excepto influenza y neumonía (figura 4). Las diferencias de las tasas ajustadas de mortalidad entre territorios para las 10 primeras causas de muerte (valor máximo/valor mínimo de cada causa) muestran variaciones mínimas. En relación con las diferencias por sexo de las tasas de mortalidad, la razón fue superior en hombres para todas las causas, excepto por enfermedad cerebrovascular (0,9) y por diabetes mellitus (0,5). En el año 2000, las neoplasias malignas y las enfermedades del corazón cobraron el mayor número de años de vida potencial perdidos: 15,5 y 11,5 años de vida por cada 1.000 habitantes de 1–74 años, respectivamente (figura 5).

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

En 1997, el Comité de los Derechos del Niño reconoció a Cuba por cumplir la mayoría de las metas de la Cumbre Mundial en

Favor de la Infancia, además de que se encuentra muy cercana al cumplimiento de otras en materia de muertes maternas, bajo peso al nacer, nutrición y lactancia materna.

La mortalidad infantil mantiene una tendencia a la disminución; en 1996 la tasa fue de 7,9 por 1.000 nacidos vivos y de 7,2 en 2000, con algunas oscilaciones anuales. En el año 2000, 62,8% de las defunciones ocurridas en el menor de 1 año correspondieron a la de mortalidad neonatal, tanto precoz como tardía (tasa 4,5 por 1.000 nacidos vivos); la tasa correspondiente al componente neonatal precoz fue de 3,1 y la del tardío, 1,4. Las diferencias en las tasas de mortalidad neonatal entre los tres territorios del país fueron mínimas, con fluctuaciones entre 5,0 y 8,1 por 1.000 nacidos vivos para las provincias centrales, y entre 7,0 y 9,1 para las provincias orientales. Las provincias occidentales presentaron los riesgos más bajos, entre 4,9 y 7,6 por 1.000. Así mismo, en la última década ocurrió un descenso de la mortalidad infantil en todas las provincias (figura 6), con reducción de las brechas entre los territorios.

Las cinco primeras causas de muerte en el menor de 1 año se mantienen desde 1980 en este orden de frecuencia: afecciones perinatales, anomalías congénitas, sepsis, influenza y neumonía y accidentes, en las que se agrupan más de 80% del total de las defunciones en estas edades. En el período 1996–2000 el riesgo de morir se redujo para todas las causas, excepto las afecciones perinatales (cuadro 3). Entre 1996 y 2000 la mortalidad perinatal (fetal tardía y neonatal precoz) osciló entre 12,4 y 12,7 por 1.000 nacidos vivos menores de siete días y defunciones fetales de 1.000 gramos o más de peso. El porcentaje de niños con bajo peso al nacer se redujo de 7,3% en 1996 a 6,1% en el año 2000. Todas las provincias redujeron dicho índice con relación al cuatrienio anterior, pero en 2000 hubo diferencias por provincias que fluctuaron entre 3,8 y 7,2%.

La tasa de mortalidad por todas las causas en el grupo de 1–4 años de edad se redujo de 0,6 defunciones por cada 1.000 niños de la edad en 1996 a 0,4 en el año 2000. En el cuadro 4 se

CUADRO 2. Principales causas de muerte en todas las edades, Cuba, 1996, 1999 y 2000.

Causas	1996	1999	2000
Enfermedades cardiovasculares (393–429)	206,3	193,2	180,3
Neoplasias malignas (140–208)	137,4	147,4	146,5
Enfermedad cerebrovascular (430–438)	72,2	74,9	72,9
Influenza y neumonía (480–487)	40,4	47,3	46,2
Accidentes (E800–E949)	51,6	46,9	44,5
Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares (440–448)	31,9	33,7	32,6
Suicidio y lesiones autoinfligidas (E950–E959)	18,3	18,4	16,4
Diabetes mellitus (250)	23,5	14,3	13,1
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (571)	8,4	10,1	8,9
Homicidio (E960–E969)	6,6	5,5	5,3

Notas: Tasas brutas por 100.000 habitantes.

Para la codificación de las causas de muerte se utilizó la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9).

Fuente: Dirección Nacional de Estadística, MINSAP.

CUADRO 3. Principales causas de muerte en menores de 1 año, Cuba, 1996, 1998, 1999 y 2000.

Causas	1996	1998	1999	2000
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760–779)	3,2	3,0	2,8	3,2
Anomalías congénitas (740–759)	2,2	2,0	1,9	1,9
Sepsis (038)	0,6	0,4	0,3	0,3
Influenza y neumonía (480–487)	0,4	0,4	0,2	0,3
Accidentes (E800–E949)	0,3	0,3	0,3	0,2

Notas: Tasas por 1.000 nacidos vivos.

Para la codificación de las causas de muerte se utilizó la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9).

Fuente: Dirección Nacional de Estadística, MINSAP.

CUADRO 4. Principales causas de muerte en niños de 1 a 4 años, Cuba, 1996 y 2000.

Causas	1996	2000
Accidentes (E800–E949)	1,9	1,1
Anomalías congénitas (740–759)	0,8	0,5
Neoplasias malignas (140–208)	0,6	0,5
Influenza y neumonía (480–487)	0,6	0,4
Meningitis (320–322)	0,2	0,2

Notas: Tasas por 10.000 habitantes.

Para la codificación de las causas de muerte se utilizó la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9).

Fuente: Dirección Nacional de Estadística, MINSAP.

muestran las primeras cinco causas de defunción en este grupo de edad en 1996 y 2000. Las muertes en menores de 5 años representaron 1,7% del total de defunciones en el año 2000. La tasa de mortalidad se redujo de 10,7 muertes por 1.000 nacidos vivos en 1996 a 9,1 en el año 2000. La supervivencia de niños a los 5 años de edad fue de 99,1% en el 2000, 0,2% más que en 1996.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

Las defunciones en este grupo de edad representaron 0,3% del total en el año 2000, con una tasa de mortalidad de 0,3 defunciones por 1.000 habitantes (0,3 para los hombres y 0,2 para las mujeres). En el 2000, las primeras cinco causas de muerte agruparon 73,2% del total de fallecidos entre los escolares; en primer lugar estuvieron los accidentes, con una tasa de 9,6 por 100.000 habitantes (12,0 en el sexo masculino y 7,0 en el femenino), seguidos de las neoplasias malignas con una tasa de 4,1 (similar en cada sexo), las anomalías congénitas (2,1), los homicidios (0,7) y la influenza y neumonía (0,4).

Las enfermedades transmisibles que más afectan a esta población son las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

La atención de los adolescentes se enmarca en un programa específico de salud y desarrollo. En 1996, este grupo de población constituía 14% del total y en el año 2000, 13,8%. Poco más de 70% residen en la zona urbana, sin que haya diferencias importantes por sexos o subgrupo de edad. La tasa de fecundidad en las adolescentes se redujo de 54,3 por 1.000 mujeres de esta edad en 1996, a 52,3 en el año 2000.

Las defunciones de adolescentes entre 1996 y 2000 representaron menos de 1% del total en el país. La tasa de mortalidad por todas las causas en los adolescentes fue de 0,56 por 1.000 habitantes en el año 1996 y se redujo a 0,48 en el 2000. Se destaca en el último cuatrienio una reducción de 27% en la tasa de mortalidad por accidentes.

La salud de la población adulta (20–59 años)

La población adulta estimada en el 2000 era de 5.572.066 habitantes; de ellos, 50,4% son del sexo femenino. En zonas urbanas reside 53,2% de la población; 28,8% en zonas intermedias o urbano-rurales y el resto en zonas rurales.

Alrededor de 20% de las defunciones ocurridas en el país corresponde a este grupo de edad; 12,0% en los hombres y 8,0% en las mujeres. La tasa bruta de mortalidad por todas las causas en el año 1996 fue de 2,9 por 1.000 habitantes y en el año 2000 se redujo a 2,8 (3,5 en el sexo masculino y 2,2 en el femenino). Las cinco primeras causas de muerte correspondieron a neoplasias malignas (tasa de 75,1 por 100.000), enfermedades del corazón (55,3), accidentes (31,1), enfermedad cerebrovascular (20,9) y suicidio (19,0); las tres primeras fueron responsables de 56,5% del total de defunciones en este grupo. Excepto para las neoplasias malignas, se observó un exceso de riesgo de mortalidad de 2,22, 4,43, 1,17 y 2,37 veces mayor en hombres que en mujeres en dichas causas, respectivamente.

Las enfermedades transmisibles que más afectan a esta población son las enfermedades respiratorias agudas (222,5 atenciones médicas por 1.000 personas de este grupo de edad) y las enfermedades diarreicas agudas (40,7).

Casi todas las mujeres (99,9%) tienen su parto en una institución de salud. El mayor número de nacimientos se produjo en mujeres entre 25 y 29 años. Con respecto a la escolaridad, hay mayor proporción de nacimientos en mujeres que han terminado la educación preuniversitaria y que residen en zonas urbanas (48,1%), mientras que para las que residen en zonas rurales la mayor proporción se concentra en mujeres que han concluido la secundaria (45,8%). El promedio de consultas prenatales es superior a 10 por parto, con 95% de las primeras consultas antes de las 14 semanas de gestación. También existen 258 hogares maternos para la atención especial a mujeres que lo requieran, ya sea por problemas geográficos u otros. La tasa de mortalidad materna directa fue de 24,2 por 100.000 nacidos vivos en el año 1996. En el año 2000 la tasa se incrementó a 34,1, particularmente debido a otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

La atención del anciano se lleva a cabo mediante el programa de atención integral, tanto a nivel comunitario como institucional y hospitalario. Los servicios comunitarios de este programa tienen como orientación básica la promoción de salud a través de los Círculos de Abuelos, de los que existen 13.894 actualmente en el país, con 468.584 participantes. También hay 129 Casas de Abuelos, con 3.699 asistentes, y 865 Grupos de Recreación y Orientación. El Sistema de Atención al Adulto Mayor en el domicilio beneficia a más de 60.100 ancianos que viven solos, a los cuales se les brinda atención integral e intersectorial. La atención gerontológica se realiza con 447 equipos multidisciplinarios que laboran en la atención primaria de salud. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud Pública son los principales responsables de la ejecución de los programas sociales dirigidos al anciano solo o sin apoyo familiar.

La mortalidad del adulto mayor ha tendido al incremento en los últimos años. El porcentaje de defunciones fue de 75,4% en el año 2000 (53,2% hombres y 46,8% mujeres). Las principales causas de muerte en el año 2000 fueron las enfermedades del corazón (tasa de 1.174,8 por 100.000 personas de la edad), las neoplasias malignas (827,8) y las enfermedades cerebrovasculares (481,5), las que agruparon 63% del total de fallecidos de esas edades. Los riesgos de morir por enfermedades del corazón y enfermedad cerebrovascular se redujeron en 16% y 1,2% respectivamente, en comparación con el año 1996; la mortalidad por estas dos causas fue 1,36 y 1,62 veces más alta para los hombres que para las mujeres, mientras que la razón fue menor (0,91) en el caso de la enfermedad cerebrovascular.

Las enfermedades transmisibles que más afectan a la población de la tercera edad, son las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones respiratorias agudas, con 56,7 y 296,2 atenciones por 1.000 atenciones de adultos mayores, respectivamente, en el año 2000.

La salud de los trabajadores

La atención a la salud de los trabajadores está organizada nacionalmente como parte de la estrategia de salud y seguridad en el trabajo y está a cargo de los Ministerios de Salud Pública, de Trabajo y Seguridad Social, y del Interior. En el contexto laboral, la mujer goza de iguales derechos que el hombre en todas las esferas; además, se le concede licencia retribuida por maternidad antes y después del parto (hasta un año) y se le proporciona el cuidado y educación de sus hijos en instituciones estatales. Los trabajadores tienen garantizados los servicios de atención primaria de salud en la comunidad y, cuando existen, en sus centros de trabajo. En el año 2000 se alcanzó la cifra de 4.722 centros con atención a la salud de los trabajadores.

A partir de 1998 las enfermedades profesionales son de declaración obligatoria y de diagnóstico exclusivo de 53 consultorios de especialidades. En 1998 se diagnosticaron 668 casos de enfermedades profesionales y 436 en el 2000. De ellos, 70% correspon-

dieron a hombres entre 40 y 50 años de edad, obreros, con más de 15 años de exposición. Las principales enfermedades fueron las dermatosis por petróleo, laringitis nodular crónica en maestros e intoxicaciones crónicas por agentes químicos. El promedio anual de accidentes de trabajo es de 13.000 casos, con un incremento de la incapacidad laboral de 7 a 10 días por caso en los últimos cinco años. El número total de días de incapacidad temporal por enfermedad o accidentes disminuyó 25% en el mismo período.

La salud de grupos especiales

En el país existe un programa gubernamental especial de atención a la población residente en las zonas montañosas, conocido como Plan Turquino-Manatí, dirigido al desarrollo humano sostenido en estas zonas. Además de los beneficios en otras esferas sociales, los 726.605 habitantes de estas regiones cuentan con una importante red de servicios de salud, integrada por 1.387 equipos básicos de salud (médicos y enfermera de la familia), en 1.137 consultorios distribuidos en las comunidades rurales, pertenecientes a 19 policlínicas. La población tiene acceso, además, a los servicios de 43 hospitales rurales, 107 farmacias, 31 laboratorios de fito y apifármacos y 273 puntos de atención estomatológica. En el año 2000 se realizaron 2.445.744 consultas médicas (3,9 por habitante), 983.898 consultas estomatológicas (2,1 por habitante) y 26.561 ingresos en el hogar. Para dicho período, la mortalidad infantil en estas zonas fue de 7,6 por 1.000 nacidos vivos. De los 48 municipios considerados dentro del Plan Turquino-Manatí, 46 cuentan con el Sistema Integrado de Urgencias Médicas y 24 pertenecen a la red de Municipios Saludables.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Entre 1997 y 1999 el país fue afectado por una prolongada sequía y por los huracanes Georges e Irene, que causaron cuantiosos daños materiales en las provincias orientales y centrales del país. Las medidas preventivas puestas en práctica oportunamente evitaron serias consecuencias, aunque se perdieron seis vidas humanas. La ausencia de brotes de enfermedades transmisibles refleja el nivel de organización y control de estos programas.

En 1996 el MINSAP creó el Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres (CLAMED), con el fin de coordinar los recursos científicos y técnicos del país integrados en 12 institutos de investigación y otros centros de prevención, asistencia, enseñanza e información científico-técnica. La actualización y ejecución de los planes anuales y la capacitación sistemática del personal médico, paramédico y de la población, aseguran los preparativos para casos de desastre.

Enfermedades transmitidas por vectores

El país tiene un programa de erradicación del mosquito *Aedes aegypti*, con un sistema de vigilancia entomológica y epi-

demiológica que permite detectar al vector y a los casos procedentes de otros países. En 1997 se produjo en Santiago de Cuba un brote de dengue, por serotipo 2, cepa del grupo Jamaica. Esta epidemia produjo 3.012 casos confirmados (aunque se estima hubo algo más de 5.000 enfermos), 205 casos de dengue hemorrágico y 12 fallecimientos, todos de adultos. El inicio de la epidemia se comprobó a fines de diciembre de 1996 y se pudo evitar que la epidemia se extendiera a los 35 municipios del país que estaban infestados con *Ae. aegypti*. En la segunda quincena de septiembre de 2000 se notificó la circulación de los virus dengue 3 y 4 en tres municipios de la provincia Ciudad de la Habana, los que fueron identificados por el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" (IPK); se informaron 138 casos, todos por fiebre del dengue.

El paludismo se erradicó desde 1967, después de una campaña de lucha antivectorial y control de focos de los casos diagnosticados. A partir de ese año se han notificado casos importados y brotes aislados de transmisión local, relacionados en su mayoría con población procedente de Nicaragua y de países de África. En el período 1996–2000 hubo 75 casos importados.

Enfermedades prevenibles por vacunación

El Programa Nacional de Inmunización protege a la población contra 13 enfermedades y ha logrado la eliminación de la poliomielitis en 1962 (aunque se mantienen campañas anuales de vacunación a los menores de 3 años), el tétanos neonatal en 1972, la difteria en 1979, el sarampión en 1993, y la tos ferina, la rubéola y la parotiditis desde 1995.

Las coberturas de vacunación en menores de 2 años, en escolares y en adultos, mantienen índices superiores a 95%. En 1995 se registraron 5 casos de tétanos y en 2000 se notificó uno solo. En 1999 se introdujo la vacunación contra el *Haemophilus influenzae* tipo b para todos los menores de 1 año; en 1995 se registraron 128 casos por este patógeno, mientras que en 2000 la morbilidad se redujo a solo 35 casos (reducción de 72%). El impacto de la vacunación contra el meningococo B y C continúa manifestándose en la disminución de la morbilidad: en 1995 hubo 64 casos y 56 en el año 2000.

Enfermedades infecciosas intestinales

La incidencia de enfermedades infecciosas intestinales en 2000 fue de 77,1 por 1.000 habitantes, lo que representa una disminución de 25,7% en relación con el año 1994. Por su parte, la fiebre tifoidea presentó un comportamiento endemo-epidémico, con la ocurrencia de brotes locales en algunas zonas del país de mayor riesgo. Los casos notificados por 100.000 habitantes se redujeron de 0,7 en el 96 a 0,3 en el 2000, con mayor daño en las edades entre 1 y 14 años. No se han registrado casos de cólera clínico o subclínico desde comienzos del siglo pasado; sin embargo, el país cuenta con un programa y una red de vigilancia nacional de cólera.

Enfermedades transmitidas por alimentos

El país cuenta con un programa de vigilancia de contaminantes en alimentos y agua. El año 1996 fue el de mayor notificación, con 716 brotes producidos por agua y alimentos, especialmente peces ciguatos; en 2000 solo se notificaron 306 brotes.

Enfermedades crónicas transmisibles

De 1972 a 1992 hubo una tendencia descendente de la tasa de incidencia de la tuberculosis, con una reducción promedio de 5% anual; después hubo aumentos de casi dos y media veces, y en 1995 empezó a reducirse nuevamente (figura 7). La tasa de incidencia registrada en 1996 fue de 13,5 por cada 100.000 habitantes y en 2000 se redujo a 10,1. La reducción se produjo a expensas del grupo de menores de 1 año, en el que no hubo casos (se ha logrado mantener la cobertura de vacunación con BCG a más de 99% de los recién nacidos) y del grupo de 15 y más años, donde la tasa disminuyó de 15,4 en 1996 a 12,8 por 100.000 en 2000. La mortalidad en los últimos cinco años se ha mantenido por debajo de 1 por cada 100.000 habitantes, pasando de 0,8 en 1996 a 0,3 en el año 2000. La tasa de curación de casos en el país es de 92%.

La asociación de la infección por el VIH y la tuberculosis no constituye un problema de salud pública, ya que en el período 1986–1999 se registró una frecuencia de 6,9%. La resistencia al tratamiento multimedicamentoso es de 0,7%, por lo que no es un factor a considerar en la morbilidad.

La lepra se eliminó como problema de salud al alcanzar en el año 1993 una tasa de prevalencia de 0,79 por 10.000 habitantes. Para el 2000, la tasa de prevalencia fue de 0,5 por 10.000 habitantes y la tasa de incidencia, de 2,5 por 100.000 (278 casos nuevos), lo que representó una reducción de 16,5% con relación al año anterior. La lepra en menores de 15 años representa entre 1,1 y 3,0% de los casos nuevos en los últimos 20 años.

Infecciones respiratorias agudas

La mortalidad por influenza y neumonía en el país permanece dentro de las primeras cinco causas de muerte en los niños menores de 5 años y ocupa la cuarta causa en la población general.

El promedio anual de consultas de atención médica por infección respiratoria aguda (IRA) es de 4.000.000, que constituyen entre 25% y 30% de las consultas externas y alrededor de 30% de las hospitalizaciones. La mayor parte de las IRA son autolimitadas y leves. En 1999 hubo gran actividad epidémica en todas las provincias del país, en todos los grupos de edad.

El virus de la influenza A (H3N2) tipo Sydney predominó como agente causal en circulación. En 2000 se registraron 4.823.831 atenciones por esta causa, particularmente en las provincias centrales y occidentales del país. Desde 1997 la vacunación antigripal a todos los ancianos internos o semiinternos y vinculados a Casas de Abuelos se ha mantenido, así como a los pacientes sometidos a diálisis y hemodiálisis.

Síndromes neurológicos infecciosos

Los principales agentes etiológicos de la meningoencefalitis bacteriana en el último cuatrienio fueron *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo b y *Neisseria meningitidis*. Con la vacunación contra *H. influenzae* se han obtenido reducciones superiores a 70% de los casos en niños menores de 4 años. La incidencia por neumococo se incrementó en 2000, año en el que hubo un brote epidémico de meningoencefalitis viral por el virus ECHO 16, el cual fue controlado completamente.

Zoonosis

Desde 1976 no se registran casos humanos transmitidos por perros; sin embargo, la rabia humana reemergió en 1988, principalmente por transmisión de murciélagos. Desde ese año se han registrado ocho casos (siete de ellos por murciélago no hematófago), cuatro entre 1995 y 2000. La rabia canina, confinada a algunas áreas suburbanas y rurales del país, está casi siempre asociada con agresiones de mangostas.

La leptospirosis, caracterizada por su comportamiento tanto endémico como epidémico, tuvo un marcado ascenso en la primera mitad de los años noventa, cuando alcanzó tasas por encima de 20 por 100.000 habitantes. De 1995 a 2000 se redujo 66,7% la mortalidad y 75,5% la morbilidad; al final de este período se registraron 553 casos, con una tasa de 4,9 por 100.000 habitantes. El sexo masculino y las edades comprendidas entre 15–44 años constituyen los grupos más afectados. El desarrollo de una vacuna cubana contra la leptospirosis ha permitido aplicar una estrategia de intervención en aquellos territorios de mayor riesgo de la enfermedad. Con esta vacuna se han inmunizado 1.026.106 personas desde el año 1994.

VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual

Desde el inicio del programa nacional en 1986 hasta concluir el año 2000 se habían detectado en todo el país 3.231 seropositivos al VIH; de ellos, 1.194 se enfermaron de SIDA y 840 fallecieron. Entre 1995 y el 2000 se notificaron 839 casos de SIDA, 49,7% de ellos de Ciudad Habana, que es la provincia más afectada. Las tasas de incidencia anual de SIDA fluctuaron entre 8,9 por millón de habitantes en 1996 y 15,1 en 2000; 75,8% (636) de los casos en el período fueron del sexo masculino (figura 8). La vía de transmisión más frecuente fue la sexual (98% de los casos). La epidemia aún se mantiene en grupos nucleares y se considera de baja transmisión. En el año 2000, se realizaron exámenes en busca de anticuerpos contra el VIH; resultaron positivas 8 de 189.963 (0,004%) gestantes; 54 de 581.421 (0,009%) donantes de sangre, y 55 de 164.843 (0,033%) enfermos con otras infecciones de transmisión sexual y sus contactos sexuales declarados. Se estima que 0,03% de la población cubana entre 15 y 49 años está infectada. En el país, todos los casos diagnosticados con infección por el VIH y los enfermos de SIDA que necesitan tratamiento antirretroviral o para enfermedades

oportunistas, lo reciben gratuitamente, incluida la terapia combinada.

La creación del Grupo Operativo Gubernamental facilitó la aplicación de una estrategia intersectorial para el control de las infecciones de transmisión sexual, en especial el SIDA. Ello ha permitido fortalecer la labor educativa y de promoción sanitaria, la introducción de enfoques terapéuticos y de atención a los pacientes y personas de riesgo en todo el país. El Centro Nacional de Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, creado en 1995, ha dirigido las acciones fundamentales hacia grupos vulnerables, especialmente hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. La distribución social de condones también se ha incrementado, de unos 6 millones antes de 1996 a más de 30 millones en 2000, aunque aun es insuficiente.

La sífilis y la gonorrea constituyen las otras dos infecciones de transmisión sexual de relevancia en el país; entre 1996 y 2000 se observó una disminución progresiva de la notificación de gonorrea hasta alcanzar una tasa de 170,4 por 100.000, mientras que la sífilis tuvo una tendencia al incremento hasta 1997, con una tasa de incidencia de 143,3 por 100.000, y a partir de entonces hubo una disminución hasta una tasa de 82,2 en el año 2000.

Como parte del Programa de Prevención y Control de las Hepatitis Virales instaurado en el país desde 1987, se realiza la detección de antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HbsAg) en todos los enfermos con evidencias clínicas y de laboratorio de hepatitis viral aguda. A partir de 1992 se comenzó la estrategia de vacunación para eliminar la enfermedad, que comprende la vacunación universal de los recién nacidos, la vacunación de la cohorte de menores de 20 años (completada en 2000) y la de los principales grupos de riesgo. También se lleva a cabo la vacunación de los contactos de personas infectadas y la pesquisa a las embarazadas y personas con infecciones de transmisión sexual. El impacto de la estrategia de vacunación se observa en que, desde su inicio, ha habido una reducción de la morbilidad por hepatitis B de 79,5%, hasta llegar a 4 por 100.000 en 2000; también se ha reducido 98% la incidencia en los menores de 15 años. La mortalidad es baja, con un promedio de 15 fallecidos anuales en el último quinquenio, todos mayores de 20 años. La principal vía de transmisión es la sexual y el grupo de edad sexualmente activo tiene las mayores tasas. La prevalencia de hepatitis B en los donantes de sangre fue de 0,8% en el año 2000.

El diagnóstico serológico de la hepatitis C se inició en el país en 1995 y se aplica a toda la sangre donada. Desde 1998 se utilizan técnicas de tercera generación de producción nacional y alta calidad. Este estudio también se realiza a toda persona que presente una hepatitis aguda con antecedentes de exposición a sangre o sus derivados en los últimos seis meses. La incidencia anual promedio fue de 96 casos en el quinquenio 1995–2000 y una tasa de 0,4 por 100.000 personas en el 2000. El grupo de mayor riesgo para la infección por el virus de la hepatitis C es el de pacientes en hemodiálisis, en quienes se hace tamizaje sistemático, con

prevalencia promedio de 30%. La prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C en donantes de sangre es de 0,8%.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En el año 2000 se realizó una encuesta en 7.263 hogares para determinar la prevalencia de desnutrición energeticoproteica en menores de 5 años, de acuerdo con las normas del National Center for Health Statistics (Estados Unidos de América). Según el peso para la edad, la prevalencia de niños con desnutrición moderada (-2 DS) fue de 4,1% y de 0,4% con desnutrición severa (-3 DS). De acuerdo a la talla para la edad, hubo 4,6% con desnutrición moderada y 1,1% con desnutrición severa. En relación con el peso para la talla, 2% de los niños encuestados presentaban desnutrición moderada y 0,4%, desnutrición severa.

La anemia por deficiencia de hierro es el problema nutricional más frecuente en Cuba. Afecta a 22,5% de las embarazadas en el tercer trimestre de la gestación, según los datos del sistema de vigilancia maternoinfantil de sitios centinelas en 2000. En un estudio realizado en 1999–2000 en una muestra nacional de 1.987 niños de 6 meses a 2 años de edad, la prevalencia de anemia fue de 46% (53,1% en el grupo de 6–12 meses de edad y 42,1% en el de 13–24 meses). Del total de niños con anemia, era severa en 0,1%; moderada en 18,6%, y ligera en 27,3%. El plan nacional para la prevención y control de la deficiencia del hierro y la anemia en la población cubana incluye la fortificación de alimentos; el programa de suplementación alimentaria a embarazadas y la diversificación alimentaria, así como algunas acciones de vigilancia de las intervenciones.

En 1999 se llevó a cabo un estudio con el objetivo de evaluar los niveles de vitamina A en la población infantil de 6 meses a 2 años de edad, en una muestra nacional de 2.579 niños. Solamente 85 muestras (3,6% de las 2.371 evaluadas), tenían valores inferiores a 20mg/dl. En el país no se ha notificado ningún caso con deficiencia clínica de vitamina A.

En cooperación con el Ministerio de la Industria Básica y con el apoyo financiero del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se elaboró un proyecto para la yodación de la sal de consumo; en 2000 se trabajó en el montaje de las plantas yodadoras en Las Tunas y Camagüey, con financiamiento del gobierno cubano y de una organización no gubernamental, Kiwanis Internacional.

La diabetes mellitus constituye la octava causa de muerte. La tasa de mortalidad descendió de 23,5 por 100.000 habitantes en 1996 a 13,1 en 2000, lo que representa una reducción de 44,2%. En contraste, la prevalencia continúa en ascenso y en el año 2000 fue de 23,6 por 1.000 habitantes. Existe un predominio de la mortalidad femenina (razón de masculinidad de 0,6). La letalidad hospitalaria alcanza índices de 1,2 fallecidos por cada 100 egresos. Las acciones de control van dirigidas a la implantación del Programa Nacional de Diabetes Mellitus, que tiene como fines un importante proceso de capacitación, el incremento de la detección y la disposición de medicamentos más eficaces.

Enfermedades cardiovasculares

Desde hace más de 40 años las enfermedades del corazón se sitúan como las primeras causas de muerte en todas las edades; entre 1980 y 2000 la tasa de mortalidad se incrementó de 166,7 por 100.000 habitantes a 180,3, teniendo una ligera disminución hacia finales de los noventa (figura 9). No obstante, la tendencia de la mortalidad (según tasas ajustadas) por estas enfermedades es descendente. En el cuatrienio 1997–2000, la cardiopatía isquémica fue la primera causa de muerte en este grupo (80%) y fue responsable de una de cada cuatro muertes totales. Según sexo, se observa una sobremortalidad masculina, que es más evidente para la cardiopatía isquémica aguda (razón de masculinidad de 1,3). La mayor cantidad de defunciones se produce en los mayores de 65 años, que aportan el 77% de los fallecimientos por estas enfermedades. En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 1997 se encontró una prevalencia del infarto agudo del miocardio de 7 por 1.000 habitantes mayores de 15 años. La incidencia en el año 2000 alcanzó 1,8 por 1.000 habitantes mayores de 15 años, con una letalidad de 65,2%.

El riesgo de morir por hipertensión arterial se incrementó de 8,9 por 100.000 habitantes en 1996 a 11,5 en el 2000, sin diferencias por sexo. Los resultados de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo mostraron que la prevalencia de HTA en la población mayor de 15 años es superior a 30% en áreas urbanas. La prevalencia de 9,9% en 1997 se incrementó a 20% en el 2000, lo que representa un incremento de más de 60% con respecto a 1997.

Enfermedades cerebrovasculares

Desde finales de los setenta ha habido un incremento progresivo de la mortalidad por esta causa. En el año 2000, la tasa bruta notificada fue de 72,9 por 100.000 habitantes. Sin embargo, al comparar la tendencia reciente según tasas ajustadas la tendencia es descendente de 56,1 por 100.000 habitantes en 1996 a 53,8 en el año 2000. En los últimos cinco años, en promedio murieron cerca de 7.900 personas al año por esta causa; de ellos, alrededor de 85% tenían 60 años o más. El riesgo de morir por enfermedades cerebrovasculares era mayor en los hombres hasta 1992, cuando este patrón se invirtió, y ahora se observa sobremortalidad femenina (razón hombre/mujer de 0,93). Entre los que sobreviven a eventos de enfermedades cerebrovasculares, 50% o más quedan con secuelas. Es la enfermedad con mayor tasa de letalidad hospitalaria y la primera causa de ingreso hospitalario por enfermedad neurológica en fase aguda. La hipertensión arterial constituye el factor de riesgo más importante para esta enfermedad.

Neoplasias malignas

Entre 1990 y 2000, la tendencia de las tasas crudas de mortalidad por neoplasias malignas fue ascendente, con un incremento de 13,7%. En el ajuste de tasas se observó una tendencia estable, con variaciones entre 108 y 112 por 100.000 habitantes en el período 1990–2000 (figura 10). El sexo masculino mantiene tasas

superiores al femenino (razón de masculinidad de 1,31) y más de 60% de las muertes se producen en mayores de 65 años. Entre las 10 principales neoplasias malignas se encuentran las de tráquea, bronquios y pulmón (22%), y después las de colon y recto (9%); en el hombre siguen los tumores de próstata (19%), y en la mujer los de mama (15%) y útero (6%). En 1997 más del 50% de la incidencia de cáncer en la mujer se presentó en mama, pulmón, piel, cuello de útero y colon; en el hombre, en pulmón, próstata, piel, colon y laringe. En los últimos 10 años la mortalidad por cáncer de pulmón aumentó en los hombres menos de 1% anual, a diferencia de 2,3% en las mujeres; en el caso de laringe, el riesgo de morir aumentó 2,7% en las mujeres y 4% en los hombres. Para el grupo de menores de 15 años las principales neoplasias son la leucemia, los linfomas y los tumores del riñón; solo 1% de los casos de cáncer y de las muertes por esta causa ocurren en niños.

Asma bronquial

La prevalencia de pacientes detectados se ha incrementado de 5,9% en 1996 a 7,7% en el año 2000, producto de la labor de vigilancia activa en el sistema de salud. La mortalidad por esta enfermedad ha disminuido en los últimos años, pasando de una tasa cruda de 5,2 por 100.000 habitantes en 1996 a 1,9 en 2000 (razón de masculinidad de 1,6). Las acciones fundamentales de los servicios de salud están dirigidas a la prevención y control de esta enfermedad, con el fortalecimiento en la capacitación de todo el personal.

Accidentes y violencia

La mortalidad por causas externas (accidentes, suicidio y homicidio) se redujo de 79,3 por 100.000 habitantes en el año 1996 a 68,9 en el año 2000. Esta reducción se presentó en todos los grupos de edad, aunque los mayores riesgos se presentaron a partir de los 40 años de edad.

Los accidentes constituían la cuarta causa de mortalidad hasta 1998; entre los menores de 1 año fue la quinta causa de muerte, la primera del grupo de 1 a 14 años, la segunda del de 15–49 años y la cuarta en el grupo de 50–64 años. En 1996, la tasa de mortalidad por accidentes fue de 51,6 por 100.000 habitantes, descendiendo en el año 2000 a 44,5. Las principales causas están asociadas con las caídas accidentales (16,5) y los accidentes de transporte (16,3), que son responsables de casi 70% de los fallecimientos por causas externas. La sobremortalidad masculina ocurre en todos los tipos de accidente, excepto en las caídas accidentales y los causados por quemaduras con fuego.

La mortalidad por suicidio disminuyó de 18,3 por 100.000 habitantes en el año 1996 a 16,4 en el año 2000. En el país existe un programa nacional de prevención y el control del suicidio mediante el control de riesgo de la conducta suicida.

Salud oral

La mortalidad por cáncer oral, que incluye labios, cavidad bucal y faringe, disminuyó de 4,8 por 100.000 habitantes en 1999 a 4,4

en 2000. Las tasas en el 2000 fueron de 6,6 en hombres y de 2,1 en mujeres. La salud oral constituye una de las estrategias priorizadas del Ministerio de Salud Pública. De un total de 26.434.231 consultas en el año 2000, 51,4% correspondieron a atención primaria y 54,2% eran menores de 18 años. En este período se creó la Red de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Buco-Máximo-Facial, en la cual se han realizado 4.577 consultas y rehabilitado 707 pacientes.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En respuesta a los problemas emergentes y reemergentes, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) formuló una política para incrementar la eficiencia y calidad de los servicios de salud, garantizar la sostenibilidad del sistema y eliminar las desigualdades de salud entre regiones y grupos de población. La política establece la prioridad de las acciones de promoción y prevención de la salud, como componentes de la atención primaria y la medicina familiar, la descentralización, la intersectorialidad y la participación comunitaria, así como el fortalecimiento de los servicios en el segundo y tercer nivel de atención.

En 1995 el MINSAP inició un proceso de redimensionamiento del sector, mediante el cual se elaboró un plan de desarrollo estratégico para el período 1995–2000. El proceso incluyó un análisis sectorial, que permitió la identificación de los problemas existentes y sirvió de base para la elaboración de un documento normativo denominado carpeta metodológica. Además de los lineamientos, esta comprende cinco estrategias: reorientar el sistema de salud hacia la atención primaria; revitalizar la atención hospitalaria; impulsar los programas de tecnología de punta y los institutos de investigación; desarrollar el programa de medicamentos, medicina natural y tradicional, y priorizar la atención estomatológica, oftalmológica y de urgencias. Asimismo, contiene cuatro programas prioritarios para el sector: maternoinfantil, enfermedades no transmisibles, enfermedades transmisibles y atención del adulto mayor.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El sistema de salud se estructura en tres niveles, que corresponden a la división política y administrativa del país: nacional, provincial y municipal. El nivel nacional está representado por el Ministerio de Salud Pública, como órgano rector con funciones metodológicas, normativas, de coordinación y de control. El nivel provincial está formado por las direcciones provinciales de salud pública, subordinadas, administrativa y financieramente, a los Consejos de la Administración Provincial del Poder Popular. El nivel municipal está constituido por las direcciones municipales de salud pública, que dependen de los Consejos de la Admi-

nistración Municipal del Poder Popular; la actividad del nivel municipal se concentra en los policlínicos (unidades geográficas administrativas básicas) y en las áreas de salud. En el plan de desarrollo estratégico del quinquenio se establecieron organizaciones de participación como los consejos de salud nacional, provincial y municipal, así como las áreas de salud dentro de los consejos populares, las cuales fungen como órganos de coordinación intersectorial.

Legislación sobre salud

En agosto de 1983 entró en vigor la Ley 41, en donde se establecen los principios básicos para la regulación de las relaciones sociales en el campo de la salud pública. El avance legislativo en materia de salud ha permitido reorganizar las comisiones de ética médica a todos los niveles; elaborar el reglamento de política de cuadros en el MINSAP; emitir la resolución sobre el trasplante de órganos y tejidos, y regular la baja y transferencia de los técnicos superiores y medios en el sector salud. En el período 2000–2001 se trabajó en un nuevo proyecto de ley de salud; se prepararon proyectos de legislación sanitaria y sobre drogas; se elaboraron reglamentos sobre equipos médicos y sobre expedición y control de certificados médicos; se emitió una resolución sobre muerte encefálica, y se legisló sobre el genoma humano.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

A través del Buró Regulatorio, el MINSAP es el organismo encargado de la aplicación de la política del Estado y el Gobierno en cuanto a la protección de la salud humana. Establece y garantiza el cumplimiento de las actividades relacionadas con la política reguladora para el desarrollo de la investigación, la incorporación de tecnologías en salud, así como las regulaciones y el control de la calidad de los productos farmacéuticos (humanos y veterinarios), cosméticos, alimentos, productos químicos potencialmente dañinos a la salud, equipos y dispositivos médicos.

La función de inspección sanitaria estatal está a cargo del MINSAP y se ejecuta en todos los niveles del sistema nacional de salud, bajo la dirección de los Centros de Unidades de Higiene y Epidemiología. Le corresponde a estos Centros controlar el cumplimiento de las disposiciones sanitarias establecidas para toda la población cubana y extranjera que se encuentra en el territorio nacional.

Los productos farmacéuticos son sometidos a un sistema estatal de control de calidad, sustentado en las buenas prácticas de producción de los laboratorios. El control estatal se realiza por medio del Centro de Desarrollo de Medicamentos (CECMED), el cual se encarga de la evaluación y certificación del registro de los medicamentos y material para diagnóstico, la emisión de normas y regulaciones necesarias, la ejecución de inspecciones para comprobar el cumplimiento de las buenas prácticas de producción y certificar a los laboratorios productores que cumplan las regula-

ciones establecidas. Le corresponde, además, la autorización para realizar ensayos clínicos, los que son efectuados por el Centro Nacional de Ensayos Clínicos.

El Comité de Normalización para la revisión de las Normas Cubanas del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA) agrupa a los organismos e instituciones del Estado para la actualización y el cumplimiento de las Normas sanitarias y ambientales. Cuba participa en el Plan Regional sobre Calidad del Aire y Salud de las Américas 2000–2009. El país cuenta con Unidades de Diagnóstico en Calidad del Aire y Salud, incluyendo un sistema de información estadística y de vigilancia, lo cual permite el monitoreo de la concentración de contaminantes y la medición de su efecto sobre la salud de la población.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

La estrategia de promoción de la salud se ha fortalecido como resultado del proceso de descentralización que lleva a cabo el sistema nacional de salud y de la priorización de programas para mejorar la calidad de vida de la población. Así, se han consolidado la participación social y comunitaria, el desarrollo de la atención primaria de salud, la reorientación de los servicios de salud, el proceso de descentralización y el desarrollo local con mayor capacidad de gestión (especialmente mediante la institucionalización de los consejos populares por la salud).

La Red Nacional de Municipios por la Salud comprende 46,7% de los 169 municipios del país e impulsa acciones en instituciones educativas, centros laborales, cooperativas, mercados y penitenciarias. La Organización Panamericana de la Salud ha colaborado, mediante actividades de cooperación técnica descentralizada, en 44 proyectos de desarrollo municipal que tienen como línea estratégica la promoción de salud y el mejoramiento sistemático de la calidad de vida de la población. Otros proyectos, como el de Municipios Productivos, se llevan a cabo en 54 municipalidades y 120 consejos populares; en ellos se vincula la promoción y la nutrición, con la participación de varios sectores. Mediante el empleo de diferentes expresiones de participación social, se han realizado intervenciones en el control de enfermedades no transmisibles y en las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA; asimismo, a partir de 1995 se implantó el Programa de Prevención y Control del Tabaquismo.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

La vigilancia epidemiológica se lleva a cabo en todos los niveles del sistema nacional de salud, por medio de las Unidades de Análisis y Tendencias, creadas en 1993. Las funciones de estas unidades son la vigilancia táctica, para detectar y comunicar de inmediato la ocurrencia de eventos agudos; la vigilancia estratégica, para realizar estudios de comportamiento a mediano y largo

plazo; el análisis de la situación de salud, y la evaluación de la satisfacción de los usuarios con los servicios.

El país cuenta con una red nacional de laboratorios de microbiología, que forman parte del sistema de diagnóstico de las unidades asistenciales de salud en el ámbito nacional. En total hay una unidad nacional de referencia en el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, 145 unidades locales y 14 regionales.

Agua potable y alcantarillado

El potencial hidráulico del país cubre las actividades domésticas, agropecuaria e industrial; 72% del agua suministrada a la población es de origen subterráneo y el resto es de fuentes superficiales. En el año 2000 el volumen de agua suministrada se incrementó en 57,1 hm³ en relación con el año 1999. Asimismo, 150,3 hm³ de agua recibieron tratamiento (93,6% del agua a tratar) y la continuidad de la cloración alcanzó 96,5%. En 1999, 95% de la población se abasteció de agua potable y 73,8% la recibió por conexión domiciliaria (85% de la población urbana y 40% en la rural).

En los sectores urbanos predominan el alcantarillado público y las fosas sépticas; no obstante, en barrios periféricos de las ciudades, la frecuencia de letrinas es elevada. Durante el año 2000 se vaciaron 577,3 hm³ de albañales, 33% de los cuales fueron tratados antes de su disposición final (22% más que el año anterior). Las localidades con alcantarillado se elevaron de 529 a 541. Se estima que se dio servicio a 10,4 millones de personas (93% de la población), de las cuales 38% cuentan con sistemas de alcantarillado y 55% con fosas y letrinas. Entre 1996–2000 se han beneficiado con nuevas obras de alcantarillado 109.450 habitantes.

Manejo de residuos sólidos municipales

Con el apoyo de la OPS, en 1997 se efectuó un estudio sectorial de residuos sólidos del país; sobre la base de este análisis, las autoridades definieron la estrategia de desarrollo a corto, mediano y largo plazo. Como resultado, 11 provincias del país contaban con planes directores para el manejo de los residuos sólidos en el 2000 y en el país se trabajaba en la disposición final de los residuos sólidos urbanos, mediante la construcción de 166 rellenos sanitarios manuales, tecnología que ha sido la solución definitiva en ciudades de hasta 20.000 habitantes. Los servicios de recolección de residuos sólidos urbanos en las provincias se han recuperado significativamente en los últimos años, con excepción de la capital. Actualmente se trabaja en la implantación de un sistema de manejo de los residuos peligrosos hospitalarios.

Protección y control de alimentos

Se elaboró un nuevo programa de inocuidad de los alimentos que incluye siete objetivos: vigilancia, inspección sanitaria, docencia y capacitación, normalización, red de laboratorios de alimentos, comunicación de riesgos e investigación. Se desarrolló un sistema de normas sanitarias en alimentos, como parte de un proyecto del Instituto Panamericano de Protección de

Alimentos y Zoonosis (OPS/OMS). Se modificó el sistema de vigilancia para los contaminantes químicos, biológicos y toxicológicos, utilizando la red de 52 laboratorios sanitarios, incluyendo los centros provinciales y municipales de higiene y epidemiología. En coordinación con el Centro de Protección e Higiene de las Radiaciones se trabajó en el programa de vigilancia para los radionúclidos en alimentos. Se lleva a cabo el registro de alimentos y cosméticos que se importan, requisito básico del Programa de Importación y Exportación de Alimentos.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

La estrategia para el fortalecimiento de la atención primaria de salud (APS) se dirige al mejoramiento del sistema de medicina familiar y al fortalecimiento de la capacidad resolutoria a nivel del consultorio médico de la familia y del policlínico, en ambos casos con respecto a la organización, desarrollo y evaluación de los procesos de atención a la salud de la población. El sistema de APS está conformado por 31.000 médicos y enfermeras, organizados en una red que abarca 442 policlínicos, 64 hospitales rurales y cerca de 22.000 consultorios médicos de la familia. Del total de médicos de la familia, 16,730 son especialistas en medicina general integral.

El equipo básico de salud está integrado por un médico y una enfermera, que proporcionan atención médica a una población de entre 600 y 800 habitantes. Por cada 15 a 20 equipos básicos de salud hay un grupo básico de trabajo (969 en el país), formado por especialistas de medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y psicología, además de técnicos de higiene y epidemiología, estadísticas y trabajo social. La cobertura de la población cubana al finalizar el año 2000 fue de 99,1%. Este modelo de atención cubre todo el ciclo vital del individuo y la familia y emplea el análisis de la situación de salud como instrumento para la evaluación de la salud de la comunidad y el diseño de intervenciones.

En el año 2000, 84,8% de las 51.490.506 consultas externas se proporcionaron en el nivel de atención primaria en beneficio de 668.566 personas y sus familias (más de 1.500.000 en los últimos cuatro años). Esto, aunado al aumento de la calidad de la atención médica integral, ha ocasionado una disminución del número de ingresos hospitalarios (300.000 menos en el año 2000) y del número de consultas en el segundo nivel de atención (1 millón menos en el año 2000). Con el desarrollo del Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM), se implantó el Sistema de Urgencias de la APS que funciona a partir de médicos y enfermeras de la familia. Los 169 municipios del país cuentan con el SIUM y con un hogar materno para la atención de mujeres con embarazo de riesgo; además, 167 tienen casa de abuelo; 145 poseen equipos multidisciplinarios de atención gerontológica; en

62 se realiza cirugía menor ambulatoria, y en 87 existen centros comunitarios de salud mental.

Los 270 hospitales conforman una red hospitalaria que proporciona atención preventiva, curativa y de rehabilitación. El 60% son hospitales generales, clínico-quirúrgicos, pediátricos y de ginecología y obstetricia; además de la asistencia médica, se realizan actividades de docencia e investigación. Para la población rural el país cuenta con 62 hospitales, los cuales brindan atención en las especialidades básicas y cumplen funciones de atención primaria de salud.

Se ha tratado de adecuar la red hospitalaria a los requerimientos asistenciales de cada territorio. Este proceso se ha vinculado a cambios tecnológicos en la atención hospitalaria y al crecimiento y fortalecimiento sostenido de la APS. Entre 1996 y 2000 se logró la reducción de cerca de 10.000 camas que tenían baja utilización, consecuencia del incremento de la atención ambulatoria (operaciones quirúrgicas y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos), así como del aumento del número de enfermos atendidos en el hogar. Este proceso también se ha acompañado del reordenamiento de los servicios actuales, con la incorporación de algunos no existentes en algunos territorios, como geriatría, rehabilitación, nefrología y otros.

A partir de 1996 se reorganizaron los servicios de atención médica de urgencia a través del SIUM, cuya misión es organizar la atención de urgencias y emergencias médicas desde los policlínicos, los consultorios y la comunidad hasta los hospitales. El SIUM está constituido por cuatro subsistemas asistenciales (sorrismo, urgencia en atención primaria de salud, emergencia médica móvil, y urgencia hospitalaria) y cinco no asistenciales (enseñanza, ambulancias, comunicación, economía y servicios).

Bancos de sangre

El país brinda este servicio mediante 24 instituciones. Anualmente se efectúan 575.000 donaciones de sangre (una por cada 18 habitantes). El tamizaje de la sangre se realiza para la sífilis, VHI-1 y 2, VHB y VHC con una cobertura sistemática de 100%.

Servicios especializados

Existe una red de 1.308 servicios estomatológicos, que se proporcionan en 168 clínicas estomatológicas, policlínicos, hospitales y otros, que garantizan la atención primaria y secundaria de la población. Además, se dispone de servicios multidisciplinarios de tercer nivel, ubicados en los hospitales clínico-quirúrgicos provinciales y en la Red de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Buco-Máximo-Facial. En la APS se desarrolla el Modelo de Estomatología General Integral, que se aplica con el 46% de los profesionales y en 1998 se inició la especialidad de Estomatología General Integral. En todos los servicios, los estomatólogos se responsabilizan de la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la población cubierta por un número determinado de consultorios, y trabajan en conjunto con el médico de familia. En el cuatrienio 1997-2000 se implantó un Programa de Vigilancia

Estomatológica para 13 eventos en sitios centinelas; el programa preventivo de enjuagues de fluoruro se extendió a los adolescentes; se creó la consejería de salud oral; se incorporó el componente de salud oral en el movimiento de Municipios por la Salud y se culminó el proyecto para comenzar la fluoruración de la sal a partir del año 2001.

La planificación familiar es parte de los programas de atención integral a la salud maternoinfantil, reproductiva, y de la mujer. Existe una red creciente de servicios de planificación familiar, cuya base son el médico y la enfermera de la comunidad; además hay grupos de trabajo en los policlínicos de 192 áreas de salud, con consultas especializadas en función del riesgo reproductivo, apoyados por centros de segundo y tercer nivel de atención. El acceso es universal y se basa en la decisión libre e informada de la mujer o de la pareja. Aproximadamente 6% de las mujeres están en la fase de menopausia; para ellas se dispone de servicios especializados que incluyen educación individual, de pareja, familiar y comunitaria, al mismo tiempo que se ofrece la terapia hormonal sustitutiva. El Programa Nacional para la Detección Precoz del Cáncer Cervicouterino ofrece cobertura nacional y en el 2000 la tasa de examen fue de 132,4 por 1.000 mujeres de 25 y más años. La tasa de mortalidad por esta causa fue de 6,9 por 1.000 mujeres y más de 80% de los casos positivos de cáncer cervicouterino detectados por el programa corresponden a la etapa clínica 0. El programa nacional para la identificación temprana de cáncer de mama comprende tres componentes: autoexamen de mama, examen físico realizado por el médico y tamizaje por mamografía.

En cirugía cardiovascular se realizan anualmente 1.700 operaciones quirúrgicas mayores de alta y mediana complejidad, incluyendo malformaciones congénitas muy complejas en neonatos. Se realiza anualmente un promedio de 2.276 procedimientos de cardiología que incluyen angioplastias y valvuloplastias y el implante de 1.602 marcapasos. La donación de órganos alcanza cifras cercanas a 19 por millón de habitantes y se realizan trasplantes de riñón (100-150 por año), hígado (12), médula ósea (12), córnea (150-189) y corazón (2), así como injertos óseos (más de 400). La cirugía de mínimo acceso (poco invasiva) se practica en 52 hospitales de la red, como parte de especialidades tales como cirugía general, ortopedia, reumatología, ginecología, pediatría, neurocirugía y urología. En la atención al paciente con insuficiencia renal crónica se ha incorporado la prevención como tarea vital de la APS, así como novedosos métodos de diálisis con más de 180 riñones artificiales y 32 plantas de tratamiento de agua por ósmosis inversa; en los servicios de hemodiálisis se atienden 1.400 pacientes, con una mortalidad inferior a 24% anual. En el período 1997-2000, 17 hospitales realizaron implantes intraoculares (más de 5.500 lentes anualmente) y cirugía retinal y subretinal, entre otros procedimientos. El programa de cáncer se ha beneficiado por el empleo de tecnologías como la teleterapia y braquiterapia, así como la de simulación y planificación.

Insumos para la salud

La base para lograr disponibilidad de medicamentos es el incremento sostenible de la producción industrial, local y en los dispensarios; la extensión del uso de la medicina natural y de las técnicas de la medicina tradicional y la homeopatía, y la consolidación de la farmacoepidemiología en la Farmacia Principal y su red de farmacias en el municipio. La producción de medicamentos genéricos en Cuba abarca más de 1.000 productos, clasificados según el criterio de la OMS, de origen químico-industrial, naturalista, homeopático y floral, así como fitofármacos y apifármacos. La producción nacional de medicamentos cubre 86% de los que se consumen en el país; la producción de medicamentos biotecnológicos incluye productos novedosos como el intacglobín, los interferones, la estreptoquinasa recombinante, el factor de crecimiento epidérmico, la melagenina, el PPG (complemento dietético), la crema antipsoriática, los anticuerpos monoclonales y el factor de transferencia. También incluye la fabricación de nuevas vacunas como la de la hepatitis B, la antimeningocócica y la de leptospirosis.

Se producen equipos médicos de probada calidad, como el sistema ultramicroanalítico para investigaciones de laboratorio con reducido consumo de reactivos; también equipos de estudios computarizados de la actividad eléctrica del corazón mediante sistemas expertos; almacenar, transmitir y evaluar imágenes radiográficas de hueso; estudio rápido microbiológico; tratamiento con ozono y láser. Recientemente, se han desarrollado modelos de resonancia magnética con tecnología propia.

Recursos humanos

El número de trabajadores del sistema nacional de salud se incrementó de 298,5 por 10.000 habitantes en 1996 a 321,5 en 1999; de ellos, 72,4% fueron mujeres. En 1996 se disponía de 60.129 médicos (54,6 por 10.000 habitantes) y en 1999 la cifra se incrementó 6% (58,2 por 10.000); las mayores tasas correspondieron a las provincias occidentales. La tasa de enfermeros en 1999 fue de 78,3 por 10.000, de los cuales 77,8% eran técnicos y auxiliares; la tasa de estomatólogos fue de 8,9 por 10.000.

Los centros de educación médica superior y las unidades de ciencia y técnica están realizando la denominada "Escalera certificativa postgradual en salud", en la que los estudiantes participan en cursos cortos, diplomados, especializaciones, maestrías y, al final, pueden obtener el doctorado. En 1997 se inició la organización de la Universidad Virtual de la Salud, sustentada en la Red Telemática de Salud para la implantación de un sistema de información que enlaza la red de unidades del sistema nacional de salud.

El Estado garantiza el trabajo para el 100% de los graduados, con lo cual satisface la demanda de los servicios de salud. La formación de recursos humanos en salud está sujeta a la planificación centralizada, mediante planes quinquenales, teniendo en cuenta las necesidades de los territorios y del país en general.

Investigación y tecnología en salud

El Sistema de Ciencia y Tecnología en Salud está integrado por 28 unidades de ciencia y técnica, de las cuales 12 corresponden a institutos de investigación. La investigación en los territorios es conducida por los centros de educación superior en el área de la salud: 4 universidades médicas, 22 facultades de medicina y 4 de estomatología, la Escuela Nacional de la Salud Pública y la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas y otros 20 centros educativos como tecnológicos y escuelas de enfermería. A nivel nacional existen 12 programas ramales que en diciembre de 2000 incluían 495 proyectos de investigación y desarrollo o de innovación tecnológica. En cada hospital y municipio de salud existe un consejo científico que aprueba los proyectos de investigación epidemiológica y biomédica tradicional.

El sistema nacional de salud cuenta con 475 doctores en ciencias, 941 investigadores y 9.151 profesores en la educación médica superior; además de ellos y otros profesionales que laboran en el sector salud, hay 198 jóvenes procedentes de la reserva científica y 1.016 graduados en proceso de la obtención de grados científicos. Se dispone de 228 profesionales en el plan de grados científicos y 595 en preplan. El país cuenta con Centros Colaboradores de la OPS/OMS en: vivienda, salud reproductiva, diabetes, tuberculosis, control de vectores, malacología médica, crecimiento y desarrollo y genética médica.

El Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas tiene a su cargo la Biblioteca Médica Nacional, la Red Telemática de Salud y la Editorial de Ciencias Médicas. Además, se participa en proyectos como la Biblioteca Virtual de Salud, de la OPS, y la Universidad Virtual de Salud. La información en salud producida en el país se publica en las revistas médicas cubanas e internacionales.

Desde 1997 se promueve la evaluación de tecnologías sanitarias. Durante el 2000 se inició la evaluación del impacto (en nueve indicaciones médicas) de siete productos cubanos, registrados e introducidos en el sistema nacional de salud.

Gasto y financiamiento sectorial

Los gastos totales de la salud pública se incrementaron 58,6% entre 1994 y 2000, lo que representa un promedio anual de 9,6% del presupuesto estatal. En el año 2000 esta cifra alcanza 11,0% del presupuesto estatal y 6,1% del PIB (cuadro 5). El mayor gasto se produce en los salarios (figura 11). El gasto en medicamentos se mantuvo cercano a los 180 millones de pesos como promedio anual, sin cambios relevantes. La distribución del gasto en salud pública muestra una tendencia a reducir la participación del gobierno central (de 7,7% del gasto total en salud en 1996 a 7,2% en 2000), lo que es una manifestación del proceso de descentralización y de fortalecimiento de la APS. En el año 2000 se utilizaron 170,8 millones de dólares estadounidenses de manera directa en el sector, lo que significa un crecimiento de 89,6% en relación con los 90,1 millones de 1994.

Las unidades de ciencia y técnica del MINSAP obtuvieron durante el año 2000 US\$ 2.463.100 para el financiamiento de proyectos de investigación y desarrollo y de innovación tecnológica, 59,5% de los cuales corresponden a la movilización de recursos externos. En mayo de 2000 se llevó a cabo una reunión denominada “Ciencia y Tecnología para la Salud” (CITESA-HABANA 2000) que posibilitó la firma de 33 convenios de cooperación internacional con base en productos cubanos; contó con la participación de 80 visitantes de 23 países, que representaban organismos de Naciones Unidas, empresas, laboratorios, universidades, fundaciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales,

mentales, entre otros, además de 200 cubanos procedentes de más de 90 instituciones de la ciencia y la técnica que trabajan para la salud.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

En términos de cooperación multilateral, Cuba ha concertado acuerdos con organismos de Naciones Unidas especializados en salud. Desde 1998 ha habido una tendencia a la disminución de los fondos disponibles para la cooperación; entre 1999 y 2000 se redujeron 10%, hasta US\$ 1,84 millones. La ayuda financiera al desarrollo ha procedido principalmente de España, Italia, Reino Unido, Alemania, Canadá, Noruega y Estados Unidos. Cuba ha fortalecido sus relaciones con instituciones de excelencia y brindado ayuda a diversos países; por ejemplo, ha aportado 3.160 profesionales cubanos como parte del Programa Integral de Salud (71% de ellos en seis países de las Américas), que incluye la atención médica integral a la población más vulnerable en 13 países del mundo.

El país también ha colaborado en la formación de recursos humanos en universidades médicas de países de África, América Latina y el Medio Oriente. Recientemente Cuba fundó la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas, para la formación de médicos que regresarán a su lugar de origen; en dicha Escuela se encuentran 3.313 estudiantes, procedentes de 23 países de América Latina y África subsahariana. También existe, en Santiago de Cuba, la Escuela Caribeña de Medicina, que forma a 234 estudiantes procedentes de Haití.

CUADRO 5. Gasto en salud como porcentaje del PIB y del presupuesto del Estado, Cuba, 1994–2000.

Año	Gasto en salud (MMP)	PIB ^a (MMP)	Gasto en salud como % del PIB	% Presupuesto del Estado
1994	1.061,1	19.198	5,5	7,5
1995	1.188,3	21.737	5,4	8,0
1996	1.190,3	22.814	5,2	9,3
1997	1.265,2	22.951	5,5	10,0
1998	1.344,9	23.900	5,6	10,3
1999	1.553,1	25.503	6,1	11,1
2000	1.683,8	27.634	6,1	11,0

^a El PIB está expresado en precios corrientes en millones de pesos cubanos (MMP).

Fuentes: Anuario Estadístico MINSAP, 2000. Indicadores Básicos de Salud de Cuba, MINSAP, 2000. Anuario Estadístico de Cuba, Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), 2000. Estadísticas seleccionadas 2000, ONE, 2001.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Cuba, 2000.

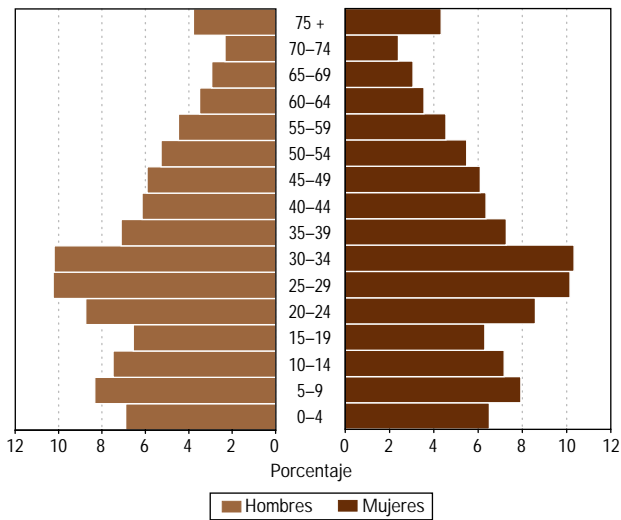


FIGURA 4. Tasa de mortalidad ajustada por edad y sexo, según principales causas de muerte, Cuba, 1990 y 2000.

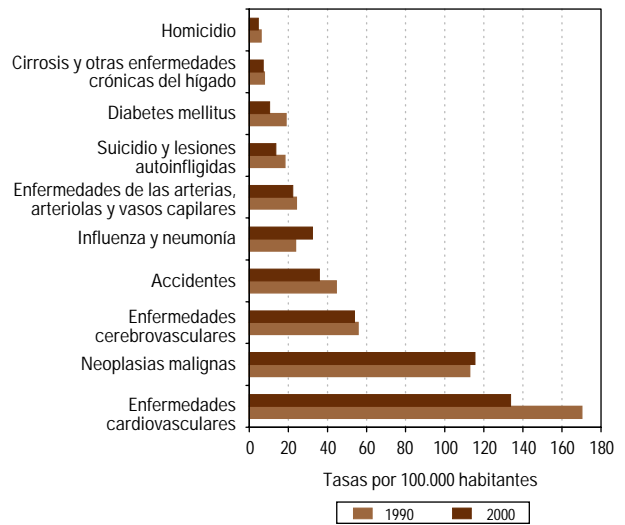


FIGURA 2. Fecundidad según edad de la madre, Cuba, 1996 y 2000.

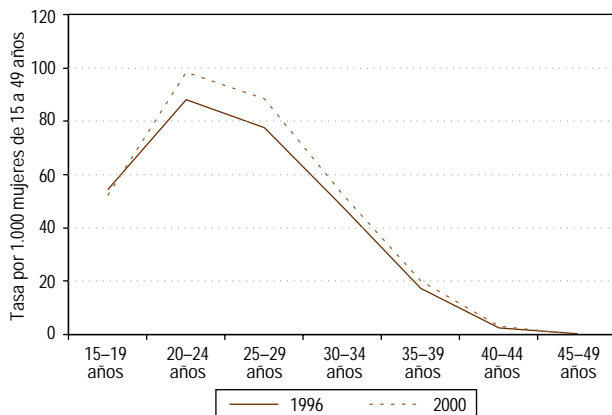


FIGURA 5. Años potenciales de vida perdidos en habitantes de 1 a 74 años por grupos de causas, Cuba, 2000.

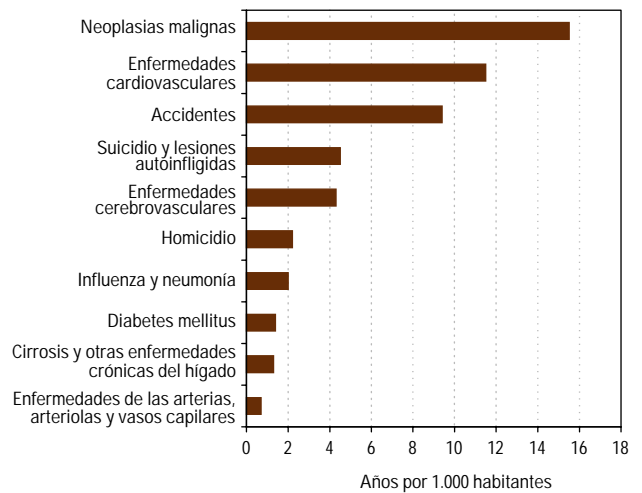


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Cuba, 2000.

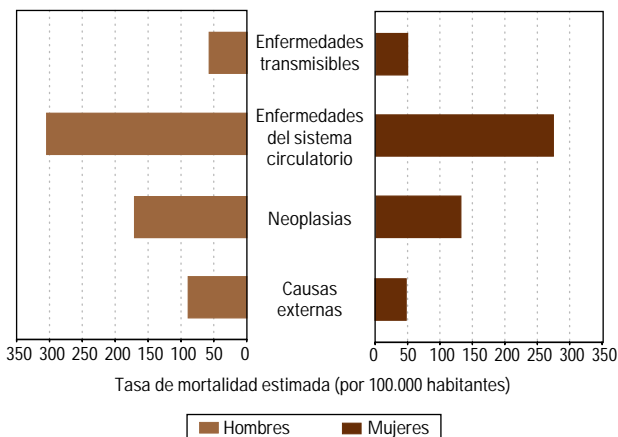


FIGURA 6. Mortalidad infantil por provincias, Cuba, 1990 y 2000.

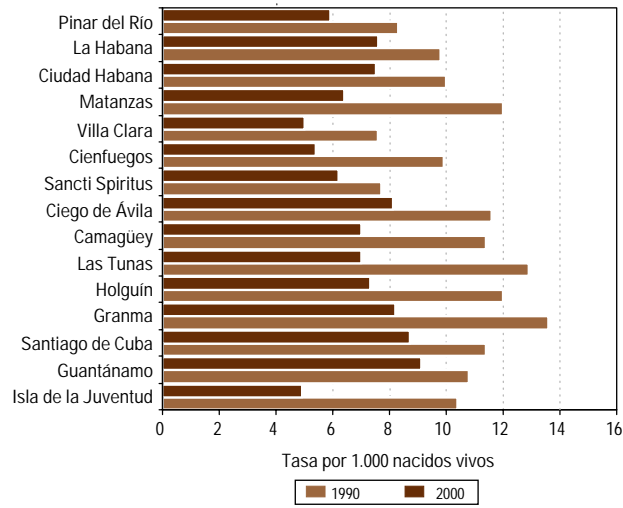


FIGURA 7. Incidencia de tuberculosis, Cuba, 1972–2000.

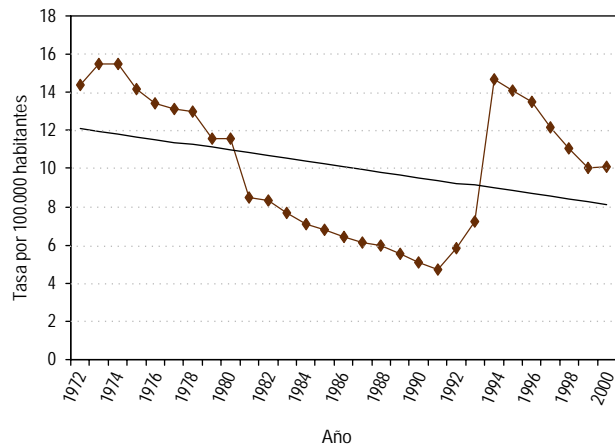


FIGURA 8. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Cuba, 1990–2000.

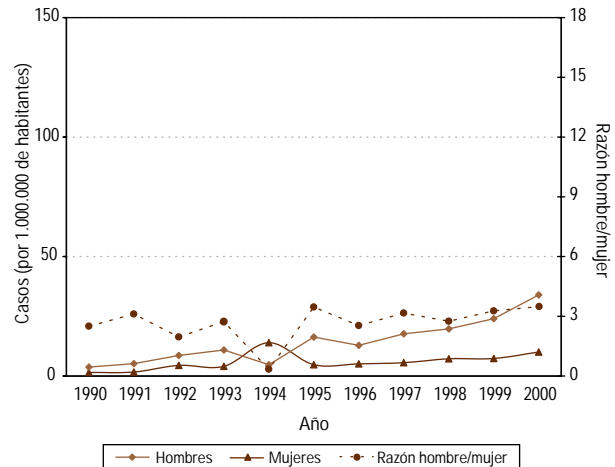


FIGURA 9. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares, Cuba, 1970–2000.

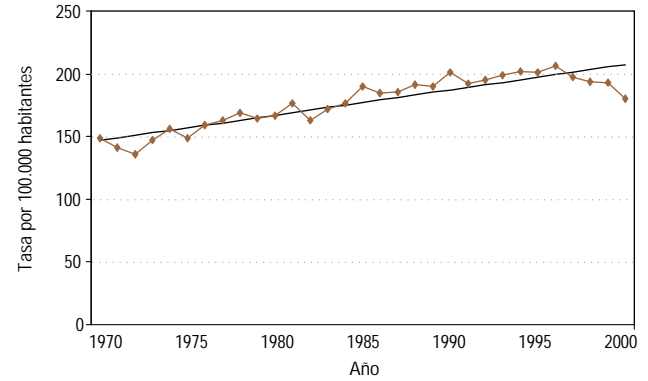


FIGURA 10. Mortalidad por neoplasias malignas, Cuba, 1981–2000.

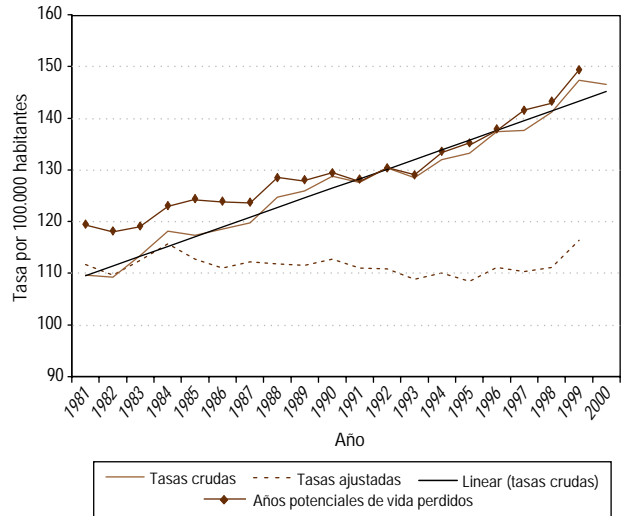
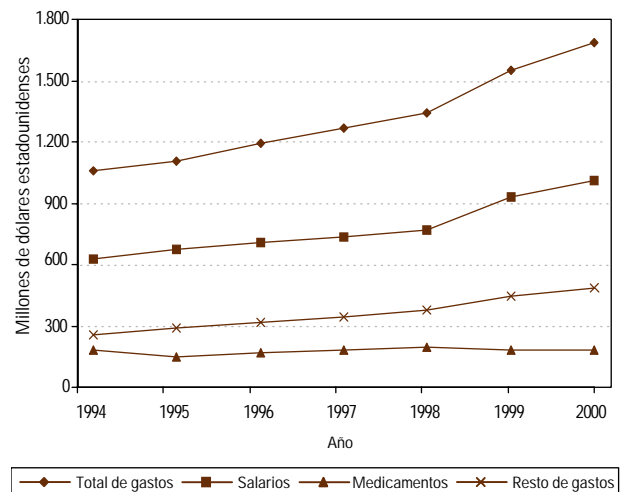


FIGURA 11. Gastos totales de salud pública, Cuba, 1994–2000.



DOMINICA

CONTEXTO GENERAL

La Comunidad de Dominica, la más extensa y septentrional de las Islas de Barlovento de las Antillas Menores, está situada entre los territorios franceses de Martinica y Guadalupe. Según cálculos de la Oficina Central de Estadísticas, a fines de 1999 la población de Dominica era de 76.069 habitantes. Tiene una superficie de 790 km² y es la más montañosa de las islas del Caribe Oriental. La isla es de origen volcánico y, debido a sus ocho volcanes en actividad, se considera como el lugar con más movimientos sísmicos en la zona. Está surcada por numerosos ríos y 65% de su territorio está cubierto por selva tropical. Las precipitaciones se sitúan entre 1.200 mm al año en la costa oriental y 8.000 mm en la parte central de la isla. Debido a que en el centro de la isla se encuentra una cordillera y a que la topografía es accidentada, la población se concentra en ciudades y pueblos costeros.

Dominica se divide en 10 condados. El de St. George, donde se encuentra Roseau, la capital, es el más poblado, ya que cuenta con 28,6% de la población de la isla.

La población autóctona de Dominica, los caribes, se calcula en 4.500 personas que se concentran principalmente en una reserva de 15,3 km². Hay poblados caribes en los distritos de salud de Castle Bruce y Marigot. Los caribes son jóvenes: 70% tienen menos de 30 años de edad y 40% son menores de 19 años. La población caribe realiza una actividad económica mixta, que consiste principalmente en agricultura de subsistencia, producción de artesanías y construcción de embarcaciones.

Desde su independencia en 1978, Dominica ha tenido una administración centralizada y se ha regido por una democracia parlamentaria. Según la Constitución, deben realizarse elecciones generales cada cinco años. El Primer Ministro es el jefe de Gobierno, y el Presidente, el jefe de Estado. El Parlamento está formado por 21 representantes electos y nueve senadores nombrados por el Presidente que tienen plenas facultades legislativas de conformidad con la Constitución.

Además, hay cuatro concejos municipales y 37 concejos aldeanos, que funcionan de forma independiente, en una modalidad

de descentralización política que se propone fomentar la autonomía local y la participación social en el desarrollo del país. Los consejos están constituidos legalmente y están facultados para emitir ordenanzas, establecer gravámenes sobre bienes inmuebles y recibir una subvención anual del Gobierno central. Las elecciones de concejales se realizan cada tres años. De acuerdo con las conclusiones de un estudio encargado por el Departamento de Gobiernos Locales en 1999, se debería aumentar la autonomía de estos consejos y mejorar su funcionamiento. Los consejos no intervienen directamente en la prestación de servicios de salud.

La economía actual de Dominica puede describirse como abierta, con desequilibrios internos y externos persistentes. Es una economía basada en el monocultivo que está tratando de pasar de una dependencia excesiva de las exportaciones de bananos a una economía más diversificada. Con esa finalidad, el Gobierno ha intensificado las medidas para fomentar el sector del turismo.

La economía de Dominica registró un crecimiento lento en los años noventa, debido principalmente a la debilidad persistente de la industria bananera y a la incapacidad de otros sectores que captan divisas para compensar la pérdida resultante. Durante el período 1997–2000, influyó mucho en el desarrollo económico la intensificación de la competencia mundial, con la tendencia universal a la liberalización del comercio. Para Dominica fue de particular importancia el fallo de 1997 de la Organización Mundial del Comercio contra el sistema de la Unión Europea de emisión de permisos preferenciales a exportadores de bananos de los países de África, el Caribe y el Pacífico.

El PIB real per cápita aumentó de US\$ 2.077 en 1996 a US\$ 2.177 en 1999, lo que representa un aumento de 4,8% en el período. En la figura 1 se presenta el crecimiento anual del PIB entre 1991 y 1999. A pesar del crecimiento negativo de 1997 y 1998, la agricultura, en particular el cultivo de bananos, sigue representando el principal aporte al PIB, con un promedio de 19,4% durante el período 1997–1999. A la agricultura le siguen los servicios públicos, la banca y los seguros, el comercio mayorista y minorista, y las comunicaciones, en ese orden de importancia. El

sector de las comunicaciones registró la tasa de crecimiento más elevada del período, que llegó a 43% entre 1996 y 1999. La situación socioeconómica de las zonas rurales se ha deteriorado debido a la contracción de la industria bananera.

Según una encuesta de la fuerza laboral realizada en 1997, la tasa de desempleo ascendía a 23%, cifra que representa un marcado aumento respecto del 9,9% notificado en el Censo de Vivienda y Población de 1991. En algunos condados la tasa de desempleo posiblemente llegue a 45,9%. Entre las personas de 15 a 30 años, la tasa de desempleo es de 34%. Se calcula que entre las mujeres el desempleo es de 27,1%, y entre los hombres, 19,6%. La tasa de participación en la fuerza laboral es especialmente baja para las mujeres sin estudios secundarios. Hay más mujeres que hombres en cargos gerenciales, profesionales y administrativos. La fuerza laboral femenina se concentra en las siguientes categorías ocupacionales: ocupaciones primarias, 24%; empleadas de servicios y vendedoras de tiendas y mercados, 20%; técnicas y profesionales afines, 12,5%; empleadas administrativas, 12,5%, y trabajadoras calificadas de la agricultura, la pesca y la silvicultura, 11,1%.

Los datos de la encuesta de la fuerza laboral de 1997 muestran una gran incongruencia entre las aptitudes de los trabajadores y las necesidades del mercado, así como una base débil de aptitudes laborales a nivel nacional. Más de la mitad de las personas empleadas no tienen una formación ocupacional y 49,6% de los desempleados carecen del adiestramiento que les permitiría conseguir empleo. Con miras a mejorar las posibilidades de conseguir empleo, el Gobierno de Dominica ha organizado programas de adiestramiento en zonas urbanas y rurales para jóvenes que ya no están en la escuela.

El país está tratando de determinar los problemas y las prioridades para la reducción y la mitigación de la pobreza, con el apoyo de organismos regionales e internacionales y mediante un enfoque multisectorial que abarca una combinación de medidas de protección social y programas de inversiones. Los componentes de inversiones están orientados a la formación de aptitudes laborales en los jóvenes y al desarrollo de la infraestructura social y de las pequeñas empresas.

El Gobierno ha expresado su compromiso con la introducción de un nuevo enfoque integrado a la planificación para el desarrollo, centrado en la optimización, eficiencia, sostenibilidad y participación amplia. En 2000 se inició la preparación de un plan nacional de desarrollo integrado.

La tasa de alfabetización en 1998 fue de 85% (84% para las mujeres y 86% para los hombres). La tasa de analfabetismo más alta correspondía a las personas mayores de 50 años. En 82 escuelas se ofrece educación preescolar para niños de 3 a 4 años. En 1999–2000, la tasa de matrícula fue de 93% en la escuela primaria y de 88,3% en la secundaria, la más alta que se haya registrado en el país. La matrícula en el Community College sigue siendo baja; en promedio, solo 16% de los alumnos inscritos en la escuela secundaria asistieron a esta institución de nivel terciario.

Del total de la población en 1999, 50,9% eran hombres y 49,1% eran mujeres; 32,5% eran menores de 15 años y 12,5% eran mayores de 60. La población urbana se situaba en torno a 71%. Según datos del Ministerio de Salud relativos a los hogares, en 1998, las familias se componían de 3,1 integrantes. La tasa de fertilidad continúa disminuyendo: llegó a 82,7 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años en el período 1996–1999, en comparación con 119,5 por 1.000 en el cuatrienio anterior. En la figura 2 se presenta la estructura de la población por edad y sexo en 1999.

En 1997–1998, la tasa bruta de natalidad fue de 17 por 1.000 habitantes. Hubo 1.293 nacimientos en 1999, en comparación con 1.426 en 1996. No hay subregistro de los nacimientos.

La tasa bruta de mortalidad para el período 1996–1999 fue, en promedio, de 7,8 por 1.000 habitantes. En 1998 y 1999 se mantuvo constante en 8 por 1.000; en 1999 murieron 618 personas.

La tasa de mortalidad infantil en el período 1996–1999 fue de 17,3 por 1.000 nacidos vivos, en promedio, cifra que representa un aumento de 0,8 con respecto al promedio registrado en 1992–1995. En 1999 se produjo un aumento en la tasa de mortalidad infantil de 24 por 1.000 nacidos vivos, con un total de 92 defunciones de lactantes en comparación con 66 en 1998.

La esperanza de vida al nacer para ambos sexos combinados se mantuvo en 68,7 años de 1995 a 2000. En ese período, la cifra correspondiente a las mujeres fue 72,7, mucho más elevada que la de 64,7 correspondiente a los hombres. Había 22 personas centenarias, entre ellas la persona de mayor edad en todo el mundo, que tenía 126 años.

Mortalidad

En el período 1996–1999 se notificaron 2.333 defunciones, 52,7% de las cuales fueron de hombres. Alrededor de 24,6% de las defunciones correspondieron al grupo de 15 a 44 años, y de estas, 67,1% fueron de hombres. Del total de defunciones, las del grupo de 70 y más años representaron 59%. Es obligatoria la expedición de partidas de defunción por un médico, y el registro de defunciones es completo.

Un análisis de la mortalidad por grupos generales de causas reveló que las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio representaron 54,7%; por neoplasias malignas 28,9%; por causas externas 8,8%; por enfermedades originadas en el período perinatal 4%, y por enfermedades transmisibles 3,6%. Las defunciones por causas mal definidas ascendieron a 38,1%.

Un análisis de las causas generales de defunción, desglosadas por sexo, indica que 74,8% de las muertes ocurrieron en hombres; más aún, 64,6% de las muertes por neoplasias malignas correspondieron a hombres, en tanto que de las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio, 56,6% eran mujeres. En la figura 3 se presenta la mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo en el período 1990–1994.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

De 1996 a 1999 se produjeron 58 muertes perinatales, de las cuales 35 se debieron a retardo del crecimiento fetal y malnutrición fetal y 13 a hipoxia/asfixia. De las 95 muertes de lactantes en el período 1996–1999, 58,9% fueron muertes neonatales tempranas. La prematuridad es la principal causa subyacente en 64,3% de las muertes.

Durante el período de notificación considerado ocurrieron 16 defunciones en niños de 1 a 4 años, de las cuales 25% se debieron a anomalías congénitas.

En el sector público, que administra más de 99% de los planes de vacunación completos, hay un programa de vacunación que ofrece regularmente las vacunas DPT, antipoliomielítica, BCG y contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR). Sin embargo, en 1997, debido a la escasez de vacunas, la cobertura con las vacunas DPT y antipoliomielítica alcanzó solo 91,7% y 96,9%, respectivamente. No se han notificado casos de enfermedades prevenibles por vacunación en el período 1997–2000.

Se notificó un crecimiento normal en 89,8% de los niños de 0 a 4 años. Sin embargo, en este grupo se observa una tendencia creciente a la obesidad, que llegó a un promedio de 9,2% entre 1997 y 2000. El porcentaje de casos de bajo peso al nacer (menos de 2.500 g) fluctuó de 1996 a 1999. En 1997, 5% de los recién nacidos tenían bajo peso al nacer, cifra que aumentó a 9,6% en 1999.

Se notificaron 43 casos de gastroenteritis en 1997, 75 en 1998 y 103 en 1999. Se produjeron dos defunciones por enfermedades diarreicas en 1997, una en 1998 y ninguna en 1999. El país cuenta con un sistema de intervención temprana y eficaz para las infecciones respiratorias agudas; se produjo solamente una muerte por esta causa en 1999.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

Como parte del programa de sanidad escolar, todos los niños que ingresan a la escuela, a los 5 años de edad, son sometidos a un examen para detectar algún problema de los ojos o los oídos y anemia, y para controlar el crecimiento y desarrollo así como el estado físico general. De 1996 a 1999 se produjeron 14 muertes de niños de 5 a 9 años, de los cuales 11 eran varones. Cinco de estas muertes fueron accidentales, tres se debieron a accidentes de vehículos de motor y una fue un homicidio.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

Los adolescentes representaban 21,6% de la población prevista para 1999; 2,7% de ellos eran analfabetos. Este grupo ve amenazada su salud debido al consumo de alcohol y otras sustancias, a las infecciones de transmisión sexual (entre ellas el VIH), la violencia, los accidentes y el subempleo.

Algunos motivos de preocupación relacionados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes son las relaciones sexuales sin protección, los embarazos accidentales e indeseados, y las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA. En la encuesta de 1997 sobre la salud de los adolescentes, 50% de los varones y 20% de las mujeres dijeron que habían tenido relaciones sexuales por primera vez a los 10 años o antes. Según la encuesta, 20% de los adolescentes de 10 a 12 años, 50% de los de 13 a 15 años y 66% de los mayores de 16 años habían tenido relaciones sexuales, en tanto que 16% de las adolescentes y 7% de los adolescentes notificaron abusos sexuales. El uso de condones por los adolescentes sexualmente activos se mantuvo en 33%, y 23% de las adolescentes sexualmente activas dijeron que habían tenido un aborto.

Entre los adolescentes, 67% señalaron que consumían alcohol y 4% dijeron que tomaban de cuatro a seis bebidas por vez. La mayoría de los estudiantes entrevistados afirmaron que no habían fumado cigarrillos (89%) ni marihuana (83%) y que no habían usado inhalantes (83%) ni cocaína (94%) durante el año precedente a la encuesta. Hay una Unidad de Prevención del Uso de Drogas destinada a los escolares y adolescentes.

Más de 50% de los adolescentes dijeron que hacían ejercicio físico, pero se sabe que la obesidad predomina entre los adolescentes.

De 1996 a 1999, aproximadamente 15,8% de los nacimientos correspondieron a madres de 15 a 19 años, tasa igual a la de los cuatro años anteriores.

La depresión se perfila como motivo de preocupación entre los adolescentes, igual que los suicidios e intentos de suicidio. Entre 1996 y 1998 hubo 78 casos de suicidio e intentos de suicidio; de estos 53% ocurrieron en adolescentes de menos de 18 años; hubo tres muertes por suicidio.

En este grupo se produjeron 66 defunciones durante el período 1996–1999. Las causas principales fueron accidentes de transporte, lesiones debidas a actos de violencia, otros accidentes y epilepsia.

La salud de la población adulta (20–59 años)

El Gobierno ha determinado que las mujeres de 15 a 44 años constituyen un grupo prioritario para la atención de salud. Entre 1997 y 1999, 97,7% de los partos en este grupo se atendieron en establecimientos de salud. Durante el período 1998–2000, 9% de los partos fueron por cesárea. Noventa y siete por ciento de las mujeres utilizan servicios prenatales, con un promedio de cinco consultas por embarazo.

Las causas obstétricas representaron 20% de las admisiones al Hospital Princess Margaret. Se produjeron dos muertes maternas entre 1996 y 1999. Desde 1997, los establecimientos de atención primaria del Estado han reducido la variedad y cantidad de los métodos anticonceptivos que ofrecen, lo cual ha llevado a un mayor uso de los servicios de la Asociación de Planificación Familiar de Dominica, que aumentó en 67% la distribución de ciclos de anticonceptivos orales y en 20% la de

anticonceptivos inyectables. Los anticonceptivos orales son el método más utilizado.

Se hacen pruebas de Papanicolaou en laboratorios públicos y privados. De 1997 a 1999 se examinaron en el laboratorio estatal 3.624 frotis al año, en promedio, lo cual representa un aumento de 6%.

La salud de los hombres jóvenes está plagada por problemas tales como violencia, lesiones por causas externas, accidentes de vehículos de motor, abuso de drogas e infecciones de transmisión sexual. Lamentablemente, no se recopilan datos sobre este grupo de forma regular.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Alrededor de 10% de la población es mayor de 60 años. Las enfermedades crónicas no transmisibles tales como hipertensión, diabetes, cáncer, cardiopatías y accidentes cerebrovasculares son factores importantes de morbilidad y mortalidad en este grupo.

De 1997 a 1999, 71% de las defunciones fueron de mayores de 60 años, 48,7% de personas de 60 a 79 años y 51,3% de mayores de 80 años.

En todos los centros de salud y en el Hospital Princess Margaret se ofrecen consultas clínicas para diabetes e hipertensión. En el sector público se entregan medicamentos en forma gratuita para estas enfermedades. Una organización comunitaria fundó tres centros comunitarios de atención diurna para ancianos en zonas rurales y urbanas. La mayoría de las personas de edad avanzada viven solas o con familiares; 1,8% viven en instituciones especiales.

En 1999 concluyó la formulación de una política nacional para el adulto mayor, que pone de relieve la independencia, la participación en su salud, la realización personal y la dignidad. Esta política prevé el establecimiento de centros de atención diurna para los adultos mayores, la capacitación del personal de salud, la difusión de información y la educación para la salud del adulto mayor.

La salud de la familia

En 1999, 37% de las familias estaban encabezadas por mujeres. En 2000 se creó un comité nacional multisectorial de educación para la salud y la vida familiar, encargado de examinar la política en la materia y redefinir programas. En las escuelas primarias hay un programa de educación sobre la vida familiar.

La salud de los trabajadores

En 1996 se formuló un plan nacional de promoción de la salud de los trabajadores. Entre los motivos de preocupación se encontraban la falta de equipo y de indumentaria de protección para los trabajadores, la falta de una vigilancia adecuada del equipo, la ausencia de controles técnicos, las prácticas ergonómicas deficientes, así como condiciones físicas de trabajo no satisfactorias.

La vigilancia de las condiciones en los lugares de trabajo está a cargo de la División Laboral y el Departamento de Salud

Ambiental. Aunque existe un marco legal para la protección de los trabajadores, es necesario mejorar el seguimiento de la salud de los empleados. Con ese fin se ha puesto en marcha una iniciativa multisectorial.

En 1999, el sistema de Seguridad Social de Dominica recibió 114 reclamos por lesiones ocupacionales, de los cuales 99% fueron presentados por hombres; 25% de ellos se originaron en el sector manufacturero, seguidos por los del sector público con 22%. De 4.965 reclamos de prestaciones por enfermedad presentados en 1999, 56% provenía de trabajadoras.

La salud de los discapacitados

El Ministerio de Desarrollo Comunitario ha elaborado una política para discapacitados, y la Asociación de Personas con Discapacidades de Dominica defiende los derechos de los discapacitados. Según una encuesta escolar realizada en 1999, 233 niños de 5 a 9 años tenían discapacidades moderadas o graves. De ellos, 28% no recibían educación formal y 60% eran varones. Las discapacidades abarcaban deficiencias mentales y sensoriales, y trastornos físicos y de la comunicación.

Hay dos instituciones no residenciales que atienden a niños con necesidades especiales: el Centro Alpha, institución no gubernamental que ofrece educación a 160 niños con discapacidades mentales y del desarrollo, así como capacitación y apoyo para padres, y una escuela para niños con defectos de la audición que cuenta con 26 alumnos matriculados.

La salud de los indígenas

Los caribes, la población autóctona de Dominica, hablan una combinación de inglés y criollo francés. En 2000 el Gobierno creó el Departamento de Asuntos Caribes, encargado especialmente de abordar las necesidades de desarrollo comunitario y alivio de la pobreza de este grupo mediante la movilización de recursos y el fomento de la participación social y la acción comunitaria.

Aunque los cambios en la situación socioeconómica y un mayor acceso a los recursos sanitarios y educativos han mejorado el estado de salud de los caribes, en una consulta comunitaria realizada en el Territorio Caribe en 1999 se señalaron los siguientes motivos de preocupación: falta de agua potable y de servicios de eliminación de desechos sólidos, violencia, abuso de sustancias (entre ellas el alcohol), tuberculosis, infecciones de transmisión sexual y helmintiasis. Como este grupo vive en relativo aislamiento, los problemas de salud relacionados con la endogamia son motivo de preocupación. Hay dos centros de salud que atienden al Territorio Caribe. En ambos hay una enfermera de atención primaria de ascendencia caribe. La información sanitaria proporcionada por estos centros reveló tres casos de bajo peso al nacer de 1997 a 2000. En ese mismo período se registraron 152 embarazos, de los cuales 32% fueron clasificados de alto riesgo en la primera consulta. En los consultorios pediátricos había 132 niños inscritos.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

El país es vulnerable a una gran diversidad de peligros naturales, como tormentas tropicales y huracanes. En 1999, el huracán Lenny, de categoría 4, dañó estructuras costeras y equipos en el lado occidental de la isla, sin pérdidas de vidas humanas. Los daños y los costos de rehabilitación ascienden a alrededor de US\$ 140 millones. Las obras de reparación aún no han concluido. En 1997, las inundaciones y los deslizamientos de tierras provocados por el río Layou tuvieron graves consecuencias sobre la situación socioeconómica del país. Aunque no hubo muertes, fue necesario desalojar temporalmente a 600 personas.

La susceptibilidad y la vulnerabilidad de Dominica a la actividad volcánica constituyen un grave motivo de preocupación. En un análisis sismológico se llegó a la conclusión de que es muy probable que se produzca una erupción magmática con terremotos de una magnitud de 1 a 5 en los próximos 10 años. Desde 1998 y 1999 se han producido varios temblores de menor magnitud en el sur del país, donde se concentra 20% de la población. No ha habido muertes debidas a la actividad volcánica. En 1999 se instituyó el Plan Volcánico Nacional.

Las principales organizaciones de los sectores público y privado tienen buenos planes de manejo de desastres, y anualmente se realizan simulacros. Los edificios deben ceñirse al Código Uniforme de Edificación del Caribe, y en la construcción de establecimientos de salud nuevos se incorporan elementos de mitigación.

Enfermedades transmitidas por vectores

Las enfermedades transmitidas por vectores que revisten importancia en Dominica son el dengue y la malaria. En 2000 hubo un gran brote de dengue, durante el cual se introdujo por primera vez el virus del serotipo 3. Los serotipos 1 y 2 también circulan en el país. Hubo una muerte por dengue hemorrágico. Entre 1997 y 1999, el índice nacional de infestación de viviendas por *Aedes aegypti* era de 18% en promedio, pero en algunas localidades llegó a 26%. En 2000, el índice de infestación de viviendas por *Aedes aegypti* era de 13%, y el índice de Breteau, de 29,4%. El programa de control de vectores del país se centra en la participación comunitaria, la educación de los dueños de casa y la reducción de las fuentes de infestación mediante el control biológico y químico.

La malaria fue eliminada de la isla en 1962, pero durante el período en revisión se notificaron seis casos importados, así como la persistencia del mosquito *Anopheles* en tres localidades.

Las personas que viajan a países donde la fiebre amarilla es endémica son vacunadas contra esta enfermedad. De 1997 a 2000 se vacunó a 35 personas.

Enfermedades prevenibles por vacunación

No hubo ningún caso de parálisis flácida aguda en los años noventa ni ningún caso confirmado de sarampión desde 1991.

Se administra la vacuna antitetánica a todas las embarazadas que reciben atención prenatal en el sector público. Entre 1997 y 2000 murió un adulto por causa del tétanos.

La vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b se administra únicamente a los niños en el sector privado. Como parte del programa de erradicación de la rubéola, 21.026 personas de 12 a 35 años recibieron la vacuna MMR en 2000 y 99,2% de los niños de 1 a 5 años recibieron la segunda dosis. En la figura 4 se presenta la cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, en 2000.

Entre 1997 y 1999, 47 donantes (1,5%) dieron resultados positivos a la prueba de detección del antígeno contra la hepatitis B; 98% del personal de salud había recibido la vacuna contra la hepatitis B.

Enfermedades infecciosas intestinales

En 2000, 6% de 3.752 muestras de heces dieron resultados positivos para parásitos intestinales. Entre 1998 y 2000, el parásito que se encontró con mayor frecuencia fue *Entamoeba coli*, seguido de *Giardia lamblia*, *Anquilostoma* y *Strongyloides*. En 71 muestras se encontraron tricocéfalos, y en 51, áscaris.

Hubo 13 casos de fiebre tifoidea entre 1997 y 1999.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 1998 se notificó un caso de lepra y de 1997 a 1999 se notificaron 19 casos de tuberculosis. Durante el período no se notificó ningún caso de coinfección por VIH y tuberculosis.

Enfermedades respiratorias

En 1999 había 520 personas con asma inscritas en consultorios de atención primaria. Durante el período en revisión se ofrecieron varios talleres sobre manejo del asma para personal de salud. El resfriado común fue la causa principal de episodios nuevos de enfermedad en los establecimientos de atención primaria.

Zoonosis

No se notificaron casos de rabia durante este período.

VIH/SIDA

En el período en revisión, 69 personas dieron resultados positivos en la prueba de detección del VIH, con una razón hombre/mujer de 2:1 a 3:1 durante estos años. El modo de transmisión predominante correspondió a las relaciones sexuales entre hombres. El mayor porcentaje de casos VIH positivos se encontró en el grupo de 20 a 54 años; 10 niños menores de 4 años y 9 adolescentes tuvieron resultados positivos entre 1997 y 2000. Ocho donantes de sangre tuvieron resultados positivos entre 1997 y 2000; lo mismo ocurrió en 2000 con cuatro donantes de sangre, la cifra más alta registrada en un año durante el período. De 1997 a 1999 murieron de SIDA 26 personas. El programa de pruebas, vigilancia, educación y asesoramiento no está bien desarrollado,

pero está en preparación un plan estratégico multisectorial a nivel nacional contra el VIH/SIDA.

Infecciones de transmisión sexual

Según los datos del laboratorio público para el período 1997–2000, 50 donantes de sangre (1,6%) dieron resultados positivos para enfermedades venéreas. En 1999 comenzó a realizarse la prueba de detección del VTLH-1, y 40 donantes (2,3%) dieron resultados positivos. Setenta y ocho muestras (2,4%) en 1998 y 75 (2,5%) en 1999 presentaron una fuerte reacción a la prueba VDRL, en comparación con 205 (6,5%) en 2000. Este aumento se notó también entre las embarazadas.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Con apoyo del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), en 1997 se inició un estudio de micronutrientes en cuatro distritos de salud. El estudio abarcó 157 niñas de 1 a 4 años, 410 de 5 a 16 años y 151 embarazadas. Se observó carencia de vitamina A solamente en el grupo de 1 a 4 años, con carencia en 1,3% (<10 mg/dl) y carencia marginal en 9,4% (10–25 mg/dl). No se observaron diferencias importantes entre ambos sexos. No se observó carencia de betacaroteno, y se encontraron valores medios similares en niños y niñas. Se detectó anemia (hemoglobina <11 g/dl) en 34,4% de los niños de 1 a 4 años, sin diferencias entre los sexos; 53% de los niños de 1 a 4 años tenían anemia. Se detectó carencia de vitamina E en 7,5% de los niños de 1 a 4 años, sin diferencias entre ambos sexos.

La encuesta de 1996 sobre hábitos de consumo de alimentos y modos de vida reveló que 49,3% de los entrevistados eran obesos; 90% de los niños de 0 a 5 años tenían un peso normal, mientras que 9% eran obesos. La gente no hace suficiente ejercicio y la vida se ha vuelto más sedentaria; 51,6% de los encuestados dijeron que hacen algún tipo de ejercicio.

La diabetes es un importante problema de salud pública que influye considerablemente en la morbilidad y mortalidad. En diciembre de 1999 había 2.044 personas con diabetes inscritas en consultorios de atención primaria (0,7% de la población). La diabetes ocupa el segundo lugar entre las causas más frecuentes de consultas en centros de salud o dispensarios. La diabetes mellitus ocupó el cuarto lugar entre las principales causas de defunción cada año entre 1997 y 2000. Es necesario actualizar el protocolo para el manejo de la diabetes.

Enfermedades cardiovasculares

La hipertensión se encuentra entre las tres causas principales de defunción desde los años noventa. En 1999 había 4.041 hipertensos inscritos en consultorios de atención primaria, que representan 5,3% de la población. Los hipertensos acuden a centros de atención primaria de salud siete veces al año, en promedio. La hipertensión es la razón más frecuente de consultas en estos centros. En el sector público hay un protocolo y un sistema de referencia de casos para el manejo de la hipertensión.

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas se encontraron entre las tres causas principales de defunción de 1996 a 1999. Durante el período 1997–2000 se confirmaron 333 tumores malignos mediante estudios histopatológicos; las principales localizaciones fueron la mama (17,0%), el cuello uterino (11,0%), la piel (8,7%), el estómago (6,9%) y la próstata (6,0%).

La incidencia del cáncer aumentó con la edad: el grupo de 65 a 74 años representó 26,5% de los casos, y el de 75 y más años, 27,4%. En todos los establecimientos de salud estatales y en el consultorio de la Asociación de Planificación Familiar de Dominica se ofrece la prueba de Papanicolaou. Se promueve el autoexamen de la mama, pero no se hacen mamografías en la isla.

Accidentes y violencia

Los accidentes y la violencia están aumentando. Los accidentes de transporte, por ejemplo, se encuentran entre las 10 causas principales de defunción. De 1996 a 1999 murieron en promedio 10 personas al año por accidentes de transporte. De 1996 a 1998, 450 personas recibieron atención médica en un establecimiento de salud por accidentes de transporte.

De 1996 a 1999 se produjeron 52 defunciones por lesiones violentas. Según los partes policiales, los delitos sexuales se han vuelto más frecuentes. De 1997 a 2000 hubo 104 juicios por violaciones, 187 por atentados contra el pudor y 148 por relaciones carnales ilícitas.

Se reconoce que la violencia doméstica, especialmente la dirigida contra la mujer, constituye un problema. No hay ningún organismo que recopile datos completos, por sexo, sobre este problema. Sin embargo, algunas entidades gubernamentales y no gubernamentales organizaron varias iniciativas de educación y promoción en este campo.

Salud oral

Se ofrecen servicios de salud oral en las siete unidades de atención primaria del sector público y en cinco establecimientos privados. De 1997 a 1999 se registraron 37.663 consultas al año, en promedio, en los servicios de salud pública. La última encuesta epidemiológica sobre salud oral se realizó en 1995.

Salud mental

De 1997 a 2000, el programa de salud mental de Dominica se centró en la mejora y ampliación del componente de salud mental comunitaria y en los servicios de asesoramiento. Disminuyeron las hospitalizaciones en la Unidad Psiquiátrica; en 1998, 58% de las hospitalizaciones correspondieron a hombres. El grupo de 20 a 30 años representó 30% de las hospitalizaciones. Más de 75% de ellas se atribuyeron al diagnóstico primario de esquizofrenia.

En 1998 se realizaron 2.639 consultas en consultorios psiquiátricos comunitarios. Todos los meses se ofrecen servicios de con-

sultas forenses en la cárcel para los presos con enfermedades mentales, que representan 10% de los presos.

De 1997 a 2000, la policía notificó 27 suicidios, en comparación con 19 en los cuatro años precedentes. El abuso de drogas, especialmente de cocaína y marihuana, está aumentando. De 1997 a 2000, 66% de las personas arrestadas por delitos relacionados con drogas fueron hombres.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En 1999, el Gobierno central anunció su orientación de política para el sector salud en el documento sobre estrategia económica a mediano plazo (1998), en el cual señala que se tomarán medidas a mediano plazo para reducir los subsidios del Gobierno central, aumentar los cobros a los usuarios y promover una mayor participación del sector privado en la prestación de servicios de salud.

La misión del Ministerio de Salud, enunciada en el Plan Institucional 2000–2001, es “promover el bienestar de todos los ciudadanos de Dominica mediante el suministro de servicios de atención preventiva y curativa, así como servicios de rehabilitación, compatibles con normas aceptables de la dignidad humana, a un costo asequible y sostenible”.

El Ministerio de Salud ha reiterado su compromiso con la atención primaria y la promoción de la salud. Tal como se prevé en el plan institucional, esta estrategia se centra en la promoción de la salud, la reorganización del sector, la infraestructura sanitaria y la elaboración de programas de salud.

Las actividades de planificación del Ministerio también se rigen por las prioridades sanitarias regionales definidas en la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe para 1997–2000.

Los grupos prioritarios indicados en el plan son los niños de 0 a 5 años, las mujeres embarazadas y lactantes, las mujeres en edad de procrear, los adolescentes, las personas de edad avanzada y los hombres en edad reproductiva.

En el proyecto de política nacional para la juventud se señalan campos estratégicos tales como el alcohol y el abuso de sustancias por los jóvenes, las discapacidades, el VIH/SIDA, la nutrición, la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, y la salud mental.

La reforma del sector salud

De 1997 a 2000, las iniciativas del Gobierno orientadas a la reforma del sector salud se centraron en el financiamiento de la atención por medio de un sistema de cobros a los usuarios, el control de los costos, la equidad y la calidad de la atención.

En junio de 1996 se introdujo un nuevo arancel que modifica la ley de hospitales de Roseau, con el propósito de aumentar los ingresos, sufragar el costo de la construcción de hospitales, recuperar los costos de los servicios de salud e informar al público sobre el costo de los servicios de salud.

En junio de 2000, un comité mixto evaluó el sistema de cobros y observó que obstaculizaba el acceso a los servicios, cuyos precios eran excesivos, y que el público estaba descontento. Como resultado de este análisis se aprobó un sistema de cobros reducidos, con exoneraciones para ciertas categorías. En 2000 se examinaron los planes para la introducción de un sistema nacional de seguro médico. El Gobierno ha iniciado conversaciones sobre la creación de un seguro médico a fin de aumentar la equidad, ofrecer cobertura universal y mejorar la capacidad para responder a la orientación de su política.

Los servicios que se ofrecen como parte de la atención primaria constituyen el conjunto básico de servicios de salud. Son gratuitos en el lugar donde se proporcionan, lo cual lleva a un mayor acceso y equidad. Los servicios de enfermería y el laboratorio estatal están mejorando constantemente su calidad por medio de programas de garantía de calidad.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

En Dominica, la operación y el financiamiento de los servicios de salud están a cargo principalmente del Estado. Los servicios privados se limitan a la atención ambulatoria proporcionada por profesionales, generalmente a tiempo parcial, y por la Asociación de Planificación Familiar de Dominica, que ofrece servicios de planificación familiar. Los costos por estos servicios se pagan en el lugar donde se reciben.

Cada distrito de salud tiene límites bien definidos, personal, presupuesto y capacidad para prestar servicios de atención primaria. Los servicios de atención primaria de salud están descentralizados y se proporcionan en establecimientos situados en toda la isla, que consisten en 52 centros de salud y dispensarios, además de dos hospitales de distrito. Cada uno de estos establecimientos atiende a un sector bien definido de la población. Los servicios de atención secundaria están centralizados, pero los especialistas del Hospital Princess Margaret prestan servicios de reenvío de pacientes de oftalmología y psiquiatría en cada distrito de salud.

Varias compañías que operan en la isla ofrecen seguros médicos privados. Hay planes de seguro colectivo para las principales categorías de empleo, como personal de enfermería, maestros, empleados públicos, médicos, agentes de policía y algunas compañías privadas. Estas compañías pagan reintegros a los socios que utilizan servicios de médicos particulares o del sector de salud pública.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

La legislación sanitaria en general es obsoleta y es necesario modificarla. La Ley de Salud Pública de 1968 fue derogada y reemplazada por la Ley 8 de Servicios de Salud Ambiental de 1997. Esta ley sienta las bases para el control de la contaminación y el manejo de desechos en Dominica y faculta para reglamentar la inocuidad de los alimentos.

En 1999 se elaboró un proyecto de ley farmacéutica, que será presentado al Departamento Jurídico para reemplazar la legislación derogada.

La prestación de servicios de salud en el sector público se rige por normas y metas bien definidas. En 2000 se emitieron directivas nuevas para la programación y prestación de servicios de salud. Hay un sistema de seguimiento y presentación de informes trimestrales del desempeño comparándolo con las normas, pero se ha convertido en un sistema pasivo.

No se vigila la atención de salud prestada en el sector privado. De conformidad con la Ley Médica de 1944, se puede vigilar el expendio de medicamentos en las farmacias privadas y presentar muestras al Laboratorio Regional de Pruebas de Medicamentos. Los integrantes de la Junta Médica (de conformidad con las normas de 1937) son nombrados por el Ministro de Salud y reglamentan hasta cierto punto el ejercicio de la medicina, incluida la matriculación de médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y optometristas. No se exige por ley la matriculación de profesionales que ejercen la medicina alternativa.

El Consejo de Enfermería es una entidad con personería jurídica que reglamenta el ejercicio de la profesión de conformidad con el Reglamento del Consejo de Enfermería.

Están surgiendo asentamientos precarios, que tienen consecuencias negativas en el medio ambiente.

Se exigen evaluaciones del impacto ambiental y estudios hidrogeológicos para la ejecución de todos los proyectos de gran envergadura, que deben ser aprobados oficialmente por la Junta Nacional de Planificación del Espacio Físico. Asimismo, todos los planes de vivienda y edificación deben ser aprobados por la Junta antes de la construcción. La Unidad de Planificación del Espacio Físico supervisa la construcción de edificios a fin de que se ciñan a las normas, velando así por la seguridad y la protección ambiental.

La Junta de Control de Plaguicidas es un organismo multisectorial que se encarga de vigilar la importación, el uso y los efectos de los plaguicidas y productos químicos. El Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud vigila la calidad del agua y los alimentos y realiza inspecciones de viviendas e instalaciones. El Ministerio de Agricultura, por medio de la División de Veterinaria, otorga permisos de importación e inspecciona la carne y el pescado. No hay ningún mecanismo para evaluar la tecnología médica.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

En 1999 el Ministerio de Salud creó el Centro de Recursos para la Promoción de la Salud y capacitó a personal especializado en promoción de la salud y educación para la salud. Con la finalidad de sensibilizar al público con respecto a la promoción de la salud se realizaron campañas en los medios de comunicación y se organizaron reuniones comunitarias. Además, se ofrecieron talleres comunitarios para fomentar la aplicación de la estrategia al desarrollo de la comunidad.

Varias localidades han participado en el programa de la OPS de premios a las comunidades saludables, y tres ganaron el premio. El Ministerio y grupos locales han prestado especial atención a las comunidades y escuelas saludables.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

Es necesario señalar y controlar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles. La vigilancia epidemiológica activa está orientada principalmente a las enfermedades transmisibles, pero no se realiza una labor sistemática de recopilación, análisis y difusión de información a nivel central o de distrito. Los siete centros de salud tipo III han sido designados estaciones centinela.

Un laboratorio público y uno privado atienden a la isla. El control de la calidad es bueno y el servicio es confiable. El Departamento de Salud Ambiental tiene un laboratorio que vigila la calidad del agua.

Agua potable, eliminación sanitaria de excretas y alcantarillado

La mayor parte del agua que se consume es de superficie. Las principales cuencas hidrográficas se concentran en el centro de Dominica; se utilizan 43 cuencas de captación para el abastecimiento de agua potable. En cuanto al acceso al agua potable, 90% de la población rural y 100% de la población urbana recibe el servicio por medio de más de 20.000 conexiones domiciliarias individuales y 500 fuentes públicas de agua; 98% de los sistemas están clorados.

Se vigilan las características físicas y la calidad bacteriológica del agua. Con los años se han notado mejoras sostenidas en la calidad del agua: en 2000, 95% de las muestras sometidas a análisis bacteriológicos cumplían las normas de la OMS para el agua potable. La deforestación y la agricultura son los principales problemas que tienen efectos negativos en el agua potable.

Con respecto a la eliminación de excretas, 85% de la población tiene acceso a instalaciones adecuadas, cifra que representa un aumento de 20% en comparación con 1996. En algunos lugares, especialmente en la costa occidental, la cobertura llega apenas a 60%. En las zonas rurales, el método más común de eliminación de excretas es la letrina de pozo. El sistema de alcanta-

rillado de la capital, que es muy sencillo, vierte aguas servidas sin tratar al mar. Sin embargo, el sistema atiende a solo 10% de la población de esta zona, y muchas viviendas cuentan con sistemas in situ.

La Corporación de Manejo de Desechos Sólidos, organismo de derecho público creado en 1997, se encarga de la recolección, el almacenamiento y la eliminación de desechos sólidos. El Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud vigila y controla el sistema, con financiamiento del Banco Mundial y el Banco de Desarrollo del Caribe. Solo 60% de la población tiene acceso a todos los servicios de la Corporación. El 40% restante recurre al compostaje, a la reutilización o la quema, o entierra los desechos. Un pequeño porcentaje de familias continúa recurriendo al vertido a cielo abierto. Los desechos sólidos del hospital y otros establecimientos de salud se incineran in situ.

Prevención y control de la contaminación del aire

No hay un programa de vigilancia o prevención de la contaminación del aire.

Protección y control de alimentos

La aprobación de la carne importada incumbe al Ministerio de Agricultura, que emite permisos. La Oficina de Normas, fundada en 1999, reglamenta la importación e inocuidad de los alimentos.

El Departamento de Salud Ambiental desempeña un papel decisivo en la vigilancia de la calidad de los alimentos que se venden al público. Con este fin realiza inspecciones en el puerto, depósitos, almacenes de comestibles y establecimientos que elaboran y venden alimentos, y lleva a cabo actividades de educación para la salud. Desde 1999 se promueve el método de análisis de peligros en puntos críticos de control, que se utiliza para mejorar la inocuidad de los alimentos.

La normativa en materia de inocuidad de los alimentos es inadecuada, pero es obligatoria la matriculación de todos los establecimientos y vendedores de comestibles. Hay 3.465 personas y 1.655 establecimientos matriculados que manipulan alimentos. Hay un buen sistema de certificación y la asistencia a los cursos para personas que manejan alimentos también es buena. Se realiza la certificación internacional de plantas de procesamiento de alimentos. El Gobierno atribuye importancia a la garantía del cumplimiento de normas estrictas de inocuidad de los alimentos a fin de ampliar el sector del turismo. La vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos es inadecuada.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Los servicios de atención primaria de salud se prestan por medio de siete distritos de salud, cada uno de los cuales tiene una red periférica de dispensarios tipo I y un centro de salud tipo III por distrito.

Cada dispensario tipo I atiende como máximo a 3.000 personas en un radio de ocho kilómetros y cuenta con una enfermera de atención primaria o una enfermera-partera de distrito. En los dispensarios tipo I se ofrecen servicios de salud reproductiva, nutrición, educación para la salud, atención médica, acción comunitaria, atención de urgencia y salud del niño. En los consultorios de salud del niño se proporciona asesoramiento, educación para la salud, vacunación y seguimiento del estado nutricional y del crecimiento. Cada centro tipo III funciona como sede administrativa del distrito de salud. Cuenta con personal de enfermería, un médico, una enfermera de atención directa, un farmacéutico, un funcionario de salud ambiental y un odontoterapeuta. Cada centro está equipado con una unidad odontológica y una o dos camas para partos y ofrece una gama completa de servicios, incluida la educación para la salud. El personal de los centros tipo III realiza visitas programadas de prestación de servicios de salud y supervisión a los dispensarios tipo I. Además, dos hospitales de distrito pequeños tienen instalaciones para la atención de pacientes hospitalizados.

En el Hospital Princess Margaret, que tiene actualmente 225 camas, 35 más que en 1996, se proporcionan servicios de atención secundaria. El hospital ofrece servicios de hospitalización, consultorios especializados para pacientes ambulatorios, atención de urgencia y servicios de diagnóstico. Entre 1996 y 2000 se agregaron un pabellón obstétrico y pediátrico, un quirófano y una unidad de terapia intensiva. Solamente en el Hospital Princess Margaret hay un banco de sangre. El Hospital ofrece servicios especializados de otorrinolaringología, oftalmología, radiología, oncología, gastroenterología y hemodiálisis. Más de 99% de los nacimientos son atendidos por un profesional de salud competente. Los servicios de salud neonatal del Hospital se limitan a la atención secundaria básica. En Dominica no hay atención terciaria para recién nacidos.

Se provee atención terciaria en islas vecinas, financiada principalmente por fuentes privadas. Hay un laboratorio privado en la isla, pero no hay establecimientos privados para hospitalizaciones.

Insumos para la salud

Medicamentos, inmunobiológicos, reactivos y equipo

Dominica participa en el sistema de adquisición conjunta de productos farmacéuticos del Caribe Oriental. Hay un formulario nacional y un proceso bien definido para la racionalización y actualización de la disponibilidad y el uso de medicamentos.

El presupuesto asignado a medicamentos e insumos médicos se ha mantenido en torno a 8% del presupuesto nacional para la salud. Durante el período en revisión se gastaron en promedio US\$ 890.000 al año en medicamentos e insumos médicos. La razón de los gastos en el establecimiento de atención secundaria en comparación con la atención primaria de salud fue de 2,5 a 1. Se obtuvo

un aumento de 42% en el presupuesto para medicamentos e insumos médicos. Durante el período, el presupuesto para medicamentos destinados a la atención secundaria aumentó 43%, y el presupuesto para medicamentos destinados a la atención primaria, 50%.

Los insumos médicos para la unidad de hemodiálisis, que atiende a 11 pacientes, representaron 25% del total del gasto en esta partida presupuestaria en el Hospital Princess Margaret. Los productos que representan el mayor gasto en insumos médicos corresponden al tratamiento de la hipertensión y la diabetes.

Recursos humanos

Como parte del programa de reforma de la administración pública, se realizó un estudio sobre optimización de los recursos que llevó a la recomendación de mejoras de la eficacia y eficiencia de las estructuras orgánicas, sistemas, procedimientos y administración del personal del Ministerio de Salud. A fin de disponer de más personal, se ha conseguido personal de salud en ciertas áreas por medio de programas de cooperación técnica de los Gobiernos de Cuba, Francia y Nigeria. En 2000, el personal de salud seleccionado consistió en 47 médicos, 11 dentistas, 353 enfermeras, 30 farmacéuticos, 8 odontoterapeutas, 4 educadores para la salud y 18 funcionarios de salud ambiental.

Los programas de capacitación de personal de salud por lo general son regionales y extrarregionales, financiados con becas o por medio de organismos gubernamentales e internacionales.

En Dominica hay dos instituciones dedicadas a la formación de profesionales de la salud: la Escuela de Enfermería, que es estatal, y una facultad de medicina privada extraterritorial que funciona en los Estados Unidos. El cupo para los estudiantes de la Escuela de Enfermería depende de las necesidades del servicio de salud y la capacidad de la escuela. El pequeño cuerpo docente se encarga del programa de formación de enfermeras diplomadas, el programa de enfermería de nivel II, el programa de partería y el programa de enfermeras de salud mental. En la Escuela de Enfermería y en los servicios se ofrece un programa regular de educación continua para el personal de enfermería.

En la facultad de medicina se forman médicos principalmente para el mercado estadounidense, y asisten pocos estudiantes de Dominica. Los médicos locales se forman en la Universidad de las Indias Occidentales y fuera de la región.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto público en salud ascendió en promedio a 13,9% del presupuesto para gastos ordinarios durante el período 1997–2000. El total del gasto público en salud para el año fiscal

1999–2000 fue de US\$ 11.148.500. El Ministerio de Salud ocupa el tercer lugar entre los principales consumidores de recursos públicos.

Un análisis de la distribución de recursos financieros en 1997–2000 revela un sesgo a favor del hospital secundario, que recibió un promedio anual de 48,7% de los fondos, en comparación con 22,5% destinado a los servicios de atención primaria de salud.

Las recaudaciones del Ministerio de Salud se limitan a los cargos que se cobran a los usuarios en el Hospital Princess Margaret y los honorarios insignificantes del servicio de odontología. Las recaudaciones en el Hospital se han mantenido siempre por debajo de las previsiones (30%). En 1999, por ejemplo, se recaudó un total de US\$ 774.715, con atrasos de \$728.353 en los pagos. El Hospital genera solamente 12,9% de sus gastos ordinarios.

Es difícil determinar los recursos privados que se gastan en salud en el país. Según la Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares de 1998, los gastos privados en salud ocupaban el séptimo lugar entre los gastos familiares.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

Durante el período 1997–2000 continuaron las alianzas bilaterales para la salud con los Gobiernos de Cuba, Francia, Japón, Nigeria y Taiwán. El Gobierno de Cuba capacitó a 29 estudiantes de medicina y tres de odontología, y envió a especialistas. El Gobierno de Nigeria proporcionó asistencia técnica en medicina, enfermería y tecnología de laboratorio. El Gobierno de Francia facilitó fondos para la construcción del nuevo quirófano del Hospital Princess Margaret, así como asistencia técnica y capacitación de profesionales de la salud. La Unión Europea proporcionó fondos para el desarrollo y equipamiento de establecimientos de salud.

Dominica ha colaborado también, beneficiándose en el proceso, con iniciativas y organizaciones regionales tales como la OPS, la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS), el Instituto de Salud Ambiental del Caribe (CEHI) y la Universidad de las Indias Occidentales. Durante el período prosiguió la cooperación con el UNICEF, el ONUSIDA y el FNUAP. La Fundación Brenda Strafford financió la construcción de un dispensario tipo I en 1999–2000, continuó sufragando los gastos de funcionamiento de cuatro centros de salud y aportó una suma considerable a los servicios de oftalmología.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Dominica, 1991–1999.

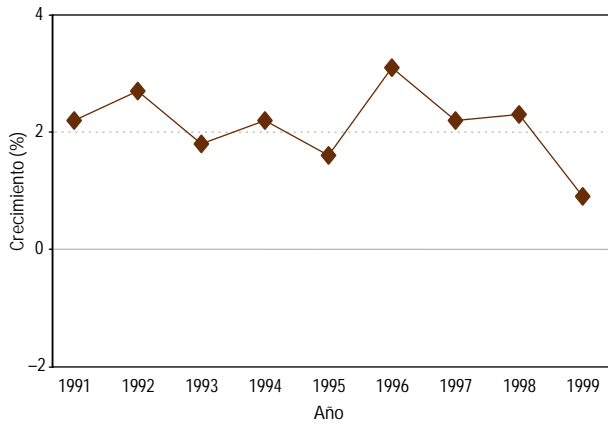


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Dominica, 1990–1994.

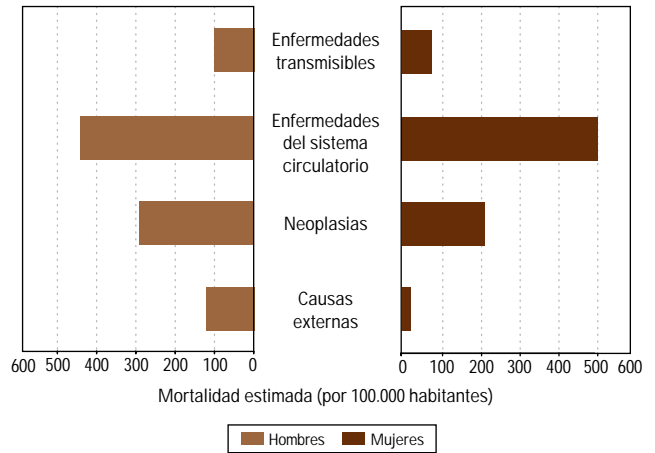


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Dominica, 1999.

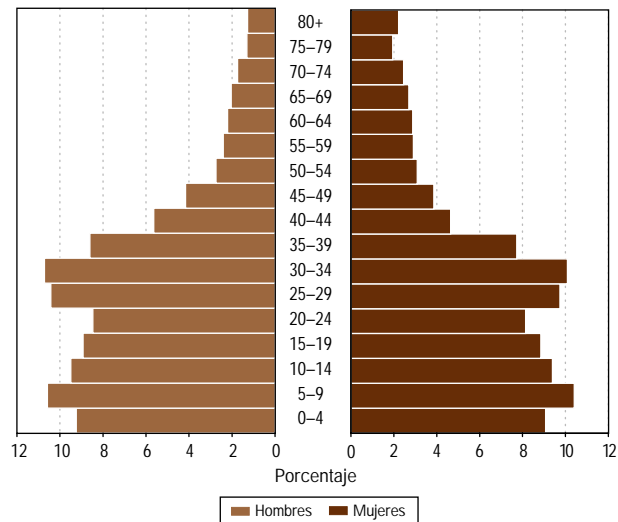
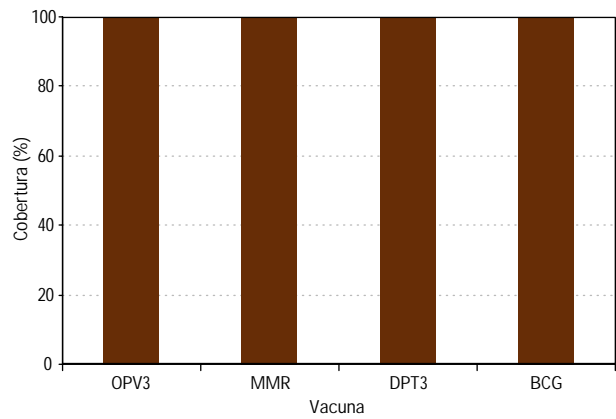


FIGURA 4. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Dominica, 2000.



ECUADOR

CONTEXTO GENERAL

El Ecuador es un estado democrático, pluricultural y multiétnico, con marcadas diferencias sociales y económicas en sus cuatro regiones geográficas: Costa, Sierra, Amazonia e Insular (Galápagos). Situado al noroccidente de Sudamérica, limitado por Colombia y Perú, tiene una superficie de 256.370 km² y una población estimada de 12.645.495 habitantes para el año 2000, con una densidad de 49,3 habitantes por km². La República está conformada por 22 provincias, 215 cantones y 1.149 parroquias (361 urbanas y 788 rurales) y las circunscripciones territoriales indígenas y afroecuatorianas establecidas por ley. Los dos mayores polos de desarrollo regional son Quito, la capital, con 1.559.844 habitantes y Guayaquil, puerto principal, con 2.079.432 y concentran 46% de la población urbana; 63% de la población nacional vive en zonas urbanas. Hay 16 provincias con menos de 500.000 habitantes y cuatro de ellas con menos de 100.000 (tres amazónicas y las islas Galápagos).

Entre 1997 y 2000 se profundizó la crisis económica, política y social, que tiene sus raíces estructurales en un modelo de desarrollo dependiente y en medidas de ajuste que no dieron el resultado esperado. A esto se añadió el impacto económico del fenómeno de El Niño en 1997 y 1998, y en 1999 la brusca caída del precio del petróleo, con el que se financia casi 40% del presupuesto nacional.

El crecimiento del producto interno bruto (PIB) disminuyó de 3,4% en 1997 a -7,3% en 1999 y se recuperó a 2,0% en 2000 (figura 1). La deuda pública, 81% externa y 19% interna, fue de US\$ 1.110 per cápita y representó 100% del PIB en 1999, en comparación con US\$ 1.050 y 60% del PIB en 1997. La tendencia de la deuda ha sido creciente en la década de 1990; esto, sumado a la inflación de 61% en 1999, produjo una grave recesión en todos los campos y una caída de los ingresos reales de la población, por efecto de la “congelación” de los depósitos bancarios, el deterioro del sector financiero y la moratoria de la deuda externa. El precio del dólar estadounidense pasó de 3.700 sucres en 1997 a 29.731 en enero de 2000; en un intento por controlar la hiperinflación se inició el proceso de dolarización del sistema monetario

ecuatoriano, con una paridad de 25.000 sucres por dólar, y en septiembre de 2000 el sucre quedó formalmente eliminado. Diversos factores favorecieron que la economía se fuera estabilizando durante 2000: el proceso de dolarización, el acuerdo con el Fondo Monetario Internacional, el incremento de las divisas del petróleo y de las remesas de los emigrantes, y la promulgación de leyes de modernización del Estado; no obstante, la inflación a diciembre de ese año llegó a 96%, porque los precios de los bienes locales tendieron a equipararse con los internacionales, aunque no ocurrió lo mismo con los salarios.

Desde 1997 se acentuó la inestabilidad política, con tres cambios presidenciales en cuatro años. No obstante, se logró la firma del Acuerdo de Paz entre Ecuador y Perú, que ha abierto posibilidades de desarrollo a ambos países fronterizos. Las organizaciones indígenas y sociales buscan nuevas soluciones para la paupérrima condición de vida de los sectores marginados, así como participación democrática en las decisiones nacionales. El Congreso desarrolla planes de modernización económica, descentralización y privatización, generados por el Consejo Nacional de Modernización, e impulsa una reforma tributaria y de la seguridad social, claves para la estabilidad económica y el proceso de dolarización.

El porcentaje destinado al gasto del sector social en el presupuesto total del Gobierno (excluyendo el servicio de la deuda) descendió progresivamente de 36% en 1996 a 17% en 2000. El gasto en salud per cápita bajó de US\$ 52 a US\$ 26 y el de educación, de US\$ 17 a US\$ 7 entre esos años. El Ecuador disminuyó su calificación en el Índice de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), de 0,78 en 1995 a 0,73 en 2000.

En 1990, 50% de la población vivía en condiciones de pobreza y en 1999 aumentó a 69% en el ámbito nacional y 88% en el rural; la pobreza urbana se incrementó de 30% en 1995 a 55% en 1999. La brecha de inequidad aumenta cada vez más: en 1995 el 10% de la población más rica obtuvo 41% del ingreso, mientras que el 10% más pobre solo obtuvo 1,0%; para 1998, el ingreso del primer grupo aumentó a 43% y en los más pobres se redujo a 0,6%; así, el coeficiente de Gini para el consumo subió de 0,43 en 1995

a 0,48 en 1999 y el correspondiente al ingreso se incrementó de 0,54 a 0,59 en el mismo período. El porcentaje de ecuatorianos que viven con dos dólares o menos al día aumentó de 38% en 1998 a 44% en 1999. En junio de 1999 el precio de la canasta familiar de la pobreza era de US\$ 273 al mes, valor superior en 30% al ingreso familiar total mensual de los pobres, que no pueden cubrir los requerimientos nutricionales mínimos.

El 15% de los hogares del decil más pobre está en condición de hacinamiento, con más de tres personas por dormitorio, mientras que en el decil más rico solo 3,8% está en esa situación. En el decil más pobre 26% de los hogares está conectado a la red de agua y 12% tiene excusado y alcantarillado, contra 84% y 77% en el decil más rico. Según el Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI) se evidencian dificultades estructurales para satisfacer la creciente demanda habitacional debida a los flujos migratorios del campo a la ciudad; el déficit nacional de vivienda se estimó en algo más de un millón de unidades habitacionales para el año 2000.

Se observa un continuo proceso de migración de las zonas de extrema pobreza hacia los polos de desarrollo urbano, lo que ocasiona un crecimiento urbano incontrolado; entre 1990 y 1997, 93% del crecimiento poblacional correspondió a las ciudades. Paralelamente hay un proceso migratorio masivo hacia el exterior, principalmente a los Estados Unidos de América y España. Es difícil conocer las cifras exactas de este fenómeno por la existencia de vías migratorias ilegales, que se incrementaron a fines de los años noventa. En 1999, la Dirección Nacional de Migración registró la salida de 386.440 personas, entre ellas 2.800 médicos (10% del total de afiliados a la Federación Médica Ecuatoriana), en su mayoría jóvenes, que partieron principalmente hacia Chile. Se estima que alrededor de 200.000 de los que salen cada año no retornan al país.

El desempleo en las áreas urbanas aumentó de 9,2% en marzo de 1998 a 17% en julio de 1999; la tendencia se revirtió en 2000 y en diciembre llegó a 9,6%; parte del descenso se relaciona con la emigración de desempleados en busca de opciones laborales. El empleo informal, que se traduce en disminución de la protección social de los trabajadores, aumentó de 57% de la población económicamente activa (PEA) en 1999 a 66% en 2000; los subempleados se concentran en servicios, comercio ambulante, construcción, microempresas artesanales y de alimentos. La participación de la mujer en el sector informal llegó a 35% en 1992. Las mayores tasas de desempleo corresponden a jóvenes de 18 a 29 años; por sexo, las mujeres son las más afectadas y 16% del total de niños y niñas entre 10 y 17 años, está ocupado o busca trabajo.

Aproximadamente 50% de la población vive en la región de la Costa; 45%, en la Sierra; 4,7%, en la Amazonia; 0,1%, en la región insular, y 0,7%, en zonas no delimitadas geopolíticamente debido a litigios interprovinciales. La tasa de crecimiento poblacional anual estimada para el período 1995–2000 fue 1,9%. La población es predominantemente joven; en 2000 los menores de 15

años representaban 34% de la población (figura 2), valor menor que el de 1990 (39%), y los adolescentes constituían casi 22% (1.378.904 de 10 a 14 años y 1.334.131 de 15 a 19 años). El número de personas de 65 y más años aumentó de 4,1% en 1990 a 4,7% en 2000.

Los pueblos indígenas pertenecen a nueve nacionalidades en la Amazonia, una en la Sierra y siete en la Costa, cuatro de ellas en proceso de reconocimiento. Los diferentes criterios para definir la pertenencia a nacionalidades y pueblos ocasiona que existan varias estimaciones de la población indígena, que van de 25% a 40% (Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador). La magnitud de los pueblos afroecuatorianos se estimaba en 1995 entre 3% en las áreas rurales (Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador) y 15% en la población total; el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos la estima en 6%. Las poblaciones indígena y negra en la zona rural se concentran en 288 parroquias que tienen los mayores índices de pobreza; 83% de la población indígena rural y 81% de la población negra son pobres.

Son analfabetos 8% de los hombres y 12% de las mujeres de la población total. Solo 53% de la población indígena accede a la educación primaria, 15% a la secundaria, menos de 1% a la superior y 30% son analfabetas.

La tasa global de fecundidad bajó de 4,0 hijos por mujer en el período 1985–1990 a 3,3 en 1994–1999, según la Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil 1999. El descenso se relaciona con el aumento de escolaridad en las mujeres, su creciente incorporación al mercado de trabajo y la migración de zonas rurales a urbanas con mayor acceso a servicios de salud. Sin embargo, la tasa general oculta importantes variaciones por áreas, etnias y niveles de instrucción; es más alta en las mujeres de áreas rurales (4,4 hijos por mujer, aunque en el área rural de Morona Santiago, en la Amazonia, alcanzó 8,1) que en las de urbanas (2,6), y en mujeres sin escolaridad (5,5) que en las que han cursado educación superior (2,0). Los grupos indígenas y negros mantuvieron alta fecundidad entre 1995 y 1999; en provincias predominantemente indígenas de la Sierra, como Cotopaxi y Bolívar, la tasa fue 4,7 hijos por mujer, y en las de la Costa con población negra, como Esmeraldas, fue 4,6.

La tasa de natalidad corregida por nacimientos inscritos tardíamente descendió de 26 por 1.000 habitantes en 1990 a 23 en 1998, una disminución de 12%. Para el período 1995–2000 se estimaba una esperanza de vida de 69,9 años para la población general (67,3 años para los hombres y 73,5 años para las mujeres), lo que representa un aumento de un año con respecto a los valores del período 1990–1995.

Mortalidad y morbilidad

La última estimación disponible indica que en 1995 hubo un subregistro de 25% en la mortalidad general, mayor en los hombres (26%) que en las mujeres (23%). El subregistro de la morta-

lidad materna para el período 1988–1994 se estimó en 26% y el subregistro de la mortalidad infantil fue 33% en el período 1994–1999.

La mortalidad general en 1999 se estimó en 5,9 por 1.000 habitantes (6,8 en hombres y 4,9 en mujeres). Las defunciones con certificación médica representaron 87% de las muertes registradas en 1999, un aumento de 2,3 puntos respecto a 1995; el valor mayor se dio en la región de la Costa (89%) y el menor en la Amazonia (63%), en relación directa con la distribución del personal médico. Las defunciones debidas a signos y síntomas mal definidos aumentaron ligeramente: 14% del total en 1999 frente a 13% en 1995.

Las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar en la estructura de mortalidad de la población ecuatoriana. Entre 1995 y 1999 la tasa de mortalidad por estas causas, ajustada por subregistro y por síntomas y signos mal definidos, aumentó 31,5% (de 117,7 a 154,8 por 100.000 habitantes). En contraste, la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles se redujo 26,3% (de 108,1 a 79,7 por 100.000 habitantes) en el mismo período y pasó del segundo lugar como causa de muerte en 1995 al cuarto lugar en 1999.

En 1999, el riesgo de los hombres ecuatorianos de morir por alguna causa externa fue 4,4 veces mayor que el de las mujeres (132,4/30,3 por 100.000). Se observan diferencias de género menos marcadas en el riesgo de morir por enfermedades transmisibles (33,6% de exceso de riesgo en hombres; 91,1/68,2 por 100.000) y del sistema circulatorio (16,2% de exceso de riesgo en hombres; 166,1/143,0 por 100.000) (figura 3). Las enfermedades del sistema circulatorio tienen las mayores tasas de mortalidad en los grupos de 50 y más años de edad, mientras que las transmisibles afectan principalmente a los niños y ancianos.

En el perfil epidemiológico coexisten enfermedades infecciosas y crónicas junto con violencia, accidentes de transporte y problemas de salud mental. Entre las enfermedades de notificación obligatoria, las infecciones respiratorias agudas fueron la primera causa de consulta en 2000, con 697.524 casos, prácticamente tres veces más que las enfermedades diarreicas (225.734 casos). Los principales factores de riesgo para la salud se relacionan con el hacinamiento en las viviendas, la mala calidad del agua, la contaminación ambiental, las deficiencias nutricionales y el incremento de la violencia general e intrafamiliar, así como de la inseguridad ciudadana.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

La mortalidad infantil se estimó en 30 por 1.000 nacidos vivos para el período 1994–1999, lo que representa una disminución de 25% con respecto al valor estimado para 1989–1994 (44 por

1.000); la variación entre las áreas urbana y rural es de 22 por 1.000 a 40 por 1.000, respectivamente, y entre la Sierra y la Costa, 39 y 28. Las inequidades entre provincias de menor y mayor población se reflejan en un coeficiente de Gini de 0,22 para la mortalidad infantil (figura 4). El componente neonatal en la tasa nacional equivale a 63% de la mortalidad infantil; sin embargo, en los hijos de madres con instrucción superior, cuyas tasas de mortalidad infantil son bajas, este componente llega a 82%, mientras que en las madres sin instrucción y con altas tasas de mortalidad infantil, el componente neonatal es de 45%; las muertes posneonatales se deben principalmente a causas infecciosas o nutricionales (figura 5).

La mortalidad registrada en 1999 se corrigió por subregistro y por causas mal definidas. Así, las principales causas de mortalidad infantil por grandes grupos fueron las afecciones originadas en el período perinatal, que representaron 49% de las muertes corregidas, y las enfermedades transmisibles (26%).

La mortalidad para el grupo de 1 a 4 años de edad en 1999 fue de 354 por 100.000, con 382 en niños y 325 en niñas; 47% de las muertes correspondió al grupo de enfermedades transmisibles, con un importante componente de infecciones respiratorias agudas (21%) y enfermedades infecciosas intestinales (16%); 8,3% de las muertes se debió a deficiencias nutricionales y anemias. Según la Encuesta de Condiciones de Vida de 1998, las infecciones respiratorias en el mes anterior a la entrevista afectaron a 45% de los menores de 5 años y la enfermedad diarreica aguda, a 25%. La desnutrición crónica (–2DE) fue 26% y la desnutrición global, 14%, según estudios basados en datos de 1998.

Las principales redes de cuidado de los niños menores de 5 años antes de su ingreso al sistema educativo formal son el Instituto Nacional del Niño y la Familia, la Operación Rescate Infantil, del Ministerio de Bienestar Social, y el Programa Nacional de Educación Preescolar, del Ministerio de Educación. Las redes están dando respuestas especiales en el campo de la estimulación temprana y el desarrollo psicológico, motor y social.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

En 1999, la tasa de mortalidad de los niños de 5 a 9 años es de 92,1 por 100.000. Al considerar los grandes grupos de causas, las externas constituyen las más importantes ya que representaron 31% de las 1.312 muertes estimadas; el grupo de las enfermedades infecciosas representó 24%; las neoplasias malignas, 11%, y las enfermedades del sistema circulatorio, 5,9%. La marginación y las inequidades se evidencian en la población escolar: 12% de niños y adolescentes de entre 8 y 17 años trabajan y no estudian y 5,3% adicional trabajan y estudian.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

La tasa de mortalidad estimada en 1999 en los adolescentes menores fue 688 por 100.000 en varones y 532 en mujeres; en los adolescentes mayores, 1.032 y 635, respectivamente. Las causas

externas constituyeron la primera causa de muerte, con tasas estimadas en 340 por 100.000 en el subgrupo de 10–14 años y 634 por 100.000 en los adolescentes de 15–19 años; hubo un franco predominio de defunciones por estas causas en la población masculina: 613 por 100.000, principalmente por accidentes de tránsito, y 224 por 100.000 en las mujeres, en quienes predominan los suicidios.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil–1999, 25% de las mujeres entre 15 a 19 años eran sexualmente activas, con un promedio de 16,6 años de edad al momento de su primera experiencia, en relación inversa con el nivel de escolaridad; solo 11% de ellas usaba anticonceptivos. Se estima que 20% ha estado alguna vez embarazada y que tres de cada cuatro embarazos terminaron en aborto; la tasa de nacimientos fue de 91 por 1.000 adolescentes de este grupo y representa 14% de la fecundidad total. El 18% de partos atendidos en el país son en mujeres menores de 20 años y entre 19% y 24% de los partos en hospitales estatales corresponde a menores de 19 años. Las principales causas de egreso hospitalario son complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En 1998, hubo 5 muertes por causas obstétricas en adolescentes de 10 a 14 años y 52 en el de 15 a 19 años.

Las infecciones de transmisión sexual y el SIDA afectan a la población joven del país, aunque no se conoce su magnitud real; 9% de seropositivos y 2,6% de casos de SIDA en el año 2000 correspondieron a este grupo de edad. Otro problema relevante en la adolescencia es el consumo de sustancias; la prevalencia de uso de drogas ilícitas (estupefacientes) en el año 2000 alcanzó 6% en el ámbito nacional, en tanto que la prevalencia de uso de drogas lícitas (tabaco y alcohol) en la década de 1990 llegó a 14%, prevalencia similar a la de finales de los años ochenta (15%), sin diferencias importantes por sexo. Asimismo, 43% de los adolescentes han fumado al menos una vez en su vida y 29% han ingerido algún tipo de bebida alcohólica; 10% de adolescentes se habían embriagado antes de los 10 años y 30% antes de los 15 años, sin diferencias significativas por sexo.

La salud de la población adulta (20–59 años)

Las causas externas predominaron en el grupo de 20 a 49 años, con 5.486 fallecimientos que representaron 35% de las muertes ocurridas en ese grupo y 25% de las muertes de adultos; en los hombres adultos, 47% del total de muertes fue por causas externas. En el grupo de 50 a 59 años las neoplasias tuvieron preponderancia con 1.449 defunciones y constituyeron 43% de las muertes por esta causa entre los adultos. Las neoplasias fueron más frecuentes en las mujeres (60%), en quienes hubo 119 fallecimientos por tumor maligno de estómago, 106 por cáncer mamario y 192 por cáncer cervicouterino. La diabetes mellitus fue más frecuente en el grupo de 50 a 59 años que en los de menor edad; hubo 549 defunciones, que representan 59% de las muertes por esta causa en adultos. La enfermedad isquémica del corazón también fue más frecuente en el grupo de 50 a 59 años que en los

adultos menores, con una tasa cinco veces más alta (55 por 100.000 habitantes); en los hombres se presentó más (75% del total) que en las mujeres. La enfermedad cerebrovascular alcanzó entre los adultos de 50 a 59 años una tasa de 67 por 100.000 habitantes, cinco veces mayor que la del grupo de 20 a 49 años.

Las cinco primeras causas de muerte entre las mujeres adultas fueron neoplasias en general, enfermedades transmisibles, causas externas, enfermedades cerebrovasculares y diabetes mellitus; entre los hombres, causas externas, enfermedades transmisibles, neoplasias, cirrosis y enfermedad isquémica del corazón.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado significativamente desde principios de los años noventa en el grupo de personas adultas de 20 a 59 años y en 1999 alcanzó 66%, con predominio de las mujeres; el aumento fue notable en el área rural y en el grupo de mujeres sin instrucción. El método más usado fue la esterilización femenina (23%), seguido por la píldora (11%) y el DIU (10%), aunque hubo un repunte de los métodos naturales como el ritmo (7,7%) y el *coitus interruptus* (6,3%); la prevalencia de uso de los anticonceptivos inyectables fue 3,7%, lo que representa un incremento de casi siete veces respecto a 1994, y la del condón fue de solo 2,7%, a pesar de que se recomienda para prevenir enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

En 1999, 81% de las embarazadas tuvieron al menos un control prenatal; las instituciones públicas de salud en total proporcionaron 68% de las consultas de control, de las cuales el Ministerio de Salud Pública concentró 56%. La cobertura de control prenatal es más alta en los sectores urbanos (89%) que en los rurales (72%), con un promedio de 2,6 consultas por embarazada; solo 43% de las mujeres que tuvieron control prenatal alcanzaron el mínimo de cinco consultas y 23% llegó a nueve o más. La cobertura institucional de parto fue de 69%, sensiblemente más alta en el área urbana (86%) que en la rural (49%); 29% de los partos fueron atendidos por parteras, familiares o las propias embarazadas, de manera más crítica en las áreas rurales de los sectores indígenas. Aunque se ha incrementado el control del puerperio, alcanzó únicamente a 36% del total de las parturientas, con un promedio nacional de 1,4 controles por mujer; en el área rural solo 20% de las mujeres que tuvieron un parto recibieron ese control.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Los adultos mayores constituyen un grupo en situación de marginalidad en el país; tienen acceso parcial a los servicios básicos de salud y los de servicios de geriatría y gerontología son muy incipientes. La mayoría no disfruta de los beneficios de jubilación y quienes tienen derecho perciben ingresos muy inferiores a los necesarios para acceder a la canasta básica. La situación de los adultos mayores en las áreas rurales parece ser mejor que en las urbanas, ya que los ancianos continúan ligados a labores productivas y a un papel tradicionalmente privilegiado dentro de la familia.

En 1999 las cinco primeras causas de muerte entre los adultos mayores fueron las neoplasias con 5.810 defunciones (tasa de 685 por 100.000 habitantes); las enfermedades transmisibles, en especial respiratorias agudas y crónicas, con 3.143 fallecimientos (371 por 100.000); la insuficiencia cardíaca con 3.091 muertes (364,6 por 100.000); las enfermedades cerebrovasculares con 2.675 (316 por 100.000), y la enfermedad isquémica del corazón con 2.433 (287 por 100.000). Entre las mujeres predominaron las neoplasias, insuficiencia cardíaca, enfermedades transmisibles, enfermedades cerebrovasculares y diabetes mellitus; entre los hombres, neoplasias, enfermedades transmisibles, enfermedad isquémica del corazón y enfermedades cerebrovasculares.

La salud de la familia

La migración es un fenómeno social que puede ocasionar daños en la estructura de las familias, aumento de los niños que trabajan a temprana edad y de los que sobreviven en la calle. Más de 80% de los migrantes son jóvenes, entre 10 y 39 años, y 53% son mujeres.

La violencia doméstica ha sido objeto de mayor atención por la existencia de instrumentos legales como la Ley Contra la Violencia a las Mujeres y las Familias, y de entidades de amparo creadas por el Estado, los municipios y la sociedad civil, incluyendo organizaciones no gubernamentales. En la evaluación del Consejo Nacional de las Mujeres realizada en 1999 se estimó que a nivel nacional 68% de las mujeres han sufrido alguna forma de violencia intrafamiliar, incluyendo 8% de violencia sexual. Asimismo, 75% de las mujeres agredidas que presentaron denuncias (18.446 en 1995 y 30.551 en 1998) tenían entre 25 y 39 años; 45% estaban casadas y en 76% de los casos la agresión provino de la pareja.

La salud de los trabajadores

El número anual de defunciones por accidentes ocupacionales disminuyó a principios de los años noventa en comparación con la década anterior, de acuerdo con información del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS); sin embargo, se incrementaron las incapacidades temporales y permanentes. Entre 1996 y 1998 la mortalidad aumentó de 155 fallecimientos a 185 y de 273 casos de incapacidad temporal a 324; los casos de incapacidad permanente se mantuvieron en 214 entre esos años. Las principales causas que el IESS atribuye a los accidentes de trabajo son: condición material insegura, 21%; acto inseguro, 64%; condición y acto inseguro, 15%. Solo 22% de los trabajadores que lo requieren utilizan casco; 22%, cinturón de seguridad; 42%, protección de las manos y 13%, de pies. Los accidentes ocupacionales de la población sin afiliación al IESS, notificados por el Ministerio de Salud Pública, aumentaron de 4.804 en 1997 a 6.005 en 2000.

Las enfermedades ocupacionales se identifican y registran poco; en 1997 el IESS calificó 49 casos como enfermedades profesionales; las más frecuentes fueron las relacionadas con el

ruido y el polvo; también hubo cuadros de alergia, asma e intoxicaciones. En varios estudios se han encontrado enfermedades tales como hipoacusia neuro-sensorial en 52% de los trabajadores expuestos a ruido en una industria textil; exposición al plomo en trabajadores de la industria metalmeccánica; presencia de cromo en orina en 68% de trabajadores y níquel en 49% de trabajadores de empresas de galvanoplastia; exposición a solventes orgánicos en una refinería con elevada presencia de contaminación por benceno, tolueno, xileno y n-hexano. Una investigación auspiciada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1995 sobre la salud ocupacional de los niños trabajadores demostró una elevada exposición a solventes orgánicos, plaguicidas organofosforados y carbamatos, mercurio y plomo en actividades de limpiabotas, fruticultura, minería del oro y producción de tejas.

La salud de los discapacitados

Un estudio de prevalencia realizado entre 1994 y 1996 (ESADE, Universidad Central/CONADIS) indica que 49% de la población sufre algún grado de deficiencia, incluyendo problemas de agudeza visual, 13%, algún tipo de discapacidad y 4,4% tiene minusvalía; las minusvalías predominan en la zona urbana (2,8%) en comparación con la rural (1,6%). Según el mismo estudio, en los menores de 5 años predominan las deficiencias relacionadas con el desarrollo psicológico (36%), después las del lenguaje (20%) y las musculoesqueléticas (16%). En los mayores de 5 años las deficiencias más frecuentes son de la locomoción (27%), la comunicación (26%) y el comportamiento (19%); las secuelas de enfermedades, especialmente las infecciones, originan 47% de las discapacidades. Las personas con discapacidad constituyen otro de los grupos sociales marginados, pues sus índices de alfabetismo, ocupación laboral, generación de ingresos, capacitación, seguridad social y acceso a servicios de salud son inferiores a los de la población general, según la fuente antes citada.

La salud de los indígenas y de otros grupos especiales

La tasa de mortalidad infantil estimada para 1999 en Cotopaxi y Chimborazo, dos de las provincias con mayor concentración de población indígena pobre, alcanzó 62 y 55 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, mientras que la tasa nacional fue de 30 por 1.000 nacidos vivos. La desnutrición en niños de cantones de población indígena es 1,7 veces más alta que el promedio nacional (Encuesta de Condiciones de Vida 1998) y esta diferencia se agranda cuando las madres tienen menor escolaridad.

La tasa de mortalidad materna registrada a nivel nacional fue 55,4 por 100.000 nacidos vivos en 1998, pero en Napo y Morona Santiago, otras dos provincias con predominio de población indígena en la Amazonia, fue tres veces mayor (163,0) y aún más alta en Esmeraldas, donde está la mayor concentración de población de origen africano (175,0). La cobertura de agua potable en

áreas indígenas está 22% por debajo del promedio nacional y la de saneamiento básico es 33% menor.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales y tecnológicos

En 1996 ocurrió un terremoto en Cotopaxi y en 1998 uno en Bahía de Caraquez, este último con un saldo de tres muertos, 69 heridos, 2.909 afectados, 1.240 damnificados y 60% de las edificaciones con algún tipo de daño. Los daños ocasionados en 1997 se estiman en 2.869 millones de dólares, 17% del PIB. Ese año hubo sequía en la Provincia de Loja; el Fenómeno de El Niño se presentó en 1997 y 1998 (el de mayor magnitud del presente siglo); el volcán Tungurahua experimentó gran actividad desde octubre de 1997, provocando la evacuación de 25.000 habitantes entre octubre de 1999 y mayo de 2000, y la erupción del volcán el Pichincha en octubre de 1999 provocó la caída de 1.131.000 toneladas de ceniza sobre Quito. Ocurrieron accidentes aéreos en Manta y Quito y hubo rupturas del oleoducto en un sector de la ciudad de Esmeraldas en 1998 (que provocó 17 muertos, 30 quemados y 200 casas incendiadas) y en dos secciones de Sucumbíos en 2000, también con víctimas humanas.

Enfermedades transmitidas por vectores

El área de riesgo para la malaria consta de 133 cantones en 18 provincias, con una población en riesgo estimada en 6.648.338 habitantes. En 1996 se examinaron 161.307 frotis de sangre y 421.000 en 2000. Los casos notificados aumentaron de 11.991 en 1996 a 104.598 en 2000, posiblemente como consecuencia de las inundaciones y la movilización de personas por el El Niño; la provincia de Manabí tuvo la mayor concentración de casos en 2000, 23% del total. En 1997 Esmeraldas había registrado 30% del total de casos del país, pero este valor disminuyó a 14% en 2000 por la estratificación de la malaria y el establecimiento de áreas prioritarias en la provincia. La incidencia parasitaria anual (IPA) aumentó de 6,8 por 1.000 habitantes bajo vigilancia en 1998 a 14 en 2000; la provincia de Guayas presentó el IPA más bajo (4,3) y Esmeraldas el más alto (32). En 1994 hubo aproximadamente 10.000 casos por *Plasmodium falciparum* y 67 muertes, mientras que en 1999 hubo casi 50.000 casos y solo 16 muertes.

En el país solo circulaban los serotipos de dengue 1, 2 y 4 y se introdujo el dengue-3; además, hay altos índices de *Aedes aegypti* en varias provincias de la Costa. De los casi 13.000 casos sospechosos y confirmados notificados en 1996, bajó a menos de 6.000 casos anuales entre 1997 y 1999; en el año 2000 hubo más de 22.958; en 2000, 80% de los casos sospechosos de dengue en el país ocurrieron en la Provincia de Guayas. En las semanas epidemiológicas 11 a 20 de 2000 hubo una epidemia de dengue en Guayaquil, con algunos cuadros sugestivos de fiebre hemorrágica.

Durante 1997 se notificaron 31 casos de fiebre amarilla en la región amazónica del país; una investigación entre personas

vacunadas en dicha zona reveló que todas habían tenido seroconversión. Se ejecutó la vacunación en las provincias donde la enfermedad solía ser endémica; a partir de 1999 el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) introdujo la vacunación anti-mariólica en forma regular. En 2000 se aplicaron 30.770 dosis de esta vacuna a personas de todas las edades en la Amazonia. La incidencia se redujo de cuatro casos en 1998 a dos en 2000. Existen 161 localidades distribuidas en nueve provincias en alto riesgo de urbanización de la enfermedad. Las provincias Manabí, Guayas, Esmeraldas y El Oro están en mayor riesgo de transmisión por tener altos índices de *Aedes aegypti*. Los casos de fiebre amarilla selvática son esporádicos.

Con respecto a la enfermedad de Chagas, los principales focos de transmisión del *Trypanosoma cruzi* se localizan en las provincias del Guayas, El Oro, Los Ríos y Manabí, en la Costa; también en algunos valles templados de las provincias interandinas de Loja, Azuay, Bolívar y Cotopaxi. Según distintos estudios se estima que entre 18% y 32% de la población del país vive en zonas con riesgo de transmisión vectorial. Los últimos estudios sero-epidemiológicos, a fines de la década de los noventa, dieron una prevalencia de 1,7% en la Costa (98.600 casos), 0,3% en la Sierra (16.500) y 1% en la Amazonia (5.000), con un total de 119,600 infectados.

Enfermedades prevenibles por vacunación

El esquema de vacunación incluye BCG (tuberculosis) al nacer; DPT (difteria, tos ferina y tétanos) y OPV (oral de poliomielitis) simultáneamente a los 2, 4 y 6 meses de edad; SRP (sarampión, rubéola y parotiditis) al año de edad; refuerzos de DPT y OPV entre 1 y 4 años, y DT (difteria y tétanos pediátrica) en segundo y séptimo grados de educación básica. En la región amazónica también se aplica la vacuna VHB (antihepatitis B) al nacer y a los 2 y 6 meses de edad, y la anti-mariólica junto con la SRP. Las mujeres embarazadas en todo el país reciben dos dosis de dT (difteria y tétanos para adultos) en el primer embarazo y luego un refuerzo en los siguientes embarazos, pero en las zonas de alto riesgo todas las mujeres en edad fértil reciben primero dos dosis de Td, con un intervalo de uno a dos meses, seguidas de la tercera dosis seis meses después de la segunda, la cuarta un año más tarde y la quinta dosis al año siguiente.

La población de cualquier edad susceptible a la fiebre amarilla, residente, migrante o viajera en la Amazonia recibe cada 10 años una dosis de la vacuna contra esa enfermedad. En 1999 se incorporó la vacuna anti-mariólica en el esquema básico de vacunación de los niños de un año; las coberturas son muy variables entre las provincias amazónicas y entre los diferentes grupos de edad, con un promedio de 26% para 2000.

Ante la evidencia de muertes por hepatitis delta y la alta prevalencia de hepatitis B en comunidades indígenas de la Amazonia, en 1999 se introdujo la vacuna VHB para los menores de 1 año en esa región. La cobertura fue de 40% en 2000. Un estudio reciente de marcadores de la hepatitis B en escolares y mujeres

lactantes o gestantes reveló una prevalencia de 3,6% de portadores de antígeno de superficie y de 16% de infección total.

En 1990 ocurrió el último caso de poliomielitis y durante el trienio 1998–2000 se mantuvieron buenos indicadores de vigilancia epidemiológica de la parálisis flácida aguda. Las coberturas más altas de vacunación de los menores de 1 año con OPV se alcanzaron en los años 1996 y 1998; en 2000 la cobertura con la tercera dosis fue de 83%.

Desde 1997 se ha logrado mantener al país libre de casos de sarampión; en 1998, la cobertura de vacunación contra el sarampión fue mayor de 95%. Desde finales de 1998 se ha extendido una epidemia de rubéola a todas las provincias; entre 36% y 44% de los casos de enfermedad febril eruptiva no vesicular corresponden a esta enfermedad, con las mayores tasas de ataque en los menores de 1 año, escolares y preescolares, en orden descendente.

La incidencia de tétanos descendió de 24 casos en 1998 a solo 6 en 2000. La cobertura con dos dosis de TT/Td aumentó de 12% en el trienio 1988–1990 a 58% en el trienio 1998–2000 (figura 6).

La epidemia de difteria en 1994 y 1995 motivó el establecimiento de medidas de control, el incremento de las coberturas con DPT en menores de 5 años y el empleo creciente de DT en escolares y Td en mujeres en edad fértil, lo cual explica la casi desaparición de la enfermedad. La cobertura con la tercera dosis de DPT fue 89% en 2000.

Los brotes de tos ferina en 2000 y años anteriores se presentaron principalmente en menores de 5 años sin esquema completo de vacunación, en comunidades indígenas rurales de difícil acceso. Desde el tercer trimestre de 1999, los brotes en la región Costa han afectado a más de 80 menores de 6 meses, 60 de ellos menores de 3 meses.

En 1999 el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical (INH), la Dirección Provincial del Guayas y dos hospitales centinela de Guayaquil iniciaron la vigilancia epidemiológica de las meningitis bacterianas en niños menores de 5 años. La información del primer año de funcionamiento revela el predominio de *Haemophilus influenzae*, seguida de *Streptococcus pneumoniae* y, con menor frecuencia, *Neisseria meningitidis*. El laboratorio de referencia del INH identificó el meningococo tipo C como causante de un brote de meningitis que se presentó en la penitenciaría de Guayaquil entre octubre y noviembre de 2000; hubo nueve casos y una letalidad de 44%; se aislaron cinco cepas (cuatro de meningococo C y una de W-135).

Enfermedades infecciosas intestinales

Las enfermedades diarreicas mantuvieron una tendencia estable: 199.352 casos en 1996 y 225.734 en 2000; de estos últimos, se presentaron 52% en la Costa; 40% en la Sierra; 8,4% en la Amazonia, y 0,2% en la región insular. Según encuestas realizadas en 1999, 20% de los menores de 5 años tuvieron un episodio de diarrea en las dos semanas anteriores a la entrevista. La incidencia de fiebre tifoidea aumentó de 6.800 casos en 1996 a 12.904

en 2000, año en que 90% de los casos correspondieron a la Costa; 5,7%, a la Sierra y 4,4%, a la Amazonia; en la región insular se notificaron solo dos casos. La incidencia de intoxicación alimentaria aumentó de 7.000 casos en 1996 a 8.774 en 2000. Los casos de cólera fueron 1.060 en 1996; 65 en 1997; 3.755 en 1998; 171 en 1999, y 39 casos en 2000; durante 2000, los casos se distribuyeron en tres provincias de la Costa y en una de la Sierra.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 1997 se registraron 7.214 casos de tuberculosis pulmonar; 4.900 en 1998; 4.300 en 1999, y 5.064 casos en 2000. Las mayores tasas de incidencia en 2000 fueron en la Amazonia, en las provincias de Orellana (588 casos por 100.000 habitantes), Napo (174) y Sucumbios (169); en la región Sierra hubo 61 casos por 100.000 habitantes en Bolívar, 44 en Cañar y 35 en Cotopaxi; en la Costa, se presentaron 62 casos por 100.000 en El Oro y 61 en Guayas, y la incidencia en las Galápagos fue 70 por 100.000. El porcentaje de casos de tuberculosis con baciloscopia positiva (BK+) detectados y tratados en relación con el número esperado fue de 62% en 1998, 45% en 1999 y 57% en 2000.

La lepra está distribuida en las zonas de clima tropical y subtropical; en 1996 se notificaron 151 casos nuevos; 129 en 1997; 138 en 1998; 165 en 1999, y 194 en 2000; la provincia de Guayas concentra 58% de los casos registrados.

Infecciones respiratorias agudas

En 1996 se atendieron en la consulta externa 599.549 casos de todas las edades, cifra que aumentó a 697.524 en 2000; 40% del total en 2000 correspondió a la Sierra; 50%, a la Costa, y 10%, a la Amazonia; no se notificaron casos en la región insular. Según encuestas de 1999, 57% de los niños menores de 5 años tuvieron un episodio de infección respiratoria aguda en las dos últimas semanas anteriores a la entrevista; la región Amazónica fue la de mayor prevalencia en niños (65%) y la de menor fue la Costa (54%).

Zoonosis

Desde que en 1996 se registraron 65 casos de rabia humana y 1.175 casos de rabia canina, la tendencia de estas zoonosis ha sido decreciente, como resultado del Programa de Eliminación de la Rabia Urbana iniciado ese año. En 2000 se registraron 3 casos de rabia en humanos y 82 en perros; la provincia de Azuay concentra 67% de los casos de rabia canina del país.

La peste se ha mantenido focalizada en la provincia de Chimborazo, en el centro de la Sierra; después de 12 años sin casos, en 1998 se presentaron 13 casos y 8 en 1999, en comunidades indígenas de esa provincia.

La teniasis se presentó en 21 de las 22 provincias entre 1995 y 1999; de 409 casos notificados en 1995, bajó a 320 casos en 2000. La mayor incidencia en 2000 fue en las provincias de Esmeraldas (12 por 100.000), El Oro (8 por 100.000) y Azuay (7 por 100.000). Los casos de cisticercosis fueron 224 en 2000; la mayor

incidencia se dio en Sucumbíos, 13 por 100.000 y Loja, 8 por 100.000.

En 1998 se confirmó un brote de leptospirosis; entre enero y marzo se notificaron aproximadamente 160 casos sospechosos en la Provincia de Guayas, con una letalidad estimada en 10%. El brote se asoció con las fuertes lluvias e inundaciones, debido a una mayor exposición a las leptospiras por contacto con animales portadores y por la reducción del suministro de agua potable y la disposición higiénica de desperdicios.

VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual

De 1984 a 2000 se notificaron 1.561 casos de SIDA y 1.559 portadores de VIH. De 1996 a 2000 la tendencia fue creciente (figura 7); en 2000 se registraron 315 casos de SIDA y 348 casos de portadores de VIH. En 10 de las 22 provincias del país hubo casos; la mayoría se presentaron en Guayas (83%), seguida de Pichincha (5%), Azuay (2,5%), El Oro y Manabí (2%), Cañar y Chimborazo (1,5%), y Loja 0,9%. Veinte por ciento de los casos eran mujeres; 64% pertenecía al grupo entre 20 y 39 años de edad, y 1,5% a menores de 9 años; 62% eran heterosexuales, 33% homosexuales y 5% bisexuales. Fallecieron 4% de los casos.

La tasa de incidencia de gonorrea en 1999 fue 46 por 100.000 y el mayor número de casos se presentó en la región amazónica, 116 por 100.000. La sífilis congénita tuvo una tasa de 1,4 por 100.000; la sífilis primaria-secundaria, 16 por 100.000. La tasa de herpes genital fue 14 por 100.000 y la de hepatitis B, 5 por 100.000.

La cobertura de tamizaje serológico obligatorio de la sangre donada en 2000 alcanzó 100% para VIH-1, VIH-2, hepatitis B y sífilis; 99,6% para hepatitis C y 91,5% para el agente de la enfermedad de Chagas. La prevalencia de serología reactiva por cada 10.000 unidades para los marcadores de infección fue de 20 reactivos para VIH-1 y 2; 21 para hepatitis B; 86 para sífilis; 58 para hepatitis C, y 10 para la enfermedad de Chagas.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La encuesta ENDEMAIN-99 encontró 16,1% de bajo peso al nacer para el período 1994–1999; 3,3% de los nacidos vivos presentaron peso bajo y prematuridad. La incidencia de bajo peso es más alta en el área rural (19%) que en la urbana y fue más elevada en la Sierra (20%) que en la Costa (13%).

Las mortalidad por deficiencias nutricionales se estimó en 11 por 100.000 habitantes en 1999; en los menores de 1 año la tasa fue 161 por 100.000. Comparando los resultados de la Encuesta de Diagnóstico de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la población ecuatoriana menor de 5 años de 1988 y la Encuesta de Condiciones de Vida de 1998, con un punto de corte de -2 DE respecto a la mediana, se observa una mejora moderada en la situación nutricional de los menores de 5 años. La prevalencia de desnutrición crónica descendió de 34% en 1986 a 26% en 1998. La desnutrición aguda aumentó de 1,7% a 2,4%. Estudios realizados en 1997 por el Ministerio de Salud Pública en

una muestra nacional informaron que la anemia en hombres alcanza 47% y en mujeres, 55%. Por grupos de edad, los más altos porcentajes se encontraron en los niños menores de 1 año (65%), de 1 a 2 años (75%) y entre 2 y 3 años (67%). En el grupo de 6 a 15 años se observó 56% de personas con anemia. Las mujeres embarazadas presentaron 60% de anemia y las madres no-ridas, 57%.

Un estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública en 1996 en las parroquias pobres encontró una prevalencia de deficiencia de retinol (menos de 20 μ g/dl) de 17% en niños de 12 a 36 meses de edad. La deficiencia mayor se observó en las parroquias de la Sierra, con 22,1%. Entre los niños con anemia, 24% presentó niveles bajos de retinol. El problema de la deficiencia de retinol ha sido catalogado como moderado y subclínico, y focalizado en parroquias de pobreza crítica.

El sistema de vigilancia de los trastornos por deficiencia de yodo informó en 2000 92,3% con niveles superiores a 15 ppm. La investigación del consumo de sal en la población encontró que 96,3% consumen sal yodada. La mediana de yoduria fue de 240,9 μ g/l. Las ultrasonografías realizadas en escolares ese año resultaron normales.

Según la ENDEMAIN-99, 97% de los nacidos vivos recibieron lactancia materna al menos alguna vez; 27%, en la primera hora después del nacimiento y 71%, en el primer día. El promedio para cualquier tipo de lactancia es de 15,5 meses, pero para la lactancia exclusiva es solamente de 2,2 meses; es mayor en el área rural y en las mujeres con menor escolaridad. Un informe del Ministerio de Salud Pública señala que la duración promedio de la lactancia natural es de 9,1 meses y la prevalencia de la lactancia exclusiva es de 29%.

La diabetes mellitus tuvo en 1999 una tasa de mortalidad estimada en 27,0 por 100.000 habitantes y fue mayor en mujeres que en hombres. Datos de 1995 muestran que 19% de los escolares de Quito eran obesos y 22% presentaban dislipidemias mixtas.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cerebrovasculares tuvieron en 1999 una tasa estimada en 36 por 100.000 habitantes (la registrada en 1995 fue 32); la tasa estimada de la enfermedad isquémica fue 31 (13 en 1995) y la de la enfermedad hipertensiva, 23 (19 en 1995). En 1999, la enfermedad cerebrovascular ocasionó 34 muertes por 100.000 en las mujeres, la enfermedad isquémica del corazón, 23 y las enfermedades hipertensivas, 23; en los hombres las muertes por enfermedades cerebrovasculares se estimaron en 37 por 100.000, por enfermedad isquémica del corazón, 38 y por enfermedades hipertensivas, 23.

Neoplasias malignas

Según los datos de mortalidad de 1999, las neoplasias malignas acumuladas constituyeron la segunda causa general de muerte, la segunda en el grupo de adultos y la primera en el

grupo de adultos mayores. Las neoplasias malignas de estómago son las más frecuentes en la población general, con una tasa estimada en 18 por 100.000 habitantes; después siguen el tumor maligno de próstata (6,3 por 100.000 hombres) y el de tráquea, bronquios y pulmón (6,6 por 100.000 hombres y 4,2 en mujeres). En las mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello del útero fue 6,3 por 100.000 y la de cáncer de mama, 7,1 por 100.000.

Accidentes y violencia

En 1999 los accidentes de transporte tuvieron una tasa de mortalidad de 19 por 100.000 habitantes, las agresiones, 20 por 100.000 y las lesiones intencionales autoinfligidas, 6,5. En las mujeres la tasa de los accidentes de transporte fue 7,9 muertes por 100.000. En los hombres las agresiones constituyeron la primera causa de muerte, con una tasa estimada en 36 por 100.000. Entre 1997 y 2000, los casos atendidos en los servicios de salud por accidentes de transporte terrestre aumentaron de 10.000 a 12.200 y los accidentes ocupacionales, de 4.800 a 6.000 entre esos años.

De acuerdo con recientes encuestas sobre violencia contra la mujer, solo se denuncian a la policía 2% de los casos de asedio sexual infantil dentro de la familia, 6% de abuso sexual fuera de la familia y de 5% a 8% casos de asedio sexual a adultos. Con la apertura de las Comisaría de la Mujer y la Familia y la creación y aplicación de la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia, en los últimos años se ha avanzado considerablemente en el tema del abuso de la esposa. Según investigaciones realizadas por el Centro de Planificación y Estudios Sociales y la Fundación María Guare, 7 de cada 10 mujeres sufren o han sufrido algún tipo de violencia de parte de sus esposos, convivientes, ex esposos o novios.

Salud oral

Un estudio epidemiológico de salud oral realizado en 1996 en escolares de 6 a 15 años de establecimientos de enseñanza públicos, en las zonas urbana y rural, señala que a los 6 años 87% de los niños tiene 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 3,00. Se observó una reducción en comparación con los índices de 1988 (CPO-D 0,70 y 5,00 respectivamente).

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Ministerio de Salud Pública realizó una consulta nacional en 1997, en la cual se definieron cuatro funciones del Estado: rectoría, promoción de la salud, garantía de acceso equitativo a la atención y provisión descentralizada de los servicios. Asimismo, se plantearon tres niveles de acción de las políticas nacionales de salud: a) intersectorial, para impulsar acciones de promoción de la salud y participación social; b) sectorial, relacionado con el sis-

tema de salud, seguro de salud, regulación sectorial, asignación y uso de recursos, práctica médica, ciencia y tecnología y reforma legal en salud, y c) institucional: funciones esenciales de salud pública del Ministerio de Salud Pública y coordinación de la cooperación externa.

En mayo de 1998, la Asamblea Nacional Constitucional incorporó por primera vez el señalamiento expreso del derecho a la salud con una concepción integral (promoción y atención), la organización del sistema nacional de salud, el reconocimiento de las medicinas tradicional y alternativa, el papel regulador del Estado y las modalidades de financiamiento del sistema público. También reafirmó la estrategia de descentralización de la gestión pública, así como un nuevo esquema de seguridad social competitivo basado en la universalidad, la solidaridad y la eficiencia.

En lo jurídico, la descentralización se ampara en la Ley especial de descentralización del Estado y de participación social, vigente desde octubre de 1997, que establece pautas para la transferencia de competencias y recursos a los municipios y consejos provinciales, en los ámbitos social y económico.

La reforma del sector salud

Desde 1997 se llevaron a cabo aproximaciones de reforma, como los proyectos demostrativos locales con activa participación de los municipios. En 1988 el Ministerio de Salud Pública estableció la desconcentración de las funciones de planificación; la gestión provincial y local de recursos humanos; el manejo operativo del presupuesto, y el cobro de tasas por servicios de control sanitario. Se puso en marcha un estatuto de autonomía de gestión y participación social en los hospitales y centros de salud públicos, con recuperación parcial de costos sobre la base de tarifas subsidiadas según diversas categorías socioeconómicas de los usuarios. Entre 1998 y 2000 se actualizaron y ampliaron el principio de articulación funcional de las instituciones alrededor de políticas nacionales; el modelo de provisión, financiamiento y gestión descentralizada de servicios que combina equidad con eficiencia, y un plan de acción común donde cada institución desempeña una función específica.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El sector salud tiene funciones de conducción, regulación, planificación y aseguramiento, formación de recursos humanos y prestación de servicios; esta última función se realiza por medio del Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), las Fuerzas Armadas, los municipios y las instituciones privadas, ya sea con fines sociales o lucrativos. La falta de coordinación es más acentuada entre las instituciones proveedoras de servicios, que se rigen por políticas, modelos de

atención y esquemas de financiamiento diversos, con la consiguiente duplicación de inversiones.

Legislación sobre salud

Desde 1997 destacan avances en esta materia, como la inclusión en la Constitución de 1998 de un texto específico relacionado con la salud y la aprobación de la Ley de Creación del Fondo Especial para Vacunas. En relación con la salud ocupacional, el Ministerio de Trabajo promulgó en 1998 el reglamento de seguridad para la construcción y obras públicas, acogido y difundido por la Cámara de la Construcción.

En 1997 se establecieron la estructura y las funciones del Ministerio del Ambiente, con cuatro funciones principales: promoción, orientación, rectoría y supervisión de la gestión ambiental sostenible. En el período 1998–2000 se avanzó en la creación de normas constitucionales y legales para la conservación y el uso sostenible de los recursos. La expedición de la Ley de Gestión Ambiental de 1999 es un aporte para el control ambiental en todos los sectores de la producción y algunos municipios han emitido ordenanzas para el control de la contaminación industrial. El programa de control de calidad del aire es ejecutado por los diversos municipios y el programa de control del agua, por el Ministerio de Salud.

En 1998 se estableció en la legislatura la Comisión Especial de Salud y Medio Ambiente, por medio de la cual se han procesado diversas iniciativas, como la ley que regula el funcionamiento de las Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada (1998), la ley que crea el Instituto Nacional del SIDA (INSIDA, 1999), la Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamentos Genéricos de Uso Humano (2000) y las reformas al Código de la Salud vigentes desde febrero de 2001 como parte de la Ley de Inversión Social.

En marzo de 2000 se aprobó la Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamentos de Uso Humano, que establece normas para ampliar el mercado de medicamentos genéricos mediante incentivos a la producción nacional y el registro por “homologación” de los productos importados. Para los medicamentos genéricos, la Ley contempla un margen de utilidad superior al de los productos de marca; exige a los médicos del sector público que los prescriban y a las farmacias, que los ofrezcan. También establece pautas para la vigencia del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, que contiene unos 330 principios activos, y el control de calidad posregistro de todos los medicamentos, en el que participan las universidades y el sector privado.

En octubre de 2000 el Ministerio del Ambiente definió prioridades y políticas para el desarrollo sostenible en tres ámbitos: conservación y aprovechamiento del capital natural para una producción ecológicamente sostenible; control y mejoramiento de la calidad ambiental en los centros urbanos y en las áreas rurales, e intervención inmediata en ecosistemas frágiles y amenazados.

Grado de separación institucional

Si bien la reforma del sector salud y la propuesta del sistema nacional de salud se basan en la división de funciones, aún no se ha formulado una política nacional en esta materia. La experiencia piloto del Proyecto de Modernización de Servicios de Salud (MODERSA) plantea la compra de servicios a una red plural local, sobre la base de un plan de prestaciones costeadas; este planteamiento también consta en las propuestas de reforma de la Seguridad Social. El Ministerio de Salud Pública, por la Ley de Maternidad Gratuita, ha aplicado el criterio de fondos locales para reembolsar los gastos de servicios que prestan sus propias unidades de atención, como un principio de separación de la función de financiamiento y la de provisión de servicios, en un intento de cambiar el subsidio exclusivo a la oferta por un progresivo subsidio a la demanda. En suma, la separación de funciones tiene escaso desarrollo, aunque constituye la tendencia principal de las propuestas de reforma sectorial e institucional.

Grado de segmentación de la población por tipo de institución

La población que tiene acceso al conjunto de prestadores institucionales públicos y privados es 79,5%: 30% de la población (principalmente de los estratos más pobres) utiliza los servicios del Ministerio de Salud Pública; 22% (generalmente población urbana y con recursos económicos), el sector privado; 10%, el IESS; 9%, el Seguro Social Campesino (SSC); 4%, la Junta de Beneficencia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha contra el Cáncer; 3%, las Fuerzas Armadas y Policía, y 1,5%, otros servicios públicos. El resto no está cubierto por razones económicas o barreras sociales y culturales; se estima que la mayor parte de la población excluida de los servicios institucionales es indígena, que utiliza recursos caseros o servicios de medicina tradicional.

Grado de descentralización de los servicios de salud

La gestión de recursos humanos se ha desconcentrado a las provincias; la financiera y presupuestaria, a las áreas y hospitales del Ministerio de Salud Pública. El IESS ha iniciado un plan de modernización y desconcentración para el manejo del aseguramiento y financiamiento a nivel de las estructuras regionales y planea crear mecanismos de compra de servicios y pago per cápita.

La Ley de Descentralización, vigente desde octubre de 1997, aún no ha sido debidamente reglamentada en el campo sanitario, aunque el Consejo Cantonal de Salud ha llevado a cabo experiencias de aplicación. Desde 1998 el Ministerio de Salud Pública ha firmado convenios con varios municipios para realizar actividades de salud, pero en ningún caso existe la transferencia de responsabilidades ni de recursos físicos, materiales y financieros que señala la ley respectiva. El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito está en proceso de concertación para manejar la red de centros y subcentros de salud del Ministerio de Salud Pública (incluso un hospital de referencia de mediana complejidad), como base para desarrollar un modelo de aseguramiento municipal.

La participación privada en el sistema de salud

El sector privado aún no tiene mucha participación en los procesos relacionados con la reforma del sector salud y la descentralización; solo ha habido algunas iniciativas de organizaciones no gubernamentales que han probado con éxito estrategias para la gestión local de salud, como la que se llevó a cabo en la provincia de Azuay con mecanismos de compra de servicios a proveedores privados. Se ha propuesto que el Consejo Nacional de Salud incluya un delegado del sector privado y de las organizaciones de medicina prepagada. Las ciudades, sobre todo las más grandes, cuentan con una amplia red de servicios de salud auspiciada por particulares, con un crecimiento sostenido de inversiones en los últimos años; sin embargo, más allá de ofrecer sus servicios a las instituciones como la seguridad social, no están jugando un papel activo en los procesos de reforma.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

Apenas 23% de la población tiene cobertura para la atención de salud con algún seguro público o privado. Durante más de 60 años, el sistema de seguridad social ecuatoriano ha mantenido como enfoque prioritario la “recuperación de la fuerza de trabajo”; las coberturas con el sistema de aseguramiento general no sobrepasan 11% de la población nacional, lo que representa apenas 28% de la PEA en un país en el que más de la mitad de los trabajadores son informales. En cambio, el Seguro Social Campesino, creado en 1978, ha tenido un rápido crecimiento en los años ochenta y noventa, con cerca de un millón de beneficiarios, lo que representa casi 9% de la población nacional y aproximadamente 25% de la población rural y campesina.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

El Ministerio de Salud Pública regula la prestación de servicios de salud, especialmente lo relacionado con el desarrollo de infraestructura y equipo de los servicios ambulatorios y hospitalarios. Asimismo, emite normas de atención en programas tales como salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva, prevención y control de la tuberculosis, atención de diabetes y enfermedades hipertensivas, desarrollo psicosocial del niño, y manejo descentralizado de medicamentos, así como normas relativas al sistema regionalizado de servicios de salud y la capacidad resolutoria de las unidades de salud, entre otras. También existe una ley que establece normas para la organización y funcionamiento de las empresas privadas de salud y medicina prepagada y garantiza los derechos y obligaciones de sus afiliados.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

Todos los profesionales de la salud reciben su certificación de las distintas instituciones universitarias públicas y privadas; no existen procesos de recertificación del conocimiento y experien-

cia después de la graduación. Los trabajadores de los servicios de salud tampoco requieren recertificación para ejercer y ser remunerados. Los servicios públicos de salud, que contratan a la mayor parte de recursos humanos, no evalúan el desempeño ni reconocen remuneraciones diferenciales o incentivos por el nivel alcanzado por su personal.

Los mercados básicos en salud

En el Código de Salud se establece la regulación en materia de medicamentos y otros insumos médicos. La ley específica de medicamentos genéricos regula los precios, el registro sanitario, el control de calidad, la comercialización y el expendio, y establece sanciones pecuniarias y penales para los infractores. Se complementa con las normas y procedimientos para el registro sanitario y control de productos naturales de uso medicinal, expedida en 1999. El sistema de regulación de precios de medicamentos está a cargo del Ministerio de Industria y Comercio, con poca participación del Ministerio de Salud Pública. Con respecto a la tecnología, no existe un cuerpo regulador específico y sistemático; hay disposiciones dispersas en varias leyes y reglamentos, como el Código de Salud, las normas de construcción y mantenimiento de infraestructura de servicios de salud y las regulaciones para la importación de productos tecnológicos, pero no se regulan ni la utilización, ni el control de calidad.

La calidad del ambiente

Hay una tendencia creciente de tres indicadores de la calidad del aire: partículas totales en suspensión (PTS), partículas menores a 10 micras (PM10) y partículas sedimentables. El impacto en salud de las erupciones del volcán Pichincha se refleja en que las infecciones respiratorias agudas aumentaron 1,6 veces con respecto al período anterior; las infecciones respiratorias bajas, 2,2 veces, y el asma y la insuficiencia respiratoria, 1,3 veces; asimismo, las PM10 sobrepasaron los 400 μm^3 durante las erupciones. El anhídrido sulfuroso (SO_2) también tiene una tendencia al incremento, aunque el promedio anual en la ciudad de Quito está por debajo del nivel permisible y en la zona sur está muy cercano al límite permisible. En relación con la contaminación de agua, la cobertura del tratamiento de aguas residuales se mantiene por debajo de 5%.

La calidad de los alimentos

El Ministerio de Comercio Exterior, Industrialización y Pesca, por medio del Instituto Ecuatoriano de Normalización, es el responsable de la elaboración de normas para el control de la calidad de los alimentos. El Instituto es el punto focal de la Comisión del Codex Alimentarius y coordina sus funciones con los ministerios de Salud y Agricultura y las demás instituciones públicas y privadas relacionadas con la producción y el consumo de los alimentos; se encarga de fomentar el control de la calidad de los alimentos y de las normas técnicas. De acuerdo con el Código de Salud, el Ministerio de Salud Pública (mediante la Oficina de

Control de Alimentos de la Dirección de Control Sanitario) está encargado de la reglamentación y del diseño de políticas y estrategias nacionales para el control de los alimentos, así como de auditar los procesos ejecutados.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

El Ministerio de Salud Pública, como órgano rector, ha creado espacios políticos y técnicos destinados a incorporar el concepto positivo de salud y a mejorar la salud y el bienestar de la población, como la Dirección de Promoción y Atención Integral de la Salud, la Dirección de Comunicación y Educación y la Dirección de Salud Indígena. Además, junto con los ministerios de Educación y Bienestar Social y otras instancias, ha fomentado la generación de espacios saludables mediante la promoción de la salud en campos relacionados con enfermedades tropicales como el dengue y la malaria, y mediante una campaña nacional de educación y comunicación en salud ambiental que ha producido acciones de promoción permanentes. Alrededor de 380 establecimientos participan en la iniciativa de “Escuelas Saludables”, que han demostrado interés por avanzar en este proceso con la capacitación y participación activa de maestros, alumnos y comunidad en general.

En 2000 se formuló el Plan Social de Emergencia que agrupa componentes de educación, alimentación, empleo, salud, atención a grupos vulnerables y organización comunitaria, con financiamiento del BID y Banco Mundial.

Prevención y control de enfermedades

El país ha cumplido con las estrategias recomendadas por la OPS/OMS para la erradicación, eliminación o control de las enfermedades prevenibles por vacuna, lo que muestra voluntad política y compromiso técnico nacional. El Programa Ampliado de Inmunización es considerado prioritario por el Ministerio de Salud Pública y desde 1999 se dispone de un plan de acción, actualizado para 2001–2005, que evalúa el Comité de Coordinación Interagencial. Otra estrategia que desde 1997 ha contribuido a coordinar esfuerzos e integrar acciones de salud para niños y niñas menores de 5 años ha sido la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI); en ella participan prácticamente todas las instituciones gubernamentales y no gubernamentales relacionadas con la salud infantil, incluyendo las universidades. Desde 1995 el Ministerio de Salud Pública ejecuta el Programa Integrado para el Control de las Deficiencias de Micronutrientes, que incluye estrategias de suplementación de vitamina A y hierro a grupos en riesgo, así como la fortificación de alimentos de consumo masivo: harina con hierro y sal con yodo y flúor, así como educación nutricional y diversificación de la dieta.

Los programas contra el cáncer han progresado, principalmente por el esfuerzo del Ministerio de Salud Pública y de la

Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA). También son significativos los logros en la lucha antitabáquica y en la prevención del cáncer del cuello del útero; en este último aspecto, se han introducido estrategias innovadoras, focalizadas en la captación en mujeres entre 35 y 64 años. Desde la década de los ochenta existen programas establecidos por el Ministerio de Salud Pública para la detección y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus; sin embargo estos han perdido impulso, especialmente por la falta de apoyo económico fiscal.

En 1999 el Ministerio de Salud Pública elaboró un proyecto para controlar el brote de la malaria y reducir el número de casos graves y la mortalidad asociada con la enfermedad, con financiamiento del Banco Mundial. A principios de 2000 se inició la implantación de la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) en tres provincias para mejorar la prevención y control de la tuberculosis, con la cooperación de Canadá.

En el marco de la promoción de la salud se trabaja integralmente en la atención y prevención de la violencia doméstica y de género. Ello implica una labor coordinada con seis organizaciones no gubernamentales nacionales, que están llevando a cabo en ocho provincias la ejecución e institucionalización de un modelo de atención a la violencia doméstica en el país.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

No existe un sistema de información en salud de carácter nacional. El Ministerio de Salud Pública posee numerosos subsistemas de información que en ocasiones duplican esfuerzos y en muchos casos obedecen a programas verticales, por lo que no permiten una visión integral de los problemas de salud. Otros problemas son la falta de capacitación del personal en el análisis estadístico y epidemiológico de la información, el atraso tecnológico de la red de información y el limitado acceso a la Internet.

Existe una red de cinco laboratorios para el diagnóstico del sarampión y la rubéola, que complementa la red de laboratorios de salud pública del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical. El Ministerio de Salud Pública está impulsando que los laboratorios apoyen las acciones de vigilancia de la hepatitis B, la fiebre amarilla, la influenza, la meningitis y la neumonía bacteriana. Con la Unión Europea se está negociando un proyecto para mejorar la red de laboratorios de salud pública sobre la base de la prioridad de los eventos a vigilar, tales como enfermedades transmitidas por vectores y por alimentos, rabia, peste, sífilis congénita y calidad del agua de consumo humano.

Agua potable y alcantarillado

En 1996, el Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias se fusionó con el Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, por lo que las atribuciones de rectoría, capacitación, regulación y asistencia técnica son ejercidas principalmente por la Subsecretaría de Agua Potable y Saneamiento Básico. Los municipios son responsables de la prestación de los servicios de agua y sanea-

miento, de acuerdo con la Ley de Modernización y Descentralización del Estado. Hay 16 empresas municipales urbanas de agua y alcantarillado y en las zonas rurales los sistemas de agua son operados por las juntas administradoras comunitarias. Se estima que existen 214 sistemas de abastecimiento en el sector urbano y 3.500 sistemas en el sector rural. En 1998, 30% de la población no contaba con servicios de abastecimiento de agua y 42%, con servicios de alcantarillado. Casi la totalidad de aguas residuales, tanto domésticas como industriales, se arroja sin tratamiento a los cuerpos de agua.

Manejo de residuos sólidos municipales

El Ministerio de Salud Pública y diversas organizaciones no gubernamentales han realizado esfuerzos con respecto al manejo de residuos sólidos hospitalarios. En el año 2000, se evaluó en seis provincias el desempeño de 226 establecimientos de salud en el manejo y la aplicación de la norma nacional; el promedio de cumplimiento fue de 48%; la provincia de Zamora obtuvo el más bajo (18%) y la de Pichincha, el más alto (64%).

Prevención y control de la contaminación

Los temas ambientales se han incorporado a la educación básica y a los programas de investigación de las universidades, y son de interés permanente para los medios de comunicación.

El Ministerio del Ambiente lleva a cabo nueve programas y siete instrumentos básicos para el cumplimiento de sus políticas en esta materia, tales como: ordenamiento territorial y planificación ambiental; régimen de evaluación de impacto ambiental; sistema nacional de información y de indicadores de sustentabilidad; incentivos económicos para promover la gestión ambiental; centro de investigación para la conservación y el aprovechamiento de la biodiversidad; capitalización y operación del fondo ambiental, e implementación de los convenios y protocolos internacionales.

La función reguladora del Ministerio del Ambiente y de los municipios de mayor población ha producido varios resultados: la creación, en octubre de 1998, del Régimen Nacional para la Gestión de Productos Químicos; el Plan Nacional de Calidad del Aire 2000, que orientará y coordinará las actividades de monitoreo de los municipios y promoverá reformas del marco institucional y legal; el Plan Nacional de Capacitación para el Uso Racional de Plaguicidas; el memorando de entendimiento con los organismos de Naciones Unidas para coordinar el Programa Internacional de Seguridad Química; el acuerdo con el Ministerio de Salud Pública para integrar el Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental; el reglamento nacional para la evaluación de impactos ambientales incluyendo, los de salud, y el programa de preparativos frente a emergencias químicas, con participación interinstitucional en Quito y Guayaquil. En Quito, el Municipio ha emitido una ordenanza de control de emisiones y también vigilará el cumplimiento de la Ley que obliga que los autos nuevos tengan convertidor catalítico.

Protección y control de alimentos

Las direcciones provinciales y las áreas de salud realizan en el nivel operativo la inspección de las plantas procesadoras de alimentos, los locales de comercialización, la preparación de alimentos y el control de los productos para el consumo. Las direcciones de higiene municipal, por delegación del Ministerio de Salud Pública, realizan la inspección y el control de ventas ambulantes de alimentos. Los laboratorios del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical realizan los análisis microbiológicos, así como los necesarios para la emisión del registro sanitario. La Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública coordina el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos. Organizaciones como la Comisión Especializada de Defensa del Consumidor y la Tribuna Ecuatoriana de Consumidores y Usuarios, fomentan y promueven el control de calidad de los alimentos al estimular la aplicación de normas, impulsar los derechos del consumidor e informar a la población mediante publicaciones periódicas.

Programas de ayuda alimentaria

El Ministerio de Salud Pública inició en agosto de 2000 el Programa de Alimentación y Nutrición 2000, dirigido a la dotación de alimentos para la población más pobre, con el apoyo del Programa Mundial de Alimentos. El programa cubre inicialmente siete provincias, pero se planea extenderlo luego al resto del país, con la colaboración de diversas instituciones y agencias de cooperación.

El Ministerio de Educación y Cultura desarrolla el Programa de Alimentación Escolar, que proporciona desayunos (con bebidas y galletas fortificadas) y almuerzos a niños de escuelas fiscales (públicas) en el ámbito nacional. El Ministerio de Previsión Social implantó los comedores comunitarios y comedores infantiles, así como las becas alimentarias en guarderías infantiles de la Operación Rescate Infantil y del Instituto Nacional del Niño y la Familia. Existen, además, programas para ayuda alimentaria en situaciones de emergencia.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

En 1999 se contabilizaron 2.825 establecimientos para la atención ambulatoria y 541 para la hospitalaria. El Ministerio de Salud Pública, con mayor número de establecimientos y cobertura geográfica, cuenta con 121 unidades hospitalarias (22,4% del total de hospitales en el país), de los cuales 15 son hospitales especializados (8 para problemas agudos y 7 para crónicos) y 106 son hospitales generales (22 provinciales y 84 cantonales); además hay 1.541 establecimientos de atención ambulatoria (54,5% del total), de los cuales 103 son centros de salud urbanos, 1.202

subcentros (en su mayoría para la atención de la población rural) y 236 puestos de salud (en poblados menores de 1.500 habitantes). El IESS dispone de 18 centros hospitalarios y 1.001 unidades ambulatorias entre servicios propios y anexos en las empresas; entre estas últimas se incluyen 572 unidades de atención primaria correspondientes al Seguro Social Campesino. Los Servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía tienen 96 unidades de atención ambulatoria y 20 con hospitalización, ubicados en los principales centros logísticos del país. En Guayaquil están los servicios de la Junta de Beneficencia con 4 hospitales grandes, uno de ellos pediátrico con más de 500 camas. La Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) también ha crecido en infraestructura moderna y actualmente dispone de 5 hospitales, uno de ellos con 160 camas en Quito. Otros ministerios y algunas instituciones de carácter fisco-misional (públicas o privadas sin fines de lucro) tienen también servicios de salud, 28 ambulatorios y 3 con internación. Pocos municipios cuentan con servicios de salud propio; solo hay 3 hospitales y 12 unidades ambulatorias.

Los servicios de salud privados tienen 367 unidades de internación (68% del total nacional), en su mayoría clínicas y policlínicas con fines lucrativos; las de carácter ambulatorio, 147 unidades (5% del total nacional), pertenecen casi totalmente a organizaciones sin fines de lucro. En las estadísticas institucionales no se contabilizan casi 10.000 consultorios médicos particulares, la mayoría ubicados en las principales ciudades; gran parte de ellos dispone de infraestructura y tecnología elemental.

El total de camas disponibles en 1999 fue de 19.083, un poco más que en 1996 (18.030 camas); la razón de camas por 1.000 habitantes fue de 1,5 en 1999 y de 1,6 en 1995. Del total de camas del sector, 41% pertenecen al Ministerio de Salud Pública y 27% al sector privado. La razón de egresos por 1.000 habitantes fue de 51,2 en 1999, para un total de 635.766 egresos hospitalarios, de los cuales 45% fueron en las unidades del Ministerio de Salud Pública. Ese año, el promedio de días de estancia a nivel nacional fue de 5,2 por paciente (4,8 en el Ministerio de Salud Pública y 2,7 en los establecimientos privados). De las 17.098.011 prestaciones de atención de salud de todo tipo a nivel nacional en 1998 (1,4 por habitante), 45% fueron en el Ministerio de Salud Pública, 34% en el IESS y 21% en las demás instituciones, públicas o privadas. De ese total, 66% correspondieron a la atención de enfermedades, 23% a actividades de prevención y promoción y 11% a la atención odontológica; es decir, tres acciones curativas por cada preventiva.

Persisten barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud, en especial de la población pobre, indígena en su mayoría. Según la Encuesta de Condiciones de Vida de 1998, 72% de las familias reconocía dificultades económicas para acceder a servicios sanitarios; en la zona rural de la Costa, 84% tenía estas limitaciones.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

La Red de Bancos de Sangre está constituida por 38 bancos y depósitos de sangre, pertenecientes a cinco instituciones. Según

un informe de la Secretaría Nacional de Bancos de Sangre, el total de sangre recolectada en el año 2000 fue de 82.237 unidades, que corresponde a una tasa de aproximadamente 68 donaciones por 10.000 habitantes. De esa cantidad, 79% es recolectada por la Cruz Roja Ecuatoriana y el Ministerio de Salud solo recoge 1%. Existen 10 bancos de sangre que poseen equipos MICROELISA para el tamizaje de la sangre donada; el resto envía las muestras a otros bancos de referencia o realiza el tamizaje mediante pruebas rápidas.

Servicios especializados

El Consejo Nacional de Discapacidades, entidad estatal responsable de definir políticas y coordinar la prestación de servicios para las personas con discapacidad, estableció en 1996 un registro que se está llevando a cabo en todo el país, además de que ha impulsado la aprobación y actualización de la Ley sobre Discapacidades.

Existen 76 establecimientos para la prestación de servicios básicos y de salud a los adultos mayores; 3 son del Ministerio de Bienestar Social, 4 son unidades del Ministerio de Salud Pública, 1 pertenece al Ministerio de Defensa y los restantes son privados. En general, el grado de desarrollo de la atención gerontogerátrica es muy incipiente; solo hay 12 médicos geriatras en el país y no hay profesionales especializados en rehabilitación geriátrica. En 2000 el Ministerio de Salud Pública creó el Comité Nacional del Adulto Mayor, para impulsar y aplicar leyes que favorezcan el mejoramiento de las condiciones de vida y organizar servicios de promoción y atención de la salud.

La respuesta ante los desastres es mediante acciones del gobierno central y provincial, los municipios, el Ministerio de Salud Pública y la Subsecretaría de Saneamiento Ambiental, el Sistema de Defensa Civil y la Cruz Roja; también existen grupos interinstitucionales e interdisciplinarios de apoyo, como la Red de Atención Psicosocial ante Desastres. Para enfrentar el Fenómeno de El Niño se creó en 1997 la Unidad de Contingencia, adscrita a la Presidencia. El Ministerio de Salud Pública elaboró un Plan de Contingencia y conformó una unidad especial de Prevención y Respuesta ante Desastres en el nivel central, así como unidades regionales y provinciales. Desde fines de 2000 el Gobierno del Ecuador atiende a refugiados colombianos y a ecuatorianos desplazados de las localidades fronterizas afectadas por problemas de narcotráfico y guerrilla.

Insumos para la salud

En 1998 se iniciaron ajustes importantes en las políticas institucionales y la legislación sobre medicamentos genéricos, con repercusiones en la producción, la comercialización y el consumo. En 1999, había aproximadamente 6.903 medicamentos registrados; de este total, apenas 1.945 (28%) circulan regularmente en el mercado como medicamentos genéricos. En el país hay 19 productores reconocidos: 6 transnacionales y 13 de capital nacional,

estos últimos con apenas 9,6% del mercado. Más de 80% de los fármacos que se consumen son importados, lo que genera una alta dependencia del mercado internacional. En 1998, el valor del mercado farmacéutico fue de US\$ 344 millones; a fines de 2000, por la aguda crisis económica, se redujo drásticamente a US\$ 240 millones (30%). En las áreas urbanas están concentradas 85% de las farmacias y 5% en las periurbanas, mientras que apenas hay 10% en las zonas rurales, donde se asienta casi 40% de la población nacional.

La mayor parte de los reactivos se importan a través de empresas comercializadoras y su abastecimiento a los laboratorios públicos y privados se fundamenta en el consumo histórico. La nueva legislación aduanera sobre importación de insumos ha incrementado el tiempo necesario para el ingreso de vacunas y jeringas, al exigir que la inspección de estos productos sea en el sitio de origen en lugar del puerto de llegada, como se establecía en la regulación anterior.

Según los informes del Sistema de Mantenimiento de Infraestructura, el Ministerio de Salud Pública ha realizado inversiones en equipo de hospitales por un monto estimado de US\$ 50.000 por cama; la cifra total se acerca a US\$ 4.350 millones. Los principales problemas asociados con la infraestructura tecnológica son la diversidad de marcas y modelos; la mitad del equipo fuera de servicio o con una operación deficiente; la obsolescencia de la planta física y de las instalaciones, con alto grado de deterioro; la continua incorporación de alta tecnología; el uso ineficiente de los recursos energéticos; la carencia de programas de seguridad hospitalaria, bioseguridad, prevención y mitigación de desastres, y la falta de estudios de vulnerabilidad y de programas de regulación de equipos. También se observa carencia de políticas nacionales; escaso desarrollo de los sistemas locales de mantenimiento; incremento del mercado de equipo usado y remanufacturado; incremento de equipos donados; débil soporte de servicio técnico, y poca coordinación en los procesos de desarrollo de infraestructura. Hay también un déficit de personal en esta área, constituido por 75% empírico, 20% técnico y solo 5% profesional.

Recursos humanos

En 1999, el número de profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes fue el siguiente: 13,8 médicos, 1,6 odontólogos, 5 enfermeras, 0,8 parteras calificadas y 10,7 auxiliares de enfermería. Estos índices se mantuvieron constantes en los cinco años anteriores, excepto el de auxiliares, que tiende al descenso porque este tipo de recurso prácticamente no se está formando en el país; más bien se busca profesionalizar a los auxiliares de enfermería existentes. La distribución de los recursos humanos es muy irregular entre provincias; la mayor concentración se observa en las que cuentan con universidades.

En 2000 existían 10 escuelas de medicina, 13 de enfermería, 4 de odontología y 2 de obstetricia, de las cuales en 1997 se gra-

duaron 895 médicos, 446 enfermeras, 378 odontólogos y 182 parteras calificadas, respectivamente. En el año 2000, las universidades públicas y privadas acordaron fortalecer a la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas, la que ha unido a las asociaciones de escuelas de las distintas profesiones, al mismo tiempo que ha buscado mayor presencia y participación universitaria en la discusión y generación de las políticas de salud del país.

En 1999 y 2000 el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el Seguro Social Campesino organizaron comités de educación permanente con el propósito de superar algunos de los problemas de capacitación que enfrentan los servicios. La Universidad de Loja, conjuntamente con las dos instituciones, ha desarrollado un Centro de Educación Permanente en Salud.

En cuanto al mercado de trabajo, los bajos salarios, la flexibilización de las formas de contratación del personal de salud y el creciente desempleo, constituyen los problemas fundamentales tanto de las instituciones de formación como de los servicios públicos de salud. Esto conduce a mayores conflictos del personal, disminución de la calidad de las prestaciones y la consecuente insatisfacción de la población; también influye en la emigración del personal profesional y no profesional al exterior.

Investigación y tecnología en salud

El Ministerio de Salud Pública, a través del Instituto de Ciencia y Técnica, recabó en 1999 información sobre investigadores e investigaciones en salud, publicó un Directorio Nacional de Investigadores en Salud y conformó una Red de Investigadores, que no ha logrado mantenerse en funcionamiento. No existe una política de financiamiento definida para la investigación científica en salud y esta depende fundamentalmente de acciones particulares de investigadores que logran financiamientos por parte de instituciones públicas y privadas.

El desarrollo tecnológico es incipiente; el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología se transfirió a una Fundación que canaliza el apoyo financiero de diversos organismos donantes. En el Ministerio de Salud Pública se reformó nuevamente la estructura responsable de los elementos de investigación y desarrollo tecnológico y se conformó el Instituto de Ciencia y Tecnología, encargado de normar aspectos técnicos y éticos y de orientar sobre las prioridades nacionales.

La difusión de la información científica se ha facilitado por el desarrollo de redes computarizadas de información, pero su acceso es todavía limitado para la mayor parte de profesionales y trabajadores de la salud. Pocas instituciones mantienen publicaciones científicas periódicas, con problemas de distribución.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto público en salud disminuyó de 1,1% del PIB en 1995 a 0,6% en 2000, lo que marca una reducción del papel del Estado en la protección de esta garantía constitucional básica. En 1995,

el quintil más pobre de la población recibió 7,6% del gasto en salud, mientras que el quintil más rico recibió 38% del mismo. En cuanto al gasto privado, en 1998 los hogares del decil más pobre gastaban en salud 40% de su ingreso promedio corriente, mientras que los del más rico solo gastaban 6,4%.

Según datos de las cuentas nacionales elaboradas por el Ministerio de Salud Pública para 1997, el gasto total en salud fue de US\$ 740 millones, equivalente a 3,8% del PIB, 17% menos que en 1995, cuando representó 4,6% del PIB en ese año. Según el tipo de gasto, 50% es público y 50% es privado. De este, 88% corresponde a gasto directo de los hogares, que se aplica fundamentalmente a la adquisición de medicamentos y otros pagos del bolsillo.

El gasto público en salud (Ministerio de Salud Pública, Seguridad Social, Municipios, Fuerzas Armadas y Policía) es uno de los rubros que ha experimentado una significativa reducción, sobre todo el denominado gasto del gobierno central. La tendencia decreciente observada en el gasto social, de 36% en 1996 a 29% en 1998 y 20% en 1999, ha afectado gravemente este tipo de recurso. Como proporción del presupuesto general del Estado, el del Ministerio de Salud Pública descendió bruscamente de 5,2% en 1995 a 2,7% en 2000. El gasto del gobierno central contribuye con 24% al gasto total en salud y el del Seguro Social, con 24%. En el caso del IESS, el gasto en servicios de salud, que en 1995 alcanzó 1% del PIB, ha venido decreciendo levemente a 0,9% en 1998. De los recursos gastados, 79% se concentra en tres de las provincias más urbanizadas del país, donde el Instituto tiene los hospitales más grandes. A medida que El Seguro Social Campesino ha aumentado su cobertura, ha incrementado su participación en los egresos del IESS de 1,7% en 1985 a 2,1% en 1998; sin embargo, esa participación no es muy significativa tomando en cuenta que subsidia a un volumen importante de la población campesina.

Considerando las instituciones tanto públicas como privadas, 81% del gasto se dedica a la atención curativa y solamente 19% a la preventiva. El primer nivel de atención consume 34% del gasto; el secundario, 30%, y el terciario 36%. La estructura del gasto por fuente de captación muestra que 34% se da en los servicios hospitalarios; 29%, en medicamentos; 24%, en servicios médicos ambulatorios; 12%, en servicios de salud pública, y 0,9%, en investigación. Apenas 32% del gasto público de salud se destina a las personas de escasos recursos, en tanto que la pobreza afecta a cerca de 70% de la población del país.

La aportación porcentual de las principales fuentes de financiamiento es la siguiente: 49% de los hogares, que pagan los cos-

tos directos o indirectos de la atención de salud pública o privada; 24% del presupuesto general del Estado, proveniente de impuestos, tasas y rentas petroleras; 10% de los empleadores del sector público; 9% de la cooperación internacional; 3,6% de las empresas privadas, correspondiente al aporte patronal a la seguridad social y a la compra de seguros y otros servicios médicos al sector privado; 3,4% de la Lotería Nacional, y 0,25% de los municipios, proveniente de sus rentas propias.

Del total de ingresos, 26% se destina a las entidades estatales (como el Ministerio de Salud Pública y Fuerzas Armadas, Policía y otros ministerios); 25%, al sector privado con fines de lucro; 21%, a la Seguridad Social (IESS y SSC); 11%, a las farmacias privadas; 4%, a la Junta de Beneficencia de Guayaquil, y 13%, a otros proveedores (SOLCA, municipios, organizaciones no gubernamentales, fiscomisionales, INNFA, patronatos, Cruz Roja, etcétera).

Cooperación técnica y financiera externa en salud

El aporte de la cooperación internacional (reembolsable y no reembolsable) al sector salud es de 9% del presupuesto; en 1997 fue equivalente a US\$ 60,5 millones, lo que resulta significativo si se considera que el presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública para ese año fue de US\$ 161 millones. El mayor volumen está dado por los créditos del Banco Mundial para los proyectos Fortalecimiento y ampliación de los servicios básicos de salud en el Ecuador (US\$ 70 millones en 1993–2000), Modernización de redes y servicios de Ecuador (US\$ 45 millones en 1999–2000), Salud y desarrollo (US\$ 20,2 millones en 1998–2001) y “Hacer retroceder el paludismo” (US\$ 3 millones).

Mediante la cooperación técnica entre países se ha fortalecido la promoción de la salud en proyectos específicos: con Canadá sobre consumo de bebidas alcohólicas en poblaciones indígenas; con Cuba en el desarrollo de municipios saludables y con Perú en los temas de fronteras saludables y la cooperación binacional en servicios de salud.

Cabe destacar la cooperación del Ecuador con el Perú: el proyecto Desarrollo de espacios saludables de Loja; el de Salud para el desarrollo de la paz en la frontera sur oriente del Ecuador, y los proyectos conjuntos en salud desarrollados con distintas agencias de financiamiento. Se requiere análisis pormenorizado y preparación de acciones adecuadas en salud para dar respuesta a la población colombiana que pasa la frontera con Ecuador y se establece en la zona norte del país.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Ecuador, 1990-2000.

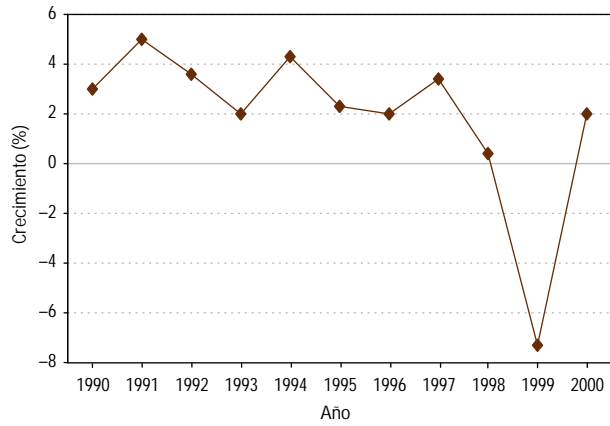


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Ecuador, 1999.

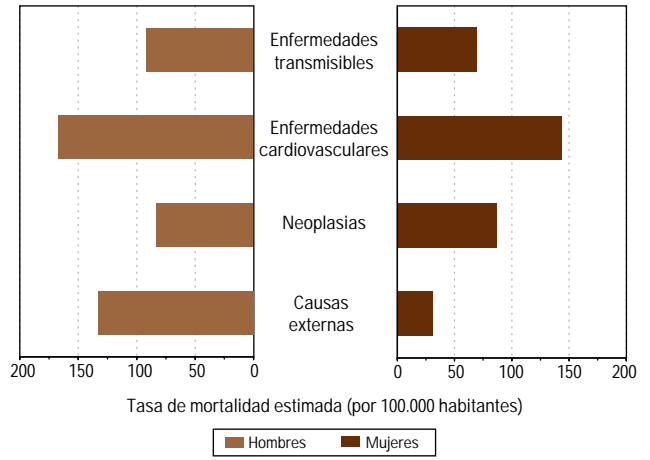


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Ecuador, 2000.

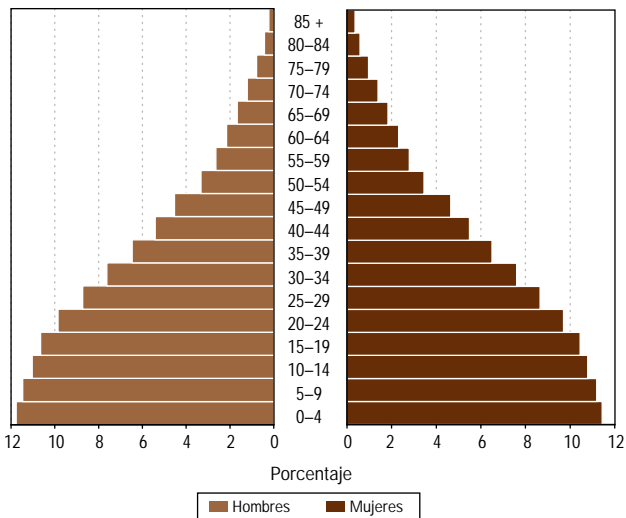


FIGURA 4. Distribución de la mortalidad infantil, por provincias, Ecuador, 1998.

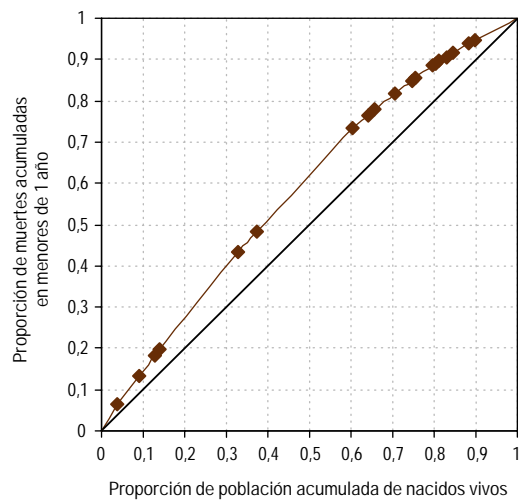


FIGURA 5. Mortalidad infantil según el nivel de escolaridad de la madre, Ecuador, 1999.

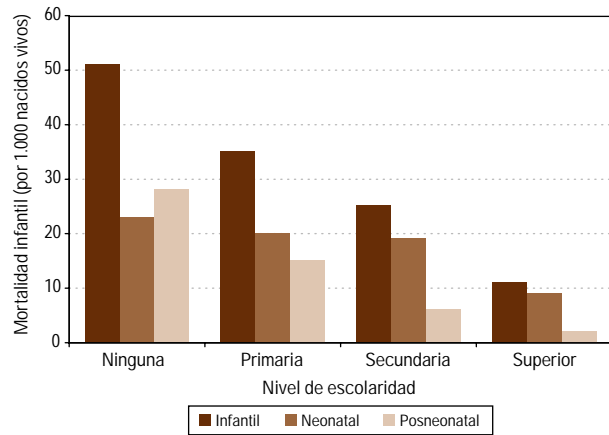


FIGURA 7. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Ecuador, 1990–2000.

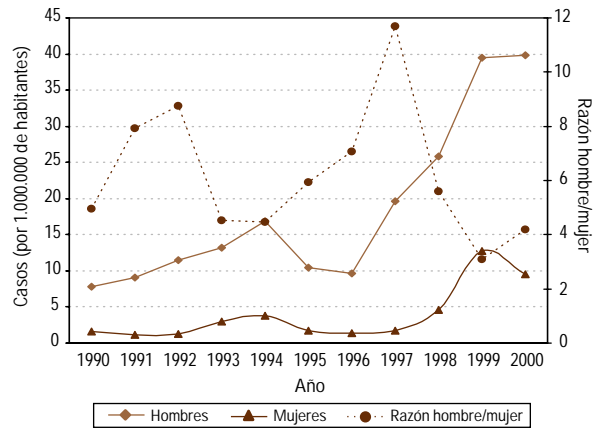
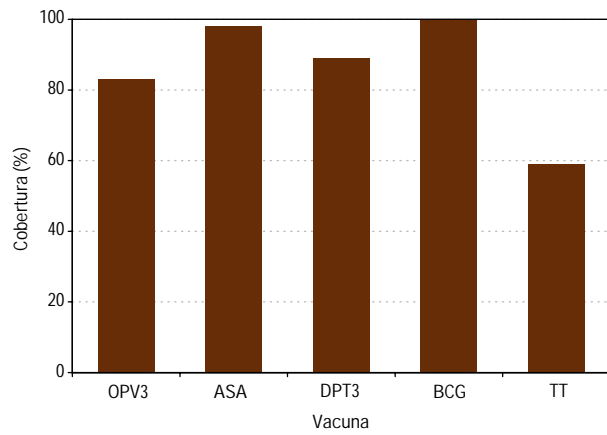


FIGURA 6. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año y en mujeres en edad fértil según vacuna, Ecuador, 2000.



EL SALVADOR

CONTEXTO GENERAL

El Salvador es una república democrática y representativa, con un Gobierno que integran tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial. Actualmente, las distintas formas de organización político-administrativa, tales como las entidades autónomas y semiautónomas, los ministerios, los gobiernos municipales y las organizaciones representativas de la sociedad civil tienden a la descentralización.

En cuanto a los aspectos económicos del país, el producto interno bruto (PIB) a precios constantes aumentó de US\$ 1.029,4 millones en 1999 a US\$ 1.044,6 millones en 2000 (figura 1). El gasto público total como porcentaje del PIB pasó de 16,0% en 1998 a 15,8% en 1999. Contrariamente, el gasto público social como porcentaje del PIB aumentó de 5,4% en 1998 a 5,7% en 1999. La tasa de inflación anual disminuyó de 4,2% en 1998 a 1,0% en 1999.

En el año 2000, la inflación fue de 4,3%; el PIB constante fue de US\$ 1.641.834 y el PIB nominal, US\$ 3.347.729. La población económicamente activa estaba constituida por 2.444.959 personas, con una tasa de desempleo abierto de 7%. Los hogares encabezados por hombres eran 984.903 y los encabezados por mujeres, 398.242. Los hogares que recibían remesas familiares llegaban a 268.780; el flujo anual de remesas fue de aproximadamente US\$ 1.700 millones.

Para el año 2000, la población total se estimó en alrededor de 6 millones de personas, de las cuales 3,5 millones vivían en la zona urbana y 2,5 millones en la zona rural. La población salvadoreña es mayoritariamente joven, con una edad media que no supera los 20 años (figura 2). Se calcula que los adolescentes representan 21,4% de la población total (1,3 millones); 52,8% viven en zonas urbanas. El sexo masculino (50,7%) predomina levemente sobre el femenino.

En 1999 la tasa anual de crecimiento de la población era de 20,2 por 1.000 habitantes, la tasa bruta de natalidad, 27,7 por 1.000 habitantes (24,5 por 1.000 en la zona urbana y 31,5 por 1.000 en la rural). La tasa bruta de mortalidad total, urbana y rural por 1.000 habitantes fue de 6,1, 5,6, y 6,7, respectiva-

mente. En 2000, la esperanza de vida al nacer total, urbana y rural, fue de 69,4 años, 71,3 años y 66 años, respectivamente. En ese año, la tasa global de fecundidad de mujeres de 15 a 49 años de edad fue de 3,6 nacimientos provenientes de madres de esas edades. Los niveles más altos de fecundidad con cinco hijos se encuentran en mujeres sin educación formal y del grupo socioeconómico bajo. La mediana de edad de la primera relación sexual fue de 18,5 años y el primer parto se produjo a los 20,5 años.

Mortalidad

Con respecto al análisis de la mortalidad, según la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) en 1999 se registraron 28.078 defunciones, de las cuales 12% (3.380) se clasificaron como causas mal definidas. Las principales causas de defunción por grandes grupos incluyen enfermedades transmisibles, neoplasias malignas, enfermedades del sistema respiratorio, ciertas afecciones originadas en el período perinatal, causas externas y otras enfermedades. Cinco de los 14 departamentos del país concentran casi 70% de las defunciones: Santa Ana (tasa de 548,4 por 100.000 habitantes), Sonsonate (452,9), San Miguel (411,6), San Salvador (389,9), y La Libertad (333,6).

En 1997, las primeras causas de muerte fueron las causas externas (tasa de 83,4 por 100.000 habitantes), las enfermedades transmisibles (64,3) y las enfermedades del sistema circulatorio (64,0). En 1999, las primeras causas de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio (88,3), las causas externas (82,3) y las enfermedades transmisibles (59,4).

En 1997, el mayor porcentaje de defunciones de la población masculina se debió a enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de 30,6 por 100.000 habitantes, frente a una tasa de 30,0 para las mujeres. La tasa de mortalidad por tumores fue más alta en las mujeres (29,0) que en los hombres (18,2). En 1998, las defunciones por causas externas fueron 5.435, con una tasa de 75,6 por 100.000 habitantes en hombres; ese mismo año se registró una tasa de defunción por enfermedades transmisibles de 39,4 por 100.000 habitantes para ambos sexos; 16,6% de las defunciones femeninas y 7,4% de las defunciones masculinas se produjeron

ron por neoplasias. En este mismo año, la razón hombre/mujer en las defunciones por causas externas fue de 5,23; esta razón fue de 4,81 en 1997 y 4,94 en 1999, en los tres años la razón hombre/mujer se mantiene en un promedio aproximadamente cinco veces mayor para el sexo masculino.

En 1999, los mayores porcentajes de defunciones en mujeres se produjeron por enfermedades del sistema circulatorio y neoplasias. En 1999 se produjeron 3.660 muertes por enfermedades transmisibles, de las cuales las más frecuentes fueron influenza y neumonía, con una tasa de 24,6 por 100.000 habitantes; septicemia estreptocócica y otras, con una tasa de 14,5; diarrea y gastroenteritis infecciosa, con 9,2 y enfermedad por VIH, 6,1.

En 1999, en el grupo de causas externas se registraron 5.068 muertes. Las causas más frecuentes fueron las agresiones y homicidios; los accidentes de transporte, las lesiones infligidas intencionalmente, la asfixia por inmersión accidental y las caídas. Las agresiones y homicidios (tasa de 37,4 por 100.000 habitantes) presentaron una razón hombre/mujer de 10,7:1.

Según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en 1999 se registraron 7.262 defunciones hospitalarias. Las cinco primeras causas de mortalidad hospitalaria fueron la septicemia (7,4%), la neumonía y bronconeumonía (6,6%), la prematuridad (4,7%), la insuficiencia renal crónica (4,6%), y el traumatismo intracraneal (4,6%). La Encuesta Familiar de Salud de 1998 (FESAL-98) estimó una tasa de mortalidad materna de 120 por 100.000 nacidos vivos.

En el año 2000, El Salvador se ubicó en la posición 104 con respecto al índice de desarrollo humano. En 1998, el porcentaje de mujeres alfabetizadas de 15 años y más fue de 75%, y el de hombres alfabetizados, 93%; la tasa de alfabetización de adultos de ambos sexos (15 años y más de edad) fue de 77,8% y la del grupo de 15 a 24 años de edad fue de 87,7%.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0-4 años)

La Encuesta Nacional de Salud Familiar de 1998 (FESAL-98) registró una tasa de mortalidad infantil de 35 por 1.000 nacidos vivos. La mortalidad posneonatal en la zona rural fue de 41 por 1.000 nacidos vivos y de 27 por 1.000 en la urbana. La mitad de las defunciones infantiles ocurrieron en el período neonatal (0 a 28 días de vida); las defunciones llegaron a 12 por 1.000 nacidos vivos cuando las madres tuvieron el primer control prenatal durante el primer trimestre y a 30 por 1.000 cuando no recibieron cuidados durante el embarazo. En relación con el peso al nacer, la mortalidad fue de 7 por 1.000 nacidos vivos para los niños que pesaron 2.500 gramos o más, y de 34 por 1.000 para los que nacieron con un peso menor de 2.500 gramos. La tasa de mortalidad neonatal para los niños nacidos a término fue de 14 por

1.000 nacidos vivos, en cambio para los prematuros fue de 55 por 1.000. De acuerdo con los datos de la DIGESTYC, las causas de mortalidad perinatal más frecuentes fueron los trastornos respiratorios específicos (26,6%), la asfixia (23,2%) y las infecciones específicas (19,4%). La relación niño/niña de mortalidad en este grupo fue de 1,3:1. En 1999 se registraron 1.318 defunciones en el grupo de menores de 1 año: 46,7% tuvieron como causa las enfermedades transmisibles, 44,5% correspondieron a ciertas afecciones originadas en el período perinatal, y por debajo de 5% el resto de los grupos. Entre las enfermedades transmisibles, las primeras causas fueron influenza y neumonía (42,6%), diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (38,2%) y enfermedades agudas de las vías respiratorias inferiores (9,7%). El análisis de las desigualdades arroja un coeficiente de Gini de 0,16. Como puede verse en la figura 3, a menos de 40% de los nacidos vivos les corresponde más de 50% de las defunciones de menores de 1 año.

El MSPAS informó que las primeras causas de morbilidad en menores de 1 año en 1999 fueron infecciones respiratorias agudas (12,2%), diarrea (8,9%), bronquitis (5,6%), enfermedades de la piel (4,7%) y neumonía y bronconeumonía (3,1%). El total de los egresos hospitalarios de este grupo de edad fue de 37.505, y entre las primeras causas de egreso se encontraban los trastornos respiratorios específicos del período perinatal (19,4%), la neumonía y bronconeumonía (17,5%), la prematuridad (6,1%), y el feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de membranas (5,4%). Las causas de mortalidad intrahospitalaria más frecuentes fueron la prematuridad (24,6%), los trastornos respiratorios perinatales (20,5%), las malformaciones congénitas (11,5%), la sepsis bacteriana del recién nacido (10,6%) y la neumonía y bronconeumonía (10,4%).

Según datos de la DIGESTYC, en 1999 se registraron 232 defunciones en el grupo de 1 a 4 años de edad, debidas a enfermedades transmisibles (33,6%), causas externas (26,7%) y otras enfermedades (30,2%). De las defunciones causadas por enfermedades transmisibles, 39,7% se debieron a influenza y neumonía, 25,6% a diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, 14,1% a septicemia estreptocócica, y menos de 7% a las demás causas. De las defunciones por causas externas, 61,3% se debieron a accidentes de transporte, 19,4% a ahogamiento y sustrucción accidental, y 6,5% a agresión y homicidio.

De acuerdo con el MSPAS, las principales causas de morbilidad en este grupo fueron las infecciones respiratorias agudas (35,3%), el parasitismo intestinal (8,3%), la diarrea (7,2%), y la bronquitis aguda (5,4%). Los diagnósticos de egresos hospitalarios correspondieron a bronconeumonía (19,3%), diarrea (11,3%), convulsiones febriles (5,6%) y asma (4%). Las defunciones hospitalarias más frecuentes fueron neumonía y bronconeumonía (15%), malformaciones congénitas (12,1%), diarrea (7,3%), sepsis (5,8%) y desnutrición severa (4,8%).

En 1988 la desnutrición crónica afectaba a 31,7% de los niños de este grupo de edad, porcentaje que disminuyó a 22,8% en

1998. En la actualidad, de cada cinco niños menores de 5 años, al menos uno presenta retardo de talla. Un estudio nacional de 1998 reveló que 18,9% de los niños entre 1 año y menos de 5 años presentaban algún grado de anemia.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

De acuerdo con el MSPAS, las 228 defunciones registradas en este grupo se debieron a causas externas (43,9%), enfermedades transmisibles (20,7%), tumores (5,3%) y al resto de causas (menos de 5%). La mortalidad por causas externas incluye: accidentes de transporte (62,8%), ahogamiento y sumersión accidental (25%) y agresiones y homicidio (3%). Las causas de mortalidad por enfermedades transmisibles comprenden influenza y neumonías (50%), septicemia estreptocócica (27,1%), y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (14,6%).

El MSPAS inició el registro de la morbilidad y mortalidad a partir del año 2000 en este grupo de edad. Entre las primeras causas de morbilidad se encontraron las infecciones respiratorias agudas, con 34,3% del total de las primeras consultas, seguidas por parasitismo intestinal con 10,2%, bronquitis aguda con 2,9%, diarrea con 2,7%, infección de vías urinarias con 2,1%, enfermedades infecciosas de la piel con 2%, otitis media con 1,6%, anemia con 1,3%, asma con 1,2%, y dermatitis con 1,4%; 40,7% correspondieron a las demás causas.

El total de egresos hospitalarios fue de 334.924 en el año 2000, y las principales causas fueron: fiebre del dengue clásico y hemorrágico (10,4%), fracturas (8,3%), traumatismos craneales (5,5%), neumonía y bronconeumonía (5,4%), apendicitis (4,4%), enfermedades infecciosas de la piel (4,1%), asma (4,0%), diarrea (3,0%), infecciones de vías urinarias (2,9%), y parasitismo intestinal (2,8%); 49,3% del total de egresos correspondieron a las demás causas. Las causas de mortalidad hospitalaria más frecuentes fueron: dengue hemorrágico (20,7%), neumonía y bronconeumonía (12,1%), traumatismo craneoencefálico (10,3), septicemia (10,3), neoplasias malignas del encéfalo (6,9%), linfoma de Hodgkin (6,9%), anemia, SIDA, insuficiencia hepática, y coagulación intravascular diseminada (3,5% respectivamente); 19% correspondieron a las demás causas.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

Se estimó que la población adolescente representaba 21,4% (1,3 millones) de la población total en el año 2000. El sexo masculino predominaba ligeramente sobre el femenino (50,7% a 49,3%). De acuerdo con datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 52,8% de la población adolescente residía en las zonas urbanas. La FESAL-98 indicó que la tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años descendió de 125 nacidos vivos por cada 1.000 adolescentes en el período 1983–1988 a 116 por 1.000 en 1993–1998. El 9% (123.364) de los adolescentes eran analfabetos. La FESAL-98 precisó también que 16% del total de la población trabajadora tenía entre 10 y 17 años de edad, de ellos, 71,0% eran varones, que se concentran en las zonas rurales

(77,9%), mientras que las muchachas se concentran en las zonas urbanas (40,8%).

En 1999, la población adolescente realizó 16% (1,2 millones) de las consultas en los establecimientos del MSPAS, 67,4% correspondieron a adolescentes mujeres. El 85% solicitó atención para el tratamiento de enfermedades infectocontagiosas. De los egresos de los hospitales del MSPAS registrados en 1999, 17% (52.696) correspondieron a la población adolescente, y de ellos, 76% eran mujeres. El 36% de las consultas y 88% de los egresos hospitalarios de las adolescentes de 15 a 19 años de edad fueron por razones de su salud sexual y reproductiva.

El 21,5% (23.634) de las consultas de inscripciones prenatales realizadas por el MSPAS en el año 2000 correspondió a la población adolescente. La tendencia de partos de adolescentes mostró un ascenso, al pasar de 15.903 (21% del total de partos) en 1997 a 26.240 (34%) en 1999. En el año 2000 se registraron 22.293 partos (27%) en este grupo de edad.

De los casos de infección por el VIH/SIDA registrados hasta diciembre de 2000, 26,7% pertenecían al grupo de edad de 15 a 24 años y 37,5% al de 25 a 34 años. El 53,7% de los casos registrados en adolescentes se presentaron en la población masculina.

Un informe del Instituto Salvadoreño de Protección al Menor señala en 1999, 75% de los 5.000 adolescentes infractores de tránsito eran adictos a algún tipo de droga. Las más consumidas eran la marihuana, el crack y la cocaína. Un estudio de UNICEF indica que 9 de cada 10 jóvenes integrantes de pandillas consumían o habían consumido algún tipo de droga.

Del total de defunciones hospitalarias registradas en 1999 en el MSPAS, 4,6% (355) correspondieron a adolescentes (59% eran varones). El traumatismo intracraneal causó 19% de las defunciones hospitalarias en el grupo de adolescentes del sexo masculino; 27% de las muertes correspondientes a las mujeres adolescentes se debieron a intoxicación o envenenamiento.

La salud de la población adulta (20–59 años)

De acuerdo con la información del MSPAS, en el grupo de edad de 25 a 59 años se registró un total de 7.883 defunciones debidas a las siguientes causas: externas (32,4%, con una tasa de 41,5 por 100.000), enfermedades del sistema circulatorio (12,5%, con una tasa de 16,0 por 100.000), tumores (11,8%, 929 casos), enfermedades transmisibles (11,7%, 923 casos), y el resto con 31,6%. Entre las causas externas (2.523 casos), las más frecuentes correspondieron a agresiones y homicidio, con 48,7%, accidentes de transporte, con 33,3% y lesiones autoinfligidas, con 10,0%. Las otras causas explicaron menos del 5% de las defunciones. Entre las enfermedades del sistema circulatorio (987 casos) se encuentran el infarto agudo del miocardio, con 48,7%, las enfermedades cerebrovasculares, con 22,4%, la insuficiencia cardíaca congestiva, con 17,4%, y la enfermedad isquémica del corazón, con 5,2%; las otras causas representaron menos de 3,0% de las defunciones. Las enfermedades transmisibles más frecuentes fueron la infección por el VIH, con 33,7%, la septicemia

mia estreptocócica, con 26,4%, la influenza y neumonía, con 20,8%, la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con 7,9%, y la tuberculosis con 7,5%, y otras causas, con menos de 2,0%. En el grupo de las demás enfermedades (2.491 casos) se encuentran los trastornos mentales y del comportamiento (24,6%), las enfermedades del hígado (19,2%), la insuficiencia renal (17,3%), y la diabetes mellitus (8,8%), y, con menos de 5%, las otras causas.

En 1999, las causas más frecuentes de las consultas efectuadas por el grupo de 15 a 44 años de edad fueron: infecciones respiratorias agudas (12%), infecciones de vías urinarias (6,7%), cefalea por estrés (2,5%), diarrea (2%) y otras (menos de 2%). El grupo de edad de 45 a 59 años fue objeto de 452.728 consultas; las más frecuentes por infecciones respiratorias agudas (956,48 por 100.000), infecciones de vías urinarias (467,6), hipertensión arterial primaria (351,6), diabetes mellitus (204,1), diarrea (204,1) y otras (menos de 2,5%).

Las primeras causas de 162.310 egresos hospitalarios en el grupo de edad de 15 a 44 años fueron: complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio (11,5%), infecciones de vías urinarias (2,1%), apendicitis aguda (1,6%), traumatismo intracraneal (1,5%), y hemorragia vaginal uterina anormal, 0,9%. En el grupo de edad de 45 a 59 años se registraron 25.941 egresos, y las primeras causas fueron: insuficiencia renal crónica (6%), diabetes mellitus (4,6%), hemorragia vaginal uterina anormal (3,4%), hipertensión arterial primaria (2,8%) y diarrea (2,1%). Las tres primeras causas de defunción hospitalaria en el grupo de edad de 15 a 44 años fueron: traumatismo intracraneal (11,3%), intoxicación por plaguicidas (10,7%) y SIDA (7,4%). En las edades de 45 a 59 años, las principales causas fueron insuficiencia renal crónica (9,9%), septicemia (6,2%) e insuficiencia hepática (5,3%).

La salud del adulto mayor (60 y más años)

En 1999 se registraron 10.573 muertes en el grupo de edad de 65 y más años, lo que corresponde a 42,8% de la mortalidad total del país; 37,2% de estas defunciones se debieron a enfermedades del sistema circulatorio, 14,1% a enfermedades transmisibles, 13,4% a neoplasias malignas, 5,1% a causas externas y 30,2% a las demás enfermedades. Las enfermedades circulatorias representaron 72,4% (3.936) del total de defunciones de las personas mayores de 60 años, con 43,4% por infarto agudo del miocardio, 28,0% por insuficiencia cardíaca congestiva, 18,2% por enfermedades cerebrovasculares, y el resto de las causas por debajo del 6%. La mortalidad por enfermedades transmisibles representó 40,8% (1.493) del total; las principales causas fueron: influenza y neumonía (56,3%), septicemia estreptocócica (29,4%) y diarrea y gastroenteritis (9,2%), y las otras causas por debajo del 3%. La mortalidad por tumores representa 51,7% (1.414); los más frecuentes son los tumores malignos de estómago (19,2%), la próstata (10,5%) y el cuello del útero (9,9%). Datos de mortalidad de la DIGESTYC indican que en 1999 el total de muertes intrahospita-

talarias fue de 2.768, con la siguiente distribución: enfermedades cardiovasculares (14,3%), enfermedades respiratorias (10,9%), accidente cerebrovascular (9,2%), insuficiencia renal crónica (5,6%) y traumatismos craneoencefálicos (3,4%).

Entre las primeras cinco causas de consulta externa en el grupo de 60 y más años figuran las infecciones respiratorias agudas (con una tasa de incidencia de 1.074,6 por 10.000 habitantes), la artritis (623,6), la hipertensión arterial primaria (616,6), las infecciones de vías urinarias (509,9) y la diarrea (271,2).

La salud de la familia

La Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples calculó para 1999 un total de 1.383.145 hogares, de los cuales 71,2% estaban encabezados por hombres y 28,8% por mujeres; el promedio de personas por hogar en la zona urbana era de 4,2, y en la rural, de 5. El 41,3% de los hogares se encontraban en situación de pobreza, con 47% de personas en estado de pobreza, de las cuales 38% habitaban en la zona urbana y 60% en la rural. El ingreso medio mensual por hogar era de US\$ 399,3, el ingreso de los hogares urbanos era 1,3 veces mayor que el de los rurales. La población ocupada percibía un ingreso promedio mensual de US\$ 237,6; los hombres ganaban 14,4% más que las mujeres. El 19,4% de los hogares recibían remesas familiares enviadas del exterior.

La salud de los trabajadores

En 1999 se realizaron 4.180.826 consultas externas, 66,7% correspondieron a beneficiarios directos y 33,3% a beneficiarios indirectos. El 81,5% de las consultas se debió a riesgos comunes, 0,9% a riesgos profesionales, y 3,4% a maternidad. La razón de consulta por población atendida es de 4,6 por beneficiario; la odontológica es de 0,4. El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) brinda cobertura a 14,6% del total de la población y, desde 1996, cubre no solo a los beneficiarios directos sino también a sus parejas e hijos menores de 6 años.

Las 10 primeras causas de consulta externa fueron: rinofaringitis aguda, hipertensión arterial, diarrea y gastroenteritis, control del embarazo, faringitis aguda, otras infecciones de vías respiratorias, examen ginecológico, causas de morbilidad desconocida, lumbago no especificado e infecciones de vías urinarias. En 1999 las primeras 10 causas de hospitalización fueron: embarazo, parto y puerperio, enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema genitourinario, traumatismo y envenenamiento, enfermedades del sistema circulatorio, tumores, factores que influyen en el estado de salud, enfermedades del sistema osteomuscular, enfermedades del sistema respiratorio, y enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.

De acuerdo con el ISSS, en 1999 se registraron 19.266 accidentes de trabajo, de los cuales 39,1% correspondió a industrias manufactureras, 16,6% a servicios comunales, sociales y personales, 15,6% a comercios de mayoreo y menudeo, hoteles y restaurantes, 12,2% a construcción, y 9,1% a inmuebles y servicios prestados a las empresas.

La salud de los discapacitados

En una encuesta realizada en el año 2000 por la OPS y el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ), la tasa de prevalencia general de discapacidad en El Salvador fue de 8,5 por 1.000 habitantes, mayor en los hombres (8,5) que en las mujeres (8,1).

Las discapacidades más frecuentemente encontradas fueron: visión disminuida (42%), problemas para caminar (31,2%), problemas para asir (15,5%), dificultades para oír (15,3%), problemas para hablar (11,9%), retardo mental (9,4%), epilepsia (6,9%) y mudez (6,2%). De las personas discapacitadas, 46,3% no sabían leer ni escribir, solo 22,8% terminaron el tercer grado, 14,1% completaron el sexto grado y 7,2% terminó el noveno grado. Solo 25,2% de los discapacitados tenían trabajo (66,1% eran mujeres y 33,8% hombres). Datos de la Encuesta para Personas con Discapacidad 2000 indican que 47,2% estaban empleados en forma temporaria, 17% eran empleados públicos o privados, 14,7% trabajaban de manera independiente, 6,5% en trabajos domésticos y 6,4% con empleo domiciliario.

La salud de los indígenas

En 1999, se calculó una población indígena de 684.613 personas, equivalente a 11,3% del total de la población salvadoreña. El pueblo pipil (nahuatl) es mayoritario, con 94,4% de aquella, el pueblo lenca, 4,1%, y el cacaopera, 1,5%; este último presenta los niveles de salud y calidad de vida más precarios. La población indígena está distribuida en 7 de los 14 departamentos del país: Ahuachapán (4 municipios), Sonsonate (14), La Libertad (5), San Salvador (4), La Paz (8), Morazán (3) y Santa Ana (1). La lengua predominante es el náhuatl, si bien los niños y jóvenes lo hablan con menor frecuencia. De acuerdo con un estudio del Consejo Coordinador Nacional de Indígenas Salvadoreños realizado en 1998, las familias tenían un promedio de cinco miembros; 76% estaban encabezadas por hombres y 24% por mujeres; 69% de sus miembros tenían entre 15 y 44 años de edad. El 10,5% de las mujeres en edad fértil utilizaban métodos anticonceptivos; la prevalencia de embarazo era de 9%, solo 26% de las embarazadas asistían a control prenatal y 70% de los partos eran atendidos por parteras. La cobertura de vacunación para toxoide tetánico era de 20%. El 59% de la población estaba alfabetizada. El porcentaje de desempleo llegaba a 24% y las viviendas eran predominantemente de adobe (57,8%) con piso de tierra (86,4%) y techo de paja (78%). El 33% contaba con servicio de energía eléctrica y 64% se alumbraba con candil o candela. El 91,6% de la población consumía agua de pozo, de río, o ambas; 60% contaba con letrinas y 37% carecía de instalaciones sanitarias de ningún tipo. El porcentaje de indígenas en situación de pobreza era de 61,1% y el de pobreza extrema llegaba a 38,3%; solo 1,3% recibía remesas familiares. Predominaban las enfermedades transmisibles (infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitismo intestinal).

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

En 1997 y 1998, los efectos del fenómeno El Niño dieron origen a una estación lluviosa irregular y a una estación seca muy extrema. En 1998, el huracán Mitch desencadenó lluvias que alcanzaron un máximo hacia el 31 de octubre y 1 de noviembre causando el desbordamiento de los ríos Grande de San Miguel y el Lempa, entre San Vicente y Usulután. Hubo un total de 239 defunciones y 57.777 damnificados. Se calculó en US\$ 124,37 millones el daño a acueductos y alcantarillados. En noviembre de 1999, las intensas lluvias provocaron el desbordamiento de los ríos del Bajo Lempa y La Paz, afectando a 11.334 personas de 48 comunidades pertenecientes a seis departamentos.

En junio de 1998 se produjo un accidente de contaminación ambiental por manejo inadecuado de los residuos de 42 barriles que contenían plaguicidas organoclorados líquidos. La emanación de gases tóxicos cubrió un radio de 1,5 km, y afectó a 36 personas. Entre septiembre y octubre de 2000, una intoxicación masiva causada por la ingestión de aguardiente de caña adulterado con metanol afectó a 167 personas y causó 93 defunciones, con una tasa de letalidad de 56%. Los intoxicados tenían en promedio 44 años de edad (entre 16 a 85 años) y 98% eran del sexo masculino.

En enero de 2001 El Salvador sufrió un fuerte terremoto de 7,6 grados de magnitud en la escala de Richter. Un mes después, un segundo terremoto de 6,6 en la escala de Richter sacudió el país. El Comité de Emergencia Nacional (COEN) contabilizó 827 muertos, 4.520 lesionados y 1.160.316 damnificados hasta el 2 de febrero de ese año, lo que representa una tasa de mortalidad para el país de 13,18 por 100.000 habitantes. El departamento La Libertad tuvo la tasa de mortalidad más alta (85,77 por 100.000 habitantes). Se estima que 18,48% de la población del país sufrió daños; los departamentos con mayor población damnificada fueron Usulután y La Paz, con casi el 100% y el 77% respectivamente. En cuanto a las estructuras edilicias, hubo 224.068 construcciones afectadas; 41,1% de las construcciones afectadas correspondieron a viviendas destruidas. El segundo terremoto agravó el desastre causado por el primero. Al 21 de febrero de 2001, el COEN notificó 315 defunciones, 3.399 lesionados y 252.622 damnificados; la tasa de mortalidad para el país fue de 5,0 por 100.000 habitantes. La zona afectada incluyó los departamentos de Cuscatlán, La Paz y San Vicente, con una tasa de mortalidad de 81,3, 19,8 y 54,0 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. La malaria mantuvo una tendencia estable ligeramente a la baja. Los casos por *Plasmodium falciparum* en el período 1997–2000 fueron 5, 11, 9 y 9 respectivamente, sin resistencia a la quimioterapia. Los casos por *P. vivax* fueron 2.714 (tasa de 45,9 por 100.000 habitantes) en 1997, 1.171 (tasa de 19,4

en 1998, 1.221 en 1999 y 599 en 2000. Los 14 departamentos del país se consideran zonas de transmisión de malaria. La morbilidad se concentra en cinco departamentos: La Unión, Sonsonate, La Paz, Ahuachapán y Usulután. La distribución por grupos de edad en el año 2000 fue de 0 (en menores de 1 año), 7,1% (1 a 4 años), 25,8% (5 a 14 años), 57,7% (15 a 44 años) y 9,4% (45 y más años). La razón hombre/mujer fue de 1,5:1. El índice parasitario anual en el año 2000 fue de 0,12 por 1.000 y el índice anual de *P. falciparum*, 0,0014. No se registraron defunciones por malaria en el período. El país ha adoptado la estrategia "Hacer retroceder el paludismo", reiterando en noviembre de 2000 sus principios de control. El principio básico es el diagnóstico temprano y el tratamiento inmediato de todos los casos clínicos.

Dengue. Esta enfermedad presenta características endémicas con brotes epidémicos en los últimos cuatro años y tendencia al aumento de los casos de dengue hemorrágico. En 1997 se registraron 396 casos de dengue clásico, con una tasa de incidencia de 6,7 por 100.000 habitantes, y en 1998, 1.686 casos de dengue clásico (tasa de 27,9) y 2 de dengue hemorrágico; se aisló el serotipo dengue-3; en 1999 se notificaron 556 casos de dengue clásico, con una tasa de 9,0 por 100.000 habitantes, y 70 de dengue hemorrágico, con el serotipo dengue-2. En el año 2000 se produjo una nueva epidemia de dengue, con 16.697 casos clínicos (tasa de 266,0), de los cuales 3.248 (19,5%) fueron confirmados en el laboratorio, y 411 se clasificaron como dengue hemorrágico/síndrome de choque del dengue, con 26 defunciones que afectaron sobre todo al grupo de niños de 5 a 9 años de edad (49,1%); se aisló el serotipo dengue-2 cepa Jamaica.

Hasta 2000, no se había puesto en práctica ninguna campaña sistemática contra el dengue, basada en el control del vector. De hecho, las medidas preventivas se centraron en promover la participación de la comunidad con mensajes de convocatoria a la población. Asimismo, se llevaron a cabo talleres de capacitación en fisiopatología, diagnóstico clínico y tratamiento del dengue con los médicos de la red de servicios del MSPAS, del ISSS y de las Fuerzas Armadas. La reducción de criaderos y la atención médica se intensificaron con motivo de la epidemia del año 2000.

Enfermedad de Chagas. A pesar de la aparente baja morbilidad, las encuestas entomológicas demuestran niveles altos de riesgo por la presencia del agente transmisor. En 1997 se realizó un estudio epidemiológico nacional de la infección por *Trypanosoma cruzi*. La muestra incluyó 205 localidades y 2.500 casas distribuidas en los 14 departamentos del país. Además, se examinaron 8.000 muestras de sangre de escolares de 7 a 14 años y 4.000 muestras de adultos con el método de ensayo de inmunoadsorción enzimática (ELISA) y de inmunofluorescencia directa. El índice de infestación de casas por *Triatoma dimidiata* fue de 23,7%; el índice de dispersión, 63,5%; el índice de densidad, 78,8%; el índice de colonización, 48,7%; el índice de infección de *Triatoma dimidiata* por *Trypanosoma cruzi*, 17,6%, y el índice serológico de

escolares, 0,4%, y el de adultos, variable: de 1,9% en Santa Ana a 8,9% en Sonsonate. La mitad de las localidades investigadas tenían un índice de infestación mayor de 20%. Las evaluaciones entomológicas del programa de control de vectores encontraron en 262 municipios un índice de infestación por *T. dimidiata* de 17,4%, 21,1% en la zona rural y 12,2% en la urbana. Se efectuó control de calidad en 15 muestras de sangre con la Cruz Roja Salvadoreña y 75 en Honduras, y hubo concordancia de 100% en los resultados. Se tamizan el 100% de las unidades de sangre para Chagas en el laboratorio central de sangre de la Cruz Roja Salvadoreña.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Se registraron 233 casos de enfermedades eruptivas febriles en 1999 y 633 en el año 2000. De febrero a marzo de 2001 se realizó una campaña de seguimiento para la erradicación del sarampión que tuvo un resultado exitoso pese a las complicaciones que acompañaron al período de los terremotos. La cobertura de vacunación a nivel nacional fue de 98% en todos los niños menores de 5 años de edad.

El país continúa libre de poliomielitis y aunque la cobertura de vacunación contra esta enfermedad en menores de 1 año ha sido superior a 95% en los últimos cinco años, se ha programado una campaña de vacunación indiscriminada de todos los menores de 5 años para el primer trimestre del 2002, a fin de disminuir el número de personas susceptibles.

Se presentaron cuatro casos de tos ferina en 1998, tres en 1999 y ocho en el 2000.

El tétanos neonatal ha dejado prácticamente de constituir un problema de salud pública en El Salvador. Se han presentado algunos casos de tétanos en adultos, de modo que la vacunación antitetánica se ha extendido a otros grupos de población considerados en riesgo. En 1999 y 2000 se presentaron 3 casos de tétanos neonatal cada año. En 1998 hubo 7 casos de tétanos, 5 en 1999 y 15 en el 2000.

La acción intersectorial para sostener esta cobertura y fortalecer la vigilancia epidemiológica, ha permitido satisfacer la mayor parte de los indicadores exigidos regionalmente para mantener la erradicación de la poliomielitis y el sarampión. La vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles incluye también la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Aunque ha habido casos de tos ferina, han sido esporádicos. La rubéola ha pasado a ser endémica en los últimos años, pero la cantidad de casos ha sido relativamente baja gracias a la administración de la vacuna triple viral (MMR) a poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes desde 1996, cuando, en el marco del Programa de Escuelas Saludables, se vacunó a la totalidad de la población escolar.

Siguiendo la recomendación de la OPS/OMS de introducir nuevas vacunas en el esquema nacional de vacunación, en 1999 se aplicaron las vacunas MMR y contra la hepatitis B a menores de 1 año, así como la TD (toxoides diftérico y tetánico) a mujeres en edad fértil.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales

Entre diciembre de 1999 y abril de 2000 se presentó un brote de cólera, con un total de 788 casos, 157 en 1999 y 631 en 2000. Este brote afectó principalmente a los departamentos de San Salvador, La Libertad, La Paz y Santa Ana. Los grupos de edad más afectados fueron los de 80 a 89 años (tasa de 28,9 por 100.000 habitantes), 70 a 79 años (9,7) y 60 a 69 años (8,3). La razón hombre/mujer fue de 1,1:1. En 1999 se registraron tres defunciones, con una tasa de letalidad de 1,9%. Los grupos de edad más afectados fueron el de 60 y más años, con 18,3 por 100.000 habitantes, y el de 20 a 59 años, con 5,9 por 100.000 habitantes. La tasa de incidencia de cólera fue de 2,6 por 100.000 habitantes. En el año 2000, la tasa de incidencia fue de 9,4 por 100.000 habitantes, con la siguiente distribución por grupos de edad: menores de 1 año, 2,4%; de 1 a 4 años, 5,4%; de 5 a 9 años, 6,4%; de 10 a 19 años, 9,8%; de 20 a 59 años, 50,2%, y de 60 y más años, 25,8%. No se notificaron defunciones.

En las semanas 50 a 52 de 2000 se registró un aumento de casos de diarrea por rotavirus en menores de 5 años; el agente causal, identificado por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Atlanta (EUA), fue el virus tipo 1.

Enfermedades crónicas transmisibles

Tuberculosis. A partir de 1997, el país adoptó la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS, conocida en el país como TAES), que comenzó en zonas piloto en 10% de los establecimientos de salud hasta llegar a 100% en el año 2000. En ese período, el número de casos de todas las formas de tuberculosis fluctuó entre 1.700 y 1.600 casos por año, con una tasa anual de incidencia de 27 a 28 por 100.000 habitantes, y los casos nuevos con positividad para bacilos ácido alcohol resistentes de 882 a 1.070, con una tasa de 14 a 17 por 100.000 habitantes. En los últimos años ha habido un incremento en las notificaciones debido a la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios (toda persona mayor de 15 años de edad que presenta tos con expectoración o sin ella de más de 15 días de evolución). Con respecto a los casos nuevos de tuberculosis pulmonar con frotis positivo por grupos de edad y sexo para el año 2000, se observó que 96% corresponden a la población de 15 a 29 años de edad; 62% fueron masculinos y 38% femeninos. La cobertura de vacunación con BCG se mantuvo entre 95% y 99% en los menores de 5 años de edad. La tasa de tuberculosis meningéa, con uno a cuatro casos por año, se mantiene entre 0,025 y 0,2 por 100.000 en este grupo de edad. El esquema de tratamiento es el estandarizado a nivel mundial, que en 1997 se aplicó a 10% de los pacientes, proporción que aumentó a 54% en 1998 y a 94% en 1999. Se ha capacitado a promotores de la salud y se han extendido los horarios de atención. La eficacia del tratamiento fue de 68,6% en 1997 y de 82% en 1999, que se reflejó, entre otros índices, en la disminución del abandono del tratamiento, de 11,3% en 1997 a 8,8% en 1999.

Leprosia. Se han intensificado las actividades de diagnóstico y de poliquimioterapia temprana en los últimos tres años. En 2000, la prevalencia era de 56 casos con 7 nuevos casos diagnosticados en la zona norte del país. La tasa es menor de 1 por 10.000 habitantes.

Infecciones respiratorias agudas

Estas infecciones constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de El Salvador. En 2000 se registraron 1.585.154 casos, con una tasa de incidencia de 252,3 por 1.000 habitantes y 52% de la población menor de 5 años de edad afectada. Asimismo, la neumonía y bronconeumonía tuvieron una tasa de incidencia de 44,7 por 1.000 habitantes, con 38,3% de menores de 1 año afectados, 27,4% en el grupo de 20 a 59 años y 18% en el de 5 a 9 años. Estas enfermedades ocupan el segundo lugar como causa de muerte en el total de defunciones hospitalarias registradas (480); el quinto lugar en las defunciones de menores de 1 año (144); el primero en el grupo de 1 a 4 años (31); el segundo en el grupo de 5 a 14 (14); el octavo lugar en el grupo de 45 a 59 años (28), y el segundo lugar en el grupo de 60 y más años (225).

Rabia

En San Miguel se registró un caso de rabia humana en 1999 y en San Vicente uno en 2000. En los últimos tres años, los casos de rabia canina disminuyeron de 123 en 1998 a 35 en 2000; los departamentos más afectados fueron: La Libertad, Ahuachapán, Cuscatlán y San Miguel. En los felinos se presentaron seis casos por año entre 1999 y 2000. Se produjeron ocho casos en bovinos en el año 2000.

VIH/SIDA

En 2000, se notificaron 3.482 casos de SIDA, con una tasa de 8,16 por 100.000 habitantes (la más alta desde el inicio de la epidemia en 1984), 80,5% en la zona urbana y 19,0% en la rural. El 73,3% de los casos correspondieron al género masculino y 26,7% al femenino. Predomina la transmisión sexual, con 89,5% de los casos (78,4% en heterosexuales, 6,1% en homosexuales, 5,0% en bisexuales); la transmisión vertical representa 4,8% de los casos, y la transmisión por transfusión sanguínea se mantuvo en 0,5% en los últimos siete años. El grupo más afectado fue el de 15 a 39 años de edad, con 67,4%; 10% de los casos corresponde al grupo de 50 y más años de edad. En la población de 12 a 24 años se registraron 630 casos. En mujeres en edad fértil se notificaron 683 casos de SIDA y 906 casos VIH positivos (figura 4). El grupo de 20 a 29 años de edad resultó el más afectado. Los departamentos con mayor cantidad de casos por 100.000 habitantes fueron San Salvador (89); Sonsonate (40); Santa Ana (32); San Vicente (31,4); La Libertad (28); y Cuscatlán (27). El tratamiento antirretroviral se realiza a partir del último trimestre de 2000 en el MSPAS y el ISSS. En el período 1997–2000, la vigilancia epidemiológica de infección por el VIH en lugares de control detectó la

infección en 0,3% de las mujeres embarazadas y 21,6% (1997) de los niños de la calle.

Infecciones de transmisión sexual

La frecuencia de casos curables de infecciones de transmisión sexual desde 1997 hasta 2000 ha tenido un ligero aumento, con un promedio de 45.652 casos por año y una tasa de incidencia para el 2000 de 88,9 por 10.000 habitantes. Las enfermedades más frecuentes en el año 2000 fueron: candidiasis (55,9%); tricomoniasis (27,8%), y gonorrea (5,7%). La sífilis congénita ocupó 0,2% de los totales.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Según estudios de FESAL-98, la desnutrición crónica en menores de 5 años, representada por el indicador de talla para la edad, era de 23,3%, es decir que permaneció casi invariable si se la compara con el último dato de FESAL-93 (22,8%). La desnutrición crónica en preescolares aumentó con la edad, pasando de 11,2% en los menores de 12 meses a 30,6% en los niños de 48 a 59 meses. En cuanto a la desnutrición aguda, solo 1,1% de los niños presentaban un peso para la talla dos desviaciones estándar por debajo del valor esperado (2,3%). La desnutrición global (peso para la edad) en el conjunto del país era de 11,8% en menores de 5 años.

En una valoración nutricional de escolares realizada en 1997 por el MSPAS, se encontraron niveles de retinol sérico mayores de 30 µg/dl en 91% de los escolares, de 20 y 30 µg/dl en 8%, y niveles menores de 20 µg/dl en 1%, cifras que, comparadas con las de 1992, reflejan un mejor control de la deficiencia de vitamina A, atribuible al programa de enriquecimiento del azúcar. En las zafas de 1995-1996 y 1996-1997 se logró enriquecer 86% del azúcar de consumo interno, porcentaje que aumentó a 91% en 1997-1998 y a 90% en 1998-1999. En 1995 se inició la vigilancia en los hogares. El MSPAS indicó que en 1995 y 1997, 80% y 87%, respectivamente, del azúcar muestreada contenía retinol. En 1998, un estudio nacional mostró que 72% de las muestras contenían vitamina A en niveles mayores a 5,0 µg retinol/g azúcar, y en 1999 y 2000, 72,0% y 97,4% de las muestras, respectivamente.

La FESAL-98 encontró una prevalencia de anemia por deficiencia de hierro de 18,9% en niños de 12 a 59 meses, sin mayores variaciones por zona de residencia. Con relación a la edad, la prevalencia de anemia desciende de 41,7% en niños de 12 a 17 meses, a 8,4% en los de 48 a 59 meses. No se observan diferencias según el sexo. La prevalencia de anemia en madres de 15 a 49 años de edad fue de 8,8% a nivel nacional, sin mayores variaciones por zona de residencia. En cuanto al enriquecimiento de la harina de trigo con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B, en 1997 la vigilancia en hogares encontró que 100% de las muestras de pan francés contenían niveles mayores de 40 mg por kilo de pan. En 1998 se obtuvo 97,65%, en 1999, 99,15%, y en 2000, 100%.

En relación con el yodo, en 1996 y 1997 el MSPAS realizó un primer estudio nacional sobre excreción urinaria de yodo en es-

colares, que demostró avances en el control de los trastornos por deficiencia de yodo. La mediana poblacional de excreción urinaria de yodo fue de 15 mcg/dl (150 mcg/l) en una muestra de 2.400 escolares de 6 a 14 años. Los resultados obtenidos son atribuibles a la yodación de la sal.

Con respecto a la lactancia materna, en 1998, 94% de los niños habían sido amamantados en alguna oportunidad; 26% recibieron lactancia materna en la primera hora de nacidos y 56% en el primer día de vida. Entre 1993 y 1998 se observó un aumento de 15,5 a 17,1 meses en la duración promedio de cualquier esquema cronológico de lactancia materna.

En cuanto a la vigilancia de alimentos, la valoración de 1.523 productos alimentarios importados y nacionales realizada en 2000, demostró que 2,1% presentaba contaminación bacteriológica, y 1,9%, contaminación fisicoquímica.

Enfermedades del sistema circulatorio

De acuerdo con los datos obtenidos por el MSPAS y la DIGESTYC en 1999, entre las enfermedades cardiovasculares más frecuentes de la población mayor de 45 años de edad se destaca la hipertensión arterial primaria, que ocupa el tercer lugar entre los motivos de consulta. Los egresos hospitalarios muestran que la problemática aumenta en la población de 60 y más años debido a otras causas cardiovasculares, tales como la insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad isquémica del corazón y la hipertensión arterial primaria. Según los registros de mortalidad de los establecimientos médicos, el grupo de 45 a 59 años de edad con infarto agudo del miocardio representa 2,8% del total de defunciones, y el de 60 y más años, 5,5%; la insuficiencia cardíaca representa 4% de las defunciones, y la enfermedad isquémica crónica del corazón, 2,1%.

En relación con la mortalidad general a nivel nacional, la DIGESTYC señaló que las enfermedades del sistema circulatorio representaron 22% del total de defunciones; la población más afectada fue la de 65 y más años, con 72,4% de todos los casos; las tres primeras causas son el infarto agudo del miocardio (44,6%), la insuficiencia cardíaca congestiva (25,5%) y las enfermedades cerebrovasculares (19%). Las enfermedades del sistema circulatorio durante el embarazo causaron dos muertes.

Neoplasias malignas

Para 1999, la DIGESTYC contabilizó 2.736 defunciones por neoplasias, 11% del total de defunciones en el ámbito nacional; la población más afectada fue la de 65 y más años, con 51,7%, y la de 45 a 64 años, con 31,7%. Los primeros tipos de tumores malignos fueron: del estómago (16,7%), del cuello, cuerpo y partes no especificadas del útero (14,6%), de la próstata (6%), y del hígado y vías biliares intrahepáticas (5,9%). El 37,4% de las defunciones corresponde a los demás tumores. El tumor con menor mortalidad fue el tumor maligno del encéfalo (2,5%). La tasa de mortalidad de las mujeres fue mayor que la de los hombres (58,6%).

Accidentes y violencia

En 1999, los secuestros de menores de 18 años representaron 5% de los casos de secuestro registrados; en el 2000, este porcentaje aumentó a 27%. Los registros estadísticos de la Policía Nacional Civil muestran que de enero a septiembre de 2000 se produjeron 18.210 accidentes de transporte, en 9% de ellos se comprobó el abuso de alcohol. Según un estudio del Instituto de Medicina Legal de la Corte Suprema de Justicia, se produjeron 3.800 accidentes de tránsito, con 1.420 muertes (tasa de mortalidad de 23,1 por 100.000 habitantes), 79,7% masculinas. Las caídas accidentales representaron 10,7% del total de defunciones, con una tasa de mortalidad de 3,7 por 1.000 habitantes, 86% en hombres y 14% en mujeres; los grupos de edad más afectados fueron 60 y más años, 10 a 14 años, 50 a 54 años y 35 a 39 años. La asfixia por inmersión causó 303 defunciones, con una tasa de 4,9 por 100.000 habitantes, 80% eran hombres y 20% mujeres. Por electrocución murieron 36 personas, todos hombres. Los incendios y quemaduras causaron 33 defunciones, con una tasa de mortalidad de 0,5 por 100.000 habitantes, 57,6% eran hombres. Los traumas accidentales por objetos contundentes causaron 22 defunciones, 63% en el sexo masculino, para una tasa de mortalidad de 0,4. Las muertes por asfixia por aspiración de contenido gástrico afectaron sobre todo a los menores de 18 años de edad, con 8 defunciones (61,5%); en este grupo, los menores de 1 año presentan el mayor porcentaje, seguido por el de 1 a 4 años y por el de 10 a 14 años. Por asfixia por cuerpo extraño hubo siete defunciones (cinco hombres y dos mujeres). Se notificaron 20 intoxicaciones accidentales por ingesta de sustancias tóxicas, con una tasa de mortalidad de 0,3 por 100.000 habitantes (75% en hombres y 25% en mujeres). El 35% eran menores de edad; 5% tenían menos de 1 año; 20%, de 1 a 4 años; 10%, de 5 a 9 años, y 25% tenían 60 y más años. Se produjeron seis defunciones hospitalarias por ingestión de sustancias tóxicas, intoxicación accidental por inhalación o absorción de sustancias tóxicas. Por accidentes con armas de fuego murieron nueve personas, siete hombres y dos mujeres; los grupos más afectados fueron el de 20 a 24 años de edad (44,4%) y el de 15 a 19 años. En 1999 murieron 2.544 personas por homicidio, con una tasa de mortalidad de 41,3 por 100.000 habitantes; 92,3% fueron hombres y 7,7% mujeres.

Salud oral

Un estudio realizado en 1999 por el MSPAS y el Ministerio de Educación reveló que 91,2% y 90,3% de los escolares de 12 y 15 años de edad no tenían ningún grado de fluorosis. La prevalencia de caries fue de 43,6%. El promedio del índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) fue de 1,3 a los 12 años de edad y de 2,4 a los 15 años. En el 2000, una encuesta sobre caries y fluorosis dental en escolares de 6, 7, 8, 12 y 15 años de centros de enseñanza pública (2.000 escolares), encontró una prevalencia de caries de 61%. El 28,2% de los niños de 6 años de edad tenían dentadura sana. La necesidad de tratamiento inmediato debido a caries profunda se observó en el 20,6%.

Enfermedades emergentes y reemergentes

En 1999 se registraron 40 casos de leptospirosis, con una tasa de 0,65 por 100.000 habitantes. Los casos aparecieron en los departamentos de Cabañas (11), San Salvador (15), Santa Ana (5), San Vicente (1), Usulután (3), Morazán (1), La Libertad, (2) Sonsonate (1) y Cuscatlán (1). La distribución de los casos según grupos de edad fue de 32,5% entre los 5 y 14 años, 50% en el grupo de 15 a 44, 12,5% en el de 45 a 64, y 5% en el de 65 y más años.

En un estudio sobre meningitis realizado en tres hospitales de tercer nivel en 1998–1999 se encontró que 60% de los microorganismos causales aislados fueron *Haemophilus influenzae* tipo b, 38% *Streptococcus pneumoniae*, y solo 2% *Neisseria meningitidis* serotipo A. Se recomendó incluir la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Programa de Gobierno 1999–2004, denominado “La Nueva Alianza”, establece los lineamientos políticos de seis esferas estratégicas de acción: alianza por el trabajo; alianza solidaria; alianza por la seguridad; alianza por el futuro; gobierno efectivo y participativo, y consolidación de la estabilidad económica. La alianza solidaria estableció entre sus objetivos el fomento a la participación local y la descentralización de la gestión gubernamental, y el acceso efectivo a los servicios básicos de salud. Para ello, especificó las siguientes acciones de salud: iniciar la reforma del sector orientada a la construcción de un sistema nacional equitativo, eficaz y participativo; descentralizar e introducir incentivos de mercado en la provisión de servicios de salud, e incentivar proyectos locales de promoción de la salud, prevención de enfermedades y saneamiento básico y ambiental, que promuevan la participación organizada y sostenida de la comunidad y los gobiernos locales. Con el propósito de elaborar un documento consensuado sobre la reforma del sector de la salud que integre las propuestas de diversos sectores sociales del país, se constituyó en 1999 el Consejo Nacional de Reforma en Salud presidido por el Ministro de Salud e integrado por representantes del ISSS, organizaciones no gubernamentales, proveedores privados de servicios de salud, asociaciones gremiales profesionales, cámaras empresarias, usuarios e instituciones formadoras de recursos humanos en salud. A finales del año 2000, la Propuesta de Reforma Integral de Salud fue presentada al Presidente de la República. El documento integra nueve lineamientos generales de la reforma del sistema de salud, define sus principios y valores, y expone la estrategia para su aplicación en el corto, mediano y largo plazo.

Los lineamientos de la reforma se orientan a consolidar un sistema nacional de salud, afianzar un modelo de atención integral, asegurar un modelo de provisión mixta, organizar un modelo de

gestión basado en la rectoría del Ministerio de Salud, institucionalizar la participación social y promover la descentralización como ejes transversales del sistema de salud, invertir en recursos humanos para la salud como elemento central del cambio y la gestión del sistema de salud, fortalecer la intersectorialidad en la respuesta organizada a los retos de salud, y garantizar los servicios esenciales de salud a toda la población. Al mismo tiempo, se reconoce la necesidad de profundizar el debate público sobre el financiamiento y el marco legal del sector, temas aún no consensuados.

La reforma del sector es liderada por el Consejo Nacional de Reforma en Salud y conducida por el MSPAS, aunque su rectoría es por el momento débil para las exigencias del sector. El MSPAS ha propuesto dos grandes etapas: en primer lugar, la reforma de procesos administrativos y técnicos dentro de esta institución (1994–1998); en segundo lugar, la extensión de la reforma a todas las instituciones del sector (1999–2004), con seguimiento de los contenidos.

La Constitución de la República de El Salvador establece el derecho de la ciudadanía a obtener prestaciones de salud, sobre todo por parte de las poblaciones marginales y postergadas, lo que se pone de manifiesto en la decisión de aplicar el principio de equidad en la asistencia sanitaria. El MSPAS está revisando los instrumentos legales de regulación básica del sector. Se está ejecutando el nuevo reglamento general de hospitales oficializado en 1996 y se ha elaborado un anteproyecto de Código de Salud que se encuentra en etapa de análisis técnico, luego de haber sido sometido a una amplia consulta nacional. Por otra parte, la Ley de Trasplante de Órganos y Tejidos, recientemente aprobada por la Asamblea Legislativa, servirá para la regulación de este tipo de acciones. Asimismo, se está trabajando en una política y proyecto nacional de garantía de calidad, una política nacional para la equiparación de oportunidades para los discapacitados y de una política de desarrollo de recursos humanos. Se han realizado talleres para la revisión de normas y responsabilidades en la División de Atención al Medio, y se ha trabajado en la normativa de la vigilancia epidemiológica.

El MSPAS ha llevado a cabo una campaña para difundir el decálogo de derechos y deberes de la población en materia de salud por diversos medios de comunicación. Se han diseñado programas y estrategias para incrementar la cobertura de atención a niños y mujer en edad fértil. Se creó el Programa de Escuelas Saludables, con una cobertura rural que alcanzó a 100% de las escuelas públicas. Se aprobó la ley, reglamento y políticas de equiparación de oportunidades para personas con discapacidad y el Programa de Rehabilitación de Base Comunitaria. Se promovió el derecho de las poblaciones indígenas a la atención en salud. El documento “Propuesta de Reforma Integral en Salud” aspira a garantizar en una primera etapa servicios esenciales de salud para la población rural y urbano-marginal.

El MSPAS definió y adquirió el compromiso de impulsar la modernización institucional como base del proceso de reforma sanitaria, readecuando la organización y gestión de sus estructu-

ras en todos los niveles y promoviendo un plan de reestructuración que supone la separación de las funciones de rectoría, regulación y provisión de servicios. Los lineamientos para la propuesta de organización y funciones para fortalecer el papel rector del MSPAS incluyeron la identificación de las implicaciones políticas, legales y financieras para asegurar el desarrollo del nuevo modelo de gestión descentralizado. Se estableció el marco conceptual y operativo de los sistemas básicos de salud integral (SIBASI), se diseñaron estrategias y se definió su alcance geográfico y poblacional.

Los SIBASI son la estructura básica descentralizada del sistema nacional de salud; consisten en una red de servicios integrales del primer y segundo nivel de atención, se apoyan en la participación ciudadana consciente y efectiva y en la corresponsabilidad de otros sectores, y contribuyen a mejorar el nivel de salud de una población definida. La estrategia, que se desarrollará en forma gradual hasta consolidarse, se basa en la premisa de centralizar el papel normativo y regulador en el ente rector, y el papel de descentralización operativa en el gestor-proveedor, así como en los centros nacionales de referencia. El proceso de descentralización señala puntos críticos en el ámbito del papel de rectoría: el avance del proceso de modernización del Estado; la definición y actualización del marco jurídico legal que respalde las medidas organizativas y administrativas, sobre todo la descentralización financiero-presupuestaria; la conflictividad gremial por reivindicaciones; la garantía de la amplia y efectiva participación ciudadana; y la continuidad del respaldo financiero gubernamental y de la cooperación externa. En el proceso de descentralización de la red de servicios, se ha establecido la separación de funciones de los niveles de provisión de servicios ambulatorios y hospitalarios, para lo cual se han suscrito contratos de gestión de los establecimientos que forman los SIBASI con el nivel central del MSPAS, sobre el volumen de producción y la calidad de las prestaciones. Los procesos de desconcentración se han puesto en práctica únicamente en el MSPAS y el ISSS.

Se han iniciado proyectos para establecer el marco legal de modalidades flexibles de participación social para la identificación, priorización, programación, puesta en práctica y control de las acciones de salud. Así, se realizó en el ámbito nacional un taller con representantes de los 28 SIBASI oficializados, para el análisis de líneas de trabajo sobre participación social en salud. Entre las principales actividades de participación social se cuentan: el desarrollo de mecanismos de fortalecimiento de grupos comunitarios de salud; la definición de nuevas formas de expresión de la intersectorialidad; el fomento de la sensibilización y socialización de los SIBASI; los aspectos de control social; la construcción de su marco jurídico, y la definición del perfil de los miembros que integrarán las instancias de control social de la gestión sanitaria. Hasta el momento se han constituido 11 comités de consulta social en 11 SIBASI.

La oferta de servicios de salud presenta cambios, sobre todo en el primer nivel de atención, partiendo del análisis de la de-

manda que llega a los establecimientos y del perfil de salud del entorno. Se han definido, a partir de este nivel de atención, los grupos de riesgo y las poblaciones vulnerables a los que se dirigen los programas preventivos y sociales. La mayoría de establecimientos del MSPAS están ejecutando consultas escalonadas y por citas; además, se han ampliado los horarios de atención a la gente en días de semana hasta las 7 p.m. y se cuenta con un plan de atención de fines de semanas y períodos de vacaciones. Se han verificado avances importantes en el MSPAS en el marco de las modalidades de atención integral de salud, tales como la integración de las organizaciones no gubernamentales y alcaldías como proveedores y gestores directos de la asistencia sanitaria a poblaciones específicas en las áreas de los SIBASI.

El nivel central del MSPAS dentro de su modelo de gestión en salud, que habrá de concretarse en los SIBASI, define 11 sistemas: financiero, servicios generales, abastecimiento, recursos humanos, comunicación social, dirección, información, control, planificación-investigación-desarrollo, provisión de servicios de salud, y regulación y legislación. Hay algunas experiencias de adjudicación de servicios públicos a la gestión privada en áreas específicas de los SIBASI. Así, pueden señalarse la Asociación Salvadoreña Pro-Salud Rural, ASAPROSAR (una organización no gubernamental), Cemento de El Salvador, CESSA (una empresa privada), y los Consejos Municipales del SIBASI de Metapán (departamento de Santa Ana). La incorporación de organizaciones no gubernamentales a los SIBASI de Morazán y Sonsonate constituye una experiencia valiosa que establece nuevas modalidades en cuanto a la delegación de responsabilidades y tareas relacionadas con la prestación de servicios de salud por terceros proveedores, en un marco de contratos de gestión.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El sector salud está constituido por tres subsectores: el subsector público, constituido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Bienestar Magisterial y la Sanidad Militar; la seguridad social, constituida por el ISSS y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), y el subsector privado, que incluye servicios de salud lucrativos y no lucrativos. En la década de 1990, la estructura organizativa predominante en la mayoría de las instituciones ha sido el modelo centralizado con una organización burocrática y profesional. Durante el período de Gobierno 1994–1999 se puso en marcha el Plan de Modernización del Estado, que ha sido consolidado por el Gobierno actual. En el marco de este plan, el MSPAS introdujo cambios en el modelo de organización y gestión a partir de la descentralización y desconcentración de la provisión y administración de los servicios. El ISSS también realiza cambios organizativos, sobre todo en el modelo de gestión hospitalaria y en la prestación de servicios preventivos e integrales a nivel ambulatorio.

Las instituciones del subsector privado lucrativo mantienen el modelo empresarial y predomina la libre práctica médica; en las organizaciones no lucrativas la tendencia es a la constitución de organizaciones no gubernamentales que trabajan con financiamiento externo, subsidios públicos o fondos privados en zonas territoriales específicas o en temas circunscritos.

En el año 2000, el MSPAS estableció una nueva estructura orgánica, administrativa y funcional expresada en la creación de 28 SIBASI. Los servicios de salud del MSPAS están organizados por niveles de complejidad, con enfoques curativo y preventivo; tiene una red de servicios a nivel nacional, que se ha incrementado de 427 establecimientos en 1996 a 610 en 2000. Posee 30 hospitales, con un total de 4.677 camas hospitalarias, 357 unidades de salud, 171 casas de salud, 52 centros rurales de nutrición, y una clínica para empleados. Esta red tiene tres niveles de atención y complejidad crecientes: el primero, centrado en la prevención y en la provisión de servicios de baja complejidad, está integrado por centros rurales de nutrición, casas de salud y unidades de salud; el segundo también cuenta con programas preventivos y hospitalización (hospitales nacionales generales); y el tercero ofrece servicios curativos en hospitales de especialidades.

El ISSS brinda asistencia sanitaria a los trabajadores de las empresas e instituciones públicas y privadas y a los jubilados del ISSS. Su red asistencial, formada por 10 hospitales, 35 unidades médicas y 24 clínicas comunales, proporciona atención médica en hospitalización y atención ambulatoria y servicios preventivos. Las demás instituciones del sector público ofrecen servicios de atención médica y hospitalización.

El sector privado lucrativo dispone de clínicas y hospitales generales y especializados concentrados en la capital del país y en las zonas urbanas de las principales ciudades. Los hospitales más importantes son el Metropolitano, el de Diagnóstico, y el de la Mujer. Las principales aseguradoras de salud son Pan-American Life, Aseguradora Suiza Salvadoreña (ASESUISA) y Salud Total, cuya naturaleza jurídica es la de sociedades anónimas. Los hospitales privados venden servicios al ISSS y a la Asociación Magisterial. Las instituciones privadas no lucrativas ofrecen servicios médicos preventivos en las zonas rurales del país y servicios de hospitalización en la capital a través de las organizaciones no gubernamentales; el principal hospital de este tipo es el Hospital Pro-Familia. Las instituciones públicas y privadas se relacionan para cuestiones específicas con el MSPAS. La creación de los SIBASI permitió aumentar la conformación de redes de servicios de salud y la participación de todas las instituciones locales que brindan servicios de salud en la zona cubierta por estos sistemas.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

La provisión de servicios de asistencia sanitaria por parte de los prestadores privados, así como el ejercicio de las profesiones

relacionadas con la salud y la habilitación de farmacias y otros servicios regulados, está bajo la vigilancia del Consejo Superior de Salud Pública del MSPAS, a través de Juntas de Vigilancia. El MSPAS no supervisa la prestación de servicios privados; sin embargo, les solicita información epidemiológica.

El Ministerio de Educación tiene a su cargo la acreditación de las instituciones formadoras de profesionales en salud, sobre la base de la currícula de las diferentes carreras. Actualmente, la Universidad de El Salvador, a través de su Facultad de Medicina, avala las especialidades médicas de posgrado que se realizan en los hospitales de tercer nivel del MSPAS. El registro, regulación y control de medicamentos y cosméticos lo realiza el Consejo Superior de Salud Pública a través de su Junta de Vigilancia de la Profesión de Químicos y Farmacéuticos. El MSPAS establece las normas técnicas farmacoterapéuticas y realiza el control de calidad de los medicamentos.

La calidad del ambiente

Es perceptible el incremento del deterioro ambiental, sobre todo en lo que se refiere a contaminación de la mayor parte de las fuentes superficiales de agua, la deforestación de las cuencas hidrográficas, los procesos de erosión y deslaves frecuentes con las lluvias, la contaminación atmosférica del área metropolitana de San Salvador, y la pobre calidad de la vivienda rural en el país.

La notificación anual de casos de intoxicaciones agudas por plaguicidas durante 1997, 1998, 1999 y 2000 fue de 930, 1.745, 2.298 y 2.349, respectivamente. El aumento de la incidencia se debe a la mejora de los sistemas de notificación y registro. Los departamentos que más intoxicaciones presentaron en el año 2000 son Santa Ana (379 casos), La Libertad (229), Sonsonate (219) y Ahuachapán (168). En ese mismo año, se observa que 70,2% de los casos se presentaron en el sexo masculino; el grupo más afectado fue el de 20 a 59 años de edad, con 60,1% de los casos, seguido por el de 10 a 19 años, con 26,6%. La tasa de mortalidad disminuyó de 12,6% en 1999 a 10,8% en el 2000 debido a un mejor diagnóstico y tratamiento oportuno. En el año 2000 murieron 253 pacientes. Las personas intoxicadas por intento de suicidio representaron 44% del total de las intoxicaciones. Las intoxicaciones accidentales y laborales representaron 27,9% y 26,9% respectivamente. Los principales plaguicidas involucrados en las intoxicaciones según nombre genérico son los organofosforados, los carbamatos, las fosfaminas y los bupiridilos. Para la atención de los problemas de intoxicación por sustancias químicas el país cuenta con un Centro Nacional de Información Toxicológica, ubicado en el Hospital San Rafael.

Organización de los servicios de salud pública

El MSPAS ha definido una integración programática basada en matrices, que incluye programas por grupos de población (atención al niño, al adolescente y al adulto, salud de la mujer y salud del adulto mayor); por problema o daño a la salud (salud

oral, tuberculosis, control de vectores, VIH/SIDA, inmunizaciones, saneamiento ambiental), y por entornos de acción (individuo, familia, comunidad y ambiente). El ISSS lleva a cabo actividades de prevención y promoción de la salud, entre ellas se destacan los programas de educación para la salud, salud mental, atención preventiva del adulto, salud reproductiva y atención infantil, y salud comunitaria.

Se hace hincapié en la salud preventiva. Así, se mantienen tasas de coberturas de alrededor o por encima de 95% de las vacunas DPT (difteria, tos ferina y tétanos), antipoliomielítica, BCG y SPR (sarampión, parotiditis, rubéola) desde 1995; en 2000, las tasas de cobertura notificada de DPT3 fue de 99%; de vacuna antipoliomielítica tercera dosis (OPV3), 98% y de SPR, 97% (figura 5). También se privilegió el programa de detección y tratamiento de la tuberculosis, la prevención del VIH/SIDA y los programas preventivos incluidos en la estrategia de Escuelas Saludables. Alrededor de 55% de las mujeres embarazadas reciben atención materna en establecimientos del MSPAS, 74% de los partos del año 2000 se atendieron institucionalmente, mientras que el 26% restante fue cubierto por parteras tradicionales, muchas de las cuales han sido capacitadas. Durante el año 2000 se ha privilegiado la atención de la salud mental. A fines del año 2000 se puso en práctica un programa de disminución del cáncer cervicouterino. El MSPAS regula las actividades de vigilancia alimentaria, en coordinación con los Ministerios de Agricultura y Ganadería, Economía y Hacienda, y con las Municipalidades y Universidades, cada una de ellas en el marco de las atribuciones establecidas en la legislación; se incluye también al sector privado.

Agua potable y alcantarillado

El sector de agua potable y saneamiento está constituido principalmente por la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA), creada como ente autónomo en 1961, las municipalidades y numerosos organismos no gubernamentales. ANDA presta servicios de agua y alcantarillados en 181 cabeceras municipales que comprenden la mayor parte de la población urbana del país. Hay 71 cabeceras municipales en las que los servicios de agua y saneamiento son atendidos por las municipalidades. En la zona rural, las mismas comunidades administran muchos de los servicios. En los últimos años se ha emprendido la reforma del sector de recursos hídricos y del subsector de abastecimiento de agua, con las propuestas de una ley general de aguas, ley de prestación de servicios de agua y saneamiento, modernización de la ANDA y creación de un consejo nacional del recurso agua y de un ente regulador de la prestación de servicios. Se espera que en breve plazo estas propuestas se oficialicen.

A partir de junio de 1998 entró en vigencia la "Norma salvadoreña obligatoria para la calidad del agua potable", que establece valores recomendados para la calidad del agua, procedimientos, registros, frecuencia mínima de muestreo, y métodos normalizados para que utilicen los entes municipales o de servi-

cio público encargados de velar por los servicios de agua para consumo humano. En las principales zonas urbanas se han logrado considerables avances en la cobertura de los servicios de agua potable. El 93,5% de la población urbana cuenta con servicios de agua potable, y 86,4% de la población urbana con algún servicio de saneamiento. En cambio, solo 26,2% de la población rural cuenta con algún servicio de abastecimiento de agua y 49,6% con una adecuada disposición sanitaria de excretas; es notoria la falta de equidad en las condiciones de la población urbana y la rural.

Por otro lado, aunque la cobertura de los servicios de agua es bastante alta, la calidad de estos servicios es deficiente. Se ha calculado que 82,6% de los sistemas de abastecimiento prestan el servicio de manera intermitente. El promedio anual de inversiones en agua y saneamiento ha sido de alrededor de US\$ 22 millones, bastante inferior a lo demandado para elevar a más de 95% las coberturas urbana y rural. El MSPAS ha consolidado en estos años una red nacional de producción de hipoclorito de sodio para la desinfección del agua (PURIAGUA). De las 262 municipalidades del país, 208 cuentan por lo menos con un sistema generador de solución de cloro.

Manejo de residuos sólidos municipales

En el país no hay un plan maestro de residuos sólidos para la gestión adecuada en el nivel nacional. El reglamento especial sobre el manejo integral de los desechos sólidos es el primer paso importante para el establecimiento del sistema legal relativo a desechos sólidos.

En 1999, entró en operación un relleno sanitario que presta servicio a 10 de los 14 municipios del área metropolitana de San Salvador, el que recibe aproximadamente 1.200 toneladas diarias. Esta iniciativa es el resultado de una empresa mixta entre el sector privado y las municipalidades. Algunos municipios del interior del país han iniciado la construcción de rellenos sanitarios mecanizados en el caso de los de mayor población, y de rellenos sanitarios manuales en los más pequeños. La mayoría de las cabeceras municipales del interior no cuentan con sistemas formales de disposición final de los residuos sólidos. En 1998, se estimó que 64,2% de las viviendas urbanas del país contaban con servicio de recolección de basuras.

Prevención y control de la contaminación del aire

Según mediciones realizadas entre 1998 y 2000 en el área metropolitana de San Salvador, el dióxido de nitrógeno y las partículas menores de 10 micras son los parámetros que con más frecuencia sobrepasan los valores guía de la OMS. En 1999 las mediciones se hicieron a partir del mes de marzo. La estación seca culminó en mayo, mes en que se observó la mayor presencia de contaminantes en el aire. Después de julio, en pleno período de lluvias, se presentaron los valores más bajos de contaminantes. Se estima que 70% de las emisiones al aire provienen del parque automotor, que es muy viejo.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

El MSPAS cubre a 80% de la población, el ISSS a 15%, y otros proveedores privados, a 5%. Al analizar la cobertura de los servicios individuales, el MSPAS provee el 97% de cobertura de vacunación. En cuanto a las consultas médicas, de urgencia, odontológicas y de enfermería, el MSPAS provee 70%, el ISSS 15% y el sector privado (incluyendo las organizaciones no gubernamentales y los servicios con fines de lucro) otro 15%, y en cuanto a los egresos hospitalarios, 69% corresponden al MSPAS, 21% al ISSS, y 10% al sector privado.

En cuanto a la producción de servicios por 1.000 habitantes, el MSPAS y el ISSS notificaron que en el año 2000 se brindaron 2.112 consultas y controles por parte del profesional médico por 1.000; 119 consultas y controles por profesional no médico; 299 consultas y controles por odontólogo; 246 consultas de urgencia; 1.979 exámenes de laboratorio, y 242 placas radiográficas. La fuente de esta información son ambas instituciones y no incluye a proveedores privados, organizaciones no gubernamentales y otros.

En 1999, las primeras causas de consulta notificadas por el MSPAS fueron, en orden descendente: control del niño sano, infecciones respiratorias agudas, control del embarazo normal, detección precoz del cáncer cervicouterino, y parasitismo intestinal. Las consultas domiciliarias que realiza el personal del MSPAS tienen carácter preventivo. En ese mismo año, el MSPAS notificó 321.986 egresos y el ISSS, 82.703. El índice ocupacional del MSPAS fue de 89,9% y el del ISSS, 75,5%; el promedio de días de estancia del MSPAS fue de 5, y el del ISSS, de 5,2.

Las primeras causas de egresos hospitalarios para el MSPAS en 1999 fueron: atención del parto, complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio; neumonía y bronconeumonía; diarrea, y trastornos respiratorios del período perinatal. En el ISSS, las cinco primeras causas de egreso hospitalario en el año 2000 fueron: parto único espontáneo sin otra especificación; atención materna por cicatriz uterina; insuficiencia renal crónica no especificada; cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis y aborto no especificado incompleto sin complicación.

Bancos de sangre

Se ha formado en El Salvador una Comisión de la Red Nacional de Bancos de Sangre que incluye a sectores de diversas disciplinas. El Laboratorio Central alberga una sección de bancos de sangre y cuenta con fondos presupuestarios para el laboratorio clínico y los bancos de sangre. En cuanto a la política nacional sobre la sangre, una propuesta de ley enfoca la seguridad de la sangre y la transfusión en todos sus aspectos, desde la educación para captar donantes voluntarios, hasta el funcionamiento de los bancos de sangre y las normas de medicina transfusional para el uso racional de la sangre y sus componentes. En el año 2000, la Red Nacional de Bancos de Sangre de El Salvador registró 76.096 donaciones; 12,0% provino de donantes voluntarios, 87,6% de donantes familiares y de reposición, y el 0,2% restante, de donantes autólogos y de aféresis. No se

notificaron donaciones remuneradas. En cuanto al tamizaje, en las 76.096 unidades recibidas se realizaron 100% de pruebas para VIH, antígeno de hepatitis B, virus de la hepatitis C, sífilis y Chagas. Las unidades con marcadores positivos a infecciones fueron 101 para el VIH; 280 para antígeno de hepatitis B; 115 para VHC; 777 para sífilis, y 1.889 para Chagas. En cuanto al uso de componentes, se utilizaron 11.134 unidades de sangre total; 66.992 paquetes de glóbulos rojos; 36.226 unidades de plasma congelado; 8.392 unidades de crioprecipitado y 41.374 concentrados de plaquetas.

La promoción de la salud constituye uno de los cinco ejes de acción que atraviesan el actual modelo de atención integral a las personas. Las autoridades actuales consideran que la orientación de los servicios de asistencia sanitaria hacia la promoción de la salud, la prevención de riesgos y enfermedades, y el fortalecimiento de la participación comunitaria constituyen una necesidad impostergable. Se ha comenzado a incorporar acciones de promoción de la salud en los programas de atención integral de las personas, y se ha reconocido la necesidad de darles operatividad, consolidarlos y sistematizarlos, a fin de que se conviertan en guías orientadoras de un nuevo quehacer tendiente a reducir las inequidades en materia de salud.

El movimiento de ambientes saludables mereció la adhesión espontánea y comprometida de los gobiernos locales, las organizaciones comunitarias y las instancias de coordinación nacional vinculadas a esta problemática. Una iniciativa de alcaldes de la zona fronteriza (Trifinio), compartida con Guatemala, Honduras y El Salvador, denominada Fronteras Solidarias, incluye intercambios para actividades de capacitación de distinto tipo, que van desde campañas de vacunación hasta el mejoramiento de viviendas, mercados saludables y estrategia de seguridad alimentaria y nutricional. La Universidad Nacional ha impulsado otra estrategia relacionada con el ambiente saludable. Por otra parte, la Corporación de Municipalidades de El Salvador consideró a la salud como uno de sus ejes de trabajo.

Con respecto a la estrategia de escuelas saludables, el Plan de Desarrollo Social del Estado Salvadoreño incorporó el Programa de Escuelas Saludables (PROES), procurando fomentar la provisión de servicios sociales básicos en forma integrada en cuestiones prioritarias como educación, salud, nutrición e infraestructura, concentrando sus actividades en la población escolar más vulnerable de las zonas rurales del país. El programa comprende cinco líneas de acción: investigación, mejoramiento de las condiciones de salud, perfeccionamiento de la calidad de los servicios educativos, alimentación escolar e infraestructura física y provisión de servicios. En cuanto a la cobertura de niños y niñas atendidos con el PROES, entre 1995 y 1999 alcanzó al 100% de la población estudiantil de la zona rural.

Insumos para la salud

El gasto per cápita en medicamentos fue de alrededor de US\$ 8 en 1998. Existe un cuadro básico de medicamentos (550

aproximadamente), de uso obligatorio para los establecimientos del MSPAS. Alrededor de 80% de la población tiene acceso a los medicamentos incluidos en la lista. La distribución de medicamentos en el MSPAS se realiza por grupos poblacionales según la zona geográfica de cada establecimiento.

El 63% de los hospitales públicos de El Salvador tienen más de 30 años de funcionamiento y necesitan reponer equipos, renovar infraestructura y adecuar su tecnología. Los establecimientos han sufrido constantes daños en su infraestructura y equipamiento debido a desastres naturales tales como terremotos e inundaciones. El terremoto de principios de 2001 afectó a cerca de la mitad de las camas hospitalarias y a la cuarta parte de la red ambulatoria. Ocho de los 30 hospitales de la red nacional del MSPAS presentan obsolescencia física, funcional, o ambas, y un alto grado de vulnerabilidad, mientras que otros siete hospitales sufrieron daños en sus componentes funcionales o estructurales y requieren reparación, apuntalamiento y reconstrucción, reposición de equipos y otros arreglos. El MSPAS ha calculado que el costo de la reconstrucción y rehabilitación de la red nacional de establecimientos de salud dañados por los terremotos de enero y febrero de 2001 asciende a unos US\$ 250 millones.

Recursos humanos

El Salvador cuenta con 7.298 médicos registrados. En el último quinquenio la razón de médicos por habitante aumentó de 9,1 a 12,11 por 10.000 habitantes. Un crecimiento similar se observa proporcionalmente en otras carreras de la salud, aunque en menor número. La razón de enfermeros por médico pasó de 0,3 a comienzos de la década a 0,5. El mayor aumento de especialistas se observa en el campo de la salud pública; en los últimos años se están impartiendo tres cursos de especialidad de los que egresan cerca de un centenar de profesionales en cada promoción. Existe un profesional de la salud por cada 321 habitantes y un técnico en salud por cada 865 habitantes.

La proporción de profesionales sin relación laboral institucional permanente es de 24,7% en los médicos; 85,5% en los odontólogos; 37,5% en los enfermeros; 69,9% en los farmacéuticos; 29,0% en los técnicos de laboratorio clínico, y 54% en los técnicos radiólogos. En 1999 se registraban 21 carreras en el campo de la salud en el Ministerio de Educación, con 15,7% de la población estudiantil universitaria. Cien profesionales han completado la maestría en salud pública en los últimos cinco años. El 36% de las plazas de médicos corresponden a contratos de 2 a 4 horas diarias, y 8% de los médicos del sistema público no reciben remuneración. La razón de médicos generales frente a médicos especialistas, para el MSPAS en 1999 es de 2,3; esta misma razón en el ISSS fue de 2,6. Según fuentes del Colegio Médico de El Salvador la relación entre médicos generales y especialistas colegiados era de 0,08 hasta el año 2000. El porcentaje de desocupación de las categorías mencionadas, según fuentes del MSPAS

son: médicos, 24,7%; odontólogos, 85,6%; enfermeros, 37,5%; farmacéuticos, 69,9%; técnicos de laboratorio clínico, 29%, y técnicos radiólogos, 54%. Estos porcentajes parten del supuesto de que el total de profesionales registrados en las juntas de vigilancia sea el 100%.

Investigación y tecnología en salud

No existen políticas de evaluación de la tecnología en el sector salud, ni dependencia gubernamental a cargo de ella. Se han creado círculos de calidad, sobre todo en los hospitales, para analizar la aplicación de los recursos y se impulsa el establecimiento de protocolos de atención y la evaluación de la satisfacción del usuario externo e interno sobre los servicios, entre otros aspectos. El Consejo Superior de Salud Pública es responsable de la regulación sanitaria, y esta se expresa en el Código de Salud. Las principales funciones del MSPAS son normativas, de gestión de los recursos públicos de salud y de prestación de servicios. Este ministerio se ocupa de normalizar las actividades de investigación científico-tecnológica y coordinar con las dependencias

competentes la regulación y control de la transferencia de tecnología en el campo de la salud.

Gasto y financiamiento sectorial

El sector salud contó en 1998 con un financiamiento de US\$ 1.041,5 millones, equivalente a 8,3% del PIB. El gasto total en salud per cápita fue de US\$ 166. De estas cifras, al gasto privado en salud para ese mismo año correspondió 58,2%, y al gasto público, 41,8%. Es importante señalar que los hogares aportan 97,0% del gasto privado.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

En 1997, la cooperación externa representó 18,8% de los flujos financieros; los donantes principales fueron Estados Unidos de América, Suecia, Holanda, Alemania, España, la Unión Europea y organismos multilaterales como OPS/OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNICEF, y la banca internacional, a través del Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Centro-Americano de Integración Económica.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, El Salvador, 1991–2000.

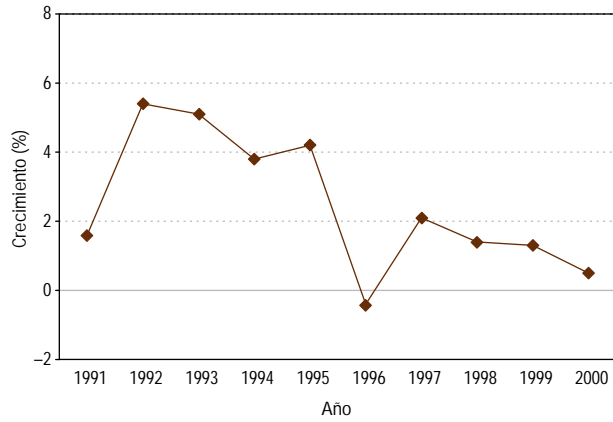


FIGURA 3. Distribución de la mortalidad infantil, El Salvador, 1999.

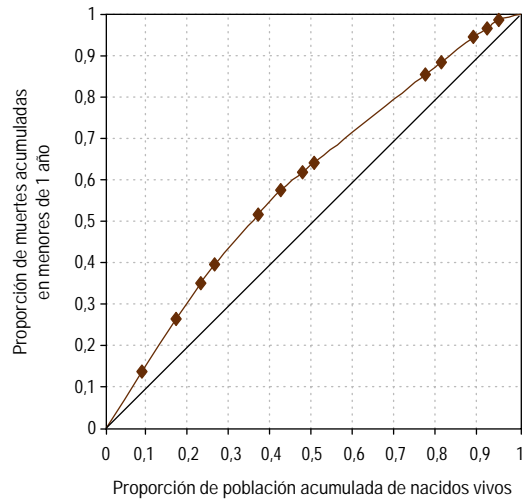


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, El Salvador, 2000.

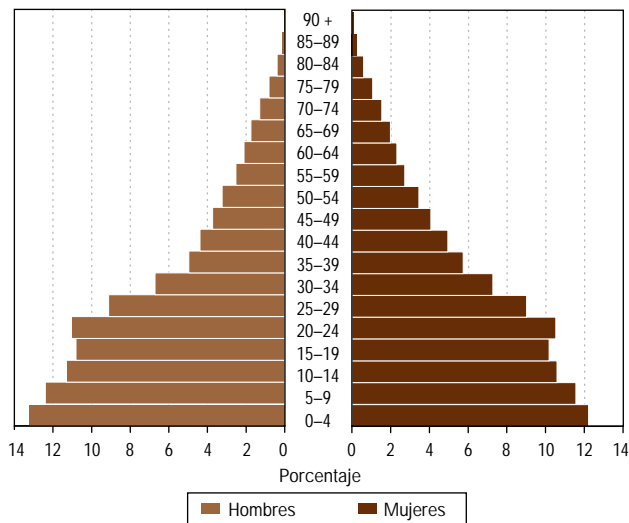


FIGURA 4. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, El Salvador, 1994–1999.

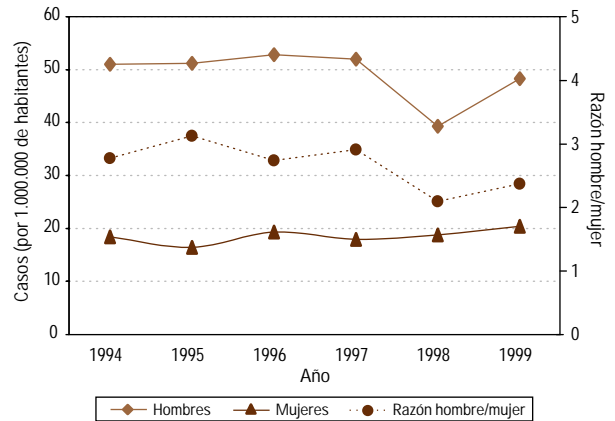
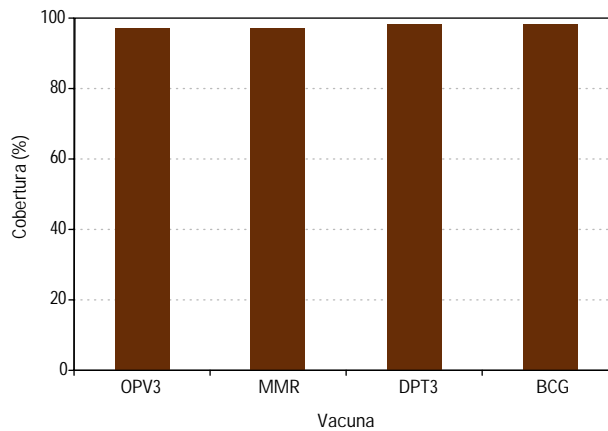


FIGURA 5. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, El Salvador, 2000.



ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

CONTEXTO GENERAL

Estados Unidos experimentó un crecimiento económico a lo largo del decenio de 1990, pero también se vieron ampliadas las desigualdades en el ingreso. Mejoraron los indicadores descriptivos de salud, pero persistieron las disparidades entre los diversos grupos de población. En el transcurso de esos años, el país sufrió cambios estructurales que modificaron las necesidades de salud de la población y la provisión de servicios de salud. En la figura 1 se presenta la distribución de la población por edad y sexo en 1999.

La población nacional creció 13% en los años noventa, de 249 millones de habitantes en 1990 a 281 millones en 2000. Parte de ese crecimiento se debió a la inmigración: en 2000, 11% de la población (alrededor de 30 millones de personas) era de origen extranjero, cifra que representa un aumento considerable en comparación con 8% (casi 20 millones de personas) en 1990. Muchos de esos inmigrantes vinieron de América Latina; de hecho, a lo largo del decenio de 1990 aumentó de tal manera la proporción de hispanos en la población nacional que se modificó la composición étnica del país. Por ejemplo, en el ejercicio económico de 1996, México, con 163.572 inmigrantes, ocupó el primer lugar entre los 10 países que proporcionaron el mayor número de ellos. Para entender la magnitud del aporte de México, es preciso considerar que solo llegaron menos de 60.000 inmigrantes del segundo país de la lista. Entre los 10 primeros de la lista también se encuentran la República Dominicana y Cuba, de donde provinieron 39.604 y 26.466 inmigrantes, respectivamente; los países de América Central también ocuparon un lugar destacado en la lista desde finales del decenio de 1980 hasta comienzos del de 1990. Asimismo, la elevada tasa de fecundidad de la población hispana ayudó a consolidar la identidad latinoamericana de la población de los Estados Unidos. La tasa de fecundidad de las mujeres hispanas sobrepasa con mucho la de cualquier otro grupo étnico del país; por ejemplo, en 1999, las mujeres hispanas en los Estados Unidos tuvieron una tasa de fecundidad de 95,4 nacidos vivos por 1.000, en comparación con las mujeres blancas no hispanas, cuya tasa de fecundidad fue de 62,4. En 2000, los latinos consti-

tuían 12,5% de la población y hoy en día son el mayor grupo minoritario del país.

En 2000, alrededor de la mitad de la población de los Estados Unidos vivía en grandes condados metropolitanos centrales y solamente 20% vivía en condados mayormente rurales. Sin embargo, esta distribución dista de ser estática: por ejemplo, en el ejercicio económico de 1996, unos 42 millones de personas se mudaron, en la mayoría de los casos solo a corta distancia. Los blancos no hispanos se mudaron menos (15%) que los negros o los hispanos (alrededor de 20%).

Algunos de estos cambios demográficos de la población están bien documentados. Por ejemplo, en 1998, la población más joven estaba distribuida en las zonas urbanas, como resultado de la migración de adultos jóvenes a esas regiones y de las mayores tasas de fecundidad registradas en los barrios pobres del corazón de las ciudades; a la inversa, la población de mayor edad estaba distribuida en las zonas más rurales. Los Estados Unidos también tuvieron un proceso de suburbanización por el que las ciudades centrales perdieron población frente a las zonas periféricas suburbanas o metropolitanas. De marzo de 1996 a marzo de 1997, las ciudades centrales perdieron alrededor de 3 millones de personas y los suburbios de esas ciudades ganaron una cantidad casi igual. En general, la población que se desplazó a los suburbios estuvo compuesta por personas con una situación económica más alta que la de quienes permanecieron en las ciudades centrales. En 1997, los condados periféricos que rodean las extensas zonas metropolitanas en cada región de los Estados Unidos tuvieron las tasas de pobreza más bajas, que se situaron entre 7% y 9%; estas tasas fueron menos que la mitad de las observadas en las zonas metropolitanas centrales. Las tasas de pobreza más altas se observaron en los grandes condados metropolitanos del nordeste y del medio oeste del país, 18% y 14%, respectivamente. Los condados rurales del oeste y el sur también tuvieron niveles de pobreza comparativamente más altos y solo en los condados más rurales del sur la tasa de pobreza alcanzó 19%. Los suburbios también fueron más homogéneos en el aspecto étnico que la población de las ciudades centrales. En todo el país, la distribución étnica de la población de los condados

metropolitanos centrales fue de 54% hispanos no blancos, 21% hispanos, 19% negros no hispanos y 6% asiáticos u originarios de las islas del Pacífico. Por contraste, 80% de la población en los condados periféricos era blanca no hispana.

En el decenio de 1990, el producto interno bruto (PIB) nacional creció 37,6% (figura 2). Sin embargo, el porcentaje de la población en situación de pobreza se redujo más gradualmente de 13,5% en 1990 a 12,5% en 2000. Las mujeres jefas de hogar con hijos fueron uno de los grupos más vulnerables: las tasas generales de pobreza de las familias encabezadas por mujeres con hijos, a pesar de haber registrado una notable reducción, se mantuvieron en un nivel considerablemente más alto que el observado en la población en general; 25% de esas mujeres vivían en situación de pobreza en 2000. Esta “feminización” de la pobreza se ha vinculado en parte a las diferencias en el número de hombres y mujeres empleados: en 2000, alrededor de 70 millones de hombres tenían trabajo remunerado en comparación con unos 61 millones de mujeres. Además, las mujeres recibían mucho menos pago que los hombres: los varones de 16 y más años ganaban una mediana de US\$ 30.132 al año, en tanto que las mujeres ganaban solamente US\$ 18.996 o sea 37% menos que los hombres, en parte porque las mujeres ocupaban cargos peor remunerados que los de los hombres. En 2000, 18% de las trabajadoras ocupaban puestos de servicio, pero solo 7% de los hombres tenían esos empleos mal remunerados; asimismo, 25% de las trabajadoras desempeñaban trabajos de oficina y de apoyo administrativo en comparación con 7% de sus homólogos del sexo masculino. Las tasas de pobreza de los hispanos y los negros también se redujeron mucho; sin embargo, se mantuvieron en más del doble de las observadas en la población blanca no hispana.

A medida que creció el PIB en el decenio de 1990, aumentaron también las desigualdades en la distribución del ingreso personal. El coeficiente de Gini de la desigualdad del ingreso personal aumentó a lo largo de los años ochenta y comienzos de los noventa. En el período 1993–1998 se desaceleró el aumento de ese coeficiente, lo que indica que la brecha de ingresos se amplió más lentamente: la desigualdad pareció estabilizarse y se mantuvo alrededor de 0,393 a 0,394, aunque el coeficiente de Gini comenzó a subir de nuevo para situarse en 0,399 en 1999.

Esta ampliación de la brecha de ingresos se ha vinculado a los cambios estructurales en el mercado de trabajo de los Estados Unidos, en virtud de los cuales las personas altamente calificadas de los percentiles superiores de ingreso tuvieron un aumento del salario real, mientras que los trabajadores menos calificados han sufrido pérdidas de ese salario. Eso, a su vez, se ha explicado por un cambio industrial hacia servicios técnicos, por una parte, y hacia ventas al por menor, por otra, y por el uso más frecuente de trabajadores temporeros, una baja proporcional en la afiliación a sindicatos, la baja del valor real del salario mínimo, una mayor competencia mundial y la inmigración.

Por contraste con el vigoroso crecimiento económico nacional, los hospitales y otras instituciones de atención de salud enfrenta-

ron inestabilidad económica. El aumento de los costos de la atención de salud —el gasto global en salud aumentó de una cifra anual de US\$ 3.886 per cápita en 1995 a US\$ 4.358 per cápita en 1999— y la carga de la prestación de servicios de salud a menudo sin remuneración a los más de 40 millones de personas sin seguro médico llevó a muchos de sus proveedores a una situación de dificultad financiera a fines de los años noventa. Para tratar de controlar el alza de costos, tuvo un crecimiento exponencial el número de personas y empleadores que se cambiaron a organizaciones proveedoras de servicios contractuales a precio fijo —organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) u organizaciones de proveedores de servicios de salud preferidos (PPO)—. Ya en 2000, 59% de la población tenía seguro médico privado por medio de una HMO o una PPO, a menudo dentro de los planes de seguro médico ofrecidos por sus empleadores. Las HMO y las PPO limitan las posibilidades de los médicos tratantes para elegir qué servicios de salud, análisis de laboratorio y tratamientos se permiten a un determinado paciente. El sinnúmero de sistemas de esa clase establecidos en el decenio de 1990 se llamó “atención administrada”. A fines de los años noventa, se puso en tela de juicio la viabilidad de esos sistemas con la eliminación de la protección en materia de responsabilidad civil, asuntos relacionados con la seguridad de los pacientes y la fuga de consumidores a sistemas de atención de salud menos administrados. La calidad de los servicios de atención de salud provistos por muchos sistemas de atención administrada sigue sometida a un detallado examen. Con la acreditación y la vigilancia, los indicadores de servicio de las HMO han demostrado algunas mejoras de la calidad. De 1999 a 2000, los afiliados a los programas de atención administrada indicaron mayor satisfacción. Mejoraron los indicadores de la cobertura de vacunación, los exámenes de detección y la calidad del tratamiento, y se redujo la diferencia en el desempeño entre los peores y los mejores proveedores de servicios de salud.

Después de decenios de aumentos, el total del gasto nacional en salud como porcentaje del producto interno bruto se estabilizó en cerca de 13% a fines de los años noventa. El Gobierno proporciona cobertura de seguro médico a diversos grupos calificados de la población en situación de pobreza (principalmente por medio de Medicaid) y a los mayores de 65 años (sobre todo por medio de Medicare), así como al personal militar. En 1999, el Gobierno Federal proporcionó US\$ 385.000 millones para gastos de salud; los gobiernos estatales y locales gastaron otros US\$ 164.000 millones. Sin embargo, la mayor parte del gasto nacional en salud recayó en el sector privado, que gastó US\$ 662.000 millones. Cerca de 88% de las personas cubiertas por seguro médico privado tenían alguna clase de plan patrocinado por el empleador.

De 1997 a 1999, hubo un cambio pequeño pero perceptible hacia la descentralización y privatización de la responsabilidad financiera por la salud. Mientras que el costo total de los servicios de salud siguió aumentando en todos los sectores, el Gobierno Federal redujo su participación en el total del gasto nacional en

salud; los gobiernos estatales y locales aumentaron su participación y el sector privado asumió una participación aún mayor. En 1997, el Gobierno Federal cubrió 33% del total del gasto nacional en salud, y la cifra se redujo a 32% en 1999. Entre tanto, los gobiernos estatales y locales aumentaron ligeramente su participación, de 13,2% a 13,5%, y el sector privado aumentó la suya, de 53,8% a 54,7%. En parte, estos cambios reflejaron la disminución de la proporción de la población cubierta por programas de seguro médico financiados por el Gobierno Federal. Por ejemplo, la cobertura de Medicaid, que había alcanzado su punto máximo con 12% de la población en 1993, se redujo a 10% en 1999, y la cobertura de Medicare para los adultos mayores se mantuvo relativamente estable en todo el decenio y registró 13% en 1999. La atención de salud del personal militar cubrió a 4% de la población en 1990, pero bajó a 3% en 1999 con la reducción de ese grupo.

La reforma del sistema de asistencia social de 1996 eliminó los derechos de asistencia federal, incluso el apoyo financiero mensual, a las familias necesitadas con hijos y creó en su lugar un programa de asistencia provisional que proporciona subvenciones en bloque a los estados. Según las directrices federales, cada estado diseña programas para sacar a la gente de las listas de beneficiarios de la asistencia social e incorporarlos a la fuerza de trabajo. Aunque la reforma permitió sacar con éxito a varias familias de los programas de asistencia social —en el período 1996–2000, las listas de beneficiarios de asistencia social se redujeron casi a la mitad, de 4,6 millones a 2,2 millones de familias— este éxito tuvo su lado desfavorable. Según una encuesta nacional, 71% de las familias con hijos que abandonaron el programa de asistencia social de 1995 a 1997 se mantuvieron fuera del mismo; el resto volvió. En 1997, 61% de quienes abandonaron el programa de asistencia social estaban empleados, pero en su mayoría tenían empleos en el extremo inferior de la escala de salarios por hora, con un salario medio de US\$ 6,61 por hora. Medicaid, antiguamente el componente del seguro médico del programa de asistencia social, fue separado del nuevo programa de asistencia provisional para que todavía se pudiera ofrecer a las familias previamente beneficiarias, pero muchas familias con derecho de admisión no solicitaron Medicaid y presuntamente quedaron sin cobertura. Ese fue particularmente el caso de muchas familias de inmigrantes legales, que tienen elevadas tasas de pobreza. Aunque algunas familias inmigrantes todavía reunían los requisitos para recibir asistencia de Medicaid y de otros programas de asistencia pública, muchos otros inmigrantes legales ya no eran admisibles bajo la nueva ley. Los casi 9 millones de inmigrantes ilegales que viven en el país, en su mayoría de México, no reunían los requisitos para recibir Medicaid ni ningún otro tipo de asistencia pública.

En 1998, 16% de la población, o sea 44,3 millones de personas, no tenían cobertura de seguro médico. Entre quienes estaban en situación de pobreza, 32% no tenían cobertura de seguro médico, a pesar de existir programas públicos de seguro médico destina-

dos a los pobres, como Medicaid. Entre los grupos pobres cabe citar a los negros, los asiáticos y los originarios de las islas del Pacífico, los hispanos y otros extranjeros. Con excepción de los asiáticos y los originarios de las islas del Pacífico, todos estos grupos tenían elevadas tasas de pobreza. La cobertura más baja del seguro médico se registró en el sur y el oeste del país y en ambos casos se acercó a 20%. El medio oeste y el noreste se situaron entre 13% y 15%. No es sorprendente que las regiones con las tasas más altas de pobreza también hayan registrado las tasas más bajas de cobertura.

De 1995 a 1999, la tasa bruta de natalidad y la tasa de fecundidad se mantuvieron relativamente invariables. La tasa bruta de natalidad varió de 4,5 a 4,8 nacidos vivos por 1.000 habitantes y las tasas de fecundidad fluctuaron entre 65 y 66 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 45 años. En cada grupo étnico, las mujeres demoraron la maternidad hasta una edad madura cada vez mayor a medida que avanzó el decenio. De 1995 a 1999, el número de niños de mujeres menores de 35 años se redujo constantemente.

La esperanza de vida siguió aumentando en la mayor parte del decenio de 1990, de 75,8 años en 1995 a 76,7 años en 1998, pero la tendencia se niveló en 1999. La esperanza de vida de las mujeres superó a la de los hombres en proporción de 5,5 años en 1999. Aunque la esperanza de vida de los negros también aumentó en todo el decenio, en 1999 ese grupo se quedó unos seis años atrás de los blancos no hispanos.

Mortalidad

En 1999, la tasa bruta de mortalidad en los Estados Unidos fue de 877 por 100.000 habitantes, un aumento de 14% en relación con la cifra de 865 registrada en 1998 (en la figura 3, véanse las tasas de mortalidad estimadas para 1999). Aumentaron las tasas de defunción de las personas de 45 a 54 años y de las mayores de 74 años de edad. Las tasas de defunción de las personas de 85 y más años aumentaron 2,4%, el mayor aumento de las tasas correspondientes a cualquier grupo de edad. Las tasas de defunción de otros grupos de edad se redujeron y el grupo de 5 a 14 años mostró la máxima disminución, con una reducción de 3,5%.

Las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias malignas fueron las principales causas de defunción de hombres y mujeres en 1999. La tasa de defunción por enfermedad cardiovascular en las mujeres fue 10% más alta que la de los hombres y esa diferencia fue sobre todo el resultado del mayor número proporcional de mujeres que de hombres de edad avanzada. Los hombres tuvieron 13% más probabilidades de morir de cáncer que las mujeres, sobre todo porque fue más alto el número de fumadores de tabaco, que es la principal causa de cáncer del pulmón y de otras clases de cáncer de las vías respiratorias. Los hombres también fueron casi dos veces más propensos a morir en accidentes, se suicidaron con una frecuencia cuatro veces mayor y fueron víctimas de homicidio en proporción superior al triple en compara-

ción con las mujeres. La tasa bruta general de mortalidad de las mujeres fue mucho más baja que la de los hombres en todo el decenio de 1990.

Las tasas de defunción variaron mucho entre las zonas rurales y las urbanas y esas diferencias también se observaron de una región geográfica a otra. De 1989–1991 a 1996–1998, las tasas generales de defunción ajustadas por edad se redujeron en cada región geográfica y cada categoría de urbanización. Las tasas generales de defunción ajustadas por edad en los grandes condados metropolitanos centrales más urbanizados se redujeron notablemente de 981 a 887 defunciones por 100.000. Las tasas de casi todos los condados no metropolitanos mayormente rurales se redujeron menos, pasando de 947 a 923 por 100.000. El sur, que tuvo las tasas más altas de defunción ajustada por edad en los condados más rurales, también tuvo la reducción más baja de las tasas en los mismos condados entre 1989–1991 y 1996–1998. En 1996–1998, la tasa de defunción ajustada por edad en los grandes condados metropolitanos centrales del sur se estabilizó por debajo de la tasa de sus condados más rurales. En el nordeste y el medio oeste, las tasas de defunción ajustadas por edad en el período 1996–1998 en los grandes condados metropolitanos centrales siguieron siendo más altas que en los condados más rurales.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

En el caso de los niños pequeños, la mortalidad, la morbilidad y el acceso a la atención de salud de buena calidad se ven sumamente afectados por las tasas de pobreza y explican gran parte de las diferencias observadas entre los grupos clasificados por raza y origen étnico. Casi una quinta parte de los niños menores de 6 años vivían en situación de pobreza en 1999.

Las tasas de mortalidad infantil se redujeron en la primera parte del decenio de 1990 y luego parecieron estabilizarse en la segunda parte. En 1995, la mortalidad infantil fue de 7,6 defunciones por 1.000 nacidos vivos, luego bajó a 7,2 en 1997 y se mantuvo constante en 1998. Las cinco causas principales de mortalidad infantil en 1998 fueron las anomalías congénitas (22% del total de defunciones infantiles), los trastornos relacionados con un período de gestación corto y el bajo peso no especificado al nacer (15%), el síndrome de muerte súbita del lactante (10%), las complicaciones maternas del embarazo (5%) y el síndrome de dificultad respiratoria (4%). Los negros, que tuvieron tasas de mortalidad infantil considerablemente más altas que cualquier otro grupo étnico o racial, presentaron una disminución: de 14,6 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1995 a 13,8 en 1998. Las tasas de mortalidad infantil más bajas se observaron en los suburbios de las grandes regiones metropolitanas: en 1996–1998, el

nordeste y el medio oeste tuvieron las tasas de mortalidad infantil más altas en las grandes ciudades del centro del país; en el oeste y el sur, las tasas de mortalidad infantil más altas se observaron en las zonas más rurales. Washington, D.C., la capital de la nación, donde un alto porcentaje de la población vive en la pobreza, tuvo una tasa de mortalidad infantil de 15,0 defunciones infantiles por 1.000 nacidos vivos, que es considerablemente mayor que la de cualquier estado y aún mayor que la de muchas naciones en desarrollo.

La mortalidad neonatal siguió un patrón similar. De 1995 a 1997, las tasas de mortalidad neonatal se redujeron de 4,9 defunciones por 1.000 nacidos vivos a 4,8; al igual que la tasa de mortalidad infantil, esta tasa también se mantuvo invariable de 1997 a 1998. En el caso de los negros, que también tuvieron la tasa más alta que cualquier otro grupo étnico, la cifra se redujo de 9,6 por 1.000 nacidos vivos en 1995 a 9,2 en 1997, pero aumentó a 9,4 en 1998. Las tasas de mortalidad de los niños de 28 días a 11 meses se redujeron de 2,6 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1995 a 2,4 en 1997. De 1997 a 1998, la tasa se mantuvo invariable. Los indígenas estadounidenses y los naturales de Alaska compartieron con los negros las tasas de mortalidad posneonatal más altas con cerca de 5 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1995; en 1998, la tasa de los dos primeros grupos se redujo a 4,3 y la de los negros a 4,4.

Las tasas de defunción de los niños de 1 a 4 años se redujeron constantemente en el decenio de 1990. En 1998, la tasa de defunción de este grupo de edad fue de 35 defunciones por 100.000 niños de 1 a 4 años de edad; las tasas de defunción más altas se registraron entre los niños negros, con 62 defunciones por 100.000. Las principales causas de defunción de estos niños en 1998 fueron las lesiones no intencionales, que causaron cerca de 26 defunciones por 100.000, o sea, 37% del total de defunciones en ese grupo de edad. Más de la mitad de estas defunciones guardaron relación con los accidentes de transporte terrestre, muchos de los cuales se hubieran podido prevenir; en su mayoría, los niños muertos en accidentes de transporte terrestre no estaban protegidos en asientos especiales ni tenían puesto el cinturón de seguridad. La segunda causa de defunción en importancia en este grupo de edad fueron los defectos congénitos, que causaron alrededor de 4 defunciones por 100.000 y representaron 11% del total de defunciones. Estas dos tasas de defunción por causas específicas se redujeron considerablemente a lo largo de los años noventa. Las tres causas principales de defunción siguientes en este grupo de niños fueron el homicidio (8% del total de defunciones), el cáncer (7%) y la cardiopatía (4%). El sexto lugar entre las principales causas de defunción correspondió a la neumonía y la influenza, que representaron 3% del total de defunciones en este grupo de edad.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

En 2000, los niños de 5 a 9 años de edad representaron un poco más de 7% de la población nacional. Cerca de 18% de los

niños de 5 a 17 años hablaban una lengua distinta del inglés con sus familias y casi 7 de cada 10 niños de este grupo de edad hablaban español en el hogar.

Los niños de 5 a 9 años tuvieron la tasa de defunción más baja que cualquier otro grupo de edad y esa tasa se redujo ligeramente de 1998 a 1999. La principal causa de defunción de este grupo fueron las causas externas y la mayoría de las defunciones se debieron a accidentes de transporte terrestre.

Dos enfermedades crónicas observadas en estos niños —asma e intoxicación por plomo— suelen afectar más a los niños en situación de pobreza. En 1998 se estimó que cerca de uno de cada seis niños de todas las edades sufrían de asma, cifra que presuntamente aumentó en gran medida en los años noventa. Los niños en situación de pobreza en los barrios del corazón de las ciudades tuvieron una probabilidad desproporcionadamente más alta de padecer de asma, quizá en parte por la calidad deficiente del aire en la mayoría de las zonas urbanas. Se cree que el asma es la razón más común del absentismo escolar. En 2000, alrededor de un millón de niños estadounidenses menores de 6 años tenían concentraciones sanguíneas de plomo suficientemente altas como para causar efectos adversos en su desarrollo, comportamiento y capacidad de aprendizaje, y hubo un número desproporcionado de niños en situación de pobreza. La pintura con plomo empleada en las casas antiguas fue la fuente habitual de la intoxicación. Los problemas causados por la intoxicación por plomo comienzan a surgir cuando los niños ingresan en la escuela.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

Los adolescentes en situación de pobreza están expuestos a un mayor riesgo de enfermedad; la probabilidad que tienen estos jóvenes de notificar un estado de salud muy bueno o excelente es inferior a la de otros en proporción de 15 puntos porcentuales. En 1998, 17% de los adolescentes provenían de familias en situación de pobreza y otro 20%, de familias en situación cercana a la pobreza. Además, 40% de los adolescentes pertenecían a familias encabezadas por una mujer, que están expuestas a un mayor riesgo de pobreza.

El tabaquismo iniciado durante la adolescencia es un buen indicador de las futuras tasas de tabaquismo y de las tendencias de enfermedad relacionada con el tabaquismo. A partir de una encuesta nacional de adolescentes, el porcentaje de niños de octavo grado de 13 a 14 años que fuman regularmente se redujo de 19% a 15% entre 1997 y 2000. En el mismo período, la prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes de último año de secundaria de 17 a 18 años se redujo de casi 37% a 31%. En 1999, 70% de todos los estudiantes de secundaria habían probado fumar antes de la encuesta. Los estudiantes de las zonas rurales fumaban más que sus homólogos de las zonas urbanas.

Casi todo el uso de drogas ilícitas y el consumo de alcohol por adolescentes menores de edad tuvieron una reducción moderada entre 1997 y 2000. En 2000, la marihuana fue la droga ilícita de

uso más comúnmente notificado por los adolescentes: 64% de los estudiantes de secundaria de 17 a 18 años del sexo masculino y 53% del femenino informaron que habían fumado marihuana. El uso de drogas ilícitas notificado por estudiantes de octavo grado de 13 a 14 años en los 30 días anteriores a la encuesta se redujo de 13% a 12%. Entre los estudiantes de último año de secundaria de 17 a 18 años, el uso de drogas ilícitas se redujo de 26% a 25% entre 1997 y 2000. Sin embargo, el uso de metilendio-xianfetamina (MDMA), llamado éxtasis en la calle, aumentó en ambos grupos. El uso de alcohol por adolescentes es de particular importancia por causa de su relación con un mayor número de lesiones y muertes por accidentes de transporte terrestre. El uso de alcohol por los estudiantes de último año de secundaria entrevistados se redujo de 53% a 50% entre 1997 y 2000. Asimismo, el consumo excesivo de alcohol (definido como la ingestión de cinco o más copas seguidas en las dos semanas anteriores a la medición) por los estudiantes de último año de secundaria se redujo ligeramente de 31% a 30%. En el período 1997–2000, el uso de drogas y alcohol por los estudiantes de octavo grado siguió, en general, las mismas tendencias, con una prevalencia aproximadamente equivalente a la mitad de la observada en los estudiantes de último año de secundaria. La excepción fue el uso de sustancias inhalables que, a pesar de haberse reducido, se observó en estudiantes de octavo grado a tasas equivalentes al doble de las observadas en estudiantes de último año de secundaria. El uso de alcohol por los estudiantes de octavo grado se redujo de cerca de 25% a 22%; el consumo excesivo de alcohol en este grupo se redujo ligeramente de cerca de 15% a cerca de 14%.

De conformidad con ello, entre finales de los años noventa y 2000, la prevalencia del uso de drogas y alcohol declarada por los varones fue mayor que la declarada por las niñas, y lo mismo se observó en los blancos no hispanos en comparación con los negros.

Las cuestiones relacionadas con el peso también asediaron a los adolescentes de los Estados Unidos durante el período de notificación. Los adolescentes, junto con el resto de la población del país, registraron exceso de peso con frecuencia cada vez mayor. En 1976–1980, 5% de todos los jóvenes de 12 a 19 años de edad tenían exceso de peso, proporción que ascendió casi a 11% en el período 1988–1994.

En 1999, la mitad de todos los estudiantes de secundaria entrevistados eran sexualmente activos: 16% de ellos habían tenido cuatro o más parejas sexuales y 42% no habían usado condón en su último encuentro sexual. En todo el país, 9% de los estudiantes de secundaria declararon que habían tenido relaciones sexuales por lo menos una vez contra su voluntad. En lo que respecta a las infecciones de transmisión sexual (ITS) entre adolescentes, en 1998, la infección por *Chlamydia* y la gonorrea eran relativamente comunes y la sífilis, relativamente rara. Las niñas de 10 a 14 y de 15 a 19 años tenían tasas de infección por *Chlamydia* cercanas a 143 por 100.000 y 2.359 por 100.000, respectivamente. Las tasas de gonorrea entre las niñas de esos dos grupos de edad

fueron de 58 por 100.000 y de 780 por 100.000, respectivamente. Los varones de esos dos grupos de edad declararon tasas de infección por *Chlamydia* de 8 y 308, respectivamente, y de gonorrea de casi 9 y 355, respectivamente. En 1998, las niñas de 15 a 19 años tuvieron las tasas más altas de infección por *Chlamydia* y gonorrea que cualquier otro grupo clasificado por sexo y edad en el país. Las diferencias en las tasas de ITS notificadas en niñas y varones adolescentes se atribuyeron en gran medida al hecho de que las niñas se someten a análisis y exámenes con más frecuencia que los varones, de manera que la detección de ITS es más común en ellas. La escasez de fondos para servicios, la falta de transporte y las preocupaciones por la confidencialidad hicieron que el acceso a los servicios de prevención de ITS fuera más difícil para los adolescentes sexualmente activos que para los grupos de más edad.

Ha habido un aumento alarmante del número de nuevos casos de SIDA en niñas de 13 a 19 años. De 1997 a 1998, los nuevos casos de SIDA en niñas y varones de ese grupo de edad se redujo 17% y 22%, respectivamente. Sin embargo, en 1999, si bien el número de nuevos casos de SIDA en varones adolescentes se había reducido otro 11% (a 126 casos), los nuevos casos en niñas adolescentes aumentaron 17% (a 168 casos).

En 1991, más de una cuarta parte del total de estudiantes de secundaria declararon que portaban alguna arma. En 1999, 17% del total de estudiantes de secundaria de 14 a 18 años declararon que habían llevado una pistola, un cuchillo o un garrote en el mes anterior a la encuesta y 7% declararon que llevaban alguna arma a la escuela. En cada encuesta nacional realizada a lo largo de los años noventa, un pequeño porcentaje de los niños de edad escolar declaró que llevaban alguna arma. Además, en 1999, 44% de los varones y 27% de las niñas estudiantes de secundaria habían tenido una pelea física en los 12 meses anteriores a la encuesta. Con mucha frecuencia, los adolescentes también fueron víctimas de delitos violentos, incluso victimización por agresión simple y con agravante (86% en el período 1992–1997), robo (10%) y violación y agresión sexual (4%). Hubo más varones que niñas adolescentes que fueron víctimas de delitos violentos. Las diferencias por edad fueron más complejas. Las tasas de victimización de adolescentes aumentaron con la edad de las niñas, pero se redujeron con la edad de los varones. De 1992 a 1997, hubo 83 mujeres víctimas y 137 varones víctimas por 1.000 jóvenes de 12 a 13 años. En ese mismo período, hubo un promedio anual de víctimas de 99 niñas y 130 varones por 1.000 jóvenes de 18 a 19 años de edad. Las tasas generales de victimización fueron menores en 1997 (10% en los jóvenes de 12 a 15 y de 16 a 19 años) que en 1992 (12% en los jóvenes de 12 a 15 y 11% en los de 16 a 19 años). Las jóvenes de 12 a 19 años tuvieron cuatro veces más probabilidades de ser víctimas de casos notificados de agresión sexual y violación que las de otros grupos de edad. En el grupo de niñas de 12 a 19 años, el riesgo de convertirse en víctimas aumentó con la edad.

Muchas adolescentes sufrieron depresión y un gran número exhibió tendencias suicidas. En 1999, una quinta parte de los

estudiantes de secundaria entrevistados declararon que habían pensado seriamente en suicidarse. Se notificó que 8% de todos los estudiantes de secundaria de 14 a 18 años intentaron suicidarse en los 12 meses anteriores a la encuesta. Las estudiantes de secundaria consideraron más seriamente la posibilidad de suicidarse que los varones.

La salud de la población adulta (20–59 años)

Este grupo de edad constituye la mayor parte de la población del país. Los patrones de mortalidad cambian drásticamente de un extremo a otro de la escala de edad; por ejemplo, en 1999, hubo 4.700 defunciones por enfermedades del sistema circulatorio en personas de 25 a 34 años de edad, cifra que ascendió a 48.600 defunciones en el grupo de 45 a 54 años de edad. Ese mismo año, las defunciones por neoplasias alcanzaron un total de solamente 4.200 en personas de 25 a 34 años de edad, pero llegaron a 90.200 en el grupo de 45 a 54 años de edad. El número de defunciones por causas específicas, como la enfermedad de Alzheimer y la diabetes, siguió patrones similares.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

El rápido crecimiento de la proporción de adultos mayores en la población representa un desafío para los servicios de salud porque ese grupo requiere atención de salud más frecuente y costosa. Además de los muchos problemas de salud característicos que enfrentan los adultos mayores, el acceso a la atención de salud también complica la prestación de servicios de salud para muchos de ellos. Un número desproporcionado de adultos mayores vive en las zonas más rurales, donde hay que recorrer mayores distancias para llegar a los establecimientos de atención de salud y también menos médicos.

En comparación con otros grupos de edad, los adultos mayores sufren más problemas de salud crónicos, como osteoporosis, artritis y enfermedad de Alzheimer. Aproximadamente la mitad de los adultos mayores mostró una menor densidad del hueso de la cadera entre 1988 y 1994. Los problemas de salud mental también fueron de particular importancia para los adultos mayores: con el envejecimiento aumenta la incidencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. En comparación con la mayoría de los demás grupos de edad, hubo un porcentaje extremadamente alto de adultos mayores con depresión y el suicidio también es relativamente más común entre ellos.

Las principales causas de defunción de los adultos mayores son la enfermedad cardiovascular y el cáncer, que representan 60% del total de defunciones en esa población. Las enfermedades crónicas —inclusive la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes mellitus y la neumonía e influenza— también son causas importantes de defunción. La importancia de la neumonía y la influenza como causa de mortalidad indica la función decisiva que pueden desempeñar las vacunas para prevenir esas enfermedades en esta población.

Aproximadamente 1,5 millones de adultos mayores viven en hogares geriátricos. En 1985, la edad promedio de adultos mayores internados en esas instituciones era de 81 años y aumentó a 83 años en 1997. Los adultos mayores que ingresaron a hogares geriátricos en 1997 necesitaron más ayuda con actividades básicas como comer, vestirse y bañarse que los internados un decenio atrás.

Los cinco factores de riesgo principales que contribuyen al mal estado de salud y al deterioro de la calidad de la vida de los adultos mayores del país son el peso excesivo, la conducción en estado de embriaguez, una alimentación carente de frutas y verduras, la falta de actividad física y el tabaquismo. Es posible modificar todos estos factores de riesgo y, con ello, mejorar mucho la vida de los adultos mayores.

La salud de la familia

Según una encuesta realizada en 2000, las mujeres jefas de hogar con hijos representaron casi una cuarta parte del total de familias en los Estados Unidos. Más de 2 millones de esas mujeres eran abuelas que actuaban como las principales proveedoras de atención a los niños de su casa y casi una quinta parte de esas familias encabezadas por abuelas vivieron en situación de pobreza en algún momento de los 12 meses anteriores a la encuesta.

La pobreza fue el factor determinante de mayor importancia para la salud de la familia. A pesar de los intentos de los gobiernos federal, estatales y locales, así como de las organizaciones sin fines de lucro, para proporcionar una red de seguridad con el fin de proteger la salud de las familias más vulnerables, persistieron las condiciones deficientes de salud. Aunque se observaron mejoras en las tasas de mortalidad infantil, empeoraron otros indicadores de salud a menudo relacionados con la pobreza. Por ejemplo, la proporción de niños con bajo peso al nacer (menos de 2.500 g) aumentó de 7,4% en 1996 a 7,6% en 1999. Asimismo, el porcentaje de niños con muy bajo peso al nacer (menos de 1.500 g) aumentó de 1,4% a 1,5%. Los hijos nacidos de madres de 20 y más años de edad tuvieron tasas más altas de insuficiencia ponderal al nacer cuando las madres no habían terminado la escuela secundaria y tasas más bajas de ese índice cuando las madres tenían educación superior. Las madres de raza negra, que afrontaban índices de pobreza más altos, fueron especialmente vulnerables y en 1999 13% de los niños nacidos vivos de esas madres tuvieron bajo peso al nacer.

Los niños de las familias que abandonaron las listas de beneficiarios de la asistencia social después de las reformas de 1996 tuvieron menor acceso a atención de salud. Según un estudio sobre la reforma del sistema de asistencia social realizado en tres ciudades en 1999, cuanto más tiempo estaba una familia fuera del sistema de asistencia social, menos probabilidades había de que los niños tuvieran cobertura de seguro médico. De las familias beneficiarias del sistema de asistencia social en el momento del estudio, 1% de los niños carecían de cobertura de seguro médico. En las familias que se habían mantenido fuera de ese

sistema durante menos de dos años, 15% de los niños carecían de cobertura de seguro médico, proporción que aumentó a 21% cuando ese período era superior a dos años.

La salud de los trabajadores

De 1980 a 1995 hubo 93.338 defunciones por causas ocupacionales en los Estados Unidos. Las principales causas de defunción de este rubro fueron los accidentes de transporte terrestre, los homicidios, los accidentes causados por máquinas, las caídas, la electrocución y el golpe por objetos caídos. El riesgo de defunción varió según el sexo y la edad: los hombres tuvieron 11 veces más probabilidades que las mujeres de morir durante la ejecución de tareas laborales, lo que quizá refleja, en parte, las diferencias de ocupación. Los trabajadores de 65 y más años tuvieron la tasa de letalidad más alta por causas ocupacionales que cualquier otro grupo de edad.

En 1999, 60% de las mujeres de 18 y más años estaban empleadas o buscaban trabajo y casi cuatro millones de mujeres tenían más de un empleo al mismo tiempo, lo que quizá indica la poca remuneración que reciben las mujeres y el mayor número de mujeres jefas de hogar. Las trabajadoras sufrieron más afecciones osteomusculares, como esguinces, desgarros, síndrome del túnel del carpo y tendinitis, en comparación con los hombres. Más de la mitad de las lesiones y enfermedades por causas ocupacionales sufridas por las mujeres fueron del sistema osteomuscular en comparación con 45% en el caso de los hombres. El estrés relacionado con el trabajo fue un problema de rápido crecimiento para los hombres y las mujeres y estas últimas señalaron el estrés como el principal problema en el trabajo. Una pesada carga de trabajo, la ambigüedad del empleo, conflictos y relaciones deficientes, inseguridad laboral, falta de control del trabajo y una ocupación monótona repetitiva se citaron como factores de estrés; el equilibrio de las exigencias de la familia y el trabajo y el acoso sexual en el lugar de trabajo también pueden aumentar el estrés. Además, las mujeres fueron las víctimas de dos terceras partes de las lesiones no mortales por agresión en el lugar de trabajo; en su mayoría, los casos de agresión ocurrieron en ocupaciones de servicio.

La salud de los discapacitados

Las discapacidades afectaron a cada segmento de la población, pero las personas en situación de pobreza sufrieron desproporcionadamente. Los adultos de 70 y más años también lucharon con una elevada proporción de discapacidades y deficiencias. Según las encuestas realizadas en el período 1993–1997, alrededor de 18% de esos adultos mayores notificaron alteraciones visuales, un poco más de 30% notificaron alteraciones auditivas y cerca de 9%, ambas. Quienes declararon estar afectados por ambas clases de alteraciones también notificaron que tenían más trastornos concomitantes. Las mujeres de este grupo de edad notificaron más alteraciones visuales y menos alteraciones auditivas que los hombres; los negros tuvieron más alteraciones visua-

les (20%) que los blancos, pero estos últimos tuvieron muchas más alteraciones auditivas (35%) que los negros (19%). En esta población de edad avanzada, 43% declaró que tenía dificultad para caminar y 31% que había sufrido una caída en los 12 meses anteriores a la encuesta. Más que cualquier otro factor, el ingreso familiar determinó la forma en que los entrevistados declararon la calidad de su estado de salud. Entre quienes tenían un ingreso familiar anual menor de US\$ 15.000, 51% notificaron un estado de salud regular o malo. Por contraste, solamente 11% de quienes tenían un ingreso anual de US\$ 50.000 o más notificaron un estado de salud regular o malo.

Alrededor de 17% de todos los niños menores de 18 años tienen alguna discapacidad relacionada con el desarrollo. Cerca de 2% de los niños de edad escolar tienen discapacidad grave de esa clase, como parálisis cerebral o retraso mental. Los departamentos de educación pública federal y estatales gastan US\$ 36.000 millones anuales en programas de educación especial para la población de 3 a 21 años con discapacidades relacionadas con el desarrollo.

La salud de los indígenas y de otros grupos especiales

En los Estados Unidos, los negros, latinos, indígenas estadounidenses, asiáticos y personas originarias de las islas del Pacífico tienen una tasa desproporcionadamente elevada de mortalidad, morbilidad, discapacidad y condiciones de salud adversas en comparación con los blancos no hispanos. Los indicadores de salud referentes a la esperanza de vida y la mortalidad infantil muestran una tendencia al ensanchamiento de la brecha de salud entre los grupos étnicos y raciales mayoritarios y minoritarios, aunque esos indicadores de salud mejoraron en la mayoría de los grupos en el decenio de los años noventa. Estas enormes disparidades de salud entre las poblaciones étnicas y raciales guardaron una estrecha relación con las disparidades socioeconómicas y las diferencias en el nivel de pobreza en cada grupo.

La población latina, la minoría de mayor tamaño y de crecimiento más rápido en los Estados Unidos, comprendió 12,5% de la población en 2000 e incluyó personas originarias de México, Puerto Rico, Cuba, América Central y del Sur, entre otras. Las disparidades de salud dentro de la población latina del país —las tasas de defunción de los latinos de origen cubano ajustadas según la edad fueron mucho menores que las de los latinos de origen mexicano o puertorriqueño— reflejaron principalmente diferencias socioeconómicas. En general, los indicadores de salud de los latinos mejoraron en el decenio de 1990.

Los afroamericanos, que constituyeron más de 12% de la población en 2000 y participan en todos los niveles socioeconómicos, registran una proporción de personas en situación de pobreza tres veces mayor que la observada en los hispanos no blancos: una tercera parte de la población negra vive en situación de pobreza. La mitad de la población negra vive en zonas urbanas que a menudo se caracterizan por vivienda inadecuada, escuelas carentes de financiamiento, falta de oportunidades de em-

pleo con un salario digno, y violencia. Las tasas de defunción de la población afroamericana por casi todas las principales causas fueron más altas que las de los blancos. En el grupo de afroamericanos de 15 a 24 años, el homicidio fue la causa principal de defunción de los hombres y la segunda causa de defunción de las mujeres. Pero los negros tuvieron tasas más bajas de defunción por suicidio y enfermedad obstructiva crónica que los blancos no hispanos. En general, muchos indicadores de salud mejoraron en las comunidades negras en los años noventa: se redujeron las tasas de defunción por cáncer colorrectal, de las vías respiratorias y de mama, y mejoraron los principales indicadores de salud, como la mortalidad infantil, y las tasas generales de defunción.

Los asiáticos y las personas originarias de las islas del Pacífico, que hablan más de 30 idiomas distintos y provienen de culturas muy diferentes, representaron casi 4% de la población nacional en 2000. En general, tuvieron aproximadamente las mismas condiciones socioeconómicas y de salud que la población blanca mayoritaria. Algunas personas de ese grupo han estado en los Estados Unidos por varias generaciones, pero otros emigraron en época más reciente. Dada la diversidad de esta población, las dificultades en materia de salud varían mucho de un grupo a otro. Los hombres de Asia sudoriental sufrieron más casos de cáncer pulmonar que la población mayoritaria del sexo masculino y los hombres filipinos de edad avanzada que viven en California registraron mayores tasas de hipertensión que otros hombres californianos de la misma edad. Los inmigrantes de Asia sudoriental tienen 40 veces más probabilidades de padecer tuberculosis y hepatitis B que la población en general.

En 2000, quienes se declararon solamente indígenas estadounidenses o naturales de Alaska constituyeron 0,9% de la población, es decir, 2,5 millones de personas, y quienes se declararon indígenas estadounidenses o naturales de Alaska y por lo menos otra raza representaron 0,6% de la población, es decir, 1,6 millones de personas. Esta minoría reside principalmente en las zonas urbanas o en reservas y muchos reciben atención de salud por medio de dispensarios y hospitales establecidos por el Servicio de Salud de las Poblaciones Indígenas del Gobierno Federal. La población es muy joven, en parte porque muchos de sus integrantes mueren antes de llegar a la edad madura. Esta población indígena tuvo muchas más probabilidades de morir de diabetes mellitus relacionada con la obesidad y de enfermedad del hígado por abuso del alcohol que la población en general. Los accidentes y la violencia (homicidios y suicidios) fueron las principales causas de defunción de los indígenas estadounidenses y los naturales de Alaska. El alcoholismo, que contribuyó a muchas de las principales causas de defunción, es un grave problema social y de salud en esta comunidad. La prevalencia de tabaquismo también es elevada en este medio y aumenta el riesgo de enfermedades por esa causa.

En 2000 se admitieron más de 93.000 refugiados a los Estados Unidos. Ha habido cambios drásticos en el origen de los refugiados que llegaron a los Estados Unidos a finales del decenio de

1990. En 1997, solo 3% de todos los refugiados venían de África pero, en 2000, una cuarta parte procedían de ese continente. Los refugiados tuvieron frecuentes problemas de salud originados en las condiciones del país de origen que, a veces, exigieron medidas extraordinarias de apoyo y tratamiento. Los gobiernos federal y estatales proporcionaron cobertura de atención de salud a esos recién llegados por medio de Medicaid o de un fondo especial del Gobierno Federal.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Los desastres naturales ocasionaron pérdida de vidas, lesiones, considerables daños a la propiedad y graves trastornos de la vida diaria. En 1999, cinco estados del sur del país hicieron frente a desastres de grandes proporciones originados por las tormentas de invierno. California sufrió una grave helada invernal. Fuertes tormentas dejaron una acentuada estela de destrucción en seis estados. Ocho estados declararon que habían sufrido graves desastres causados por intensas inundaciones. Varios tornados destructores azotaron a 11 estados. Los huracanes Floyd, Irene, Dennis y Bret produjeron grandes estragos en Texas y en 14 estados a lo largo de la costa oriental de los Estados Unidos. Cuatro estados dieron aviso de emergencia con motivo de incendios.

En 2000, solamente cinco estados se declararon en situación de desastre grave debido a tornados, pero en ninguno hubo huracanes. Las tormentas invernales llevaron a 14 estados y a la ciudad de Washington, D.C. a declararse en situación de desastre de grandes proporciones; 16 estados también sufrieron otras tormentas estacionales y en otros tres hubo inundaciones, todo lo cual los llevó a declararse en situación de desastre grave. Tres estados sufrieron una extensa destrucción por incendios forestales; en California hubo un temblor de gran intensidad. A fines del decenio de 1990, ninguna región del país estuvo exenta de desastres naturales. Varias zonas de la costa occidental fueron más propensas a temblores; los estados de la costa meridional y oriental fueron más vulnerables a los huracanes. Ciertas regiones del sur y del medio oeste fueron más propensas a tornados. Los distintos tipos de preparativos del sector de salud pública para enfrentar las situaciones de desastre en cada región varían según estas diferencias.

Enfermedades transmitidas por vectores

Casi todos los casos de malaria notificados en los Estados Unidos se contrajeron en otro lugar. Los pocos casos contraídos dentro del país se debieron a productos sanguíneos infectados, transmisión congénita y transmisión local por mosquitos. De los 1.544 casos de malaria notificados en 1997, solamente cinco se contrajeron dentro del país: una persona contrajo malaria por una transfusión de sangre, otra por el pinchazo de una aguja y tres por transmisión congénita.

En el decenio de 1990, los episodios de malaria aparentemente transmitidos por mosquitos aumentaron en las poblaciones densas del país. Tanto el mosquito vector de la enfermedad como las personas infectadas por malaria (por lo general, casos en que la enfermedad se originó fuera del país) se encontraban dentro de las fronteras de los Estados Unidos. Se cree que una tendencia a un clima más caliente ha aumentado el riesgo de infección transmitida por mosquitos dentro del país. En 1999 se notificaron 1.666 casos de malaria, que representaron un aumento de 8% desde 1997. Más de 90% de los casos notificados en los Estados Unidos en 1997 se debieron a *Plasmodium vivax*.

Casi todas las demás enfermedades transmitidas por vectores se contrajeron en otro lugar. Solo se notificó un caso de fiebre amarilla en los Estados Unidos en 1999. En ese mismo año, se notificaron solo nueve casos de peste.

Enfermedades prevenibles por vacunación

En el período 1997–1999 se redujo el número de casos de poliomieltitis, difteria, tos ferina, hepatitis B, parotiditis, sarampión y tétanos. En 1999 no se notificaron casos de poliomieltitis y solo se registró uno de difteria. El número de casos de enfermedades por *Haemophilus influenzae* invasivo y de rubéola se redujo. El número de casos de rubéola llegó a su punto máximo en 1998, pero el recuento fue mayor en 1999 que en 1997.

Las donaciones de sangre en los Estados Unidos se someten a examen de detección de hepatitis B, hepatitis C, VIH y sífilis antes de autorizar la administración de hemoderivados a los pacientes.

La cobertura de vacunación ha sido crítica para la prevención de enfermedades en los Estados Unidos, especialmente para prevenir la morbilidad y mortalidad en los niños. Por ejemplo, antes de la introducción de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), había aproximadamente 20.000 casos anuales de esta infección. Sin embargo, en 1997, en una muestra de 261 preescolares con influenza, solo una tercera parte tenía Hib; de ellos, a casi tres cuartas partes se les había dejado de aplicar la serie completa de vacunas.

La vacunación contra el sarampión también tuvo resultados espectaculares en el país. Las pruebas epidemiológicas mostraron que, a partir de marzo de 2000, el sarampión ya no se consideraba endémico en los Estados Unidos. Además, en un estudio a comienzos del decenio de 1990 se calculó que la inmunización por sarampión previno casi cuatro millones de casos y casi 1.900 defunciones anuales en el país. El ahorro anual proveniente de la prevención del sarampión se estimó en cerca de US\$ 4.000 millones en costos directos e indirectos.

Las tasas de cobertura de vacunación en la niñez generalmente mejoraron de 1997 a 1999. En 1997, 76% de los niños de 19 a 35 meses habían recibido cuatro dosis de la vacuna DTP (difteria, toxoide tetánico y tos ferina), tres dosis de la vacuna antipoliomielítica, una dosis de la vacuna antisarampionosa y tres dosis de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib). En 1999, esta cobertura combinada se amplió a 78% (figura 4).

En la actualidad, se recomienda que los adultos se vacunen contra la influenza, la infección neumocócica y el tétanos. Aunque según los resultados de una encuesta realizada en 1995 la influenza y la neumonía son las principales causas de defunción de los adultos mayores, únicamente 5,8% de las personas mayores de 64 años declararon que habían recibido una vacuna contra la influenza en los 12 meses anteriores a la encuesta; solo 34% declararon que habían recibido la vacuna antineumocócica.

Enfermedades infecciosas intestinales

En el decenio de 1990 hubo entre 6,5 y 33 millones de casos anuales de enfermedades gastrointestinales transmitidas por los alimentos; cerca de 9.000 personas murieron anualmente por esas enfermedades. A menudo se diagnosticaron como influenza y cobraron la vida de un número extremadamente alto de adultos mayores, niños muy pequeños, mujeres embarazadas y personas con deficiencias en el sistema inmunitario. Entre 1995 y 1999 se confirmaron en el laboratorio 53 casos de cólera por *Vibrio cholerae* O1; seis de ellos se notificaron en 1999. Más de la mitad de los pacientes tuvieron que ser hospitalizados y uno murió. Cuatro habían contraído el cólera por comer ostras crudas contaminadas provenientes del Golfo de México. Del total de 53 casos, 36 personas habían estado expuestas al cólera mientras viajaban fuera de los Estados Unidos y una tercera parte de estas últimas mostró resistencia a muchos tratamientos antimicrobianos.

Hubo varios brotes de shigelosis, que típicamente fueron prolongados y se propagaron a toda la comunidad. Estos brotes se diseminaron a menudo por medio de niños infectados en guarderías con condiciones de higiene deficientes. En 1999 se notificaron 17.521 casos de shigelosis en el país.

En 1999 se notificaron 4.513 casos de enfermedad por *Escherichia coli* O157:H7 que, en general, obedecieron al consumo de carne molida contaminada mal cocida, al tener contacto personal con una persona infectada, al beber leche cruda o agua contaminada sin tratar o al nadar en aguas residuales contaminadas.

Campylobacter puede haber causado cerca de dos millones de enfermedades al año. La bacteria causó cerca de 500 defunciones anuales y, por lo general, se transmitió al manipular o comer carne de ave cruda o mal cocida.

La transmisión de *Cyclospora* por los alimentos y el agua causó varios brotes de diarrea y náusea grave en 1996 y 1997. En 1996 se notificaron 1.450 casos en un brote que se extendió a 20 estados; las frambuesas contaminadas con *Cyclospora* fueron la causa presunta.

En 1994, el sistema público de abastecimiento de agua de la ciudad de Milwaukee, Wisconsin, se contaminó con *Cryptosporidium* y se notificaron más de 400.000 casos de diarrea como resultado de esta contaminación.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 1992 se notificaron 26.673 nuevos casos de tuberculosis, lo que dio una tasa de 10,5 casos por 100.000 habitantes. En 2000, los nuevos casos de tuberculosis se habían reducido a 16.377, lo

que dio una tasa de 5,8 por 100.000. Aunque las tasas de tuberculosis se redujeron 28% entre 1996 y 2000, esta enfermedad sigue siendo endémica en los Estados Unidos. Casi todos los casos correspondieron a adultos jóvenes y de mediana edad: en 2000, 34% de los casos se presentaron en personas de 25 a 44 años de edad y 28% en personas de 45 a 64 años de edad; solo 10% se presentaron en niños menores de 15 años. Además, entre 1992 y 2000, el número de casos registrado en personas nacidas en los Estados Unidos se redujo 55% y el número de casos en la población extranjera residente en el país aumentó 5%. Puesto que estos dos grupos crecieron, los nuevos casos de tuberculosis registraron una reducción neta de 1992 a 2000 en ambos grupos, de 8 a 4 casos nuevos por 100.000 entre la población nacida en los Estados Unidos y de 34 a 26 por 100.000 entre los extranjeros residentes en el país. Solamente la mitad de los estados registraron una disminución sustantiva constante de las nuevas tasas de casos de tuberculosis en el período de nueve años y la otra mitad experimentó poco cambio o pocas fluctuaciones. En 2000, Alaska, el Distrito de Columbia, Hawai, California y Nueva York tuvieron las mayores tasas, seguidos de los estados del sur del país. Como en el caso de las tasas de incidencia de tuberculosis, las tasas de defunción por tuberculosis también se redujeron en el decenio de 1990. En 1992, la tasa de defunción específica por tuberculosis fue de 0,6 por 100.000 habitantes; ya en 1999, había bajado a 0,3 por 100.000.

La reducción de las tasas de tuberculosis se ha atribuido a un mayor esfuerzo por identificar y tratar los casos sin demora y asegurar la observancia del tratamiento, mejorar el control de la infección en el medio institucional, reducir la incidencia del SIDA y disminuir la frecuencia de casos polifarmacorresistentes.

La lepra fue relativamente rara en los Estados Unidos: en 1999, la incidencia de lepra fue de 0,04 por 100.000 habitantes, o sea un total de 108 casos notificados, una leve baja en comparación con la tasa de 0,05 por 100.000 registrada en 1997. En 1997, hubo dos defunciones por lepra, pero en 1998 no se registró ninguna.

Infecciones respiratorias agudas

La neumonía y la influenza fueron las dos causas principales de defunción en los Estados Unidos en el decenio de 1990. La tasa de defunción por neumonía fue de 23,4 por 100.000 en 1999 y los jóvenes, los ancianos y las personas con compromiso del sistema inmunitario estuvieron expuestos al mayor riesgo. En ese mismo año, la tasa de defunción por influenza fue de 0,6 por 100.000 habitantes. La vacuna contra la influenza se suministra ampliamente al público durante la temporada de incidencia de esa afección.

Zoonosis

En el decenio de 1990, los casos de rabia humana fueron raros en los Estados Unidos, aunque se notificó un número mucho mayor de casos de rabia en animales. En 1996 se notificaron solamente tres casos humanos, y en 1999 no se notificó ninguno. Hay

vigilancia continua de esta enfermedad por su elevada letalidad y porque todavía hay reservorios animales. En 1999 se notificó que hubo 6.730 animales con rabia, cifra que representa una disminución del número máximo de 8.105 registrado en 1997.

VIH/SIDA

En los decenios de 1980 y 1990 hubo más de 750.000 casos acumulados de SIDA y 450.000 defunciones por esa causa en el país. En 1993, las tasas de SIDA parecieron aumentar repentinamente porque ese año comenzó a emplearse una nueva definición del SIDA que incluía a más personas infectadas por el VIH. Más tarde, en los años noventa, las tasas de incidencia de SIDA y de mortalidad por esa causa disminuyeron realmente en los Estados Unidos al introducirse nuevas combinaciones de tratamientos con medicamentos contra el VIH. En el período 1996–1998, se redujo 30% el número de casos de SIDA y las defunciones por esa causa bajaron más de la mitad. Sin embargo, ha aumentado la resistencia a los medicamentos contra el VIH en personas con infección reciente. Según un estudio realizado en el período 1995–1999 en personas con infección reciente, 15% tenían cepas resistentes por lo menos a un antirretroviral empleado contra el VIH.

En 2000 había aproximadamente 320.000 personas con SIDA. Las tasas de incidencia de SIDA y de mortalidad por esa causa fueron mayores en los hombres, aunque la diferencia de ambas tasas en los hombres y las mujeres siguió reduciéndose hasta llegar a un punto cercano a la paridad entre los sexos (figura 5). Esta convergencia se debe a aumentos de las tasas de transmisión del VIH por medio de relaciones heterosexuales y el uso de drogas inyectables. Las mujeres estuvieron particularmente expuestas al riesgo de contraer la infección por el VIH por medio de relaciones heterosexuales y de tener SIDA posteriormente, ya que es más fácil para ellas contraer el VIH por vía sexual de sus parejas masculinas que viceversa. Unas 12.000 mujeres contrajeron la infección por el VIH cada año; 64% de ellas eran negras y 18%, latinas. Se estima que tres cuartas partes del total de mujeres contagiadas se infectaron por el VIH por medio de contacto heterosexual y el resto por medio del uso de drogas intravenosas. En los hombres y mujeres que se inyectan heroína y cocaína, el uso compartido de agujas infectadas por el

VIH es la principal forma de transmisión. Las mujeres infectadas por el VIH que se inyectan drogas tienen más probabilidades de manifestar el SIDA a partir de esa infección que sus homólogos del sexo masculino con la misma concentración del VIH en su sangre.

El SIDA no tiene una distribución geográfica uniforme: las tasas más altas de SIDA se registraron en las zonas metropolitanas más grandes del nordeste del país. Eso también reflejó la distribución diferencial entre las zonas urbanas y rurales; las ciudades del nordeste están dentro de la importante zona de narcotráfico que sigue el curso de la carretera interestatal 95 y tiene porcentajes extremadamente elevados de toxicómanos que se inyectan. Las tasas de SIDA también fueron relativamente altas en las zonas con las mayores concentraciones de pobreza, como los barrios pobres del corazón de las ciudades y la región rural del sur (cuadro 1).

Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual son una carga particularmente pesada para la salud de la mujer. Cada año, cerca de un millón de mujeres en los Estados Unidos sufren un episodio asintomático de enfermedad inflamatoria de la pelvis.

Cada 7 a 10 años, la reducción de la sífilis en el país ha estado seguida de epidemias. En 1999, la tasa de sífilis llegó a un nuevo punto bajo sin precedentes al situarse en 2,5 por 100.000 habitantes; además, las tasas de toda clase de sífilis se redujeron 34% entre 1996 y 1999. La sífilis congénita sola se redujo 51% en el período 1997–2000. El sur tuvo tasas de sífilis considerablemente más altas que el nordeste, el oeste y el medio oeste.

Por contraste, las tasas de infección por *Chlamydia* aumentaron 32% y las de gonorrea, 8% en el período 1996–1999. Estas tendencias se deben probablemente a la expansión de los programas de examen de detección de la infección por *Chlamydia* y gonorrea, el uso de mejores pruebas de diagnóstico con más sensibilidad y mejores sistemas de vigilancia de esas enfermedades. La infección por *Chlamydia* fue la más común de estas tres infecciones de transmisión sexual, con tasas de 254 casos por 100.000 en 1999; la gonorrea ocupó el segundo lugar, con 133 por 100.000; y la sífilis se situó en un distante tercer lugar, con 13 por 100.000.

CUADRO 1. Tasas de incidencia de SIDA en adultos y adolescentes por 1.000 habitantes, por región y grado de urbanización, Estados Unidos de América, 2000.

Región	Número de casos	Tasas (por 100.000 habitantes)		
		Zonas metropolitanas (> 500.000 hab.)	Zonas metropolitanas (50.000–500.000 hab.)	Zonas no metropolitanas
Nordeste	11.791	31	14	6
Sur	17.038	28	15	10
Oeste	6.969	17	7	5
Medio oeste	4.670	13	5	3

Casi todas las infecciones genitales por el virus del papiloma humano son subclínicas o no se reconocen; sin embargo, en algunos estudios se ha hallado la infección por el virus del papiloma humano hasta en 15% de las adolescentes sexualmente activas. En 1997, las tasas ajustadas de cáncer cervicouterino relacionado con el virus del papiloma humano fueron de 8 casos nuevos por 100.000.

Las tasas de infección de transmisión sexual son desproporcionadamente elevadas en las minorías étnicas, disparidad que guarda relación con el alto índice de pobreza de esos grupos y su falta de acceso a servicios de salud.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En los años noventa, el país enfrentó una epidemia de obesidad. En 1990, el porcentaje mediano de la población adulta obesa (índice de masa corporal ≥ 30), por estado, fue de 12%, pero en 2000 esa cifra subió a 20%. En 2000, casi todos los residentes de los Estados Unidos tenían exceso de peso y alrededor de uno de cada cinco era obeso (figura 6). Una proporción notificada de 27% de los adultos no participaba en ninguna actividad física y una cuarta parte consumía las cinco o más porciones diarias de frutas y verduras recomendadas. Las personas con demasiado exceso de peso tienen tasas más altas de mortalidad en comparación con quienes tienen peso normal y están expuestas a un mayor riesgo de diabetes, enfermedad cardiovascular y ciertas clases de cáncer. Cada año, alrededor de 300.000 adultos estadounidenses mueren prematuramente por causas relacionadas con la obesidad. Los costos directos e indirectos de la obesidad y la inactividad física representan un poco menos de 10% del gasto total en atención de salud en el país.

De 1991 a 2000, aumentó 49% la proporción de personas diabéticas, lo que correspondió a un aumento de 61% en las personas que sufren de obesidad. Se calcula que casi 10% del total de adultos del país tienen diabetes. Los costos directos e indirectos de la atención de salud relacionados con la diabetes en 1997 se estimaron en US\$ 98.000 millones.

Enfermedades del sistema circulatorio

Las enfermedades del sistema circulatorio, sobre todo la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares, son la principal causa de defunción en el país y representan alrededor de 40% del total de defunciones cada año. Se calcula que más de 58 millones de personas en los Estados Unidos tienen alguna forma de enfermedad cardiovascular. En 1999 se consideró que el costo total de la atención de salud y la pérdida de productividad por morbilidad y mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ascendió a unos US\$ 287.000 millones.

Las tasas de enfermedad no tienen una distribución uniforme en todo el país. Después de los ajustes correspondientes a la edad, las tasas de enfermedades del sistema circulatorio fueron más altas en el sur en los años noventa. Puesto que esas tasas aumentan con la edad y proporcionalmente hay más ancianas que an-

cianas, la tasa de mortalidad por estas enfermedades fue mayor entre las mujeres.

Neoplasias malignas

Una cuarta parte del total de defunciones en el país se debe al cáncer. Los costos anuales de atención de salud y pérdida de productividad por morbilidad y mortalidad causadas por el cáncer se estiman en US\$ 107.000 millones. Aproximadamente una tercera parte del total de defunciones por cáncer ocurridas en 1999 guardó relación con una nutrición deficiente.

En 2000 se diagnosticaron 1,2 millones de nuevos casos de cáncer invasivo, excluido el cáncer de la piel y el carcinoma *in situ*. Se estima que en ese mismo año hubo otros 1,3 millones de casos nuevos de cáncer de la piel y otros tantos de carcinoma *in situ*. Las clases de cáncer más común diagnosticadas en los hombres en 2000 fueron de la próstata, los pulmones y los bronquios, y el colon y el recto. El cáncer de la próstata representó 29% del total de casos nuevos de cáncer en los hombres. Las clases de cáncer más común en las mujeres fueron de mama, pulmones y bronquios, y colon y recto; estos sitios afectados por el cáncer representaron en conjunto más de la mitad del total de casos de cáncer diagnosticados en mujeres. En promedio, se considera que uno de cada dos hombres y una de cada tres mujeres podrían tener un cáncer invasivo a lo largo de su vida.

En promedio, las tasas generales de incidencia de cáncer se han reducido más de 2% al año en el período 1992–1996. Las tasas de incidencia de cáncer de mama se han mantenido relativamente niveladas durante todo el decenio de 1990. Las tasas de cáncer del colon y del recto de hombres y mujeres y de todos los grupos étnicos se redujeron en la mayor parte del decenio. Las tasas de incidencia de cáncer de los pulmones y los bronquios en los hombres se redujeron y en las mujeres se estabilizaron durante el decenio. La incidencia de cáncer de la próstata también se redujo.

El cáncer de los pulmones fue la principal causa de defunción por cáncer en hombres y mujeres y guarda una estrecha relación con el tabaquismo. En 2000, murieron de cáncer de los pulmones aproximadamente 89.300 hombres y 67.600 mujeres. Las defunciones por cáncer de mama ocuparon el segundo lugar en el caso de las mujeres, con una cifra de 40.800, y por cáncer de próstata, el segundo lugar en el caso de los hombres, con una cifra de 31.900. Hubo un total calculado de 552.200 defunciones por cáncer en los Estados Unidos en 2000, a saber, 284.100 de hombres y 268.100 de mujeres.

Accidentes y violencia

En los Estados Unidos ocurren más lesiones en el hogar que en cualquier otro lugar. Según una encuesta realizada en 1997, casi una cuarta parte de los 41 millones de lesiones causadas por 31 millones de accidentes ocurrieron en el hogar. Las mujeres tuvieron el doble de probabilidades de lesionarse en el hogar, en comparación con los hombres, aunque ellos sufrieron más lesiones en

establecimientos deportivos o industriales, sitios de construcción y escuelas. En general, los hombres tuvieron una tasa de lesiones 21% más alta que la de las mujeres. Las personas de 65 y más años y las de 12 a 44 años fueron las más propensas a lesiones. Las ancianas tuvieron más accidentes que los ancianos, pero en el grupo de los adultos jóvenes, los hombres tuvieron accidentes con más frecuencia.

Por lo común, las víctimas de los accidentes más graves fueron internadas en centros hospitalarios de atención de traumatismos. Durante el período 1994–1999, casi 30% de todos los pacientes internados en los pabellones de atención de traumatismos de los hospitales habían sufrido accidentes de transporte terrestre. Esos accidentes fueron la causa de defunción de casi 6% de los casos y muchas víctimas también sufrieron discapacidades a largo plazo. Las caídas, que ocupan el segundo lugar entre los accidentes más comunes registrados en los centros de atención de traumatismos, afectaron a más de 28% de los pacientes con traumatismos; más de 3% de los pacientes murieron por causa de la caída. Las heridas causadas por armas de fuego ocuparon el tercer lugar entre las razones más frecuentes de internación en los centros de atención de traumatismos y representaron 7% del total de pacientes con traumatismos; a éstas siguieron las heridas con arma punzante, que afectaron a más de 6%. Los pacientes con heridas causadas por armas de fuego tuvieron el peor pronóstico y 5,5% de ellos murieron como consecuencia de esas lesiones. Murió un poco más de 2% de los pacientes apuñalados. Durante el período 1994–1999, se internó en centros de atención de traumatismos un número desmesurado de personas de 20 y de 80 años: el último grupo estuvo formado predominantemente por mujeres que sufrieron caídas o accidentes de transporte terrestre; el primero, sobre todo, por hombres víctimas de violencia.

En 2000 se cometieron 506 delitos violentos (homicidios, violaciones forzadas, robos y agresión con agravante) por cada 100.000 habitantes, lo que representa la menor tasa de delitos violentos desde 1985. De 1999 a 2000, la tasa de delitos violentos se redujo solo 0,1%, esencialmente se mantuvo sin ninguna variación estadística; no obstante, en el año 2000, la tasa de delitos violentos se redujo cerca de 16% en relación con la de 1996 y casi 21% con respecto a la de 1991. De todos los delitos violentos cometidos en 2000, la agresión con agravante representó 64%, el robo, 29%, la violación forzada, 6% y el homicidio, 1%. De 1999 a 2000, solo la violación forzada mostró un aumento cercano a 1%. Las armas de fuego se emplearon en casi 26% de los homicidios, robos y actos de agresión con agravante; algunas partes del cuerpo, como las manos y los pies, se usaron casi 32% del tiempo, y cuchillos o armas cortantes, 15%.

Entre los 15.517 homicidios cometidos en 2000, más de tres cuartas partes de las víctimas eran hombres; cerca de la mitad de las víctimas eran blancas y la otra mitad, negras en su mayoría. Más de 86% de las víctimas blancas fueron asesinadas por blancos y 94% del total de víctimas negras fueron asesinadas por negros. El esposo o el novio mató a una tercera parte de las víctimas

del sexo femenino, en tanto que la esposa o la novia mató solo a 3% de las víctimas del sexo masculino. Dos terceras partes del total de homicidios fueron cometidos con armas de fuego y más de 29% de ellos fueron desencadenados por un altercado.

Se notificaron más de 90.000 violaciones forzadas de mujeres a instituciones policiales en 2000, quizá una subestimación. En todo el país, casi 63 por 100.000 mujeres declararon que habían sido violadas en 2000. Las zonas metropolitanas tuvieron tasas de 65 violaciones forzadas por 100.000 y los condados rurales de 43 por 100.000. Las ciudades vieron un aumento del número de violaciones notificadas de 1,5% entre 1999 y 2000, en tanto que en las zonas suburbanas se observó una reducción cercana a 1%. En los condados rurales no hubo prácticamente ninguna variación. Del total de violaciones forzadas, 12% fueron cometidas por menores.

Los condados rurales tuvieron la tasa más baja de agresiones con agravante, con 171 ofensas por 100.000 habitantes; la tasa más alta correspondió a las ciudades (395), y los suburbios se clasificaron en el medio (262). En el período 1999–2000, hubo una reducción cercana a 4% en el número de agresiones con agravante en las zonas rurales y 0,2% en los suburbios y las ciudades.

Salud oral

La caries dental es la principal enfermedad dental en los Estados Unidos y afecta directamente el estado nutricional y la integración social. Asimismo, los hombres y mujeres de todas las edades tuvieron la misma probabilidad de tener por lo menos una caries sin tratar y en ambos sexos esa probabilidad aumentó con la edad hasta los 65 años. Las personas en situación de pobreza o cercana a la pobreza mostraron más probabilidades de tener caries sin tratar. Además, las personas en situación de pobreza tuvieron menos acceso a atención dental apropiada y en su mayoría carecían de seguro médico dental. Según una encuesta nacional realizada en 1999, 46% de las personas en situación de pobreza declararon que habían acudido a un dentista en el año anterior a la encuesta, en comparación con casi 49% de las personas en situación cercana a la pobreza y 72% de las personas no pobres. En los Estados Unidos, el sur tuvo el porcentaje más bajo de residentes que acudieron al dentista en el año anterior a la encuesta, cercano a 61% en 1999. Estas cifras cambiaron poco a fines de los años noventa, únicamente con leves reducciones en el período 1998–1999.

La caries y la enfermedad periodontal, las enfermedades bucodentales más comunes en los Estados Unidos, a veces producen la pérdida total de dientes de una persona y reflejan tanto la enfermedad previa como la falta de acceso a atención dental adecuada. La pérdida de dientes es más probable en personas mayores de 64 años, en residentes de las zonas rurales y en personas que viven en la pobreza. Las zonas rurales tuvieron el menor número de dentistas por habitante y la distancia promedio de la casa al dentista más cercano fue mucho más larga que en la mayoría de las zonas urbanas. En 1997–1998, 34% de las personas

de ingresos bajos y mayores de 64 años que vivían en las grandes zonas metropolitanas centrales sufrieron la pérdida total de los dientes; en las zonas rurales, esa proporción fue de 47% de este grupo.

Enfermedades emergentes y reemergentes

El primer brote del síndrome pulmonar por el virus Hanta se observó en 1993 y afectó sobre todo a los indígenas estadounidenses de Nuevo México y Arizona. En 1999, hubo una epidemia de 42 casos probables; murieron 30% de los confirmados en el laboratorio. También hubo personas infectadas que nunca manifestaron síntomas pulmonares. En el país, el virus Hanta que suele causar este síndrome es el virus Sin Nombre.

El agente patógeno transmitido por garrapatas causante de la enfermedad de Lyme en América del Norte se identificó en 1982 en Lyme, Connecticut, y la enfermedad se sigue presentando en las regiones centro norte y nordeste del país. En 1999 se notificaron 16.273 casos de la enfermedad de Lyme. El virus del Nilo Occidental, un virus transmitido por mosquitos que causa encefalitis en el ser humano, los pájaros y los caballos, acaba de entrar en los Estados Unidos; en 1999 hubo una epidemia con 62 casos humanos confirmados en el laboratorio y siete defunciones. Se confirmó la existencia del virus del Nilo Occidental en miles de pájaros de, por lo menos, 26 especies diferentes; además, se confirmó que 29 caballos tenían el virus y que muchos murieron. El análisis de los nucleótidos víricos mostró que el virus del Nilo Occidental causante de este brote fue igual a un virus identificado en gansos en Israel en 1998.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud de los Estados Unidos es, en realidad, un conglomerado de sistemas de diversa complejidad. No hubo reformas sectoriales fundamentales de estos sistemas de salud a fines de los años noventa, pero se hicieron ajustes para atender algunas necesidades cambiantes.

Los gobiernos federal, estatales y locales han definido, a menudo en concierto unos con otros, sus funciones para proteger la salud pública. Los departamentos estatales de salud pública no están bajo la jurisdicción de instituciones y administraciones de salud del Gobierno Federal y, en muchos estados, los departamentos locales de salud pública de las ciudades y los condados no están bajo la jurisdicción de los departamentos estatales de salud pública. Por regla general, los servicios directos de atención de salud son provistos por el sector privado, no por el Estado. Los fondos públicos, el asesoramiento técnico, las normas de reglamentación y la investigación en salud proporcionados por los gobiernos federal, estatales y locales son comunes en muchos de los servicios gubernamentales y no gubernamentales.

Casi todo el financiamiento para salud proveniente de los gobiernos federal y estatales proporciona seguro médico para po-

blaciones vulnerables y cubre programas específicos de salud pública. Los servicios de disponibilidad universal, como los de abastecimiento de agua potable y la evacuación de residuos sólidos municipales, suelen estar administrados o reglamentados por los gobiernos locales y estatales. Los asuntos de salud que traspasan las fronteras locales y estatales —como la contaminación del aire, la inocuidad de los alimentos y la suplementación alimentaria para las poblaciones vulnerables— están reglamentados de manera característica por los gobiernos federal y estatales. La calidad de la atención de salud y la acreditación de los profesionales de salud suele ser responsabilidad de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro y de los gobiernos estatales.

Entre muchas otras funciones de reglamentación, administración y asesoramiento, cada gobierno ha asumido la responsabilidad de la vigilancia epidemiológica, la reglamentación de la inocuidad de los medicamentos, la inocuidad de los dispositivos, la seguridad en el lugar de trabajo, las normas de la contaminación del aire y del agua y los patrones de conducta en materia de seguridad, como el uso de cinturones de seguridad y el establecimiento de límites de velocidad. Los gobiernos federales, estatales y locales también responden a los brotes de enfermedad y a otras situaciones sanitarias de emergencia, como huracanes, inundaciones, terremotos y desastres causados por el ser humano.

El Gobierno Federal administra varios programas, supervisa la investigación y ofrece asesoramiento y dirección técnica, capacitación, financiamiento y otros recursos de salud pública principalmente por medio del Departamento de Salud y Servicios Sociales. El Departamento trabaja a menudo por medio de programas de los gobiernos estatales y locales y con otros asociados. Muchas otras organizaciones del Gobierno Federal fuera de la jurisdicción del Departamento, como el Organismo de Protección Ambiental, la Administración del Seguro Social, el Departamento de Agricultura y el Organismo Federal de Administración de Emergencias también trabajan activamente para garantizar la seguridad y la salud de la población.

La responsabilidad por los problemas individuales de atención de salud está mucho más descentralizada. El Gobierno proporciona seguro médico a los grupos muy vulnerables, como algunas familias en situación de pobreza, los discapacitados y los ancianos. No obstante, casi todas las personas adquieren cobertura privada de seguro médico por medio de sus empleadores o por cuenta propia y queda a discreción de la persona o a la responsabilidad del empleador buscar cobertura en el mercado.

Los servicios directos de atención de salud, incluso la atención primaria, secundaria y terciaria, son provistos principalmente por medio de miles de hospitales y dispensarios del sector privado en todo el país. El Gobierno Federal financia directamente otros hospitales y dispensarios de atención al personal militar y a los veteranos de guerra, los indígenas estadounidenses y los naturales de Alaska.

El Departamento de Salud y Servicios Sociales es suficientemente flexible como para responder a las necesidades cambian-

tes de salud de la población y asumir nuevas responsabilidades. Por ejemplo, a medida que las familias comenzaron a salir de las listas del sistema de asistencia social después de las reformas, Medicaid fue separado del nuevo programa de asistencia social para asegurarse de que los niños de esas familias siguieran teniendo acceso a cobertura de seguro médico; además, se estableció el nuevo Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP). La responsabilidad de administrar el nuevo programa independiente de Medicaid, que cubrió a 18 millones de niños y a muchos adultos, y CHIP, que cubrió a otros 2,2 millones de niños, se asignó a una entidad del Departamento.

El Gobierno Federal sigue persiguiendo su ambiciosa campaña de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. “Gente sana 2010” establece un amplio programa de trabajo nacional destinado a mejorar la salud de toda la población de los Estados Unidos en el primer decenio del siglo XXI. Como su predecesora, esta campaña se dedica a promover la salud y prevenir la enfermedad, la discapacidad y la muerte prematura. La iniciativa tiene dos metas principales: ayudar a las personas de todas las edades a mejorar la calidad y el número de años de vida productiva y eliminar las disparidades en salud, ya sean en razón de sexo, raza u origen étnico, educación o ingreso, discapacidad, localización geográfica u orientación sexual.

El lanzamiento de la iniciativa “Gente sana 2010” entrañó un alto grado de participación: a fines del decenio de 1990, 350 organizaciones nacionales y 250 instituciones estatales de salud pública, salud mental, abuso de sustancias y conservación del medio ambiente se reunieron para lanzar la campaña; además, en 1997 y 1998 se invitó al público estadounidense a comentar sobre la iniciativa por correo o por la Internet, y se recibieron más de 11.000 comentarios. Por último, un panel de expertos bajo la dirección del Secretario de Salud y Servicios Sociales estableció casi 500 objetivos agrupados en 28 campos focales y a cada objetivo se asignó una meta para lograr mejoras específicas en el año 2010. Muchos objetivos se concentran en intervenciones específicas destinadas a reducir o eliminar la enfermedad, la discapacidad o la muerte prematura; otros tienen que ver con cuestiones más amplias, como la mejora del acceso a la calidad de la atención de salud, el fortalecimiento de los servicios de salud pública y la mejora de la disponibilidad de información sobre salud. La campaña obtiene la cooperación de las comunidades, los sectores privados filantrópico y con fines de lucro y todas las dependencias gubernamentales para reducir los factores de riesgo identificados y mejorar los factores de protección con el fin de disminuir la incidencia de estados morbosos y de enfermedad.

El acontecimiento más importante en materia de salud a fines de los años noventa fue el litigio contra la industria tabacalera que, en 1997, llevó a un convenio histórico entre las fiscalías de 46

estados y 5 territorios y la industria tabacalera. El acuerdo ordenaba que la industria tabacalera pagara US\$ 368.000 millones en daños causados a la salud por el uso de tabaco, eliminara las carteleras de propaganda del tabaco y los anuncios del personaje humorístico Joe Camel, que era popular entre los jóvenes. Los fondos de la indemnización financian principalmente programas e investigación para reducir el uso de tabaco entre la población nacional, sobre todo entre las poblaciones económicamente desfavorecidas y los jóvenes.

Algunos de los programas federales lanzados a fines de los años noventa se concentraron en las necesidades de varios grupos específicos de riesgo, como los adolescentes y los ancianos. Por ejemplo, el Programa sobre la Vida de Familia para Adolescentes, con un presupuesto de US\$ 24 millones asignados en el ejercicio económico de 2001, se destinó a apoyar proyectos comunitarios para establecer y ensayar programas experimentales basados en la abstinencia con el fin de demorar el comienzo de la actividad sexual y reducir las tasas de embarazo de adolescentes y la propagación de enfermedades de transmisión sexual. El programa también presta especial atención a los patrones de comportamiento riesgoso relacionados con el alcoholismo, la toxicomanía, el tabaquismo y la violencia. Por medio de enmiendas de la Ley sobre los Estadounidenses de Edad Avanzada aprobadas en 2000, se estableció un programa nacional de apoyo a los prestadores de cuidado. Con un presupuesto de US\$ 125 millones asignados en el ejercicio económico de 2001, el programa trabaja por medio de los estados para abordar las principales dificultades que enfrenta la población anciana, como suministrar información sobre servicios disponibles, asistir a los adultos mayores para que logren acceder a los servicios, ofrecer orientación individual, organizar grupos de apoyo, capacitar a los prestadores de cuidado y complementar los servicios de atención.

En lo que respecta al gasto anual en salud, el sector privado aporta, con mucho, la máxima proporción, con 54% del total en 1997 y 55% en 1999, seguido del Gobierno Federal, con 33% y 32%, respectivamente, y los gobiernos estatales y locales, con 33% y 32%, respectivamente.

En los Estados Unidos, las lecciones de salud aprendidas en el pasado han servido para trazar el rumbo del futuro en materia de salud por medio de iniciativas de amplio alcance como “Gente sana 2010” ejecutada bajo el liderazgo del Departamento de Salud y Servicios Sociales, que trabaja por medio de instituciones como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y los Institutos Nacionales de Salud. De importancia crítica para el éxito de este empeño es la amplia alianza de los gobiernos federal, estatal y local, las organizaciones privadas filantrópicas y con fines de lucro, las organizaciones comunitarias y los particulares que trabajan juntos para mejorar y mantener la salud de los ciudadanos y las futuras generaciones del país.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Estados Unidos de América, 1999.

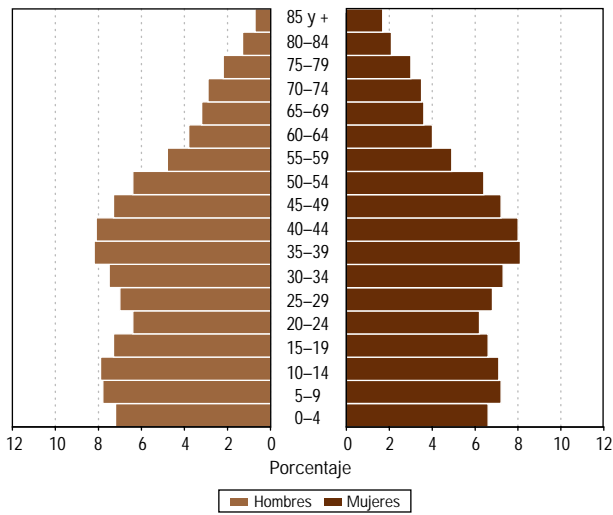


FIGURA 2. Crecimiento del producto interno bruto, Estados Unidos de América, 1990-2000.

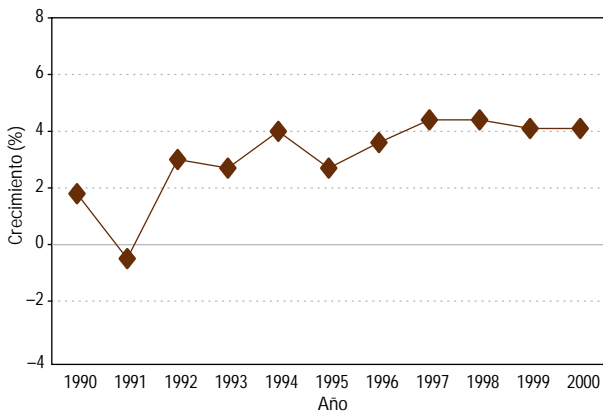


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Estados Unidos de América, 1999.

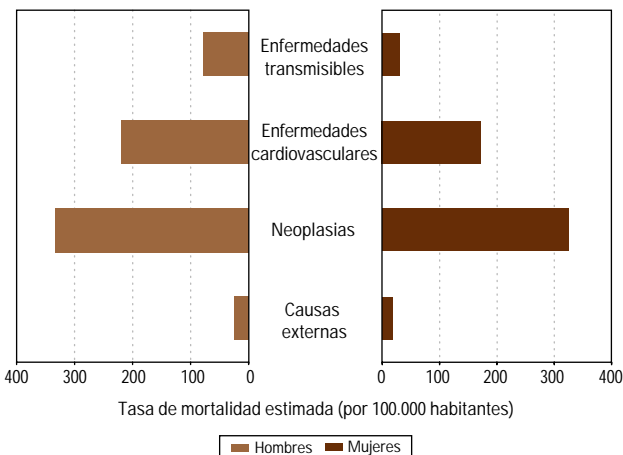


FIGURA 4. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Estados Unidos de América, 1999.

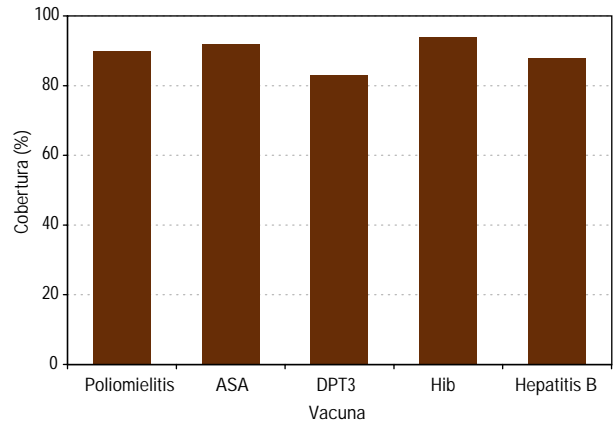


FIGURA 5. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Estados Unidos de América, 1990-2000.

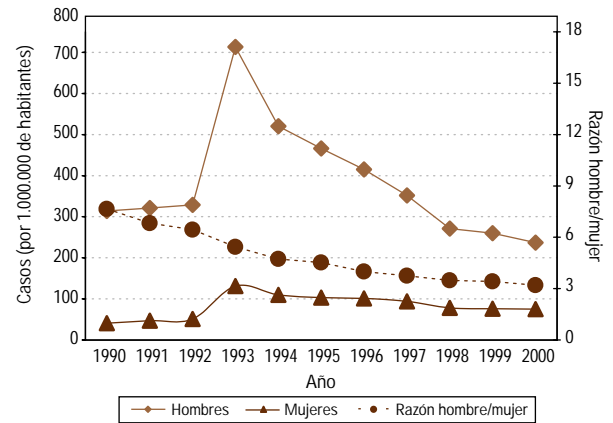
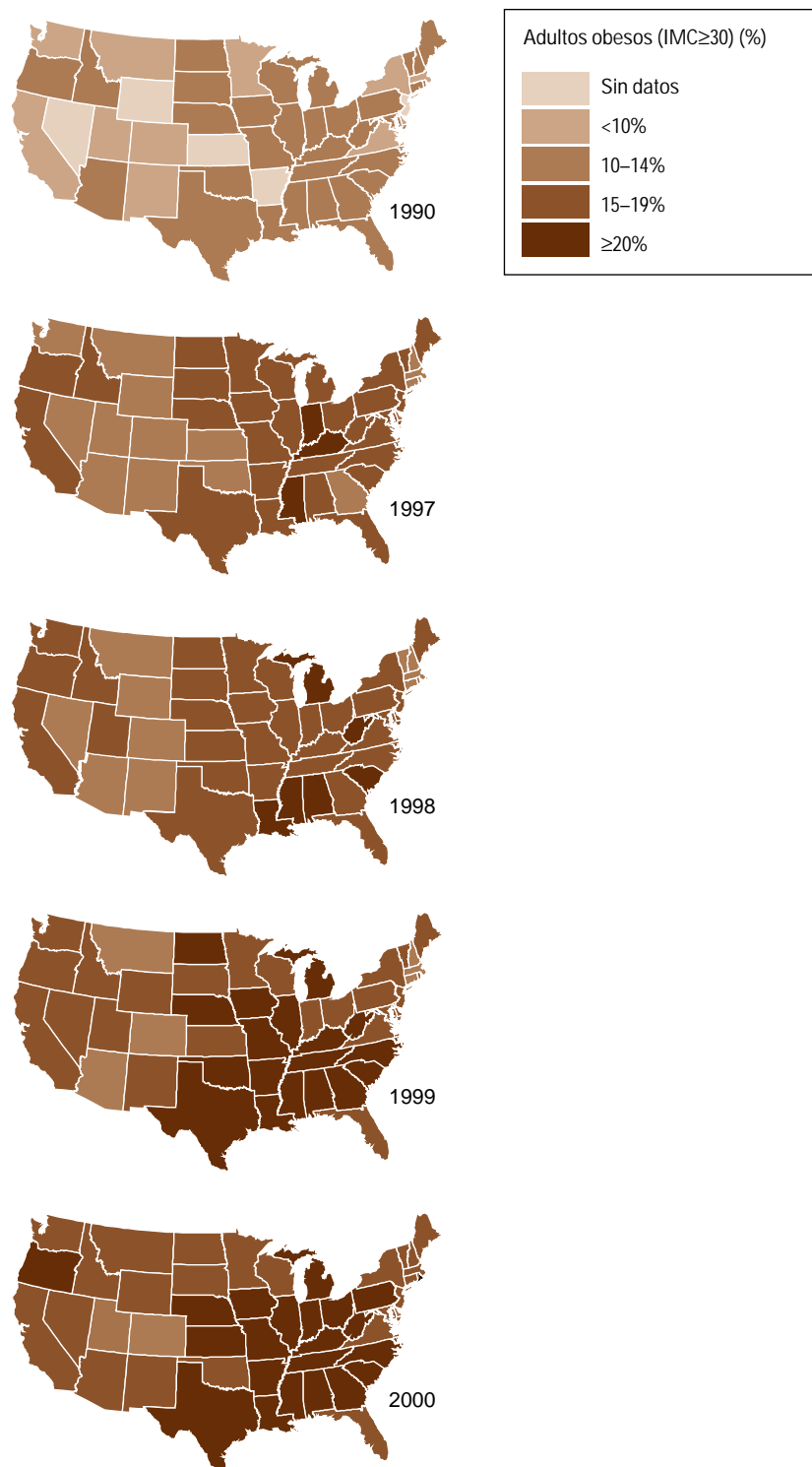


FIGURA 6. Tendencias de la obesidad en adultos, por estado, Estados Unidos de América, 1990–2000.



Fuente: Basado en U.S. Obesity Trends 1985 to 2000. National Center for Chronic Diseases Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention; <http://cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/trend/maps/slide; 10/24/2001>.

GRANADA

CONTEXTO GENERAL

Granada se encuentra en el extremo meridional de las Islas de Barlovento y consta de tres islas hermanas: Granada, Carriacou y Petit Martinique. El país tiene una superficie terrestre de 344 km² y está dividido en seis parroquias.

Granada es una democracia parlamentaria. Tiene una legislatura bicameral compuesta por una Cámara de Representantes cuyos miembros son elegidos y un Senado constituido por nombramiento. Los poderes ejecutivos se han conferido al Primer Ministro como Jefe de Gobierno y al Gabinete. El Jefe de Estado es el Gobernador General, quien representa a la Corona Británica. Hay varios partidos políticos.

La prestación de servicios de salud del país enfrenta muchas dificultades, principalmente un aumento de la incidencia de enfermedades no transmisibles y mayor demanda de nueva tecnología, con el alza de costos acompañante.

El Gobierno funciona básicamente de una forma centralizada. Sin embargo, desde 1996 se estableció un comité multipartito de consulta que se reúne con las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, los sindicatos y el sector privado para debatir cuestiones de importancia nacional.

La División de Planificación y Desarrollo del Ministerio de Hacienda coordina las actividades nacionales de desarrollo de Granada, que están orientadas por un plan estratégico que responde a consideraciones económicas y tiene secciones sobre asuntos de desarrollo social, tales como la atención de salud y la equidad de género. En colaboración con varios ministerios pertinentes, incluso el Ministerio de Salud, la División prepara un programa trienal de inversión del sector público.

El Ministro de Hacienda ha iniciado debates con una amplia gama de interesados para establecer un sistema de información sobre la administración del desarrollo social que permitirá vigilar con más eficacia el desarrollo y progreso sociales del país. En todo el país, los indicadores del sistema se concentrarán en el desarrollo de recursos humanos, la calidad de la atención de salud, la reducción y eliminación de la pobreza, el desarrollo rural, el uso sostenible del ambiente y la equidad de género.

Los datos preliminares del Ministerio de Asuntos Económicos indicaron que la actividad económica de Granada se mantuvo sólida en 2000, con una expansión del crecimiento del producto interno bruto (PIB) real de 6,4%, seguido por tasas de crecimiento que alcanzaron, en promedio, 5,5% en el período 1996–1999 (figura 1). El PIB a precios constantes de 1990 fue de US\$ 333 millones en 2000 (alrededor de US\$ 1.216 per cápita) que representa un aumento de 7,8% con respecto al de 1999, de US\$ 1.128 per cápita. La tasa de inflación medida por el cambio del índice de precios al consumidor fue de 2,5% en 2000, en comparación con 1,0% en 1999.

La continua expansión económica en 2000 reflejó un sólido desempeño en los sectores de la construcción, comunicación, manufactura y banca, que crecieron 9,2%, 14%, 13% y 10%, respectivamente, valores que los convierten en los sectores más fuertes. El turismo representó US\$ 16 millones en 1995 (8,2% del PIB) y US\$ 19 millones (7,5% del PIB) en 2000, lo que constituye un aumento de 21%. En el sector de servicios se registró un crecimiento real en telecomunicaciones, banca, seguro y ventas al por mayor y al por menor. Las operaciones actuales del Gobierno central produjeron un superávit de US\$ 67,8 millones, mayor que el de 1999.

En 1998, la fuerza laboral constó de unas 41.000 personas, 23.000 hombres y 17.000 mujeres. La tasa de desempleo se redujo de 12,5% en diciembre de 1999 a 11% a fines de diciembre de 2000; la tasa fue de 11% para los hombres y de 21% para las mujeres.

Según los datos del Programa Nacional de Seguro de Salud, 4.624 personas se afiliaron a ese plan por primera vez en 2000, lo que aumentó a más del doble el número de nuevos empleados afiliados en 1999. De esos nuevos empleados afiliados, 25% tenían menos de 20 años y 35%, de 20 a 24 años.

Una encuesta de evaluación de la pobreza realizada en 1998 reveló que 31% de la población es pobre. Se considera que los adultos que viven con menos de US\$ 1.231 al año están por debajo de la línea de pobreza; 13% de todas las personas que viven en Granada son indigentes y 20% de las que viven por debajo de la línea de pobreza están desempleadas. Más de 64% de los

pobres no tienen certificado de asistencia a la escuela secundaria y 51% de las personas que están por debajo de la línea de pobreza son menores de 20 años; de ese grupo, 40% son menores de 5 años y 38% son escolares.

El Gobierno estimó la tasa de alfabetización de adultos en Granada en 88,6% en 2000, con tasas similares para los hombres y las mujeres.

La población de Granada estimada a mediados de 1999 fue de 100.703 habitantes, 50,4% mujeres y 49,6% hombres; la tasa de crecimiento demográfico fue de 0,06% anual. Según el censo de 1991, las parroquias con la mayor población fueron St. George y St. Andrew con 31.994 y 22.425 personas, respectivamente. La población es 90% negra, 3% originaria del Asia Sudoriental, 1% blanca y 6% de otra raza. El censo de 1991 mostró que 33,5% de la población urbana residía en St. George, la capital.

La estructura de la población en 1999 se caracterizó por un grupo muy joven y 46,9% se clasificó como menor de 20 años (figura 2). La esperanza de vida se estimó en 68 años para los hombres y 73 para las mujeres. El número de nacidos vivos se redujo de 2.096 en 1996 a 1.791 en 1999. La tasa bruta de natalidad disminuyó 14,1%, de 21,3 por 1.000 personas en 1996 a 18,3 por 1.000 en 1999. La tasa bruta de mortalidad se redujo de 8,2 por 1.000 personas en 1998 a 7,9 por 1.000 en 1999. La tasa de aumento natural de la población disminuyó de 13,4% por 1.000 personas en 1996 a 10,4 en 2000. La tasa de fecundidad total durante el período 1996–2000 alcanzó un promedio de 2,8 niños por mujer en edad de procrear, una baja con respecto a la cifra de 3,2 en el período 1992–1995.

Mortalidad

Entre 1996 y 1998, la principal causa de defunción por causas definidas fueron las neoplasias malignas, con 123, 101 y 148 defunciones en 1996, 1997 y 1998, respectivamente, y tasas correspondientes de 124, 102 y 148 por 100.000 habitantes. En 1999, la principal causa de defunción fueron las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de cardiopatías, con 131 defunciones y una tasa de 130 por 100.000 habitantes. Hubo 712 defunciones en 2000 (376 de hombres y 336 de mujeres). Las principales causas de mortalidad en 2000 fueron las enfermedades del sistema circulatorio, con 299 defunciones y una tasa de 297 por 100.000 habitantes, seguidas de las neoplasias, con 105 defunciones (104 por 100.000) y las enfermedades del sistema respiratorio, con 65 defunciones (65 por 100.000). Las causas externas representaron 31 defunciones (341 por 100.000); otras causas que deben señalarse fueron la diabetes (23 defunciones) y el suicidio (13).

La calidad de los datos de mortalidad se deterioró entre 1996 y 1999, a medida que aumentó de 11,2% a 22,3% el porcentaje de defunciones atribuibles a causas mal definidas.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0-4 años)

Entre 1997 y 1999 hubo 142 defunciones de menores de 1 año y 61% ocurrieron en el primer mes de vida. Las principales causas de defunción fueron las anomalías del corazón y del sistema circulatorio, hipoxia, asfixia al nacer, otras afecciones respiratorias, crecimiento fetal lento y malnutrición fetal.

La tasa de mortalidad infantil varió en el período en revisión: fue de 17,7 por 1.000 nacidos vivos en 1996, 19,5 en 1998, 12,5 en 1999 y 14,3 por 1.000 en 2000. La tasa de defunción neonatal fue de 12,3 por 1.000 nacidos vivos en 1996 y 12,5 en 1997; en 1998 se redujo a 6,7, pero volvió a aumentar en 1999 a 9,6. En 2000 hubo 25 defunciones de niños de 1 año y 64% ocurrieron en el primer mes de vida. Las principales causas de defunción fueron los trastornos respiratorios y cardiovasculares y las infecciones específicas del período perinatal.

Los niños con bajo peso al nacer se redujeron de 9,7% del total de nacimientos en 1996 a 8% en 2000.

De los 5.391 lactantes llevados a los dispensarios públicos entre 1996 y 2000, 1.884, o sea 34,2%, eran alimentados exclusivamente con leche materna por los tres primeros meses de vida. En el mismo período, entre 1% y 2% de los niños llevados a los dispensarios tenían insuficiencia o exceso de peso. No se dispone de información sobre los niños llevados a médicos particulares.

Entre 1997 y 1999 hubo 17 defunciones de niños de 1 a 4 años de edad, y las principales causas de defunción fueron las enfermedades del sistema nervioso, las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades del sistema digestivo. En 2000 murió un niño de este grupo de edad; la causa de defunción fue malformación del sistema circulatorio.

La salud de la población en edad escolar primaria (5-9 años)

En el período 1996–1999 hubo 17 defunciones de niños de 5 a 9 años; no se registró ninguna en este grupo de edad en 2000.

La salud de los adolescentes (10-14 y 15-19 años)

En 1999, la población estimada de 10 a 19 años fue de 25.305 habitantes, en su mayoría asistentes a las escuelas primaria o secundaria. Datos correspondientes a 1996 mostraron que había 2.503 adolescentes empleados.

En 1998, las madres adolescentes representaron 13,4% (o sea 240) de todos los nacimientos, cifra que constituye una baja de 18,3% en 1992; el número de nacimientos fluctuó entre 11 en 1996, 36 en 1998 y 24 en 2000. Los embarazos de adolescentes fluctuaron entre 21% en 1997 y 17% en 2000. En 1998, 78,1% de las madres adolescentes dieron a luz por primera vez y 16,5% por segunda vez.

En 2000 se registraron cuatro defunciones en el grupo de 10 a 14 años y nueve en el de 15 a 19 años.

La salud de la población adulta (20–59 años)

Se estima que 80% de las mujeres embarazadas acudieron a dispensarios de atención prenatal en los establecimientos de salud comunitaria en el período 1996–2000; fueron atendidas sobre todo por una enfermera. En ese mismo período, el número de mujeres inscritas para su primera visita en la decimosegunda semana de embarazo o antes aumentó 8%, y 80% de las mujeres que utilizaron esos servicios lo hicieron en la decimosexta semana de embarazo o más tarde.

En el período 1999–2000, aproximadamente 900 nuevas madres solicitaron servicios de planificación familiar a los centros de salud de distrito; 50% de ellas solicitaron asesoramiento sobre posibles métodos de planificación familiar, 25% condones, 7% esterilizaciones y el resto buscó sobre todo asesoramiento sobre dispositivos intrauterinos o inyecciones de anticonceptivos. También la Asociación de Planificación Familiar de Granada presta servicios de planificación familiar: atendió a 1.266 mujeres en 1996 en comparación con 1.729 en 1995. Muchas mujeres embarazadas consultan a médicos privados antes de acudir a los establecimientos públicos de atención prenatal.

En 1998, 30,1% de las madres dieron a luz por primera vez, 20% por segunda vez y 15% por tercera vez, un patrón similar al observado en 1997. En 1998, 27% de los nacimientos correspondieron a madres de 20 a 24 años, una reducción con respecto a la cifra de 29% registrada en 1992.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

En Granada, la información copiada sobre los adultos mayores corresponde a personas de 65 y más años. En 1998, ese grupo hizo 3.417 consultas por primera vez a los servicios de salud comunitaria; las mujeres representaron dos terceras partes de esas consultas. Las deficiencias nutricionales no suelen notificarse, pero en 1997, en el Hospital General hubo un caso de deficiencia nutricional y de anemia en un adulto mayor. De todos los adultos que notificaron casos de artritis, 54% estaban en el grupo de 65 años de edad. Los adultos mayores sufrieron 27% de las neoplasias, 49% de los casos de enfermedad del sistema circulatorio y 45% de los casos de diabetes; se notificaron 14 casos de neumonía en este grupo de edad.

La salud de la familia

Las mujeres representan 51% de las personas que viven por debajo de la línea de pobreza. Además, 52% de las mujeres cabeza de familia están dentro de esa clasificación, 21% de las cuales están desempleadas.

La salud de los trabajadores

La información proporcionada por el Plan Nacional de Seguro de Salud para el período 1998–1999 reveló que de las 272 lesiones

notificadas en esos años, casi todas ocurrieron en los sectores de la construcción (95), comercio al por menor (38), restaurantes y hoteles (35) y manufacturas (25). Aproximadamente 85 de las lesiones notificadas en el sector de la construcción ocasionaron lesiones de los ojos, las manos, los dedos de las manos, los pies y la cabeza; en algunos casos fueron lesiones discapacitantes. Al parecer, los tipos de accidentes más prevalentes en el sector de la construcción se relacionan con el uso inapropiado de maquinaria y equipo, y la falta de equipo de protección personal. Del conjunto de lesiones notificadas en el sector de comercio al por menor y de hoteles y restaurantes, gran parte (43) fueron de los pies, las manos y los dedos de las manos.

La salud de los discapacitados

Las personas con discapacidades físicas y mentales, y sus familias, reciben apoyo del Consejo Nacional de Discapacitados, que sigue siendo el principal órgano responsable de las actividades correspondientes a este grupo de población.

Por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmitidas por vectores

En 2000 hubo 17 casos confirmados de dengue. El esfuerzo de Granada por combatir el dengue se realiza sobre todo por medio de un sistema integrado de control de vectores centrado menos en el uso de productos químicos y más en programas de educación para la salud que instan al público a mantener un ambiente limpio y saludable. Con frecuencia cada vez mayor, se emplea el sistema de reducción de fuentes y control biológico con mucho acento en la participación de la comunidad.

Enfermedades prevenibles por vacunación

En 2000, 97% de los niños menores de 1 año fueron inmunizados contra la difteria, el tétanos, la tos ferina y la poliomielitis, y 92% contra el sarampión, que representó una mejora de la cobertura en relación con años anteriores (figura 3). El programa de inmunización está coordinado por una enfermera principal especializada en salud comunitaria que se asegura de realizar la debida vigilancia. No se han notificado casos de tétanos neonatal desde 1980. Se inmunizó a 625 mujeres (42%) en su primera consulta prenatal o antes, y 572 mujeres (38%) terminaron el ciclo de inmunización con toxoide tetánico en 2000. En ese mismo año, el Ministerio de Salud introdujo las vacunas contra la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b para los niños menores de 1 año. En 1999 Granada realizó una campaña para erradicar el síndrome de rubéola congénita y la rubéola en personas de 21 a 45 años. La campaña logró una cobertura de 62% y actualmente se trabaja por lograr una cobertura total. No se han notificado casos de sarampión desde 1990; se ha establecido un activo sistema de vigilancia para mantener este éxito.

Enfermedades crónicas transmisibles

La incidencia de casos de tuberculosis con baciloscopia positiva fue de 4,0 por 100.000 en 1996, en comparación con 2,2 en 1998. No hubo casos de tuberculosis ni de lepra en 2000 y se registraron solo tres casos entre 1985 y 1999. En el período 1997–1999 hubo nueve casos de tuberculosis.

Zoonosis

Con el fin de reducir la incidencia de rabia e interrumpir su transmisión de la mangosta al ser humano, el Departamento de Salud Ambiental vacunó a más de 7.248 animales domésticos en 2000.

VIH/SIDA

Se notificaron 43 casos de SIDA en el período 1996–2000. El total acumulativo fue de 121 casos; 88 fueron hombres y 33 mujeres. En 1997, la razón hombre/mujer fue de 1,6. La figura 4 muestra la incidencia de SIDA en Granada, por sexo, de 1994 a 1997. Hubo 101 defunciones de adultos y 5 de niños. En 2000 se notificaron 18 casos nuevos de infección y nacieron cinco niños de madres infectadas por el VIH. El número de casos pediátricos positivos se mantuvo en siete y cinco niños esperaban un examen. Todos los casos pediátricos se han vinculado a la transmisión vertical durante el embarazo.

Infecciones de transmisión sexual

Se notificaron 47 casos de gonorrea en 2000. Sin embargo, es extremadamente difícil determinar la verdadera incidencia de esta enfermedad, dado que el diagnóstico y tratamiento se basan en un enfoque sindrómico (clínico). El sistema de vigilancia incorpora datos de médicos particulares y del sector público.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

El Consejo de Alimentación y Nutrición trabaja estrechamente con los Ministerios de Salud y Agricultura en la ejecución de programas conjuntos. En 1996, el Consejo lanzó un proyecto de vigilancia de la anemia ferropénica en las mujeres embarazadas y los niños. Los resultados mostraron que la prevalencia de anemia en las mujeres embarazadas fue de 25% en 1997 y 16% en 1999, y las cifras correspondientes a las nuevas madres fueron de 9% y 8%, respectivamente. La prevalencia de anemia en niños de 1 año fue de 63% en 1997 y 57% en 1999. Las mujeres embarazadas, las nuevas madres y los niños de 1 año tuvieron una de las mayores tasas de prevalencia de anemia en la parroquia de St. Patrick.

Enfermedades cardiovasculares

En 2000, las enfermedades cerebrovasculares causaron 96 muertes, la cardiopatía isquémica 55 y la enfermedad hipertensiva 14. En conjunto, estas representaron 23% del total de defunciones en 2000. Las tasas de estas enfermedades (por 100.000 habitantes) fueron básicamente equivalentes al número de

defunciones, puesto que la población de Granada se situó en un poco más de 100.000 habitantes en ese año.

Neoplasias malignas

Entre 1996 y 1998 hubo 372 defunciones por neoplasias malignas; en 2000, las 105 defunciones por esa causa representaron 15% del total. Las neoplasias malignas de los órganos digestivos ocuparon el primer lugar, con 29 defunciones, seguidas por las de la próstata con 27 y las del tejido hematopoyético y linfático con 11.

Accidentes y violencia

Hubo 26 defunciones por causas externas en 1997 y 24 en 1998; cerca de la mitad correspondieron a hombres que murieron de lesiones de la cabeza y del cuello. En ambos años hubo cuatro defunciones de niños de 5 a 14 años de edad. Se registraron cuatro defunciones por quemaduras y corrosiones en esos dos años.

Salud oral

La caries dental, la enfermedad periodontal y la mala oclusión son los principales problemas dentales que afectan a la población. Aunque raras veces amenazan la vida, esas afecciones pueden tener importantes consecuencias fisiológicas, psicológicas y sociales. En 1990, el índice de dientes cariados, perdidos, obturados (CPO-D) fue de 5,58 para los niños de 12 años de edad. En 2000, la OPS terminó una encuesta dental de 1.022 niños de siete parroquias de Granada, que reveló importantes aspectos del estado de la salud oral de los niños en el país. Por ejemplo, se determinó que la caries tiene una prevalencia moderada en niños de 6 a 8 años y de 12 años, pero es grave en los de 15 años. La encuesta también reveló un número insignificante de casos de fluorosis dental, pero se observó sangrado de las encías en el examen periodontal en cerca de 11% de los niños, independientemente de la edad. En total, 20% de los niños, sobre todo los de 12 y 15 años, tenían cálculo. Suscitó preocupación el hecho de que la excreción renal de fluoruro de los niños fuera menor que la estipulada en las normas provisionales establecidas por la OMS para los niños de 3 a 5 años de edad, y a pocos niños se les habían administrado suplementos de fluoruro para protegerlos de la caries dental. Aunque no se observaron diferencias en la prevalencia de caries dental por sexo en la dentición primaria, sí hubo diferencias por edad y sexo en la dentición permanente. La prevalencia de caries dental en los niños de 6 a 8 años de edad fue de 39%, pero a los 12 años había alcanzado 64% y a los 15 años prácticamente se había duplicado a 79% en comparación con el grupo de menor edad. A los 12 años de edad, el índice medio de CPO-D de los hombres ($n = 117$) fue de 2,37 y el de las mujeres ($n = 152$), de 2,97, es decir, el de las mujeres fue 25% mayor. Cabe señalar que, pese a ser elevados, esos índices son mucho menores que los registrados en 1990. En Granada no hay agua fluorurada y los niños no aprovechan al máximo el programa de atención dental gratuita, particularmente los más pequeños y desfavorecidos y los que viven en zonas apartadas.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Ministerio de Salud cubre los siguientes campos funcionales de importancia clave: administración, hospitales de atención de casos agudos, salud mental, servicios comunitarios y salud ambiental.

Como parte de su función administrativa, el Ministerio de Salud se encarga de formular políticas, aplicar la reglamentación, ofrecer orientación a todos los demás programas y supervisar las estadísticas vitales y de salud, el control de gastos y las cuestiones relativas al personal. El jefe de asuntos políticos del Ministerio de Salud, el Secretario Permanente en calidad de jefe de administración y el Médico Jefe en calidad de funcionario principal se encargan de asesorar en cuestiones técnicas.

El Ministerio tiene la responsabilidad de la administración general del sector salud y cumple sus funciones directivas por medio de una oficina administrativa centralizada que se ocupa de formulación de política, planificación, programación y regulación. La oficina comprende unidades que se encargan de las cuestiones relacionadas con registro, financiamiento, personal, planificación, información de salud, epidemiología, nacimientos y defunciones, la escuela de enfermería y compras. Sin embargo, cabe señalar que aunque la oficina cumple las funciones citadas, el Ministerio de Hacienda tiene autoridad definitiva sobre todos los gastos, el Departamento de Recursos Humanos toma todas las decisiones referentes a la dotación de personal y la Comisión de Servicio Público selecciona y nombra personal y determina los términos y condiciones de empleo, disciplina, ausencias y asuntos afines.

La reforma del sector salud

En fecha reciente se creó un comité asesor para el sistema de salud. El Gobierno se propone fundar también un organismo ejecutivo, un sistema híbrido que abarque varios elementos desde delegación de responsabilidades hasta modelos de descentralización, con el fin de lograr una mayor eficiencia y mejorar la calidad de la atención institucional. También se establecerán policlínicas que ofrecerán un horario prolongado y una amplia gama de servicios, con la participación activa de la comunidad en su administración.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

Granada está dividida en siete distritos de salud, seis de los cuales tienen un centro de salud como su establecimiento principal de atención primaria. Estos centros, junto con otras 30 estaciones médicas distribuidas por todo el país, suelen ser el primer punto de contacto dentro del sistema de salud y la primera línea

del Ministerio para la prestación de servicios de salud. Todos los servicios son de fácil acceso para toda la población y, en la mayoría de los casos, su estado físico es satisfactorio. A cada distrito de salud se asigna un médico de distrito, varias categorías de enfermeras, incluso enfermeras de atención directa a la familia, de salud pública y de distritos, auxiliares de salud comunitarios, odontólogos y auxiliares dentales, farmacéuticos, especialistas en salud ambiental y trabajadores de salud mental. En algunos centros de salud se prestan ciertos servicios especializados, por ejemplo, de pediatría y psiquiatría.

Los hospitales del sector público comprenden el Hospital General en la capital y dos hospitales rurales, el Hospital Princess Alice en St. Andrew y el Princess Royal en Carriacou. También hay un pabellón psiquiátrico con 20 camas en el Hospital General.

El Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud se encarga de controlar la contaminación del agua; mejorar el tratamiento de las aguas servidas; asegurar que la población tenga acceso a suficiente agua potable, y mejorar los sistemas de evacuación de excretas y otras sustancias nocivas para la vida humana, animal y vegetal. El Departamento está dotado de 14 especialistas en salud ambiental.

La participación privada en el sistema de salud

Últimamente han proliferado los establecimientos privados de atención de salud y, a veces, los médicos particulares usan los servicios del sector público y su personal. Los diversos establecimientos privados que existen están localizados sobre todo en la capital; todos son financiados por sus propietarios y prestan servicios a todas las personas que pueden pagar directamente o por medio de compañías de seguro privadas. Los establecimientos del sector privado comprenden 5 hospitales de atención de casos agudos, 13 hogares para ancianos, 2 pabellones de maternidad y varios consultorios médicos que prestan atención ambulatoria en todo el país. Hay servicios de atención de salud en las tres islas.

Las entidades privadas y las instituciones públicas tienen una relación bien establecida. Los profesionales de las instituciones públicas trabajan en jornada parcial en algunas entidades privadas y utilizan las instituciones públicas para fines de diagnóstico y para intervenciones quirúrgicas de sus pacientes particulares.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

El Ministerio de Salud tiene información limitada sobre el grado de cobertura y las modalidades de prestación de servicios de los diversos programas de seguro de salud. Existen varias compañías de seguros privadas y, en su mayoría, están inscritas y localizadas en la capital. Se dispone de un Plan Nacional de Seguro que funciona por medio de un plan de pensiones y paga algunos beneficios de salud. Sin embargo, no existe un plan general de salud con un conjunto básico de beneficios de salud a los que tienen derecho todos los ciudadanos.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

El Ministerio funciona con arreglo a la siguiente legislación que regula los sectores de atención de salud públicos y privados: la Ley sobre Hospitales de 1953, la Ley sobre Médicos de 1903, la Ley de Inscripción de Médicos, Odontólogos y Cirujanos Veterinarios de 1982, la Ley sobre Parteras de 1954, la Ley de Eliminación de Mosquitos de 1952, la Ley de Inscripción de Enfermeras de 1980, la Ley de Farmacia de 1988, la Ley de Salud Pública de 1925, la Ley de Salud Pública (inmunización de los escolares) de 1980, la Ley sobre el Hospital General (reglas sobre el régimen de tarifas de los servicios) de 1988, la Ley sobre Productos Médicos y la Ley sobre la Autoridad Hospitalaria.

El Ministerio de Salud tiene control directo sobre el sistema de salud pública y regula el sistema de salud privado por medio de leyes. Las responsabilidades de reglamentación del Ministerio comprenden la aplicación de la legislación existente y la promulgación de nuevas leyes. Una Junta Médica presidida por el Médico Jefe se encarga de conceder licencias de ejercicio de la medicina en Granada; esas licencias médicas no necesitan renovarse anualmente y los médicos no están obligados a tomar cursos de educación continua ni a probar que están en buen estado físico para ejercer. Las enfermeras deben inscribirse en el Consejo de Enfermería. Un Consejo de Farmacia vigila la importación y distribución de los productos farmacéuticos a los sectores público y privado e inscribe a los farmacéuticos y a las farmacias cada año.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

La Unidad de Educación para la Salud colabora con el Ministerio de Salud y otras entidades gubernamentales, como el Ministerio de Educación y el Servicio de Información Pública, así como con organizaciones no gubernamentales, en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de educación para la salud y de promoción de la salud. Se han celebrado varios talleres para trabajadores de salud, maestros, dirigentes religiosos y comunitarios y miembros de organizaciones no gubernamentales para asegurarse de que cada trabajador de salud entienda que es educador sanitario y está plenamente comprometido a seguir un método de promoción de la salud de carácter intersectorial y comunitario. Esa Unidad ha hecho participar a la comunidad en la planificación de actividades de salud, incluso en la evaluación de las necesidades de salud, la organización de ferias de salud comunitarias y debates sobre varias cuestiones de salud, como el VIH/SIDA y las enfermedades crónicas. Con objeto de ayudar a institucionalizar la educación para la salud y la vida de familia en las escuelas, está en preparación un plan de estudios de educación para la salud con el Ministerio de Educación.

En el pasado, la comunidad solo ha participado en mínimo grado en la planificación y ejecución de las actividades naciona-

les de salud, participación que varía mucho de un distrito a otro. Sin embargo, en su revitalización del programa de atención primaria de salud, el Ministerio se propone hacer participar a la comunidad en el desarrollo y la ejecución de programas de salud. Varias organizaciones no gubernamentales participan en programas de promoción de la salud en la comunidad. Por ejemplo, la Asociación de Planificación Familiar de Granada realiza un programa de extensión para los jóvenes, por medio del cual varios orientadores visitan las escuelas y diversos grupos comunitarios para hablar sobre cuestiones relacionadas con la vida de familia y la educación sexual.

La Unidad de Educación del Ministerio de Salud ha recalado la importancia de los programas de prevención de la diabetes y la hipertensión que fomente los cambios del modo de vida, como un mejor régimen de alimentación y más ejercicio. La comunidad y otros grupos civiles toman parte en programas de planificación para prevenir la diabetes y la hipertensión.

En otra actividad de promoción de la salud, el Ministerio de Salud del Canadá y el Consejo de Alimentación y Nutrición de Granada lanzaron un proyecto piloto para combatir la anemia en la parroquia de St. Patrick en 2000. Los elementos del proyecto comprendieron examen de los niños de 1 año, consultas de seguimiento para los niños con concentraciones de hemoglobina de <11 g/dl, sesiones de educación sobre nutrición en los dispensarios, participación de los grupos de apoyo comunitario, distribución y exhibición de carteles sobre anemia en los dispensarios, transmisión de mensajes por la radio y la televisión, y producción de un folleto con recetas para la preparación de alimentos ricos en hierro y pautas para mejorar las concentraciones de Hb.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

Entre 1995 y 2000 se unieron las unidades de epidemiología y de información de salud, lo que fortaleció el sistema de información de salud; la nueva unidad está encabezada por un epidemiólogo. Una enfermera encargada de las actividades de vigilancia recoge datos completos de establecimientos de salud comunitarios y del laboratorio semanalmente, lo que mejora la presentación oportuna, precisión y calidad de los datos. También se acopian en consultorios médicos y hospitales privados. La unidad de epidemiología transmite ciertos datos del laboratorio al CAREC semanalmente. Aparte de los informes semanales sobre enfermedades transmisibles, se elabora un boletín trimestral y un informe anual sobre información de salud pública para fines de adopción de decisiones y planificación de los programas de servicios de salud.

Agua potable y alcantarillado

La Autoridad Nacional de Agua y Alcantarillado de Granada, establecida en 1990 en virtud de una ley del Parlamento, se encarga de la administración del servicio público de abastecimiento de agua y alcantarillado. La División de Salud Ambiental

del Ministerio de Salud, por medio de los poderes concedidos por la Ley de Salud Pública, tiene a su cargo el saneamiento.

El sistema público de abastecimiento de agua de Granada consta de 34 establecimientos de producción de agua, con una capacidad de 37.300 metros cúbicos diarios; 86% provienen de la lluvia y 14% de pozos perforados. Alrededor de 97% del agua se desinfecta y cerca de 97% de la población urbana y 93% de la rural tienen acceso a agua potable. La cobertura nacional de ese servicio de abastecimiento de agua potable es de 93,2%; la mitad de la población carente de servicios (13.000 personas en Carriacou y Petit Martinique) usan habitualmente cisternas particulares alimentadas con agua de lluvia y el resto, sobre todo, manantiales o ríos en las zonas rurales o comparten el agua con los vecinos. Alrededor de 96% de la población urbana y 97% de la rural tiene servicios de saneamiento adecuados; la cobertura nacional es de 96,9%.

Manejo de residuos sólidos municipales

La Ley de Residuos Sólidos de 1995 estableció la Autoridad de Gestión de Desechos Sólidos de Granada, un órgano legal encargado de modernizar el sistema de gestión de desechos sólidos. Los servicios de recolección de desechos sólidos están totalmente privatizados, pero el Ministerio de Salud sigue vigilando la gestión de los desechos sólidos. Se estima que 98% de todas las casas están cubiertas por este servicio.

Prevención y control de la contaminación del aire

Granada no tiene políticas nacionales ni programas organizados para combatir la contaminación de las costas, pero es parte signataria de varios acuerdos internacionales sobre el medio ambiente. Hace poco dos regiones de la costa se designaron zonas protegidas en virtud de un proyecto de parques marinos administrado por el Ministerio de Agricultura, Tierras y Pesca.

Protección y control de alimentos

El Ministerio de Salud también tiene la responsabilidad de velar por la inocuidad de los alimentos en el país. En ese sentido, sigue mejorando su manipulación y elaboración de alimentos con el fin de reducir la incidencia de enfermedades transmitidas por los alimentos. Anualmente se celebran talleres sobre mejores prácticas de manipulación de los alimentos para vendedores ambulantes y personal hotelero. Más de 200 vendedores ambulantes asistieron a esos talleres en 2000.

Programas de ayuda alimentaria

En cumplimiento de su responsabilidad de velar por la seguridad alimentaria de la familia, el Ministerio de Agricultura ha venido trabajando con familias de bajos ingresos para instarlas a sembrar huertas familiares. El Consejo de Alimentos, que trabaja con el Ministerio de Agricultura, está alentando a las familias a sembrar alimentos ricos en hierro y vitamina C en las huertas caseras como forma de combatir la anemia en la población.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

Se prestan servicios individuales de atención de salud principalmente por medio de los establecimientos públicos. El Hospital General, con 240 camas, es una institución de referencia. Sus servicios comprenden atención permanente de urgencias, atención especializada en los campos de cirugía, pediatría, psiquiatría, oftalmología, obstetricia y ginecología, y otorrinolaringología; también hay servicios de ultrasonografía, electrocardiograma y mamografía. Los servicios de apoyo comprenden laboratorio, farmacia, diagnóstico por imágenes, fisioterapia y rehabilitación. El hospital también ofrece varios servicios auxiliares de dietética, mantenimiento y ambulancia. El Hospital General está administrado por un Director Médico en virtud de la Ordenanza sobre Hospitales, subordinado al Médico Jefe y al Secretario Permanente. Se ha establecido un equipo de administración, formado por los jefes de los principales departamentos del hospital, el Médico Jefe y el Secretario Permanente. En el período 1996–2000 hubo 43.575 admisiones en el Hospital General, con una estancia promedio de seis días y una tasa de ocupación de camas de 56%. Los ingresos y egresos del Hospital General se clasifican actualmente por servicio, pero han recopilado datos sobre diagnóstico y servicio, que se espera poner a disposición de los interesados a fines de 2001.

El Hospital Princess Alice presta atención secundaria de salud, centrada en servicios obstétricos de poco riesgo, servicios médicos generales y quirúrgicos menores, así como estabilización de los casos de urgencia. El Hospital Princess Royal, con 40 camas, también presta atención secundaria de salud, centrada en servicios obstétricos de bajo riesgo, servicios médicos generales y quirúrgicos menores, un limitado número de servicios de diagnóstico y estabilización de los casos de urgencia.

Servicios especializados

Varios especialistas atienden consultoras en pediatría, otorrinolaringología y salud mental en los distritos. El Médico de Distrito envía al Hospital General a las personas que buscan atención referente a otras especialidades, pero hay grandes esperas para recibir esos servicios. El envío al Hospital General se canaliza por medio del departamento de accidentes y urgencias. No hay ningún sistema de seguimiento establecido para informar al equipo médico de distrito cuando un paciente egresado vuelve a la comunidad, y este es un campo al que se asignará máxima prioridad en el nuevo plan de salud. Los servicios comunitarios realizan sus funciones por medio de programas de enfermería, farmacia, atención por médicos de distrito, salud dental, educación para la salud y VIH/SIDA.

Los servicios especializados de salud mental ofrecen tratamiento, rehabilitación y atención de seguimiento en el Hospital Psiquiátrico y en la comunidad a las personas con trastornos

mentales y sus respectivas familias. Las instituciones de salud mental comprenden el Hospital Psiquiátrico Mt. Gay, con 80 camas para la atención de casos crónicos de enfermedad, y un establecimiento geriátrico con 120 camas; por lo general, ambos exceden siempre su capacidad de admisión. Carl House, con 16 camas, ofrece rehabilitación a toxicómanos y el Hogar Dorothy Hopkin, también con 16 camas, ofrece servicios para niños discapacitados.

Los datos sobre abuso de drogas recolectados en colaboración con la policía, las prisiones y el Ministerio de Salud indicaron una disminución del número de admisiones en Carlton House por abuso de sustancias de 67 en 1999 a 53 en 2000. El número de personas sentenciadas a prisión por delitos relacionados con drogas también se redujo un poco en esos mismos años, de 53 en 1999 a 50 en 2000.

Se estableció un programa de terapia ocupacional para rehabilitar plenamente a los pacientes y mejorar su autoestima con el fin de que puedan reinsertarse de lleno en sus comunidades.

Insumos para la salud

Medicamentos

Granada adquiere la mayoría de sus productos farmacéuticos y suministros médicos por medio del programa subregional administrado por el Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental (cuyo nombre se cambió recientemente por Servicio de Adquisición de Productos Farmacéuticos del Caribe Oriental), una iniciativa conjunta de adquisiciones que ofrece a sus miembros medicamentos a bajo costo. El ciclo de adquisición asegura el examen anual y la revisión periódica de las normas regionales y la disponibilidad de medicamentos esenciales en el momento oportuno. Hay una lista nacional de medicamentos con 273 productos, que se revisa cada año. Toda la población tiene acceso a los medicamentos de la lista.

Equipo

El equipo de alta tecnología en el sector de salud pública está localizado en el Hospital General y en la capital. Los tres hospitales tienen unidades de mantenimiento que realizan el mantenimiento de carácter preventivo, hacen las reparaciones de la planta y reemplazan el equipo. El Hospital General también tiene una unidad de mantenimiento de tecnología biomédica que periódicamente recibe apoyo de organismos externos mediante la capacitación del personal para mantenerse al día con los adelantos tecnológicos. La unidad de mantenimiento del Hospital General también presta servicios de mantenimiento preventivo en los centros de salud comunitarios y distritales. El mantenimiento de la unidad de tecnología biomédica, de la planta y del equipo han sido siempre deficientes. La falta de fondos para los programas de mantenimiento es un problema de larga data para el Ministerio de Salud. Los organismos de financiamiento ofrecen

asistencia para acondicionamiento de los centros de salud, pero esta asistencia no basta para sostener el programa de mantenimiento preventivo.

Se prestan servicios de ultrasonografía, electrocardiograma y mamografía en los sectores público y privado. Este último presta un limitado número de servicios de investigación de laboratorio y de rayos X. No hay una asignación presupuestaria fija para la conservación y el mantenimiento del equipo. No hay datos disponibles sobre las condiciones de la planta y del equipo en el sector privado.

Recursos humanos

Hay 8 médicos por 10.000 habitantes. En 1998 había 59 médicos empleados en el sector público de salud, muchos de los cuales tenían consultorio particular: 10 son médicos de distrito y 38 trabajan principalmente en hospitales. Hay 10 internos. Cerca de 21 médicos trabajan exclusivamente en el sector privado en consultorios individuales o práctica en grupo.

Hay una enfermera por 413 habitantes. De las 242 enfermeras diplomadas, 54 trabajan en servicios comunitarios y 188 en los tres hospitales. También hay 40 auxiliares de salud comunitaria y 84 auxiliares de enfermería.

La proporción de farmacéuticos es de 6,9 por 10.000 habitantes. El sector público emplea 22 farmacéuticos en la comunidad y en la división de compras del hospital. El sector privado emplea 47 farmacéuticos. Los farmacéuticos que trabajan en los sectores público y privado se forman en un programa de tres años en el T.A. Marryshow Community College.

Hay 1,5 dentistas por 10.000 habitantes. En 1998 había 15 dentistas en Granada: siete estaban empleados en el sector público, todos ellos también tienen consultorio particular; los ocho restantes trabajan exclusivamente en el sector privado. Cinco auxiliares dentales trabajan junto con los dentistas en el sector público y se concentran sobre todo en la población escolar.

La Facultad de Medicina de la Universidad de St. George, una institución privada, ofrece actualmente un programa de pregrado con especialización en ciencias médicas básicas y tecnología médica. Próximamente abarcará otros campos de especialización como enfermería, farmacia, sociología, psicología y un curso para ayudantes de medicina. También concede cinco becas anuales a ciudadanos de Granada. Las facultades locales de farmacia y enfermería ofrecen formación en esas disciplinas.

Gasto y financiamiento sectorial

El financiamiento del gasto en salud se limita al sector público. El Ministerio de Salud recibe sus fondos de la tributación general por medio del fondo consolidado del Ministerio de Hacienda. Varios organismos internacionales de financiamiento también ayudan a sufragar los costos de algunos proyectos y programas de salud. La supervisión y el control del financiamiento

público de la salud son responsabilidad del Ministerio de Hacienda y del Ministerio de Salud bajo la dirección del Parlamento y del Gabinete; esta función se realiza por medio de un proceso anual de presupuestación.

El gasto ordinario total del sector público en 2000 fue de US\$ 98,9 millones, cifra mucho mayor que los US\$ 87,3 millones gastados en 1998. El gasto en salud ascendió a US\$ 11,9 millones en 1998, es decir, bajó en relación con la cifra de US\$ 12,5 millones registrada en 2000. Los datos sobre el gasto correspondiente a 2000 mostraron que la salud, la educación y la vivienda, y los servicios sociales consumieron 11%, 17,3% y 7%, respectivamente, del presupuesto total para gastos ordinarios. En 1998, el gasto ordinario per cápita en salud fue de US\$ 118,27. Hay poca información sobre el financiamiento y el gasto en atención de salud del sector privado.

Los servicios de hospital son financiados por el Gobierno de Granada por medio de su asignación presupuestaria anual de ingresos y gastos. Los servicios hospitalarios suelen ser gratuitos y se cobran tarifas nominales a los usuarios por el uso de las 18 camas privadas y del quirófano, el laboratorio y los servicios de rayos X; también se cobra cada receta de medicamentos administrados a los pacientes que ocupan las camas privadas. La Facultad de Medicina de la Universidad de St. George concede una donación de US\$ 100.000 para comprar equipo médico; la Universidad también ofrece cinco becas médicas al año. Varias organizaciones donantes y particulares tanto nacionales como extranjeros también aportan equipo y suministros.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

El Ministerio de Salud y el Ministerio del Medio Ambiente siguen recibiendo importante asistencia técnica y financiera de la OPS/OMS, el UNICEF y el Banco de Desarrollo del Caribe, así como de países como Taiwán, Francia y Cuba.

El Banco de Desarrollo del Caribe ha prestado importante asistencia técnica para el acondicionamiento, la reconstrucción y

el mantenimiento de los servicios de salud comunitarios. En 2000 y 2001, en conjunto, se utilizaron ECS 350.000; aproximadamente ECS 80.000 se destinaron al programa de mantenimiento. El Banco también proporcionó una donación de US\$ 150.000, que se empleará para desarrollar y fortalecer los sistemas de administración de hospitales.

La OPS presta asistencia técnica y financiera para la reforma del sector salud, salud ambiental, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. También proporcionó becas a corto y largo plazos a los ciudadanos de Granada.

La asistencia del UNICEF ayudó a intensificar el programa de lactancia materna y permitió la ejecución de proyectos piloto de combate a la anemia y de salud escolar.

Los Gobiernos de China y Taiwán proporcionaron donaciones por un monto de US\$ 100.000 para los últimos tres años, que se han empleado para comprar equipo médico para los hospitales y servicios de salud comunitarios. El Gobierno de Cuba ha suministrado médicos, personal de enfermería y otros profesionales de salud. Cuba colabora en la administración de los campos técnicos del nuevo proyecto de hospitales y proporcionará el equipo médico.

Por medio de un acuerdo bilateral con el Gobierno de Francia se adiestrará a ocho enfermeras en atención de enfermería intensiva y también a técnicos biomédicos. Además, Francia ha proporcionado equipo para una unidad de cuidados intensivos de dos camas y equipo de fisioterapia por un valor de US\$ 16.000. También se ha suscrito un acuerdo para el traslado de pacientes a Martinica y Guadalupe.

El Ministerio de Salud recibe asistencia médica por medio de una organización no gubernamental que trabaja junto con el Cuerpo de Paz, en forma de equipo y de atención prestada por consultores en dispensarios de diferentes zonas dos veces al año, y la Fundación para la Salud presta servicios a personas que necesitan atención médica. Además, el Ministerio recibe donaciones de muchas organizaciones nacionales con sede en el extranjero.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Granada, 1991–1999.

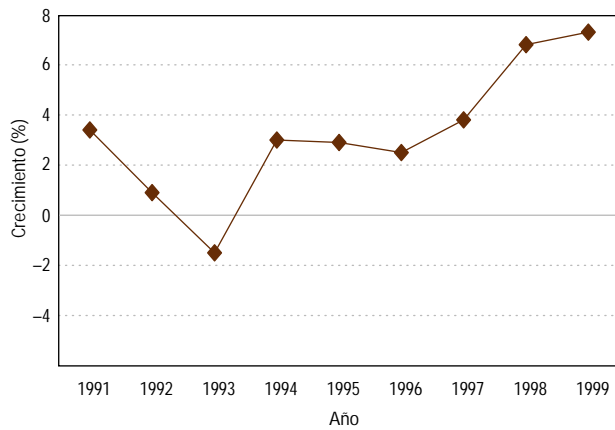


FIGURA 3. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Granada, 2000.

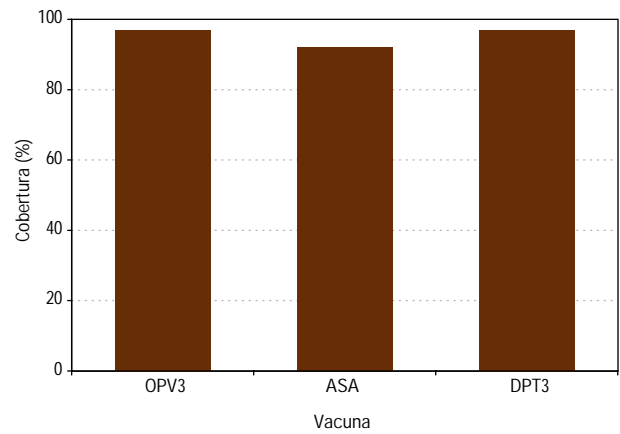


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Granada, 1999.

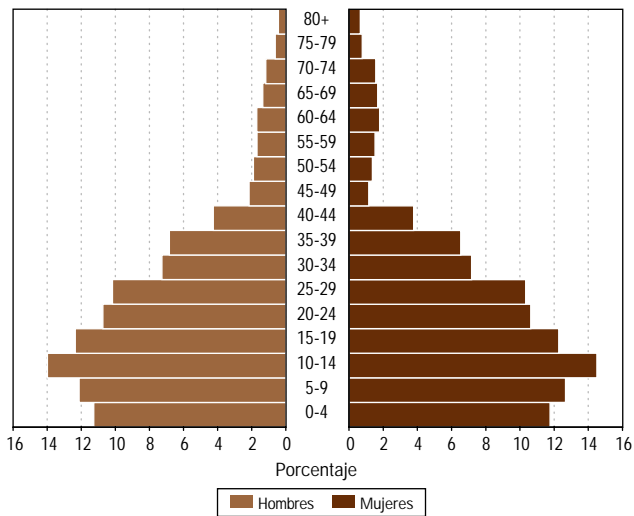
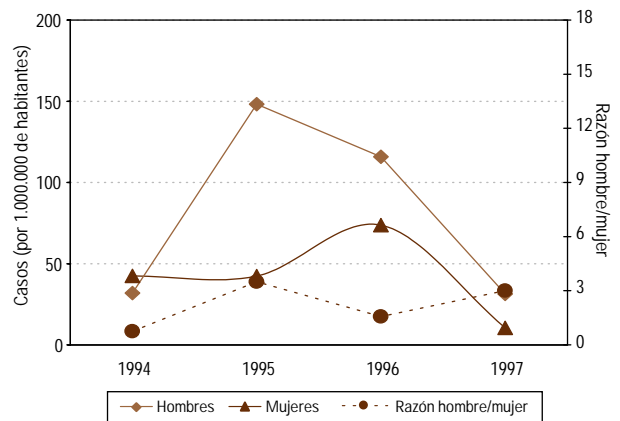


FIGURA 4. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Granada, 1994–1997.



GUADALUPE, GUAYANA FRANCESA Y MARTINICA

INTRODUCCIÓN

Políticas y planes nacionales de salud

Desde 1946, Guadalupe, la Guayana Francesa y Martinica comparten el régimen común de Departamentos Franceses de Ultramar (DOM). A pesar de que están alejados geográficamente de Francia, su organización política y administrativa, en departamentos y regiones, coincide con la del resto del país. Son parte integrante de la Unión Económica Europea bajo la denominación de regiones ultraperiféricas. Gracias a ello se benefician de medidas de protección especiales y reciben fondos estructurales, que son el instrumento financiero de la Unión para estimular el desarrollo de algunas zonas que se han quedado rezagadas.

Las políticas de salud de los DOM se organizan en torno a la política nacional del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de Francia (MES), que interviene en el sistema sanitario en nombre del Estado para velar por los intereses del público y el mejoramiento de la situación de salud de la población. El sistema sanitario prepara los textos legislativos y reglamentarios que organizan los principales mecanismos de protección social, y estipula el nivel de recursos que se atribuye a cada participante y las normas que garantizan la salud de la población. De igual manera, el sistema ejerce los poderes de control y de tutela, en particular sobre las cajas de la seguridad social y sobre los establecimientos de salud. Por último, organiza la planificación sanitaria, fundamentalmente mediante la realización de estudios en materia de programación y de utilización de los equipos hospitalarios.

Las prioridades para cada región se establecen durante una conferencia regional de salud que agrupa a profesionales y representantes de los niveles de decisión, las instituciones y los usuarios. En ella se evalúan las necesidades sanitarias de la población y se asignan prioridades a las decisiones en materia de salud pública. Cada cinco años se elabora un esquema regional para organizar la atención de salud. Otros ministerios, como los de Interior, Medio Ambiente, Agricultura, Juventud y Deportes, y Educación Nacional, también cumplen una finalidad sanitaria

y social por intermedio de programas especiales de promoción de la salud y de prevención y control de las enfermedades.

El sistema de salud

El Estado francés tiene a su cargo la salud pública en general, pero las competencias en materia de salud se distribuyen entre el nivel nacional del Estado y las colectividades locales. Por lo tanto, las leyes de descentralización de 1982 y 1985 otorgaron al MES servicios descentralizados, que se rigen por una organización jerárquica distribuida en regiones (22 direcciones regionales de los asuntos sanitarios y sociales, DRASS) y departamentos (96 direcciones departamentales de los asuntos sanitarios y sociales, DDASS). Las direcciones regionales y nacionales formulan y llevan a la práctica la política de salud a nivel local, realizan la función de vigilancia sanitaria, participan en la política hospitalaria pública y privada, intervienen en los mecanismos de formación y de seguimiento de las carreras de los profesionales de salud y contribuyen a la organización de las redes de profesionales de salud.

Aunque tienen el mismo estatuto que los otros departamentos franceses y forman parte integral de los servicios desconcentrados del MES, los DOM poseen una organización administrativa especial. A partir de 2000, desapareció el nivel regional y los DOM de la Región de las Américas pasaron a ser regiones monodepartamentales, bajo la coordinación de tres direcciones de la salud y del desarrollo social (DSDS). La DSDS acumula las atribuciones de las DDASS y de las DRASS. Sus misiones en materia de salud consisten en formular una política regional de salud, manejar el riesgo sanitario (como, por ejemplo, los riesgos de infección, los vinculados al medio ambiente, o los vinculados a la atención de salud) y participar en el diseño de una organización sanitaria en los establecimientos de salud.

La protección social contra los riesgos financieros vinculados a la enfermedad se logra mediante el seguro de enfermedad, que es una rama de la seguridad social. Además, las mutuales o los seguros privados ofrecen protección complementaria. Actual-

mente, la totalidad de la población está cubierta por el seguro de enfermedad, y lo más común es que se trate de un seguro profesional o familiar. Los desempleados también tienen acceso a la protección social en materia de enfermedad. La cobertura universal con el seguro de enfermedad permite que el Estado sufrague los gastos de atención médica de los más desposeídos.

El seguro de enfermedad entrega las dotaciones a los establecimientos de salud, financia los programas de prevención y de educación para la salud, reembolsa los gastos médicos a los asegurados sociales y paga los gastos a los profesionales de salud (farmacias y laboratorios) que han firmado contratos para prestar servicios. Este sistema se financia mediante contribuciones obligatorias deducidas de los ingresos individuales. La seguridad social reembolsa a los asegurados los gastos de consulta y tratamiento sobre la base de las tarifas que ha negociado con los médicos. Por otra parte, para cubrir los gastos no sufragados por la seguridad social con el boleto o canon moderador (“ticket modérateur”), los usuarios de los servicios médicos a menudo se afilian a una mutual. Estas mutuales pagan a sus afiliados la parte que no cubre la seguridad social. Por medio del principio del tercero que paga, también cancelan la parte no cubierta a los profesionales de salud que han firmado contratos. Las mutuales también financian por contrato ciertos establecimientos de salud.

Una ley promulgada en 1992 estipula que toda persona que reside en Francia y en los DOM tendrá acceso a la atención de salud, y garantiza la ayuda financiera para cubrir los costos de tratamientos médicos en caso de necesidad. Los departamentos organizan el acceso a la atención médica de sus residentes. Dependiendo de la índole de la atención, financian la totalidad de los costos o un boleto moderador, que cubre un porcentaje que va de 0% a 65%. El costo de la atención a las personas sin hogar lo sufraga totalmente el Estado.

Los establecimientos de atención médica representan otro actor clave del sistema de salud. Los residentes de los departamentos franceses tienen acceso ilimitado a gran variedad de servicios médicos primarios y secundarios. Los establecimientos públicos y privados se distinguen por su sistema de financiamiento; este se calcula mediante un sistema de dotación, que depende de los costos y de los ingresos para los establecimientos públicos, y un sistema de fijación de tarifas por contrato para las clínicas privadas. Por regla general, el establecimiento hospitalario público ejerce una función de diagnóstico y de atención, de servicio médico de urgencia, de enseñanza y de formación del personal (centros hospitalarios universitarios: CHU) y de prevención y educación para la salud. Estos emplean solamente a personal asalariado. De igual manera, los establecimientos públicos deben ocuparse de la evaluación de la calidad de la atención, por intermedio de la Agencia Nacional de Acreditación y de Evaluación en Salud.

La política hospitalaria se rige por las agencias regionales hospitalarias (ARH) creadas por la ordenanza del 24 de abril de

1996. Su misión consiste en definir y llevar a la práctica la política de oferta de atención hospitalaria, administrar la partida regional de asignación y determinación de recursos, analizar, autorizar y coordinar la actividad de los establecimientos de salud, ya sean públicos o privados. Al igual que las otras regiones francesas, los DOM cuentan con su propia ARH encargada de elaborar y poner en práctica la política hospitalaria en los establecimientos de salud públicos o privados.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Con la finalidad de reforzar el control de la seguridad sanitaria, la ley del 1 de julio de 1998 creó la Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria de los Productos de Salud (AFSSAPS), que participa en la aplicación de las leyes y reglamentos relativos a la terapéutica en su sentido más amplio, y la Agencia Francesa de Inocuidad de los Alimentos (AFSSAL), que contribuye a asegurar la inocuidad en el campo de la alimentación, desde la producción hasta la distribución al consumidor final. Un tercer establecimiento está en proceso de creación: la Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria del Medio Ambiente.

En materia de vigilancia sanitaria, esta misma ley creó el Instituto de Vigilancia Sanitaria, que tiene como misión la vigilancia y la observación permanente del estado de salud de la población con fines epidemiológicos, así como el Comité Nacional de la Seguridad Sanitaria, que vela por la coordinación de la política de las agencias mencionadas.

Gasto y financiamiento sectorial

Los organismos de asuntos sociales nacionales desempeñan un papel importante en el financiamiento de la protección social, ya que las cotizaciones percibidas localmente no bastan para cubrir los servicios.

Cooperación técnica

Guadalupe, la Guayana Francesa y Martinica deben tomar medidas complementarias en ciertos ámbitos, en particular en el marco de la planificación de los servicios de asistencia sanitaria muy especializados para los cuales la población de cada DOM no permite alcanzar la masa crítica de actividad que garantice buenas condiciones de seguridad (cirugía cardíaca, cirugía pediátrica y neurocirugía, por ejemplo), ni una reflexión sobre problemas sanitarios especiales y comunes a los tres departamentos (como la toxicomanía, la insuficiencia renal crónica, la drepanocitosis o el SIDA). De igual manera, mantienen relaciones con la OPS, principalmente con la Coordinación de Programas en el Caribe (CPC) de Barbados, y participan en los programas de actividades de salud gracias al Fondo Interministerial para el Caribe (FIC). Los establecimientos de salud, en especial los CHU

de Fort-de-France y de Pointe-à-Pitre, coordinan directamente con los estados vecinos o los establecimientos sanitarios algunas actividades de cooperación que se concretan mediante la firma de convenios relativos a la formación, la telemedicina y a misiones al sitio de profesionales que efectúan actividades técnicas o prestan servicios de asistencia sanitaria.

GUADALUPE

CONTEXTO GENERAL

Guadalupe es un archipiélago de 1.750 km² situado en el centro del arco que forman las Antillas Menores y formado por ocho islas habitadas; las dos más grandes, separadas por un estrecho brazo de mar, son Basse-Terre, una isla montañosa situada al oeste, y Grande-Terre, sin relieve montañoso importante, situada al este. Las otras islas, llamadas las “Dependencias”, son los Santos y María Galante en el sur, la Deseada y las islas de Petite-Terre al este, y a más de 230 km al norte, la parte francesa de San Martín y San Bartolomé.

Según el censo de marzo de 1999, Guadalupe tiene una población de 422.496 habitantes, 9,2% más que en 1990. Se calcula que en 1999 hubo 7.352 nacimientos (13% más que en 1998). La población sigue siendo joven, aunque se observan algunos signos de envejecimiento por la disminución del grupo de menos de 20 años y el aumento del grupo de 60 y más años. Los guadalupeños actualmente tienen una media de edad de 34,2 años; es decir, tres años más que en 1990. La brecha en la pirámide de edades (figura 1) responde a dos fenómenos, uno natural, resultante del descenso de la fertilidad (el número de hijos por mujer se redujo a la mitad entre 1992 y 1999), y otro de origen migratorio.

Las mujeres representan 51,9% de la población total del departamento, pero la parte que les corresponde aumenta con la edad. Constituyen 49,3% del grupo de menos de 20 años y 60,1% del grupo de mujeres de 75 años y más. Esto se explica por una esperanza de vida al nacer que supera en 7 años la de los hombres, que es de 73,3 años.

La proporción de extranjeros sobre el total de la población total pasó de 6,5% en 1990 a 5% en 1999. Los haitianos constituyen el grupo más numeroso, seguidos por los inmigrantes de Dominica, y en tercer lugar por los de la República Dominicana. En San Martín la población se estabilizó, situándose en cerca de 29.000 habitantes en 1999. En el municipio de San Martín sigue concentrándose la mitad de los extranjeros del departamento.

En cuanto a la distribución de la población en el departamento de Guadalupe, en el decenio de 1990 se han confirmado las tendencias surgidas en los años ochenta, es decir, la concentración de la población en las principales zonas urbanas y el desarrollo de las zonas periféricas. Por ejemplo, la ciudad de Pointe-à-Pitre pasó de cuatro municipios a siete, y allí reside 41% de la

población del archipiélago, que es de 170.000 habitantes. Cinco de estos municipios superan los 20.000 habitantes.

En el año 2000 la población escolar comprendía 117.091 alumnos (5.591 más que en 1994). La cantidad de niños en edad preescolar sigue aumentando y las tasas de escolarización llegan a 100% en los niños de 3 años de edad y a 20% en los de 2 años. En ese año, la tasa de acceso al bachillerato de la cohorte de jóvenes de 17 a 23 años fue de apenas 64%. La tasa de aprobación de los años de estudio sigue aumentando (70,4% en 1999). La Universidad de las Antillas y de la Guayana Francesa matriculó 11.076 estudiantes en ese mismo año (un aumento de 12,5% con respecto a 1994).

En 1999 la población económicamente activa fue de 191.400, lo que representa un aumento de 18.900 personas con respecto a 1990. Este aumento se debe especialmente a la evolución demográfica. Las mujeres representan 49% de la población activa.

Tanto en 1999 como en 1990, 59% de los habitantes de 15 años y más participan en el mercado laboral. En todas las edades, entre los 25 y los 60 años, las tasas de actividad de los hombres fueron más bajas en 1999 que en 1990, y las mismas tasas correspondientes a las mujeres fueron más altas. Por lo general, el período comprendido entre 1991 y 1999 se caracterizó por un deterioro de la situación del mercado de trabajo. El desempleo, que aumentó considerablemente en nueve años con mayor impacto en los hombres que en las mujeres, se situaba en 34,2% en 1999.

En Guadalupe el ingreso a la vida económicamente activa se hace más tarde debido a que los estudios duran más; la tasa de actividad de los jóvenes de 15 a 19 años pasó de 15,5% en 1990 a 6,1% en 1999. La magnitud de esta disminución en la actividad de los jóvenes es mayor para los hombres que para las mujeres. El número de beneficiarios al ingreso mínimo de inserción (subsidio que otorga ayuda financiera y la opción de gozar de los derechos a la seguridad social a residentes del territorio francés mayores de 25 años de edad y sin ingresos propios suficientes) sigue aumentando y llegó a 27.460 en el año 2000 (si se suman los cónyuges y los derechohabientes, ascienden a 52.000 las personas que reciben esta ayuda). La mitad de los beneficiarios tiene menos de 35 años y por lo general viven solos.

A partir del 1 de enero de 2000 la ley de cobertura universal del seguro de enfermedad permite a toda persona que resida en Francia de manera permanente y regular beneficiarse de la seguridad social para sus gastos de salud. Ofrece igualmente a las personas de ingresos limitados una cobertura complementaria en caso de enfermedad.

Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad se elevaba a 6,2 por 1.000 habitantes en 1999. Se conocen los datos por grandes grupos de causas solamente para el período 1993–1995. Las tasas de defunción

para el período 1993–1997 (estandarizadas según la población de toda Francia) se presentan en el cuadro 1.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

La mortalidad perinatal disminuyó alcanzando una tasa promedio de 7,3 por 1.000 nacimientos totales durante el período comprendido entre 1998 y 2000. La tasa de mortinatalidad sigue siendo alta: 6,4 por 1.000 nacimientos en 1997 y de 6,0 por 1.000 en 2000.

La mortalidad infantil registró un aumento leve: 10,1 por 1.000 nacidos vivos en 1998 frente a 7,9 por 1.000 en 1995. Las principales causas de defunción de menores de 1 año en el período comprendido entre 1995 y 1997 fueron las afecciones perinatales (54%), las anomalías congénitas (15%) y los accidentes (8,9%). En ese mismo período, la mortalidad de niños de 1 a 4 años se debió a causas accidentales en 54% de los casos; las otras causas de defunción fueron las infecciones (8,5%) y las malformaciones congénitas (5,7%).

El 89% de los niños de 3 años de edad están inscritos en jardines de infancia y gozan de buena salud. Según un informe del Consejo General relativo al período comprendido entre 1999 y 2000, 10 de cada 1.000 niños presentan deficiencias confirmadas de la audición, y 18 de ellos, trastornos visuales confirmados. Por último, 5 niños de cada 1.000 sufren de estrabismo confirmado.

La salud de la población en edad escolar primaria y de los adolescentes

Según el censo el grupo de 5 a 14 años de edad representa 16,9% de la población general. La asistencia escolar es obligatoria en estas edades. Un estudio de las causas de mortalidad en este grupo para el período comprendido entre 1995 y 1997 revela

que las causas externas y las lesiones ocasionaron la mitad (51%) de las defunciones (60% en los niños y 35% en las niñas), seguidas por las neoplasias (16%) y las enfermedades del sistema nervioso (10%).

En cuanto a la morbilidad, 4,2% de las enfermedades crónicas que la seguridad social reembolsa en un 100% afectan a este grupo de edad; entre ellas, la insuficiencia respiratoria crónica grave y los trastornos mentales constituyen más de dos tercios de las enfermedades de larga duración. El servicio de salud escolar recalca la importancia de las caries dentales, de las afecciones respiratorias y de los trastornos osteoartrotríticos.

Según el censo de 1999 el grupo de edad de 15 a 24 años representa 14,5% de la población. En el período comprendido entre 1995 y 1997 las causas externas y los traumatismos representaban la primera causa de mortalidad de este grupo (75% de las defunciones corresponden a hombres y 67% a mujeres). Entre los traumatismos, los accidentes de tráfico ocasionan más de la mitad de las defunciones (53% corresponden a hombres y 67% a mujeres). Las neoplasias, causantes de 10% de las defunciones, constituyen la segunda causa de mortalidad y preceden a las enfermedades del sistema circulatorio (4%) y a las infecciosas (4%). En cuanto a la morbilidad, 4% del conjunto de las enfermedades de larga duración se registran en este grupo de edad y entre ellas predominan los trastornos mentales y la insuficiencia respiratoria crónica.

Según un estudio realizado mediante encuestas por conglomerados entre alumnos de los últimos años del primer ciclo y del segundo ciclo de los estudios secundarios, los fumadores habituales (que consumen por lo menos un cigarrillo diario) representan 6,5% de los inscritos en los cursos de primer ciclo y 15% de los inscritos en los cursos finales del secundario. Con respecto a las bebidas alcohólicas, el estudio reveló que apenas 21% del primer grupo y 17% del segundo no las consumen. En ambos grupos, 13% beben alcohol al menos dos veces por semana y se han embriagado tres veces en un año. El consumo de bebidas alcohólicas en los dos grupos es más fuerte en los hombres que en las mujeres (19% frente a 7%) y la cerveza es la bebida que más se consume.

De acuerdo con el estudio que realiza anualmente la Dirección de Investigación, de Estudios de Evaluación y de Estadísticas del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales (DREES) sobre el tratamiento de toxicómanos en uno de los establecimientos sanitarios y sociales del departamento, el porcentaje de menores de 25 años con seguimiento por consumo de drogas ilícitas aumentó de 47% en 1994 a 56,8% en 1999.

El embarazo de adolescentes es motivo de preocupación. En 1999, 2,9% de los embarazos correspondieron a muchachas menores de 18 años.

La salud de la población adulta

En 1999, el grupo de 25 a 60 años de edad (202.122 personas) representaba alrededor de la mitad de la población general

CUADRO 1. Tasas de defunción por grandes grupos de causas, por 100.000 habitantes (estandarizadas según la población de Francia), Guadalupe, 1993–1997.

Causa	Hombres	Mujeres
Enfermedades del sistema circulatorio	366,1	278,2
Neoplasias	283,6	131,1
Traumatismos y envenenamientos	131,9	40,2
Enfermedades del sistema respiratorio	76	33,1
Enfermedades del sistema digestivo	60,2	33,9
Enfermedades infecciosas y parasitarias, incluidos el VIH/SIDA	42,9	23
Enfermedades endocrinas y trastornos inmunitarios	42	44,4
Trastornos mentales, incluido el alcoholismo	41,5	14,5

(48%). El análisis de los archivos de mortalidad del Instituto Nacional de Investigación Médica (INSERM) correspondientes al período 1995–1997 muestra que las defunciones de las personas de 25 a 64 años representan 28% de la mortalidad general. Esta proporción varía considerablemente según el sexo: 35% para los hombres y 20% para las mujeres. En esta población, puede atribuirse a las tres primeras causas de defunción cerca de dos tercios de la mortalidad total; se trata de las causas externas y los traumatismos (23%), de las neoplasias (20%) y de las enfermedades del sistema circulatorio (20%). El orden de estas causas varía según el sexo; para los hombres, por ejemplo, los traumatismos ocupan el primer lugar (28%), seguidos por las enfermedades del sistema circulatorio (19%) y las neoplasias (17%), mientras que para las mujeres, las neoplasias ocupan el primer lugar (27%), seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio (23%) y los traumatismos (13%).

En cuanto a la morbilidad, el estudio mencionado revela que más de 44% de las afecciones crónicas se registran en personas de 25 a 59 años de edad. La diabetes, la hipertensión arterial grave, los trastornos mentales y los tumores constituyen tres cuartas partes de las enfermedades cuyo costo los diferentes esquemas de seguro de enfermedad cubren por completo. Los datos más recientes de morbilidad hospitalaria provienen de la encuesta decenal de 1992–1993 realizada en los servicios de corta duración (medicina, cirugía, obstetricia) y revelan que las afecciones más frecuentemente asociadas con estadías en un hospital son, en orden de frecuencia, la hipertensión arterial, la diabetes y el alcoholismo.

En 1999 la tasa de fecundidad general fue de 63,8 por 1.000 mujeres en edad fértil. La actividad de los centros de planificación y de educación familiar muestra que 80% de las mujeres que realizan consultas médicas recurren a algún anticonceptivo oral, 9% utilizan un dispositivo intrauterino (DIU) y 11% prefieren otros métodos. Solamente 7% de la población femenina en edad fértil se beneficia de las consultas que ofrecen los centros de planificación. En 1998 la tasa de abortos fue de 41 por 100 concepciones, lo que representa un aumento frente al 30% de 1994. En 1999 se efectuaron 5.402 abortos en establecimientos de los sectores públicos y privados de Guadalupe.

En el período comprendido entre 1993 y 1997 la mortalidad materna se mantuvo estable (46,9 por 100.000 nacidos vivos).

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Según el censo de 1999, Guadalupe cuenta con 59.094 personas mayores de 60 años (14% de la población total), observándose un aumento del grupo de mayores de 75 años. En relación con el censo de 1990, se registra un incremento notable de la proporción de este grupo de edad, que alcanzó a 11,7%. En 1997 la esperanza de vida de los guadalupeses a los 60 años era de 19,8 años para los hombres y 24,3 para las mujeres.

Prácticamente todas las personas de 60 y más años de edad (99%) viven en sus hogares gracias a la protección que brindan

los modos de vida tradicionales y a la política estatal de atención domiciliaria. Por otra parte, hay muy pocos establecimientos para alojar a las personas mayores (20 camas por 1.000 habitantes mayores de 75 años) y escasez de camas con servicio de atención médica (31,6 en el año 2000) apropiado.

Los datos de mortalidad para el período comprendido entre 1995 y 1997 revelan que las defunciones de personas mayores de 65 años representan las dos terceras partes de la mortalidad general, 58% para los hombres y 75% para las mujeres. Las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio y por neoplasias constituyen 61% de las causas de deceso en este grupo de edad, para los dos sexos.

En cuanto a la morbilidad, este grupo de edades reagrupa 46% del conjunto de las enfermedades de larga duración.

La salud de los discapacitados

Al 1 de enero de 1998, 5.600 personas se beneficiaban de la asignación para adultos discapacitados que reciben los que sufren una incapacidad de por lo menos 80% o una incapacidad de entre 50% y 80% que les impida trabajar. En 1999 la Comisión Técnica de Orientación y de Reclasificación Profesional (COTOREP) concedió 1.856 asignaciones complementarias para adultos discapacitados y 1.661 en el año 2000. En el curso de este último año se reconoció la condición de discapacitados a 666 trabajadores.

La Comisión Departamental de la Educación Especializada (CDES) reconoce y define una tasa de invalidez en los niños. Esta tasa determina el monto de la ayuda financiera que se entregará a la familia y permite el acceso a programas y servicios especializados. La CDES registró 2.174 expedientes en el año 2000 y concedió 718 asignaciones de educación especial.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Guadalupe está situada en una zona de alto riesgo en lo que se refiere a desastres naturales. Los huracanes suponen una amenaza año tras año (en 1999, el huracán Lenny provocó daños considerables); los sismos representan también un riesgo y las erupciones volcánicas constituyen una amenaza permanente.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. Todos los años se producen entre siete y ocho casos de malaria importada (principalmente por *Plasmodium falciparum*). Se determinó que en alrededor de 46% de los casos registrados en los últimos 5 años, los enfermos habían viajado al África, en 31% de los casos, regresaban de América Latina, y en 2%, habían visitado a algún otro país del Caribe donde no se ha erradicado la malaria. Casi en la totalidad de los casos no se hizo tratamiento quimioproláctico, y si se prescribió fue

incompleto. Ciertas especies de anófeles siguen presentes en Guadalupe.

Dengue. En 1995 se notificaron siete casos de dengue hemorrágico que ocasionaron tres defunciones. Desde entonces no ha ocurrido ninguna epidemia grave de dengue ni casos de dengue hemorrágico; sin embargo, todos los años durante el último trimestre, que es la estación de lluvias, se observa un repunte epidémico. El porcentaje de pruebas serológicas positivas es superior a 30% cuando se produce un brote epidémico. Antes de 1998, cuando la seguridad social aún no costaba la prueba serológica del dengue y antes de la adopción del seguro universal de salud, la Dirección Departamental de los Asuntos Sanitarios y Sociales (DDASS) reembolsaba el costo de las pruebas serológicas efectuadas en el Instituto Pasteur. En este contexto, la exhaustividad de las pruebas prescritas era bastante buena, lo que no sucede actualmente. No obstante, en el año 2000 el Instituto Pasteur de Guadalupe empezó a utilizar técnicas que permiten efectuar la tipificación del virus en circulación mediante las pruebas de proteína C-reactiva; así, desde agosto de 2000 se detectó el virus de tipo III del dengue. La vigilancia del dengue se efectúa mediante una red de 37 médicos centinelas distribuidos en todo el territorio de Guadalupe. La notificación es semanal.

Esquistosomiasis. Antes de 1995, la única forma de esquistosomiasis que se encontraba en Guadalupe era la ocasionada por *Schistosoma mansoni* (bilharziasis intestinal). Una campaña para combatir al molusco vector (del género *Planorbis*) utilizando a su competidor (*Biomphalaria glabrata*) permitió que fuera erradicado de los principales sitios de transmisión desde 1995. Estos sitios siguen siendo objeto de vigilancia malacológica. Puede decirse que desde esa fecha ya no ha habido nuevos casos de infestación humana.

Enfermedades prevenibles por vacunación

En la cohorte de niños nacidos en 1998, las tasas de cobertura a 1 año de edad se calculan en 87% para las terceras dosis de la vacuna contra la poliomielitis, la difteria, el tétanos, la tos ferina y *Haemophilus influenzae* tipo b (74%) y 80% de ellos han recibido dos dosis de vacunas contra la hepatitis B.

En cuanto a la vacuna MMR (contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola), 89% de los nacidos en 1997 recibieron una dosis antes de los 2 años de edad, pero se reconoce que solamente 79% recibieron la vacuna en la forma recomendada, entre el primer cumpleaños y los 2 años.

Durante los últimos años no se registró ningún caso de poliomielitis ni de difteria. Los dos últimos casos de poliomielitis se remontan a 1970.

La red de vigilancia del sarampión no registró ningún caso confirmado mediante prueba serológica entre su puesta en práctica en 1992 y octubre de 1996. Desde la última epidemia ocurrida en 1996–1997, se investigaron y confirmaron por prueba

serológica otros dos casos importados, uno de ellos en julio de 1997 y el segundo en 1998. Después de esta fecha no se ha registrado ningún otro caso.

Un estudio retrospectivo de morbilidad en los hospitales, efectuado en los tres servicios de pediatría entre 1994 y 1999, que prolongaba otro estudio realizado con la misma metodología, confirma la endemidad de la tos ferina (88 casos) desde 1983, con existencia de tres repuntes epidémicos, el último de los cuales ocurrió en 1994 y produjo 11 casos.

Si bien no se ha comprobado ningún caso de tétanos neonatal en el transcurso de los últimos 10 años, el tétanos sigue siendo motivo de preocupación, especialmente en la población de adultos mayores. En efecto, de 1991 a 2000 la DDASS registró 15 casos, de los cuales 6 correspondieron a mayores de 64 años.

A falta de un estudio de seroprevalencia en la población general, se hace referencia a la población de mujeres que dieron a luz durante un año dado. El cálculo más reciente se remonta a 1995, cuando 18% de las mujeres no estaban vacunadas contra la rubéola. En 2000, unas 540 dosis de vacunas se pusieron a disposición de las maternidades para vacunar después del parto a las mujeres seronegativas. La red de vigilancia de la rubéola no ha notificado ningún caso. Todavía no se cuenta con una red de vigilancia del síndrome de la rubéola congénita.

Hasta 1995 los síndromes de influenza en su conjunto eran objeto de vigilancia por parte de una red de médicos centinelas. En marzo de 1996 se inició la vigilancia de la influenza mediante la búsqueda nasofaríngea del virus. De esta forma, se confirmó la existencia de una epidemia a comienzos de octubre de 1996 y se estableció la presencia de la cepa H3N2 del tipo A del virus. En 1999 los virus en circulación eran el A y el B, y en el año 2000, el virus A.

El Informe Anual 2000 del Servicio de Acciones de Salud del Consejo General muestra una tasa de prevalencia de 2,1% del antígeno de la hepatitis B entre quienes acudieron al dispensario antivéneo, con una prevalencia de 1,5% entre los menores de 25 años. En el año 2000 la tasa de embarazadas con seguimiento por parte del servicio de protección maternoinfantil fue de 1,9%. Este servicio se ocupa de aproximadamente 20% de las embarazadas.

Guadalupe cuenta con una red de detección y seguimiento de enfermos de hepatitis C en la que participan profesionales de los hospitales y de servicios ambulatorios. En 2000 se llevó a cabo una campaña nacional para incitar a los profesionales de la salud a efectuar una detección más amplia.

Cólera

El cólera no afectó a Guadalupe, sobre todo debido a la buena calidad del agua del sistema de abastecimiento y al control de los productos alimentarios.

Enfermedades crónicas transmisibles

La incidencia general de la tuberculosis ha disminuido por sectores hasta alcanzar una tasa promedio de 8,2 por 100.000 habi-

tantes entre 1998 y 2000. En 60% de los casos se trata de formas contagiosas que revelaron la presencia del bacilo de Koch al efectuarse un examen directo. La razón hombre/mujer para ese mismo período es de 1:4. En el año 2000 no se detectó ningún caso en menores de 15 años, probablemente gracias a la tasa de cobertura con vacuna antituberculosa (BCG), que es 95% para los niños de 1 año. Aproximadamente 69% de las personas afectadas tienen entre 25 y 54 años de edad. En este grupo de edad, uno de cada dos enfermos es extranjero (37% del conjunto de los casos).

La tasa de incidencia de la lepra sigue siendo baja (0,24 por 10.000 habitantes). De acuerdo con el Informe Anual del Servicio contra la Lepra, del Consejo General, en el año 2000 se notificaron 10 nuevos casos y dos recaídas en personas mayores de 15 años. Predominan las formas bacilogénicas y todos los casos nuevos, así como las recaídas, se someten a poliquimioterapia. En 2000 la tasa de prevalencia de los casos que estaban recibiendo quimioterapia se elevaba a 12,3 por 10.000 habitantes, con una lista de 404 casos activos a comienzos del año.

Infecciones respiratorias agudas

En el período comprendido entre 1993 y 1997 la tasa de mortalidad general por enfermedades respiratorias agudas fue de 20 por 100.000 habitantes. En los niños menores de 5 años la tasa fue de 50 por 100.000.

Zoonosis

Entre 1994 y 2000 no se ha informado sobre ningún caso de rabia en Guadalupe.

Desde 1998, el número de casos de leptospirosis parece estar en aumento: de menos de 10 casos anuales se pasó a 37 casos notificados al centro de referencia en el año 2000.

VIH/SIDA

Actualmente solo es obligatorio declarar los casos de SIDA. Al 1 de enero de 2000, la cifra total de casos acumulados era de 950, declarados desde el comienzo de la epidemia en Guadalupe. Se calcula que la prevalencia de la infección por VIH sería de 1% de la población en el Departamento; la tasa de incidencia en 1999 fue de más de 111 por millón de habitantes. La transmisión heterosexual siempre ha predominado; 30% de los casos se presentan en mujeres (datos acumulados), pero la proporción de mujeres tiende a aumentar con el transcurso de los años (40% en 1999). El grupo más afectado es el de 30 a 39 años de edad (37% del total de casos); le siguen el de 40 a 49 años (35%) y el de 20 a 29 años (16%). Hay unos 30 casos pediátricos.

Apenas 52% de las personas sabían que eran seropositivas antes de que se les diagnosticara el SIDA. Entre los adultos que sabían que eran seropositivos antes de contraer la enfermedad, 42% seguían un tratamiento antirretroviral. En Guadalupe, los tratamientos antirretrovirales están al alcance de todos los residentes, hasta de los extranjeros, en tres centros de atención hospitalaria, a saber: el Hospital Universitario Regional de Point-à-

Pitre (62% de los pacientes); el Hospital de Basse-Terre y el Hospital Marigot de San Martín.

Infecciones de transmisión sexual

La aparición regular de nuevos casos de sífilis y de infecciones gonocócicas suscita preocupación y plantea interrogantes acerca de los cambios de comportamiento que se esperan ante la epidemia de SIDA.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo, y genéticas

La diabetes en Guadalupe es esencialmente del tipo II, cuyo principal determinante es la obesidad, excepto en el caso de un grupo étnico originario de la India en el que, paralelamente a lo que se observa en su país de origen, se encontró "sensibilidad genética".

La drepanocitosis es la enfermedad genética más común. La frecuencia con que aparece este gen en la población es de 1 por cada 8 habitantes. La detección neonatal se hace de manera sistemática en todas las maternidades del archipiélago. En 1990, las autoridades sanitarias locales reconocieron que la drepanocitosis constituye un grave problema de salud pública, por lo que se llevó a la práctica un programa de atención de la enfermedad bajo el control del Centro Integrado de la Drepanocitosis, que luego pasó a ser el Centro Caribeño de Drepanocitosis "Guy Méréault". Anualmente, la detección neonatal sistemática permite identificar a unos 700 recién nacidos portadores de un gen anormal de la hemoglobina, y de 20 a 30 recién nacidos con drepanocitosis. En el año 2000 se detectaron 20 recién nacidos con drepanocitosis.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad. De 1995 a 1997 ocasionaron 770 defunciones cada año, es decir, 32% del total de defunciones. La mortalidad por afecciones cerebrovasculares es particularmente alta (300 defunciones en promedio por año). Ellas constituyen 39% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares, tanto en hombres como en mujeres. En cuanto a la morbilidad, cada año los sistemas de seguro de enfermedad cubren 100% de los costos de la atención de 1.350 personas con hipertensión arterial grave. Además, la hipertensión arterial es la enfermedad que más a menudo requiere hospitalización.

Después de la Conferencia Regional de Salud celebrada en 1997 se creó un programa especial contra la hipertensión arterial. Este programa ha permitido, por una parte, tener en cuenta las necesidades con miras a elaborar un esquema regional para la oferta de servicios de salud, y por otra, crear instrumentos de prevención adaptados, en especial de prevención secundaria, con objeto de mejorar la adhesión de los pacientes al tratamiento.

Neoplasias malignas

Los cánceres, que entre 1995 y 1997 ocasionaron un promedio de 510 defunciones por año, constituyen la segunda causa de

mortalidad. El cáncer de próstata en los hombres, el cervicouterino en las mujeres y el de estómago en ambos sexos, son muy frecuentes. Con 710 casos en promedio por año, los cánceres representan 12% de las afecciones crónicas que los esquemas de seguro de enfermedad cubren en un 100%. Los ingresos en hospitales por cáncer representan solamente 5% del total.

Accidentes y violencia

Los accidentes de tráfico constituyen un problema prioritario de salud pública. En los últimos 10 años han ocurrido anualmente más de 80 defunciones, y cerca de 400 personas han sufrido heridas graves (que requieren más de seis días de hospitalización). En el cuadro 2 se presenta el número de accidentes, así como la mortalidad y la morbilidad asociadas, desde 1996. La mayoría de las víctimas se encuentran entre los adolescentes y los adultos jóvenes (15 a 44 años de edad) y entre ellos son especialmente vulnerables los peatones y los conductores de vehículos de dos ruedas.

Desde 1994 se encuentra en funcionamiento una línea telefónica especial para denuncias de violencia hacia los niños. Entre 1998 y 2000 se recibieron 1.749 llamadas, se llevaron a los tribunales 208 expedientes y se tramitaron administrativamente 1.256.

En el período comprendido entre 1987 y 1997 se registró un promedio anual de 40 defunciones por suicidio, con una razón hombre/mujer de 3:1; de un lado se encuentran los adultos jóvenes (con una tasa de defunción de más de 20 por 100.000 habitantes) y del otro los adultos mayores de 70 años (más de 50,9 por 100.000 habitantes).

Trastornos del comportamiento

Según un estudio realizado en la población general en 1999, 32% sufren de ansiedad, 15% padecen trastornos depresivos y 15% presentan trastornos psicóticos.

El alcoholismo constituye un problema de salud pública y un grave azote social. Entre 1995 y 1997 un promedio de 137 defunciones anuales se atribuyeron a la psicosis alcohólica, a la cirrosis hepática y a las neoplasias de las vías aerodigestivas superiores (cavidad bucal, faringe, esófago y laringe). El alcoholismo es la

segunda causa de muerte prematura (antes de los 65 años) y la tercera enfermedad asociada con la hospitalización.

Durante el período comprendido entre 1995 y 1997 se registraron en promedio 167 defunciones anuales que pueden atribuirse al consumo exagerado de tabaco (muertes por bronquitis crónica, cáncer del pulmón y cardiopatías isquémicas). Mientras que la razón hombre/mujer observada para las defunciones por cardiopatías isquémicas es igual a 1, llega a 1,9 en el caso de la defunción por bronquitis crónica. El exceso de víctimas entre los hombres se agrava en el caso del cáncer del pulmón, con una razón hombre/mujer de 5:1.

El número de toxicómanos atendidos por los servicios médicos y sociales, y de personas sometidas a interrogatorio por consumir drogas y traficar con ellas, sigue en constante aumento. La población joven es la más afectada (70% son menores de 30 años en 1999), principalmente los varones (85,2%) y a menudo forman parte de la población no activa (dos tercios de los casos). En 1994 las dos sustancias de mayor consumo eran la marihuana (64%) y el crack (26%), que por lo general se fuman. El consumo de crack ha aumentado en los últimos años. Las toxicomanías con drogas intravenosas o con éxtasis constituyen un fenómeno marginal.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El sistema de salud de Guadalupe está organizado en 24 establecimientos: 11 pertenecen al sector público (un hospital universitario regional, cinco hospitales, un hospital de psiquiatría, tres hospitales locales y un hospital de larga estancia) y 13 son clínicas privadas con fines de lucro, que funcionan en Basse-Terre y Grande-Terre. A comienzos del año 2000, la capacidad de atención médica de corto plazo, de cirugía y de asistencia ginecoobstétrica era de 1.072 camas en el sector público y de 711 en el sector privado. Había 512 camas en hospitales públicos y privados para pacientes psiquiátricos, de las cuales 73 están reservadas para niños y jóvenes. Para seguimiento y rehabilitación había 169 camas en hospitales públicos y 222 en clínicas privadas. Esto da una tasa de capacidad en camas y puestos en hospitales de 2,2 por 1.000 habitantes para medicina; 1,4 para cirugía; 0,6 para ginecoobstetricia; 0,9 para atención de seguimiento y rehabilitación; 0,6 para psiquiatría infantil y juvenil, y 1 para psiquiatría general.

En cuanto a los equipos y los materiales pesados, Guadalupe cuenta con 3 tomodensitómetros, 2 angiógrafos numerados, 2 aparatos de imagenología por resonancia magnética nuclear, 1 aparato de diagnóstico que utiliza la emisión de radioelementos artificiales en el hospital universitario regional y 30 generadores de hemodiálisis en hospitales (de los cuales 19 están insta-

CUADRO 2. Accidentes de tránsito y mortalidad y morbilidad asociadas, Guadalupe, 1996–1999.

Año	Accidentes	Muertes	Heridos graves	Heridos leves	Gravedad (N.º de muertes por 100 accidentes)
1996	782	83	405	715	10,6
1997	877	94	490	756	10,7
1998	811	104	498	653	12,8
1999	816	91	417	736	11,2

lados en el hospital universitario regional de Point-à-Pitre). Un establecimiento privado de asistencia sanitaria en Basse-Terre dispone de litotriptor.

Asimismo, hay en la isla 27 laboratorios de biología médica privados y 8 públicos, es decir casi un laboratorio por cada 10.000 habitantes, y 143 farmacias, es decir un poco más de 3 por 10.000 habitantes, y dos distribuidores mayoristas.

Organización de los servicios de salud pública

Prevención y control de enfermedades

Las tasas todavía altas de la mortalidad perinatal han llevado a la elaboración y ejecución de un plan perinatal de cinco años a partir de 1996, que comprende 13 medidas destinadas a mejorar el seguimiento del embarazo, las condiciones del nacimiento y la búsqueda de causas de muerte materna para su mejor prevención. Varias de estas medidas ya se están llevando a la práctica, a saber: información al público general con campañas en los medios de comunicación y la creación de servicios de apoyo, divulgación de fichas de buenas prácticas clínicas destinadas a los profesionales y reestructuración de las maternidades por las autoridades competentes y de acuerdo con lo estipulado por los decretos nacionales.

Vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

La DDASS organizó una red de vigilancia epidemiológica centinela gracias a la colaboración de unos 40 médicos que ejercen en el sector privado y de médicos de hospitales, generales o especialistas. Se recaba por teléfono semanalmente la información sobre el dengue, los síndromes de influenza, las gastroenteritis, las diarreas, la varicela, la ciguatera, la leptospirosis y las intoxicaciones infecciosas colectivas causadas por alimentos. Este sistema complementa al sistema nacional que comprende una lista de 23 enfermedades que deben ser objeto de notificación obligatoria a las autoridades sanitarias.

Agua potable y saneamiento

La DDASS somete el agua destinada al consumo humano a controles sanitarios estrictos y frecuentes, en tres niveles: captación, planta de tratamiento y red de distribución, de conformidad con las normas establecidas por los organismos europeos pertinentes. La contaminación de ciertas fuentes de agua se observó a partir de 1999, pero el agua distribuida en general es de calidad buena o muy buena (95,8% de las 1.600 muestras analizadas en el año 2000 resultaron bacteriológicamente conformes con la reglamentación). Las aguas de los baños también son de buena calidad. En el año 2000 había 23 estaciones comunales de purificación para 36 municipios. Debido a la extensión de los municipios y a dispersión de las viviendas resulta difícil y costoso concebir redes de saneamiento en cada punto del territorio. En la mayoría de los casos, los particulares recurren al

saneamiento no colectivo (fosas sépticas, plantas pequeñas de purificación).

Manejo de residuos sólidos municipales

Guadalupe genera actualmente unas 250.000 toneladas de desechos domésticos por año. Todos los desechos domésticos y similares se llevan a vertederos autorizados. Hay un sistema departamental para tratar los desechos hospitalarios que incluye una planta de incineración de residuos provenientes de establecimientos de salud públicos o privados. Se calcula que estos desechos alcanzan las 600 toneladas al año; el incinerador tiene una capacidad de 350 kg/hora.

Control de la contaminación del aire

En 1997 y 1998 la Dirección Regional de la Industria, la Investigación y el Ambiente (DRIRE), que se encarga del control de la contaminación atmosférica causada por los establecimientos industriales, ha efectuado campañas para divulgar las medidas contra la contaminación en toda la zona urbana de Pointe-à-Pitre. Las campañas mostraron que esta ciudad, donde se concentra 80% de la actividad de Guadalupe, presenta muy poca contaminación atmosférica, sobre todo debido a la ventilación natural procedente de los vientos alisios que soplan constantemente. Los valores medidos para el dióxido de nitrógeno (NO₂), el dióxido de azufre (SO₂) y el ozono están muy por debajo de los valores límites y de referencia estipulados por las normas europeas sobre la calidad del aire.

Vivienda y saneamiento

Según el Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos (INSEE), en el año 2000, 79% de las familias viven en una casa individual (aproximadamente 67% de las casas son de ladrillo, 29% son de otros materiales tradicionales, y el resto, viviendas provisionales). El 21% restante vive en inmuebles colectivos. Aproximadamente 3,8% de las viviendas no tienen ni agua ni electricidad. En abril de 2000 el plan departamental para vivienda de los menos favorecidos demostró que 20% de la población vive en condiciones precarias o insalubres, 30% de la población se beneficia de las asignaciones sociales mínimas y 10% de la población (15.000 familias) acumula estas dos características.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios de urgencia

Las urgencias las atienden dos servicios del hospital universitario regional de Pointe-à-Pitre y del hospital general intercomunal de Basse-Terre/Saint Claude. Este dispositivo se complementa con tres unidades de proximidad, de atención, de tratamiento y de orientación de las urgencias, una de ellas en el hospital de Marigot, para las islas del norte. El centro 15 (situado en el

Hospital Regional Universitario) coordina los tres servicios móviles de urgencia y de resucitación. Los transportes sanitarios por tierra los efectúan 44 empresas privadas y cuentan con 151 vehículos, a saber: 55 ambulancias (3 de ellas en San Martín y 2 en María Galante) y 96 vehículos livianos especiales (3 en San Martín y 4 en María Galante). En las islas del norte hay dos empresas autorizadas para efectuar los transportes aéreos sanitarios a nivel regional.

Bancos de sangre

El Establecimiento Francés de la Sangre (EFS) selecciona a los donantes mediante un cuestionario seguido de un interrogatorio detallado. Antes de su distribución, todas las donaciones de sangre se someten a una investigación sistemática con una serie de marcadores.

Atención de las personas con discapacidades

En la región hay dos hogares de alojamiento destinados a los trabajadores con discapacidades, cinco hogares ocupacionales y una casa especializada, pero no se cuenta con verdaderos talleres de trabajo protegido. Solamente hay algunos centros de ayuda laboral que aceptan a personas cuya capacidad no supera la tercera parte de la de un trabajador no discapacitado. Al término de la Conferencia Regional sobre Salud celebrada en 1997, que tenía como tema la prevención de la enfermedad y promoción de la salud de los jóvenes, se creó un plan de acción especial para discapacitados.

Atención de los adultos mayores

La principal actividad de promoción de la salud en favor de las personas mayores consiste cada año en una campaña de vacunación gratuita contra la influenza. Además, con el apoyo de la red de clubes de la tercera edad, se llevó a cabo una iniciativa de vacunación contra el tétanos y la poliomielitis. La oferta de atención médica y de alojamiento para las personas mayores incluye 142 camas para alojamiento; 241 camas en residencias para personas jubiladas, de las cuales 108 tienen servicios médicos; 350 camas para asistencia médica de larga duración, y 433 puestos de servicios de enfermería a domicilio. Las tasas de beneficiarios de servicios a domicilio son, respectivamente, de 25,6 por 1.000 personas para los servicios de atención a domicilio y de 33 por 1.000 personas para la ayuda doméstica.

Al 31 de diciembre de 1999, y en cumplimiento de la Ley 97-60 del 2 de enero de 1997, 2.056 personas dependientes mayores de 60 años recibían una indemnización especial. Además, a las personas dependientes que por alguna razón no pueden beneficiarse de dicha indemnización especial, se les asigna una ayuda en especie en forma de servicios domésticos dependientes. Uno de los temas en torno de los cuales se organizó la Conferencia Regional sobre Salud de 1999 fue el de desarrollar y reconocer la ciudadanía plena en favor de las personas mayores y los discapacitados.

Prevención del maltrato y atención del niño maltratado

Desde 1994 funciona un servicio departamental de prevención del maltrato y se encuentra a disposición del público una línea telefónica permanente. Los profesionales que la atienden están preparados para detectar dónde hay un niño en peligro y avisar a los servicios competentes que se ocuparán del caso. En el marco de la protección a la infancia, el departamento cuenta con 404 puestos en instituciones especializadas.

Salud mental

En el año 2000 había 25 psiquiatras que trabajaban en el sector público y 12 en consultorios privados. Además, unos 600 profesionales se ocupaban de la salud mental en los servicios de psiquiatría de los establecimientos públicos. Cerca de 90% de los adultos que reciben atención de salud mental acuden al Centro Médico Psicológico, que queda fuera del hospital; 68% de los pacientes no son hospitalizados nunca en el hospital psiquiátrico. En 1999 fueron hospitalizados 1.300 enfermos, es decir, apenas la cuarta parte de todos los casos; sin embargo, muchas de las estadías hospitalarias son forzadas (en promedio, 600 por año). La duración promedio de la estadía es de 39 días. En las prisiones, 874 detenidos recibieron atención psiquiátrica en 1999. Ese año, 1.700 jóvenes recibieron atención médica, y de ellos, casi la mitad recibían una evaluación de salud mental por primera vez. Se observó también un aumento de 20% de estas cifras en el transcurso de los últimos cinco años. Casi todos los casos correspondían a varones (62%) de entre 5 y 9 años de edad (43% de ellos).

Salud reproductiva

En 1999 el porcentaje de embarazos con poca o ninguna atención médica seguía siendo alto (3,8%). Aproximadamente 70% de las mujeres habían acudido por lo menos a siete consultas en 1999, y aproximadamente 2%, a menos de tres. Ese año, casi toda la atención médica durante el parto y el puerperio se hacía bajo la supervisión de una persona especializada; menos de 1 parto por 1.000 tenía lugar en el domicilio, y la tasa de cesáreas fue de 18,7%.

Insumos para la salud

Todos los medicamentos y las vacunas son importados de Francia continental y están al alcance del público.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso

En el año 2000 el archipiélago de Guadalupe contaba con 785 médicos (431 generales y 354 especialistas), 138 cirujanos dentistas, 136 parteras, 1.500 enfermeras diplomadas estatales, 280 enfermeras del sector psiquiátrico, 191 fisioterapeutas, 43 ortofonistas, 8 ortopedistas y 229 farmacéuticos, de los cuales 165 tienen el

título que los autoriza a preparar medicamentos. En 2000, la densidad por 10.000 habitantes fue de 7,3 para los médicos generales, 5 para los especialistas, 3,3 para los dentistas, 11,2 para las enfermeras diplomadas estatales y 4 para los masajistas fisioterapeutas.

Formación del personal de salud

La Universidad de las Antillas y de la Guayana Francesa permite cursar los primeros años de la carrera de medicina en Guadalupe, así como el tercer ciclo de estudios médicos, mediante un contrato con la Universidad de Bordeaux II. Hay también una escuela de enfermería y otra para la formación del personal de las ambulancias. La formación de otros profesionales de salud se hace en Francia continental.

Investigación y tecnología en salud

El Instituto Nacional de Investigación Médica (INSERM) cuenta con una unidad dedicada a las hemoglobinopatías en Guadalupe, además de un consejo de orientación que permite tener en cuenta las propuestas locales de investigación y favorecer los contactos con otros equipos de investigadores del Instituto.

Gasto y financiamiento sectorial

Los recursos financieros provienen de los ministerios a nivel central y de las comunidades locales, del sistema de la seguridad social, de las organizaciones no gubernamentales y de la Unión Europea.

GUAYANA FRANCESA

Contexto general

La Guayana Francesa tiene una superficie de aproximadamente 91.000 km² y está ubicada en la zona ecuatorial al norte de América del Sur, entre los 2 y 6 grados de latitud. Al norte del territorio se extienden 350 km de costa sobre el Océano Atlántico; al oeste, el río Maroni delimita la frontera con Suriname, y al este y al sur, las fronteras con el Brasil las establecen el río Oyapock y los montes Tumuc-Humac, respectivamente. El clima es ecuatorial y las temperaturas mínimas se mantienen alrededor de los 22 °C, con máximas cercanas a 30 °C. La selva, que cubre la mayor parte del territorio, posee gran diversidad de especies animales y vegetales, además de minerales y todo tipo de esencias, tanto valiosas como comunes. Apenas 5% del territorio está poblado.

El Centro Espacial Europeo de la Guayana Francesa, establecido en Kourou en 1964, ha contribuido al desarrollo económico de este departamento. De acuerdo con una investigación realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Estudios

Económicos (INSEE), entre 1995 y 1997 las actividades espaciales representaron 50,5% del total de la actividad económica de la Guayana Francesa. Otras actividades importantes son la pesca artesanal e industrial y la explotación aurífera. La Guayana Francesa tiene una economía basada en factorías y dependiente en gran medida de las importaciones.

La población activa empleada representa cerca de 28% del total de habitantes. Más de tres personas de cada cuatro perciben un salario. La tasa de desempleo es de 25% y una tercera parte de los desocupados no trabaja desde hace más de un año. Menos de 23% de las mujeres participan en la actividad económica.

La situación demográfica especial de la Guayana Francesa es uno de los factores determinantes principales del estado de salud de la población. El aumento de la población sigue siendo particularmente acelerado, aunque se observa una leve tendencia a la disminución de este ritmo de crecimiento. La población experimentó un aumento de 37% en 10 años, al pasar de 114.768 habitantes en 1990 a 156.790 en 1999. Es probable que en el censo de 1999 se haya subestimado la cifra real de población debido a la inmigración clandestina, difícil de cuantificar. Los inmigrantes representan casi 40% de la población total del departamento y la mitad de ellos se encuentran en situación irregular. El fenómeno de la inmigración, sumado a una tasa de natalidad en constante aumento —la más alta de todos los departamentos franceses (29,8 nacimientos por 1.000 habitantes en 1997 y 30,9 por 1.000 en 1999)—, explica este incremento acelerado de la población que, según cálculos del INSEE, se habrá duplicado en 20 años. La tasa de fertilidad es la más elevada de los departamentos franceses de ultramar y más del doble de la tasa de Francia metropolitana (en 1999 fue de 119,4 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 49 años de edad).

La población, que se caracteriza por su gran diversidad, se compone de criollos guyaneses (alrededor de 40% de la población); amerindios, que se dividen en seis etnias, con una población de 4.500 personas (arawaks, palikurs, galibís, wayanas o roucouyennes, oyampis o wayampis y emerillóns); cimarrones (saramacas, bonís o alukus y djukas), que suman unas 4.000 personas; h'monges, llegados en 1977, que constituyen una población de aproximadamente 2.000 personas y se agrupan en los municipios de Cacao y de Javouhey; habitantes que provienen de Francia metropolitana y representan alrededor de 12% de la población; y otros habitantes (chinos, libaneses, brasileños, haitianos, surinameses), que constituyen 40% de la población. Los nuevos inmigrantes llegan sobre todo de Haití, Brasil, Suriname o Guyana.

La población de la Guayana Francesa es joven. Según el censo de 1999, más de la tercera parte (34%) tiene menos de 15 años y más de la mitad (50,2%), menos de 25 años. La densidad promedio, calculada sobre la base de este mismo censo, se sitúa en alrededor de 2 habitantes por km²; sin embargo, la distribución de la población en el territorio es muy desigual. Más de 9 de cada 10 personas viven en el litoral, y de ellas, 78% habitan en zonas urbanas.

La situación habitacional en todo el departamento sigue siendo muy preocupante. Se calcula que se necesitan cerca de 2.520 viviendas nuevas por año y se construyen menos de la mitad. Las solicitudes de viviendas suman más de 8.000 y los plazos de espera casi llegan a los dos años. Se calcula que hay 6.000 viviendas insalubres.

Mortalidad y morbilidad

En 1997 la esperanza de vida al nacer era de 72,4 años para los hombres y 78,7 años para las mujeres. Las tasas de mortalidad infantil y perinatal han disminuido considerablemente desde los años setenta. En 1997 fue de 11,1 por 1.000 nacidos vivos y de 19,5 por 1.000, respectivamente. Durante el período comprendido entre 1996 y 1998, la tasa promedio de mortalidad infantil llegó a 10,3 por 1.000 nacidos vivos.

Cada año se registran en la Guayana Francesa 500 defunciones; en 1997 la tasa bruta de mortalidad fue de 3,8%. Según un estudio de 1998 sobre las causas de la mortalidad (cuadro 3), las cuatro principales causas tanto en los hombres como en las mujeres son las causas externas de traumatismo o envenenamiento, las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias y las enfermedades infecciosas o parasitarias.

En cuanto a la morbilidad, los únicos indicadores disponibles son los relacionados con la distribución de las estadías anuales de pacientes en los hospitales, que permiten medir solo en forma parcial las características particulares del estado de salud de la población. Los partos normales y las complicaciones del embarazo y el parto representan casi la cuarta parte de la actividad hospitalaria. Las otras causas de hospitalización, por orden de importancia, son las lesiones traumáticas, los envenenamientos, las enfermedades del sistema digestivo, las enfermedades infecciosas y parasitarias, los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos y las enfermedades del sistema circulatorio, que representan en conjunto casi la mitad de las causas. Las afecciones

originadas en el período perinatal representan 2,5% y las enfermedades mentales, 1,8%.

En resumen, la Guayana Francesa presenta causas de mortalidad y morbilidad propias de los países desarrollados (principalmente enfermedades cardiovasculares) y causas específicas de los países en desarrollo (traumatismos, enfermedades infecciosas, mortalidad perinatal). El mejoramiento observado recientemente en algunos indicadores no debe ocultar que aún subsisten disparidades importantes y el riesgo de reaparición y agravamiento de algunas enfermedades. Los datos disponibles no permiten evaluar con precisión estas disparidades; sin embargo, es posible observarlas entre los niveles socioeconómicos y las zonas geográficas, que son factores determinantes ya sea del modo de vida o de las posibilidades de acceso a la atención médica y a la prevención de las enfermedades.

El crecimiento demográfico acelerado, el aumento de la pobreza (para el período 1994–1995 el INSEE calculó que cerca de 30% de la población vivía en situación de pobreza) y la concentración de la población en las zonas periurbanas son factores importantes con respecto al aumento de la violencia, las adicciones, las infecciones de transmisión sexual y la persistencia de enfermedades evitables en parte con la adopción de comportamientos más favorables a la salud.

Por otra parte, la ocupación de nuevos espacios, los desplazamientos de grupos grandes de población, el aislamiento o, al contrario, la existencia de concentraciones humanas en condiciones sociales y sanitarias inadecuadas son factores de riesgo que contribuyen al mantenimiento de enfermedades endémicas y al surgimiento de enfermedades emergentes o reemergentes.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño

En 1999 la tasa de mortalidad perinatal fue de 18,9 por 1.000 nacidos vivos con un peso superior a 500 g (en comparación con 30 por 1.000 en 1995); sin embargo, esta disminución tiene tendencia a volverse más lenta. La mejora observada en este indicador se debe principalmente a la disminución de las defunciones neonatales precoces (de 10 a 1,8 por 1.000 nacidos vivos con peso superior a los 1.000 g entre 1995 y 1998), que puede atribuirse al mejoramiento de la atención en los establecimientos de salud. La prematuridad es uno de los principales factores de riesgo neonatal (13,8% de los niños nacidos en la Guayana Francesa son prematuros).

La tasa de mortalidad infantil también ha disminuido, pasando de unos 15 por 1.000 nacidos vivos a comienzos del decenio de 1990 a 11,1 por 1.000 en 1998.

En 1998 se produjeron 68 defunciones en menores de 1 año. Las afecciones originadas en el período perinatal fueron las prin-

CUADRO 3. Distribución de las causas de defunción según sexo, Guayana Francesa, 1998.

Causas	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Traumatismos y envenenamiento	191	29,4	145	35,0	46	19,5
Enfermedades del sistema circulatorio	116	17,8	71	17,1	45	19,1
Neoplasias	92	14,2	56	13,5	36	15,3
Enfermedades infecciosas y parasitarias	71	10,9	43	10,4	28	11,9
Afecciones originadas en el período perinatal	18	2,8	7	1,7	11	4,7
Otras causas	162	24,9	92	22,2	70	29,7
Total	650	100	414	100	236	100

cipales causas de muerte en este grupo de edad (29,0%), seguidas por las anomalías congénitas (21,0%) y las causas externas de traumatismo y envenenamiento (16,1%). Durante el período en revisión, la única enfermedad infecciosa que causó defunciones en este grupo de edad fue el SIDA.

Las causas principales de defunción en niños de 1 a 4 años de edad en 1998 fueron las causas externas de traumatismo y envenenamiento, que ocasionaron 13 (8 niños y 5 niñas) del total de 25 defunciones en este grupo de edad; la mitad de estas muertes se debieron a accidentes de tráfico. Las otras causas incluyen las enfermedades del sistema respiratorio (5 muertes) y las neoplasias (2 muertes).

En el grupo de 5 a 14 años de edad predominan las causas externas de traumatismo, que causaron 8 de las 11 defunciones registradas en 1998. Las otras causas fueron las neoplasias (1 muerte), las neumonías (1) y las enfermedades del sistema digestivo (1).

La salud de los escolares y de los adolescentes

De acuerdo con la reglamentación vigente, los niños deben acudir a una consulta médica sistemática a los 6 años de edad, antes de ingresar a la escuela primaria, a los 12 y 16 años, al ingresar al colegio secundario, y cuando se inscriben en un liceo profesional. Las enfermedades más comunes son las afecciones dentales, los trastornos de la vista y las enfermedades del sistema osteoarticular. Un estudio realizado en el ámbito escolar en 1997 reveló que 22% de los alumnos examinados tenían algún problema dental (principalmente caries), 11,8% presentaron trastornos de la vista y 7% alguna afección osteoarticular. No se encontraron diferencias notables entre los sexos.

Una encuesta de 1997 en una población de 3.184 escolares adolescentes de 15 años de edad promedio permitió conocer sus preocupaciones y su estado de salud. Los jóvenes manifestaron preocupación por la sexualidad, la violencia, la toxicomanía y las infecciones de transmisión sexual, en particular el SIDA. Entre los jóvenes activos sexualmente, menos de uno de cada dos usaban condones regularmente y solo uno de cada siete empleaba un método anticonceptivo. Una de cada cinco muchachas ya había tenido un embarazo. Más de la cuarta parte de los jóvenes entrevistados habían sufrido un accidente en la vía pública, la mayoría de las veces mientras conducían vehículos de dos ruedas. Uno de cada cinco jóvenes declaró haber sido víctima de una agresión, generalmente en la calle y 40% de las veces en la escuela. El 12% de los jóvenes dijeron haber sufrido una agresión sexual y en más de la mitad de los casos esta provino de un conocido. Uno de cada 10 jóvenes declaró que fumaba o había fumado cigarrillos; 1 de cada cinco dijo haber usado alguna droga (inhalar pegamento o fumar marihuana) y uno de cada dos consumía alcohol ocasionalmente. En cuanto a la depresión, 26% de los jóvenes y 1% de los varones declararon haberla sufrido; 20% de los jóvenes y 7% de los varones habían tenido ideas suicidas y 16% de los jóvenes y 7% de los varones habían intentado suicidarse.

La salud de la población adulta

Entre los 15 y los 64 años las principales causas de defunción varían según el sexo. En 1998 las defunciones por las causas externas de traumatismo y envenenamiento predominaron tanto en hombres como en mujeres (40,7% de todas las defunciones); les seguían las neoplasias (16,1%), las enfermedades infecciosas y parasitarias (15,4%) y las enfermedades del sistema circulatorio (11,7%).

Entre las causas externas de traumatismos, los accidentes de tráfico predominaban tanto en los hombres como en las mujeres. La mortalidad de adultos por enfermedades infecciosas se relacionaba principalmente con el SIDA (35 de 42 defunciones se debían a enfermedades infecciosas). El grupo de edad más afectado por el VIH/SIDA fue el de 30 a 39 años, con casi 40% de los casos.

En los adultos jóvenes, las afecciones crónicas más frecuentes, inventariadas por el sistema de protección social debido a que requieren atención especial, son los trastornos mentales y las deficiencias inmunitarias graves. Entre los adultos de más edad la diabetes, la hipertensión arterial grave y las neoplasias son las más comunes.

La tasa de mortalidad materna aumentó en 1993–1997 en comparación con 1987–1990 (79,3 y 64,6 por 100.000 nacidos vivos para cada período, respectivamente). En 1999 se registraron 4.547 nacimientos; 9,4% de las madres tenían menos de 18 años y 3,2%, más de 40 años. Las primíparas representaban 22,4% del total, y 28,2% de las madres habían tenido más de cuatro embarazos. En promedio, las mujeres realizaron seis consultas prenatales, pero 15,6% de ellas asistieron a menos de cuatro consultas. En 17,2% de los casos el parto fue por cesárea y se registraron 117 partos múltiples (2,6% del total). El número de embarazos interrumpidos voluntariamente fue de 67 en 1997, 79 en 1998, 64 en 1999 y 61 en 2000.

La toxicomanía es un problema que afecta fundamentalmente al grupo de edad de 25 a 35 años. En 1994, por cada 100.000 habitantes se realizaron 233 interpelaciones por uso de estupefacientes. La tasa de atención es similar a la observada en el resto del territorio nacional. Nueve de cada 10 interpelaciones correspondieron a hombres y más de dos tercios de los usuarios de droga estaban desempleados. La droga de mayor consumo es la cocaína (90%), principalmente en forma de crack o pasta de coca (76%).

La salud del adulto mayor

En 1998, las enfermedades del sistema circulatorio y las causas externas de traumatismo y envenenamiento fueron las principales causas de muerte de hombres y mujeres mayores de 65 años (28,0% y 17,6% de las defunciones, respectivamente). A las enfermedades cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca y la hipertensión se atribuyen la mayoría de las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio. Las neoplasias causantes de la mayor parte de las muertes de hombres de edad avanzada fueron los tumores malignos de la próstata (7 defunciones en 1998), del

sistema respiratorio (6) y del sistema digestivo (3), en particular del estómago. Entre las mujeres, el cáncer del sistema respiratorio (4), del útero (2), las leucemias (2) y el cáncer de mama (1) ocasionaron la mayoría de las muertes por neoplasias en este grupo de edad. Las enfermedades crónicas en este grupo son la hipertensión grave, el cáncer y la diabetes. La tasa de disponibilidad de camas para alojar a los adultos mayores es de 86,5 por 1.000 habitantes.

La salud de la familia

En relación con la estructura familiar, 32% de los hogares están encabezados por uno solo de los padres, y de estos, 75% está a cargo de la madre. En 27% de los hogares donde estaban presentes ambos padres, estos no tenían trabajo. Ambos padres eran económicamente activos en la tercera parte de los casos.

La salud de los discapacitados

En el grupo de menores de 20 años había 232 beneficiarios de subsidios de educación especial, es decir, una proporción de 3,7 por 1.000. En el grupo de 20 a 59 años, 1.034 personas recibían el subsidio correspondiente a los adultos discapacitados, es decir, 15 por 1.000. Estas cifras corresponden a cualquier tipo de discapacidad (física y mental) y están en constante aumento debido probablemente a la mejor detección de los casos. Se dispone de muy pocos lugares para acoger a los adultos discapacitados. La capacidad total de los diversos establecimientos para recibir discapacitados mentales y físicos es de 89 plazas. En el caso de los niños y jóvenes discapacitados la tasa global de camas/plazas en los establecimientos de atención es de 1,7 por 1.000 menores de 20 años, cifra muy por debajo del 8,6 por 1.000 que exhibe Francia.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

En abril del año 2000 murieron unas 10 personas debido a un deslizamiento de tierra ocasionado por el derrumbe de la colina Cabassou, en los alrededores de Cayena.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. La malaria es endémica en la Guayana Francesa. En el período 1997–2000 la prevalencia anual ha variado entre 4.500 y 5.000 casos. La incidencia anual oscila entre 100 y 300 casos por 1.000 habitantes. Más de 90% de los casos corresponden a zonas de alto riesgo de transmisión ubicadas a lo largo de los ríos y afectan a algo menos de 10% de la población. A lo largo del río Maroni, al oeste del departamento, predominan los casos por *Plasmodium falciparum* (9 de cada 10 casos) y la incidencia anual es de cerca de 200 casos por 1.000 habitantes. A lo largo del río Oyapock, los casos por *P. vivax* son más frecuentes y representan entre 50% y 80% del conjunto de los casos.

En la zona costera se declaran anualmente 300 casos de malaria, de los cuales solo 10% deben considerarse como casos autóctonos. La transmisión de esta enfermedad tiene lugar en zonas muy limitadas en la periferia de las ciudades donde hay movimiento de personas procedentes de las zonas de transmisión o de países vecinos. El vector principal de la malaria es *Anopheles darlingi*, cuyas larvas se encuentran en las grandes extensiones de agua distribuidas en todo el territorio. La proliferación de las actividades de minería aurífera, las migraciones internas y las dificultades de acceso complican el control de la malaria en las zonas de transmisión permanente. Se emprendieron actividades de cooperación con el Brasil y Suriname en el marco del programa “Hacer retroceder el paludismo”.

Dengue. El dengue es endémico y epidémico en la Guayana Francesa; su transmisión es mayor en la zona costera, donde se encuentran las principales ciudades. En los períodos 1991–1992 y 1997–1998 se observaron por primera vez epidemias graves de la forma hemorrágica de la enfermedad. Desde entonces se han registrado regularmente unos 15 casos mensuales, confirmados en laboratorio. El virus DEN-3 se identificó por primera vez en diciembre de 1999. Durante el año 2000 se confirmaron biológicamente 186 casos y el Centro Nacional de Referencia aisló dengue-1 en una muestra, dengue-2 en 40 muestras y dengue-3 en 28 muestras. En el mismo período se observaron cuatro casos de dengue hemorrágico. Hacia finales de ese mismo año se detectaron dos focos epidémicos en dos municipios lejanos (Kourou y Roura-Cacao), que se circunscribieron a esa zona. Se realizan actividades específicas para informar a la población sobre el dengue (programas de televisión, sesiones de información al público) y los agentes del servicio de lucha contra la enfermedad realizan visitas informativas a domicilio.

Fiebre amarilla. Aunque el último caso registrado de fiebre amarilla había ocurrido en 1902, en 1998, en una aldea del Maroni, se observó un caso aislado de una mujer amerindia que nunca había salido de la región.

Enfermedades prevenibles por vacunación

En los últimos años no se han notificado casos de poliomielitis, difteria o tétanos. No hay un sistema de vigilancia para el sarampión ni la rubéola. Las medidas adoptadas consistieron en el establecimiento de un sistema de vigilancia y en tratar los casos presuntos y su entorno, además de realizar campañas de vacunación de seguimiento para los niños menores de 7 años.

La cobertura de vacunación no se evalúa de manera sistemática y regular; la encuesta más reciente al respecto se hizo en el año 2000 y arrojó los siguientes resultados: para la BCG, la cobertura en la zona costera para niños de 1 año de edad fue de 83%, y en los municipios del interior variaba de 40% a 67%. Se recomienda que las vacunas empiecen a aplicarse a partir del primer mes de vida del niño. Para la tercera dosis de la vacuna contra la

difteria, la tos ferina y el tétanos, la cobertura al año de edad fue de 68%. En los municipios del interior estas cifras varían entre 9% y 60%. El día en que se efectuó la encuesta en el litoral, una tercera parte de los niños habían recibido adecuadamente las vacunas contra la hepatitis B.

La cobertura con la vacuna MMR a los 24 meses era de 69% en el litoral y variaba entre 43% y 61% en el interior. Se efectúa una vacunación de seguimiento antes de los 7 años y las tasas promedio de cobertura son de 80% aproximadamente.

Según la encuesta de vacunación antes mencionada, las tasas de cobertura para la fiebre amarilla se escalonan entre 78% y 93% según los grupos de edad en la zona del litoral, y entre 3% y 91% según el lugar y la edad en el interior del departamento. Se aplicaron 28.700 vacunas contra esta enfermedad en 1998; 21.050 en 1999 y 22.000 en el año 2000.

Enfermedades infecciosas intestinales

El último caso de cólera notificado se produjo en 1994.

En 2000 se notificaron tres casos de fiebre tifoidea (*Salmonella typhi*), mientras que entre 1998 y 1999 el total de casos fue de 28.

En la Guayana Francesa las enfermedades infecciosas intestinales constituyen un grave problema de salud pública. La dificultad de acceso al agua de buena calidad en algunas zonas, la insuficiencia o ausencia de servicios de saneamiento y las malas condiciones para la conservación de alimentos son todos factores determinantes de la persistencia de un número importante de enfermedades infecciosas intestinales. Estas, junto con la malaria, constituyen la primera causa de consulta de niños menores de 5 años en los centros de salud del interior. Entre 1991 y 1997 la tasa de mortalidad fue de 60 defunciones por 100.000 niños en este mismo grupo de edad.

Enfermedades crónicas transmisibles

Tuberculosis. La incidencia anual de la tuberculosis en el año 2000 fue de 39 casos por 100.000 habitantes, registrándose un total de 62 casos, de los cuales 36 casos correspondieron a hombres y 26 a mujeres, es decir, la razón hombre/mujer fue de 1,4. Las edades más afectadas se sitúan entre los 20 y los 59 años; alrededor de dos terceras partes de los enfermos eran extranjeros (entre ellos, en el año 2000, 47,5% provenían de Haití, 15,3% del Brasil, 13,6% de Suriname, 8,5% de Guyana y 15,1% de otros países). La mayoría presentaban la forma pulmonar (71%) y se observó un caso de tuberculosis meníngea en un hombre de 64 años que estaba infectado por el VIH. De las 60 personas con estado serológico conocido, 21, entre ellas un niño menor de 5 años, estaban infectadas por el VIH (35%); 14 personas habían recibido tratamiento para la tuberculosis.

Lepra. Desde el siglo XVIII la lepra ha sido endémica en la Guayana Francesa, pero el número anual de casos ha venido disminuyendo constantemente y desde hace cinco años se ha esta-

bilizado. Todos los años se detectan unos 10 casos nuevos y la incidencia anual se sitúa actualmente en 5,7 casos por 100.000 habitantes. La lista activa del Centro de Prevención de la Enfermedad de Hansen era de 28 pacientes en el año 2000. La mayoría de los casos (19) se originaron en el valle del Maroni y los otros casos están repartidos entre los municipios del litoral. A la forma paucibacilar corresponde 45% de los casos y el número promedio de enfermos bajo tratamiento cada año es de 20. Si bien la evolución en los últimos 20 años parece indicar que el foco criollo guayanés del litoral se está extinguiendo, se observa que están emergiendo nuevos focos al oeste del departamento donde vive la comunidad cimarrona.

Infecciones respiratorias agudas. Las muertes por afecciones respiratorias se deben en gran parte a las neumonías y a las bronconeumonías, que afectan principalmente a los hombres. Estas defunciones han aumentado desde 1990 (+ 23%). En el año 2000 llegaron 127 muestras al Centro de Vigilancia de la Influenza situado en el Instituto Pasteur de la Guayana Francesa. Las primeras llegaron de Martinica en enero y la epidemia alcanzó su punto más alto entre febrero y marzo. Los cultivos aislados mostraron la circulación del virus de la influenza tipo A, subtipo H3N2 cercano a la cepa A/Sydney/05/97. En el mes de mayo se aisló un virus de la influenza tipo A subtipo H1N1 en la Guayana Francesa.

Rabia. El departamento de la Guayana Francesa es una región azotada por la rabia desmodina (rabia del murciélago hematófago *Desmodus rotundus*). Regularmente ocurren casos esporádicos de rabia desmodina en el ganado bovino (los más recientes en 1999). En 1990 se observó un caso excepcional de transmisión de rabia desmodina a un perro. Hasta ahora no se ha declarado ningún caso de rabia humana.

VIH/SIDA

Al 31 de diciembre del año 2000 se habían diagnosticado en la Guayana Francesa 794 casos de SIDA desde el inicio de la epidemia. El conjunto de casos acumulados corresponde a 494 hombres y 300 mujeres. Esta distribución (razón hombre/mujer de 1,65) se mantuvo estable desde el principio de la epidemia. El grupo de edad más afectado es el de 30 a 39 años, seguido por el de 40 a 49 años. En 1999 la tasa de incidencia fue de 34,4 casos por 100.000 habitantes. La evolución del número de casos desde 1991 indica que la disminución iniciada en 1996 tiende a ser más lenta. De enero a diciembre de 2000 se declararon 45 casos nuevos (datos provisionales) en la Guayana Francesa.

La figura 2 muestra la distribución de los casos nuevos de SIDA, de las defunciones y del número de personas con SIDA en la Guayana Francesa en el período 1992–2000.

Los casos de SIDA pediátrico han disminuido de manera considerable desde el inicio de la epidemia; antes de 1996 representaban 10% de los casos registrados en la Guayana Francesa.

Desde 1998 solo se ha declarado un caso de contagio del VIH de la madre al hijo, a pesar del aumento del número de partos correspondientes a madres con seropositividad al VIH.

En la Guayana Francesa predomina la forma de transmisión heterosexual del VIH; en 1999 y en 2000, más de 9 de cada 10 casos se transmitieron de esta forma. El porcentaje de personas que conocían su condición de seropositividad antes de recibir el diagnóstico de SIDA se ha mantenido relativamente estable y se sitúa cerca de 50%. Según las leyes de Francia, el tamizaje para detectar el VIH es obligatorio en todos los bancos de sangre. En todo el departamento hay una buena red de tamizaje, pero por lo general se sigue recurriendo al tamizaje tardíamente y todavía no está clara la relación entre este y la atención médica.

Siguen existiendo algunos puntos débiles en las actividades de prevención del SIDA. La carencia de estrategias de prevención adaptadas a las diferentes poblaciones y la falta de formación, la debilidad de la capacidad para formar redes, la cantidad limitada de integrantes y la falta de participación de los jóvenes fuera del entorno escolar son factores que pueden explicar la debilidad de las acciones preventivas, tanto de tipo cuantitativo como cualitativo.

La atención médica de las personas que han contraído el VIH es satisfactoria. El acceso a la atención ha mejorado considerablemente en los últimos años mediante el refuerzo de la calidad de los diversos establecimientos y de los vínculos con los interesados fuera del hospital. Actualmente, el sistema de salud realiza el seguimiento de una tercera parte de las personas infectadas por el VIH. Sin embargo, la utilización de procedimientos terapéuticos y estrategias modernos y la aparición de nuevas pruebas (pruebas genotípicas) exige una constante adaptación de la organización y del ejercicio de las profesiones y mejor coordinación entre todos los participantes.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Se observa malnutrición proteinoenergética en algunas zonas aisladas del departamento, sobre todo en la región del Maroni. Debido al aumento reciente del número de casos hospitalizados en Saint Laurent du Maroni fue necesario realizar una evaluación, pero los resultados todavía no se conocen.

Enfermedades cardiovasculares

En 1991 se registraron 300 afecciones de larga duración, con el siguiente orden de importancia: hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y secuelas de infarto del miocardio. Entre 1990 y 1995 aumentaron las defunciones por cardiopatías isquémicas y disminuyeron las debidas a enfermedades cerebrovasculares.

Neoplasias malignas

Las principales neoplasias que causaron la muerte de personas adultas fueron, en orden de importancia, los tumores malignos

del aparato respiratorio, los de las vías aerodigestivas superiores y los del sistema digestivo. Las defunciones por cáncer suelen producirse a edades avanzadas; dos de cada tres corresponden a personas mayores de 65 años (cerca del doble de defunciones se producen en hombres).

En los hombres, las defunciones debidas a cáncer de la tráquea, de los bronquios, de los pulmones, de las vías aerodigestivas superiores y del esófago son más frecuentes antes de los 65 años de edad. Después de los 65 años hay que agregar el cáncer de próstata y del estómago. En las mujeres, y sin que importe la edad, las muertes por cáncer se deben predominantemente al cáncer de útero y de mama.

Accidentes y violencia

Para ilustrar la alta prevalencia de lesiones traumáticas en la Guayana Francesa se puede mencionar que hay cada año una cantidad considerable de accidentes de tráfico, a pesar de la baja densidad de la red de carreteras. Los accidentes mortales ocurren sobre todo en el grupo de edad de 25 a 44 años (45%), que son por lo general usuarios de automóviles (83%), mientras que las lesiones graves corresponden mayormente (51%) a los usuarios de vehículos de dos ruedas. Hay asimismo un elevado número de suicidio y de intentos de suicidio. En 1998, los suicidios se ubicaban en tercer lugar como causa externa de muerte en el grupo de 15 a 44 años de edad, después de los accidentes de tráfico y de otros accidentes y sus secuelas. Los más afectados fueron los hombres de 15 a 34 años de edad y las mujeres de 45 a 64 años. Estas defunciones correspondieron principalmente a hombres en una proporción de 3:1.

Salud oral

Un estudio realizado en el ámbito escolar detectó una prevalencia de 22% de las caries entre los alumnos. Debido a la ausencia de un programa especial de salud bucal a largo plazo, no se cuenta con más información acerca de este problema de salud.

Enfermedades emergentes y reemergentes

Desde 1996, ha ocurrido un caso anual de meningitis meningocócica (serotipo B o C según el año).

También desde 1996 aumentó la incidencia de la fiebre Q. La mayoría de los casos se produjeron en Cayena y sus alrededores y desde hace cuatro años el promedio anual de la incidencia ha sido de 37 casos por 100.000 personas. El reservorio de *Coxiella burnetii* no es, como suele suceder, un animal doméstico o de cría y podría ser un reservorio silvestre.

De acuerdo con el Centro Nacional de Referencia para las arbovirosis, en 2000 se diagnosticaron algunos casos de infecciones por virus del complejo EEV. Dos pacientes presentaron anticuerpos de tipo IgM anti-Tonate, pero no se logró aislar el virus.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Organización de los servicios de salud pública

Vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

La vigilancia epidemiológica se basa en el sistema nacional de notificación obligatoria de las enfermedades y de la vigilancia especial de ciertas enfermedades. Es obligatorio declarar la infección por el VIH, la hepatitis B y el tétanos. Las enfermedades que son objeto de vigilancia y medidas especiales son el dengue, las enfermedades entéricas, las fiebres sin causa aparente, y el sarampión. Esta vigilancia se apoya en el establecimiento de una red centinela entre los servicios de urgencias, los médicos de las ciudades, los centros de salud y los laboratorios.

En el territorio de la Guayana Francesa hay 10 laboratorios (ocho privados y dos públicos), un establecimiento francés de la sangre que verifica la calidad de las donaciones y efectúa pruebas serológicas, y un laboratorio de referencia con capacidad de análisis limitada que funciona en el Instituto Pasteur.

Agua potable

El control de la calidad del agua distribuida está a cargo de la Dirección de Salud y Desarrollo Social. La frecuencia del control se hace en función de la cantidad de agua extraída en la fuente y del número de personas abastecidas. En 1999, 86% de la población del departamento tenía acceso al agua corriente y potable. En las zonas urbanas el agua es de buena calidad bacteriológica en el conjunto de las estaciones de distribución. Subsisten algunos problemas fisicoquímicos, en particular en cuanto al aluminio, los subproductos de la cloración (trihalometanos) y el mercurio proveniente de las actividades auríferas. En las zonas rurales el tratamiento del agua no es tan completo y el mantenimiento de las instalaciones no es satisfactorio. La calidad del agua depende en gran medida de la calidad de la fuente (superficial o subterránea) y del mantenimiento de las instalaciones.

De acuerdo con las leyes, el control del saneamiento no colectivo es responsabilidad del municipio. La Dirección Departamental de Asuntos Sanitarios y Sociales se encarga de controlar las aguas vertidas en el medio natural de las estaciones colectivas de tratamiento. En las ciudades del litoral hay servicios de saneamiento colectivo pero generalmente se trata de estaciones pequeñas y la tasa de recolección sigue siendo baja. Además, es frecuente la utilización de servicios autónomos de saneamiento. Debido a la calidad de los suelos y a la falta de mantenimiento de las instalaciones, la depuración no es del todo satisfactoria. El saneamiento colectivo no existe en las zonas rurales.

Manejo de residuos sólidos municipales

La eliminación de desechos que representan riesgos sanitarios se efectúa por medio de incineradores que funcionan en los hos-

pitales públicos (Cayena y Saint Laurent du Maroni), en el Instituto Pasteur y en una clínica privada de Cayena. Según los reglamentos, todas las instalaciones deben recibir una autorización que confirme, entre otras cosas, la conformidad de los efluentes gaseosos con las normas francesas y europeas (por ejemplo, lo relativo al monóxido de carbono, los compuestos orgánicos volátiles, las cenizas y las dioxinas). Ni la clínica ni el hospital de Saint Laurent recibieron esta autorización, pero continúan funcionando a la espera de la reparación del incinerador del Hospital de Cayena. El incinerador del Instituto Pasteur procesará los desechos del Instituto y por contrato con los servicios veterinarios podrá incinerar ciertos desechos de los mataderos.

Para el manejo de los desechos domésticos se han autorizado dos vertederos, el primero en el municipio de Cayena, con funciones intermunicipales (abarca los municipios de la Gran Cayena), y el otro en Camopi. Estos vertederos funcionan como rellenos sanitarios. En los 20 municipios restantes del departamento los vertederos rudimentarios continúan en actividad. Subsisten vertederos de basura al margen de cualquier control diseminados por todo el territorio.

Protección y control de alimentos

En 1999 se creó una unidad de seguridad alimentaria del departamento con los representantes de diversos servicios de salud, de represión de fraudes, veterinarios, de protección de las legumbres y de aduanas. Se han establecido controles para la importación de alimentos, la elaboración de productos animales, los restaurantes comerciales y sociales y los mercados. Esta unidad también se encarga de manejar las alertas nacionales y locales y de investigar los casos de intoxicación e infección por alimentos.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

El sistema de salud se organiza alrededor de cuatro polos: el sector hospitalario público y privado, la medicina urbana, los centros de salud y los centros de prevención y de vacunación ubicados en el litoral. De manera general, la oferta de atención de salud es, a todas luces, insuficiente.

La oferta de cuidados hospitalarios consta de tres hospitales que participan en el servicio público; desde el 1 de enero de 2000, uno de ellos administra las actividades curativas de los centros de medicina colectiva. Tres clínicas privadas pequeñas ubicadas en Cayena prestan servicios de medicina, cirugía y obstetricia (estadias cortas). Hay un cuarto hospital ubicado en los alrededores de Cayena que brinda solo atención de seguimiento. El cuadro 4 indica la oferta de atención de salud por cama instalada por cada 1.000 habitantes, a partir del 1 de enero de 2000.

Los centros de salud o los de medicina colectiva, antes llamados dispensarios, tienen la misión de responder a las necesidades de 20% de la población que vive en zonas aisladas. Hay actual-

CUADRO 4. Camas por 1.000 habitantes y porcentaje correspondiente al sector privado, Guayana Francesa, al 1 de enero de 2000.

Atención	Tasa	Sector privado (%)
Medicina	1,92	30
Cirugía	1,16	48
Ginecoobstetricia	0,84	35
Atención de seguimiento	0,22	100
Psiquiatría (camas y lugares)	0,64	0
Atención de larga estancia	0,39	0

mente 21 centros y puestos de salud que dependen del centro hospitalario de Cayena.

Los centros de prevención y vacunación del litoral fueron centros de medicina colectiva hasta finales de los años noventa, cuando algunos médicos comenzaron a ejercer la profesión en forma independiente. También hay centros de prevención especializados (infecciones de transmisión sexual, lepra, tuberculosis) situados en Cayena. Hay tres organismos especializados en la atención de toxicómanos en las principales ciudades y una unidad ambulatoria para tratar el alcoholismo.

Insumos para la salud

No hay producción local de medicamentos; la mayor parte de ellos los importan casi exclusivamente de Francia continental tres mayoristas. Debido a los altos costos de los fletes aéreos, el transporte se realiza en forma casi exclusiva por vía marítima, lo que dificulta el abastecimiento y la distribución de los suministros. La refrigeración de los productos también presenta problemas debido a que no todos los transportistas disponen de contenedores refrigerados. El transporte aéreo se utiliza en caso de necesidad, pero las formalidades aduaneras imponen restricciones adicionales. Los farmacéuticos y los laboratorios de farmacia de los hospitales se ven en la necesidad de almacenar cantidades considerables de medicamentos. En caso de urgencia también es posible abastecerse de medicamentos en Martinica o en Guadalupe.

No hay un distribuidor local que disponga de existencia de reactivos. Los laboratorios se convierten en tributarios de los transportistas con cadena de frío. Generalmente, los hospitales fletan los contenedores.

La distribución de los medicamentos y de los productos para la biología médica se dificulta por los problemas del transporte aéreo, que es muy limitado hacia el interior del departamento. Los otros medios de envío suponen plazos de despacho muy largos y no permiten mantener la cadena de frío. A veces ocurre que debido a la capacidad reducida de los laboratorios hay que enviar las muestras biológicas a Francia. Estas muestras se mandan por avión, pero siempre están sujetas a las medidas de seguridad impuestas tanto por las reglamentaciones nacionales e internacionales como por las de los transportistas aéreos.

Recursos humanos

Además de mejorar la organización de la atención hospitalaria, la Agencia Regional de Hospitalización se encarga de contratar a los especialistas. Los recursos humanos disponibles figuran en el cuadro 5. Algunas especialidades médicas no están suficientemente representadas, como ocurre con la psiquiatría (ocho psiquiatras en todo el departamento), la infectología y la diabetología, ni suficientemente organizadas, como ocurre con la perinatología, o simplemente no hay médicos que ejerzan esa especialidad, como es el caso de la cirugía del corazón, la neurocirugía y la cirugía pediátrica. Los servicios que necesitan otras especialidades, tales como la anestesiología, la pediatría, la resucitación y la radiología, son débiles debido a la escasez de estos especialistas en el departamento. El sector privado se concentra fundamentalmente en las ciudades del litoral y la cantidad limitada de médicos impide prestar servicios a un sector más amplio de la población.

Con respecto a la formación del personal de salud, cabe mencionar la escuela de enfermería que funciona en Cayena bajo la tutela del Hospital André Rosemon y que prepara anualmente a unos 20 profesionales de enfermería otorgándoles el título de enfermeros diplomados del Estado (IDE). En vista de las necesidades comprobadas y de la tasa de emigración de estos profesionales, este número es insuficiente. La formación continua de los profesionales liberales (profesiones médicas y paramédicas) se realiza en el marco de los acuerdos establecidos entre las cajas nacionales de seguro médico y las organizaciones que representan al gremio de estos profesionales. Al mismo tiempo, diversos reglamentos aluden a la obligación de la formación continua de los profesionales de la salud, al establecer los objetivos y las modalidades de la formación profesional convencional así como la modalidad de financiamiento concedido por las cajas de seguro médico. Las dificultades financieras impiden cumplir con el requisito de formación continua del personal paramédico. Los cursos que dan derecho a una acreditación se imparten solamente en Francia, lo que dificulta la participación de los paramédicos de la Guayana Francesa. En el ámbito hospitalario la capacitación de los profesionales es responsabilidad de cada centro de referencia, que se encarga de la elaboración de un programa de capacitación continua.

CUADRO 5. Recursos humanos para la salud, por especialidad, Guayana Francesa, al 1 de enero de 2000.

Especialidad	Número	Independientes	Número por 10.000 habitantes
Médicos generales	132	67	8,4
Médicos especialistas	87	40	5,5
Dentistas	39	39	2,5
Comadronas, parteras	45	0	2,9
Enfermeras diplomadas estatales	500	60	31,8
Masajistas, fisioterapeutas	43	35	2,7
Farmacéuticos	53	...	3,4

Dadas las necesidades confirmadas en materia de salud, la demografía médica y paramédica observada en la Guayana Francesa demuestra un poder de absorción real para los profesionales médicos y paramédicos. La desestabilización y disminución del personal sanitario puede atribuirse a la falta de una facultad de medicina local y a la importante fuga de jóvenes paramédicos al terminar sus estudios (rotación importante de la población de la Guayana Francesa e interés de los estudiantes por Francia, entre otros factores).

Investigación y tecnología en salud

El Instituto Pasteur de la Guayana Francesa combina el laboratorio de análisis y biología médica y los laboratorios de higiene ambiental (agua y alimentos), entomología médica, inmunología parasitaria y retrovirología, además de un centro de primatología y un laboratorio de epidemiología. El Instituto Pasteur es el Centro Nacional de Referencia para las arbovirosis y la quimiorresistencia de la malaria y es el Centro de Vigilancia de la influenza.

Actualmente los principales programas de investigación se centran en la inmunología de la leishmaniasis cutánea, el VTLH-1, la epidemiología molecular del VIH, la participación en un estudio multicéntrico sobre los plasmodia y estudios relacionados con la resistencia a los insecticidas de los mosquitos vectores. El Centro de Investigación de Parasitología y Micología, homologado en 1998 por el Instituto Nacional de la Investigación Médica de Francia elaboró un plan cuadrienal. Entre sus prioridades se encuentra la malaria, la enfermedad de Chagas, la leishmaniasis cutánea y la toxoplasmosis.

Cooperación técnica

Conjuntamente con Suriname se elaboró un proyecto de cooperación para consolidar la vigilancia epidemiológica, el control y la prevención de las enfermedades transmisibles y el refuerzo de las capacidades de diagnóstico del laboratorio central. Este proyecto se iniciará cuando llegue a Paramaribo un asistente técnico de cooperación enviado por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

Una reunión organizada en el Brasil en el marco de la iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" permitió establecer un plan de acciones coordinadas en la región fronteriza del Oyapock. Estas acciones incluyen el intercambio de información epidemiológica, capacitación conjunta, refuerzo de las actividades de lucha antivectorial y realización de estudios entomológicos y de quimiorresistencia.

Desde hace tres años funciona en el centro hospitalario de Cayena un programa de cooperación en materia de urgencias médicas. En 2000, el Instituto Pasteur de la Guayana Francesa formuló un programa sobre la hepatitis C conjuntamente con Haití. La primera parte consistía en un estudio epidemiológico destinado a medir la importancia de esta enfermedad e identi-

car los factores de riesgo específicos en ese país. La segunda acción estaba relacionada con la implantación de técnicas de diagnóstico biológico en los centros Gheskio por medio de la formación de técnicos.

MARTINICA

CONTEXTO GENERAL

Martinica, el más pequeño de los departamentos franceses de ultramar (1.130 km²), está situada en el centro del arco de las Antillas, entre Santa Lucía al sur y Dominica al norte, en un punto equidistante de las costas de Venezuela, Haití y la República Dominicana. Su relieve, de origen volcánico, está dominado por el volcán de la montaña Pelée, que se eleva a 1.397 m. Su capital administrativa es Fort-de-France.

Si bien la economía de Martinica está creciendo, aún es frágil, ya que depende en gran medida de los aportes exteriores (Francia continental, Unión Europea). La presencia del sector primario es minoritaria y se basa fundamentalmente en el cultivo de la caña de azúcar y los bananos; el turismo constituye un sector clave de la economía y se apoya sobre todo en la hotelería. El comercio exterior es deficitario y se realiza sobre todo con Francia continental. El producto interno bruto (PIB) por habitante ha tenido un repunte considerable al pasar de US\$ 7.260 en 1989 a US\$ 12.240 en 1997, esto es, un promedio de aumento anual de 9%.

Según los datos del último censo, efectuado en marzo de 1999, la población de Martinica es de 381.500 habitantes. El saldo migratorio fue negativo en el decenio 1990-2000. En el período comprendido entre 1990 y 1999 la tasa promedio anual de crecimiento demográfico fue de 0,7%. La pirámide de edad muestra una población todavía joven (23% tenía menos de 15 años en 1999), pero con tendencia a envejecer (figura 3).

La tasa de natalidad, que fue de 14,8% en 1998, esconde una tasa de fecundidad baja (1,9 hijos por mujer en 1997), inferior al umbral de reemplazo de las generaciones. Las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) representan 53% de la población, lo que explica parcialmente esta tasa de natalidad.

La población de Martinica refleja un proceso de mestizaje de amerindios, negros, blancos y pueblos procedentes de la India, establecidos en la isla por muchos siglos. A diferencia de otras islas del Caribe, en Martinica ya no queda población autóctona (amerindios). Los extranjeros constituyen una minoría (1% del total de la población) integrada por inmigrantes de Haití y de Santa Lucía. Si bien la densidad de la población es alta (338 habitantes por km² en 1999), la distribución de la población es desigual. Los cuatro municipios centrales agrupan cerca de 44% de la población mientras que algunas zonas del norte de la isla están prácticamente deshabitadas. Los municipios de Martinica son por lo general extensos y están muy poblados: de un total de 34 municipios, 12 tienen más de 10.000 habitantes; dos, un poco

menos de 1.000. La escolaridad es obligatoria hasta los 16 años, disposición que se cumple estrictamente.

Según el censo de 1999 Martinica contaba con 131.000 viviendas, 23% más que en 1990. La remodelación de las viviendas y el aumento del número de familias explican la gran demanda habitacional. Por otra parte, se procura eliminar las viviendas insalubres. Las políticas fiscales estimulan la construcción de viviendas nuevas y está aumentando la oferta de las que pueden alquilarse a bajo costo.

En el año 2000 la población económicamente activa estaba compuesta por 167.400 personas (103.700 eran asalariadas); esto representa una progresión de 1,5% en 10 años (en 1990 eran 164.900). De acuerdo con la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) la tasa de desempleo se mantuvo alta (26%), principalmente para las mujeres (31%) y los jóvenes menores de 25 años (49%). Más de 15% de las personas activas que están empleadas trabajan a tiempo parcial; las mujeres son la población más afectada. Casi 10% de la población activa tiene un empleo precario, es decir un contrato de corta duración, temporal o una pasantía remunerada. Al comienzos de 2000 más de la mitad de las personas que percibían el ingreso mínimo de inserción (una prestación económica destinada a facilitar la inserción social y profesional) vivían solas, y aproximadamente la tercera parte eran mujeres solas con niños a cargo.

El estudio sobre el presupuesto familiar realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos (INSEE) entre 1994 y 1995 permitió establecer que casi 15% de los hogares del país están por debajo del umbral de pobreza. Los grupos menos favorecidos son los obreros, los jubilados y otras personas económicamente inactivas, así como, las familias numerosas o encabezadas por un solo padre.

En 1997 la esperanza de vida al nacer era de 81,3 años para las mujeres y de 74,9 años para los hombres. El aumento de la esperanza de vida se debe en gran parte a la disminución de la mortalidad infantil, que se estabilizó en 1998 en 8,6 por 1.000 nacidos vivos.

Mortalidad

Las principales causas de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las causas externas de traumatismo. Entre 1997 y 2000 se registró un promedio anual de 2.300 defunciones (54% en hombres y 46% en mujeres). Las tasas brutas de mortalidad por sexo y por causa figuran en el cuadro 6.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño

El número de nacimientos se mantuvo estable entre 1997 y 2000 (alrededor de 5.700 cada año). En 1995, la mortalidad in-

fantil llegó a su nivel más bajo, 5,8 por 1.000 nacidos vivos, y en 1998 llegó a 8,6 defunciones por 1.000. La mortalidad perinatal total en 1998 fue de 14,7 por 1.000 nacidos vivos. En el año 2000, de acuerdo con los registros de maternidad, la tasa de prematuros de 10,8% continuaba en alza, sobre todo debido a su componente de extrema prematuridad. La proporción de neonatos con menos de 2.500 gramos de peso es de 11,4%, y la de los que pesan menos de 1.500 gramos es de 2,4%.

En el año 2000, 581 niños (10,6% del total de nacimientos) necesitaron hospitalización en los servicios de neonatología. La tasa de mortalidad temprana fue de 4,1 por 1.000 nacimientos. Las principales causas del traslado fueron la prematuridad y la hipotrofia en 50% de los casos y la infección en 17%.

En el período 1995–1997 se registró un promedio anual de 40 defunciones en el primer año de vida, menos de 2% del total, atribuidas casi siempre a las afecciones originadas en el período perinatal y a las anomalías congénitas. En el mismo período se registró un promedio de 12 defunciones cada año en niños de 1 a 4 años, 0,5% del total, que se atribuyeron en su mayoría a las causas externas de traumatismo.

La salud de los escolares y los adolescentes

El promedio anual de defunciones en este grupo de población es de 11, es decir 0,5% del total; la mitad se debe a causas externas de traumatismo y la otra mitad a enfermedades cardiovasculares y neoplasias. El sistema de atención de salud francés asume integralmente la carga financiera de la atención de enfermedades largas y costosas. Los trastornos mentales, el asma y la drepanocitosis son las principales enfermedades que la seguridad social costea a los menores de 15 años de edad. La prevalencia de estas enfermedades es estable. El reumatismo articular agudo prácticamente desapareció gracias a la ejecución de programas de salud pública.

CUADRO 6. Mortalidad en Martinica (promedio 1995–1997).

Causas	Hombres		Mujeres		Total	
	Tasas brutas (por 100.000)	%	Tasas brutas (por 100.000)	%	Tasas brutas (por 100.000)	%
Enfermedades del sistema circulatorio	29	96	37	106	33	201
Neoplasias	25	84	22	61	24	145
Causas externas	11	37	5	15	8	52
Enfermedades transmisibles	4	14	3	7	3	21
Enfermedades originadas en el período perinatal	1	3	1	3	1	6
Otras enfermedades	30	98	32	91	31	188

Un estudio sobre morbilidad hospitalaria en los servicios de corta estadía de los establecimientos públicos y privados correspondiente al período 1992–1993 mostró que las estadías hospitalarias de jóvenes menores de 15 años representaban 17% del total. Más de la mitad de las estadías de este grupo de edad en establecimientos sanitarios pueden atribuirse a tres causas principales: enfermedades del aparato respiratorio (24%), enfermedades del aparato digestivo (18%) y traumatismo y envenenamiento (9%).

En 1998 se llevó a cabo un estudio sobre la prevalencia del asma y las alergias. Los médicos y las enfermeras encargados de la salud escolar llevaron a cabo una encuesta basada en el Estudio Internacional sobre el Asma y las Alergias en la Infancia (ISAAC), fase 1, con dos muestras de población escolar. Las muestras, de 800 alumnos cada una, se seleccionaron según el método de encuesta por conglomerados entre los grupos de 5 a 6 y de 13 a 14 años de edad. La encuesta mostró que el asma y las alergias son frecuentes entre los jóvenes de Martinica. En efecto, 32% de los jóvenes de 14 años dijeron haber tenido sibilancia en algún momento de su vida y 21,5% en los últimos 12 meses, y 16,3% de estos jóvenes ya habían recibido un diagnóstico médico de asma. Es muy variada la prevalencia de las manifestaciones alérgicas en las diferentes zonas geográficas, probablemente debido a las diferencias en la exposición a factores de riesgo, en particular a los ambientales y los psicosociales.

La salud de la población adulta

El grupo de 15 a 24 años de edad representa cerca de 14% de la población (7,5% corresponde al grupo de 15 a 19 años y 6% al de 20 a 24 años). En el período comprendido entre 1995 y 1997 se registró un promedio anual de 41 defunciones en el grupo de 15 a 24 años, con aproximadamente tres defunciones masculinas por cada defunción femenina. Los accidentes de tráfico y otras muertes violentas predominaron en los hombres, con 77% de las defunciones para este grupo de edad; los tumores representaron 4% de las muertes. También para las mujeres las causas externas de traumatismo, principalmente los accidentes de tráfico, fueron la causa principal de muerte (31% de las defunciones en este grupo de edad). Para el grupo de 15 a 24 años las enfermedades crónicas más frecuentemente atendidas por el sistema de atención de salud francés son los trastornos mentales, la drepanocitosis y la insuficiencia respiratoria crónica.

El grupo de 25 a 59 años de edad representa 48% de la población. En el período 1995–1997 se registró un promedio anual de 530 defunciones para el grupo de 25 a 64 años, con una razón hombre/mujer de 2:1. Las tres causas principales de defunción de los hombres fueron las causas externas de traumatismo (accidentes y suicidio), con 23% de las muertes en este grupo, las enfermedades cardiovasculares (21%) y el cáncer (21%), mientras que en las mujeres, las neoplasias (34%) y las enfermedades cardiovasculares (26%) son las causas predominantes de defunción en este grupo de edad y las causas externas de traumatismo solo

representan 10% de las muertes. Las enfermedades que afectan al grupo de 25 a 59 años de edad, y que el sistema de salud francés costea en un 100%, son la diabetes, la hipertensión arterial, los trastornos mentales y las neoplasias.

En el período comprendido entre 1995 y 1997 las muertes prematuras (antes de los 65 años de edad) representan 26% del total y afectan más a los hombres (31%) que a las mujeres (20%). El 70% de los decesos prematuros de hombres y 67% de los de mujeres pueden atribuirse a cuatro grandes causas: causas externas de traumatismo (accidentes, suicidio, muertes violentas), neoplasias, enfermedades del sistema circulatorio y muertes ocasionadas por el consumo de alcohol. Las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores afectan más a las mujeres, pero ocurre lo contrario con los traumatismos y el alcoholismo.

Según el censo de 1999, las mujeres en edad fértil representan 53% de la población femenina. La tasa global de fecundidad en 1997 fue de 1,9 hijos por mujer, aunque en 1990 había llegado a 2,1. El número de partos correspondientes a mujeres menores de 15 años se mantiene en alrededor de 10 cada año. Los partos correspondientes a menores de 18 años representan alrededor de 2% del total. Más de 99% de las mujeres embarazadas asisten por lo menos a una consulta prenatal. Prácticamente todos los partos se atienden en establecimientos especializados; en el año 2000 apenas 0,4% de las mujeres tuvieron sus partos en el domicilio. En los hospitales públicos se atienden 62% de los partos y en las clínicas privadas, 38%. En el año 2000 la tasa de cesáreas fue de 20%.

Según las últimas cifras disponibles, en el período 1987–1990 la mortalidad materna disminuyó, pasando de 54 defunciones por 100.000 nacidos vivos a 24 por 100.000 en 1993–1997. El promedio anual de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) es de 2.300; en 1999 se registraron 30 IVE por cada 100 concepciones. Oficialmente, el sector privado en Martinica no practica interrupciones voluntarias del embarazo.

La salud del adulto mayor

En 1999, 17% de la población tenía más de 60 años de edad. En 1997, la esperanza de vida a los 60 años era de 20,5 años para los hombres y de 24,5 años para las mujeres.

En el período 1995–1997, los grandes grupos de enfermedades que originan las tres causas principales de muerte a partir de los 65 años de edad eran las mismas para ambos sexos: las enfermedades cardiovasculares (53% de las defunciones en hombres de este grupo de edad y 41% en mujeres), las neoplasias (45% en hombres y 20% en mujeres) y las enfermedades respiratorias (12% en hombres y 8% en mujeres). En cuanto a las enfermedades cuyos costos asume totalmente el sistema de la seguridad social, las más frecuentes son la hipertensión arterial, las neoplasias y la diabetes. La frecuencia de ingresos hospitalarios aumenta con la edad; a los mayores de 65 años corresponde 23% de las estadías de corta duración.

Las acciones desplegadas para eliminar las viviendas insalubres han permitido a este grupo de edad beneficiarse de condi-

ciones sanitarias mínimas. Solo 5% de los mayores de 60 años carecen de retrete en la vivienda y 2% no disponen de conexión domiciliar de agua potable. Por otra parte, 81% de ellos son propietarios de su vivienda. En promedio, 2% de las personas de este grupo viven en instituciones (casa de retiro, casa-hogar, servicio de atención a largo plazo).

La salud de la familia

El censo de 1999 reveló que el tamaño de las familias (promedio de 2,9 personas) seguía disminuyendo. La convivencia de las generaciones es menos frecuente que en el pasado. En 1999, 25% de los hogares estaban integrados por una sola persona, 23% por dos personas, 20% por tres personas, 17% por cuatro personas y 15% por cinco o más personas.

La salud de los discapacitados

En el año 2000 la Comisión Departamental de Educación Especial reconoció a 1.500 jóvenes menores de 20 años como discapacitados y les otorgó una ayuda financiera o un cupo en una institución especializada. En relación con los menores de 19 años, la tasa de prevalencia de la discapacidad es de 13 por 1.000. Las deficiencias más frecuentes son las mentales (36%) y otras deficiencias psicológicas (21%). Se verificó un 11% de deficiencias motoras, 11% de deficiencias de las funciones generales del cuerpo y metabólicas, 10% de deficiencias auditivas y 4% de deficiencias visuales. Alrededor de 100 niños presentan una discapacidad múltiple; de ellos, más de la mitad tiene cupo en un establecimiento especializado o recibe seguimiento institucional ambulatorio. Debido a la falta de estructuras especializadas, algunos jóvenes deben ser atendidos lejos de su domicilio. En el año 2000 se envió a un grupo de 39 niños a establecimientos en Francia metropolitana y Bélgica.

En el caso de los discapacitados mayores de 20 años de edad, la Comisión Técnica para la Orientación y la Reclasificación Profesional de los Discapacitados (COTOREP) se encarga de decidir, en cada departamento francés, si debe atribuirse a una persona la condición de trabajador discapacitado, y define su orientación profesional y la ayuda financiera que ha de recibir. En Martinica esta Comisión realiza el seguimiento de entre 15.000 y 20.000 personas. En el año 2000, más de 5.500 adultos recibieron el subsidio para discapacitados, esto es, 2,6% de los discapacitados de 20 a 59 años de edad.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Martinica puede verse afectada por diversas perturbaciones meteorológicas, principalmente ciclones, o por movimientos telúricos y erupciones volcánicas. Estas catástrofes se incluyen en los planes de mitigación; el manejo de los riesgos es también un aspecto de la educación de la población de Martinica, aten-

dido por medio de campañas regulares destinadas a sensibilizar a los habitantes de la isla.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. En Martinica los casos de malaria son exclusivamente casos importados (52% de los pacientes vienen de África, 32% de la Guayana Francesa y 14% de Haití). La incidencia anual de esta enfermedad se mantiene baja, entre 1 y 5 casos por 100.000 habitantes. La Dirección Departamental de Asuntos Sanitarios y Sociales (DDASS) recoge el número de casos de malaria en los laboratorios de los hospitales y en los privados. Durante los cuatro años transcurridos entre 1997 y 2000 se registraron 57 casos: 19 en 1997, 19 en 1998, 13 en 1999 y 6 en 2000; tres de cada cuatro se debieron a *Plasmodium falciparum*. Los pacientes originarios de la Guayana Francesa estaban infectados por *P. falciparum* y por *P. vivax* en proporciones iguales.

Fiebre amarilla. En el período comprendido entre 1997 y 2000 no se registró ningún caso de fiebre amarilla. El Laboratorio Departamental de Higiene efectuó 2.807, 3.293 y 3.227 vacunaciones en 1998, 1999 y 2000, respectivamente; todas las personas vacunadas debían viajar a países donde esta vacuna es obligatoria.

Dengue. Cada año se observa un recrudecimiento estacional de los casos de dengue, que alcanza su punto máximo durante el segundo semestre del año. La incidencia anual fue de 34 casos por 10.000 habitantes en 1997, el máximo desde 1993 (2 casos por 10.000 habitantes). En 2000 esta cifra disminuyó a 5 casos por 10.000 habitantes, la tasa más baja desde 1995. Las tasas específicas por edad mostraron que el grupo más afectado fue el de 15 a 24 años (promedio de 20 por 10.000 habitantes en el período comprendido entre 1996 y 2000) y el menos afectado, el de 60 años y más (5 por 10.000).

El dengue hemorrágico es de aparición reciente en Martinica (1995). La magnitud de la epidemia de 1997 no había tenido precedentes en el departamento (de 2.687 solicitudes de pruebas serológicas, 1.296 resultaron positivas; 52 casos se consideraron graves y se atribuyeron al dengue, con nueve defunciones).

La Dirección Departamental de Asuntos Sanitarios y Sociales (DDASS) realiza la vigilancia del dengue por medio de un laboratorio de referencia que notifica semanalmente los resultados de las pruebas serológicas, y de una red de médicos centinelas que señalan los casos sospechosos observados en la consulta. Las formas graves de la enfermedad son registradas por la DDASS en los servicios hospitalarios. Entre 1999 y 2000 circularon en Martinica tres serotipos: DEN-1, DEN-2 y DEN-3. El serotipo 3, que había estado ausente durante varios años, se identificó nuevamente en diciembre de 1999.

Esquistosomiasis. Ya no se registran casos de bilharziasis intestinal en Martinica, debido a que se interrumpió el ciclo de

transmisión del parásito luego de la desaparición del molusco vector, del género *Planorbis*. Actualmente el reservorio humano es mínimo, aunque en los pocos casos diagnosticados (5 en el año 2000 en adultos mayores) se observó la vitalidad de los huevos de *Schistosoma mansoni*.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Desde hace más de 10 años no se ha notificado a la autoridad sanitaria ningún caso de parálisis flácida aguda, poliomielitis o difteria. El último estudio sobre la cobertura de vacunación (junio de 2000), realizado con niños de 2 años cumplidos al momento del estudio, mostró que 99% habían recibido las tres primeras inyecciones contra la difteria, el tétanos, la tos ferina (DPT) y la poliomielitis, y 90% habían recibido el refuerzo. Sin embargo, si se tiene en cuenta que la primera dosis se administra a partir de los dos meses y que el tiempo mínimo entre las dos inyecciones es de 28 días, solo 67% habían sido vacunados correctamente contra la DPT y la poliomielitis al cumplir los 2 años de edad.

El sarampión forma parte de las enfermedades vigiladas por la red de médicos centinelas. Los casos que ingresan al registro son los clínicamente sospechosos y afectan sobre todo a escolares con una edad promedio de alrededor de 9 años de edad. El sarampión no se considera un problema de salud pública en Martinica; sin embargo, en los últimos años los poderes públicos y los profesionales de la salud pública realizaron campañas informativas para motivar al público y a los profesionales de la salud a vacunar contra esta enfermedad, y en particular a aplicar la segunda dosis de la vacuna MMR (sarampión, parotiditis, rubéola). La encuesta sobre cobertura de vacunación antes mencionada mostró que 90% de los niños con 2 años cumplidos al momento de la encuesta habían recibido la primera dosis de la vacuna MMR. Sin embargo, si se tiene en cuenta el criterio de que la primera inyección debía realizarse a partir de los 12 meses, solo 78% de los niños estaban vacunados correctamente al cumplir los 2 años de edad.

No ha habido casos de tétanos neonatal desde finales de 1970, pero anualmente se notifican algunos casos de tétanos (unos 10) en personas de edad avanzada, sobre todo debido a la pérdida de la inmunidad adquirida con la vacuna o a la falta de revacunaciones.

Desde que se empezó a aplicar la vacuna triple MMR, la cobertura de vacunación contra la rubéola ha progresado en forma notable debido a que la proporción de niños vacunados correctamente a los 2 años aumentó de 63% en 1990 a 73% en 1997 y a 78% en 2000.

A partir de 1995, la red de médicos centinelas notifica a la DDASS los síndromes de la influenza y el Instituto Pasteur efectúa el seguimiento de los serotipos detectados. En 2000, se notificaron 14.837 casos. La vacunación contra la influenza recibe el apoyo de los poderes públicos: es gratis para las personas mayores de 65 años y se realizan campañas en los medios para promoverla.

El estudio sobre vacunación de junio de 2000 mostró que 85% de los niños que habían cumplido 2 años de edad al momento de la encuesta habían recibido la primera dosis de vacuna contra la hepatitis B y 58% de ellos habían recibido las tres dosis. El esquema de vacunación de cuatro dosis se utiliza más que el de tres inyecciones (77% de los casos).

Se calcula que la prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C es de 0,5% de la población total. La prevalencia de la hepatitis C en los donantes de sangre es de 0,05%. La prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C es relativamente baja (9%) en los pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) debido a que los toxicómanos de la isla suelen consumir crack (pasta de coca) y no drogas intravenosas. Entre las personas infectadas únicamente por el virus de la hepatitis C, alrededor de la mitad se contagiaron por medio de una transfusión sanguínea, mientras que los que consumen drogas por vía intravenosa y los profesionales de salud infectados son muy pocos.

Enfermedades infecciosas intestinales

Intoxicaciones e infecciones alimentarias. Los microorganismos causantes de las infecciones alimentarias suelen ser salmonelas y estafilococos. En el año 2000 hubo seis brotes de intoxicaciones infecciosas por alimentos en Martinica que afectaron a unas 280 personas; sin embargo, se sospecha que no todas las infecciones alimentarias se declaran a la autoridad sanitaria. Desde 1972 se mantiene un inventario de las salmonelas aisladas en el Laboratorio de Higiene Departamental de Martinica. El número de aislamientos fue de 172 en 1998, 143 en 1999 y 107 en 2000. En ese último año, los serotipos identificados con mayor frecuencia fueron *Salmonella panama* (35%), *S. enteritidis* (10%), y *S. typhimurium* (6,5%).

Gastroenteritis virales. La incidencia de las gastroenteritis virales es alta y las epidemias representan la primera causa de diarreas en Martinica. Las gastroenteritis virales no presentan problemas para el diagnóstico y su tratamiento es esencialmente sintomático. En el año 2000 se notificaron 5.425 casos. No se les atribuye una etiología precisa.

Parasitosis intestinales. En los 10 últimos años los casos de anquilostomiasis y anguilulosis han disminuido gracias al mejoramiento de la higiene y a las acciones de prevención y tamizaje dirigidas por la DDASS. Por ejemplo, entre 1988 y 1990 más de 100 casos resultaron positivos al tamizaje para anquilostomiasis, en comparación con solamente 13 casos en 2000. La situación es algo diferente para la anguilulosis ya que entre 1988 y 1990 el promedio fue de 30 casos por año, en comparación con 43 casos en 2000. El tamizaje de estas parasitosis es sistemático en las poblaciones de riesgo (jóvenes que ingresan al servicio militar, obreros agrícolas).

Enfermedades crónicas transmisibles

Tuberculosis. Por ser de notificación obligatoria, el servicio de medidas sanitarias de la DDASS lleva a cabo la vigilancia de esta enfermedad. La evolución del número de casos declarados es difícil de calcular ya que se refiere a unos pocos casos anuales. La tendencia observada desde 1996 es más bien hacia el estancamiento (13 casos en 1996, 18 en 1997, 25 en 1998 y 18 en 1999). Las personas afectadas suelen ser naturales de Martinica, y 1 o menos de cada 10 provienen de las islas vecinas. La mayoría desarrolla la forma pulmonar.

Lepra. El lugar de referencia para la enfermedad de Hansen en Martinica es el dispensario "Etienne Montestruc", dependiente del Consejo General, que se ocupa del tamizaje, las consultas médicas y sociales, y las visitas a domicilio. En el año 2000, el tamizaje abarcó 2.711 personas, lo que permitió la detección de 8 casos nuevos (10 en 1999). La lista activa es de 450 enfermos, de los cuales 52 están recibiendo tratamiento; de ellos, 24 reciben poliquimioterapia y 28 monoterapia. La razón hombre/mujer para los pacientes en poliquimioterapia es de 2:1. El número de casos nuevos de lepra se estabilizó desde hace algunos años. El riesgo de la lepra es más alto para los mayores de 45 años de edad.

Zoonosis

Para la leptospirosis, el laboratorio metropolitano de referencia (Instituto Pasteur) encontró 60 casos con prueba serológica positiva a *Leptospira* en 1999 y 43 casos en 2000; es decir, una tasa promedio de incidencia de 0,14 por 1.000. La tasa de notificación de esta enfermedad es escasa, puesto que en el año 2000 se comunicaron solamente 12 casos a la autoridad sanitaria. La identificación del serogrupo requiere la toma de una segunda muestra, lo que rara vez se hace; el serogrupo *icterohaemorrhagiae* es el más común.

VIH/SIDA

La epidemia de SIDA en Martinica plantea un problema prioritario de salud pública. La figura 4 presenta la evolución del número de casos de SIDA y de defunciones desde 1990. Cabe recordar que el SIDA es de notificación obligatoria y que esta se realiza en forma adecuada. Por el contrario, la seropositividad al VIH no es objeto de ninguna notificación. La utilización a partir de 1996 del tratamiento triple disminuyó el número de casos nuevos de SIDA, así como el de defunciones. Se estima que se producen 50 infecciones nuevas por año. Debido al descenso de la cantidad de defunciones y al número estable de infecciones nuevas la prevalencia de la infección por el VIH en Martinica aumenta. Para el conjunto de los casos notificados desde el comienzo de la epidemia, la distribución según la forma de transmisión de la enfermedad, desglosada por sexo, es la siguiente: heterosexual: 82% de mujeres y 59% de hombres; homosexual y bisexual: 0% mujeres y 26,5% hombres; por consumo de drogas intravenosas: 4% mujeres y 7% hombres; por

transfusión de sangre: 5,6% mujeres y 2% hombres; por hemofilia: 0,7% mujeres y 1% hombres; y por transmisión de la madre al hijo: 5,6% mujeres y 1,5% hombres. La medición de la carga viral se realiza siempre. Se lleva a cabo el seguimiento de aproximadamente 450 personas seropositivas, sin diferenciación según el estadio de la enfermedad; unas 350 personas reciben tratamiento antirretroviral doble o triple. En 1999 se iniciaron las pruebas de resistencia a los fármacos antirretrovirales.

Infecciones de transmisión sexual

Martinica dispone de un solo dispensario antivenéreo, pero los pacientes también pueden consultar al médico que los trata. En 2000, de 6.739 personas que acudieron al dispensario antivenéreo, 26% lo hicieron por un problema relativo a una infección de transmisión sexual. Las más diagnosticadas son las infecciones por micoplasma, gardnerella, clamidia y cándida. Cabe señalar que no se ha detectado ningún caso de sífilis.

Enfermedades nutricionales, del metabolismo y genéticas

Hace más de 10 años que no se registra ninguna enfermedad relacionada con deficiencias proteínicas o vitamínicas. Por el contrario, el mejoramiento del nivel socioeconómico ha producido un cambio en los comportamientos alimentarios y han aumentado enfermedades tales como la obesidad, la diabetes y la hipercolesterolemia, que guardan relación con los excesos alimentarios.

Cada año se registran en promedio 68 defunciones por diabetes, es decir, 3% del conjunto de las defunciones. Estas ocurren sobre todo en mujeres (57%) y principalmente las mayores de 65 años con diabetes no insulino dependiente. En relación con las enfermedades que la seguridad social cubre en un 100%, la diabetes representa 21% de las admisiones anuales a los hospitales.

La drepanocitosis es la primera enfermedad genética en las Antillas; el tamizaje sistemático de los recién nacidos se efectúa desde 1984. Cada año, uno de cada 300 recién nacidos (es decir de 15 a 20 niños) tiene un fenotipo asociado a un rasgo drepanocítico mayor. Dos estudios revelaron que 10% de la población es portadora del rasgo drepanocitario. En 1998, un nuevo estudio calculó el número de personas con drepanocitosis en cerca de 1.200 (0,3% de la población). La razón hombre/mujer es de 0,9:1 y la media de edad, 26,6 años, con extremos que van desde algunos meses hasta 85 años. La cobertura de la drepanocitosis ha mejorado y en el año 2000 se creó un Centro Integrado para la Atención de la Drepanocitosis para responder a las expectativas de los enfermos y de sus familias.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad en Martinica. Las cifras más recientes, que se remontan al período comprendido entre 1995 y 1997, muestran que en promedio cada año se registran 768 defunciones, es decir 33% del total de defunciones. La proporción es más elevada en las mujeres (37% de las defunciones) que en los hombres

(29%). El peso de las enfermedades cardiovasculares sobre la mortalidad aumenta con la edad, puesto que representan 16% de las defunciones entre los 25 y los 44 años, 25% entre los 45 y los 64 años y 34% después de los 65 años.

Entre las enfermedades que la seguridad social cubre enteramente, las afecciones cardiovasculares representan cada año 34% del conjunto de admisiones por afecciones de larga duración, en especial la hipertensión arterial grave y los accidentes cerebrovasculares. Estos últimos son muy frecuentes en la población de Martinica, particularmente después de los 65 años de edad. Un estudio prospectivo de la población efectuado en 1998–1999 por el grupo de estudios ERMANCIA, citó cerca de 600 casos nuevos en un período de un año. La tasa de hospitalización es muy alta (93,5%); se hizo un escáner a la mayoría de los pacientes (94,7%) y se observó que la mortalidad después de un mes de estancia es de 18%. La forma isquémica de los accidentes cerebrovasculares es la predominante y 80% de estos siguieron a un infarto cerebral. La hipertensión arterial es el factor de riesgo más frecuentemente identificado en este estudio, ya que 69% de los enfermos eran hipertensos.

Neoplasias malignas

En el período comprendido entre 1995 y 1997 se registraron en promedio 550 defunciones causadas por neoplasias malignas por año. Estas ocasionan una de cada cuatro defunciones de hombres y una de cada cinco defunciones de mujeres. En el período comprendido entre 1991 y 1995 cada año se registraron en promedio más de 800 casos nuevos de cáncer. Los más frecuentes en los hombres son el cáncer de próstata (42% de los casos nuevos diagnosticados), el cáncer del estómago (9,5%) y el cáncer de las vías respiratorias superiores (6,7%), mientras que los cánceres más frecuentes en las mujeres son el de mama (22,5%) y del cuello del útero (17,5%).

Accidentes y violencia

De 1995 a 1999 se produjeron en promedio 52 defunciones por año en las carreteras. En los últimos 10 años se ha observado un estancamiento del número de defunciones, pero la cantidad de heridos graves sigue aumentando. En el conjunto de las defunciones por accidentes de tráfico, 29% correspondieron a usuarios de vehículos de dos ruedas, 53% a usuarios de automóviles, y 17% a peatones. Las víctimas graves de accidentes de tráfico que utilizan un vehículo de dos ruedas son en su mayoría adolescentes y adultos jóvenes.

En el período comprendido entre 1995 y 1997 se registraron en promedio 33 defunciones anuales por suicidio (1,4% del total). La proporción de muertes por suicidio es más alta en el grupo de 25 a 34 años de edad, y más elevada en hombres que en mujeres.

Trastornos del comportamiento

Entre 1995 y 1997 se registraron en promedio 112 defunciones debidas al alcohol por año (cirrosis hepática, psicosis alcohólica

y alcoholismo), así como neoplasias de las vías aerodigestivas superiores (bucofaringe, esófago y laringe), es decir 5% del conjunto de las defunciones. La proporción de muertes atribuibles al alcohol es notablemente más alta entre los hombres (7,4% del total de defunciones de hombres) en comparación con las mujeres (1,7%). Para el tratamiento ambulatorio del alcoholismo hay dos centros especializados en alcoholología que atienden a más de 400 personas cada año, a las cuales habría que sumar a las personas que asisten a otros centros, especializados o no, así como a las consultas de médicos privados o de los hospitales. Una encuesta realizada en las escuelas en el año 2000, con una muestra representativa de 1.422 escolares jóvenes, reveló que en esta población el alcohol es la sustancia psicoactiva que se consume más frecuentemente. Además, 26% de los alumnos de colegios (media de edad, 15 años) y 35% de los liceístas (media de edad 18,5 años) se han embriagado por lo menos una vez. El consumo de alcohol en la población general se evaluó mediante una encuesta realizada en todas las regiones francesas por los observatorios regionales de salud en colaboración con los médicos generales independientes. En Martinica la encuesta comprendió a 1.939 personas mayores de 16 años de edad que habían acudido a una consulta con su médico a finales de 2000. En cuanto al uso del alcohol, 1,5% de las mujeres y 14,1% de los hombres efectuaban un consumo puntual riesgoso y 1,4% de las mujeres y 5,1% de los hombres, un uso regular riesgoso. Además, 2,7% de las mujeres y 14% de los hombres habían desarrollado dependencia respecto del alcohol.

El consumo de tabaco en la población de Martinica sigue siendo bajo, por lo que las consecuencias del tabaquismo sobre la salud son mucho menos marcadas, especialmente en cuanto a la morbilidad y la mortalidad relacionadas con enfermedades respiratorias y cardiovasculares. En el período 1995–1997 se registraron anualmente, en promedio, 173 defunciones atribuibles al tabaco (bronquitis crónica y enfermedades pulmonares obstructivas, cánceres de la tráquea, de los bronquios y del pulmón, y cardiopatías isquémicas), es decir 7% del conjunto de defunciones. En términos de la incidencia, el Registro de Neoplasias de Martinica contabilizó anualmente en promedio 28 casos nuevos de neoplasias del pulmón durante el período comprendido entre 1991 y 1995. En el año 2000, en los jóvenes que asisten a las escuelas los porcentajes de fumadores habituales (por lo menos un cigarrillo por día) fueron de 6% en los estudiantes de colegios (promedio de edad 15 años) y de 10% en los liceístas (promedio de edad 18,5 años). La encuesta denominada "Alcohol" realizada a finales del año 2000 entre 1.939 personas de 16 y más años que habían asistido a una consulta con su médico general determinó que en el grupo de 16 a 64 años de edad, 22,5% de los hombres y 6,5% de las mujeres eran fumadores regulares. Estas cifras coinciden con las de encuestas realizadas anteriormente entre la población general.

Las encuestas escolares que se realizan regularmente permiten conocer la prevalencia del uso de sustancias ilícitas en los jóvenes. En el año 2000, 15% de los colegiales (media de edad 15

años) y 22% de los liceístas (media de edad 18,5 años) habían consumido al menos una vez un producto ilícito (casi siempre marihuana). En comparación con las encuestas de 1994 y 1997, se observa un aumento considerable del consumo. La búsqueda de atención médica por parte de los toxicómanos se mide a partir de una encuesta que se realiza cada año en todos los departamentos franceses. En noviembre de 1999 los servicios sanitarios y sociales atendieron a 229 toxicómanos; el perfil más corriente corresponde a un hombre de 20 a 30 años y sin profesión, y el crack es el producto que más se consume, seguido de la marihuana. La heroína y los medicamentos los consumían menos de 2% de los entrevistados. Esta encuesta y las estadísticas de los establecimientos especializados muestran un aumento del número de toxicómanos atendidos en los últimos 10 años.

Salud mental

Los trastornos mentales en la población general se conocen mejor gracias a una encuesta descriptiva llevada a cabo en el año 2000 a partir de una muestra de 900 personas representativas de la población general de Martinica de 18 y más años. En la realización de la encuesta colaboraron el Centro Hospitalario Especializado de Salud Mental, el Hospital Universitario de Fort-de-France, el Centro de Atención para Toxicómanos, el Instituto de Formación en Atención de Enfermería y el Observatorio Regional de Salud. El cuestionario utilizado reveló que 32% presentaban en ese momento o habían presentado anteriormente uno o varios trastornos psiquiátricos. Entre los trastornos más frecuentes se observó un episodio depresivo aislado en el curso de las dos semanas anteriores en 13% de los encuestados, un riesgo de suicidio actual en 11%, ansiedad generalizada en el curso de los 6 últimos meses en 10%, y un trastorno depresivo recurrente en 6%. Ciertos trastornos presentan una prevalencia diferente en función del sexo o la edad. Así, las mujeres presentan episodios depresivos, trastornos de ansiedad, riesgo de suicidio o bulimia más a menudo que los hombres, mientras que la dependencia del alcohol o de sustancias ilícitas es más frecuentes entre los hombres. La bulimia, la dependencia de sustancias ilícitas y el riesgo de suicidio se observan más en los entrevistados jóvenes (menos de 35 años de edad). La atención hospitalaria de los adultos con trastornos mentales se presta en el único hospital especializado de la isla, que tiene una capacidad de 370 camas de hospitalización completa. En 2000 se registraron 130 hospitalizaciones de oficio y 240 hospitalizaciones a pedido de un tercero; estos procedimientos de hospitalización obligatoria se controlan estrictamente.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Organización institucional del sector

El cuadro 7 muestra la oferta de atención médica en Martinica. En 1999, un nuevo plan regional de la organización sani-

CUADRO 7. Oferta de atención de salud en Martinica (camas instaladas al 1 de enero de 2000).

Tipo de atención	Sector público	Sector privado	Total
Atención de corta duración	1.642	202	1.844
Medicina	1.033	7	1.040
Cirugía	445	149	594
Ginecoobstetricia	164	46	210
Atención de seguimiento y readaptación	272	151	423
Reeducación funcional	103	15	118
Convalecencia, trastornos metabólicos	55	136	191
Otra atención de seguimiento	114	0	114
Atención de larga duración	210	0	210

taria definió las orientaciones en materia de hospitalización para los próximos cinco años. Se mantuvieron cinco grandes prioridades: la perinatología, el seguimiento y la readaptación, la atención de los adultos mayores, la cancerología y el desarrollo de la cirugía ambulatoria.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

A partir de 1996 todos los años se organiza una conferencia regional de salud. Las prioridades establecidas en el año 2000 fueron el SIDA, las conductas adictivas, la hipertensión arterial y la diabetes. Además, se ejecutan programas estratégicos de salud en los ámbitos de la perinatología, el SIDA, la toxicomanía, la pobreza y el autismo en referencia a las prioridades nacionales.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

El Comité Martiniqueño de Educación y de Promoción de la Salud es una entidad especialmente interesada en la promoción y comunicación sanitaria. Por otra parte, numerosas asociaciones desarrollan actividades orientadas a ciertas enfermedades o grupos de población.

Agua potable y saneamiento

Un plan regulador para la gestión de las aguas organiza el conjunto de usos del agua en el sentido del desarrollo sostenible: irrigación, aguas de alimentación y de recreación y pesca, tratamiento de aguas servidas, preservación de los medios acuáticos. La calidad del agua para el consumo se controla y evalúa mediante la aplicación de normas europeas a nivel de las fuentes y los sitios de captación, las instalaciones de tratamiento y las redes

de distribución. En general, el agua es de buena calidad y los casos de contaminación del agua para beber son muy escasos. En 2000 pudo detectarse la contaminación de ciertas fuentes de agua por productos fitosanitarios (principalmente el clordecón), lo que condujo a que se efectuaran tratamientos especiales o a cerrar los puntos de captación.

El manejo de las aguas domésticas servidas se efectúa sobre la base de la zonificación a fin de definir y aplicar los procedimientos para tratarlas, ya sean individuales o colectivos, adaptados al medio, más eficaces y más rentables. Las industrias, en especial las destilerías, instalan unidades de tratamiento.

Los balnearios se controlan y evalúan mediante la aplicación de las normas europeas. En el año 2000, de 50 puntos de control, en ninguno se prohibieron los baños, y 49 de ellos se ajustan a las normas europeas. Si en algún momento el sitio no cumple con las normas se imponen restricciones temporarias.

Manejo de residuos sólidos municipales

Casi toda la población cuenta con servicio de recolección de residuos sólidos domésticos. Los cuatro sitios que se utilizan actualmente para descargar la basura están saturados, y habría que cerrarlos y rehabilitarlos.

Prevención y control de la contaminación del aire

Martinica se beneficia de los vientos alizos que favorecen la dispersión de contaminantes. Hay muy pocas industrias que liberen contaminantes en el aire; por ende, la contaminación atmosférica, debida sobre todo a la circulación de automóviles, se concentra en las ciudades y en los grandes ejes de carreteras. En 2000 se instaló una red de vigilancia de la calidad del aire en Fort-de-France y cada día se informa a la población el índice de calidad del aire.

Las normas que se imponen a los fabricantes de automóviles (convertidores catalíticos) o a la industria petrolera (gasolina sin plomo), así como la programación de un sistema de transporte colectivo de gran capacidad, deberían contribuir a reducir los efectos perjudiciales del transporte automotor que no ha dejado de aumentar en el curso de los últimos años.

Lucha contra el ruido

Se han establecido o están en proceso de establecerse diferentes zonificaciones en torno a las infraestructuras de transporte más ruidosas, como el aeropuerto internacional, las carreteras y las autopistas a fin de limitar o prohibir la construcción de viviendas muy expuestas al ruido. Para proteger a la gente, las vías donde hay más ruido se tratan con una pantalla acústica. Las quejas de la población relacionadas con los ruidos cerca de las viviendas o procedentes de actividades industriales o artesanales las manejan conjuntamente los servicios de los municipios y del Estado. Se organizan con regularidad campañas de sensibilización sobre la contaminación sonora.

Prevención y control de enfermedades

El conjunto de los que participan en el sistema de salud toman medidas para la prevención de enfermedades; se abordan todos los temas y las acciones a menudo se coordinan como parte de planes específicos (hipertensión arterial, diabetes, asma, alcoholismo). Se utilizan los instrumentos de prevención más variados (tamizaje, mensajes de información al público y espacios publicitarios en televisión). En el ámbito escolar se efectúan numerosas actividades relacionadas con la prevención.

Las actividades de lucha antivectorial en Martinica se dirigen esencialmente contra *Aedes aegypti*, el mosquito vector del dengue. La estrategia se basa en la educación sanitaria de la población, el saneamiento del ambiente y el tratamiento químico de los criaderos de larvas (por ejemplo, las reservas de agua). La educación sanitaria se realiza mediante visitas a domicilio (unas 100.000 al año) y a escuelas, y por intermedio de las asociaciones de vecinos.

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

En Martinica hay una red de laboratorios así como una red de médicos centinelas. Las enfermedades objeto de la vigilancia son numerosas (gonococosis, clamidiasis, otras infecciones de transmisión sexual, dengue, influenza, gastroenteritis, sarampión, varicela), pero la vigilancia se fundamenta en la notificación que hacen los médicos centinelas de los casos presuntos y no de los casos confirmados en laboratorio. Por otra parte, algunas enfermedades transmisibles son de declaración obligatoria ante las autoridades sanitarias. Funciona desde 1997 una Unidad Interregional de Intervención en Epidemiología (CIRE) para los tres departamentos de las Antillas-Guayana Francesa. Esta unidad interviene junto con el Instituto Nacional de Vigilancia Sanitaria para reforzar la actividad de los servicios descentralizados del Ministerio de Salud en dos grandes esferas: el control de las enfermedades transmisibles y los efectos de la contaminación ambiental sobre la salud.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

En 1999, la Agencia Regional de Hospitalización preparó un plan regional para la atención de urgencias basado en cinco principios rectores: mejorar el acceso a la asistencia sanitaria, brindar a los usuarios mejor información sobre el sistema, distribuir y coordinar las urgencias entre los diferentes establecimientos y evaluar periódicamente los resultados. Entre las nuevas disposiciones está la habilitación de una línea telefónica única y gratuita que permite al usuario recibir la respuesta más adecuada a la situación en que se encuentra.

Servicios especializados

Rehabilitación funcional. Esta actividad forma parte de las cinco prioridades del plan regional quinquenal de la organización sanitaria definida en 1999. Al comprobarse que la oferta de atención de esta especialidad resultaba insuficiente se decidió promover el desarrollo de núcleos técnicos especializados principalmente en rehabilitación cardíaca y pulmonar.

Atención odontológica. Al 1 de enero de 2000 había 140 dentistas en Martinica, lo que equivale a una densidad de 37 profesionales por 100.000 habitantes. La oferta de servicios en esta especialidad evoluciona poco y los dentistas que ejercen la profesión en forma independiente, al igual que otros profesionales de la salud, se concentran en los principales municipios de la isla. El sistema de la seguridad social reembolsa debidamente la atención dental básica, pero las prótesis dentales requieren un pago, lo que perjudica a las personas más desfavorecidas. La cobertura universal de seguro de enfermedad (CMU) vigente desde el 1 de enero permite que esas personas reciban mejor atención en lo concierne a este tipo de servicios. Desde 1997, las disposiciones acerca de la salud bucal estipulan una consulta odontológica gratuita de prevención para los jóvenes de 15 a 18 años, así como el reembolso de 100% de los gastos que pudieran generarse después de esa consulta. Por otra parte, se llevan a cabo regularmente programas de prevención de la caries dental entre los niños que asisten a las escuelas.

Salud mental. El nuevo plan departamental de la organización sanitaria en psiquiatría para los próximos cinco años, aprobado en 1999, definió tres grandes objetivos: mejorar el acceso a la atención médica, velar por la continuidad de la asistencia sanitaria y atender a poblaciones especiales.

Salud reproductiva. La perinatología forma parte de las prioridades del nuevo plan departamental de la organización sanitaria formulado en 1999. A finales de 2000 se constituyó una red perinatal regional que vincula a los que intervienen en la atención del embarazo, el parto y la neonatología.

Servicios de cirugía cardíaca. El Hospital Universitario de Fort-de-France cuenta con 30 camas para cirugía y realiza las operaciones del corazón para la Guayana Francesa, Guadalupe y los pacientes del Caribe.

Salud del adulto mayor. La política gerontológica de Martinica está definida a la vez por las orientaciones del plan regional de la organización sanitaria de geriatría elaborado por la Agencia Regional de Hospitalización y del Bosquejo Gerontológico del Consejo General. Este plan prevé la organización concreta de la atención hospitalaria de los adultos mayores mediante el mejoramiento de la atención de urgencia, el avance de la medicina geriátrica para casos agudos y de las unidades de atención de seguimiento, y la coordinación de las diferentes formas de atención gerontológica. Las necesidades de equipos para las personas mayores son considerables, sobre todo porque existe un déficit de establecimientos adecuados que es necesario superar y porque la evolución demográfica aumenta la cantidad de personas muy mayores.

Salud de los discapacitados. En término de dotaciones para los niños discapacitados, Martinica cuenta con cinco institutos medicoeducativos, con 426 plazas; un establecimiento para personas con deficiencias de la audición, con 99 plazas; dos servicios de atención y de educación especial a domicilio dotado de 672 plazas y un hospital diurno para niños autistas, con 15 plazas. Todavía no hay establecimientos de atención para personas con alguna deficiencia visual, pero pronto se inaugurará un establecimiento docente adaptado para los que presentan deficiencias motrices o sensoriales.

Los servicios para adultos discapacitados están menos avanzados; en 2001 había solamente un hogar educacional con 25 plazas y una casa albergue especializada construida recientemente que cuenta con 40 plazas. En cuanto a los establecimientos con sistema de trabajo protegido se han hecho algunas mejoras, puesto que ahora hay cinco centros de ayuda para el trabajo y cuatro talleres protegidos, que suman 368 plazas. El Plan Departamental para las Personas Discapacitadas aprobado por el Consejo General define la política de atención para esta población.

Insumos para la salud

Equipo

La dotación de aparatos que utilizan rayos X es adecuada, tanto en el sector público como en el privado. Para los equipos pesados hay tres escáners instalados; dos de ellos en el sector público y uno en el privado, además de un aparato de resonancia nuclear magnética instalado en el Hospital Universitario de Fort-de-France en 1998.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Guadalupe, 1999.

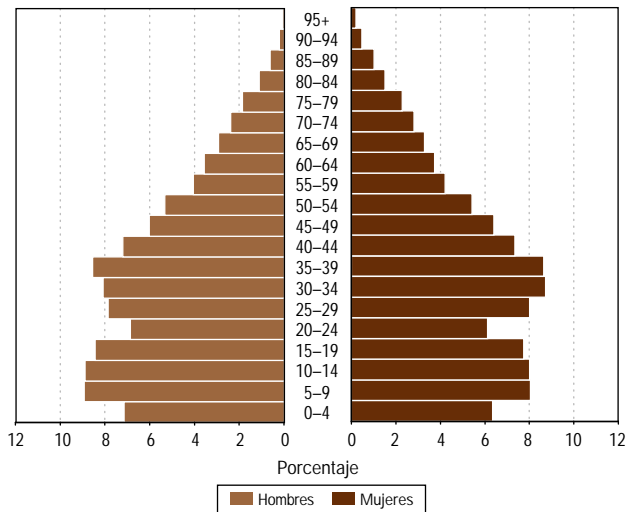


FIGURA 3. Estructura de la población por edad y sexo, Martinica, 1999.

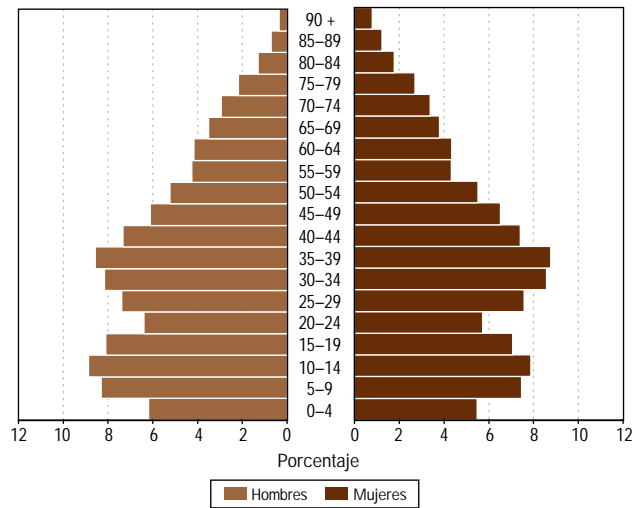


FIGURA 2. Evolución de los casos nuevos de SIDA, de las defunciones y del número de personas que viven con SIDA, Guayana Francesa, 1992-2000.

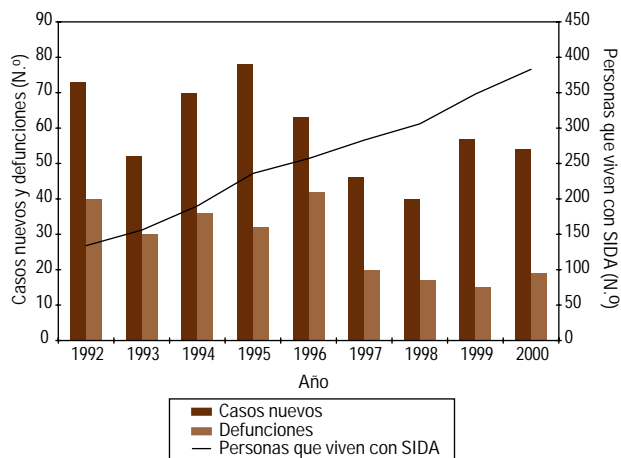
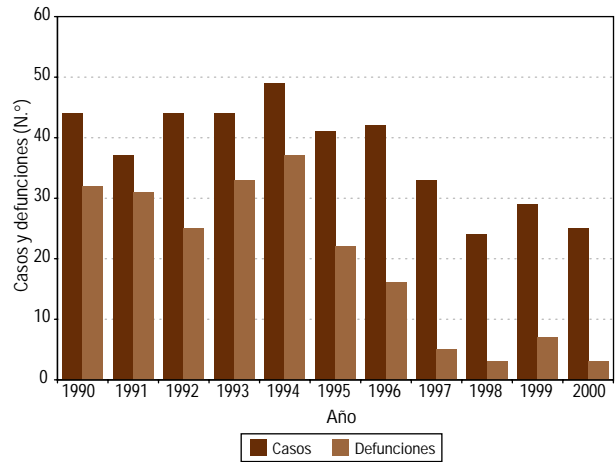


FIGURA 4. Evolución del número de casos nuevos de SIDA y defunciones por esa causa, Martinica, 1990-2000.



GUATEMALA

CONTEXTO GENERAL

La República de Guatemala limita al norte y noroeste con México, al este con Honduras, El Salvador y Belice, y al sudoeste con el océano Pacífico. Tiene una extensión territorial de 108.889 km², dividida administrativamente en 22 departamentos y 331 municipios, con 20.485 poblados. En el año 2000 el país contaba con una población estimada en 11.433.694 habitantes, con una densidad media de 102 habitantes por km², que oscila entre 1.177 en el departamento de Guatemala (23% del total de la población) y 9 en Petén; 65% de la población vive en la zona rural. El país se caracteriza por una amplia variedad étnica, lingüística y cultural. La población indígena constituye 48% de la población total y está compuesta por los pueblos garífuna, xinka y maya; esta numerosa población habla en más de 125 idiomas y dialectos autóctonos que corresponden a 24 grupos lingüísticos.

El 29 de diciembre de 1996, con la firma del Acuerdo de Paz Firme y Duradera, entraron en vigencia 12 compromisos que dieron fin a 36 años de conflicto bélico interno y cuyo proceso de negociación se había iniciado formalmente en 1990. El cronograma para su cumplimiento divide en tres fases el período 1997–2000: 1) los primeros 90 días de paz a partir del 15 de enero de 1997; 2) desde el término de la primera fase hasta fines de 1997, y 3) de 1998 a 2000. En enero de 2000 asumió el Gobierno el Frente Republicano Guatemalteco, con un respaldo popular cercano a 75% de los votos y una proporción de votantes de 44%, la más alta de la historia electoral del país. El Plan de Gobierno 2000–2004 orienta sus políticas al cumplimiento de las metas fijadas en el Acuerdo de Paz.

Guatemala ingresa al siglo XXI con un índice de desarrollo humano de 0,619, que la ubica en el lugar 120 entre 174 países. El 75% de la población vive en condiciones de pobreza, cuya incidencia es mayor en la zona rural que en la urbana (75,6% frente a 28,8%). La Región Metropolitana (departamento de Guatemala) presenta un índice de desarrollo humano más alto (0,70), y las regiones con mayoría indígena, la norte (0,53) y la nordoccidental (0,49) tienen los índices más desfavorables.

La actividad agrícola contribuyó a la economía del país con 26% del producto interno bruto (PIB) y generó 60% del empleo. El fenómeno de la migración laboral interna se estima que afecta a 1.438.694 personas. La economía guatemalteca creció 5% en 1998, uno de los años de mayor expansión de la década, pero estuvo sujeta a tensiones e inestabilidades y pronto empezaron a manifestarse algunos indicadores de fuertes desequilibrios macroeconómicos, entre ellos el aumento del déficit fiscal del Gobierno central (2,3% del PIB), la mayor inestabilidad del tipo de cambio y de la tasa de interés debido al empeoramiento de la balanza comercial, y el déficit de la cuenta corriente de la balanza de pagos. A causa de la política fiscal expansiva el gasto del Gobierno creció 32,8%, sin que se produjera un aumento equivalente de los ingresos tributarios. En 1999 y 2000 las tasas anuales de variación del PIB fueron de 3,6% y 3,3%, respectivamente, y los valores del PIB per cápita, a precios de 1995, fueron de 0,9% y 0,8% (figura 1).

El proceso de privatización se inició en 1997, al otorgarse en usufructo por 50 años el derecho a la explotación de la red ferroviaria; también pasaron a manos privadas 80% de las acciones de la Empresa Eléctrica de Guatemala, S.A., 95% de las de Telecomunicaciones de Guatemala y 80% de la Empresa de Energía Eléctrica (Instituto Nacional de Electrificación). El Estado recibió un ingreso neto de US\$ 584,2 millones por estas operaciones, lo que contribuyó a financiar una ampliación del presupuesto nacional por un monto equivalente a 2,4% del PIB. En 1998 la carga tributaria neta (descontando las devoluciones de créditos fiscales) se situó en 8,9% del PIB. El compromiso establecido en el Acuerdo de Paz era registrar una carga tributaria de 12% en el año 2000, meta que no se cumplió, así como tampoco se logró consenso sobre el Pacto Fiscal, que proponía cambios en el sistema y la estructura tributaria del país. La deuda interna como proporción del PIB disminuyó de 10,6% en 1990 a 5,2% en 1998, mientras que la deuda externa pasó de 18% en 1990 a 10% en 1998. El 20% de las familias concentra 63% de los ingresos del país, mientras que 40% solo 8%. En 1998 la pobreza en la población indígena era de 91,3% frente a 55,6% en la no in-

dígena. El desempleo abierto pasó de 3,7% en 1995 a 5,6% en 1999. Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares 1998–1999 del Instituto Nacional de Estadística (INE), 65% de las mujeres no tenían trabajo en 1998, y entre las que trabajaban, la mayoría solo lo hacía cinco días a la semana y 6% no recibían remuneración por el trabajo realizado. En 1999 se registró un aumento del desempleo abierto, que fue mayor en la zona urbana y entre las mujeres. Una familia debía ganar dos salarios mínimos para cubrir los costos de la canasta básica de alimentos. Según datos del Ministerio de Trabajo, el movimiento sindical se ha fortalecido, pues solo en 1998 se registraron 78 nuevos sindicatos. Las mujeres sindicalizadas representaban solo 10% del total.

Hay varias fuentes oficiales de información, cuyos datos no son siempre coincidentes: el INE, la Policía Nacional Civil, el Organismo Judicial, la Oficina del Procurador de los Derechos Humanos, incluidas las estadísticas vitales suministradas por el INE. Según este último, un tercio de las muertes violentas se registraron en jóvenes de 20 a 29 años; los delitos asociados con violación, robo y secuestro se mantuvieron constantes y las actividades vinculadas al narcotráfico aumentaron. En 1995 se decomisó cocaína por alrededor de US\$ 13.500.000 y en 1998 la confiscación fue casi nueve veces mayor. De acuerdo con el Organismo Judicial, entre 1995 y 1998 se produjo un incremento continuo de la tasa de delitos y faltas debido principalmente al registrado en el departamento de Guatemala. El plagio, que afectó inicialmente a los estratos de mayores ingresos, luego se generalizó a otros sectores y regiones del país, convirtiéndose en la forma más grave de inseguridad. En 1998 esta modalidad de delito se concentró en los departamentos de Guatemala y Escuintla, con tasas de 5,4 y 4,5 secuestros por 100.000 habitantes, respectivamente (debe considerarse un marcado subregistro de la información). Por su parte, según la Policía Nacional Civil los secuestros disminuyeron de 97 en 1997 a 30 en 1998, si bien las personas desaparecidas aumentaron en este último año. La inseguridad en el medio rural se agravó debido al aumento del robo de autos, el contrabando, los asaltos a bancos y los secuestros, entre otras causas. En 1998 se registraron 47 intentos de linchamiento, con 37 víctimas y personas golpeadas.

En 1999 la tasa de analfabetismo fue de 31,7% (39,2% en la población femenina y 26,3% en la masculina); el analfabetismo rural fue de 36,2% en las mujeres y 26,7% en los hombres, mientras que en la zona urbana fue de 20,3% y 14,7%, respectivamente. Los lugares con más población indígena presentan mayor déficit educativo. En el departamento de Guatemala, se registró mayor proporción de mujeres en la educación media, sobre todo en carreras secretariales y de magisterio; sin embargo, la representación femenina en la educación superior sigue siendo considerablemente baja. Hay marcadas desigualdades en cuanto a la asistencia escolar, registrándose 68% de inasistencia entre los

hijos de madres analfabetas y 72% entre los indígenas. En 1996 se puso en práctica el Programa Nacional de Autogestión para el Desarrollo Educativo, orientado a la formación de maestros bilingües, en el marco de un plan piloto aplicado ejecutado en 39 centros de enseñanza de la capital y el interior del país. El presupuesto educativo aumentó como proporción del PIB hasta llegar muy cerca del establecido como meta en el Acuerdo de Paz. Datos de la Comisión Nacional de Alfabetización correspondientes a 1998 indican que la mitad de la población urbana tenía solo cinco años de escolaridad, y la mitad de la población rural, apenas un año (un tercio de los guatemaltecos no indígenas que vivían en la zona rural tampoco sabían leer).

En 1998 la educación media seguía siendo predominantemente urbana, con 65% de los programas de ciclo básico (primer a tercer año del colegio secundario) y 86% los de ciclo diversificado (carreras técnicas) localizados en la capital. En 1998 la tasa bruta de inscripción en los departamentos con 75% a 100% de población indígena fue de 14,9% para el ciclo básico y 4,4% para el ciclo diversificado; en los departamentos con solo 0% a 24,9% de población indígena la tasa bruta de inscripción fue de 32,4% y 12,4%, respectivamente; en la capital los valores correspondientes fueron de 64,0% y 35,1%. A partir de 1990 aumentó la cantidad de escuelas mayas y en 1998 funcionaban 100 establecimientos formalmente organizados en asociaciones y clasificados según los diferentes grupos lingüísticos. En los Acuerdos de Paz se estableció el compromiso de que todos los niños menores de 12 años debían completar sus primeros tres años de educación primaria para el año 2000.

El cuadro 1 presenta la situación demográfica y de la mortalidad infantil en los 22 departamentos del país. En 1999 la tasa de natalidad fue de 34 nacimientos por 1.000 habitantes, con variaciones entre 46,1 en Quiché y 25,8 en Guatemala, y la tasa de mortalidad general fue de 4,8 por 1.000 habitantes. Aunque se observó una tendencia al mejoramiento en los indicadores de la tasa global de fecundidad y la tasa de mortalidad infantil correspondientes a 1987, 1995 y 1998, persistieron variaciones muy acentuadas entre la población urbana y la rural. La tasa global de fecundidad de la población indígena y no indígena se mantuvo estable. Sin embargo, se observaron valores menores en las tasas de la población no indígena (cuadro 2), lo que expresa desigualdades de salud y diferencias según el grado de desarrollo económico, que ponen de relieve la necesidad de identificar, medir y reducir las disparidades en cuanto a las condiciones de vida y las oportunidades de acceso a los servicios de salud.

En el año 2000 la tasa anual de crecimiento demográfico fue de 2,9%. Del total de población, 44% correspondía a menores de 15 años y 5,3% a mayores de 60 años (figura 2). En las zonas rurales, 38% de la población tenía menos de 15 años, 37% entre 15 y 44 años, 8% entre 45 y 49 años, y 6% eran mayores de 60 años. La esperanza de vida fue de 67,2 años, 64,7 para los hombres y 69,8 para las mujeres.

CUADRO 1. Situación demográfica y tasa de mortalidad infantil, por departamentos, Guatemala, 1999.

Departamento	Población indígena (%)	Población rural (%)	Población migrante (No.)	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)
Guatemala	12,84	29,11	231.300	44,4
Sacatepéquez	42,64	29,47	1.362	47,7
Zacapa	4,46	71,41	26.985	28,0
Izabal	23,27	80,17	47.074	23,2
Jutiapa	5,20	79,67	18.746	33,8
Escuintla	6,59	62,90	200.000	57,0
El Progreso	2,09	73,44	14.009	40,7
Santa Rosa	2,69	75,93	35.173	40,3
Chiquimula	30,12	74,73	20.125	27,9
Jalapa	38,43	72,73	S/D	34,7
Baja Verapaz	56,49	79,54	22.645	36,6
Suchitepéquez	58,08	69,80	37.963	50,6
Quetzaltenango	60,73	60,16	91.925	53,3
Petén	26,93	73,27	119.283	33,1
Huehuetenango	65,90	85,43	153.832	30,7
San Marcos	43,54	87,00	136.158	33,3
Retalhuleu	34,01	72,28	36.942	44,9
Sololá	95,16	66,75	6.878	48,9
Totonicapán	96,92	89,27	125.628	59,5
El Quiché	85,82	84,82	83.230	36,6
Alta Verapaz	90,75	84,21	13.936	33,2
Chimaltenango	79,39	58,43	15.500	53,3

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Indicadores básicos 1999*. Guatemala: MSPAS; 1999.

CUADRO 2. Tasa de mortalidad infantil y tasa global de fecundidad por área y etnia, Guatemala, 1987, 1995 y 1998.

	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)			Tasa global de fecundidad (por mujer)		
	1987	1995	1998	1987	1995	1998
País	73	51	45	5,6	5,1	5,0
Urbana	65	45	49	4,1	3,8	4,1
Rural	84	63	49	6,5	6,2	5,8
Indígena	85	64	56	6,8	6,8	6,2
No indígena	76	53	44	5,0	4,3	4,6

Fuente: Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. *Informe Nacional de Desarrollo Humano 2000*. Guatemala: la fuerza incluyente del desarrollo humano. Guatemala: Sistema de Naciones Unidas; 2000.

Mortalidad

En 1999 se registraron 53.486 defunciones, con una tasa de mortalidad general de 4,8 por 1.000 habitantes, que fue más alta en los departamentos de Retalhuleu (7,1 por 1.000 habitantes) y Escuintla (6,9 por 1.000). Las primeras causas de mortalidad general para ambos sexos correspondieron a neumonía y diarrea; en 1999 estas causas representaron 22,3% y 6,0% del total de defunciones, respectivamente. En los hombres, la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes fue debida en primer lugar a neumonía (114) y en segundo lugar a enfermedad diarreica aguda (51,1), mientras que en las mujeres fue de 95,8 y 35,4 por 100.000 para ambas enfermedades. La tercera causa de muerte fue para los hombres el homicidio (40,7 por 100.000) y para las mujeres la desnutrición (16,8 por 100.000). Las neoplasias y el infarto de miocardio aparecen como cuarta y quinta causas de defunción para ambos sexos. En 1997, según datos del INE, la mortalidad proporcional por los seis grandes grupos de causas fue: enfermedades transmisibles 13%, tumores 7%, enfermedades del sistema circulatorio 12%, ciertas afecciones originadas en el período perinatal 8%, causas externas 13% y todas las demás causas 47%. De 53.486 defunciones registradas en 1999, 33,6% correspondieron al grupo de mayores de 60 años. Los médicos certificaron 59,8% del total de las defunciones, otra autoridad certificó 31,2%, y las comadronas u otro personal empírico, 9%. Al analizar el comportamiento de la mortalidad debe considerarse 56% de subregistro estimado en el nivel nacional.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

Hasta 1998 la mortalidad infantil mostró tendencia declinante (figura 3). En 1997 y 1999 la tasa de mortalidad infantil registrada fue de 37,7 y 40,5 por 1.000 nacidos vivos, con 13.949 y 15.317 defunciones respectivamente; en 1999 osciló entre 59,5 en Totonicapán, uno de los departamentos con mayor población indígena y el cuarto en recibir población migrante, y 23,2 en Izabal (23% indígenas), y la tasa de mortalidad neonatal y posneonatal fue de 15,4 y 22,3 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente. La Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil de 1998–1999 (ENSMI 98-99), estimó la tasa de mortalidad infantil en 45 por 1.000 nacidos vivos para el quinquenio anterior a la encuesta; la tasa estimada de mortalidad neonatal fue de 23 por 1.000 nacidos vivos y la posneonatal, 22 por 1.000. No se observaron variaciones por lugar de residencia, pero sí entre la población no indígena y la indígena, con tasas de 44 y 56 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente. De las defunciones infantiles, 50% ocurrieron entre el período perinatal y el tercer mes de vida. La Matriz de Política Social publicada en el año 2000 contiene los compromisos de proyección social asumidos por el Gobierno, en los que se

establece como meta una reducción de 12,5% en la tasa de mortalidad infantil de 1999 (40,5 por 1.000 nacidos vivos) para llevarla a 35,0 por 1.000 en el año 2003.

En 1999 las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad diarreica aguda y las causas perinatales representaron 40%, 12% y 11%, respectivamente, de las defunciones de menores de 1 año. La tasa más alta de mortalidad por enfermedad diarreica aguda se registró en Santa Rosa (6,8 por 1.000 menores de 1 año) y la más baja en Zacapa (1,1 por 1.000); en este mismo grupo de edad, la tasa de mortalidad por neumonía varió de 29,7 por 1.000 en Totonicapán a 5,2 en Izabal. La tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años fue de 14 por 1.000 (18 en niñas y 15 en niños), 9 por 1.000 en la zona urbana y 20 por 1.000 en la rural. En poblaciones no indígenas la tasa fue de 12 por 1.000 y en las indígenas, de 24 por 1.000. Según el nivel educativo de la madre, la tasa fue de 24 por 1.000 para las madres sin educación, 12 por 1.000 para aquellas con educación primaria, y 1 por 1.000 para las madres con educación secundaria o mayor. El bajo peso al nacer fue de 9,3% y osciló entre 11,4% en las zonas urbanas y 7,9% en las rurales.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

Entre 1985 y 1998 la tasa neta de atención primaria aumentó en el grupo de 7 a 12 años en 8,5%. En 1999 se registraron 1.027 defunciones en el grupo de 5 a 9 años, con una tasa de 0,6 por 1.000. Los casos de enfermedad diarreica aguda aumentaron de 16.015 en 1997 a 43.119 en 1998 y a 50.799 casos en 1999. La desnutrición crónica en los niños de 5 y 6 años fue de 47,6%, la aguda 1,4% y la global 22,9%. En 1999 se notificaron 95 casos sospechosos de cólera en niños de 5 a 9 años; 40 de ellos confirmados (5,8 por 100.000 habitantes) y 1 defunción (letalidad de 1,1%). En 2000 se notificaron 31 casos sospechosos de cólera, 10 de ellos (1,8 por 100.000) confirmados, sin defunciones. En la población escolar se registraron 24,5% del total de casos de hepatitis A, con un total de 1.186 casos notificados. En 1999 se notificaron 28.501 casos de neumonía (tasa de incidencia de 174,5 por 10.000 habitantes) y 261 defunciones (letalidad de 0,9%). En el año 2000 se notificaron 1.213 casos de dengue, 144 confirmados, con 18 casos hemorrágicos y 7 defunciones. En 2000 se produjeron 19.573 casos de malaria, 149 por *Plasmodium falciparum* y 30 casos asociados. De 1984 a 1999 el Programa Nacional de SIDA del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social notificó nueve casos de esta enfermedad en la población escolar (0,26% del total de casos en el país y en todos los grupos de edad).

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

En el año 2000 había en Guatemala 2.752.924 adolescentes, esto es, 24% de la población total. El 51% (1.402.601) vivía en la zona rural. El 11,7% de las mujeres carecían de educación, frente a 1,6% de los hombres. En el grupo de 10 a 14 años el analfabetismo era de 6,5% en los hombres y de 10,1% en las mujeres, mientras que en el de 15 a 19 años era de 8,8% en los hombres y

13,9% en las mujeres. Una encuesta de 1998 puso de relieve el alto grado de despolitización en la juventud: 67% aseguró no tener información sobre los Acuerdos de Paz. Según el informe de la Recuperación Histórica de la Memoria, cerca de 8,2% de las víctimas del conflicto armado eran jóvenes de 14 a 17 años. El Programa Nacional de Sida señaló que desde 1984 hasta septiembre de 2000 se notificaron 23 casos de SIDA (0,6%) en el grupo de 10 a 14 años y 142 casos (3,8%) en el de 15 a 19 años; correspondieron al sexo masculino 77% de los casos.

En 1998 se realizó una investigación sobre el uso y abuso de sustancias adictivas en jóvenes estudiantes de 12 y 18 años, encontrándose, para el consumo de alcohol, una prevalencia de 37,1%; tabaco 21,1%; tranquilizantes 3,8%; marihuana 3%; estimulantes 2,4%; cocaína 2,2%, e inhalantes 1,9%. La edad promedio del primer consumo de estas sustancias fue de 13 años; a los hombres correspondió el mayor consumo en todas las sustancias estudiadas. En 1999 se informó que 40% de los adolescentes de la calle tenían entre 13 y 15 años, 28% entre 10 y 12 años y 24% entre 16 y 18 años. Algunas razones por las que estos jóvenes vivían en las calles fueron: el maltrato (42%), el abandono familiar (39%), la pobreza (25%) y la desintegración familiar (19%). La mayoría de los adolescentes de la calle (86%) eran ladinos (no indígenas); 60% provenían de barrios marginales de la capital y 32% eran analfabetos, en su mayoría del sexo masculino. La proliferación de pandillas (conocidas en el país como “maras”) es un fenómeno urbano, que se manifiesta sobre todo en la capital del país, donde existen más de 90 integradas por alrededor de 10.000 jóvenes con un promedio de edad de 20 años y un denominador común: la sensación de falta de futuro.

El 8,3% de las mujeres adolescentes de 10 a 19 años tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años y aproximadamente 70% de todas las mujeres, antes de los 20 años. La tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años fue de 123 por 1.000 mujeres. La ENSMI 98-99 encontró que del total de nacidos vivos registrados en el país, 362.372 correspondieron a partos de mujeres adolescentes (17,1%). Los departamentos con mayor cantidad de partos adolescentes (en su mayoría por parte de jóvenes no indígenas) fueron Izabal con 29%, Petén 24% y Escuintla 22,3%. El 60% de los partos correspondieron a los estratos más pobres de la población; 69% de las adolescentes de 15 a 19 años conocían algún método de planificación, pero solo 4% los utilizaba (3,6% usaban métodos modernos y 0,6% recurrían a métodos tradicionales).

En 1999 se notificaron 32.028 casos de enfermedades diarreicas agudas en el grupo de 10 a 19 años, 285 casos de cólera (61 confirmados), y 16.109 casos de neumonía, con 286 defunciones (letalidad de 1,7). En 1999, en el grupo de 10 a 19 años, se notificaron 2.128 defunciones. Según datos del INE, en 1998 las principales causas de defunción de los jóvenes de 15 a 19 años fueron: por arma de fuego (165 defunciones, 147 en hombres), por neumonía e influenza (83), y por infecciones intestinales (66), sin

diferencias entre hombres y mujeres. Los síntomas generales mal definidos y otras causas totalizaron 969 defunciones.

La salud de la población adulta (20–59 años)

En 1999 había 4.116.147 adultos de 20 a 59 años (39,3% de la población total). Según la ENSMI 95, la tasa estimada de mortalidad materna en el período 1990–1995 fue de 190 por 100.000 nacidos vivos (método de las hermanas). Datos del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del Ministerio correspondientes a 1997–1999 indicaron tasas de mortalidad materna de 98 por 100.000 nacidos vivos, 100,2 y 94,9 por 100.000, respectivamente, con un subregistro estimado de 60%.

Al estratificar la mortalidad materna según ingresos, las medias varían de 50,1 en el grupo con mayores ingresos a 132,4 en el más pobre. El comportamiento de la mortalidad materna según el PIB per cápita indicó que alrededor de 70% de las defunciones se registraron en los estratos más pobres. En 1999 las cinco primeras causas de muerte materna correspondieron a hemorragias del parto (24%); retención de placenta (15%); septicemia (11%); eclampsia (8%); atonía uterina (6%), y resto de causas (36%). En 1995 el porcentaje de mujeres atendidas durante su embarazo por personal capacitado fue de 54% y en 1998 y 1999, de 59%. En 1999 los controles prenatales atendidos por médicos fueron 47%, con variaciones entre 67% y 36% para la zona urbana y rural, respectivamente; 12% fueron atendidos por enfermeros y 27% por comadronas con variaciones entre 11% y 36% en la zona urbana y rural. La cobertura nacional de la atención del parto por personal capacitado fue de 40,4% (37% por médicos y 3,4% por enfermeros). Datos de la ENSMI 98-99 indican que las comadronas atendieron 50% de los partos, valor que osciló entre 61% en las zonas rurales y 31% en las urbanas. La atención del parto por enfermeros fue similar en las zonas urbanas (3,4%) y en las rurales (3,8%). En la población indígena las comadronas atendieron 67,6% de los partos y los médicos 14,5%, mientras que en la no indígena los porcentajes correspondientes fueron 39,5% y 50,3%. El 56,9% del total de mujeres embarazadas recibió al menos una dosis de toxoide tetánico durante su embarazo (46% en indígenas y 63% en no indígenas). El 34% de todas las mujeres en edad fértil usaban métodos modernos de planificación familiar y 13% empleaban métodos tradicionales; entre los primeros, 12% utilizó esterilización femenina, 17% pastillas, 6% dispositivos intrauterinos, 11% inyecciones hormonales y 11% condón. Solamente en 0,7% el método de planificación empleado fue la esterilización masculina. El 62% de las mujeres en unión no utilizaban método alguno, mientras que 13% de las mujeres indígenas y 50% del grupo ladino usaban algún método de planificación familiar. La utilización de métodos de planificación mostró tendencia al aumento, de 31,4% en 1995 a 38,2% en 1998 y 1999.

Según la ENSMI 98-99 las mujeres de las zonas urbanas y no indígenas presentaron una talla promedio, en centímetros, mayor en relación con las de la zona rural e indígena. El índice de masa corporal del grupo de mujeres de 15 a 24 años estaba por debajo

de lo esperado. El registro de las 10 primeras causas de consulta indicó que las mujeres consultaban más que los hombres; la neumonía y la enfermedad diarreica fueron las primeras causas de consulta para ambos. Hay diferencias en la mortalidad por hipertensión, accidente cerebrovascular y diabetes mellitus, que es mayor entre las mujeres, en cambio entre los hombres se registraron más defunciones por neumonía, diarrea y tuberculosis pulmonar.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

En 1999 se calculó en 5,3% de la población total la proporción de personas mayores de 60 años (con un leve predominio femenino de 51,8%), de las cuales solo 40% eran indígenas. Se estima que 6% viven solos y sin apoyo familiar y 65% se encuentran en situación de pobreza. Las principales causas de consulta en servicios del Ministerio fueron las enfermedades prevenibles, las transmisibles y las infecciosas. Se registraron 7.118 casos de enfermedades diarreicas agudas en 1997, 9.041 en 1998 y 10.667 en 1999. En 1999 se notificaron en este grupo de edad 270 casos de cólera, confirmándose 62 de ellos con 7 defunciones, con una letalidad de 2,5%, la más alta por grupos de edad. En 2000 se registraron 131 casos de cólera (25 confirmados) y 1 defunción, con una letalidad de 1,1%, por encima del valor nacional de 0,75%. Los 61 casos de hepatitis notificados representaron 1,3% del total. En 2000 se informaron 471 casos de dengue clínico (49 confirmados) y 4.697 de malaria. De los seis casos de rabia humana notificados en 2000, dos se presentaron en personas de 75 y 62 años en poblados del interior del país (Sololá y Quetzaltenango). De 1984 a junio de 2001 se notificaron 106 casos de SIDA en este grupo de edad (2,53% del total notificado). El acceso a los servicios de salud es limitado y existe una baja cobertura de la seguridad social, ya que solo 12,2% reciben una pensión, que por lo general es baja.

La salud de la familia

El hogar promedio se compone de cinco miembros; esta cifra es mayor en la zona rural y aumenta aún más entre la población indígena. Los hogares encabezados por mujeres, sobre todo en familias no mayas, han aumentado, y en las poblaciones indígenas este incremento data de los últimos 15 años y está directamente relacionado con el conflicto armado. Se calcula que 2,7% de los niños de 7 a 9 años forman parte de la población económicamente activa (PEA). La desintegración familiar producto del conflicto bélico dejó como saldo gran cantidad de huérfanos y más de 20.000 jóvenes traumatizados.

De 1987 a 1998 han sido repatriados cerca de 25.000 niños y jóvenes menores de edad (62% del total de población repatriada). En 1998 se presentaron 845 denuncias ante la Defensoría de la Niñez y la Juventud, 95% por maltrato físico y 10% por abuso sexual. Se calcula que de cada 10 niños que sufren maltrato por familiares cercanos, 7 no se denuncian. A partir de 1997 se integró el Foro de los Niños de la Calle, con participa-

ción interinstitucional de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

En el año 2000, se contabilizaron 10.600 denuncias a la Procuraduría de los Derechos Humanos, la Fiscalía de la Mujer y el Programa para la Promoción, Prevención y Erradicación de la Violencia Intrafamiliar (PROPEVI); también se consignaron 5.583 denuncias ante la Defensoría de la Mujer y el Ministerio. Ochenta y tres niños y 65 niñas fueron víctimas de violencia intrafamiliar. El Grupo Guatemalteco de Mujeres y la Asociación Mujer Vamos Adelante se ocupan del seguimiento de casos a través de 49 casas de ayuda y autoayuda. En 1998, datos de la Procuraduría General de la Nación indican que se autorizaron cerca de 1.029 adopciones cuyos principales destinos fueron Estados Unidos (64%), Francia (12%), y España y Canadá, con cerca de 5% cada uno.

La salud de los trabajadores

Datos del INE correspondientes a 1989–1999 indican que las mujeres constituyen 24% de la PEA y ocupan 43% de los trabajos no calificados, con una participación de 6,8% en los niveles de mayor ingreso. El 34,1% de los niños de 7 a 14 años trabajan, la mayoría (53,9%) como obreros, 38,2% realizan tareas familiares no remuneradas y 7,7% trabajan por cuenta propia. Se estima que 71% de los jóvenes de 14 a 18 años trabajan. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) cubre solo a 17% de la población del país. En 1998 y 1999 las intoxicaciones por plaguicidas en seis departamentos del país fueron 1.131 y 754 casos, respectivamente; 80% de los casos ocurridos en 1999 se registraron en hombres, 67% se debieron a accidentes de trabajo, 25% a accidentes comunes y 7% a suicidios. Del total de intoxicados (754), 15% eran menores de 15 años (letalidad de 14%). Los plaguicidas más frecuentemente involucrados fueron los organofosforados (48%) y los carbamatos (15%). En el año 2000 se notificaron 763 casos de intoxicaciones, 603 en hombres; 482 fueron accidentes de trabajo y 211 accidentes comunes (letalidad de 7,3% y 6,5%, respectivamente); 3% afectaron a menores de 4 años.

La salud de los discapacitados

El 72% de las principales deficiencias que afectan a los discapacitados son musculoesqueléticas, 31% psicológicas, 31% de la visión y 26% desfiguradoras; la mayoría padecen dos discapacidades simultáneamente. La discapacidad es también expresión del enfrentamiento armado y afecta en particular a ex combatientes del Ejército y a desmovilizados de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG), así como a civiles de diferentes lugares del país. En un estudio efectuado en 1999 por el Ministerio en los 22 departamentos del país, se evaluaron 2.872 casos, certificándose 1.841 de discapacidad causada por el conflicto armado, con un patrón de distribución análogo al conflicto bélico. Los departamentos con más casos registrados fueron Quiché, Alta Verapaz, Baja Verapaz, Sololá, Retalhuleu y ciudad

Guatemala. Datos del Programa Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad a causa del Enfrentamiento Armado correspondientes al año 2000 indican que 70% de las personas discapacitadas poseen viviendas de materiales inadecuados, 66% tienen letrinas, más de la mitad carece de energía eléctrica y 97% no cuentan con servicio telefónico.

La salud de los indígenas, los migrantes y las poblaciones fronterizas

Guatemala es uno de los países de América Latina con mayor porcentaje de población indígena (48%). La tasa estimada de crecimiento natural de los departamentos con alta presencia indígena fue de 3,2% anual y en departamentos con menos de 25% de población indígena fue de 2,6%. En 1998 el analfabetismo en departamentos con 75% a 100% de población indígena fue de 52,2%; con 0% a 24,9% fue de 29%, y 11,2% en la capital del país. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Micronutrientes realizada en 1995 por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), la desnutrición crónica es de 67,8% entre los indígenas y de 36,7% entre los no indígenas, mientras que la desnutrición global es de 33,6% y 18,6%, respectivamente; 53,4% de la población no indígena dispone de inodoros frente a 21,4% de la población indígena; solo 18,8% de los hogares indígenas cuentan con conexión a alcantarillado frente a 43,7% entre los no indígenas; la población no indígena tiene acceso al agua de consumo doméstico por medio de redes distribuidoras (privadas y públicas), mientras que 50% de las comunidades indígenas extrae agua de pozos, ríos o manantiales. En 1998 el índice de exclusión social promedio en Guatemala fue de 25,9. El nivel más alto de exclusión (38,5) se localiza en los departamentos indígenas de Huehuetenango y Quiché.

Según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares 1998–1999 los trabajadores migrantes proceden de zonas predominantemente indígenas (Quiché, Huehuetenango y Baja Verapaz) y contribuyen con 26% del PIB. Se estima que alrededor de 1.000.000 de personas (más de 80% indígenas) se movilizan tanto interna como externamente, muchas veces con sus esposas e hijos, para trabajar en cultivos de la agroexportación varias veces al año, en períodos inferiores a tres meses, mecanismo que los mantiene excluidos de los beneficios de la seguridad social. El período de cosecha dura seis meses (de noviembre a abril), además de los utilizados para la preparación y abono de la tierra. Guatemala es exportador de trabajadores agrícolas hacia México y receptor de migrantes agrícolas centroamericanos, especialmente de El Salvador y Honduras; también es lugar de tránsito y permanencia fronteriza de población migrante proveniente de países centroamericanos, sudamericanos y asiáticos, que se dirige a los Estados Unidos atravesando México. Muchos, por ser indocumentados, no logran pasar la frontera y permanecen en el país en condiciones de marginalidad y subempleo. Alrededor de 540 comunidades en 17 departamentos han puesto en práctica programas de reasentamiento de desarraigados y

reinserción de desmovilizados. Los indígenas han sido menos propensos a la migración que los no indígenas. De enero a marzo de 1998, en la frontera de México y Guatemala, el total de migrantes y deportados fue de 20.098 personas. Las comunidades guatemaltecas de California enviaban 60% del total de remesas procedentes de los Estados Unidos y en 1998 generaron un monto en divisas de US\$ 423 millones, superior a las que producía el turismo nacional (US\$ 323 millones).

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

El territorio nacional se asienta sobre tres placas tectónicas (Norteamérica, Caribe y Cocos) cuyos movimientos, sumados a 40 volcanes (5 de los cuales han estado activos) y al surgimiento de seis fallas geológicas exponen al país a sufrir desastres naturales, además de los provocados por el hombre. En 1999 y 2000, una serie de sismos causaron daños en 12 departamentos, y a comienzos del año 2001 se produjeron movimientos sísmicos relacionados con el terremoto de El Salvador que no produjeron pérdida de vidas humanas pero sí daños económicos, así como fuertes sequías con riesgos de hambruna en algunas zonas del país. En noviembre de 1998 el huracán Mitch ocasionó cuantiosos daños en 14 de los 22 departamentos del país, con 106.000 personas evacuadas y 268 defunciones. La mayoría de los daños se concentraron en los sectores productivos, 68% daños directos y 83% indirectos. En el año 2000, las lluvias caídas duplicaron las del invierno de 1999 causando múltiples daños en la costa sur y occidente debido al crecimiento de los ríos. Además, 19 de los 22 departamentos del país se vieron afectados por sequías. Los desastres producidos por el hombre, tales como el aumento de la deforestación, ocasionan anualmente la pérdida de 120.000 hectáreas, mientras que la reforestación es solo de 2.000 hectáreas por año. De persistir este ritmo, se estima que la cubierta vegetal desaparecerá en 29 años. La pérdida de suelos es de 300 hectáreas por año en las regiones no deforestadas y hasta de 1.100 toneladas por hectárea por año en las regiones deforestadas y se estima que en 5 a 10 años se producirá una pérdida total de los suelos en varias zonas del país. En el año 2000 se produjeron 605 incendios superficiales y de copa que afectaron a un total de 16.582 hectáreas localizadas en las denominadas áreas protegidas: Petén (22,4%), Quiché (16,4%), Chimaltenango (10%), Guatemala (9,7%), Jalapa (7,3%) y otros (34,2%).

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. Alrededor de 54% de la población está expuesta a transmisión malárica. En 1999 se registraron 101.326 casos (30.977 confirmados y 70.349 clínicos), con un índice parasitario anual de 12,2 por 1.000. Las zonas de mayor riesgo de morbilidad fueron Ixcán (15.846 por 100.000 habitantes) y El Petén Sur Occidental (10.055 por 100.000). El 92% de los casos confirma-

dos correspondieron a *Plasmodium vivax*; 3,2% a *P. falciparum* y 5,3% a casos asociados (12). El 80% de los casos correspondieron a siete áreas de salud (Ixcán, Quiché, Alta Verapaz, Baja Verapaz, Petén, Izabal y Escuintla). El vector principal fue *Anopheles albimanus* y en algunas áreas se encontró *A. pseudo-punctipennis*. No se ha encontrado resistencia a la cloroquina. En el año 2000 se registraron 109.874 casos, 80.572 clínicos y 29.302 confirmados (95,9% por *P. vivax*, 4% por *P. falciparum* y 0,1% mixtos). De los casos notificados, 66% ocurrieron en siete áreas de salud. En las áreas de Totonicapán y Sacatepéquez no se evidenció transmisión de la enfermedad. El período de mayor incidencia corresponde a los meses lluviosos (abril a noviembre). La mayor cantidad de casos se registra en el grupo de 10 a 59 años de edad y predominantemente rural. El área de Ixcán notificó al SIGSA nueve defunciones en menores de 1 año con diagnóstico clínico.

Dengue. Esta enfermedad constituye un grave problema de salud pública en Guatemala, donde la población en riesgo, distribuida en 25 áreas de salud, representa 34% del total de habitantes. En 1999 se registraron 3.617 casos (931,7 por 100.000). Las áreas más afectadas fueron Escuintla (192,7 por 100.000) y Petén Sur Occidental (137,9 por 100.000). Según datos del SIGSA, se registraron dos casos de dengue hemorrágico y una defunción. En 2000 se notificaron 10.083 casos, 9.006 por diagnóstico clínico de dengue clásico (1.035 confirmados), 42 casos de dengue hemorrágico y 9 defunciones. La tasa de incidencia por 100.000 habitantes varió entre 1,0 en Sololá y 697,9 en Escuintla, con una letalidad de 21,4%. El 2000 fue un año epidémico en comparación con 1999 y las áreas más afectadas fueron Escuintla y Huehuetenango. El Laboratorio Nacional de Salud confirmó la circulación del virus del dengue serotipo 2 (100 casos) en 11 áreas de salud en 5.863 muestras enviadas por 22 áreas de salud, de las cuales 2.550 resultaron positivas, 2.644 no se procesaron y 669 fueron negativas. El índice de viviendas infestadas de larvas, pupas o ambas fue de 11%. De los recipientes inspeccionados, 5% fueron positivos a *Aedes aegypti*, con un índice de Breteau de 23%.

Enfermedad de Chagas. En 15 áreas de salud del país hay infestación por los vectores *Triatoma dimidiata* y *Rhodnius prolixus*, y cerca de 34% de la población está expuesta al riesgo de infección (556.823 habitantes). En el año 2000 se inició el programa de control de la enfermedad de Chagas, con énfasis durante los primeros dos años en seis áreas de salud: Zacapa, Chiquimula, Jutiapa, Santa Rosa, Baja Verapaz y Alta Verapaz. De 15.478 viviendas inspeccionadas, 1.395 fueron positivas a triatomíneos. Se detectaron 174 casos en bancos de sangre, con una prevalencia de 0,97%.

Oncocercosis. La zona endémica de oncocercosis comprende 7 de las 25 áreas de salud del país (cerca de 7% del territorio); la población en riesgo es de 606.547 habitantes. Hay 554 comuni-

dades endémicas en 30 municipios con una población expuesta de 160.000 personas. A partir de 1996 se ha ido aumentando la cobertura de salud de los habitantes de las zonas endémicas, que alcanzó en el año 2000 a 90%. Ese último año se trataron 147.030 casos con ivermectina, con 665 reacciones secundarias al tratamiento.

Leishmaniasis. Las áreas de salud han notificado una población en riesgo, debido a focos de transmisión de leishmaniasis tegumentaria, de 295.166 personas en las zonas rurales selváticas, distribuidas en Huehuetenango, Quiché, Alta Verapaz y Petén. En el año 2000 se detectaron 956 casos positivos con lesiones cutáneas y 71 con lesiones viscerales. En El Progreso se encontraron algunos casos de leishmaniasis visceral.

Enfermedades prevenibles por vacunación

En 1982 se estableció en todo el país el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), con un esquema básico para los menores de 1 año. Durante el quinquenio 1996–2000 se alcanzaron las siguientes coberturas: OPV 76%, 78%, 91%, 86% y 97%, respectivamente; BCG 77%, 88%, 89%, 93% y 97%, respectivamente; DPT3 (difteria, tos ferina y tétanos) 73%, 83%, 88%, 88% y 95%, y vacuna antisarampionosa (ASA) 69%, 74%, 79%, 83% y 88%, respectivamente (véase la figura 4 para las coberturas del año 2000). Se observan diferencias de cobertura entre los municipios. En 1999, en la campaña nacional “Puesta al Día” contra el sarampión, que abarcó a niños de 1 año hasta menores de 15 años, se obtuvo una cobertura de 98%. La vacunación a mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil se realiza sistemáticamente en municipios de riesgo, pero no hay datos disponibles sobre la cobertura acumulada. Para el período 1996–2000, la cobertura anual de toxoide tetánico (TT2) en mujeres en edad fértil fue de 8%, 8,3%, 10%, 6,6% y 22% (figura 4, para el año 2000). Este mismo año se adquirió la vacuna MMR (sarampión, parotiditis, rubéola) para incluir en el PNI en 2001 y vacunar a todos los niños al año de edad reemplazando a la antisarampionosa.

El último caso notificado de poliomielitis fue en 1991. La vigilancia epidemiológica de la parálisis flácida aguda en el período 1996–2000 se realizó investigando 49, 77, 51, 56 y 87 casos respectivamente, ninguno de ellos confirmado. Aunque ha mejorado la notificación de casos efectuada por el SIGSA en relación con 1999, aún persiste el subregistro de información de este sistema con respecto al PNI, ya que de los 85 casos registrados con muestras de heces por el programa solo 57 fueron notificados por el SIGSA. La toma de muestra adecuada se encuentra ligeramente por debajo del mínimo requerido de 80%. En el año 2000 la tasa general de parálisis flácida aguda fue de 1,7 por 100.000 menores de 15 años (variación de 0 a 4), un aumento en relación con la tasa presentada en 1998 y en 1999 (1,1). Las áreas con mayores tasas fueron Santa Rosa, Guatemala, Chiquimula, Sololá y Zacapa. El laboratorio de virología del INCAP procesó un total de 87 muestras, 4 de ellas positivas a poliovirus vacunal tipo 1 y 3.

En 1996 no se notificaron casos de sarampión; se presentó un caso aislado en 1997 y desde entonces no se ha confirmado ningún caso. La vigilancia epidemiológica se realiza a los casos sospechosos y durante el período 1996–2000 se notificaron 128, 303, 171, 291 y 904 casos respectivamente, ninguno confirmado. En el año 2000 mejoró la vigilancia de casos sospechosos con respecto al período 1997–1999. Ese año ingresaron al Laboratorio Nacional de Salud 980 muestras de casos sospechosos, descartándose 82 de ellas por no cumplir con la definición de caso. El registro final del PNI consignó un total de 902 casos, de los cuales 517 (57%) fueron notificados por el sistema oficial, dato que pone de relieve la necesidad de mejorar el sistema de notificación de las áreas de salud. De las 25 áreas de salud del país, 23 (92%) y 50% de los municipios notificaron al menos un caso sospechoso. En 1999 los porcentajes fueron 76% y 22%, respectivamente; 97% de los casos fueron investigados dentro de las 48 horas después de notificados.

La detección de la rubéola sigue asociada a la vigilancia del sarampión. El número de casos positivos aumentó de 157 en 1999 a 275 en 2000. La instalación de un sistema de vigilancia del síndrome de rubéola congénita constituyó un reto importante para el año 2001, debido a la introducción en ese año de la vacuna triple viral (sarampión-rubéola-parotiditis).

El número de casos notificados de tétanos neonatal en el período 1996–1999 fue de 17, 7, 5 y 2 respectivamente; en 2000 se registraron 6 casos y 3 defunciones (letalidad 50%). Las cifras pueden ser mayores si se tiene en cuenta que, según el SIGSA, solo alrededor de 20% de los partos son atendidos institucionalmente.

Se ha observado un aumento progresivo de casos de tos ferina entre 1996 y 1999, con 40, 131, 441 y 268 casos notificados, respectivamente. Sin embargo, la importancia relativa por edades se ha desplazado al grupo de 6 a 9 años. En el año 2000 se notificaron 194 casos (28% menos que el año anterior), con brotes en Chimaltenango (2), Quiché (2) y Huehuetenango (1). Se registraron 14 defunciones entre los 28 días y los 11 meses de edad (letalidad 7%), 7 procedentes de Guatemala, 3 de Retalhuleu, 2 de Escuintla y 1 de Suchitupéquez. Los menores de 1 año fueron los más afectados, con 104 casos (53%). En 72% de los casos no se encontró registro de ningún antecedente vacunal (36). Las mayores tasas de incidencia por 100.000 habitantes corresponden a Ixcán y Quiché (5,0), Chimaltenango (4,0) y el departamento de Guatemala (3,0).

Todas las defunciones por enfermedades inmunoprevenibles registradas ocurrieron en áreas con coberturas de vacunación útiles (iguales o mayores a 95%, con todos los biológicos establecidos en el esquema básico de vacunación en la población de menores de 1 año, en la totalidad de municipios del país). La mayor cantidad de casos se registró en hospitales estatales. Persisten los problemas de obtención de muestras nasofaríngeas para el aislamiento de *Bordetella pertussis*, debido a la escasa disponibilidad de medios de transporte que permitan su traslado inmediato al laboratorio de microbiología.

El último caso de difteria se notificó en 1997. En el año 2000 se comunicaron cinco casos de meningitis tuberculosa, uno más que en 1999, con cuatro defunciones (letalidad 80%). Dos de los casos se registraron en menores de 1 año, uno en un niño de 5 años y dos en mayores de 19 años, procedentes de las áreas de Quetzaltenango, Retalhuleu, Izabal, Guatemala y Alta Verapaz (todas con coberturas de BCG superiores a 90%).

Enfermedades infecciosas intestinales

Se observó un aumento de casos de cólera entre 1997 y 1999, con 1.008 y 2.077 casos, respectivamente (1.556 sospechosos y 521 confirmados). En 2000 se registraron 790 casos (612 sospechosos y 178 confirmados). Los departamentos con riesgo más elevado en 1999 fueron Retalhuleu y Escuintla. La letalidad mostró una tendencia descendente. En 1999 y 2000 se notificaron 18 y 6 defunciones por cólera (letalidad de 0,9 y 0,8 respectivamente).

En 1999 se registraron 385.633 casos de enfermedad diarreica aguda (tasa de 3.470 por 100.000 habitantes) y 3.244 defunciones (29,2 por 100.000) por esta causa. En el año 2000 la morbilidad presentó un incremento de 21,6% en relación con 1999, registrándose 468.981 casos (4.220 por 100.000). La letalidad descendió de 8% en 1995 a 3,5% en 1997 y a 0,8% en 1999. No se cuenta con datos nacionales que permitan discriminar el origen de la enfermedad diarreica aguda, ni tampoco con datos por sexo. En 1999 los menores de 5 años fueron los más afectados, con 61,8% de los casos (238.434 casos); la mortalidad fue mayor en este grupo, con tasas de 695 por 100.000 en menores de 1 año y 302 por 100.000 en niños de 1 a 4 años. En 2000, los menores de 5 años fueron nuevamente el grupo más afectado, con 294.588 casos (62%). Los departamentos con tasa de mortalidad más alta por enfermedad diarreica aguda en menores de 1 año fueron El Progreso (271 por 10.000 menores de 1 año), Quiché (117), Santa Rosa (113) y Chiquimula (109).

En el año 2000 las enfermedades transmitidas por alimentos fueron la segunda causa de morbilidad del país, con 469.705 casos; ese año también se observó un incremento de 115% en los casos notificados de intoxicaciones alimentarias (1.061) con respecto a 1999 (492). Hubo siete brotes de intoxicación alimentaria: uno en Totonicapán, donde se produjo la contaminación de alimentos por *Bacillus cereus* (182 casos); tres en Guatemala, en la Academia de Policía, sin que se lograra identificar el agente causal (131 casos); uno en personal del Hospital San Juan de Dios, también sin identificación del agente causal (113 casos); uno en una empresa maquiladora en Villa Nueva (156 casos), y uno en Chimaltenango, debido a la contaminación de productos lácteos por *Staphylococcus aureus* (12 casos). Los alimentos más frecuentemente involucrados fueron las carnes, los lácteos y las hortalizas crudas, y los principales agentes identificados, *Staphylococcus aureus*, *Salmonella*, *Shigella*, *Vibrio cholerae* y *Escherichia coli*. El Ministerio cuenta con un laboratorio especializado para identificar a los agentes responsables de las intoxicaciones. En 1999, 17 áreas de salud notificaron 212 casos de tifo-

dea. Seis de estas áreas aportan 80% del total de casos: Santa Rosa (21,4%), Suchitepéquez (20,4%), Sacatepéquez (11,7%), Quetzaltenango (9,2%) y Escuintla (9,2%).

Enfermedades crónicas transmisibles

Tuberculosis. Guatemala tiene una alta incidencia de tuberculosis. La estrategia DOTS (tratamiento breve bajo observación directa) se aplica en el país desde 1991 a nivel nacional, con una cobertura real cercana a 70%. El departamento con mayor incidencia es Escuintla (tasa de 60,6 por 100.000 habitantes), y el de menor incidencia Chimaltenango (5,1 por 100.000). En 1999 se registraron 2.820 casos de tuberculosis, 2.597 pulmonares (87,1%), de los cuales 2.264 presentaron baciloscopia positiva. El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 34 años, que representó 21% del total de casos de 1999 (52% en el sexo masculino). En el año 2000 se registraron 2.274 casos de tuberculosis, 46,6% en mujeres y 324 en menores de 10 años. El diagnóstico de formas pulmonares fue de 92,7%, y de ellos 79,8% se efectuaron por baciloscopia. En los últimos años no se alcanzó la meta anual de pesquisa de sintomáticos respiratorios, que ha oscilado entre 2,8% (1997), 4,2% (1998) y 3,9% (1999). El número de baciloscopias por sintomático respiratorio ha sido, en promedio, una muestra por cada uno. En 1999 el porcentaje de éxito en los tratamientos fue de 79%, con variaciones en las áreas de salud que van de 95% en Ixcán, a 53,6% en Quiché; el abandono fue de 9%, con variaciones de 37,1% (Quiché) a 1,7% (Zacapa). En 1999, el control de calidad de baciloscopias realizado por el Laboratorio Nacional de Salud indicó un nivel de concordancia diagnóstica de 97,9% sobre un total de 833 muestras examinadas. Desde 1992, el Programa Nacional de Tuberculosis del Ministerio realiza estudios de seroprevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a los pacientes tuberculosos que autorizan el estudio, y en 1998, de 38,1% muestras tomadas, 4,6% resultaron positivas. De acuerdo con el Programa Nacional de SIDA, la seroprevalencia de VIH en pacientes tuberculosos del Hospital Rodolfo Robles fue de 5% en 1997 y de 9,3% en 1998. En 1999, de 804 muestras tomadas, 41 resultaron positivas al VIH. No se han realizado estudios de resistencia a las drogas antituberculosas, pero están en tratamiento alrededor de 30 pacientes multirresistentes, que son atendidos en forma centralizada en el Hospital Rodolfo Robles de la capital.

Lepra. A comienzos de 2001 solo se habían registrado 27 casos de lepra a nivel nacional, que se encontraban bajo tratamiento. Existen problemas de notificación, ya que el hospital que atiende a los pacientes en el nivel nacional no informa al SIGSA.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas constituyeron la primera causa de morbilidad y mortalidad en el país; en 1999 se registraron 1.019.247 casos y 228.762 casos de neumonía, con 11.082 defunciones. La neumonía fue la primera causa de mortalidad entre

los menores de 1 año (10,6 por 1.000 menores de 1 año); 63% de los casos y 50% de las defunciones se registraron en menores de 5 años. Petén Sur Oriente informó la mayor tasa de incidencia (211,2 casos por 100.000) y Quetzaltenango la más baja (28,3 por 100.000). En el año 2000 se registraron 1.341.873 casos de infecciones respiratorias agudas y 234.328 de neumonía.

Zoonosis

La rabia se mantiene como enzootia en todo el territorio nacional. Se registraron dos casos de rabia humana en 1999 y seis en 2000 en las áreas de Sololá (un caso), Quetzaltenango (cuatro casos) y Jutiapa (un caso), todos en hombres de 3 a 25 años de edad. El período promedio transcurrido desde la agresión a la muerte fue de 37 días y, de los seis casos notificados, tres recibieron tratamiento profiláctico con vacuna CRL (cerebro de ratón lactante) y suero antirrábico, pero tardíamente; los tres casos restantes acudieron a la consulta cuando ya manifestaban síntomas de la enfermedad. Se notificaron 13.207 y 15.053 personas mordidas por animales sospechosos en 1999 y 2000 respectivamente; en esos años se registraron 141 y 143 casos de rabia en animales, respectivamente. En 1999 se estudiaron 272 cerebros de animales con un índice de positividad de 52% y en 2000, 414, con una positividad de 35%. La vigilancia de laboratorio en el año 2000 se incrementó 52% en comparación con 1999. En 21 de las áreas de salud del país (84%) se ha documentado la presencia del virus de la rabia durante tres años consecutivos (1998 a 2000), con excepción de tres áreas que en el 2000 no realizaron vigilancia de laboratorio (Baja Verapaz, Petén Sur Occidental e Ixcán). En ese último año, en 19 departamentos se presentaron 118 casos en animales. En la frontera con Belice se caracterizaron casos en cerebros de bovinos, un virus de vampiro y otro de zorrillo Baja California Sur. En el año 2000 se detectó la especie *Desmodos rotundus* en casi todo el territorio nacional. En 10 departamentos se notificaron mordeduras de murciélagos en humanos. La cobertura de vacunación canina fue de 66% en el año 2000.

En 1999 la tuberculosis bovina y la brucelosis presentaron una prevalencia de 3,5% y 3,0% respectivamente. Se sabe que se produjeron casos de encefalitis equina en la costa sur durante la época lluviosa. Asimismo, hay datos que indican que la prevalencia de teniasis es de 30% en algunas localidades, pero se requieren más estudios sobre este problema. En 1998 la neurocisticercosis fue la primera causa de síndrome convulsivo en la consulta del IGSS, en la población escolar menor de 14 años. La mayoría de la población compra y cocina derivados de cerdos sacrificados clandestinamente y no hay control veterinario en los rastros. La estomatitis vesicular en bovinos es endémica en el país; el serotipo más identificado es el New Jersey. El país se mantiene sin fiebre aftosa, pero la vigilancia del Ministerio de Agricultura se redujo.

VIH/SIDA

En 1984 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social notificó el primer caso de SIDA en Guatemala. La epidemia sigue es-

tando concentrada en poblaciones urbanas y en grupos tradicionalmente considerados de alta vulnerabilidad. Al 30 de junio de 2001 se habían notificado oficialmente 4.197 casos (tasa de 35,9 por 100.000 habitantes) y se reconoce un potencial subregistro de 50%. El 74% de los afectados son hombres; el grupo más vulnerable es el de 15 a 49 años, con 87% de los casos; le sigue el de mayores de 50 años, con 8%. En 1986 la relación era de 6,5 hombres por cada mujer y en el año 2000 la diferencia se redujo a 2,1 hombres por mujer (figura 5). Hasta 1999 se conocían 141 casos de transmisión madre-hijo. La incidencia de SIDA fue de 266 en 1999 y de 316 en 2000. Cerca de 50% de los casos pertenecían a los dos estratos más pobres. Hacia junio de 2001 el departamento de Guatemala había notificado 51% del total de casos a escala nacional (80,1 por 100.000 habitantes); le siguen Quetzaltenango con 8% (49,3 por 100.000), Escuintla y Suchitepéquez con 6% cada uno (47,4 y 63,7 por 100.000, respectivamente) e Izabal con 5% (66,4 por 100.000). Las vías de transmisión más frecuentes desde 1984 hasta 1999 han sido: sexual (93,5%), vertical (4,1%) y sanguínea (2%).

En 1998 la seroprevalencia de VIH notificada por representantes del ejército era de 0,3 por 100.000, cifra similar a la del resto de la población: el último estudio realizado en reclutas se hizo en 1994 y reflejó una seroprevalencia de 0,5%. En 1998 los resultados de estudios de seroprevalencia en trabajadoras del sexo fueron: Ciudad de Guatemala 4,7% (470 muestras), Puerto Barrios y Morales en el Departamento de Izabal con 11,1% y 8,7% respectivamente (117 y 46 muestras) y Escuintla con 2,4% de seroprevalencia (204 muestras). En 1996, de 3.422 pacientes tuberculosos en tratamiento, 33,8% (1.149 personas) aceptaron realizarse la prueba de VIH, y 5,5% resultaron seropositivos (63 casos). En 1998, en Quetzaltenango, la seroprevalencia de VIH en pacientes con tuberculosis fue de 9,8%. No hay información sobre la infección por el VIH/SIDA en grupos étnicos, aunque se han notificado casos de SIDA en mayas. Según datos del Programa Nacional de SIDA correspondientes a 1998, los bancos de sangre de cinco centros asistenciales indicaron índices de seroprevalencia mantenidos por debajo de 0,5%.

Infecciones de transmisión sexual

Los casos notificados de sífilis fueron 513 en 1999 y 355 en 2000. En 1999 se registraron 10.681 casos de uretritis/secreción vaginal y 11.487 casos en 2000.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La disponibilidad de alimentos es limitada, pues el aumento de la producción alimentaria total en términos absolutos no logra compensar el crecimiento de la población. En efecto, la producción per cápita se mantiene estática y ello se traduce en un déficit promedio per cápita de 200 kcal diarias. El 46% de los menores de 5 años presentan algún grado de desnutrición proteinoenergética crónica (indicador de talla para la edad), y entre los menores de 3 años, 50,3% padecen deficiencia nutricional crónica. La prevalencia de desnutrición global (peso para la edad) es de 24% en los

menores de 5 años y de 26% en los menores de 3 años, mientras que la prevalencia de desnutrición crónica (talla para la edad) en menores de 5 años para 1987, 1995 y 1999 tendió a disminuir; sin embargo, en 1987 las brechas según área de residencia fueron de 47% para la zona urbana y 62% para la rural, en 1995 fueron de 35% y 57%, respectivamente, y en 1999, de 32% y 54%. En esos mismos años, la prevalencia de la desnutrición crónica según grupos étnicos fue de 71,7% en indígenas y de 48,2% en ladinos (no indígenas) en 1987; 67,8% y 36,7% en 1995, y 67,3% y 34,1% en 1998 y 1999. En el grupo indígena la situación no varió entre 1995 y 1998–1999. La deficiencia de vitamina A fue de 15% en preescolares (niveles de retinol sérico $\leq 20 \mu\text{g/dl}$). Se tomaron medidas de suplementación y fortificación del azúcar con vitamina A. La deficiencia de hierro (anemia en niveles de Hb $\leq 12 \text{ g/dl}$) afectaba a 35,4% de las mujeres en edad reproductiva, 39,1% de las embarazadas y 34,9% de las no embarazadas. En los grupos extremos de edad del ciclo reproductivo el problema de anemia es mayor, y se agudiza en las jóvenes de 15 a 19 años (43,2%). La prevalencia de anemia (niveles de Hb $\leq 11 \text{ g/dl}$) en niños de 1 a 5 años fue de 26%.

Neoplasias malignas

El cáncer de los órganos reproductivos de la mujer representa 42% de todas las neoplasias de ambos sexos. Según datos del SIGSA, en 1999 se registraron 452 casos y 240 defunciones por cáncer cervicouterino. Se realizaron 214.832 citologías exfoliativas, y de ellas, 2.571 (1,2%) resultaron positivas. Del total de exámenes citológicos, 55% los realizó una organización no gubernamental denominada APROFAM; 17% el IGSS; 17% el Ministerio, y 11% el Instituto Nacional del Cáncer. El cáncer de mama ocupa el tercer lugar de todos los cánceres y el segundo en la mujer.

Accidentes y violencia

En 1999 se registraron 2.741 muertes producidas por accidentes (5,1% del total de defunciones), con una tasa de mortalidad de 16 por 100.000 habitantes; 384 defunciones por suicidio (0,7% del total de muertes) y 1.774 por homicidio (3,3% del total). La forma de registro actual no permite discriminar el tipo de accidente ni su causa.

Trastornos mentales y del comportamiento

Estudios de morbilidad por demanda satisfecha en servicios de salud mental en las áreas de salud muestran como primeras causas de consulta la depresión (29%), la psicosis (16,4%), los trastornos somatotróficos (14,5%), los trastornos de ansiedad (12,3%) y la epilepsia (11,4%). Se han efectuado estudios cualitativos para valorar los efectos de la violencia política que sufrió el país por más de tres décadas y se demostró el incremento de trastornos psíquicos y otros problemas psicosociales.

Enfermedades emergentes y reemergentes

Se documentaron cinco casos de leptospirosis en el año 2000, lo que equivale a una disminución de 29% (dos casos menos que

en 1999). Las áreas que detectaron esta enfermedad mediante el envío de muestras de laboratorio fueron Guatemala, Escuintla, Izabal y Zacapa (16% del total de áreas). No fue posible determinar la serovariedad de leptospira. Los casos diagnosticados en 2000 no se detectaron por vigilancia de laboratorio sino porque, debido a un brote de dengue hemorrágico, se les realizó la prueba para leptospirosis a los casos negativos.

En ese mismo año, se notificaron 126 casos de meningitis, en 4 de ellos se trataba de meningitis meningocócica y todos fueron notificados por 14 áreas de salud; 68% afectaron a menores de 5 años. Se presentó un brote de meningitis en una sala de recién nacidos de un hospital, aislándose *Serratia marcescens*. De 1998 a 2000 la notificación anual se mantuvo con 140 casos en promedio en todo el país.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La Constitución de la República reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental y un bien público por el que deben velar todas las personas e instituciones del país. Se definen en ella los componentes de la salud: atención a las personas, protección ambiental, participación comunitaria, producción y distribución de alimentos, medicinas y productos químicos, y coordinación interinstitucional. Se define también la seguridad social como una función pública de carácter nacional, unitaria y obligatoria. Los Acuerdos de Paz constituyen otro instrumento de política pública que sustenta la reforma del sector salud y la extensión de la cobertura.

El Código de Salud aprobado en noviembre de 1997 establece que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ejerce formalmente la rectoría del sector salud, entendida como la “conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud en el ámbito nacional”, que constituye la base jurídica para el desarrollo de una reforma sectorial capaz de trascender las instituciones públicas. El Código establece asimismo la obligación del Ministerio de proveer asistencia sanitaria gratuita a las personas que carezcan de medios, e incluye la participación de entidades no gubernamentales en la provisión de los servicios públicamente financiados, en el marco del proceso legal de extensión de cobertura a las comunidades postergadas.

La política del Ministerio para aumentar la cobertura se centró en la implementación del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS). Las Políticas de Salud 2000–2004 contemplan: a) la salud integral de la familia; b) la salud de los pueblos mayas, garífuna y xinka, centrada en la mujer; c) la salud de la población migrante y el fortalecimiento de la salud integral de otros grupos; d) la ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud con calidad y sustentabilidad; e) el saneamiento básico y ambiental; f) el acceso a medicamentos esenciales y medicina tradi-

cional; g) la distribución estratégica de los recursos humanos; h) el desarrollo, desconcentración y descentralización institucional; i) la coordinación intra e intersectorial; j) el mejoramiento y optimización de la cooperación externa, y k) la ampliación del financiamiento del sector salud.

La reforma del sector salud

Como establece el Plan Nacional de Salud 2000–2004, el propósito de la reforma sectorial es la transformación integral del modelo de producción social de la salud, que incluye el mejoramiento de la eficiencia y equidad de la prestación de servicios. Sus objetivos específicos son: a) extender las coberturas de los servicios básicos de salud enfocándolos a los más pobres; b) aumentar el gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento del sector, asegurando su sustentabilidad; 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; e) generar una respuesta social organizada, con amplia base de participación social y comunitaria. Se hace hincapié en la organización de los servicios financiados públicamente para la extensión de cobertura a la población rural que no tiene acceso a ellos. En 1996 se estimó en 46% la población no cubierta con servicios de salud, y entre 1997 y 2000 la cobertura se incrementó a 35% de la población total. La estrategia utilizada se basó en una alianza entre el Gobierno, a través del Ministerio, y las organizaciones no gubernamentales, según la cual el primero fijó las normas y asignó los fondos y las segundas aportaron el personal entrenado y la infraestructura, y requirió la definición de un paquete básico de servicios. Dentro de estos perfiles funcionales están las prestadoras de servicios de salud (PSS), que ejecutan fondos públicos para la entrega directa de servicios de asistencia sanitaria, y las administradoras de servicios de salud, que disponen de la ejecución de los fondos para los esfuerzos de ampliación de cobertura realizados directamente por establecimientos públicos de salud. Entre 1996 y 1999 la reforma permitió la creación de nuevos espacios y relaciones entre el Estado y la sociedad civil, fortaleciendo así la integración de las comunidades al proceso de producción social de la salud. En 1997 se inició un movimiento de descentralización presupuestaria del Ministerio y se autorizó a las jefaturas de las áreas de salud a ejecutar sus recursos financieros. El Ministerio y el IGSS celebraron en 1997 un convenio para ampliar la cobertura de servicios de salud y elevar la calidad de la atención.

El Acuerdo de Creación de Consejos Nacionales para el Manejo de Desechos Líquidos y Sólidos brindó las bases jurídicas para la vigorización de las intervenciones de saneamiento ambiental y de las competencias y atribuciones en materia de saneamiento básico rural, que fueron asumidas por el Instituto Nacional de Fomento Municipal, al que también se transfirieron los proyectos con financiación externa contratados por el Ministerio. Los principales problemas que afronta este sector son: a) un marco insti-

tucional inadecuado y la confusión de políticas y mecanismos de planificación; b) poca capacidad técnica y administrativa de los proveedores de servicios, junto con una deficiente ejecución de proyectos; c) servicios no sustentables debido a la inadecuación de las tarifas, y d) participación limitada de usuarios, lo que influye en la voluntad de pagar por el servicio.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El sistema de salud está integrado por tres grandes sectores: privado lucrativo, privado no lucrativo y público. Tradicionalmente desvinculados entre sí, presentan relaciones nuevas en el marco de la reforma sectorial. El sector público está encabezado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que, como ya se señaló, es el responsable de ejercer la rectoría del sector y uno de los principales proveedores directos de servicios a la población abierta. Otros proveedores públicos atienden a grupos específicos: sanidad militar y hospital de la Policía Nacional. El IGSS cuenta con una red propia de servicios con la que cubre a los trabajadores afiliados al régimen, sobre todo en la capital y la costa sur del país, y es una institución autónoma que se financia con las contribuciones obligatorias de trabajadores y patrones. El sector privado no lucrativo está integrado por organizaciones no gubernamentales, que son cerca de 1.100, 82% nacionales; de ellas, 18% realizan acciones de salud principalmente preventivas (80%) y de prestación de servicios clínicos (20%). Los departamentos con mayor presencia de organizaciones no gubernamentales en salud son Sololá, Chimaltenango, Alta Verapaz, Quiché, Totonicapán, San Marcos y Chimaltenango, que tienen alta concentración de población indígena y rural. El sector privado lucrativo presta servicios a través de compañías de seguros, servicios médicos prepagados, centros médicos u hospitales, clínicas y establecimientos particulares, tanto en la capital del país como en otros centros importantes del interior. La mayor parte se concentran en la capital y su fuente de financiamiento es mayoritariamente el pago directo del usuario. La desconcentración de los servicios públicos se realiza mediante las direcciones departamentales adscritas a un ministerio de línea, con atribuciones de manejo presupuestario bajo el esquema de fondos rotativos. El actual Gobierno (2000–2004) promueve un modelo de descentralización de la administración pública basado en el traslado de competencias a las municipalidades, pero aún no se dispone del marco jurídico, metodológico e instrumental para aplicarlo.

Legislación sobre salud

Su propósito es asegurar la viabilidad y puesta en práctica del proceso de cambio iniciado con la reforma del sector salud. El Consejo Nacional de Salud es el ente asesor del Gobierno y del Ministerio en cuestiones de salud. Regula el funcionamiento de los servicios de salud y su infraestructura, en relación con la for-

mación y utilización de los recursos humanos y las redes de asistencia sanitaria, incorporando la promoción y protección de la salud como aspectos específicos y prioritarios. Entre las piezas legales más importantes ya sancionadas se cuentan: la ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar; las reformas al Código de Salud relacionadas con medidas antitabáquicas (en la actualidad el Ministerio trabaja en la elaboración de un reglamento para su aplicación), y la creación en 1997 del Programa de Acceso a Medicamentos (PROAM), que establece el fundamento legal para el establecimiento de farmacias estatales, farmacias municipales y los puntos de venta sociales de fármacos (se han establecido convenios con el Ministerio para la provisión de medicamentos a los Botiquines Rurales, que se encuentran bajo la responsabilidad de promotores de salud); la Ley de Accesibilidad a los Medicamentos, y la Ley General para el Combate del VIH, que procura fortalecer el componente relacionado con los derechos humanos de los pacientes VIH positivos y los enfermos de SIDA.

La violencia intrafamiliar está enmarcada en los compromisos adquiridos por el Estado, que se traducen en: 1) una ley para prevenir sancionar y erradicar la violencia, y su reglamento; 2) la creación del Foro Nacional de la Mujer y la Defensoría de la Mujer Indígena; 3) el establecimiento de la Secretaría Presidencial de la Mujer; 4) la creación de la Coordinadora Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar (CONAPREVI); 5) la creación de la boleta única de información de violencia intrafamiliar (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social), que por ley deberán utilizar todas las instituciones; 6) el agregado a partir de 1999 de una información mensual de los servicios en relación con la violencia familiar por edad y sexo en el SIGSA, y 7) estudios sobre la “ruta crítica” que siguen las mujeres para la atención de la violencia intrafamiliar.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

La acción reguladora del Ministerio en el sector privado tiene especial importancia para asegurar el control de la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos y productos afines. Para realizar ese control se creó el Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines del Ministerio, que a su vez se apoya en el Laboratorio Nacional de Salud, donde se realizan análisis fisicoquímicos y microbiológicos. El Informe de Auditorías Técnicas a la Industria Farmacéutica del año 2000 señala que solo 30% de los laboratorios cumplen con los lineamientos estipulados en las normas de buenas prácticas de manufactura. En 1999 se aprobó el reglamento para asegurar la inocuidad de los alimentos, en forma conjunta por los Ministerios de Salud y de Agricultura.

La certificación del ejercicio de los profesionales médicos la realiza el Colegio de Médicos y Cirujanos en el momento de la graduación, mientras que la certificación de “colegiado activo” es un requisito para la incorporación del profesional a las actividades laborales relacionadas con su profesión. No existe un pro-

ceso de recertificación que evalúe la competencia técnica de los profesionales.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud y prevención de enfermedades

Estos servicios comprenden la promoción de la salud, que incluye la de ambientes saludables (municipios, escuelas, otros) y la comunicación social; los programas de prevención y control de enfermedades, y los sistemas de análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública.

Agua potable y alcantarillado

La información disponible sobre los servicios de agua potable y alcantarillado en 1995 mostró que la cobertura de agua fue de 92% en la zona urbana y de 54% en la rural, y la de saneamiento fue de 72% y 52% respectivamente. Hay 16 plantas de tratamiento de aguas residuales en el área metropolitana, de las que solo funcionan cuatro. De las 329 municipalidades restantes, 286 cuentan con red de alcantarillado y solo 15 tienen ese tipo de plantas de tratamiento, el resto realizan las descargas sin tratamiento a los cuerpos receptores, lo que indica que alrededor de 4,0 millones de habitantes no tienen acceso a agua potable y cerca de 4,2 millones carecen de toda solución de tratamiento.

Manejo de residuos sólidos municipales y contaminación del aire

La disposición de desechos sólidos en la zona urbana corresponde en 47% a servicios de recolección, 29% quemar o enterrar la basura y 25% no cuentan con ningún servicio de disposición final de desechos, mientras que en la zona rural solo 4% cuentan con servicio de recolección, 50% quemar o entierran la basura y 46% no tienen ningún tipo de disposición final. La basura recolectada en ambas zonas se vuelca en vertederos sin ningún tratamiento posterior.

Se han dictado normas para la importación de gasolina sin plomo (máximo 0,13 gramos de plomo/litro).

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

En 1999 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contaba con 1.352 establecimientos de salud, de los cuales 43 eran hospitales (17 departamentales, 10 distritales, 7 regionales, 6 especializados y 3 generales de referencia). Había 29 centros de salud del tipo A, 234 centros de salud del tipo B, 973 puestos de salud, 48 centros de urgencias periféricas y 15 maternidades cantonales. Existe gran concentración de recursos en el área metropolitana, con una relación cama/habitante de 2,1 por 1.000, con un promedio nacional de 1,0. En algunos departamentos del

altiplano occidental esta razón es de 0,04 por 1.000 habitantes. El Ministerio cuenta con 5.094 camas en el país, distribuidas de la siguiente forma: 1.704 de medicina general, 897 de pediatría, 1.115 de cirugía, 898 de maternidad y 480 de especialidades. En siete áreas de salud, más de un tercio de los usuarios tienen que recorrer 12 kilómetros en promedio, o caminar más de dos horas para llegar al servicio más cercano. Se estima que 30% de los establecimientos del primer nivel requieren reconstrucción y renovación de equipamiento.

El IGSS cuenta con 24 hospitales, 30 consultorios, 18 puestos de primeros auxilios y 5 salas anexas en hospitales nacionales. De ellos, 6 hospitales y 11 consultorios están en el departamento de Guatemala. Existen 2.447 camas disponibles con 1,4 camas por cada 1.000 derechohabientes.

Servicios especializados

Atención del adulto mayor. La oferta de servicios de salud para el adulto mayor por parte del Ministerio es escasa, si bien se iniciaron las diligencias para organizar el Programa de Atención Integral en Salud al Adulto Mayor. La respuesta del Estado y la sociedad a este grupo de edad es débil. En 1996 se promulgó una ley cuya instrumentación no ha podido hacerse efectiva. Se está trabajando en la revisión de la legislación y en la preparación de su reglamento. El IGSS cuenta con el programa de mayor envergadura nacional para la atención a los jubilados de esa institución, mediante el Centro de Atención Médica Integral a Pensionados.

Servicios de salud mental. Para el año 2000 el Programa Nacional de Salud Mental, entre cuyos objetivos básicos se encuentra la descentralización de los servicios especializados y su inserción en la atención primaria en salud (APS), dispensa algunos de estos servicios, que funcionan en 10 departamentos del país y 14 centros de salud de la capital, ya que antes estaban casi todos en la capital y en el nivel hospitalario. Ese año, el Ministerio brindó 72.559 consultas externas de psiquiatría y psicología; de estas, 28% se ofrecen en centros de APS. En Ciudad de Guatemala hay un Hospital Público Psiquiátrico, con 360 camas. Otros seis hospitales nacionales disponen de unidades de salud mental. El IGSS cuenta con una unidad de psiquiatría con 30 camas y trabaja en la creación de un Programa de Salud Mental. A fines de 2000, a escala nacional trabajaban 60 psiquiatras en el sector público (Ministerio e IGSS).

Insumos para la salud

Los medicamentos se comercializan en una red de farmacias públicas y privadas. Hay 2.039 farmacias privadas y 382 puntos de expendio de medicamentos, y en el sector público hay 32 farmacias estatales, 50 expendios municipales, 423 expendios sociales y 761 botiquines rurales. El país cuenta con 1.200 farmacéuticos y 1.400 técnicos en farmacia. Existen 85 laboratorios nacionales fabricantes de medicamentos y dos extranjeros y cua-

tro laboratorios de control de calidad: uno oficial y tres privados. En 1999 el gasto en medicamentos del Ministerio fue de US\$ 17.073.649, el del IGSS fue de US\$ 24.000.000 y el del sector privado, de US\$ 129.803.326. En 1997 se estableció un sistema de negociación conjunta de precios para la adquisición de medicamentos entre el Ministerio, el IGSS y el Centro Médico Militar. Con los precios obtenidos se logró una optimización del presupuesto asignado en medicamentos de 65% para el Ministerio y de 23% para el IGSS. Existen superposiciones en la cobertura de la población. Las organizaciones no gubernamentales y el Ministerio están orientadas a la población abierta, sin exclusiones; los criterios de exclusión los aplican únicamente los proveedores privados (recibe servicios quien pueda pagarlos) y el IGSS (reciben servicio los afiliados y sus dependientes con derecho a ellos). A fines de 1998 un estudio puso de relieve que de 84 servicios evaluados 34 (42,5%) contaban en el momento de la visita con existencias de más de 80% de medicamentos trazadores; los 50 restantes tenían variaciones de existencia entre 70% y 79%, y de menos de 60%.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso

La tasa de médicos por habitantes es de 9 por 10.000 y en el año 2000 la formación anual no superaba los 200 nuevos profesionales egresados de la universidad estatal y las privadas. La relación enfermero profesional/médico es de 1 a 3 y de enfermero profesional/auxiliar de enfermería es de 1 a 14. De los 21.996 funcionarios contratados por el Ministerio, 92% son presupuestados, 5% supernumerarios (sin plaza fija) y 3% contratados por planilla. En 1996 el SIAS incorporó personal comunitario que incluyó más de 11.500 guardianes de salud, 1.972 parteras tradicionales y 604 facilitadores comunitarios. Se observa una concentración en la zona urbana en la distribución de los recursos humanos en salud, con una relación para los médicos de 4 a 1 urbano/rural y para los enfermeros profesionales de 3 a 2. De los 1.225 médicos que trabajan para el Ministerio, 46% lo hacen en el área metropolitana y 54% en los 21 departamentos restantes. Esta distribución discrepa con la mayor concentración de la población en la zona rural (65%), donde las personas son atendidas en el primer nivel por médicos ambulatorios, técnicos de salud rural, auxiliares de enfermería, comadronas, facilitadores comunitarios y vigilantes de salud. Las categorías profesionales están distribuidas en mayor número en hospitales (71%).

De los 10.700 trabajadores del IGSS, 15% son médicos y 37% pertenecen a otras categorías profesionales y técnicas de salud y su orientación es predominantemente curativa; el restante 48% son empleados administrativos. La distribución de los enfermeros es muy similar a la de los médicos. Todas las áreas de salud del Ministerio cuentan con un profesional con funciones de epidemiólogo, con diverso grado de formación o capacitación.

Formación del personal de salud

Hay en el país 80 especialistas en salud pública con grado de maestría, número reducido en relación con las necesidades. Se espera que esta situación mejore con la Maestría en Salud Pública que imparte desde 1995 la Universidad de San Carlos de Guatemala y la Maestría en Salud Pública con orientación en epidemiología y gerencia que ofrece la Universidad Rafael Landívar desde 1999. Hay 450 jóvenes guatemaltecos que estudian medicina familiar en Cuba y, bajo la regulación de la Oficina Nacional de Recursos y Métodos para Auxiliares de Enfermería, funcionan cinco escuelas nacionales de auxiliares de enfermería públicas y unas 25 con carácter privado en las que se gradúan 800 recursos anualmente. Personal técnico de los campos de radiología diagnóstica, laboratorio clínico, saneamiento ambiental, salud rural, citología exfoliativa y terapia física ha sido formado en escuelas adscritas al Ministerio en número aún insuficiente.

Gasto y financiamiento sectorial

En 1999 el gasto en salud representó 2,8% del PIB. Los hogares fueron la fuente más importante de financiamiento de la salud (42,9%), seguidos por el Gobierno (27,3%), las empresas (22%) y la cooperación externa (7,8%). Se advierte una tendencia moderada al aumento de agentes privados o no gubernamentales. La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares (ENIGFAM) 1998–1999 reflejó que el gasto en salud alcanzó un valor mensual de US\$ 45 millones. Su peso sobre el ingreso mensual de los hogares fue en promedio 6,4%. El valor anual del gasto en salud ascendió a US\$ 630 millones. La ENIGFAM indicó que los hogares destinan 31,7% a la compra de medicamentos, 16% a servicios médicos ambulatorios y 10% a servicios hospitalarios. El rubro más importante son las contribuciones al IGSS que provienen del 25% de la PEA. Además, esto constituye 38% del gasto en salud de los hogares. El aseguramiento privado apenas ocupó 0,4% del gasto total. Al decil de hogares de ingresos más elevados corresponde 30% del gasto en salud; a estos hogares corresponde casi la totalidad del gasto en seguros privados; 42% del gasto en aparatos; 39% del gasto en servicios hospitalarios, y 38% de los gastos ambulatorios. Los patrones de gasto son diferentes entre la población de mayores y menores ingresos: las segundas recurren principalmente a la automedicación, lo que se refleja en 40% del gasto destinado a productos médicos y farmacéuticos. El 40% de las familias con menores ingresos únicamente aporta 6% del gasto total destinado al IGSS. En cambio, el decil de mayores ingresos contribuye a 30% de los ingresos del IGSS y a más de 90% del gasto en seguros privados.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

En el último quinquenio el monto de la cooperación técnica y financiera fue de US\$ 2.386,6 millones. De este total, 37,3% correspondió a la cooperación no reembolsable y 62,7% a la reembolsa-

ble. El 75,2% de la cooperación se destinó al apoyo del proceso de paz, 21,7% a otros programas y 3,1% al Programa de Reconstrucción y Transformación por el Huracán Mitch. El monto total desembolsado durante este quinquenio alcanzó a más de US\$ 1.600 millones, de los cuales 55,3% correspondieron a la cooperación reembolsable y 44,7% a la no reembolsable. Más de 59% de estos desembolsos se destinaron al Proceso de Paz. La tendencia de los desembolsos en el quinquenio fue de incremento, mejorando la ejecución de proyectos. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social estableció en su Plan Nacional 2000–2004, la Política de mejoramiento y optimización de la cooperación externa, estableciendo 12 comités de coordinación con los cooperantes de salud en tres niveles: político, técnico y operativo, en igual número de departamentos. En el nivel internacional, el país ha contribuido a impulsar el proceso de Integración Centroamericana en Salud.

En este quinquenio el Gobierno dio prioridad a la Cooperación Técnica entre Países, con especial énfasis en la cooperación cubana, que incorporó al sistema público a 488 profesionales de la salud, principalmente médicos, para la atención primaria en las comunidades más lejanas de Guatemala. Se están ejecutando proyectos de diversa índole, entre ellos, de medicina

transfusional y bancos de sangre con El Salvador; de agua y saneamiento en comunidades indígenas con El Salvador y Panamá; vigilancia de la calidad de agua con Ecuador; 10 proyectos entre Guatemala, El Salvador, Honduras, Belice, Panamá, Costa Rica y Cuba, dirigidos a la erradicación del sarampión; la inocuidad de los alimentos; de prevención y control de la rabia en municipios limítrofes de Belice y Guatemala; un sistema de información de agua y saneamiento; de seguridad alimentaria nutricional; de intercambio de experiencias en la prevención y control del VIH; de fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; de abordaje de las enfermedades emergentes y reemergentes, y contra la violencia intrafamiliar. Se han puesto en marcha otros proyectos con financiamientos del Reino Unido por intermedio de su Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) y del Organismo Sueco para el Desarrollo Internacional (OSDI), de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y de otros organismos internacionales. Guatemala promueve las reuniones del Triángulo Norte de Centroamérica, y adhiere a la Declaratoria de Esquipulas, Integración hacia el Siglo XXI. El país ha adoptado el Programa Mesoamericano de Cooperación 2000–2001, que se renovará cada dos años.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Guatemala, 1991–2000.

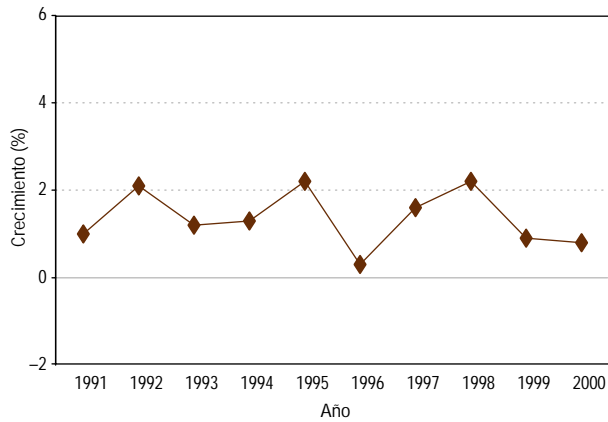


FIGURA 3. Tendencia de la mortalidad infantil, Guatemala, 1986–2000.

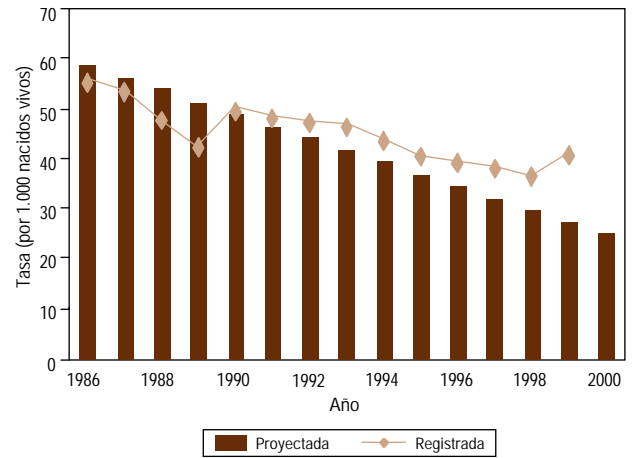


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Guatemala, 2000.

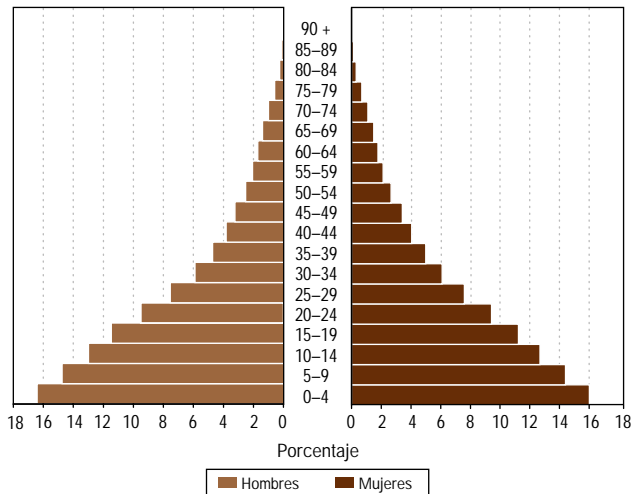


FIGURA 4. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año y en mujeres en edad fértil según vacuna, Guatemala, 2000.

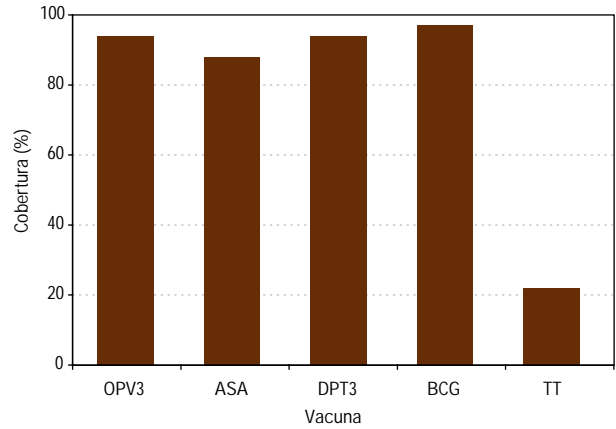
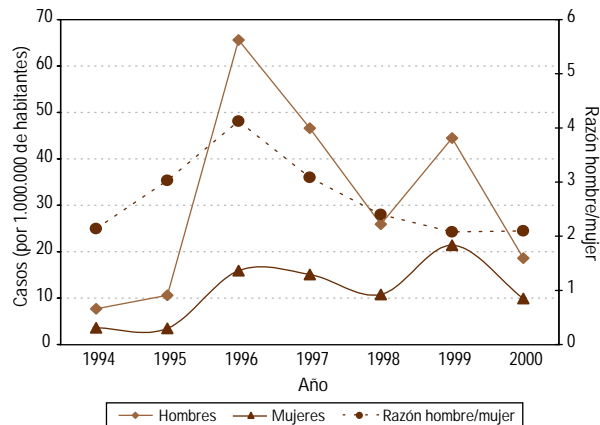


FIGURA 5. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Guatemala, 1994–2000.



GUYANA

CONTEXTO GENERAL

Guyana, país cuya superficie es de 215.000 km², se encuentra en la costa nordeste de América del Sur. Este antiguo territorio británico obtuvo su independencia en 1966 y en 1970 se convirtió en una república.

El país está dividido en 10 regiones administrativas, dirigidas por Consejos Regionales Democráticos que tienen a su cargo la prestación de servicios a la población bajo su jurisdicción. Guyana posee enormes recursos naturales y su economía está basada principalmente en la agricultura; el azúcar y el arroz son los principales rubros. El oro, la bauxita y la madera son también recursos importantes.

El último censo de población se llevó a cabo en 1991. Se estima que para mediados de 2000 la población era de 743.004 personas (figura 1), lo que representa una disminución de 32.133 habitantes con respecto a la cifra de mediados de 1997, de 775.137. La emigración ha desempeñado un papel importante en la reducción de la población. La Oficina de Estadísticas indica que en 1997 emigraron 16.316 personas, 15.292 en 1998 y 12.164 en 1999. Aproximadamente 9% de la población tenía menos de 5 años, 30% menos de 15 años y 6,7% más de 60 años de edad. Las mujeres representan 51% del total de la población y ellas constituyen 53% de la población de más de 60 años.

Según la Encuesta de las Condiciones de Vida, realizada en Guyana en 1999, 48% de la población (347.769 personas) es de ascendencia del Asia sudoriental. El otro grupo étnico relevante está compuesto por personas de ascendencia africana, que representan 27% de la población. Se calcula que los amerindios constituyen 6,3% de la población.

Alrededor de 30% de la población vive en zonas urbanas y del 70% que vive en las zonas rurales, 61% está radicado en la costa. En el interior del país la población es muy escasa. Según la Encuesta de Medición de los Niveles de Vida, realizada en 1992–1993, y la Encuesta de las Condiciones de Vida de 1999, la tendencia observada ha sido hacia una disminución de la urbanización. Esta tendencia podría atribuirse a que las actividades

basadas en los recursos naturales son las principales fuentes de trabajo e ingreso.

En 1999, la Encuesta de las Condiciones de Vida calculaba un total de 173.861 hogares, con un promedio de 4,2 ocupantes cada uno. Aproximadamente 31% de los jefes de familia eran trabajadores independientes y 38% realizaban un trabajo manual. La población económicamente inactiva se calcula en apenas 7% y, sin embargo, casi 50% de la población activa del país no realiza actividades remuneradas.

La alfabetización de adultos alcanzaba 98%, sin una distinción relevante entre los sexos. Para el período 1997–1998, la matrícula neta era de 95% en la escuela primaria y de 68% en la secundaria. La tasa de varones inscritos en la escuela secundaria alcanzó 67%, mientras que la correspondiente a las mujeres fue de 69%.

En 1999, el PIB per cápita era de US\$ 800. En general, Guyana registró un crecimiento económico positivo entre 1991 y 2000, a pesar de un crecimiento negativo en 1998 y a un crecimiento positivo débil al final del decenio (figura 2). Los contratiempos económicos pueden atribuirse a diferentes factores, entre ellos al fenómeno natural de El Niño (que produjo sequía en algunas regiones del país en detrimento de la producción agrícola) y a los bajos precios de los productos básicos en los mercados internacionales.

Los niveles de la deuda externa e interna de Guyana son altos. Aunque la deuda externa ha venido disminuyendo gracias a la condonación de la misma, en 1999 su monto se elevaba a US\$ 1.400 millones. La tasa inflacionaria subió de 4,1% en 1997 a 4,8% en 1998 y a 7,4% en 1999.

Según la Encuesta de las Condiciones de Vida, 36% de la población vive en condiciones de pobreza absoluta (menos de \$510 al año o menos de \$1,40 por día) y 19% vive en la pobreza crítica (menos de \$364 al año o menos de \$1 por día). Esto representa una reducción de los niveles de pobreza absoluta (43%) y de pobreza crítica (28%) con respecto a los datos de la Encuesta de Medición de los Niveles de Vida realizada en 1992–1993. En las zonas rurales del interior del país, 78% de la población vive en condiciones de pobreza absoluta y 71% en pobreza crítica. En las

zonas costeras, 40% vive en pobreza absoluta y 18% en pobreza crítica. Los niveles de pobreza absoluta en la ciudad de Georgetown y otras zonas urbanas han disminuido con respecto a la encuesta de 1992–1993, al igual que el número de personas que viven en pobreza crítica.

En 1997, el FMI y el Banco Mundial aprobaron la participación de Guyana en la Iniciativa de los países pobres sumamente endeudados. Según este convenio, Guyana recibirá fondos de alivio de aproximadamente US\$ 329 millones (valor neto actual) y un promedio de cerca de \$30 millones anuales, durante 20 años. Los fondos liberados como alivio de la deuda ha permitido la reasignación del gasto público hacia salud, educación y mitigación de la pobreza. Algunos de los objetivos del sector salud son el aumento de los gastos en medicamentos, mantenimiento y atención primaria de salud; cobro de honorarios a algunos usuarios; reorganización institucional del Ministerio de Salud, y reforma del sistema de prestación de asistencia sanitaria.

El borrador de la Estrategia Nacional de Desarrollo, preparado en 1996 y que proporciona el marco para el desarrollo durante el período 2001–2010, se revisó en 2000. Los objetivos de la Estrategia son alcanzar las mayores tasas de crecimiento económico posibles, eliminar la pobreza; lograr la unidad geográfica; redistribuir equitativamente en el territorio las actividades económicas, y diversificar la economía. Uno de los pilares de la Estrategia es la reforma de las instituciones del sector público y la intensificación de la reestructuración de los servicios públicos, proceso que comenzó en 1990. Como parte de esta reforma, dos entidades piloto —los Ministerios de Salud y de Educación— pasaron de un presupuesto lineal por rubros a un presupuesto por programas en el año fiscal 1997. Esta modalidad permite distribuir eficazmente los recursos entre los ocho programas del Ministerio de Salud.

La tasa bruta de nacimientos disminuyó de 26,1 por 1.000 habitantes en 1997 a 24,1 en 1998 y a 23,2 en 1999. La tasa bruta de mortalidad permaneció relativamente estable, en 6,8 por 1.000 habitantes en 1997, 6,5 en 1998 y 6,6 en 1999. La esperanza de vida al nacer también mantuvo un nivel estable al pasar de 64,4 años en 1997 a 64,8 en 1998 y a 64,4 en 1999. En 1998, la esperanza de vida al nacer se situaba en 61,5 años para los hombres y en 68,2 para las mujeres.

Mortalidad

Se registraron 5.616 defunciones en 1997, 5.302 en 1998 y 5.102 en 1999. Para ese mismo año, la razón de mortalidad hombre/mujer fue de aproximadamente 1,47. Muchas de las defunciones (18%) ocurrieron en el grupo de edad de 75 y más años, 16% en el grupo de 65 a 74 años y 14% en el de 55 a 64 años de edad. Entre los niños menores de 5 años se registraron 9,5% de las defunciones y 71% de estas ocurrieron en niños menores de 1 año. Se conocen las causas de 99% del total de las defunciones ocurridas en 1999.

En la figura 3 se presentan las tasas de mortalidad para el período 1995–2000, desglosadas por grandes grupos de causas y por sexo. Durante el período 1997–1999, las enfermedades del sistema circulatorio ocasionaron 34% de las defunciones, las enfermedades transmisibles 18%, las causas externas 13% y las neoplasias 7,9%. Las principales causas de mortalidad fueron la enfermedad cerebrovascular (12%), la enfermedad coronaria isquémica (10%), el SIDA (7,0%), las lesiones no definidas (6,6%), la diabetes mellitus (6,2%), las infecciones respiratorias agudas (6,0%), las enfermedades de la circulación pulmonar (6,0%), la hipertensión (4,8%), las infecciones intestinales (3,4%) y la enfermedad crónica del hígado (2,8%). Los datos de mortalidad muestran la preponderancia de las enfermedades crónicas no transmisibles, la continua importancia de enfermedades transmisibles como las infecciones respiratorias agudas y la carga cada vez mayor de las lesiones y del SIDA.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

En 2000, los niños menores de 5 años constituían 9,3% de la población. Se calcula que el número de nacidos vivos fue de 19.830 en 1997, 19.118 en 1998 y 17.093 en 1999. En más de 92% de dichos nacimientos estuvo presente algún profesional de salud capacitado y aproximadamente 90% de ellos ocurrió en un hospital del Gobierno o en un centro de salud. El porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer fue de 15% en 1997 y de 14% en 1998.

En 1997 la tasa de mortalidad infantil se calculaba en 26 defunciones por 1.000 nacidos vivos, y para 1998 en 23 defunciones por 1.000 nacidos vivos. Durante el período 1997–1999, la tasa de mortalidad neonatal fue, para cada año respectivo, de 13, 16 y 13 defunciones por 1.000 nacidos vivos.

En 1999 hubo 280 defunciones de niños menores de 1 año en comparación con 506 en 1997 y 422 en 1998. En el período 1997–1999, las principales causas de mortalidad fueron hipoxia (22%), infecciones intestinales (18%), otras afecciones perinatales (13%), infecciones respiratorias agudas (11%) y malformaciones congénitas (9,8%).

Entre los niños de 1 a 4 años de edad se produjeron 124 defunciones en 1997, 105 en 1998 y 116 en 1999. En este grupo, las infecciones y los traumatismos fueron factores relevantes de la mortalidad. Para el período 1997–1999, las principales causas de defunción fueron las enfermedades infecciones intestinales (21%), las infecciones respiratorias agudas (17%), las lesiones indeterminadas (13%), las malformaciones congénitas (6,7%) y las deficiencias nutricionales (4,6%).

En 1999, las principales razones para que un niño acudiera a la consulta externa de los hospitales y los centros de salud fueron

las infecciones respiratorias agudas (56%). Las afecciones de la piel (8,5%) y la escabiosis (4,8%) fueron otras enfermedades importantes. Entre los niños de 1 a 4 años, las infecciones respiratorias agudas (42%), los parásitos (13%), las afecciones de la piel (8,0%) y los accidentes (5,5%) estuvieron entre las principales causas para acudir a los servicios ambulatorios.

En 1999, de los 47.287 niños menores de 2 años que ingresaron a alguna clínica por lo menos una vez durante el año, 14% presentaba malnutrición moderada y 0,6% malnutrición grave. La prevalencia de malnutrición moderada en el grupo de 0 a 11 meses de edad (12%) es un poco menor con respecto a la del grupo de 12 a 13 meses de edad (15%). Solo 0,8% del grupo de 0 a 11 meses de edad y 0,4% del grupo de 12 a 13 meses de edad presentaban malnutrición grave.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

En 1999, los niños de 5 a 9 años de edad conformaban 12% de la población; en 2000, 9,3%. En 1999 ocurrieron 38 defunciones en este grupo de edad: 10 de ellas por causas externas, cuatro por accidentes de transporte, cuatro por lesiones no definidas, nueve por enfermedades transmisibles, seis por infecciones intestinales y cinco por neoplasias.

La Encuesta Nacional de Micronutrientes de 1997 registró el peso y la altura de 246 niños de este grupo de edad. Dicha encuesta reveló que 8,0% de los niños tenían retraso del crecimiento, 8,5% tenían bajo peso y 2,8% tenían exceso de peso.

La salud de los adolescentes (10–14 años y 15–19 años)

En 1999 y 2000, los adolescentes de 10 a 14 años de edad conformaban 11% de la población. En 1999 ocurrieron 445 defunciones en este grupo de edad. Dieciseis se debieron a causas externas, de las cuales los accidentes de transporte causaron cuatro. Los suicidios, los homicidios y las lesiones no definidas ocasionaron cada una tres defunciones.

La Encuesta Nacional de Micronutrientes de 1997 reveló que 18% de los 196 adolescentes de 10 a 14 años de edad censados tenían bajo peso y 5,1% exceso de peso. Más mujeres (6,9%) que hombres (3,2%) presentaban exceso de peso.

En 2000, el grupo de 15 a 19 años de edad representaba 10% de la población. La Encuesta de Actividad Física de 1999, con una muestra de 279 adolescentes de 15 a 19 años de edad provenientes de siete regiones del país, mostró que 11% sufría de bajo peso y 13% de sobrepeso. También reveló que las mujeres (17%) son más propensas al sobrepeso que los hombres (7,8%).

En 1998, 22% de los nacimientos ocurrieron en mujeres de 15 a 19 años de edad. En 1999, a este grupo de edad correspondió 24% de los nacimientos, y en 3% de ellos las madres tenían menos de 16 años. En 1999, de las personas que acudieron a los centros gubernamentales de planificación familiar, 12% tenía menos de 20 años.

En 1999, las principales causas de defunción entre las mujeres de 15 a 19 años de edad fueron el suicidio (18%) y el SIDA (13%).

Los accidentes de transporte, la diabetes y las lesiones no definidas totalizaron respectivamente tres defunciones cada uno. Para los hombres de ese mismo grupo de edad, las lesiones (26%), el suicidio (22%) y los accidentes de transporte (14%) fueron las causas principales de defunción.

En 1998 se llevó a cabo la Encuesta de Salud del Adolescente de Guyana entre un grupo de 1.396 estudiantes de secundaria, con edades comprendidas entre 10 y 18 años. Estos resultados no pueden extrapolarse a toda la población adolescente. Aproximadamente, 60% de los estudiantes encuestados indicaron que sus padres vivían juntos. Ocho por ciento dijeron que frecuentemente padecían de hambre por falta de comida en el hogar. Noventa por ciento de los encuestados habían tenido relaciones sexuales a los 15 años de edad. De la población sexualmente activa, 48% nunca había empleado métodos anticonceptivos. Entre los usuarios de métodos anticonceptivos, 40% no utilizó ninguno en su última relación sexual, 50% había utilizado un condón y 10% había recurrido al método del coitus interruptus o del ritmo. Diecinueve por ciento respondió haber sido víctima de abusos sexuales o de maltratos físicos.

Muchos de los adolescentes (96%) contestaron tener una salud buena, excelente o aceptable. Sin embargo, 22% no practicaban activamente el ejercicio físico, 61% nunca había tenido un examen médico y 48% nunca había visitado un dentista. La mayoría (86%) contestó que era feliz. Sin embargo, 13% había realizado una tentativa de suicidio y 3% lo había hecho más de una vez. Entre los factores de protección identificados en la encuesta se destacaron el amor de los padres, la comunicación con ellos, y la integración con la escuela.

La Encuesta Global sobre Tabaco y Juventud, realizada en 2000 entre la población de 11 a 16 años de edad, reveló que 30% de ellos nunca había fumado y que 17% eran fumadores en la fecha en que se realizó la encuesta. Aproximadamente, 66% de esos jóvenes pensaban que el humo del cigarrillo es nocivo para quienes no fuman y 75% opinaron que debería estar prohibido fumar en los lugares públicos.

La salud de la población adulta (20–59 años)

En 1999 ocurrieron 1.813 defunciones entre la población de 20 a 59 años. De estas, 22% se debió a causas externas, 20% a enfermedades del sistema circulatorio y 8,9% a enfermedades transmisibles (sin incluir al SIDA). El SIDA fue la causa principal de defunción para este grupo de edad, con 15% de las defunciones. Las lesiones no definidas y los suicidios ocasionaron 7,3% y 7,1% de las defunciones, respectivamente.

Los datos de la Encuesta sobre Actividad Física, realizada en una población de 1.171 adultos de 20 a 59 años de edad, de siete regiones del país, reveló que 28% de los adultos de la muestra tenían sobrepeso (IMC 25 a 29 kg/m²) y 23% eran obesos (IMC >30 kg/m²). La proporción de personas con sobrepeso/obesidad aumenta con la edad, con una tasa de 33% para el grupo de 20 a 29 años de edad, 55% para el de 30 a 39 años, 65%

para el de 40 a 49 y 68% para el grupo de 50 a 59 años de edad. En todos estos grupos, las mujeres tuvieron niveles de sobrepeso y obesidad más altos que los hombres.

El mismo estudio mostró que 6,6% de los entrevistados sufrían de diabetes, con una prevalencia que aumenta con la edad al pasar de 1,0% en el grupo de 20 a 29 años de edad a 18% en el grupo de 50 a 59 años. Más hombres (8,1%) que mujeres (5,8%) padecen de diabetes. Por otra parte, 14% dijo sufrir de hipertensión y el porcentaje de hipertensos también aumenta con la edad. Se observó que las personas con sobrepeso y obesidad (19%) tenían más probabilidades de sufrir de hipertensión, en comparación con las que tenían un peso normal (8,6%). La encuesta también mostró que 19% había realizado alguna forma de ejercicio organizado la semana anterior a la encuesta, 44% consumía bebidas alcohólicas y 15% fumaba. Más hombres que mujeres declararon beber alcohol y fumar.

Entre 1997 y 1999, la tasa total de fertilidad se mantuvo estable en 2,0 hijos por mujer en edad fecunda. En 1998, la tasa de mortalidad materna fue de 125 defunciones por 100.000 nacidos vivos. Durante el período 1997–1999 se notificaron 62 defunciones maternas, siendo las hemorragias (27%), la toxemia del embarazo (21%) y los abortos (18%) las causas principales de ellas.

En 1999, 82% de las mujeres efectuaron su primera consulta prenatal después de las 12 semanas de embarazo. Tres por ciento de las mujeres que se sometieron a una prueba para detectar anemia presentaron niveles de hemoglobina inferiores a 8 g/dl y 11% tenía niveles de 8–9,9 g/dl; se desconocían 43% de los resultados. De las 2.177 mujeres diagnosticadas con condiciones de alto riesgo, 16% sufrían de hipertensión, 10% resultaron positivas en la prueba de sífilis y 9% presentaban preeclampsia.

En 1999, de las 12.364 mujeres que acudieron por primera vez a un centro gubernamental de planificación familiar, 12% eran menores de 20 años, 71% tenían entre 20 y 34 años y 17% eran mayores de 35 años de edad. Los métodos anticonceptivos más utilizados eran la píldora (35%), los condones (33%), las inyecciones (18%) y los dispositivos intrauterinos (4%).

La salud del adulto mayor (60 y más años)

En 2000 se calculaba en 49.833 el número de personas de 60 y más años que representaba 5,7% de la población. Cincuenta y tres por ciento eran mujeres.

Durante 1999 ocurrieron 1.759 defunciones en el grupo de 60 y más años. Las enfermedades del sistema circulatorio ocasionaron 48% de las defunciones, las neoplasias 11% y las enfermedades transmisibles 9,3%. Entre las principales causas de defunción se encontraban las enfermedades crónicas no transmisibles, como los trastornos cerebrovasculares (15%), la enfermedad cardíaca isquémica (15%), la diabetes (9,7%) y la hipertensión (9,2%).

La Encuesta sobre Actividad Física efectuada en 147 adultos de 60 y más años mostró que 33% de estos tenían sobrepeso y 22% eran obesos, con niveles más altos de exceso de peso entre

las mujeres. Dicho estudio también reveló que 22% de dicha población sufre de diabetes (26% de los hombres y 20% de las mujeres). Además, 43% sufre de hipertensión. Así, las personas con sobrepeso y obesidad (65%) están más propensas a sufrir de hipertensión que las que tienen un IMC más bajo (32%). La encuesta también mostró que 19% de la muestra había realizado alguna forma de ejercicio organizado la semana anterior a la entrevista, 25% consumía bebidas alcohólicas (41% de los hombres y 13% de las mujeres) y 13% fumaba (28% de los hombres y 2,3% de las mujeres).

En 1999, las personas mayores de 65 años hicieron 16.795 visitas a los centros ambulatorios. Los principales diagnósticos de las primeras consultas fueron: hipertensión (25%), artritis/reumatismo (10%), diabetes (8%), infecciones respiratorias agudas (9,6%) y accidentes y lesiones (4,8%).

La salud de los trabajadores

En 1999 se notificaron 2.385 accidentes a la División de Salud y de Seguridad Ocupacional, de los cuales 2.370 no fueron mortales, lo que representa una disminución considerable con respecto a los 3.335 accidentes notificados en 1997. Sin embargo, el número de accidentes mortales pasó de 9 en 1997 a 15 en 1999. La mayor parte de los accidentes no mortales (85%) ocurrieron en el sector agrícola.

La salud de los discapacitados

Se desconoce el número de personas discapacitadas que hay en Guyana. Según el Proyecto Comunitario de Rehabilitación, que trabaja en seis regiones del país, en el año 2000 hubo 573 participantes en el proyecto, de los cuales 135 eran niños menores de 5 años y 107 presentaban múltiples discapacidades. Las principales causas de discapacidad a las que se dirige este proyecto están relacionadas con el habla y el movimiento.

La salud de los indígenas y de otros grupos especiales

De acuerdo con la Estrategia Nacional de Desarrollo, la población amerindia disminuyó en 5,8% entre 1993 y 1999. Este grupo constituye la mayoría en muchas de las zonas del interior del país, donde tienden a vivir aislados geográficamente. El grupo más importante de los amerindios son los arawaks (o lokomas), comunidad de aproximadamente 15.000 personas, seguidos por los makushi (aproximadamente 7.500 personas), los wapishana, los warao, los akawaio y los patamona. La Encuesta de las Condiciones de Vida mostró que 78% de los amerindios viven en condiciones de pobreza. Entre los problemas que deben afrontar están la malaria, las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas, los embarazos tempranos, el poco espaciamiento entre los embarazos, la tuberculosis, las caries y el acceso inadecuado a la atención de salud.

Cerca de 60% de los casos de malaria se presentan entre las poblaciones indígenas. Habitualmente, ocho de cada diez habitantes de la Región 2 tiene malaria. Más de un tercio (35%) de los

que presentan la enfermedad no han respondido al tratamiento con medicamentos estándar, mientras que un número igual de personas habían presentado los síntomas clínicos de la enfermedad tres o más veces durante el período promedio de 12 meses. La infección por parásitos es endémica en la mayoría de las zonas del interior del país.

Un estudio, realizado en 1997, entre las tribus patamona y wapishana, reveló que la prevalencia del retardo en el crecimiento aumentaba con la edad, pasando de 17% a los 7 y más años de edad hasta 50% a los 13 y más años de edad para los wapishana. Entre los patamona, la cifra era de 19% a los 7 y más años de edad y de 80% a los 13 y más años de edad. Sin embargo, a los 18 años, menos de 1% de los adultos tenían un IMC inferior a 18,5 kg/m², mientras que 11% y 23% de los adultos de los patamona y los wapishana, respectivamente, tenían sobrepeso.

La facilidad de circulación entre Guyana y los países vecinos hace que las fronteras sean lugares particularmente vulnerables a los brotes de enfermedades que se presentan en otros países. En 1999, en respuesta a un brote de fiebre amarilla en los países vecinos, se lanzó una campaña para vacunar a toda la población. Guyana y sus vecinos cooperan en programas sanitarios y realizan reuniones fronterizas para abordar problemas comunes de salud.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Guyana no ha sufrido ningún otro desastre natural grave desde la inundación de 1995. Sin embargo, se asigna gran importancia a la información y a los preparativos para desastres. Varios funcionarios de la Comisión de Defensa Civil (la entidad que se encarga del manejo de desastres) y otras personas han recibido adiestramiento para la gestión de desastres como, por ejemplo, atención de gran número de víctimas y manejo del estrés en caso de desastres.

Enfermedades transmitidas por vectores

En Guyana, la malaria es un problema grave de salud pública y es el principal problema de salud de las comunidades del interior del país. El principal agente infeccioso es *Plasmodium falciparum*. Los nuevos casos representan más de 90% de los casos notificados cada año. Durante el período 1997–2000 se notificaron aproximadamente 90.000 casos; en el 2000, debido a la malaria, hubo 28.267 nuevos casos, es decir, 10.000 menos que en 1997. Se calcula que se perdieron 261.225 días de trabajo en 1998 y 136.415 en 1999 debido a la malaria.

La filariasis linfática es endémica en Guyana. Una encuesta efectuada por el CAREC en escolares de 8 a 11 años de edad en siete regiones del país mostró que, en los centros urbanos de la costa, las tasas de la filariasis linfática positiva oscilaban de 20% a 32%. En las zonas no costeras o en las grandes comunidades

rurales, la prevalencia era de 4,2% o menos. Dicho estudio también resaltó que si bien los niños estaban expuestos a la filariasis, ninguno presentaba un cuadro sintomático.

En 1998 se notificaron 34 casos de dengue, 6 en 1999 y 25 en el 2000. Los tipos 1 y 2 de dengue se diagnosticaron en el laboratorio durante el período 1997–2000. Sin embargo, no se notificó ningún caso de dengue hemorrágico ni de síndrome de choque del dengue.

Durante el período 1997–2000, solo se notificaron 15 casos de leptospirosis. No se notificaron casos de fiebre amarilla, de enfermedad de Chagas ni de esquistosomiasis.

Enfermedades prevenibles por vacunación

El programa de vacunación de Guyana ha sido muy exitoso. En 1997, la cobertura con la vacuna BCG fue de 94% entre niños menores de 1 año, de 92% en 1998 y 1999, y de 93% en 2000 (figura 4). La cobertura con la vacuna OPV3 fue de 89% en 1997, de 90% en 1998, de 83% en 1999 y de 78% en 2000. La cobertura con la vacuna DPT3 fue de 88% en 1997, de 90% en 1998, de 83% en 1999 y de 88% en 2000. En 1997, la cobertura con la vacuna MMR (dosis única a los 12 a 23 meses) fue de 82%. La cobertura aumentó a 93% en 1998 para decaer de nuevo a 87% y 85% en 1999 y 2000, respectivamente. En 1999, Guyana introdujo la vacuna contra la fiebre amarilla en el programa habitual de vacunación para niños de 12 a 23 meses de edad. Su cobertura alcanzó 85% en 1999 y 83% en 2000. El último caso de fiebre amarilla se notificó en 1968.

En Guyana, la cobertura de vacunación varía considerablemente según la región. En 2000, la cobertura con la vacuna OPV3 osciló de 34% a 100%, y la de la vacuna DPT3 lo hizo de 40% a 99%. Las regiones 1, 7, 8 y 9, que conforman el interior del país, constituyen las regiones de menor cobertura. Los factores que inciden en una baja cobertura son la gestión inadecuada; dificultades en el transporte, en la comunicación y en el mantenimiento de la cadena de frío, y la migración de las poblaciones.

Guyana no ha tenido ningún caso confirmado de poliomielitis desde 1962. En 1991 comenzó la vigilancia semanal de la parálisis flácida aguda. Desde entonces, ninguno de los 37 casos notificados se ha confirmado clínicamente como poliomielitis.

En 1997, la cobertura de mujeres embarazadas con la segunda dosis de toxoide tetánico fue de 71%. Dicha cobertura decayó a 62% en 1998, para aumentar nuevamente a 82% en 1999 y a 81% en 2000 (figura 4). Desde 1974 no se han confirmado casos de tétanos neonatal.

Tampoco se han confirmado casos de sarampión desde 1991. Se investigaron 31 casos de fiebre con erupción en 1999 y 27 casos en 2000, sin que ninguno llegara a confirmarse como sarampión. En 1997 hubo 144 casos confirmados de rubéola; en 1998 solo dos casos, y no se registraron casos en 1999 ni en 2000. En 1997 se estableció un sistema de vigilancia para el síndrome de rubéola congénita (SRC) y en ese año hubo dos casos confirmados mediante pruebas serológicas. También se confirmaron

dos casos del SRC en 1998. En 1999 hubo solamente un caso presunto de SRC y el resultado de la prueba serológica fue negativo. No se notificaron casos de SRC en el año 2000. En 1997 hubo cuatro casos de tos ferina.

Enfermedades infecciosas intestinales

No ha habido casos de cólera desde el brote de 1992–1993. En 1999, el Ministerio de Salud, el CAREC y la OPS llevaron a cabo un estudio, en seis regiones del país, entre escolares de 5 a 11 años de edad. En 9,2% de los niños se encontró trichuriasis, ascariasis en 5,6%, anquilostomiasis en 1,5%, y enterobiasis y es-trongiloidiasis en 0,9%. Estos niveles son inferiores a los notificados en una encuesta de 1980. En 1,9% de la población de la encuesta se encontró *Entamoeba histolytica* y *Giardia lamblia* en 9,9%; *Blastocystis hominis* estaba presente entre 37% y 48% de la población, en todas las regiones estudiadas.

Enfermedades crónicas transmisibles

La incidencia de tuberculosis ha venido aumentando desde 1992. En 1997 se notificaron 381 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 48 casos por 100.000 personas. En 1999 la tasa era de 53 por 100.000 personas. El informe correspondiente a 1999 de una Evaluación Conjunta del Programa de Tuberculosis atribuyó este aumento a los niveles de VIH/SIDA, a la pobreza y al exceso de población en las ciudades, así como al aumento de la transmisión debido a que los pacientes no cumplen con el tratamiento completo. En 1998 se registraron 269 nuevos casos en la Clínica de Enfermedades Respiratorias de Georgetown, que constituye el principal centro de tratamiento de la tuberculosis. De ese total de casos, 227 eran pulmonares, 8 una recaída pulmonar y 34 extrapulmonares. Las tasas más altas se encontraron en las regiones 1, 4 y 9, que corresponden a la zona costera, donde están las ciudades y pueblos más grandes.

La mayor parte de los nuevos casos de tuberculosis ocurren en adultos jóvenes de 20 a 40 años de edad, y la incidencia máxima se registra entre los de 25 a 34 años. Más de 70% de los casos notificados son hombres, tendencia que se ha mantenido desde 1990. Hubo 67 defunciones por tuberculosis en 1997, 69 en 1998 y 45 en 1999. Sin embargo, estas cifras deben interpretarse con precaución, ya que en la mayoría de los casos el diagnóstico se hace clínicamente y con radiografías de tórax. No se cuenta con información referente al nivel de tuberculosis en personas VIH positivas.

La prevalencia de lepra aumentó de 0,6 por 10.000 personas en 1997 a 0,9 en 2000; la incidencia de la enfermedad también aumentó al pasar de 0,3 por 10.000 en 1997 a 0,4 en 2000. Estos aumentos pueden atribuirse a que ha mejorado la vigilancia y la detección de casos. En 1999 se diagnosticaron 43 nuevos casos y 66 pacientes recibían tratamiento. Quince de los pacientes acudieron al médico por decisión propia, mientras que 7 fueron diagnosticados luego de un examen físico y 10 fueron enviados por otras personas.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas continúan desempeñando un papel importante en la morbilidad y mortalidad a lo largo del ciclo de vida. En 1999, estas afecciones constituyeron la principal razón de consulta externa en todos los grupos de edad, hasta los 44 años. Las tasas de mortalidad por infecciones respiratorias agudas por 100.000 habitantes fueron de 37 en 1997 y de 41 en 1999. Durante el período 1997–1998 pasaron a ocupar el cuarto lugar entre las principales causas de muerte en el grupo de menores de 1 año de edad y la tercera causa principal en 1999. Para el grupo de 1 a 4 años de edad fueron la segunda causa de muerte durante el período 1997–1998.

Rabia

No se notificaron casos de rabia humana durante el período 1997–2000. En 1999 se notificaron 30 casos de rabia (mediante diagnóstico clínico solamente) en ganado de las zonas endémicas de las regiones 3 y 4 y en una nueva zona de riesgo en la región 6. No se notificaron casos de rabia canina en ese año.

VIH/SIDA

De 1997 a 2000 se notificaron 763 casos de SIDA; 141 en 1997, 140 en 1998, 234 en 1999 y 248 en 2000. En 1997, la razón hombre/mujer fue de 1,7:1 en 1997 (figura 5) y de 1,2:1 en 2000; en ese período, 40% de los casos ocurrieron en mujeres.

La mayoría de los casos notificados (65%) correspondían al grupo de 20 a 44 años de edad; en el grupo de 1 a 4 años hubo 24 casos. La mayor parte de ellos se encontraban en los grandes centros urbanos. En 2000, la región 4 (que comprende la capital, Georgetown) tenía 69% de los casos notificados. La región 10 ocupaba el segundo lugar en la tasa de prevalencia, con 10% del total. En 2000, la forma de transmisión en 97% del total de casos notificados fue el contacto heterosexual sin protección; en 1999, la cifra fue de 86%. En 2000, el SIDA se convirtió en la tercera causa principal de defunciones en Guyana. En 1997 se notificaron 318 defunciones por SIDA, 334 en 1998 y 302 en 1999.

La seroprevalencia del VIH entre los donantes de sangre fue de 1,3% en 1997, 1,8% en 1998, 1,2% en 1999 y 1,0% en 2000.

En 1997, una encuesta de 265 mujeres embarazadas que acudían por primera vez a una de las tres clínicas prenatales de Georgetown encontró una prevalencia de 4,5%, que alcanzaba 8,1% entre las mujeres de 20 a 24 años de edad. En una encuesta realizada en Georgetown en 1997, de 124 trabajadoras del sexo, 45% resultaron VIH positivas. En otra muestra analizada en 2000, 31% de las 299 trabajadoras del sexo resultaron positivas.

Infecciones de transmisión sexual

En 1998 se diagnosticaron 410 casos de sífilis, 315 en 1999 y 534 en 2000. En el período 1997–2000 se notificaron cuatro defunciones por sífilis. Se diagnosticaron 269 casos de infecciones gonocócicas en 1997 y 219 en 1998. Las cifras subestiman la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual en el país, ya

que solo incluyen a las personas tratadas en el Servicio de Medicina Genitourinaria del Hospital Público de Georgetown. En 1999, 223 mujeres embarazadas resultaron positivas a la prueba VDRL.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La malnutrición proteino-energética, la anemia ferropénica y la obesidad continúan siendo los principales problemas nutricionales de la población. Los datos clínicos de los patrones de lactancia materna a los 4 meses de edad indican una tendencia al aumento de la prevalencia de la lactancia materna exclusiva, al pasar de 33% en 1997 a 38% en 1999. En 1999, de los 17.771 niños de 4 meses que acudieron a la clínica, 51% eran amamantados parcialmente, 9% ya no eran amamantados y 2% nunca habían sido alimentados al pecho materno. Un estudio de 1999 sobre las prácticas de alimentación de niños pequeños de la región costera, mostró que las tasas de inicio de la lactancia superaban 90% en cinco de las siete regiones analizadas. La tasa de lactancia exclusiva en la población de 0 a 4 meses era de 22%. La tasa de lactancia continua al año de edad era de 60% y de 39% a los 2 años de edad.

En 1999, la malnutrición (bajo peso para la edad) entre los niños que acudían a las clínicas del sector público ha disminuido, ya que en 1999 luego de una evaluación, 14% de los niños de 0 a 23 meses se consideraban malnutridos, mientras que esta cifra fue de 17% en 1997. En 2000, la Encuesta Agregada de Indicadores Múltiples mostró que 14% de los niños menores de 5 años sufrían de bajo peso, 11% presentaban retardo del crecimiento y 11% sufrían de emaciación. Los niños de la zona rural costera son más propensos a tener bajo peso y a estar emaciados que los niños de la zona urbana costera y del interior del país. En los niños mayores (de 12 a 59 meses) se observó una tendencia a una deficiencia nutricional mayor que la de niños menores (menos de 11 meses de edad). Además, los niños cuyas madres no poseen educación formal tienden a sufrir más de malnutrición con respecto a los niños cuyas madres tienen educación secundaria o superior.

La Encuesta Nacional de Micronutrientes de 1997 reveló que la anemia afectaba de 40% a 55% de los niños, adolescentes y adultos. Igualmente, dicha encuesta mostró que 52% de las mujeres embarazadas tenían un nivel bajo de hemoglobina (<11g/dl).

Tanto la Encuesta de Micronutrientes como la Encuesta de Actividad Física de 1999 indicaron que la obesidad es un problema grave entre los adultos.

En 1997 se notificaron 67 defunciones por deficiencias nutricionales y 118 en 1999. En 1999, 22 de las defunciones ocurrieron en niños menores de 1 año de edad. Esta causa corresponde a 7,9% de las defunciones en ese grupo de edad.

La diabetes es un serio problema de salud pública. En 1999 fue la razón de 4.965 primeras consultas y un total de 13.585 visitas a los centros ambulatorios; además, puede atribuirse a la diabetes aproximadamente 7% (290) de las defunciones por causas

definidas en ese año. El riesgo en las mujeres es superior al de los hombres, con una razón hombre/mujer que se aproxima a 0:5. Se notificaron 296 defunciones en 1997 y 262 en 1998 por esa causa.

Enfermedades del sistema circulatorio

En Guyana, las enfermedades cardiovasculares fueron una causa importante de morbilidad y mortalidad. En el grupo de 45 a 64 años de edad, la cardiopatía isquémica es la causa principal de muerte. En 1997, la tasa de mortalidad en los hombres alcanzó 271 y, en 1998, 263 por 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad en las mujeres fue de 128 en 1997 y, en 1998, de 127 por 100.000 habitantes. La enfermedad cerebrovascular fue la segunda causa principal de defunción en ese grupo de edad, con una tasa de mortalidad masculina de 236 en 1997 y de 235 por 100.000 habitantes en 1998. La tasa de mortalidad en las mujeres fue de 160 en 1997 y de 178 por 100.000 habitantes en 1998.

Para el grupo de 65 y más años, la enfermedad cerebrovascular es la causa más común de defunción, con una tasa de 1.226 por 100.000 habitantes en 1997 y de 1.143 en 1998. La cardiopatía esquémica fue la segunda, con una tasa de 793 por 100.000 habitantes en 1997 y 720 en 1998. En 1999 se atribuyeron a la enfermedad cerebrovascular 392 defunciones, seguida de la cardiopatía isquémica con 397 defunciones; fue más alto el número de muertes entre los hombres que entre las mujeres. En ese año, 199 de las defunciones se debieron a hipertensión, y el número de mujeres que murieron por esta causa fue mayor que el de hombres.

Neoplasias malignas

Durante 1997-1999, las neoplasias malignas ocasionaron 370, 359 y 348 defunciones, en cada año respectivo. En ese mismo período, el cáncer de próstata fue la causa principal de muerte entre los hombres por neoplasias, al totalizar 11% de la mortalidad por cáncer. El cáncer cervicouterino fue la causa principal de muerte en las mujeres, al representar 13% de la mortalidad general por cáncer. Las otras causas principales fueron el cáncer de mama (8,9%), de estómago (8,8%), de colon (6,9%) y de pulmón y tráquea (6,4%).

Accidentes y violencia

Las causas externas son las principales causas de discapacidad y de defunciones. En 1997 se le atribuyeron 611 defunciones a estas causas, 619 en 1998 y 595 en 1999. Cincuenta por ciento de ellas se deben a lesiones no definidas, ya sean accidentales o intencionales. Los suicidios totalizan 13% de las defunciones, las caídas accidentales 12% y los accidentes de transporte 9,7%. Cualesquiera que sean las condiciones en este grupo amplio de causas, más hombres que mujeres se vieron afectados por ellas. En 1997 se notificaron 41 suicidios, 38 en 1998 y 164 en 1999. El grupo de edad con mayor número de suicidios es el de 15 a 24 años de edad para las mujeres y el de 15 a 34 años de edad para los hombres.

Salud oral

No existen datos recientes sobre la incidencia de las caries en Guyana. En 1999, cinco regiones citaban las caries dentro de las 10 enfermedades más prevalentes. Las extracciones dentales aumentaron de 92.527 en 1998 a 93.432 en 2000. Sin embargo, se está asignando gran importancia a la reincorporación de las obturaciones y de los procedimientos preventivos. Las obturaciones aumentaron de 765 en 1998 a 3.490 en 2000, mientras que las sesiones de tratamiento profiláctico pasaron de 2.207 en 1998 a 4.013 en 2000.

Enfermedades emergentes y reemergentes

En 1999 se notificaron 12 defunciones luego de un brote de encefalitis equina.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Para el período 1995–2000 se preparó un borrador del Plan Nacional de Salud fundamentado en la necesidad evidente de reestructurar el sector salud. Dicho plan buscaba integrar el trabajo de los sectores público y privado que se ocupan de la salud. Sus principales objetivos eran fortalecer y ampliar la atención primaria de salud; mejorar los servicios de atención secundaria en los hospitales regionales y distritales; mejorar la atención terciaria en el Hospital Público de Georgetown, y fortalecer la gestión general del sector salud.

Aunque el plan nunca se concluyó, algunas de sus propuestas se están llevando a la práctica, especialmente las relacionadas con los programas de salud. Basándose en el Plan Nacional de Salud, se elaboraron y pusieron en marcha planes para algunos programas de salud, como los de prevención de la ceguera, control y prevención de la malaria, nutrición y VIH/SIDA. Otros sectores del Gobierno y algunas organizaciones no gubernamentales han participado en el proceso de planificación.

La reforma del sector salud

Guyana inició su Programa de Reforma del Sector Salud. La estrategia general abarca cambios en el sector salud acordes con las reformas de la administración pública; reestructuración y reorganización del Ministerio de Salud; descentralización de las responsabilidades para la prestación de servicios; ampliación del financiamiento de los servicios y opciones de compartir costos; establecimiento de mecanismos de colaboración y de vinculación con el sector privado y con organizaciones no gubernamentales, y la creación de mecanismos que aseguren la calidad en la prestación de los servicios. El Programa de Reforma del Sector Salud también propone separar la dirección institucional y los mecanismos de regulación, de la prestación de servicios propia-

mente dicha. Un ministerio reestructurado asignará particular importancia a la formulación de políticas; asignación de recursos y creación de financiamiento sostenible; evaluación del desempeño; reglamentación; investigación y desarrollo, y fijación de objetivos.

En 1998, el Gobierno inició el Programa de Desarrollo Político e Institucional del Sector Salud. Este proyecto consiste en la reorganización y el fortalecimiento de la estructura institucional del sector salud; en la formulación de una estrategia integrada de prestación de servicios de asistencia sanitaria; en la formación de capacidad gerencial y de recursos humanos; en la creación de opciones de financiamiento y de mecanismos de asignación de recursos, y en el desarrollo institucional del Hospital Público de Georgetown.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

Varias instituciones, organizaciones, entidades e individuos participan en la prestación de la atención de salud en Guyana. El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad general de la salud de la población. La misión del Ministerio de Salud se cumple por medio de siete programas: administración ministerial, control de enfermedades, servicios de atención primaria, servicios regionales y clínicos, educación en ciencias de la salud, servicios técnicos y de normalización, y servicios de rehabilitación.

El Ministerio de Salud tiene distintas funciones, entre ellas la responsabilidad de la formulación de políticas, el establecimiento de normas, y el seguimiento y la evaluación. También tiene la responsabilidad del financiamiento y de la gestión de programas verticales de salud, entre los que se cuentan los programas dedicados a la lepra, al control de vectores y al VIH/SIDA. Además, es responsable de la identificación de las necesidades en recursos humanos de todo el sector de salud pública.

El Ministerio del Gobierno Local tiene bajo su responsabilidad el financiamiento y la prestación de los servicios a nivel regional. El Sistema Nacional de Seguros aporta algunos beneficios sanitarios a los empleados. El sector privado funciona de manera independiente y las organizaciones no gubernamentales participan activamente en la prestación de la asistencia sanitaria.

Legislación sobre salud

Con el inicio del Programa de Reforma del Sector Salud se generó un nuevo ímpetu legislativo para apoyar las reformas. Se aprobó la creación de la Corporación del Hospital Público de Georgetown, con lo que pasó a ser una entidad parcialmente autónoma. Se redactó un documento de política y un proyecto de legislación para la creación de Autoridades Regionales de Salud; se preparó un proyecto de ley para la Ley de Profesionales Unidos de Salud; se redactó la Ley de Acreditación de Instalaciones de

Salud, y se hicieron enmiendas a la Ley de Registro de la Profesión de Enfermería. En el año 2000, el Parlamento aprobó la legislación para modificar la Ley de Ejercicio de la Medicina. Igualmente, Guyana aprobó la Ley de Salud y Seguridad Ocupacional que crea comisiones de salud y de seguridad en los lugares de trabajo.

Grado de descentralización de los servicios de salud

En 1986, las regiones asumieron la responsabilidad de la atención de salud dentro de sus fronteras. El control administrativo de los recursos para la salud está a cargo de los Funcionarios Ejecutivos Regionales de los Consejos Democráticos Regionales. El Ministerio del Gobierno Local aporta el financiamiento de los servicios de salud regionales. Los Funcionarios Regionales de Salud rinden cuentas a los Funcionarios Ejecutivos Regionales, mientras reciben orientación técnica y profesional del Ministerio de Salud.

El Hospital Nacional de Referencia, de Georgetown, funciona como una entidad semiautónoma, con su propia Junta Directiva. Se ha propuesto la creación de otros organismos descentralizados, como la Agencia Nacional de Gestión de Materiales, que administraría el abastecimiento y la distribución de materiales, entre ellos los medicamentos, en el sector de la salud pública. Igualmente, se propuso que algunos programas de salud se deleguen en organismos semiautónomos; este proceso ya comenzó con la creación de la Junta del Cáncer.

Los servicios privados de asistencia sanitaria se han extendido rápidamente y, actualmente, el sector privado presta cerca de la mitad de todos los servicios curativos. Hay 10 hospitales privados, así como establecimientos de diagnóstico, clínicas y dispensarios privados. Algunos de los servicios ofrecidos por el sector privado (por ejemplo, mamografías) no los presta el sector público. Muchos de los servicios del sector privado se encuentran en la capital y en los centros urbanos. La Ley de Hospitales Privados prevé la concesión de licencias para hospitales privados.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

Guyana no cuenta con un sistema nacional de seguro de salud. El Sistema Nacional de Seguros administra un programa de seguro social para los empleados. La participación en este sistema es obligatoria para todo trabajador entre los 16 y los 60 años, incluso para los trabajadores independientes. El sistema cubre enfermedades (no relacionadas con el empleo), maternidad, atención médica y lesiones laborales. Se presta cobertura médica reembolsable para algunos servicios, tales como hospitalizaciones, anteojos, atención dental, cirugía y compra de medicamentos, con ciertos límites en la cantidad del reembolso. Algunas empresas dan alguna forma de seguro a sus empleados, mediante pago o en forma gratuita. En otros casos, las personas contratan un seguro médico con empresas privadas. No se dispone de datos referentes a la cobertura de los seguros médicos privados.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

Varios organismos tienen responsabilidades de regulación en el sector salud. El Ministerio de Salud se encarga de la regulación de leyes y de las políticas de salud, del establecimiento y cumplimiento de las normas para la prestación de la atención de salud y de la protección de la salud pública. La Dirección Ministerial de Normas y Servicios Técnicos se encarga del establecimiento de normas para clínicas y otros servicios, y para servicios de apoyo, como el Servicio Nacional de Transfusiones, los servicios farmacéuticos y los laboratorios. La Oficina de Normas también desempeña una función en el establecimiento de normas de laboratorio. Aunque la falta de recursos impiden el control y la aplicación de las pocas normas existentes, un equipo de inspección ha visitado los hospitales, tanto públicos como privados, para velar por el cumplimiento de las normas, y en el hospital principal hay un comité de control de infecciones. Se ha tratado de introducir la gestión de la calidad mediante el adiestramiento del personal hospitalario y de los establecimientos de salud de la comunidad.

La Junta de Farmacia y Sustancias Tóxicas tiene funciones normativas con respecto a las farmacias y a los medicamentos. El Departamento de Analistas de Alimentos y Medicamentos del Gobierno también tiene la responsabilidad de reglamentar algunos aspectos de los alimentos y los medicamentos. La protección del medio ambiente está a cargo del Organismo de Protección Ambiental. Además, la Junta Central de Salud se ocupa de algunos problemas ambientales, como la aprobación de la construcción de obras para viviendas y empresas, y la regularización de las zonas ocupadas ilegalmente.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

Los consejos profesionales como el Consejo Médico de Guyana, el Consejo Odontológico y el Consejo de Enfermeras de Guyana regulan el ejercicio de estas disciplinas. Las enmiendas recientes a la Ley de Médicos estipulan la representación ciudadana, participación que se le ha propuesto a los distintos consejos profesionales. Los médicos deben seguir una formación médica continua para poder inscribirse en el registro anual de médicos. Guyana participa en las iniciativas de la CARICOM para establecer normas y procedimientos de acreditación comunes a la región del Caribe.

Los mercados básicos en salud

El Director de Adquisiciones tiene a su cargo la compra de medicamentos y de insumos médicos, así como del establecimiento de normas de calidad para los productos necesarios para el sistema de asistencia sanitaria. Sobre la base de los procedimientos de certificación de medicamentos de la OMS, el Departamento de Analistas del Gobierno certifica que las preparaciones farmacéu-

ticas para la venta satisfacen las normas pertinentes. Cuando es necesario se acude al Laboratorio Regional del Caribe para las Pruebas de Medicamentos, con objeto de evaluar la calidad de los medicamentos.

En el sector salud no existe una normativa para los equipos médicos ni hay ningún ente que tenga la responsabilidad de la evaluación tecnológica para la adquisición de equipos.

La calidad del ambiente

En 1996 se creó en Guyana el Organismo de Protección Ambiental, encargado de la gestión del entorno físico sumamente diverso de Guyana. Muchos de los conocimientos prácticos para lograr la buena gestión del medio ambiente escasean en el país y el Organismo depende, principalmente, de la capacidad técnica y gerencial de expertos extranjeros. Consciente de sus limitaciones, el Organismo ha delegado algunas de sus funciones en otras entidades, tales como la Comisión de Geología y Minas, la Comisión Forestal Guyanesa y el Ministerio de Salud.

En el ámbito de la salud ambiental, al Ministerio de Salud le preocupa en especial la mala calidad del agua potable en las zonas urbanas y rurales, la calidad de la vivienda, el manejo inadecuado de los residuos sólidos y la obstrucción de los drenajes de aguas servidas.

La calidad de los alimentos

Varios organismos comparten responsabilidad regulatoria de la calidad de los alimentos, con lo que se produce cierta superposición en sus áreas de competencia. El Departamento de Analistas de Alimentos y Medicamentos del Gobierno, adscrito al Ministerio de Salud, administra y aplica la Ley de Alimentos y Medicamentos y sus reglamentos complementarios. Así, sus actividades incluyen la concesión de licencias y la inspección de los lugares donde se fabrica o vende alimentos; el examen de las etiquetas y el envasado, y el análisis de los alimentos para velar por su conformidad con los requisitos de seguridad y calidad. Los Analistas del Gobierno participan en la Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos y en 1999 empezaron a probar la competencia de los laboratorios en el diagnóstico de salmonela. La Unidad de Salud Pública Veterinaria del Ministerio de Salud es responsable de la inspección y la vigilancia de los locales donde se procesa o vende carne roja, aves y pescado, ya sea congelados o frescos. La Oficina Nacional de Normas de Guyana, adscrita al Ministerio del Comercio, elabora y promueve las normas relativas a la calidad de los alimentos. Igualmente, ejerce las funciones de secretaria para el comité nacional de la Comisión del *Codex Alimentarius*, creado en 1999. El Ministerio de Pesquería, Cosechas y Ganadería ejerce la supervisión reglamentaria para asuntos relacionados con la salud de las plantas y los animales, entre otros el control de plagas y de enfermedades, así como el uso de sustancias químicas para la agricultura y de medicamentos veterinarios. Por otra parte, los seis municipios de Guyana disponen de diversos estatutos para controlar los secto-

res de procesamiento y venta de alimentos en sus zonas respectivas. La necesidad de mejorar la coordinación y la cooperación entre los organismos, la falta de personal calificado y una legislación caduca se han identificado como algunas de las limitaciones que afectan la regulación y el control de los alimentos.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

El Ministerio de Salud adoptó los principios y las estrategias fijadas por la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud. De acuerdo con el modelo empleado por la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe, Guyana ha empezado a incorporar la promoción de la salud en la planificación y en la organización de sus programas sanitarios. La Unidad de Educación en Ciencias de la Salud del Ministerio de Salud tuvo la iniciativa de formar a gerentes de programas para velar por que todos los factores determinantes de la salud se tengan en cuenta en la formulación de los planes sanitarios. La promoción de la salud se integró en los programas de adiestramiento del personal de salud. Además, se imparten cursos de promoción de la salud como parte del adiestramiento en servicio de los trabajadores de salud. Se han elaborado y ejecutado proyectos con un componente comunitario con miras a facultar a las comunidades para que sean participantes activos en beneficio de su propia salud. Se realizan actividades de movilización social en apoyo de ciertos programas como el Programa Ampliado de Inmunización.

Prevención y control de enfermedades

Si bien las enfermedades crónicas no transmisibles son las principales causas de morbilidad y mortalidad en Guyana, las enfermedades transmisibles siguen siendo factores importantes en el deterioro de la salud. Se han propuesto varias estrategias para prevenir y controlar las enfermedades. En su Plan Nacional de Salud, el Ministerio de Salud estableció sus prioridades basándose en distintos factores, entre ellos la incidencia y la prevalencia de enfermedades. Las prioridades incluyen la salud materno-infantil, el Programa Ampliado de Inmunización, VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, la malaria y las enfermedades crónicas no transmisibles.

Una evaluación del Programa Ampliado de Inmunización, realizada por la OPS, aportó la información para formular un plan de acción quinquenal. En 2000, Guyana presentó su candidatura al Fondo de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunizaciones y recibió apoyo para vacunas nuevas y subutilizadas. La vacunación universal contra *Haemophilus influenzae* tipo b y la hepatitis B se introdujo en 2000 y la nueva vacuna pentavalente (hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo b, difteria, tos ferina y tétanos) se administra a niños a los 2, 4 y 6 meses de edad. En un intento por reducir las desigualdades regionales, el Ministerio de Salud asigna prioridad a las regiones de menor cobertura para

que reciban adiestramiento intensivo y supervisión en las actividades del PAI. En 1999 se llevaron a cabo simultáneamente las campañas nacionales de vacunación contra la fiebre amarilla y con MMR en respuesta a brotes de rubéola y fiebre amarilla en los países vecinos.

Se elaboró un plan de control y de prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, y también los lineamientos nacionales para su tratamiento clínico. Se diseñó una política nacional para prevenir la transmisión de la madre al hijo; además, se llevó a la práctica una iniciativa para que la población se someta voluntariamente a las pruebas de detección y acepte recibir consejos en materia de VIH/SIDA en cinco lugares piloto de dos regiones del país. Asimismo, se está trabajando intensamente por intermedio del Proyecto de los Trabajadores Comerciales del Sexo, para formar a los trabajadores comerciales de sexo como educadores de sus compañeros.

El Gobierno de Guyana adoptó la Estrategia Mundial para el Control de la Malaria, auspiciada por la OMS, y participa en la iniciativa "Hacer retroceder el paludismo". Las estrategias incluyen la incorporación de la comunidad, el adiestramiento de los agentes comunitarios de salud, la educación pública, la colaboración intersectorial, la cooperación entre países vecinos y el fortalecimiento de la gestión del programa.

Se formuló un plan nacional para eliminar la filariasis. Sus principales estrategias son la aplicación masiva de albendazol, la distribución de sal fortificada con dietilcarbamazina y una mayor celeridad en los procesos de diagnóstico para la vigilancia.

Además, se preparó un plan para reducir la helmintiasis intestinal a niveles que no representen una grave amenaza para la salud pública. Esto supone una estrategia integrada que incluye quimioterapia masiva en niños de la escuela primaria, así como educación ambiental y de salud.

Las enfermedades crónicas también son una prioridad en los programas de control y prevención de enfermedades. Se elaboró un protocolo nacional para el manejo de la diabetes y un plan de acción sobre nutrición. Se han realizado algunas investigaciones como la Encuesta sobre Actividad Física en apoyo de dichos programas.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

La División de Epidemiología del Ministerio de Salud tiene la responsabilidad general de la vigilancia de las enfermedades. La información fluye de los distritos a los niveles regional y nacional. Sin embargo, el sistema se enfrenta a grandes dificultades en cuanto a logística y comunicación. De igual manera, Guyana mantiene una estrecha colaboración con los países vecinos para la vigilancia de la salud en toda su frontera.

El sistema de vigilancia para el Programa Ampliado de Inmunización es el más desarrollado del país. El sistema de vigilancia para las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA se examinó y modificó, y actualmente se encuentra en fase de

prueba. En 2000 se introdujo en el Hospital de Georgetown, el Sistema de Vigilancia de Infecciones Bacterianas Invasoras. Este sistema resalta la función primordial que desempeñan los laboratorios en la vigilancia y procura mejorar la capacidad de diagnóstico y vigilancia de los agentes patógenos que causan la meningitis y la neumonía.

Agua potable y alcantarillado

Se calcula que 70% del territorio nacional cuenta con agua potable y que 54% de los hogares tienen agua corriente en su residencia o patio. Si bien la cantidad de agua potable disponible en Guyana, tanto en las zonas rurales como urbanas, ha aumentado, su calidad sigue siendo un problema. La cobertura de saneamiento se calcula en 90%, mientras que 18% dispone de sistemas de cisterna y 80% emplea letrinas de pozo.

La Comisión de Alcantarillado y Abastecimiento de Agua de Georgetown es un organismo paraestatal encargado de la distribución del agua potable a la ciudad. Este organismo ha emprendido un programa para aumentar la cantidad de agua potable, principalmente mediante la perforación de nuevos pozos subterráneos. Uno de los principales factores que incide en la mala calidad del agua potable de la ciudad de Georgetown es el número de averías o conexiones clandestinas en el sistema de distribución.

El Organismo de Abastecimiento de Agua de Guyana (GUYWA), otra entidad paraestatal, tiene a su cargo el suministro de agua al resto de la población, especialmente la que se encuentra en la franja costera. De igual manera se están tomando medidas que garanticen el abastecimiento de agua en el interior del país. El agua potable suministrada por GUYWA proviene exclusivamente de pozos para extraer agua subterránea. GUYWA no somete a tratamiento el agua que suministra, que posee un alto contenido de hierro.

La Comisión de Alcantarillado y Abastecimiento de Agua de Georgetown tiene también la responsabilidad de los servicios de saneamiento de la ciudad. El sistema de alcantarillado del centro de la ciudad es anticuado. Las aguas servidas sin tratar fluyen a la desembocadura del río Demerara. Debido a que la ciudad está situada en un nivel bajo, el sistema necesita varias estaciones de bombeo; algunas de ellas están deterioradas pero el Organismo ha empezado a repararlas. En las zonas de ocupación ilegal de viviendas en Georgetown se emplean las letrinas de pozo, aunque son ilegales; el resto de la ciudad utiliza fosas sépticas. Los Consejos Municipales administran las actividades de saneamiento en las cinco ciudades de Guyana. En las áreas rurales, el saneamiento es responsabilidad de los Consejos Democráticos de Vecinos y de los Consejos de los Pueblos.

Manejo de residuos sólidos municipales

En Guyana, las entidades locales de gobierno tienen a su cargo la gestión de los residuos sólidos. En Georgetown, esta tarea le incumbe al Alcalde y al Ayuntamiento. En 1997 la ciudad privatizó la recolección de desechos. En 2000, el Alcalde y el Ayuntamiento

recibieron un préstamo del Banco Mundial para mejorar el manejo de los residuos sólidos.

Prevención y control de la contaminación del aire

La contaminación del aire no se ha tratado como un problema prioritario, aunque la contaminación por la extracción de la bauxita genera enfermedades pulmonares en las comunidades aledañas a las minas.

Protección y control de alimentos

El Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud es responsable, a nivel regional, del cumplimiento de las normas por parte de los servicios de protección y de control de los alimentos. Este organismo inspecciona la carne y los establecimientos de venta de alimentos. Garantiza, asimismo, el registro y el adiestramiento de las personas que manipulan alimentos. Los Funcionarios de Salud Ambiental adscritos a los seis municipios de los Departamentos de Salud Regional realizan la inspección de los alimentos.

Programas de ayuda alimentaria

En zonas de alto riesgo se distribuyen alimentos complementarios a las mujeres embarazadas y a los niños pequeños que acuden a las clínicas. El Programa de Mejoramiento del Impacto Social coordina esta actividad que forma parte de un proyecto cuyo objetivo es prevenir y reducir la malnutrición entre los niños pequeños. Además, ciertas organizaciones comunitarias participan en la ejecución de programas de nutrición en el lugar dirigidos a escolares y ancianos.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

Los servicios de salud se prestan en cinco niveles diferentes del sector público. En el nivel I hay 166 puestos de salud, en el nivel II, 109 centros de salud, en el nivel III, 19 hospitales distritales, en el nivel IV, 4 hospitales regionales y en el nivel V, el hospital nacional de referencia, el hospital psiquiátrico, el leprocomio y el hospital geriátrico de Georgetown. Los niveles I y II concentran su principal actividad en la promoción de la salud y en la prevención, con alguna asistencia curativa y de rehabilitación. Las instituciones del nivel III prestan asistencia curativa a pacientes internados y ambulatorios, y algunos servicios de diagnóstico. El nivel IV se encarga de los servicios generales para pacientes internados y ambulatorios, de los servicios de diagnóstico y de los servicios especializados en obstetricia y ginecología, medicina general y cirugía. El nivel V del Hospital Nacional de Referencia dispensa una amplia gama de servicios de diagnóstico al igual que servicios de referencia de pacientes internados o ambulatorios a especialistas. El funcionamiento de un sistema de

referencia entre los distintos niveles no se ha desarrollado a cabalidad.

Entre los sectores público y privado se cuentan 3.274 camas (4,4 camas por 1.000 personas). En todos los niveles del sistema de salud se presta atención ambulatoria. En los hospitales regionales y nacionales se dispone de servicios de especialistas para pacientes ambulatorios. La atención de urgencias y de accidentes se presta principalmente en los hospitales. No existe un servicio organizado de ambulancias.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

Hay laboratorios en los niveles regional y nacional, por lo que el mantenimiento de los equipos es un problema. Durante el período 1997–2000 se hizo hincapié en la implantación de un sistema de garantía de calidad; por otra parte, se han publicado manuales y se ha adiestrado al personal. Los servicios de radiología se prestan a nivel distrital, regional y nacional.

El Servicio Nacional de Transfusiones de Guyana está dirigido por una junta semiautónoma. El Servicio es el principal establecimiento de pruebas para el VIH del país y centro nacional de referencia para las pruebas de confirmación del VIH. En el sector público, la sangre para transfusiones se somete a tamizaje para detectar hepatitis B y C, VIH, malaria y sífilis; sin embargo, no se hace la prueba de la enfermedad de Chagas. Se preparó un borrador de programa para el Servicio y CAREC ha participado en actividades que fomentan e institucionalizan la gestión de la calidad en el laboratorio.

Servicios especializados

Los sectores público, privado y no gubernamentales cuentan con servicios de atención de salud reproductiva. Las clínicas de salud materno-infantil prestan servicios de planificación familiar y de atención pre y posnatal en todo el país. También se lleva a cabo la Iniciativa de Maternidad sin Riesgo. Durante el período 1997–2000 se revisó el *Manual de salud materno-infantil*, se publicó un manual para el manejo de las salas de trabajo de parto y se produjeron materiales audiovisuales de apoyo. El proyecto piloto referente a salud sexual y reproductiva en adolescentes trata de facultar a los adolescentes y a los jóvenes para que ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos. El Ministerio de Salud colabora con el Ministerio de Educación en la elaboración de un programa escolar de educación para la vida.

En el año 2000 se preparó un borrador para un plan de prevención de la ceguera que hace hincapié en la prevención primaria de la ceguera y en la reducción del tiempo de espera para las personas que necesitan una cirugía de cataratas. El Ministerio de Salud, la Sociedad para Ciegos de Guyana, el Consejo Caribeño de Ciegos y la organización Sight-Savers International colaboran para mejorar los servicios a los discapacitados visuales. Se ha capacitado a personal de atención primaria de salud que trabaja en oftalmología, así como a proveedores de asistencia sanitaria de otras categorías. Guyana suscribió la Iniciativa Mundial de la

Visión para 2020 que busca eliminar la ceguera prevenible en el 2020.

Se ha observado un cambio progresivo hacia el fortalecimiento del método de prestación de servicios odontológicos a nivel de la atención primaria. El número de establecimientos públicos que ofrecen atención odontológica diaria pasó de 14 en 1997 a 22 en 2000 y aumentaron las actividades de educación odontológica. El Centro Odontológico Cheddi Jagan, de Georgetown, se ocupa principalmente de la salud oral de los niños, de mejorar el acceso de los habitantes del interior del país y del adiestramiento de las distintas categorías de personal de atención odontológica.

El hospital psiquiátrico presta servicios a pacientes internados y ambulatorios. Las enfermeras de atención psiquiátrica han recibido formación y prestan servicios de promoción, prevención y curación en el ámbito de la salud mental. En 2000 se efectuó un adiestramiento de enfermeras auxiliares de salud mental. El Ministerio de Servicios Sociales, en colaboración con la OPS, realizó programas de capacitación que tienden a mejorar la atención de los pacientes de la principal institución geriátrica.

Se fortalecieron los Servicios de Rehabilitación, aunque todavía no cuentan con personal calificado en algunas esferas fundamentales. Un programa de capacitación para asistentes de rehabilitación proporcionó 20 agentes de nivel medio en apoyo de las actividades de rehabilitación. El programa de Servicios Voluntarios de Ultramar, así como Cuba y la India, han aportado los servicios de fisioterapeutas, de terapeutas ocupacionales y de terapeutas del lenguaje. Una organización no gubernamental está ejecutando un programa para fortalecer los servicios de rehabilitación, que abarca el adiestramiento de personal de rehabilitación, el apoyo a la fabricación de aparatos ortopédicos y el establecimiento de un centro nacional de enseñanza profesional para personas discapacitadas. Creada en 1998, la Comisión Nacional sobre Discapacidad trabaja para determinar las afecciones que conducen a la discapacidad y ayudar a que los discapacitados tengan una vida plena y productiva. El Programa Comunitario de Rehabilitación abarca seis regiones del país y sus actividades incluyen el adiestramiento de personas con discapacidades.

Insumos para la salud

Si bien hay un fabricante local de medicamentos, la mayoría de los medicamentos consumidos en Guyana son importados. Hay una lista de medicamentos esenciales y un formulario nacional que no se ha actualizado desde 1993. Se han organizado sesiones de adiestramiento para la prescripción racional de los medicamentos y para el cálculo del abastecimiento necesario. Por otra parte, se preparó el manual de administración eficaz de inventarios de medicamentos y se realizó el entrenamiento pertinente.

Guyana no produce vacunas ni productos biológicos. Las vacunas, las jeringas y las agujas se compran por intermedio del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS. Las vacu-

nas se venden a las instituciones y los médicos privados al costo. Periódicamente, hay escasez de suministros debido, principalmente, a problemas con las compras, como por ejemplo, manejo logístico inadecuado. El equipo biomédico no está normalizado. El personal biomédico fue adiestrado en mantenimiento de equipos.

La cadena de frío para vacunas existe en todos los niveles de los servicios de salud. El Ministerio de Salud posee en Georgetown un área para almacenamiento de vacunas. Los hospitales regionales y distritales, así como los centros de salud, también cuentan con centros de acopio. La central compra, almacena y distribuye vacunas, jeringas y agujas, cajas de seguridad y otros insumos, a las regiones y a ciertos sitios en el terreno.

Recursos humanos

En el sector público, la falta de personal oscila entre 25% y 50% en la mayor parte de las categorías. En algunas especialidades, como farmacia, tecnología de laboratorios, radiología e higiene del medio ambiente las tasas de cargos vacantes son altas. Hay una pérdida continua de personal capacitado que pasa del sector público al privado o emigra a otros países. Asimismo, hay problemas en la distribución del personal de salud.

De 1997 a 1999, el número de médicos oscilaba de 3 a 4 por 10.000 personas; la proporción de médicos por población es menor en las zonas más remotas del país. Durante el período 1997–1999, la tasa de enfermeras fluctuó entre 7 y 15 por 10.000 personas, y la tasa de farmacéuticos era de aproximadamente 2 por 10.000 personas. La tasa de dentistas permaneció estable en 0,4 por 10.000 personas. En algunas disciplinas hay mucha dependencia del personal extranjero. A título de ejemplo, más de 90% de los médicos especialistas del sector público son extranjeros.

El Ministerio de Salud ha ideado mecanismos ingeniosos para hacer frente a la falta de personal. Se han formado nuevos niveles en los cargos de los trabajadores de salud, como enfermeras ayudantes en psiquiatría, ayudantes de rehabilitación y ayudantes de higiene del ambiente. El Ministerio ofrece una amplia gama de programas de educación clínica y técnica, que incluyen ayudantes (medex), enfermeras, técnicos de rayos X, auxiliares odontológicos, asistentes de laboratorio, trabajadores de salud de la comunidad, asistentes farmacéuticos y técnicos polivalentes. En 2000 se adiestró a una nueva categoría de agentes y de terapeutas comunitarios odontológicos. Las escuelas de enfermería están adscritas a los hospitales públicos de Georgetown, New Amsterdam y Linden y a un hospital privado. El adiestramiento de parteras se reintrodujo en 2000.

Investigación y tecnología en salud

Hay muy poca actividad de investigación en Guyana. En 2000, el Consejo del Caribe para la Investigación en Salud ofreció

capacitación en metodología de la investigación al personal de salud.

Gasto y financiamiento sectorial

En 1997, el gasto gubernamental de Guyana en salud fue de US\$ 19.318.104 (US\$ 26 per cápita). Sin embargo, la distribución de los recursos no fue equitativa. Por ejemplo, el presupuesto regional para la atención primaria representó 25% de los gastos en salud ordinarios del Gobierno, mientras que el hospital público de Georgetown recibió hasta 35%.

En 1999 se dedicó 12% del presupuesto gubernamental a la salud. Aproximadamente 62% del financiamiento total para la salud proviene de los ingresos fiscales y las cotizaciones al seguro social. Sin embargo, esta cifra debe estar sobrestimada ya que no se ha calculado con exactitud el monto del financiamiento privado.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

El apoyo financiero para el sector salud de Guyana se canaliza por medio del presupuesto nacional, principalmente por conducto del Ministerio de Salud, de las regiones, del Ministerio de Finanzas y del Ministerio de los Servicios Sociales y la Seguridad

Social. Los principales donantes son el BID, la Unión Europea, la CIDA, la OPS, el UNICEF y el PNUD. En 1997, el financiamiento externo cubrió aproximadamente 12% del gasto total del Gobierno en salud, 15% de las necesidades del sector público y cerca de 10% del total de gastos en salud del sector público y privado. En 1998, el financiamiento externo sumó 7,3% del total de los gastos del Gobierno.

El BID y la Unión Europea otorgaron importantes fondos de inversión al sector salud de Guyana. El BID aporta US\$ 2,5 millones a un programa de cooperación técnica para el fortalecimiento institucional. En 1998, el Gobierno firmó un acuerdo de cooperación técnica con el BID, según el cual el Banco se compromete a otorgar una subvención para financiar los servicios de consultoría para la ejecución de la Política del Sector Salud y del Programa de Desarrollo Institucional. El BID también otorgó un préstamo para el programa de aumento de la cantidad de agua potable en Georgetown. El Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido y la Unión Europea financian el programa de expansión del Organismo de Abastecimiento de Agua de Guyana. El FNUAP ha apoyado el proyecto piloto de salud reproductiva y sexual del adolescente en cuatro comunidades. El Ministerio de Salud, junto con otros organismos donantes y con la OPS/OMS, colabora en la ejecución del plan de eliminación de la filariasis.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Guyana, 2000.

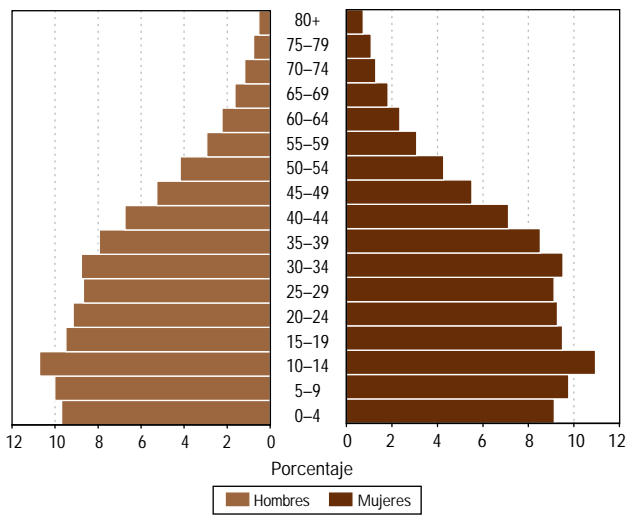


FIGURA 2. Crecimiento anual del producto interno bruto, Guyana, 1991-2000.

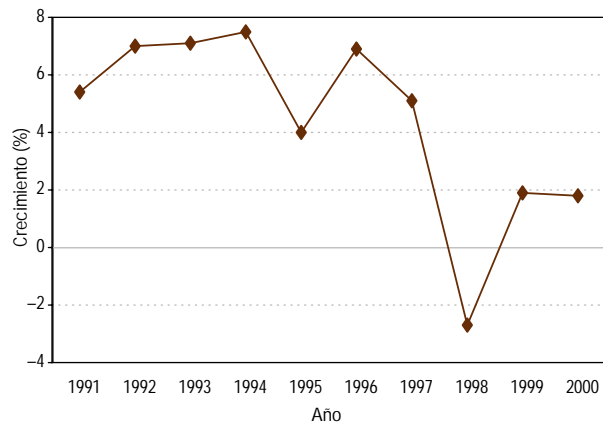


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Guyana, 1995-2000.

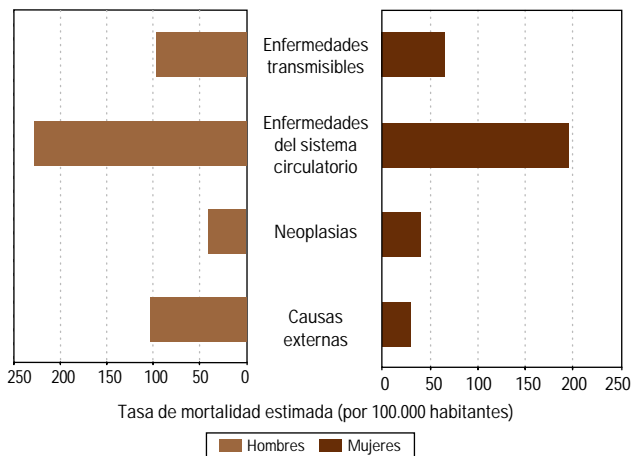
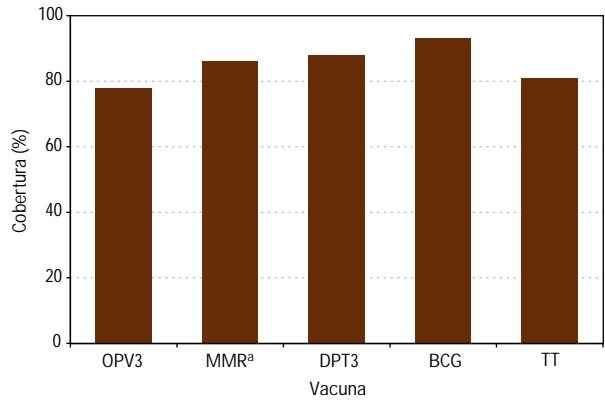
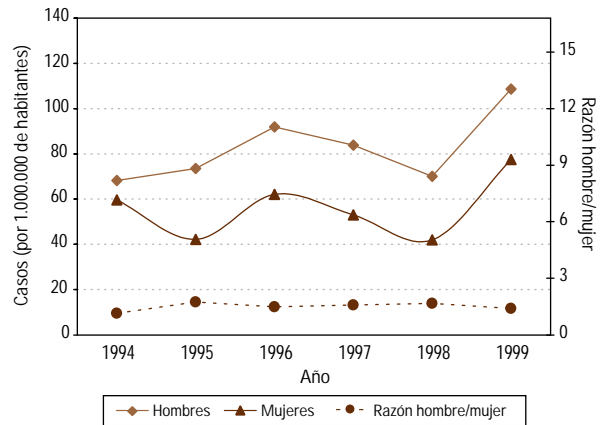


FIGURA 4. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año y en mujeres en edad fértil según vacuna, Guyana, 2000.



^aCobertura en niños menores de 2 años.

FIGURA 5. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Guyana, 1994-1999.



HAITÍ

CONTEXTO GENERAL

La Española es la segunda isla más grande del Caribe y está compartida por dos países: Haití y la República Dominicana. Haití está ubicado en el tercio occidental de la isla, tiene una extensión territorial de 27.700 km² y está dividido en nueve departamentos y una coordinación. La división administrativa comprende 41 distritos, 133 comunas y 561 secciones comunales.

Haití fue la primera nación negra del mundo en independizarse de la colonia en 1804, mucho antes que otros países de América Latina. Sin embargo, la historia reciente de Haití ha estado marcada por la violencia política y social y, próximos a cumplir 200 años de independencia, la situación de pobreza y exclusión no ha cambiado para la mayoría de la población haitiana. Después de la caída de la dictadura de Jean-Claude Duvalier en 1986, cinco presidentes de la República asumieron el poder, hasta que en 1990 las elecciones llevaron a la presidencia al padre Jean Bertrand Aristide. En 1991 hubo un golpe de estado militar y la comunidad internacional dispuso el embargo económico del país, situación que se prolongó hasta 1994 en que se restituyó el orden constitucional y se disolvieron las fuerzas armadas. Un nuevo gobierno democrático asumió el poder para el período 1995–2001, marcado por dificultades de orden político que mantuvieron al país sin primer ministro entre 1997 y 1999, situación que favoreció el estancamiento de los procesos de reforma del Estado. Durante 2000 se realizaron elecciones municipales, de nuevos diputados y senadores del Congreso de la República y finalmente elecciones presidenciales, todas ellas bajo un clima de violencia extrema y tensión social entre fuerzas políticas de oposición.

Desde el punto de vista económico, en los años noventa hubo una aceleración de la pobreza de la población haitiana, especialmente durante el período del embargo (1992–1994), cuando la recesión se transformó en depresión económica y se estima que las pérdidas de la actividad económica del país fueron de 25%. Otros factores que favorecieron la crisis económica fueron los

problemas políticos, el bloqueo de los fondos de asistencia externa y una disminución de las exportaciones de 5,4% entre 1998 y 1999. En la figura 1 se muestra el crecimiento anual del producto interno bruto (PIB); en 1999–2000 fue de 1,23%, valor menor al registrado en los períodos anteriores (2,34% en 1998–1999 y 3,13% en 1997–1998), debido a la disminución progresiva del aporte al PIB del sector agrícola, que tuvo un crecimiento negativo de –1,3%. Comparando el aporte al PIB al inicio y al final de la década de los noventa, el sector agricultura aportó solo 29% contra 35,4% y el sector manufacturero, 8,9% contra 15,5%; solo el sector de la construcción y el sector público mostraron un incremento en este período.

Se estima que para el bienio 1999–2000 la inflación fue de 15%; en el mismo bienio, el precio de los productos alimentarios se incrementó 10,4%, aumento mayor al registrado en el bienio anterior (3,8%). La tasa de cambio en octubre de 1999 era de 17,5 gourdes por un dólar y en agosto de 2000 llegó a 22 gourdes.

La población económicamente activa que está ocupada representa 46% del total, 50,4% de los hombres y 42,2% de las mujeres; la mayoría está concentrada en el sector informal (51,4%) y el sector agrícola (44,5%), y una mínima parte en el sector público (1,3%). La tasa de escolaridad primaria en 1997 fue de 56,2% para los niños entre 6 y 11 años de edad; la tasa de alfabetización en la población mayor de 10 años fue de 61,5% en el período 1999–2000, con diferencias por sexo y lugar de residencia (cuadro 1).

De acuerdo con los resultados de una encuesta realizada en 1999–2000, 67% de la población vivía en condiciones de pobreza

CUADRO 1. Tasa de alfabetización de la población de 10 y más años, por sexo y lugar de residencia, Haití, 1999–2000.

Grupo	Zona metropolitana	Resto urbano	Rural	Total
Hombres	92,0%	81,0%	55,1%	66,6%
Mujeres	68,8%	79,6%	43,7%	56,7%
Total	85,1%	80,3%	49,5%	61,5%

y 31,4% de las familias estaba formada por más de siete miembros; una encuesta similar realizada en 1986–1987 encontró que 65% de las familias se encontraba en situación de pobreza y 12,3% de las familias tenía más de siete integrantes. En 1999–2000, 46% de las familias disponían de una sola habitación para dormir. Las principales ciudades de los departamentos están comunicadas con la capital por un sistema de carreteras, la mayoría de las cuales están en mal estado. Dos compañías de telefonía móvil están mejorando la comunicación en las principales ciudades del país, especialmente en Puerto Príncipe.

Los idiomas oficiales son el creole, que es hablado por la totalidad de haitianos, y el francés, que es muy usado en las ciudades, sobre todo por la población que ha concluido sus estudios elementales (se calcula que 10% de la población domina esta lengua).

El crecimiento poblacional estimado para el período 1995–2000 fue de 2,1%; para el año 2000 se estimó, sobre la base del censo de población de 1982, una población de 7.958.964 habitantes, con una densidad poblacional de 282 habitantes por km². En las zonas rurales vive 64% de la población del país; 21% en la zona metropolitana de Puerto Príncipe y 15% en las otras zonas urbanas. La pirámide de población en Haití es de base ancha y con reducción progresiva, especialmente a partir de los 20 años de edad (figura 2); 40% de la población tiene menos de 15 años y solo 5% tiene más de 65 años. Hay más mujeres que hombres (51,9%), especialmente en las zonas urbanas; este fenómeno se explica por los flujos migratorios, ya que las mujeres migran más de la zona rural hacia las ciudades y los hombres, hacia el extranjero. Estos movimientos de población configuran diferentes pirámides de población entre las zonas urbanas y rurales; por ejemplo, en la zona metropolitana de Puerto Príncipe la población se concentra en el grupo de edad de 20 a 24 años, con mayor número de mujeres; por el contrario, en las zonas rurales la pirámide de población se ve reducida en el grupo de 10 a 24 años.

La dinámica de población se ha caracterizado por una progresiva urbanización, manifiesta en el crecimiento de las ciudades principales como la zona metropolitana de Puerto Príncipe (el departamento del Oeste tuvo una tasa de crecimiento anual de 3%); la migración de miles de haitianos hacia el exterior, especialmente hacia los Estados Unidos (Florida y Nueva York), Canadá y las islas vecinas (la tasa de migración neta en el período 1995–2000 fue de –2,6%); y el desplazamiento hacia la República Dominicana a lo largo de la frontera común, para realizar trabajos menores o en los campos de cultivo de caña de azúcar, generalmente en situación laboral irregular. Hay que considerar que un porcentaje importante de profesionales y técnicos calificados forman parte de esta diáspora haitiana, lo que representa una fuente de ingreso para la economía del país, debido a las remesas mensuales que envían a sus familiares y que constituye 8,3% del ingreso familiar. Se estima que un millón y medio de haitianos viven en el extranjero.

La tasa bruta de natalidad fue de 33 por 1.000 habitantes y la tasa global de fecundidad de 4,4 hijos por mujer. El promedio de edad de la población en general era de 19 años para ambos sexos y la razón de dependencia, de 77,9 en el mismo período. La esperanza de vida al nacer fue de 54,4 años para la población general (52,8 para los hombres y 56 años para las mujeres). Algunas estimaciones para el año 2000 muestran una disminución de la esperanza de vida de hasta cinco años para ambos sexos, como impacto de la epidemia de SIDA.

Mortalidad

Desde 1997, tanto el Ministerio de Salud Pública y de la Población como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han promovido la certificación de las defunciones. Este esfuerzo se ha concentrado en los principales hospitales públicos del país y permitió registrar 5.505 defunciones en el primer año. En 1998 el número ascendió a 6.541 y durante 1999 se registraron un total de 7.997 certificados de defunción, cifra que representa solo 10% del total de las muertes estimadas. Sin embargo, la información que proporciona es valiosa para tener el perfil de mortalidad, a pesar de que casi la mitad de estos certificados (47,9%) tienen diagnósticos mal definidos.

El análisis de las defunciones por grandes grupos de causas muestra que las enfermedades transmisibles ocupan el primer lugar, con 19,5% del total de certificados; sin embargo, al considerar solo aquellos que tienen un diagnóstico definido, este porcentaje se eleva a 37,5% debido a un mayor registro de diarreas y gastroenteritis de origen infeccioso (cuadro 2). El segundo grupo en importancia son las enfermedades del sistema circulatorio: los accidentes cerebrovasculares, la hipertensión arterial y los problemas cardiovasculares —que tienen un mayor número de casos registrados en mujeres— y que representan 8,3% del total; las causas externas se ubican en tercer lugar (4,3%) y en cuarto lugar están las neoplasias (2,7%), entre las cuales son más frecuentes los tumores de órganos digestivos.

Considerando las causas específicas de defunción, el SIDA se ubica en primer lugar con 413 certificados (5,2% del total), seguido de las diarreas y gastroenteritis de origen infeccioso con 398 defunciones que representan (5%); sin embargo, llama la atención que 180 (45%) defunciones por diarrea se han registrado en el grupo de edad de 15 a 49 años. En tercer lugar están los accidentes cerebrovasculares con 278 muertes (3,5%); seguido de las neumonías (180 defunciones); otras cardiopatías (163); la tuberculosis (162) y luego las muertes maternas. Cuando se observan las 10 primeras causas de defunción en las mujeres las tres primeras coinciden con el patrón general, pero en cuarto lugar se ubican las causas maternas con 157 defunciones. La diabetes (85 muertes) y la hipertensión arterial (68), se ubican en el séptimo y noveno lugar, mientras que en los hombres estas no figuran y en su lugar se ubican las causas externas y las agresiones.

CUADRO 2. Mortalidad por sexo y grandes grupos de causas, Haití, 1999.

Grandes grupos de causas	CIE-10	Mujeres		Hombres		Ignorado		Total	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Enfermedades transmisibles	A00-B99, G00-G03, J00-J22	732	18,5	821	20,6	7	15,2	1.560	19,5
Neoplasias malignas	C00-C48	119	3,0	95	2,4	—	—	214	2,7
Enfermedades del sistema circulatorio	I00-I99	371	9,4	293	7,4	—	—	664	8,3
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	P00-P96	137	3,5	119	3,0	8	17,4	264	3,3
Causas externas	V01-Y89	109	2,7	237	5,9	1	2,2	347	4,3
Las demás enfermedades		642	16,2	464	11,6	9	19,6	1.115	13,9
Causas mal definidas	R00-R99	1.855	46,8	1.957	49,1	21	45,7	3.833	47,9
Total certificado	A00-Z99	3.965	100	3.986	100	46	100	7.997	100

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0-4 años)

La mortalidad infantil aumentó de 73,8 por 1.000 nacidos vivos en 1996 a 80,3 por 1000 nacidos vivos en el año 2000. La encuesta nacional mediante la cual se obtiene este indicador es representativa y está estratificada sobre un total de 9.831 viviendas. Este incremento está relacionado con el aumento de la situación de pobreza, las deficiencias en el sistema de salud y el impacto de la epidemia de SIDA, tanto por el número de niños infectados por sus madres, como también por el número de niños huérfanos, en estado de abandono y vulnerabilidad. Según la misma encuesta, la mortalidad neonatal se ha incrementado en el mismo período de 31,2 a 32,2 y la mortalidad posneonatal, de 42,8 a 48,1 por 1.000 nacidos vivos.

La enfermedad diarreica aguda es el principal problema de salud en la población infantil; 25,7% de los niños menores de 5 años y 43,4% en los menores de 1 año tuvieron episodios de diarrea en las últimas dos semanas al momento de la encuesta, pero solo recibieron algún tratamiento de rehidratación oral 40,7% de los menores de 5 años y 45,3% en los menores de 1 año.

Durante 1999, 1.215 del total de defunciones registradas (15%) correspondieron a menores de 5 años. Las principales causas de defunción no varían de las observadas durante 1997 y 1998, y las enfermedades infecciosas intestinales fueron la primera causa de muerte (12,1% del total), seguidas de las infecciones del periodo perinatal (10,2%), la malnutrición (9,1%) y las infecciones respiratorias agudas (6,9%). El SIDA se encontró entre las primeras 10 causas de muerte en este grupo de edad, lo que refleja la importancia de la transmisión vertical del VIH en Haití. El VIH/SIDA representó 3,6% del total de causas de muerte registradas, sin diferencias por sexo.

La salud de la población en edad escolar primaria (5-9 años)

En Haití, la población en edad escolar se considera de 6 a 24 años, ya que más de 80% de los estudiantes son mayores de la edad que correspondería a su grado escolar, principalmente debido a los continuos atrasos por razones económicas. Para el año 2000 se estimó una población de 1.053.610 niños entre 5 y 9 años, lo que representa 13% de la población total; si se considera la población entre 6 y 24 años el porcentaje se eleva a 44%. Como consecuencia de las condiciones de pobreza y el hecho de que 89% de las escuelas son privadas, 17,1% de la población en edad escolar no asistía a la escuela y 12,5% no ha asistido jamás; de estos, 41,9% son menores de 10 años y 54% son mujeres.

Se estima que por la epidemia del SIDA son huérfanos de padre, de madre o de ambos 7,4% menores de 15 años; el porcentaje se eleva a 13,2% al considerar todas las causas de defunción. También se estima que hasta 20% de los menores de 15 años viven en situación de vulnerabilidad, en condiciones de pobreza, subalimentados, con menor acceso a la educación, en hogares de adopción realizando trabajos domésticos, o en la calle. Se suman a este grupo los niños VIH positivos y los discapacitados. Se calcula que hay 250.000 niños en *restavek* (es decir, que no reciben remuneración alguna y viven en una familia que no es la suya); 81% de estos niños provienen del medio rural; 75% son de sexo femenino; la mayoría de ellos tiene entre 7 y 14 años; solo 55% acuden a la escuela nocturna; 4 de cada 5 declaró haber sufrido violencia física, y están expuestos a violencia sexual y psicológica. Los niños de la calle constituyen otro grupo en situación de vulnerabilidad; las estimaciones realizadas por la Universidad de Quisqueya (abril 2000) son de 6.500 a 7.800 los niños de la calle.

Como consecuencia de la epidemia de sarampión y de poliovirus vacunal, la población menor de 15 años ha sido priorizada para vacunación tanto en los espacios escolares como en las viviendas mediante la vacunación casa por casa. No hay otras

acciones del sector salud dirigidas a este grupo de población, a pesar de los esfuerzos que el Ministerio de Salud desarrolla desde hace 10 años por medio del servicio de salud escolar, que no ha logrado aún organizar un modelo de atención.

En el grupo de 5 a 14 años, las causas infecciosas y parasitarias representan 24% del total de defunciones registradas, de las cuales la fiebre tifoidea, el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo se incluyen entre las 10 primeras causas específicas de mortalidad, sin diferencias importantes entre hombres y mujeres. Sin embargo, las causas externas representan 10% del total de causas de defunción, con 26 casos de lesiones traumáticas, 17 de ellas en mujeres (65%); 9 defunciones ocurrieron por accidentes de transporte, 8 de las cuales fueron en niños.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

El período de la adolescencia se considera entre 10 y 19 años y el de la juventud, hasta los 24 años. La estructura demográfica de Haití muestra un país joven, con 60% de la población menor de 24 años. En 1999 la mediana de edad fue de 20 años.

Según los certificados de defunción de 1999, los adolescentes y jóvenes representan 8% de las defunciones en el país. El VIH/SIDA es la primera causa de muerte en este grupo de edad, 5,8% del total de certificados de defunción registrados, con una tendencia al aumento al considerar el número de casos en 1997 y 1998. Entre las 10 primeras causas de muerte en este grupo de población se observan agresiones y homicidios, tuberculosis, fiebre tifoidea y causas relacionadas con la maternidad. Durante 1999, hubo en total 157 muertes maternas, 35 de las cuales (22%) se registraron en el grupo de 10 a 24 años. El Estado no tiene servicios de salud específicos para los adolescentes y jóvenes y el personal de salud no ha recibido capacitación especial.

La fecundidad en el grupo de 15 a 19 años se incrementó de 76 a 80 por 1.000 en el período 1996–2000, al igual que en el grupo de 20 a 24 años, de 178 a 187 por 1.000; por el contrario, la fecundidad en las mujeres de 25 a 29 años bajó de 233 a 204 por 1.000. La fecundidad es mayor en el área rural para todos los grupos de edad. Entre las mujeres de 15 a 19 años, 0,3% tuvo un aborto y entre las de 20 a 24 años, 1,2% señaló haber tenido un aborto y 0,7%, dos abortos.

La edad media de la primera relación sexual fue de 18,5 años para los hombres y de 19 años para las mujeres. En un estudio realizado en 1992 en Cite Soleil (la zona más pobre y marginal de Puerto Príncipe), 8,3% de los jóvenes declararon haber tenido la primera experiencia sexual entre 7 y 11 años. En el grupo de mujeres entre 15 y 19 años de edad en unión libre, 16% utiliza algún método de planificación familiar; este porcentaje se eleva a 32% en las mujeres de 20 a 24 años.

La prevalencia de infecciones de transmisión sexual en los adolescentes hombres de 15–19 años fue de 9,9%; para el grupo de 15 a 24 años se estima una prevalencia de 3,8% por infección del VIH, 6,7% de sífilis y 3,2% de hepatitis B. A pesar de que las encuestas muestran un buen nivel de conocimiento para la pre-

vención del SIDA y señalan que el condón es el medio más seguro para evitar la infección, su utilización continúa siendo muy limitada (18% de las mujeres jóvenes y 33% de los hombres declararon haber utilizado el condón en su última relación sexual). La utilización del preservativo varía según el nivel de instrucción: los jóvenes que han concluido el nivel secundario tienen tendencia a utilizarlo con más frecuencia (17% para las mujeres y 30% para los hombres) en comparación con los que solo tienen estudios primarios. Para aquellos jóvenes que no tiene instrucción alguna, el uso del preservativo se reduce a 1% en las mujeres y 2% en los hombres.

La violencia y el abuso sexual son muy frecuentes en este grupo de población: 29% de las mujeres ha tenido su primera relación sexual sin su consentimiento; 37% de los casos de violencia notificados por mujeres son de carácter sexual; 70% de las mujeres ha sufrido alguna forma de violencia, 37% mediante agresiones y violencia sexual, 15% antes de los 15 años de edad y 3% antes de los 10 años. Por otra parte, 62% de las mujeres entre los 15 y 29 años no tiene empleo y 6,6% son jefas de hogar.

Datos de 1999 señalan que del total de personas que son registradas por alcoholismo y toxicomanía, 61% son jóvenes entre 10 y 25 años. En el grupo de 10 a 24 años la primera causa de mortalidad es el SIDA, que representa 10% del total de defunciones registradas con causas bien definidas; siguen las infecciones intestinales (9,6%); luego las causas maternas y las causas externas (8,8% cada una), y la fiebre tifoidea es como la quinta causa de defunción en este grupo de edad.

La salud de la población adulta (20–59 años)

Este grupo de edad representa 40% del total de la población y comprende a las personas en edad reproductiva y a la fuerza laboral del país. La tasa de fecundidad disminuyó de 6,0 hijos por mujer en edad fértil en 1977 a 4,8 en 1994; la tasa estimada para el año 2000 fue de 4,7 hijos por mujer, con variaciones por lugar de residencia: 5,8 en la zona rural y 3,2 en la zona metropolitana. En el año 2000, 99% de las mujeres tenía información sobre al menos un método moderno de planificación familiar, especialmente la píldora, las inyecciones y el preservativo; 71% conocía por lo menos un método tradicional. Del total de mujeres en unión, 22% utilizaba algún método moderno (50% de ellas la inyección) y 5,8%, algún método tradicional; estos valores son superiores a los registrados en 1994 (13% y 4,4% respectivamente).

El SIDA es la primera causa de muerte entre los 15 y 49 años, con 11,2% del total de las defunciones registradas; considerando el total de defunciones con diagnósticos bien definidos, el porcentaje se incrementa a 21,6%. En segundo lugar figuran las infecciones intestinales y en tercer lugar, las causas maternas. Las causas de defunción mal definidas representan 48% del total de defunciones en este grupo de edad.

La tasa de mortalidad materna en 2000 fue de 523 por 100.000 nacidos vivos, que representa un incremento de 15% en

relación con 1995 (457 por 100.000). Las causas maternas son la segunda causa de defunción en el grupo de mujeres de 15 a 49 años (la primera es el SIDA) y representan 17,7% del total de defunciones registradas con diagnósticos bien definidos. Entre las causas maternas, en primer lugar están las relacionadas con problemas de hipertensión arterial y eclampsia, seguidas de las complicaciones durante el trabajo de parto, como las hemorragias. Del total de mujeres embarazadas, 78% tuvieron consultas prenatales realizadas por profesionales de la salud (médicos, enfermeras y auxiliares); esa cifra muestra un incremento de 15% con respecto a 1995, cuando 67,7% recibió ese control. Por otro lado, la atención del parto por personal de salud y parteras capacitadas también se ha incrementado, de 46,3% en 1994 a 59,8% en el 2000.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

La población mayor de 60 años representa 5,9% de la población total (5,5% del total de hombres y 6,3% del total de mujeres). Para este grupo de población no existe aún una política de seguridad social definida a pesar de los esfuerzos del Estado, que a través del Ministerio de Finanzas acordó entregar a sus empleados una pensión de jubilación luego de 25 años de servicios y a partir de los 50 años de edad. En el año 1965 se creó la Oficina Nacional de Seguridad del Anciano, que cuenta con 1.323 afiliados únicamente del sector privado. Esta entidad tiene actualmente una sede y 10 oficinas, distribuidas en la zona metropolitana y en seis ciudades del interior. El número total de asegurados en el bienio 1999–2000 fue de 64.853, que representa 0,8% de la población total del país. El número total de pensiones ejecutadas entre 1997 y 2000 llegó a 166, de las cuales 80% beneficiaron a hombres con sumas inferiores en promedio a los 1.000 gourdes por mes (US\$ 45). Sin embargo, considerando el nivel de desempleo, la mayoría de los adultos mayores no tiene acceso a esta pensión.

No existen programas de salud para la población adulta mayor. Según la tradición y cultura haitiana, las personas mayores se quedan en casa bajo el cuidado de sus familiares. Sin embargo, hay una tendencia al cambio y comienzan a existir asilos de ancianos de carácter privado, aunque por su costo están limitados a un sector minoritario de la población. Algunas municipalidades financian muy precariamente asilos de ancianos para la población más pobre, nueve en total en el país.

En 1999, las causas de defunción fueron principalmente las enfermedades no transmisibles. Las enfermedades del sistema circulatorio representaron 39% de las causas de defunción con diagnóstico válido; los accidentes cerebrovasculares, la hipertensión arterial y las cardiopatías tuvieron un registro mayor en mujeres (55%). En la diabetes la razón hombre/mujer fue de 2 a 1, según los certificados de defunción registrados. Las neoplasias malignas de órganos digestivos, así como la tuberculosis y el VIH/SIDA se ubicaron entre las primeras 10 causas de muerte en esta población adulta.

La salud de la familia

Producto de los constantes desplazamientos, o de la emigración al extranjero, las familias se han desestructurado, tanto en la zona urbana como rural. En las grandes ciudades una vivienda puede estar ocupada por varias familias, como resultado de la migración o de los niños huérfanos. En el medio urbano 48% de las familias monoparentales son responsabilidad de las mujeres, contra 33% del medio rural. No hay programas de salud orientados a la familia.

La salud de los trabajadores

No existe información válida sobre la situación de salud de los trabajadores, la mayoría de ellos ubicados en el sector informal, ni hay un programa de salud que tome en cuenta los riesgos ocupacionales. La tasa de empleo llega a 46% y el sector informal—conformado principalmente por mujeres— y la agricultura son las actividades que ocupan a 96% de la clase trabajadora. El sector informal no dispone de ningún servicio ni privilegio de la seguridad social, con excepción de las trabajadoras sexuales, los niños en situación desfavorable y los discapacitados. La ley prevé tres meses de licencia por maternidad para las mujeres empleadas, pero casi la totalidad de la clase trabajadora está fuera del alcance de los servicios de salud y protección, a no ser los de rutina realizados en los servicios de salud. Los trabajadores del Estado cuentan con un sistema de seguro mal organizado, mientras que la salud de los empleados en el sector privado formal es responsabilidad de la Oficina de Seguros Médicos y Maternidad, una estructura autónoma y centralizada que proporciona en un hospital servicios tanto básicos como especializados de traumatología. Además de la atención médica, se paga una indemnización a los asegurados en caso de invalidez temporal o permanente, que en el bienio 1999–2000 se otorgó a 559 personas, 90% hombres. En los últimos años disminuyó el número de afiliados a 43.698 en 1999–2000, a diferencia de 50.935 en el período anterior.

La salud de los discapacitados

En 1998, el Ministerio de Salud estimó en 525.000 (7% de la población total) el número de haitianos con alguna discapacidad, la mitad de ellos menores de 15 años. El principal problema de discapacidad fue la ceguera; se estimó en 1% el número de ciegos y entre 75.000 y 200.000 el número de personas con dificultades de visión debido a traumatismos, glaucoma, catarata, infecciones de la córnea y retinopatía diabética.

La salud de las poblaciones fronterizas

No hay información adecuada que permita conocer la situación de salud de la población fronteriza que se desplaza hacia la República Dominicana, ya sea por períodos cortos o largos, la mayoría como braceros en los campos de caña de azúcar. Tampoco hay cifras concretas sobre el número de haitianos que viven en el país vecino, pero varían entre 250.000 a 1 millón. Según una encuesta socioeconómica, en los bateyes de República

Dominicana, 27,5% de las madres declararon ser de origen haitiano o dominicano-haitiano; 76% de las mujeres y 46% de los hombres nacidos en Haití no tienen ninguna escolaridad, a diferencia de 24% de las mujeres y 21% de los hombres dominicanos. Esta encuesta señala que los conocimientos y las prácticas para evitar la infección por VIH son menores entre la población haitiana y que 20% de los hijos menores de 5 años de madres haitianas tienen desnutrición severa o moderada.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Haití es particularmente vulnerable a los huracanes debido a su posición geográfica, la degradación del ambiente y la precariedad y ubicación de las viviendas, muchas veces en terrenos inestables, cerca de barrancos o en lugares pantanosos. Asimismo, por la extrema condición de deforestación en toda la isla, aun las lluvias normales suelen provocar inundaciones en Puerto Príncipe y otros centros urbanos. En septiembre de 1998, el huracán Georges ocasionó 230 defunciones; 344.000 damnificados; 13.000 viviendas afectadas; 40.000 cabezas de ganado perdidas y una centena de kilómetros de rutas destruidas; el costo total de los daños se estimó en US\$ 161 millones. En noviembre de 2000 las lluvias torrenciales provocaron daños considerables en el departamento del Norte: 14 defunciones, 300 viviendas destruidas, pérdidas en el cultivo de la caña de azúcar y del maíz, así como pérdidas de ganado, lo que ocasionó el desplazamiento de más de 23.000 personas. Haití también presenta alto riesgo a los terremotos ya que tiene ocho fallas tectónicas, dos de las cuales son importantes: una situada al extremo norte y la segunda que cruza de este a oeste.

El Gobierno adoptó en noviembre de 2000 el Plan Nacional de Gestión de Riesgos y Desastres, elaborado gracias al apoyo del sistema de Naciones Unidas.

Enfermedades transmitidas por vectores

En Haití la malaria por *Plasmodium falciparum* es endemo-epidémica, de transmisión más frecuente en las zonas rurales y en las dos temporadas de lluvias, de marzo a mayo y de octubre a noviembre. En 1999 hubo 59 defunciones por malaria (90% de subregistro) y el total de casos notificados al Ministerio de Salud fue de 973; sin embargo, esta cifra no refleja el número real de casos porque solo incluye la notificación de cuatro departamentos, debido a que el programa nacional no cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica. Según estudios entomológicos realizados hace 15 años, hay cinco especies de *Anopheles* en Haití, de las cuales el principal vector es *Anopheles albimanus*, ampliamente difundido a través del país y que presenta una progresiva resistencia al DDT. Se están orientando los esfuerzos en un proyecto conjunto entre Haití y República Dominicana para la eliminación de la malaria en la isla, con una proyección a 5 años.

No hay un programa estructurado de control y prevención del dengue; por otro lado los datos epidemiológicos son insuficientes para estimar la magnitud de este problema en Haití. Durante 1999 se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica centinela dos casos de dengue, los que no fueron confirmados debido a que no existe un laboratorio de referencia en salud pública. En el año 2000, la red de médicos que forman parte de la cooperación técnica cubana notificó un total de 59 casos de dengue clínico. El vector *Aedes aegypti* está presente en todo el país, especialmente en el medio urbano, donde la gran cantidad de desperdicios es favorable para su reproducción, especialmente durante las temporadas de lluvias. Se desconoce la existencia de casos de dengue hemorrágico en el país.

La filariasis linfática está diseminada en focos urbanos, especialmente en el departamento del Norte, sobre el golfo de la Gônave, donde constituye un problema prioritario de salud pública. Sin embargo, en todo el país existe el riesgo de transmisión de esta enfermedad ya que el vector de esta enfermedad (*Culex quinquefasciatus*) se desarrolla especialmente en las zonas urbanas y en las zonas costeras protegidas de los vientos. En ciudades como Léogâne, Arcahaie y Limbé la tasa de portadores de microfilarias es superior a 20% y los estudios preliminares de prevalencia que se han realizado a partir de 1999, señalan que comunas del Norte y del Centro muestran más de 30% de resultados positivos de infestación.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Desde 1994 hasta 2000 no se reportaron casos de sarampión en Haití. Durante el primer trimestre de 1995, el Ministerio de Salud realizó una campaña de vacunación contra esta enfermedad, que alcanzó una cobertura de 95% en los niños de 9 meses a 10 años de edad. Sin embargo, en el período 1995–1999 no hubo continuidad en las actividades de vacunación, lo que permitió que para el año 2000 hubiera alrededor de un millón de niños menores de 5 años susceptibles. Esta situación favoreció una epidemia que comenzó el 8 de marzo de 2000 en la ciudad de Gonaïves, del departamento de Artibonite. Durante el año 2000 hubo en Haití un total de 990 casos confirmados, la mayoría de los cuales ocurrieron en la región metropolitana de Puerto Príncipe. El genotipo del virus identificado fue el mismo que circula en la República Dominicana y en otros países de las Américas. Para hacer frente a la epidemia, el Ministerio de Salud inició inmediatamente una campaña de vacunación puerta a puerta en Gonaïves y en dos semanas vacunó a los niños menores de 10 años de las principales ciudades de Artibonite. A pesar del esfuerzo por controlar la epidemia, se confirmaron casos de sarampión en diversas comunas de los departamentos del país, por lo que se llevaron a cabo campañas nacionales para vacunar a todos los niños de 6 meses a 14 años (tres millones de personas en todo el país). Al final del año 2000, la cobertura de vacunación antisarampión fue de 75%, con variaciones entre 50% y 100% entre las 133 comunas de todo el país (figura 3).

En 1989 se confirmó el último caso de poliomielitis en Haití y la enfermedad se declaró erradicada de todos los países de la Región en septiembre de 1994. Sin embargo, la cobertura de vacunación no fue satisfactoria y no se pudo establecer la vigilancia de esta enfermedad debido a que el número de casos de parálisis flácida aguda resultó insuficiente. En 2000 se notificó un caso de parálisis flácida aguda en una niña de 2 años residente en la localidad de Danse à l'Ombre, en el departamento del Noroeste. El análisis virológico encontró un poliovirus derivado del virus vacunal Sabin tipo 1, que fue modificado por mutaciones sucesivas por la transmisión entre niños no vacunados durante un período de probablemente uno y medio a dos años. Este virus aislado difiere del Sabin tipo 1 en 24 nucleótidos. En 2001 se presentaron siete casos más, el último en julio. Para controlar esta epidemia se realizaron en 2001 dos campañas de vacunación antipoliomielitis casa por casa (mayo-junio y septiembre-noviembre); la cobertura de la primera campaña fue de 100% y los resultados de numerosos monitoreos de vacunación casa por casa mostraron coberturas elevadas en todos los departamentos.

Los casos de difteria se diagnostican por las características clínicas y epidemiológicas; durante 1999 se notificaron 8 casos de difteria, 7 de ellos en el Departamento del Oeste. El tétanos neonatal continúa siendo un problema de salud pública; en 1999 se confirmaron 38 casos y durante 2000 se notificaron 60 casos. Sin embargo, se considera que el número real de casos es mayor a los registrados, por las deficiencias del sistema de vigilancia epidemiológica, en el que participan poco menos de 10% de los servicios de salud en el país.

Enfermedades infecciosas intestinales

La diarrea y la gastroenteritis son la segunda causa de muerte en la población general, especialmente en los niños. La fiebre tifoidea estuvo entre las 20 primeras causas de mortalidad general en 1999, con 67 muertes registradas; no está sujeta a vigilancia, pero es responsable de brotes en comunidades cerradas, donde presenta alta mortalidad.

Enfermedades crónicas transmisibles

La tuberculosis es la sexta causa de defunción en el país y sigue siendo endémica. En 1998 se estimó una prevalencia de 123 por 100.000 habitantes. En 1999 se notificaron 9.124 casos de tuberculosis de todas las formas, lo que representa una tasa de 114 por 100.000 habitantes. Entre 1998 y 1999, la tasa de incidencia de tuberculosis diagnosticada por baciloscopia fue de 84 por 100.000 habitantes y se registraron 6.750 nuevos casos. La red de servicios sanitarios involucrada en la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) es incipiente y hasta el año 2000 un total de 200 establecimientos sanitarios del país (un tercio del total) participaban en la red nacional de lucha contra esta enfermedad. La movilización de la población y la falta de servicios de salud son factores que empeoran el seguimiento de los pacientes y causan abandono o fracaso terapéutico. La epide-

mia de SIDA agrava la situación de la tuberculosis, porque constituye una de las infecciones más frecuentes en las personas con VIH; la información sobre la magnitud de esta asociación es aún insuficiente en el país.

La prevalencia real de lepra no se conoce; sin embargo, se puede afirmar que continúa en estado endémico en el país. El sector privado no lucrativo es quien se encarga principalmente de la lucha contra esta enfermedad, como el Instituto Famme Pereo ubicado en Puerto Príncipe y el Instituto Cardinal Leger, en Artibonite. De los casos registrados por ellos en 1996 y 1997, 81% correspondían a lepra paucibacilar (o tuberculoide); estos centros de atención todavía reciben notificaciones de algunos casos de deformación a consecuencia de la lepra.

Infecciones respiratorias agudas

Las encuestas de morbilidad y mortalidad a nivel nacional realizadas en 1987 y 1994–1995 mostraron que alrededor de 20% de los niños menores de 5 años han sufrido tos y respiración rápida en las últimas dos semanas; el porcentaje se incrementa en los niños más pequeños. Solo una quinta parte de estos niños es llevado a los servicios de salud, con claras diferencias según el nivel de escolaridad de las madres y el lugar de residencia (rural o urbana). Según los certificados de defunción de 1999, se registraron 209 casos de infecciones respiratorias agudas, 97 de los cuales correspondieron a los menores de 5 años.

Zoonosis

Entre 1995 y el 2000, se notificaron 22 casos de rabia humana y 44 de rabia canina confirmados por laboratorio. La mayoría de estos casos provenían de la zona metropolitana de Puerto Príncipe. La rabia es un problema de salud pública urgente, considerando que muchos de los focos notificados no se investigan debido a las deficiencias del sistema de vigilancia epidemiológica. Las actividades de prevención como la vacunación canina se han intensificado; solo en el año 2000, se vacunaron cerca de 30.000 perros y gatos en todo el país. En el año 2000, se aprobó un proyecto de cooperación técnica en esta materia con la República Dominicana, a fin de realizar campañas de prevención a lo largo de las ciudades fronterizas.

El carbunco es endémico en los departamentos del Norte, del Sureste y en la Artibonite. Estos tres departamentos presentan focos activos y son objeto de actividades de vacunación por el Ministerio de Agricultura, aunque se trata de actividades esporádicas, con poca participación de la comunidad. Los datos sobre morbilidad y letalidad en humanos no son conocidos.

VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual

La infección por VIH/SIDA es la más importante de todas las infecciones de transmisión sexual que ocurren en el país, ya que 4,5% de la población está infectada; el virus afecta tanto a hombres como a mujeres en edad productiva, causa la muerte a edades tempranas y deja población vulnerable como los niños hué-

fanos. Según el análisis de certificados de defunción, la infección por VIH/SIDA fue la primera causa de muerte en 1999, con 413 fallecidos que representaron 10% del total de defunciones registradas bien definidas. En el grupo de mujeres en edad fértil, el SIDA fue responsable de 20,5% del total de muertes registradas. Se estima que cada año hay cerca de 13.000 mujeres gestantes VIH positivas y que 30% de sus hijos (3.900) nacerán infectados. El proyecto de prevención de la transmisión maternoinfantil es aún incipiente ya que tiene carácter piloto y se ejecuta solo en tres instituciones de salud.

Los esfuerzos de prevención son aún insuficientes, entre otros aspectos porque el Ministerio de Salud no ha podido normar y organizar la intervención de los diferentes participantes: los sectores público y privado, las organizaciones no gubernamentales y los organismos internacionales. Desde 1991, el Ministerio de Salud dejó de realizar la vigilancia epidemiológica del SIDA en los servicios de salud que permitiría conocer la evolución de la epidemia y las características de la población afectada. La vigilancia se ha basado solamente en estudios transversales (cada cuatro años) de seroprevalencia en mujeres embarazadas y en otros estudios recomendados por la OPS/OMS para estimar la prevalencia en la población general. Se han realizado tres estudios centinela en mujeres gestantes; la prevalencia en 1993 fue 6,2%; en 1996, 5,9%, y en 2000, 4,5%. Esta ligera disminución no se traduce necesariamente en una disminución del riesgo, ya que el porcentaje de positividad se ha incrementado en las mujeres menores de 20 años entre 1996 y 2000; por otro lado, la disminución de la prevalencia puede corresponder al alto número de defunciones por SIDA.

La migración hacia las zonas urbanas y a otros países del Caribe, especialmente a la República Dominicana, ha favorecido la transmisión de la infección por VIH. Desde el punto de vista de los derechos humanos, no existe legislación para proteger a las personas con VIH/SIDA, ni a las mujeres víctimas de violaciones o a las niñas y jóvenes que son forzadas a mantener relaciones sexuales. Por otro lado, las personas con el VIH SIDA son víctimas de discriminación y de rechazo de parte de la población y de sus familias, son abandonados y muchas veces solo los reciben instituciones de caridad donde finalmente mueren. No existe la posibilidad de acceso a la terapia triple.

El estudio centinela de las mujeres embarazadas sirve también para realizar un tamizaje sobre la sífilis y la hepatitis B. El último estudio realizado en el 2000, mostró una tasa de positividad a la sífilis de 5,6% y de 3,8% a la hepatitis B; también se encontró que la seropositividad al VIH aumentó de 2,1% a 13%. Los centros de transfusión sanguínea constituyen otra fuente de información. Entre octubre de 1999 y septiembre de 2000 se examinaron 3.948 donantes; 1,4% resultaron positivos al VIH; 3,6%, a la hepatitis B; 0,1%, a la hepatitis C, y 0,8% a la sífilis. La población examinada se sometió previamente a una encuesta para determinar conductas de riesgo. El enfoque sindrómico para el diagnóstico y atención de las infecciones de transmisión sexual aún no está suficientemente desarrollado en los servicios de salud.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En 1995 se realizó una encuesta de nutrición en todos los departamentos del país y desde entonces no se ha producido otro documento de referencia para evaluar el estado nutricional de los niños menores de 5 años. Según esa encuesta, la malnutrición global fue de 67,3%, con el valor más alto en el Departamento del Centro (75%) y el más bajo en el departamento del Noroeste (52%); 65,5% presentaba malnutrición crónica, con valores extremos de 52% en el departamento del Noroeste y 72% en el Departamento del Centro; la malnutrición aguda era de 34%, con variaciones entre 48% en la Grand Anse y 25% en el Oeste. Según el análisis de los certificados de defunción, la malnutrición se ubica como la octava causa de mortalidad general con 145 defunciones, 76% de ellas en menores de 5 años. No es posible obtener información precisa sobre la anemia nutricional en los niños de edad preescolar; sin embargo, se supone que la prevalencia es alta a causa de la endemidad de la malaria, de las helmintiasis y de otros factores predisponentes, así como por la situación de pobreza en la población.

La avitaminosis A es también un problema de salud pública, razón por la cual el Estado otorga suplementos de esta vitamina a través del sistema de salud. De acuerdo a estudios sobre la vitamina A realizados por el UNICEF en 1977 en los departamentos de Noreste y Noroeste, la prevalencia de xerosis conjuntival fue 9,7 por 1.000 y la de ulceración de la córnea, 2,5 por 1000. El estudio acerca de los determinantes maternos y familiares de los preescolares de Haití en relación con la vitamina A y el hierro se llevó a cabo en 1997 con 226 niños de 24 a 60 meses; los resultados sobre el retardo del crecimiento mostraron que era severo (talla para la edad) en 31% de la muestra; moderado en 23%; con insuficiencia ponderal (peso para la edad) en 36%; en estado de emaciación (peso para la talla) en 4%; y que 92% tenía una deficiencia o riesgo de deficiencia de vitamina A. El nivel medio de concentración plasmática de vitamina A para todos los niños fue de 12,5 µg/dl; los niños tenían un nivel de retinol significativamente más bajo (11,7 µg/dl, DE 4,9) que las niñas (13,2 µg/dl, DE 4,9) y 20% de los niños y niñas tenían anemia, medida por valores de ferritina sérica inferiores a 12 µg/ml. Se han encontrado numerosos focos de deficiencia de yodo en el país y se reportaron casos de cretinismo en el departamento del Centro.

Una encuesta de nutrición realizada en 1995 reveló que solo 1% de los recién nacidos recibían lactancia materna precoz; que entre 15% y 36% de los niños recibían lactancia materna exclusiva, y que 96,3% de los niños habían recibido lactancia materna. No se encontraron diferencias por sexo, pero es mayor en el medio rural (97,8%) que en las ciudades (94,9%). En el año 2000, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los niños de 0 a 5 meses se incrementó a 49% y la no exclusiva, a 99%; además, 25,9% de estos niños reciben lactancia materna hasta por 23 meses. Sin embargo, la lactancia materna exclusiva solo se da en 3,3% de los niños de 0 a 3 meses y 34% de los niños de 0 a 5 meses también son alimentados con leche en polvo para lactantes.

Enfermedades cardiovasculares

Por el análisis de los certificados de defunción, las enfermedades cerebrovasculares se ubican como la tercera causa de muerte en la población; otras formas de cardiopatías, en quinto lugar; la diabetes, en décimo, y la hipertensión arterial, en décimo primero. Llama la atención que hay un mayor número de defunciones registradas en las mujeres que en los hombres y que esta observación se repite en los diversos grupos de edad. Factores de carácter racial, dieta excesiva en sal y el sobrepeso son factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares en edades tempranas de la vida.

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas no estaban entre las primeras 20 causas específicas de mortalidad en Haití durante 1999, ya que en conjunto solo correspondían a 2,5% del total de defunciones registradas. En total se registraron 196 casos de neoplasias malignas, 111 en mujeres y 85 en hombres. El tumor maligno de los órganos digestivos se ubica en primer lugar (66 casos), seguido por neoplasias malignas de los órganos genitales masculinos (33 casos). Sin embargo, esta información no es concluyente porque los certificados de defunción tienen un gran subregistro y además porque el Sistema Nacional de Salud no dispone de medios eficientes para el diagnóstico histopatológico.

Accidentes y violencia

Los accidentes y la violencia contribuyen de manera importante a la morbilidad y mortalidad en Haití, especialmente de la población en edad productiva y con mayor impacto en los adolescentes y los jóvenes. En 1999, los accidentes de transporte ocuparon el lugar décimo segundo en las causas de mortalidad general con 98 defunciones y las agresiones por arma de fuego, el décimo sexto lugar con 70 casos, 56 de los cuales se registraron en hombres.

Salud oral

No hay información a nivel nacional. Existen encuestas realizadas en localidades pequeñas donde la prevalencia de caries en escolares de 12 años fue de 37%. En 1996 se encontró que de 50 a 79% de los adultos de Jeremi les faltaba algún diente y que solo 1% del grupo de 17 a 59 años tenía dientes obturados.

Enfermedades emergentes y reemergentes

En 1998 se notificaron 61 casos de meningitis meningocócica y 56 en 1999, con una tasa de letalidad entre 20% y 30%. La epidemia que se presentó entre 1994 y 1997 obligó a que el sistema de vigilancia epidemiológica se reforzara, a pesar de sus limitaciones, y permitió identificar los brotes que se declararon en más de 27 comunas del país e intervenir para su control. En total se notificaron 667 casos, con una tasa de letalidad de 31%; la mitad de estos casos fueron notificados por el Hospital Universitario del Estado de Haití (HUEH) que se encuentra en Puerto Príncipe. El grupo de

edad más afectado fue de 5–14 años y las cepas identificadas correspondieron al serogrupo B y C de la *Neisseria meningitidis*.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En 1998 el Ministerio de Salud difundió la política nacional de salud, que reconoce a la salud como un derecho humano fundamental de todo haitiano, sin discriminación alguna y en directa relación con el desarrollo humano, bajo los principios de equidad, solidaridad y justicia social. El documento hace mención a las dificultades del Ministerio para llevar a cabo sus objetivos en el contexto de un país sumido en la pobreza, con grandes necesidades de salud y con insuficientes recursos humanos y financieros.

La Política Nacional de Salud está orientada en primer lugar a reforzar al Ministerio en su función rectora en los procesos de planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud. Las unidades administrativas descentralizadas encargadas de un conjunto de actividades de salud con calidad y con la participación comunal son las Unidades Comunales de Salud (UCS). Aunque se reconoce la existencia de la medicina tradicional, que en Haití tiene un carácter mágico-religioso y está ampliamente difundida, no recibe apoyo directo del sector.

La reforma del sector salud

Desde la declaración de Alma Ata en 1978, el Gobierno adoptó la estrategia de atención primaria de salud, lo que dio origen a programas nacionales de salud tales como inmunización; control de diarreas y promoción de la lactancia materna; nutrición; salud materna e infantil; control de la tuberculosis y control de la malaria. Mas tarde se añadió el programa de lucha contra el SIDA. Estos son programas de carácter vertical cuyas actividades son ejecutadas por los servicios de salud, con la participación comunitaria, bajo los principios de calidad, eficiencia y sostenibilidad financiera. Actualmente la atención primaria de salud es la primera estrategia de la política nacional de salud, mediante un paquete mínimo de servicios, que incluye la atención a los niños, los adolescentes y las mujeres; las urgencias médicas y quirúrgicas; la lucha contra las enfermedades transmisibles; la educación sanitaria; el medio ambiente; el aprovisionamiento de agua y la disponibilidad de medicamentos esenciales. No obstante, el paquete mínimo de servicios aún no se ha institucionalizado en los servicios de salud y los programas nacionales tienen limitaciones que no les permiten una real cobertura nacional.

La segunda estrategia es la reorganización del sistema de salud, que comprende la descentralización funcional del Ministerio sobre la base de las UCS. Para llevar a cabo el proceso de descentralización se definieron los compromisos del nivel central y del departamental, y a este último se le confirió capacidad administrativa para la gestión de recursos financieros y responsa-

bilidad en la planificación, seguimiento y evaluación de los programas de salud, por medio de la UCS bajo su responsabilidad. Sin embargo, el proceso de descentralización es aún incipiente, no hay aún acciones concretas que inicien y den sostenibilidad a las UCS en el ámbito nacional. Otras líneas estratégicas importantes de la política nacional de salud son la elaboración de un sistema de financiamiento eficiente; el reforzamiento de la participación comunitaria; la creación de espacios de coordinación intersectorial; la coordinación y articulación con los diferentes actores del sistema de salud; el desarrollo de una política de recursos humanos; la investigación orientada a la resolución de problemas, y una legislación en salud que defienda los intereses de la población.

El sistema de salud

El sistema de salud comprende: a) el sector público, conformado por el Ministerio de Salud Pública y de la Población y el Ministerio de Asuntos Sociales; b) el sector privado lucrativo, que involucra a todos los profesionales de salud que laboran en forma independiente o en clínicas privadas; c) el sector mixto no lucrativo, donde existe personal de salud del Ministerio de Salud pero cuya gestión institucional está en manos del sector privado, por lo general organizaciones no gubernamentales (ONG) u organizaciones religiosas; d) el sector privado no lucrativo, que comprende ONG, fundaciones y asociaciones, y finalmente e) el sistema de salud tradicional.

El Ministerio de Salud tiene una organización central conformada por el ministro y el director general, y un conjunto de direcciones centrales (por ejemplo, Higiene Pública, Salud de la Familia y del Niño, Cooperación Externa) que ejecutan los programas de salud, a excepción de los de lucha contra el SIDA y la tuberculosis que dependen directamente de la Dirección General. Existen 10 direcciones sanitarias, conformadas por los 9 departamentos y la coordinación de Nippes, dirigidas por un Director Departamental de Salud y con un conjunto de profesionales que realizan la gestión de los programas nacionales. En cada departamento sanitario están las UCS (que, por lo general, agrupan un conjunto de servicios de salud), cuya cantidad y ubicación dependen del número de habitantes bajo su responsabilidad y de su localización urbana o rural.

Considerando los problemas de carácter político en los últimos años, no hay mayores avances en materia de legislación en salud. La última ley orgánica es de 1983–1984, pero se han creado nuevas estructuras sin una base jurídica que, sin embargo, no contradicen las resoluciones apoyadas por el país en reuniones internacionales sobre la salud y el desarrollo. El nuevo parlamento deberá aprobar la Ley de Salud y la Ley de Medicamentos, entre otras, así como la conformación de la Comisión de Salud, que favorecerá estos procesos.

Todo el conjunto de instituciones del sistema de salud está bajo el control y la coordinación del Ministerio de Salud en su

función reguladora y normativa; sin embargo, no tiene la capacidad para ejercer este liderazgo porque sus estructuras no se han reforzado en los últimos años, especialmente durante el período de embargo. Los recursos provenientes de la cooperación internacional se orientan más al sector privado no lucrativo, lo que ha provocado que algunas de estas instituciones tengan mayor capacidad que el sector público. El Ministerio de Asuntos Sociales es responsable teóricamente de la salud de los trabajadores del sector privado formal. Para este efecto dispone de diferentes estructuras descentralizadas siendo las más importantes: la Oficina Nacional de Seguridad del Anciano, la Oficina de Seguro de Accidentes de Trabajo, Enfermedad y Maternidad y el Instituto de Bienestar Social e Investigación. La actividad privada lucrativa se centraliza en la zona metropolitana de Puerto Príncipe, donde trabajan la mayoría de los profesionales de la salud. El conjunto de instituciones privadas como clínicas, laboratorios o farmacias ejercen sin mayores restricciones y sin participar en los programas de salud o en los sistemas de vigilancia.

Los servicios de salud, a los que tiene acceso 60% de la población, están divididos de la siguiente forma: 35,7% corresponden al sector público, 31,8% al sector mixto (público y privado) y 32,5% al sector privado. Hay 371 dispensarios de salud en el país, 217 centros de salud con camas o sin camas y 49 hospitales, localizados principalmente en las capitales de los departamentos. Algunos de estos hospitales son especializados, entre los que se cuenta el Hospital Universitario del Estado de Haití que es el hospital de referencia nacional, aunque con limitaciones financieras para su buen funcionamiento. El número de camas en el ámbito nacional es de 86 por cada 100.000 habitantes, con valores extremos de 37 en el Sureste y de 127 en el Oeste. A pesar de que los dispensarios de salud están ubicados en las comunas, su número es aún insuficiente para atender a la población que demanda servicios de salud.

Se estima que 40% de la población no tiene acceso a los servicios de salud y solo tienen el recurso de la medicina tradicional. La mayoría de este grupo está en la zona rural, donde 13% de los habitantes tienen un dispensario de salud a 15 km o más de distancia de su vivienda; la cifra se incrementa a 25% para un centro de salud y a 45% para un hospital.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Los problemas relacionados con la formulación de estrategias y la ejecución de actividades orientadas a garantizar un mínimo de servicios, surgen de un marco jurídico insuficiente que no está debidamente adaptado y por las deficiencias del marco institucional. La falta de normas fundamentales y el incumplimiento de las antiguas leyes promueven la anarquía en las intervenciones, en un contexto en el cual el Estado no está en condiciones de reglamentar, supervisar o inspeccionar la calidad de los servicios e insumos ofrecidos.

Las leyes vigentes en materia de control de la inocuidad y eficacia de los medicamentos datan de 1948 y 1955. En 1997, en el marco del primer proyecto del Banco Mundial, el Ministerio de Salud elaboró un proyecto de ley con la asistencia técnica de la OPS/OMS, pero hasta finales del año 2000 aún no se había aprobado debido a problemas políticos. La Dirección de Control de Productos Farmacéuticos y Sustancias Químicas (Ministerio de Salud), creada en 1997, se encarga de la reglamentación pero no tiene ni los medios ni la capacidad para ejecutar su mandato; la situación se agrava por la falta de recursos humanos competentes. En junio de 1999, el Ministerio de Salud creó la Dirección de Organización de los Servicios de Salud, de la cual depende ahora el Servicio de Medicamentos Esenciales.

La calidad del ambiente

Debido a la pobreza de la población rural, los campesinos ven obligados a cortar árboles para construir sus precarias viviendas y, sobre todo, para cocinar sus alimentos; 71% de la energía que se consume en el país proviene de la madera y el carbón de leña, situación que ha llevado a que solo 3% de la superficie del país esté cubierta por bosques naturales. En el interior de las pequeñas viviendas el aire está muy contaminado por el humo, lo que favorece los problemas respiratorios, especialmente en los niños. Alrededor de 10% de las viviendas de la población que gana menos de 1.000 gourdes por mes (US\$ 45), además de estar construidas en terrenos inseguros como pantanos o barrancos, tienen una superficie de 9,5 m² para una familia de seis a ocho personas. En los tugurios de Puerto Príncipe, la densidad de población llega a los 1.800 habitantes por hectárea. Debido a la desigualdad de ingresos (4% de la población posee 66% de la riqueza nacional y 10% de la población no tiene casi nada), los pobres recurren a la naturaleza para sobrevivir. El empleo de malas prácticas agrícolas en terrenos en pendiente pronunciada acelera la erosión del suelo y las lluvias tropicales arrastran la tierra cultivable hacia el mar, taponando con lodo los desagües urbanos. El agua de superficie está contaminada por residuos orgánicos, debido al mal manejo de las excretas y de la basura doméstica. Como consecuencia de la explotación excesiva de la capa freática de la planicie de Cul-de-Sac (Puerto Príncipe), tanto para la agricultura de riego como para el abastecimiento de agua potable, un frente de agua salada está invadiendo gradualmente el agua dulce subterránea.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

En el campo de la promoción de la salud cabe destacar dos hechos importantes: la creación de la Unidad de Comunicación y Educación para la Salud y la adopción oficial de la Carta Nacional de Promoción de la Salud. En lo que atañe a la organización de los servicios, las actividades de comunicación están integradas en

los diferentes programas del Ministerio de Salud, los que están colaborando cada vez más con los medios de comunicación en salud. Existe una asociación de periodistas que trabajan en este campo y una federación de la prensa haitiana, que tienen objetivos de carácter social.

La iniciativa municipios saludables se puso en marcha a fines de 1998; en 2000 habían participado ocho municipalidades y se instaló la primera red nacional en colaboración con el Ministerio de Salud.

Prevención y control de enfermedades

Los programas de control del SIDA y de la tuberculosis son prioritarios y reciben apoyo de las instituciones financieras en salud, además de que han conformado redes con ONG y con servicios de salud públicos y privados para desarrollar las estrategias y actividades de prevención. En el programa de tuberculosis, 200 servicios de salud participan en la estrategia DOTS, con un sistema propio de información y monitoreo. Sin embargo, la red es aún insuficiente para garantizar una cobertura nacional. En el Programa de Prevención y Control del SIDA, es constante la participación de las ONG en la elaboración de los planes quinquenales, la serovigilancia centinela y los proyectos de prevención de la transmisión perinatal. En el Programa Ampliado de Inmunización, la falta de organización y de evaluación de las coberturas hizo que se acumulara una gran cantidad de susceptibles, lo que tuvo como consecuencia las epidemias de sarampión y poliovirus vacunal. La información sobre la cobertura de vacunación se presenta en la figura 3. En el Programa de Prevención de las Enfermedades Transmitidas por Vectores, no se tiene información sobre la situación del dengue ni de la malaria; la encuesta sobre filariasis linfática realizada en todas las comunas del país mostró que es posible obtener información basal sobre la cual puedan ejecutarse actividades de control o eliminación.

Con la participación de la Cooperación Francesa, el Programa Mundial de Alimentos, la OPS/OMS y los Ministerios de Educación y de Salud, en el año 2000 se inició un programa de alimentación escolar y de control de las parasitosis.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

No existe en el sector salud un sistema establecido de información en salud, que genere una cultura de uso y análisis de la información para la toma de decisiones. El sistema de vigilancia centinela ha estado limitado a nueve enfermedades bajo vigilancia en 50 establecimientos de salud. Hasta el año 1999 este sistema estuvo a cargo de una ONG local; a partir de 2000, el servicio de epidemiología del Ministerio de Salud asumió la responsabilidad de continuarlo y extenderlo a los demás establecimientos sanitarios del país. Sin embargo, ante la falta de recursos humanos y financieros este propósito no se ha logrado.

Con el apoyo de la OPS/OMS, en noviembre de 2000 se realizó una reunión nacional con la participación de los epidemiólogos

departamentales y centrales, donde se elaboró un Plan Estratégico de Desarrollo de la Epidemiología que cuenta con seis líneas estratégicas: 1) la formación de epidemiólogos tanto en programas nacionales como en cursos internacionales, sostenible en el tiempo (los diez epidemiólogos del sector recibieron una formación hace más de 8 años); 2) el desarrollo del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el ámbito nacional, bajo la responsabilidad y conducción de los departamentos y con la participación de todas las instituciones de salud; 3) la creación de una red de laboratorios de salud pública, así como uno de referencia nacional; 4) el análisis y la difusión de información sistemática sobre la situación de salud tanto a nivel nacional como departamental; 5) la integración de las actividades de vigilancia epidemiológica con los programas de salud; y 6) la integración regional para el intercambio de información, el análisis y la intervención en salud, especialmente con la República Dominicana.

Agua potable y alcantarillado

El acceso a agua apta para el consumo constituye uno de los principales problemas en Haití, tanto en la zona rural como en la urbana. El incremento de viviendas e instalaciones clandestinas hace que el sistema de agua entubada se corte o se limite solo a unas horas, lo que obliga a cientos de miles de mujeres y niños a caminar con sus recipientes en busca de agua. La Central Metropolitana de Agua Potable es la empresa del Estado responsable de la distribución del agua potable; su producción diaria es entre 100.000 a 130.000 m³, mientras que las necesidades se estiman en 250.000 m³. Por otro lado, existe un sistema paralelo de venta de agua por camiones cisternas que hace que el agua se vuelva un recurso caro al que los pobres no tienen acceso.

La cobertura del sistema de abastecimiento de agua potable en 1999 fue de 47% en la zona metropolitana de Puerto Príncipe, 46% en las ciudades secundarias y 48% en las zonas rurales. Considerando la población total del país, 34,3% se aprovisiona de agua en ríos o fuentes naturales (sobre todo en el área rural); 20,7% acude a piletas públicas; 19,4% compra cubos de agua; 11,8% emplea pozos de agua; 8,7% tiene agua entubada al interior de la vivienda; 2,7% recupera el agua de lluvia; 0,3% compra camiones cisternas, y 2,1% de otras fuentes.

Entre 1995 y 1999 la cobertura de sistemas de evacuación de excretas pasó de 43% a 44% en las zonas urbanas del país y de 16% a 18% en las zonas rurales. Las aguas servidas de origen doméstico se evacúan por medio de sistemas individuales de saneamiento como las letrinas familiares, fosas sépticas y sumideros, cuando se dispone de estas alternativas. En la capital se recoge 47% de la basura y 44% en las ciudades secundarias y se vierte en sitios que no están administrados. Los desechos de hospitales se eliminan sin ningún tipo de control.

Protección y control de alimentos

El Ministerio de Agricultura posee un laboratorio de control de alimentos, pero sus actividades se ven reducidas a algunas

muestras de control y sin mayor injerencia en la regulación de la importación de alimentos; lo mismo ocurre para la producción nacional de alimentos o bebidas, que muchas veces son elaborados por métodos artesanales. Resulta imposible ejercer un control de la venta de alimentos preparados, que en su mayoría se realizan ambulatoriamente en condiciones insalubres.

Programas de ayuda alimentaria

Se estima en 159.000 toneladas el volumen de alimentos recibido por Haití en 1994. En la década de los noventa, 68% de la ayuda alimentaria provino de los Estados Unidos; 9%, de la Cooperación Europea; 7%, del Japón; 6%, del Canadá; 6%, del Programa Mundial de Alimentos, y 4%, de Francia. La ayuda de la Cooperación Canadiense aumentó considerablemente a partir de 1997. Las principales ONG que llevan a cabo programas de ayuda alimentaria son CARE, CARITAS y Catholic Relief Services, en coordinación con organizaciones no gubernamentales locales y también con el sector público.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

En el ámbito de la salud mental, el estado dispone del Centro Psiquiátrico Mars y Kline, de nivel universitario, y del Centro Défilé de Beudet, situados en la capital y sus alrededores. En el resto del país no hay otra institución pública para la atención de enfermedades mentales, ya que la salud mental no es una prioridad nacional, pero está aumentando el número de pequeños centros privados.

La gestión de los bancos de sangre está en manos de la Cruz Roja haitiana desde el año 1986 y, aunque insuficiente, recibe el soporte financiero de diversas instituciones para ofrecer sangre segura a los servicios de salud, tanto públicos como privados. La Cruz Roja dispone de seis centros de transfusión en las capitales departamentales, uno de ellos en el Hospital Universitario del Estado de Haití. Existen centros de transfusión en instituciones privadas, pero no forman parte de la red nacional por falta de medios que garanticen la supervisión. En los centros de transfusión se realiza el tamizaje para el VIH, la sífilis y la hepatitis B y C.

Insumos para la salud

Hay tres laboratorios farmacéuticos que actúan como productores nacionales oficiales y representan entre 30% y 40% del mercado de medicamentos. En marzo de 1998, operaban en el territorio nacional 58 entidades dedicadas a la importación de productos farmacéuticos y 5, a la distribución. Los lugares de expendio son muy numerosos ya que, además de los puntos de venta oficiales tales como las farmacias (que en 1998 ascendían a 265), existe un circuito no autorizado de venta libre de medicamentos en la vía pública, en mercados y en negocios de todo el país.

En el sector público hay un programa de medicamentos esenciales y un sistema logístico descentralizado en todo el país que garantiza la disponibilidad de medicamentos y suministros en las instituciones públicas, mixtas o privadas sin fines de lucro. El Programa de Medicamentos Esenciales de la OPS (PROMESS) se ocupa de la compra de productos genéricos en el mercado internacional, así como de su administración y distribución a las instituciones sanitarias. En el año 2000, los medicamentos distribuidos en los programas prioritarios fueron vacunas (US\$ 3,2 millones), anticonceptivos (US\$ 1,1 millones) y medicamentos antituberculosos (US\$ 0,3 millones); 58% del total distribuido se destinó a instituciones descentralizadas situadas fuera de la zona metropolitana. El gasto total en medicamentos realizado por el Estado representó 3% del presupuesto de salud pública de 1996–1997. Esta cifra equivalía 1,6 gourdes (US\$ 0,10) per cápita. El PROMESS distribuyó medicamentos por valor de US\$ 5,7 millones en 1997 (US\$ 0,80 per cápita) y US\$ 6,8 millones en 2000 (US\$ 1,0 per cápita).

La Asociación Nacional de Importadores y Distribuidores de Productos Farmacéuticos estimó que en 1999 el valor global del mercado privado en productos farmacéuticos fue de US\$ 25 a 30 millones, lo cual significa que los gastos del sector privado ascendieron a US\$ 3,9 per cápita (80% del gasto total del sector de medicamentos es asumido por el sector privado).

En vista de los problemas de la reglamentación del sector, no se conoce la cantidad exacta de productos farmacéuticos que están disponibles en el mercado. En el sector público no hay una lista nacional de medicamentos esenciales o un formulario nacional en el cual se establezcan la cantidad y las especificaciones para los medicamentos y el equipo que se utilizan en las instituciones sanitarias. Los mercados básicos en el campo de la salud, que abarcan la tecnología, los medicamentos y otros suministros, escapan en parte al control del Ministerio de Salud.

Recursos humanos

Los recursos humanos en salud son insuficientes y están distribuidos de forma desigual en el territorio. El personal médico se estimó en 2,4 por 10.000 habitantes en 1998; en 1996, el personal de enfermería se calculó en 1,0 por 10.000 habitantes, y los auxiliares, en 3,1 por 10.000. La distribución por departamento en 1998 mostró diferencias: en el Departamento del Oeste había 5,8 médicos por 10.000 habitantes, mientras que en el Departamento del Centro la cifra se reducía a solo 0,2 y en el Sureste, a 0,3; el número de enfermeras varió de 1,77 por 10.000 habitantes en el Norte frente a 0,2 en el Centro; la de los auxiliares, entre 4,7 en el Sur y 1,5 en el Sureste. La falta de recursos del Ministerio de Salud no permite crear nuevas plazas para médicos o enfermeras, a pesar de las necesidades que tiene el país; por esta razón y por incentivos de carácter económico, muchos de los nuevos profesionales prefieren dedicarse a la actividad privada o emigrar a otros países.

El gobierno firmó en 1999 un acuerdo de cooperación bilateral con Cuba, a partir del cual una red de 500 profesionales de la salud cubanos han estado trabajando en 62% de las comunas del país, tanto en los hospitales como en los servicios de atención primaria. Esta colaboración cubana se extenderá por cinco años, hasta que regrese el primer grupo de 120 jóvenes haitianos que se encuentra estudiando medicina en Cuba, lo que también forma parte del acuerdo bilateral; estos nuevos profesionales de la salud deberán trabajar para el Estado en su lugar de origen por un mínimo de 10 años.

En el pasado, el sector público era prácticamente el único que se ocupaba de la formación del personal de salud por medio de la Facultad de Medicina y Farmacia, la Facultad de Odontología, la Escuela de Tecnología Médica y las cuatro Escuelas Nacionales de Enfermería, situadas en Puerto Príncipe, Cap-Haïtien, las Cayes y Jérémie. Posteriormente se ha observado una proliferación de centros de enseñanza privados, lo cual plantea un problema para la homologación de los diplomas por parte del Estado. De las cuatro escuelas de medicina privadas, solo una cuenta con reconocimiento oficial; varias escuelas de enfermería y de auxiliares de enfermería funcionan sin autorización y otras no han sido registradas. En 1998 había nueve escuelas de enfermería habilitadas y nueve que estaban siendo evaluadas. En 2000 se reabrió una escuela de formación de enfermeras-parteras, de la cual ya hubo 45 egresados.

En la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad del Estado se gradúan por año aproximadamente 90 médicos y 35 farmacéuticos. Con el propósito de obtener la licencia para ejercer la profesión en Haití, el Estado exige un año de servicio social en una institución sanitaria pública. En el caso de los médicos graduados en el extranjero, se conforma un comité especial integrado por representantes de la facultad de medicina y el Ministerio de Salud, el cual revisa el expediente y realiza los exámenes necesarios para su aprobación; después se debe realizar el servicio social.

En general, el control de la formación del personal de salud y del ejercicio profesional no es eficaz. La falta de un examen estatal o de otro sistema de certificación oficial constituye un importante obstáculo para normar la competencia de los distintos tipos de profesionales de la salud. En cooperación con la OPS, el Ministerio de Salud ha iniciado la revisión del programa actual y la formulación de un programa nacional de estudios de enfermería.

La integración de las acciones de formación continua es un objetivo posible solo a largo plazo, en vista de la heterogeneidad del sistema de salud. El Centro de Información y Formación en Administración Sanitaria capacita anualmente, desde 1998 y con ayuda de la cooperación francesa, a una docena de administradores y directores de hospitales del sector público, y la Fundación Haitiana de Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares imparte al personal de salud los módulos básicos para el diagnóstico oportuno y tratamiento de la diabetes y de la hipertensión arterial.

Investigación y tecnología en salud

El Servicio de Epidemiología e Investigación del Ministerio de Salud es responsable de planificar y ejecutar las investigaciones que favorezcan el logro de las políticas y los programas de prevención o control. Sin embargo, esto no es posible debido a las limitaciones financieras y a la falta de personal entrenado para la ejecución y el análisis. Las investigaciones que realizan diversas instituciones no están en el marco de un comité nacional ni bajo el control o aprobación del Ministerio.

Gasto y financiamiento sectorial

Los recursos públicos en salud representan solo de 0,8% a 1% del PIB, a pesar de que la asignación asciende aproximadamente a 10,5% del presupuesto del Estado. El presupuesto del Ministerio de Salud se ha incrementado de US\$ 6 millones en 1991 a \$57 millones en 1999. Sin embargo, en términos reales este presupuesto ha disminuido por la inflación y depreciación de la moneda con respecto al dólar. A partir de 1996, el presupuesto ha sido el mismo por falta de aprobación del parlamento, lo que ha obligado a dirigir los recursos del sector principalmente al pago de los salarios, que en 1996–1997 absorbió 78% del presupuesto total del Ministerio de Salud. El presupuesto de inversiones depende en gran medida de la ayuda externa, que en el mismo período financió 69% del total de los gastos en salud. La ejecución del presupuesto de inversiones ascendió a 49%, llegando a 60% en el nivel central y a 38% en los departamentos; esta situación se debe a la centralización excesiva, la lentitud de los procedimientos para solicitar fondos y a la falta de un presupuesto nacional nuevo desde 1996. Las consecuencias son la desaceleración, y tal vez el bloqueo, de las actividades, así como una disminución en la motivación del personal. A fin de superar este obstáculo, en

1998 se inició un proceso de descentralización de los gastos de operación en todos los departamentos sanitarios, con la excepción del departamento del Oeste.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

En Haití hay representaciones de nueve organismos especializados del Sistema de las Naciones Unidas, seis de los cuales trabajan en el sector salud; a ellos se suman el Banco Interamericano de Desarrollo y, como parte de la cooperación bilateral en salud, la Unión Europea, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, Francia, Holanda y Japón. También hay un representante del Secretario General de las Naciones Unidas, que se encarga sobre todo de asuntos políticos en estrecha colaboración con el coordinador de la Misión Internacional Civil de Apoyo a Haití.

La Dirección de Planificación y Cooperación Externa del Ministerio de Salud coordina las actividades de los organismos de cooperación externa bilateral, multilateral y privada en el campo de la salud. Los organismos de las Naciones Unidas intervienen sobre todo en los siguientes campos: reforma del sector salud, salud reproductiva, salud del niño, planificación familiar, vacunación, nutrición, agua potable y saneamiento, desarrollo de los servicios de salud, infecciones de transmisión sexual y SIDA, género y medicamentos esenciales.

Con el ingreso al Mercado Común del Caribe (CARICOM), se fortaleció la integración regional; sin embargo, no hay muchas actividades con República Dominicana. Solo un proyecto de cooperación técnica se viene desarrollando con éxito para la prevención y control de la rabia canina, que ha permitido la realización de actividades en terreno y reuniones conjuntas y visitas de los técnicos a ambos países.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Haití, 1991–2000.

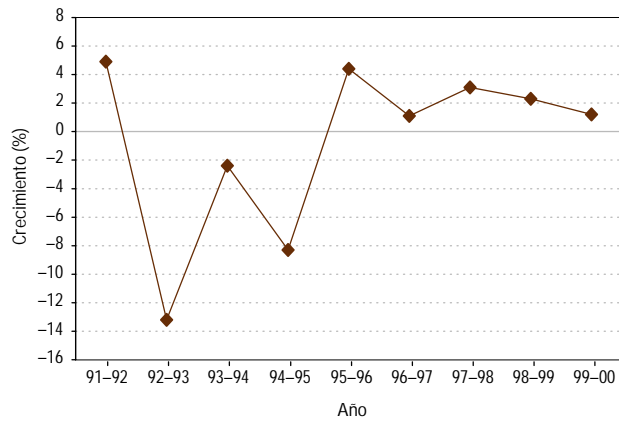


FIGURA 3. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Haití, 2000.

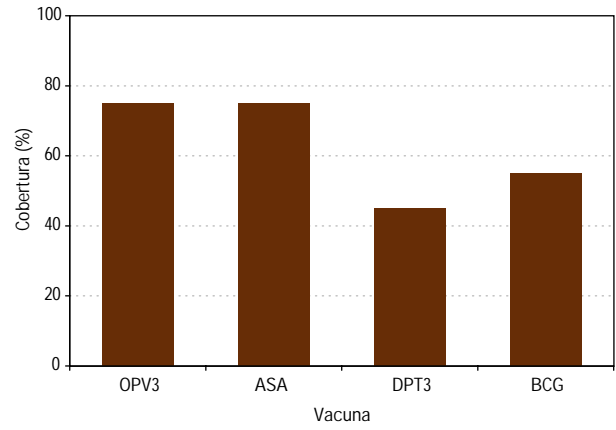
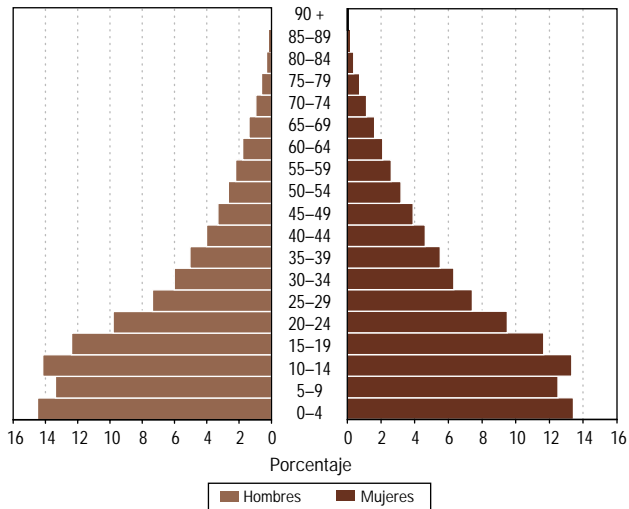


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Haití, 2000.



HONDURAS

CONTEXTO GENERAL

Honduras tiene una extensión de 112.492 km² de territorio predominantemente montañoso, con 19 cuencas hidrográficas. La población estimada en el año 2000 es de 6.194.926 habitantes, con una densidad de 55 habitantes por km² y un crecimiento demográfico anual de 2,8%. El 44% de la población vive en zonas urbanas y 49,6% corresponde al sexo femenino. Administrativamente, el país se divide en 18 departamentos, 298 municipios, más de 3.000 aldeas y más de 27.000 caseríos (conglomerados poblacionales de menos de 1.000 habitantes).

La estructura de edad de la población muestra un predominio de jóvenes: 21% del total tienen de 15 a 24 años y 43% son menores de 15 años (figura 1). Se han identificado en el territorio nacional nueve grupos étnicos, que representan aproximadamente 12% de la población total y viven en zonas dispersas de difícil acceso y en condiciones de pobreza.

En las últimas dos décadas Honduras ha experimentado el tránsito hacia la democracia formal, y en ese período se ha enfrentado fundamentalmente con dos tipos de escollos: por una parte, los relacionados con problemas ancestrales del país, como son la pobreza, el desempleo y las deficiencias habitacionales, educativas y de salud, y por otra, la debilidad institucional de entidades claves para el fortalecimiento de la democracia. En los últimos años del siglo recién pasado la economía se caracterizó por una alta dependencia del producto interno bruto (PIB) respecto de las exportaciones de bienes y servicios, con bajo desarrollo del consumo interno. En 1999 el PIB registró una caída de 1,9% respecto del año anterior, atribuible a los efectos del huracán Mitch que azotó el país en octubre de 1998. El deterioro económico, que significó un retroceso de 4,6% del PIB per cápita, no fue mayor gracias a la ayuda internacional, materializada sobre todo en importantes donaciones y créditos, y en la postergación de los pagos por servicio de la deuda externa. En la figura 2 se presenta el crecimiento anual del PIB entre 1991 y 2000.

Los efectos más graves del huracán Mitch se sintieron en el sector agropecuario, cuyo producto sufrió una disminución de

8,7%, traducida en una profunda caída de las exportaciones (-9,4%). En este sector, el cultivo más perjudicado fue el banano, con un descenso de 77% de su índice de producción, seguido del plátano (72%), el arroz (53%), el frijol (41%) y el café (11%). La actividad pecuaria decreció 2,8% y la pesquera 1,3%, debido básicamente a la declinación del cultivo de camarones (4,2%). En el programa económico para el trienio 1999-2001 se incluyeron las reformas estructurales del Estado referidas sobre todo a la privatización, la modernización y el incremento de la eficiencia del sector público, así como al fortalecimiento del sistema financiero.

Las diferentes zonas geográficas y demográficas del país tuvieron un crecimiento desigual en el quinquenio 1995-2000. En efecto, el apoyo que recibieron las zonas productivas agroindustriales consolidó el llamado "corredor agroindustrial", ubicado en el centro del territorio nacional (un tercio del territorio), a expensas de la postergación de unas tres cuartas partes de este. En materia de desarrollo social, en los últimos años se puso de relieve el deterioro del poder adquisitivo del salario real. Así, al comparar la relación entre el costo mensual de la canasta básica de alimentos y el salario per cápita se observó que en el año 2000 se requerían 2,3 salarios en la zona rural y 2 en la zona urbana para cubrir el costo de la canasta básica de alimentos. En 1999, una proporción importante de hogares indigentes encabezados por mujeres (23,7%) se concentraba en las dos ciudades más pobladas del país: Tegucigalpa (37,7%) y San Pedro Sula (41,3%).

Con respecto al sector industrial, la industria de la maquila siguió contribuyendo a la generación de empleo: cifras notificadas en septiembre de 2000 por la Asociación Hondureña de Maquiladores indican un total de 125.000 empleos directos, de los cuales 72% corresponden a mujeres. El beneficio indirecto alcanza a 1,2 millones de personas en su carácter de familiares dependientes o proveedores de servicios a los empleados de la maquila (por alimentación, transporte y otros). Además, las expectativas de creación de empleo por parte de esta industria proyectan un aumento como resultado de la ampliación de los beneficios en los sistemas preferenciales de comercio en el marco de la Iniciativa de la Cuenca del Caribe.

Mortalidad

Debido a las limitaciones en la disponibilidad de registros continuos desde la última década, el país recurre a las encuestas, que se han aplicado en distintos períodos utilizando metodologías diferentes con representatividad variable, lo que explica las restricciones comparativas y analíticas de los hallazgos así como las dificultades para la medición de desigualdades. Según estimaciones de la Secretaría de Planificación de Honduras, la tasa bruta de mortalidad en 1996 (último dato disponible) 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% fueron notificadas por hospitales.

La Dirección General de Estadísticas y Censos estimó un subregistro de mortalidad de 47% para 1999. En este mismo año, las principales causas de mortalidad registrada en el ámbito de los establecimientos de salud pública fueron las enfermedades del sistema circulatorio (986 defunciones), los accidentes (569), las neoplasias malignas (249), el SIDA (236) y la tuberculosis (134).

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

En 1998 este grupo representaba 15% de la población total. La Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de 1996 estimó mediante método indirecto una tasa de mortalidad infantil de 36 por 1.000 nacidos vivos para el período 1991–1995. Debido a los diferentes procedimientos de cálculo resulta difícil comparar esta tasa con la de 42 por 1.000 nacidos vivos estimada por el método indirecto en 1993. Según la encuesta antes mencionada, la mortalidad neonatal explica más de la mitad de la mortalidad infantil del país (53%), mientras que las infecciones respiratorias agudas y los problemas diarreicos con deshidratación constituyen las dos principales causas de defunción de los menores de 5 años.

Las estadísticas hospitalarias de la Secretaría de Salud de 1999 señalan que el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido fue la primera causa de defunción de los menores de 1 año (12,2%) y la sepsis bacteriana del recién nacido (6,5%), la segunda, para un total de 1.888 defunciones notificadas. En cuanto a la población de menores de 5 años, predominaron las enfermedades infecciosas, en particular las infecciones respiratorias y las intestinales (diarrea con deshidratación), con 24% y 21% respectivamente.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

Según proyecciones de la División de Población de Naciones Unidas de 1998, esta franja de edades representaba 14% de la población total. La Dirección General de Estadísticas y Censos, en el

informe parcial de un estudio específico de defunciones en el país, informó que en 1994 se notificaron 375 muertes en este grupo, lo que significa 2,3% en relación con el total de defunciones (16.019 en todo el país).

La educación primaria es el único nivel obligatorio y gratuito establecido en la Constitución de Honduras, e incluye a los niños de 6 a 12 años de edad. La Secretaría de Educación Pública estimó que entre 1998 y 2000 se produjo un aumento anual de 1,3% en la matrícula de la escuela primaria, lo que representa la incorporación de unos 13.000 alumnos cada año. Se calcula que en el año 2000 la cobertura escolar fue de 96% para el nivel primario, con una proporción de repitentes de 8% y una deserción escolar estimada en 3%. En 1999 el Ministerio de Educación estimó que del total de egresados del nivel primario solo 35% alcanzó el siguiente nivel.

La salud de los adolescentes

En 1998 este grupo representaba más de un tercio de la población total del país (33,5%). Datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos correspondientes a 1999 indican que los adolescentes de 10 a 19 años representan 66% de la población económicamente activa (PEA) nacional. Por su parte, en 1999 la Dirección General de Investigación Criminal contabilizó más de 400 pandillas, en las que participaban unos 26.000 integrantes, en su mayoría jóvenes y adolescentes (80%). Un estudio realizado en 1996 por el Instituto Nacional para la Prevención del Alcoholismo, la Drogadicción y la Farmacodependencia en 12 centros de segunda enseñanza de todo el país y con una muestra de 1.631 alumnos de 14 a 24 años de edad, reveló que ante la pregunta de si alguna vez habían utilizado cierto tipo de drogas encontraron los siguientes resultados: alcohol 42%, tabaco y pastillas estimulantes 17% para ambas drogas, y solo 2% y 0,7% para la marihuana y la cocaína respectivamente.

Las estadísticas de atención hospitalaria de la Secretaría de Salud correspondientes a 1999 realizadas en todos los establecimientos públicos registran 215.611 egresos por diferentes causas, de los cuales más de 17% corresponden a la población adolescente (10–19 años). Del total de estos egresos, 47,8% correspondió a atenciones relacionadas con el proceso reproductivo en la mujer, y del total de atenciones por embarazo, parto y puerperio, 27% correspondieron a la población adolescente. Según la misma fuente, la segunda causa de egresos en este grupo de edad fueron los actos violentos (traumatismo y envenenamiento principalmente) y la tercera, las enfermedades del sistema digestivo.

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de 1996 (ENESF-96), la tasa de fecundidad de la población adolescente de 15 a 19 años fue de 136 nacimientos anuales por cada 1.000 mujeres de estas edades, mientras que en el grupo de 20 a 24 años este valor llega a 243 nacimientos anuales. Los resultados de esta encuesta muestran que 20% de las mujeres de 15 a 24 años tenían su primera relación sexual antes de cumplir 15 años

de edad, y 51%, antes de cumplir los 18 años. La Encuesta Nacional de Salud Masculina de 1996 (ENSM-96) notificó que más de 75% de los varones menores de 18 años ya habían tenido su primera relación sexual. La ENESF-96 notificó que de la totalidad de mujeres de 15 a 24 años con vida sexual activa solo 6% utilizaron un método de planificación familiar en su primera relación sexual; sin embargo, para el grupo de mujeres en unión libre de 15 a 19 años se encontró 27% de prevalencia en el uso de esos métodos.

De acuerdo con el informe estadístico de la División de Enfermedades de Transmisión Sexual/SIDA de la Secretaría de Salud, hasta diciembre de 2000 se habían notificado 11.789 casos confirmados de SIDA. Los grupos de 10 a 24 años de edad concentraron la quinta parte del total de casos (2.226). Según los registros hospitalarios de defunciones en la población adolescente, en 1999 se produjeron 156 muertes, de las cuales más de 50% se definieron como "causas externas de morbilidad y mortalidad", lo que refleja en parte las limitaciones de los registros de mortalidad del país mencionadas anteriormente.

Una investigación sobre defunciones de mujeres en edad reproductiva realizada por la Secretaría de Salud en 1997 encontró que la tasa de mortalidad materna casi se cuadruplica en la población adolescente (madres de 12 a 14 años, con 391 defunciones por 1.000 nacidos vivos) en relación con la tasa de mortalidad materna del país (108 por 1.000 nacidos vivos).

La salud de la población adulta

De acuerdo con las proyecciones de población para el año 2000, los grupos de 15 a 59 años representaron más de la mitad (53%) del total de habitantes del país. Según las estadísticas de la Secretaría de Salud correspondientes a este grupo de edad, en 1999, tres de cada cuatro atenciones y egresos hospitalarios correspondieron a mujeres. Del total de egresos, casi la mitad (48%) correspondieron a atenciones relacionadas en forma directa con el proceso reproductivo en la mujer (embarazo, parto y puerperio), que representaron 66% del total de egresos de la población femenina. De acuerdo con los resultados de la ENSM-96, solo 50% de la población masculina de 15 a 60 años acude al menos una vez al año a un servicio de salud estatal; otros resultados de esta encuesta indican que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos a nivel nacional en mujeres de 15 a 44 años que viven en pareja es de 50%. Sin embargo, la misma fuente informó que el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 20 a 24 años que viven en pareja fue de 39% y en las de 35 a 39 años, de 58%.

Las estadísticas hospitalarias indican que hasta diciembre de 2000 se habían registrado en el país 11.789 casos confirmados de SIDA, de los cuales más de 90% corresponden a los grupos de edad de 15 a 59 años, con 61% de casos en la población masculina. Con respecto a la mortalidad materna, únicamente se realizaron dos investigaciones, una en 1990 y la otra en 1997, que utilizaron diferente metodología, de modo que los resultados no son

comparables; los de 1997 indican una tasa de mortalidad materna de 108 por 100.000 nacidos vivos. El 47,7% de las defunciones fueron de origen domiciliario, en comparación con 35% notificadas en los hospitales del Estado; el porcentaje restante corresponde a instituciones privadas. Casi la mitad de las defunciones (47,1%) se debieron a problemas hemorrágicos del tercer período del parto, seguidos por problemas hipertensivos del embarazo (preeclampsia y eclampsia) con 19%, infecciones, con 15%, y otras causas.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

De la población total estimada para 1999, 6,2% corresponde a mayores de 60 años, de los cuales 41% viven en la zona urbana y 59% en la zona rural. Con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 1999, 28,2% de los adultos mayores son viudos, y de ese porcentaje, 22,7% son mujeres y 5,4% hombres. El 52,6% de los adultos mayores son analfabetos, y la proporción es mayor en las mujeres, ya que 57,4% no saben leer ni escribir.

La información estadística de la Secretaría de Salud indica que 10,2% de las consultas ambulatorias del sistema público de salud correspondieron al grupo de adultos mayores, cifra que representa un incremento de 0,5% con respecto a 1997. No se cuenta con registros de mortalidad por causa para este segmento de población.

La salud de los trabajadores

Datos de la encuesta permanente de hogares de propósitos múltiples, de la Dirección General de Estadísticas y Censos, correspondientes a 1999 indican que los puestos de trabajo del país crecieron a un ritmo de casi 5% por año, porcentaje que supera al de crecimiento de la PEA, lo que indica una mejoría de los niveles de ocupación de la fuerza de trabajo. Así, en el período 1997-1999 la tasa de desempleo no sobrepasó 3,7%. A principios del decenio de 1990 la PEA estaba integrada por 1,6 millones de personas, y hacia el final, por 2,4 millones; este crecimiento de casi 50% en el período se debió sobre todo al continuo aumento de la participación femenina en el mercado laboral, que pasó de 32,2% en 1996 a 39,1% en 1999, mientras que la tasa masculina no presentó cambios significativos. El 75% de todos los trabajadores del país eran analfabetos o no habían completado algún grado de educación primaria. En materia de salarios, a partir del 1 de octubre de 2000 entró en vigencia el nuevo acuerdo concertado referente a la estructura salarial, mediante el cual se actualizaba la tabla de salarios mínimos aplicables a ciertos niveles de ingreso, actividades económicas y tamaño de las empresas empleadoras.

La salud de los discapacitados

Según estimaciones de la Secretaría de Salud, más de medio millón de hondureños presentan algún grado de discapacidad física o mental. Pese a los datos obtenidos recientemente por los servicios de atención públicos y privados, no se cuenta con infor-

mación oficial consolidada sobre mortalidad y morbilidad de esta población.

La salud de los indígenas

Hay más de medio millón de hondureños de descendencia indígena o negra que pertenecen a nueve pueblos culturalmente diferenciados: los lencas, chortí, tolupanes, tawahkas, garifunas, negros de habla inglesa, pech, náhuatl y misquitos. Proceden de cuatro troncos lingüísticos básicos: maya, uto azteca, hokan siux y africanos, y están diseminados en todo el territorio hondureño, por lo general en zonas postergadas y fronterizas: los misquitos y chortí viven en la frontera con Nicaragua y Guatemala; los lencas, uno de los pueblos más numerosos, habitan en los territorios fronterizos con Guatemala y El Salvador; los garifunas, los negros de habla inglesa, los misquitos, los tawahkas y gran parte de las comunidades tolupanes viven en la zona de la costa atlántica, y los pech y náhuatl habitan en la zona central, en el departamento de Olancho. Aproximadamente 50% de estos pueblos viven en regiones de bosque de coníferas, 30% en zonas costeras y 20% en áreas de bosque latifoliado (especies de hoja ancha) de la Reserva Tawahka y de la Reserva de la Biosfera del Río Plátano.

El ingreso promedio mensual por familia es de US\$ 60, pero en el caso de los lencas, pech, tolupanes y chortí se calcula en US\$ 20 (muy bajo comparado con el promedio nacional, estimado en US\$ 82 en el año 2000) y en temporadas de escasez muchas familias subsisten mediante la recolección de raíces y frutos silvestres, la caza y la pesca. La situación económica de los garifunas y negros de habla inglesa es algo mejor, ya que tienen acceso a fuentes de trabajo relacionadas con la pesca en gran escala.

Pese a carecer de información específica sobre estos grupos se puede aseverar que su estado de salud está ligado al grado de postergación, a la falta de acceso a los servicios básicos y a la escasa participación social, sobre todo en el caso de los lencas, los tolupanes, los tawahkas, los misquitos, los náhuatl y los pech. Sus condiciones de vida se agravan debido al aislamiento geográfico y a las bajas coberturas de sistemas de agua y saneamiento básico, entre otros factores. Los pueblos garifunas, isleños, misquitos y tawahkas, que habitan las zonas costeras de bosque tropical y suelos bajos, padecen malaria y otras enfermedades transmisibles.

Los pueblos garifunas y de habla inglesa son los más afectados por el VIH/SIDA. En un estudio exploratorio transversal seroepidemiológico realizado por la Secretaría de Salud entre septiembre de 1998 y febrero de 1999 a 310 personas (134 hombres y 176 mujeres) de comunidades garifunas del departamento de Atlántida (Bajamar, Triunfo de la Cruz, Corozal y Sambo Creek) se detectó 2% de seroprevalencia de sífilis, 29% de hepatitis B, 8% de VIH y 38% de otras enfermedades de transmisión sexual. En otro estudio efectuado en el período 2000–2001 a 160 mujeres en edad reproductiva de estas mismas comunidades se encontró 1% de seropositividad a sífilis, 34% a hepatitis B, 9% a otras enfermedades de transmisión sexual y 13% positivas al VIH.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Honduras es un país particularmente vulnerable a los desastres naturales. Los departamentos de Cortés, Atlántida, Gracias a Dios e Islas de la Bahía, que concentran 21,4% de la población, están expuestos a huracanes e inundaciones; los departamentos de Yoro, Francisco Morazán, Comayagua, Lempira, Intibucá y Santa Bárbara, con 44,4% de la población, presentan riesgos de inundaciones y deslizamientos, y los departamentos de Valle, Choluteca, La Paz y El Paraíso, que albergan a 14,3% de la población, son propensos a sequías, inundaciones y temblores. Los incendios forestales son muy frecuentes.

Dos desastres mayores han ocurrido en los últimos cuatro años en Honduras, el huracán Mitch en octubre-noviembre de 1998, y una intensa sequía en 2000, que afectó a más de 85.000 personas de la región sur de Honduras (Choluteca, Valle, La Paz, Francisco Morazán y El Paraíso). El huracán Mitch desencadenó lluvias torrenciales (más de 600 mm en solo cinco días), provocando inundaciones que afectaron a 11 de los 18 departamentos del país, con 1,5 millones de damnificados, 5.657 muertos, 8.058 desaparecidos y 12.272 heridos. Más de 285.000 personas perdieron sus viviendas y tuvieron que refugiarse en más de 1.375 albergues temporales. Se estima que 60% de la infraestructura vial del país sufrió daños, dejando incomunicadas a por lo menos 81 ciudades. De los 28 hospitales del país, 23 sufrieron averías totales o parciales en sus sistemas de distribución de agua; además, se dañaron 123 centros de salud, de los cuales 68 no pudieron seguir funcionando. La estimación económica de los daños a la red de servicios de salud tomando en cuenta costos directos e indirectos fue de US\$ 62 millones. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) estimó que las pérdidas nacionales causadas por el huracán Mitch fueron de casi US\$ 3.800 millones (70% del PIB) y representaron cerca de 100% de la deuda externa.

Según datos procedentes del registro epidemiológico semanal, que recopilaba información sobre enfermedades de notificación obligatoria de las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPS) de todo el país, el total acumulado en la quinta semana epidemiológica de 1999 fue de 1.059 casos de dengue clásico y 4 de dengue hemorrágico, lo que representa un aumento para este período, ya que en las dos semanas previas al huracán la notificación semanal había disminuido a 200 casos. Después del huracán Mitch se registraron tres casos de cólera, de los cuales uno fue confirmado clínica y epidemiológicamente, y en 1999 se notificó un caso de cólera en la Mosquitia y dos en Santa Bárbara; en ese año el acumulado de casos de diarrea en la quinta semana sumó 23.464 casos.

Durante el huracán Mitch se notificaron los primeros casos de leptospirosis en el país, que constituyeron un brote de 172 casos, 28 de ellos confirmados por laboratorio y el resto con diagnóstico clínico epidemiológico, y 7 defunciones. El brote fue controlado

gracias a las acciones de vigilancia y control epidemiológico, que también permitieron detectar posibles brotes de enfermedades potencialmente epidémicas, tales como la malaria, el dengue y las diarreas.

Consecuencia directa de las inundaciones causadas por el huracán Mitch fue la contaminación de los mercados centrales de Tegucigalpa debido a los graves daños al sistema de drenaje de aguas negras por la cloaca máxima de la ciudad, que ocasionaron su reflujo. Sin embargo, el factor de riesgo más importante para la aparición de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos fue la deficiente educación higiénico-sanitaria de la población. La coordinación entre los organismos posterior al huracán Mitch permitió responder a las necesidades en forma integral y efectiva, fortaleciendo las bases para la respuesta del Sistema de Naciones Unidas a través del grupo encargado del manejo de desastres.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. En Honduras esta enfermedad se considera endémica desde el decenio de 1950, período en que se organizó un programa para su erradicación. No se conoce la cantidad exacta anual de casos; en su lugar, se utiliza el número de muestras de laboratorio diagnosticadas como positivas (láminas para análisis de gota gruesa) que notifica la red de laboratorios de malaria de la Secretaría de Salud de Honduras. En 1997 se examinaron en el país 373.364 láminas con gota gruesa, de las cuales 91.799 (24,6%) se diagnosticaron como positivas. Sin embargo, para 1998 solamente se analizaron 250.688 láminas, es decir 33% menos que en 1997, de las cuales se diagnosticaron 44.337 (17,7%) como positivas, pero con un índice parasitario anual (IPA) de 9,25. Para fines de 1999 se examinaron 249.105 láminas, 51.911 (20,7%) positivas, con un IPA de 10,52. La zona de la costa norte (departamento de Colón en la Región de Salud N.º 6) siguió concentrando la mayor cantidad de casos de malaria: en 1999 notificó 36% de todos los casos del país, seguida de la Región de Salud N.º 7 (departamento de Olancho) con 17% de los casos. A fines de 2000 se registraron 35.122 casos de malaria en todo el país. Oficialmente se notificó que alrededor de 5% de los casos informados corresponden a la variedad de *Plasmodium falciparum*, el resto son casos por *P. vivax*. Sin embargo, un estudio independiente realizado entre 1998 y 2000 en la zona geográfica de Tocoa (departamento de Colón) identificó por vigilancia activa que más de 40% de los casos detectados eran ocasionados por *P. falciparum*. En el año 2000 el número de casos disminuyó a 35.122 en comparación con 51.911 en 1999; sin embargo, cabe señalar que también la exploración hemática se redujo de 250.411 a 175.577 en el mismo período, y ello pone de relieve el marcado deterioro en las acciones de vigilancia epidemiológica. Las regiones con IPA más altos son las N.º 6, 7 y 8, que acumularon 64% de los casos de malaria de todo el país.

Dengue. La vigilancia del dengue se realiza con auxilio del diagnóstico clínico. Honduras mantiene una endemia persistente

de esta enfermedad desde 1998, cuando se registraron 28.064 casos y por primera vez se sistematizó la confirmación de casos de dengue hemorrágico, que totalizaron 77 ese año. En 1999 los casos de dengue clásico descendieron a 17.835, 36% menos que el año anterior, y se registraron 78 casos de dengue hemorrágico. En 2000 el número de casos registrado era bajo, pero hacia fines de septiembre se denunció una epidemia concentrada mayormente en Tegucigalpa, con 13.795 casos, lo que representa una reducción de 23% en relación con 1999. Del total de casos de ese año (4.206), 30% se notificaron exclusivamente en la Región Metropolitana (Tegucigalpa). En contraste, los casos de dengue hemorrágico denunciados en el año 2000 como consecuencia de la epidemia ascendieron a 308, la gran mayoría también en Tegucigalpa. El serotipo circulante predominante hasta mediados de 1999 fue el dengue-3, pero desde esa época hasta fines del año 2000, el responsable primario de la epidemia fue el serotipo dengue-2. En 1999 se notificaron 8 defunciones por dengue hemorrágico, con una letalidad de 20%, y en el año 2000, 10 defunciones, con 3% de letalidad; 50% correspondió al grupo de edad de 5–14 años.

Enfermedad de Chagas. En 1998 la prevalencia de esta enfermedad se estimó en 7%, y 20% de las cardiopatías crónicas se diagnosticaron como de origen chagásico para el mismo año. El control transfusional (tamizaje) de esta enfermedad es obligatorio en el país. Datos del Laboratorio Central de Referencia sobre Chagas y Leishmaniasis correspondientes a 1998 y 1999 indicaron que en estudios serológicos realizados en todo el país se encontró un porcentaje de seropositividad de 14,5% y 18,4% respectivamente. Para 2000, en un estudio de 1.380 pacientes cardiopatas compatibles con enfermedad de Chagas, se encontró que el porcentaje mayor de seropositividad se encontraba en la Región de Salud N.º 1 (departamento de Francisco Morazán) con 60%, seguida de la N.º 2 (departamentos de Comayagua, La Paz e Intibucá) con 34%, y la N.º 3 (departamentos de Cortés, Yoro y Santa Bárbara) con 29,4%. Las acciones principales que se han realizado son: tamizaje de sangre en donantes, encuesta entomológica para determinar los índices de infestación por los vectores *Rhodnius prolixus* y *Triatoma dimidiata*; encuestas de seroprevalencia y rociado intradomiciliario en zonas infestadas, e investigación.

Leishmaniasis. Solo se ha documentado el comportamiento de la leishmaniasis cutánea. En 1996 se notificaron 1.234 casos en el país, de los cuales 867 (70%) fueron comunicados por el departamento de Olancho (Región de Salud N.º 7). Entre 1997 y 1998 se notificaron 1.208 y 991 casos, respectivamente, siempre con un porcentaje significativo concentrado en Olancho. En 1999 solo se notificaron 694 casos en el país, de los cuales 340 (49%) se presentaron en la Región de Salud N.º 7 (Olancho). No hay una explicación clara del porqué del descenso de la incidencia de casos. En efecto, de acuerdo con datos del Departamento de Enfermedades

Transmitidas por Vectores de la Secretaría de Salud, la tasa de incidencia se redujo de 22,0 por 100.000 habitantes en 1996, a 10,1 por 100.000 en 1999. Las principales acciones se orientaron hacia el diagnóstico y tratamiento de casos y la vigilancia pasiva de la enfermedad, la capacitación y la investigación.

Enfermedades prevenibles por vacunación

No ha habido casos o sospecha de casos de poliomielitis desde 1989. De 1998 a 2000 la cobertura de vacunación contra esta enfermedad en menores de 2 años ha sido superior a 90%. En cuanto al sarampión, el último caso clínico se notificó en 1996 y no se ha registrado mortalidad por esta enfermedad desde 1991. La cobertura de vacunación de menores de 2 años durante el período 1998–2000 fue de 98%. En la figura 3 se presenta la cobertura de inmunización en los menores de 1 año, en el año 2000.

La cobertura con vacuna DPT (difteria, tos ferina y tétanos) en la población menor de 2 años ha sido superior o igual a 94% desde 1997. El país no ha registrado casos de difteria desde 1981, hecho que contrasta con el comportamiento irregular de la tos ferina, que produjo varios brotes en los últimos años (más de 648 casos y 28 defunciones entre 1996 y 2000). Solamente en el año 2000 se identificaron 96 casos y 1 defunción por esta enfermedad; la mayoría en menores de 1 año, de los cuales 25% eran menores de 2 meses. En el caso del tétanos, el país ha mantenido una vigilancia de esta enfermedad desde 1993, registrándose un total acumulado de 81 casos hasta 2000. La población más afectada ha sido la de hombres mayores de 49 años de edad, con una letalidad de 50%. En el año 2000 no se había presentado ningún caso de tétanos neonatal.

La cobertura con vacuna BCG se ha mantenido superior a 97%, excepto en 1999, cuando por razones de falta del biológico, descendió a 93%. En 2000 solo se registraron cuatro casos de meningitis tuberculosa en menores de 5 años de edad, dos de los cuales tenían antecedentes de convivencia con pacientes con tuberculosis.

La rubéola ha sido controlada mediante la vacuna MMR (sarampión, parotiditis, rubéola) desde 1997 y la vacuna pentavalente (MMR + anti *Haemophilus influenzae* + anti hepatitis B) desde 2000. El cambio de biológicos y la coordinación logística que requirió disminuyó la cobertura de la vacunación, por lo que en junio de 2000 se realizó una jornada nacional de vacunación a toda la población de 2 a 4 años, independientemente de su estado vacunal anterior, que logró coberturas superiores a 95%. En el año 2000 se registraron 158 casos de rubéola, 94% en el grupo de edad de 5 a 14 años. En 1996 se inició la vigilancia de la hepatitis B, y entre ese año y 2000 se documentaron 208 casos. No se han notificado defunciones desde 1998.

Enfermedades infecciosas intestinales

Cólera. El control de esta enfermedad se incrementó en los últimos cuatro años (1996–2000) debido a la situación epidémica

de los países vecinos y a los daños ocasionados por el huracán Mitch a fines de 1998. En 1997 se registraron 90 casos, la mayor parte de ellos en brotes en los departamentos de Cortés, Olancho y Gracias a Dios. En 1998 (antes del huracán Mitch) se denunció un brote en la Mosquitia (departamento de Gracias a Dios), con 289 (94%) de los 306 casos registrados ese año y 12 defunciones (3,9% de letalidad). En 1999 se registraron solo 57 casos, nuevamente debido a la aparición de brotes en los departamentos de Cortés, Gracias a Dios y Santa Bárbara, aunque solo se registraron tres defunciones (5,3% de letalidad). Es de destacar que desde 1999 el país ha logrado mejorar en forma sustancial su capacidad diagnóstica, confirmándose por laboratorio la mayoría de estos casos. Para el año 2000 solo se registraron 15 casos de cólera con tres defunciones en el departamento de La Paz (20% de letalidad).

Diarrea y disentería. El comportamiento de las diarreas en la población general es endémico en el último quinquenio (1996–2000). En este período se registró un promedio anual de casos de diarrea general de unos 200.000, de los cuales 85% (170.000) afectaron a menores de 15 años. La situación se complicó debido al incremento de las diarreas con sangre (disentería) notificadas en el país. Mientras que en 1998 los casos de disentería fueron solamente 5, en 1999 se produjeron 2.340 casos y en 2000, 1.929. En ambos períodos, 64% (1.496 casos) y 72% (1.392 casos), respectivamente, se registraron en menores de 15 años. A fines de 2000 aún se estudiaba la causa de este fenómeno sin tener respuestas concretas.

Enfermedades crónicas transmisibles

Tuberculosis. Entre 1997 y 1999 se registró un promedio de 4.700 casos anuales, lo que contrasta con el promedio de 4.267 casos del período 1992–1996. Solamente en 1999 se examinaron casi 75.000 láminas con muestra de esputo, notificándose 4.568 casos de tuberculosis, de los cuales 56% (2.558 casos) se diagnostican por laboratorio y 44% por diagnóstico clínico y rayos X. El 55% de los casos se registró en varones y las tasas más altas correspondieron a los departamentos de Gracias a Dios, Cortés y Francisco Morazán; estos dos últimos albergan los centros urbanos más grandes del país, con más de 20% de la población total. La asociación entre tuberculosis e infección por el VIH/SIDA se incrementó en los últimos cinco años (1996–2000). La estrategia DOTS (tratamiento breve bajo observación directa), denominada TAES en el país, que se aplica en Honduras desde 1998, permitió que 67% de los casos detectados en 1999 fueran tratados y curados en su totalidad.

Lepra. En 1998 se retomó el Programa Nacional de Lepra, después de una interrupción de casi dos años (1996–1998). A fines de 1998 el programa había contactado y hecho el seguimiento de 78 casos, de los cuales 10 (13%) aún recibían poliquimioterapia. En 1999, y pese a la amplia extensión de la vigi-

lancia epidemiológica, el mejoramiento de la capacidad diagnóstica y la búsqueda activa de casos, la cantidad de casos solo bajó a 72.

Infecciones respiratorias agudas

La tendencia general de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en el país ha aumentado en forma constante a razón de 5% anual promedio. Así, en 1996 se registraron alrededor de 90.000 infecciones y en 1998, 98.790. En el caso específico de las neumonías y bronconeumonías, la vigilancia se inició en 1999, registrándose para este año un total de 78.263 casos y 82.077 para el año 2000, lo que representa un incremento de 5% anual.

Rabia

Esta enfermedad ha mostrado tendencia descendente, pese a las cifras registradas en 2000. Entre 1997 y 2000 la cantidad de casos disminuyó, registrándose 7 casos de rabia canina y ninguno de rabia humana en 1998, frente a 22 de rabia canina y 1 de rabia humana en 1997, mientras que en 1999 se registraron 5 casos de rabia canina y 3 de rabia en bovinos. En 2000 mejoró la capacidad de investigación y documentación de casos sospechosos, al igual que la toma, almacenamiento y envío de muestras para análisis de laboratorio, y como resultado se incrementó el número de casos detectados y a fines de 2000 se notificó 1 caso de rabia humana, 15 de rabia canina, 3 en bovinos, 3 en felinos y 1 en equino. La cobertura de perros vacunados se incrementó de 50% en 1997 a 68% en el año 2000.

VIH/SIDA

De todos los casos de SIDA notificados en Centroamérica, 60% se concentran en Honduras, y 60% de los 11.789 casos confirmados en el país hasta diciembre de 2000 correspondían al departamento de Cortés, específicamente al área metropolitana de San Pedro Sula y Francisco Morazán (Tegucigalpa). Además, se notificaron en Honduras 3.419 portadores asintomáticos, lo que arroja un total de 15.208 VIH positivos acumulados desde 1985. En el patrón de transmisión de la enfermedad predomina en 91% de los casos la conducta sexual (heterosexuales 83%, homosexuales 3% y bisexuales 5%), las transfusiones sanguíneas (1%) y la transmisión vertical, que ha mostrado tendencia ascendente en los últimos años, (6,1%). La Región de Salud con mayor incidencia fue la N.º 3 (5.520 casos), seguida de la Metropolitana (2.235 casos), la N.º 6 (1.641 casos) y la N.º 4 (664 casos). La notificación de casos por parte de 100% de los departamentos y municipios revela una tendencia a la ruralización de la epidemia.

En el año 2000 la razón hombre/mujer fue de 1,2 (figura 4). Hasta septiembre de 2000, 40% de todos los casos registrados entre 1985 y 2000 afectaban a personas de 25 a 34 años, y 70% a personas de 20 a 40 años. Entre 1998 y 2000 mejoraron las acciones para enfrentar a esta enfermedad a partir de la aplicación del Primer Plan Estratégico de Lucha Contra el SIDA y de las políti-

cas nacionales para la prevención del VIH/SIDA, de donde derivó la creación y aprobación de la Ley Especial de SIDA.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de 1996, 96% de los niños nacidos en el período 1992–1996 habían recibido lactancia materna alguna vez; 42% de los menores de 4 meses recibieron lactancia materna exclusiva que por lo general tendía a desaparecer al sexto mes de edad. Según las estadísticas hospitalarias de la Secretaría de Salud, en 1997 la proporción de bajo peso al nacer de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos fue de 9,7%.

La anemia en mujeres en edad reproductiva afectó a una de cada cuatro mujeres y a una de cada tres embarazadas. Según la Encuesta de Micronutrientes realizada en 1996, 26% de las mujeres no embarazadas y 32% de las embarazadas estaban anémicas. La deficiencia de vitamina A es un importante problema de salud pública: alrededor de uno de cada siete niños tiene deficiencia subclínica de vitamina A (nivel de retinol en plasma inferior a 20 µg/dl), y uno de cada tres se encuentra en riesgo de deficiencia subclínica (20–30 µg/dl). Según el primer censo de talla, la prevalencia de desnutrición en 1986 fue de 39,8%, porcentaje que se incrementó en 1997 a 40,6% a nivel nacional, de los cuales 26% correspondían a desnutrición moderada y 14% a desnutrición severa. La prevalencia de desnutrición se incrementó hasta alcanzar en 1997 cifras de 28,5% en la zona urbana y 57,6% en la zona rural.

Enfermedades del sistema circulatorio

No se cuenta con información que permita efectuar análisis de tendencias; los únicos datos de que se dispone corresponden a atenciones hospitalarias, que en 1999 registraron la hipertensión arterial como la séptima causa de morbilidad a nivel nacional. Ese año, según información del sistema de vigilancia, se notificaron 35.064 atenciones, y la Región de Salud con mayor número de atenciones fue la Metropolitana (9.566), seguida de la N.º 6 (5.304), la N.º 2 (4.475) y la N.º 1 (4.183).

Neoplasias malignas

No se cuenta con un registro nacional de cáncer, pero hay registros en instituciones no gubernamentales. Así, el Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, uno de los más conocidos y de cobertura más amplia, registró 456 casos en 1998, de los cuales 67,8% correspondieron a la población femenina. El 44% de los pacientes residen en el departamento de Francisco Morazán. El 69,2% de las mujeres atendidas tienen entre 35 y 69 años, mientras que, entre los hombres, 21% tienen entre 5 y 14 años y 30,6% entre 60 y 79 años. Los registros mencionados indican que en 1999 se atendió a 406 pacientes, de los cuales 64% habían sido enviados por otra institución y tratados en el Centro, y de ellos, 61,2% habían sido referidos por hospitales y centros de salud del Estado, así como del Instituto Hondureño de Seguridad Social

(IHSS). Las localizaciones más frecuentes de cáncer primario en las mujeres fueron el cuello de útero (34,4%) y la mama (17%), y en los hombres el ojo, el encéfalo y el sistema nervioso central (16%), seguido del sistema hematopoyético y reticuloendotelial (15%) y los genitales (4%).

El Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas informó que en el año 2000 acudieron a servicios de consulta externa 709 pacientes, de los cuales solo 395 recibieron análisis de laboratorio de patología para el registro hospitalario, y de estos casos, 68% correspondieron al sexo femenino y 32% al masculino, con edades que oscilaron entre 40 y 59 años para ambos sexos, lo que corresponde a 45% de los pacientes atendidos. El 53% de los pacientes residían en el departamento de Francisco Morazán de la Región de Salud N.º 1. En 1999 y 2000, este Centro de Cáncer atendió a 240 pacientes por tumor maligno del cuello del útero; 86% de las pacientes tenían entre 30 y 69 años de edad.

Accidentes y violencia

Los registros de mortalidad y morbilidad por accidentes y violencia aún no han sido revisados y analizados en forma sistemática y es insuficiente la recopilación de datos sobre factores de riesgo asociados. Los datos más confiables provienen de las ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula.

La Dirección de Medicina Forense del Ministerio Público estimó una tasa de homicidios para el área metropolitana de San Pedro Sula de 95 por 100.000 habitantes en 1999, cifra que representó un incremento de 11,5% respecto de 1998 y de 17% respecto de 1997. De acuerdo con la misma fuente, en esta zona la tasa de accidentes se incrementó de 23 por 100.000 en 1997 a 31 por 100.000 y a 36,5 por 100.000 en 1999. En este último año, la tasa de suicidios fue de 3,5 por 100.000; no se dispone de información sobre años anteriores. Para la zona metropolitana de Tegucigalpa, la Dirección de Medicina Forense notificó una tasa de homicidio de 47,5 por 100.000 en 1997, 57 por 100.000 en 1998 y 51 por 100.000 en 1999. Según la misma fuente, en esta zona la tasa de accidentes fue de 42,5 por 100.000 en 1997, de 37,5 por 100.000 en 1998 y de 43,5 por 100.000 en 1999. Por otra parte, se notificó un incremento de suicidios de 8,5 por 100.000 en 1997, a 9 por 100.000 en 1998 y 9,5 por 100.000 en 1999.

Un estudio realizado en 1999 sobre personas con lesiones de origen violento atendidas en el Hospital Regional de San Pedro Sula reveló que la mayor cantidad de casos se registró los fines de semana entre las 18 y las 24 horas. La más utilizada por los agresores fue el arma de fuego (48%) seguida por arma blanca (38%) y objetos contundentes (14%) y 86,5% de los lesionados son hombres con una mediana de edad de 25 años.

Desde su creación en 1993 hasta 1999 las Consejerías de Familia atendieron 10.535 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 9.268 (88%) afectaron a mujeres y 1.267 a hombres. Se clasificaron como abuso emocional 36% de los casos (3.826); las mujeres fueron las más afectadas, con 3.427 casos (32% de los cuales se clasificaron como abuso físico). De 1.678 (16%) casos de abuso

sexual, 1.582 afectaron a mujeres; el resto correspondió a negligencia y abandono, con 159 casos (121 en mujeres), abuso patrimonial y económico, 147 casos (todas víctimas mujeres) y otros diagnósticos, 1.386 casos (en 906 casos las víctimas son mujeres).

Salud oral

La Secretaría de Salud de Honduras brindó 233.140 consultas clínicas odontológicas a 25.969 pacientes. Las acciones de prevención, fundamentalmente los enjuagues con fluoruro, cubren a la población escolar de 6 a 14 años.

Enfermedades emergentes y reemergentes

Entre 1998 y 1999 Honduras desarrolló la capacidad técnica para diagnosticar leptospirosis. Así, en noviembre de 1998 se realizó en el país el primer diagnóstico de esta enfermedad; el caso se detectó en un hospital de San Pedro Sula al inicio de un brote que surgió cuatro días después del huracán Mitch. En 1999 se diagnosticaron 39 casos provenientes de todo el país, la gran mayoría correspondieron a hombres de 15 a 49 años de edad.

En 1998 se iniciaron las actividades que permitieron diagnosticar infecciones por virus Hanta y en 1999 se efectuaron dos estudios que sugieren la presencia de un virus relacionado con la familia de los Hantavirus, con una seroprevalencia de 11% en 549 muestras examinadas de la población general de comunidades del sur del país (departamento de Choluteca).

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El proceso de reforma en Honduras ha pasado por varias etapas: Modernización del Estado (1990), Proceso Nacional de Acceso a los Servicios de Salud (1996), Nueva Agenda en Salud (1998) y Transformación del Sector de la Salud (2000). De 1996 a 1998 la Secretaría de Salud Pública hizo del acceso a los servicios de salud el eje fundamental de la reforma y modernización del sector. En 1998, cuando el país experimentó la peor catástrofe natural de su historia como consecuencia del huracán Mitch, el Gobierno estableció los lineamientos de políticas 1999–2001 que incluyen la necesidad de impulsar la reforma del sector salud en el marco del proceso de reconstrucción nacional. Estos lineamientos apuntan como acción inmediata a una reconstrucción del sistema de salud dirigida a satisfacer las necesidades básicas de los hondureños mediante la introducción de modificaciones progresivas (organizativas, administrativas y operativas) que aseguren el acceso a los servicios de salud con mayor grado de equidad, eficiencia y calidad. El objetivo fundamental de la política de reconstrucción es el restablecimiento y vigorización de la red de servicios por medio de una estrategia participativa de transformación del sector tendiente a optimizar la utilización de los recursos, aumentar la cobertura y articular funcionalmente las instituciones del sector.

En el año 2000 la Secretaría de Salud hizo hincapié en la descentralización, eje de la reforma sectorial, acompañada de contenidos tendientes al mejoramiento de los servicios en términos de acceso y calidad, atención integral de los problemas prioritarios, formación de recursos humanos, financiamiento, cambio del modelo de atención, fortalecimiento de la rectoría sectorial, y apoyo en un plan oportuno de suministros controlado a través de un sistema integrado de información. Ese año se elaboró un mapa temático para el fortalecimiento institucional, con objeto de conducir, viabilizar y promover la descentralización en salud.

La reforma del sector salud

La estrategia de reforma del sector salud se basa en los principios de universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia, participación, calidad y transparencia, según lo establecen los lineamientos de política 1999–2001. Para el cumplimiento de sus objetivos se mantienen cuatro ejes básicos de acción: el desarrollo institucional de la Secretaría de Salud, la descentralización y el desarrollo local, la promoción de la salud y la reorganización del modelo de atención con fortalecimiento gerencial.

Uno de los pilares de la reforma del sector es el fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud, a fin de que lleve a cabo las funciones de conducción sectorial, regulación sanitaria, garantía del aseguramiento, ordenamiento del financiamiento, provisión de servicios y desarrollo de las funciones esenciales de salud pública. Para mejorar la gestión institucional en las diferentes instancias e impulsar las soluciones en el nivel en el que ha surgido el problema y vigilar el cumplimiento de los planes y proyectos se articuló el Consejo Técnico de la Gestión Institucional con el Consejo Coordinador de la Secretaría. Con objeto de fortalecer el sistema de información se inició la aplicación del Sistema de Información Gerencial y Financiera en 1999 y se puso en práctica en 2001 el Sistema de Información Gerencial como herramientas de apoyo gerencial al sistema antes mencionado. Para continuar en la coordinación y ordenamiento de la cooperación externa se elaboró el Plan Maestro de Inversiones en Salud.

En cuanto a la descentralización y el desarrollo local, considerados los ejes de la reforma, se destacaron las iniciativas de constitución de mancomunidades de municipios y la elaboración de los compromisos y acuerdos de gestión, profundizando el proceso democrático, la solidaridad social, la equidad intermunicipal y el desarrollo ciudadano.

Al impulsar la participación democrática de la población y la descentralización, la estrategia de promoción de la salud es el instrumento fundamental del proceso de transformación del sector.

Con respecto a la reorganización del modelo de atención y el fortalecimiento gerencial, ante la necesidad de mejorar la capacidad de regencia de la Secretaría de Salud, en 2001 se llevaron a cabo seminarios ejecutivos gerenciales en las regiones sanitarias.

Para reducir la desproporción entre la oferta y la demanda de los servicios hospitalarios y asegurar la funcionalidad de la red de servicios se constituyeron equipos de trabajo en 12 hospitales regionales y de área, que elaboraron los perfiles de entrada para conocer su situación e identificar sus necesidades críticas. Ese mismo año, en un ejercicio altamente participativo y representativo del país, se llevó a cabo un ejercicio de medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública que sirvió como plataforma de autoevaluación.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El sector salud está integrado por un subsector público y otro privado; el primero está compuesto por la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados y el Instituto Hondureño de Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia. A la Secretaría de Salud le corresponde asumir la función rectora y reguladora del sector, elaborar políticas y, en general, garantizar el derecho constitucional a la salud. Hay registradas 1.477 Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPS), de las cuales 1.167 son de la Secretaría de Salud y 61 son de tipo hospitalario, con 4.093 camas, lo que representa 1,1 camas por 10.000 habitantes.

La Secretaría de Salud cubre a 60% de la población; la seguridad social, incluido el IHSS, los servicios de las fuerzas armadas y la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), a entre 10% y 12% de la población, los servicios privados a otro 10%, y el resto corresponde a personas sin acceso a servicios de salud. La Secretaría de Salud está organizada en 9 regiones y 42 áreas que administran servicios de salud y realizan las acciones promocionales, curativas y de protección de la salud en ámbitos geográficos definidos (esta organización no coincide con la división político-administrativa del país). Los servicios que presta la Secretaría de Salud se organizan en siete niveles operativos. Según los datos más actualizados, las Unidades Productoras de Servicios de Salud de la institución rectora suman 1.167, desahregadas en 6 hospitales nacionales, 6 regionales y 16 de área, 23 clínicas maternoinfantiles, 3 clínicas periféricas, 289 centros de salud con médico y odontólogo y 824 centros de salud rural.

El huracán Mitch afectó a 123 UPS; 115 de ellas sufrieron daños de diferente magnitud y 8 fueron totalmente destruidas, pero en un plazo breve las autoridades lograron restituir los servicios. En el año 2000 los hospitales de la Secretaría de Salud registraron 228.623 egresos, de los cuales 40% correspondieron a atención de partos. El 38% de los egresos se registraron en hospitales nacionales, 29% en los regionales y el resto en los hospitales de área y en las clínicas maternoinfantiles.

El IHSS tiene solo dos niveles operativos, el hospitalario, con dos hospitales, de Especialidades en Tegucigalpa (242 camas) y

Regional de San Pedro Sula (240 camas), y el ambulatorio, con cinco clínicas periféricas. Las 482 camas con que cuenta actualmente el IHSS contrastan con las 662 que tenía a fines de 1998, cuando el Hospital Médico-Quirúrgico de Tegucigalpa fue puesto fuera de servicio y se fusionó con el Maternoinfantil en el actual Hospital de Especialidades. El IHSS brindó 1.267.646 consultas médicas en el año 2000 y registró 52.413 egresos hospitalarios.

Legislación sobre salud

En el año 2000 se dio impulso a los procesos de regulación sanitaria bajo la conducción de la Secretaría de Salud y se actualizó la legislación que los sustenta. Se revisó así el Código Sanitario y se elaboró la reglamentación de Licenciamiento de Establecimientos de Salud Públicos y Privados a partir de la definición de normas para regular la interrelación de las organizaciones no gubernamentales (ONG) que actúan en el campo de la salud.

Aunque la legislación que sustenta la regulación sanitaria de medicamentos se aprobó en 1992, los reglamentos se revisaron en el año 2000, incorporándose requisitos específicos para el Registro Sanitario de Vacunas y Medicamentos Herbarios. La definición de la Política Nacional de Medicamentos y los avances en la Política de Rehabilitación Integral fortalecieron la rectoría institucional (año 2002).

En el marco de la Unión Aduanera, la Secretaría de Salud adoptó algunas normas técnicas como el Manual de Buenas Prácticas de Manufactura, el Manual de Autoinspección de la Industria Farmacéutica y los Criterios de Riesgo de Medicamentos. Los países del CA-4 (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua), aplicaron programas de armonización de requisitos regulatorios en 2001 y 2002.

La participación privada en el sistema de salud

El sector privado está constituido por 303 clínicas y hospitales registrados, cifra sujeta a verificación con los resultados del censo que finalizará en 2002. De los 31 hospitales privados, solo 16 notifican sus estadísticas a la Secretaría de Salud: con 575 camas, en el año 2000 registraron 11.678 egresos.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

El seguro público, que opera a través del IHSS, cubre a 37,1% de la población económicamente activa. Ofrece un régimen de prestaciones que abarca a los asegurados y a los beneficiarios (esposas y menores de 5 años). El seguro privado, de afiliación voluntaria, se otorga con arreglo a planes pactados individual o colectivamente; no se conoce a qué porcentaje de la población cubren las aseguradoras privadas.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

El Departamento de Farmacia de la Secretaría de Salud tiene a su cargo la regulación sanitaria de los medicamentos y ha centrado sus esfuerzos en el Registro Sanitario; así, ha registrado

8.725 medicamentos, de los cuales 83,4% son de marca y el resto genéricos. La inspección y vigilancia sanitaria está orientada a controlar la red de distribución pero no la industria farmacéutica, que no es objeto de inspecciones regulares y no aplica en general las buenas prácticas de fabricación. Solo se registran las vacunas del sector privado y no las del Programa Ampliado de Inmunización (PAI); no se registran los medicamentos herbarios. El control de calidad de medicamentos lo realiza el Laboratorio Oficial, que lleva a cabo entre 1.500 y 2.000 análisis por año. El control de calidad se efectúa sobre todo con la modalidad de prerregistro. En el año 2000 se analizó una muestra al azar de 88 medicamentos. No existe un programa de garantía de calidad de medicamentos en marcha, ni se regulan los reactivos de laboratorio y los dispositivos y equipos médicos; tampoco se dispone de listados básicos de estos insumos por nivel de atención ni de regulaciones para su adquisición.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

La Secretaría de Educación coordina actividades en materia de deportes con el fin de mejorar y promocionar formas de vida saludable. Se creó 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.

En febrero de 2001 un Comité Interinstitucional coordinado por la Secretaría de Salud presentó a la sociedad civil una propuesta para abordar el problema de la violencia que da prioridad a la prevención. Casi simultáneamente, la Municipalidad de San Pedro Sula presentó a los diferentes actores de la sociedad de ese importante municipio una propuesta de prevención de la violencia que contiene intervenciones en el grupo preescolar, escolar, adolescente y de adultos, y un componente de seguridad.

El Congreso Nacional ha trabajado en un nuevo código de la niñez, así como en diversas leyes contra el alcoholismo y la drogadicción, 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, a los menores maltratados y a las mujeres agredidas. Cada vez son más frecuentes las actividades de comunicación social en los planes municipales de salud.

Prevención y control de enfermedades

En la Secretaría de Salud de Honduras, dependientes de la Dirección General de Riesgos Poblacionales, funcionan los departamentos de Epidemiología, Maternoinfantil, de Enfermedades Crónicas, de Infecciones de Transmisión Sexual, SIDA, Tuberculosis, Salud Mental, Emergencia, Saneamiento, Enfer-

medades de Transmisión Vectorial, Salud Pública, Rehabilitación y Minusválidos, Alimentación y Nutrición. Todos ellos cumplen funciones esencialmente normativas.

En el ámbito regional, los programas de prevención y control se encuentran bajo la responsabilidad de un epidemiólogo regional y es en este nivel donde se planifican, ejecutan y evalúan las acciones de los principales problemas de salud de las zonas geográficas bajo su responsabilidad, apoyando y participando en las actividades de los grupos técnicos de las áreas de salud. En cuanto a estas últimas, los equipos multidisciplinarios asumen las responsabilidades antes descritas para el nivel regional. Existen algunos municipios incluidos en las áreas de salud que han conformado equipos de vigilancia de la salud.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

La Secretaría de Salud promueve la consolidación de grupos de análisis de salud multidisciplinarios (unidades de análisis), tanto en las distintas áreas como en el ámbito regional y central. Esta propuesta se puso en práctica en su fase demostrativa en el período 1999–2002 en la Región Sanitaria N.º 7 (departamento de Olancho), para luego trascender al ámbito municipal.

Hasta el año 2000 había 1.190 unidades notificadoras que constituían el sistema de “alerta-acción” en el área de vigilancia epidemiológica; el porcentaje de notificación semanal oscilaba entre 70% y 85% para ese año. La red de laboratorios de salud pública se fortaleció con la llegada de recursos técnicos y financieros después del huracán Mitch.

Agua potable y alcantarillado

Las microcuencas productoras de agua han sido afectadas por la deforestación acelerada (estimada en 800 km² anuales), de que ha sido objeto el país en los últimos años, afectando la calidad y la cantidad del agua producida. Los servicios de agua potable y saneamiento en general han mostrado un limitado progreso en los últimos cinco años. La inversión de los últimos dos años en el sector se ha orientado sobre todo a la rehabilitación de la infraestructura dañada por el huracán Mitch. La inversión proviene fundamentalmente de países donantes.

En 1999 la cobertura nacional de agua de Honduras era de 80,9%, 75,2% por conexión domiciliaria y 5,7% por acceso a acueductos o conexión cerca de la vivienda. De las personas que no contaban con conexión domiciliaria, 2,6% se abastecían de pozo sin bomba; 2,6% de pozo con bomba; 2,2% compraba agua, y 11,7% se abastecían de fuentes abiertas. Había 3.310 acueductos urbanos y rurales operados y mantenidos por el Servicio Autónomo Nacional, las municipalidades y 2.528 juntas de agua. Había 1.382 juntas de agua capacitadas y 2.226 fontaneros. De 3.310 acueductos, solo 2.226 tenían agua todo el año. El 98,1% de los sistemas trabajaban en forma intermitente y 31,2% contaban con desinfección, de este último porcentaje, 51% correspondía a la zona urbana. En los acueductos rurales

existían 1.884 hipocloradores instalados, pero solo 638 estaban en funcionamiento.

Según datos de 1999, 71,1% de la población contaba con alguna forma de disposición de excretas, 26,6% con alcantarillado sanitario, 16,8% mediante tanques o fosas sépticas, y 27,7% con letrinas. En total, 67 municipalidades disponían parte de sus aguas residuales en los sistemas de alcantarillado sanitario, pero solo existían 51 instalaciones de tratamiento de aguas residuales domésticas, una con filtro percolador, 3 tanques sépticos, 23 lagunas de oxidación, 20 tanques Imhoff, 2 lagunas aireadas y 2 biofiltros. El volumen total de aguas residuales colectadas por los sistemas de alcantarillado que estaban conectados a un sistema de tratamiento era de 111.840.000 m³ por año, que correspondían a 30.182 toneladas de carga orgánica al año.

Manejo de residuos sólidos municipales

De las 298 municipalidades, 47 proporcionaban servicios de recolección de basura, sobre todo a nivel urbano, cubriendo apenas a 47% de la población de esas municipalidades. Se estimó una producción anual de basura de 842.358 toneladas, de las cuales se recolectaban 257.574. Había 48 botaderos de basura, 4 rellenos sanitarios y 1 crematorio.

Prevención y control de la contaminación del aire

Desde 1995 se lleva a cabo un monitoreo regular de la calidad del aire en Tegucigalpa y uno intermitente en San Pedro Sula y La Ceiba, cuyos resultados indican que las concentraciones encontradas para partículas en suspensión siempre estaban fuera de la norma internacional. Las normas que rigen para los niveles de ozono y óxidos de nitrógeno, no se cumplen durante algunos períodos del año, en especial durante la época seca, en la que se producen más incendios forestales, quemas de cultivos y de lotes baldíos.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

Según datos de la Secretaría de Estado de Salud Pública, en 1996 existían 1.334 establecimientos de salud, de los cuales 730 (55%) pertenecían a la Secretaría, 184 (14%) al IHSS, 417 (31%) al sector privado y 3 (0,2%) a las Fuerzas Armadas. Había 15.236 camas hospitalarias de las cuales 7.234 (47%) pertenecían a la Secretaría, 1.706 (11%) al IHSS, 5.796 (38%) al sector privado y 500 (3%) a las Fuerzas Armadas. Según estos datos, la razón camas/habitantes era de 1:500. Sin embargo, hay discrepancia entre las diferentes fuentes respecto del número de camas disponibles.

El total de consultas ambulatorias en los establecimientos de la Secretaría en relación con el año anterior ascendió en 1996 a 5,8 millones. 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 IHSS y otras instituciones públicas.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

Existen una Política Nacional de Sangre, un Plan Nacional de Sangre, un Centro Nacional de Sangre de referencia (Programa Nacional de Sangre de la Cruz Roja Hondureña), 26 bancos de sangre y 29 Centros de Colección de Sangre. Se colectaron en el año 2000 un total de 38.328 unidades de sangre, 18,3% fueron donaciones voluntarias, 8,8% remuneradas y 72,8% de reposición por familiares. Se tamiza 100% para VIH, hepatitis B, hepatitis C, sífilis y *Trypanosoma cruzi*.

Servicios especializados

Rehabilitación. En el año 2000 se instaló el sistema de información en las principales instituciones públicas y privadas que prestan servicios de rehabilitación, entre ellas la Fundación Teletón, el IHSS y el Hospital General San Felipe. Se elaboró un documento de políticas nacionales de rehabilitación que fue sometido a la aprobación del Congreso Nacional. Se crearon servicios de rehabilitación con base comunitaria mediante la extensión adicional de cinco centros básicos de atención. Desde septiembre de 1999 se lleva a cabo con éxito la iniciativa tripartita México-Canadá-OPS, apoyada por el Gobierno de Honduras, de atención a víctimas de minas antipersonales ubicadas en la frontera con Nicaragua y El Salvador.

Salud mental. La atención de salud mental está concentrada en los servicios hospitalarios. Funcionan dos hospitales psiquiátricos: el Hospital de Crónicos Santa Rosita y el Hospital de Agudos Dr. Mario Mendoza. Hay un Departamento de Salud Mental de carácter técnico-normativo en el nivel central de la Secretaría de Salud, que actúa en coordinación con los equipos de salud mental en las nueve regiones de salud. En el nivel local se cuenta con equipos de trabajo multidisciplinarios que en su mayoría no han recibido entrenamiento en salud mental, la excepción corresponde a un programa de salud comunitaria ejecutado por el posgrado de psiquiatría en varios centros de salud de Tegucigalpa. Los médicos psiquiatras se concentran en los dos hospitales antes mencionados.

Salud reproductiva. La red de servicios para la asistencia de la población maternoinfantil está integrada por unidades de atención de partos de bajo riesgo constituidas por 32 clínicas maternoinfantiles y siete hogares maternos distribuidos en ocho regiones sanitarias del país. Además de atender partos de bajo riesgo, las clínicas maternoinfantiles realizan exámenes de detección temprana de embarazadas con factores de riesgo reproductivo para su referencia oportuna. En cambio, los hogares maternos son unidades intermedias que albergan a toda embarazada con riesgo obstétrico o sin él, previamente a la atención del parto en un hospital de tercer nivel, que se encuentra accesible a cada

hogar materno. No existen servicios especializados de alta complejidad para la atención del parto y el puerperio. Dentro de las estrategias diseñadas en las bases programáticas del Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA), se plantea el abordaje de esta población mediante la creación de espacios diferenciados para la atención integral.

Gerontología. 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.

Otros servicios especializados de importancia en el país. Mediante el Decreto 09-90-E de 1990 y su reglamento, en 1999 se promulgó la Ley de Contingencias Nacionales, que creó el Comité Permanente de Contingencias (COPECO), y las comisiones regionales, departamentales y municipales, para la adopción de las políticas y medidas necesarias en caso de desastres. Por medio de la Comisión de Salud, el Departamento Nacional de Emergencias de la Secretaría de Salud coordina las actividades en el nivel nacional. En el ámbito local, la coordinación se realiza con los equipos de salud de las regiones, áreas y Unidades Productoras de Servicios de Salud. Durante las emergencias, en los diferentes niveles se constituyen los Centros de Operaciones de Emergencia.

La Secretaría de Salud, junto con el Programa Nacional de Servicios de Salud y el Centro Nacional de Mantenimiento, coordinaron estudios de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en cuatro hospitales del país ubicados en zonas de amenazas múltiples. Entre las actividades para la reducción de la vulnerabilidad a desastres naturales, se incorporaron los estándares mínimos por servicio para la reducción del riesgo. El programa de preparativos para desastres realiza actividades permanentes de capacitación del personal del sector salud y de la comunidad, haciendo hincapié en la elaboración de planes de emergencia comunitarios. El desarrollo de planes hospitalarios de emergencia incluye actividades de mitigación hospitalaria.

Insumos para la salud

En el mercado farmacéutico circulan alrededor de 15.000 medicamentos. En 1998 la demanda de medicamentos se estimaba en US\$ 89.232, en tanto la oferta neta global fue de US\$ 134.624. El gasto total en medicamentos respecto del PIB fue de 1,9% en 1997 y 1,7% en 1998. Actualmente existen 42 laboratorios de producción farmacéutica de capital nacional que fabrican entre 15% y 20% de los medicamentos consumidos; el resto se importa principalmente de Centroamérica y Estados Unidos.

La red nacional de distribución de medicamentos está constituida por 88 mayoristas (droguerías), 656 farmacias privadas, 242 puestos de venta de medicamentos, 200 botiquines médicos y una cantidad no cuantificada de tiendas naturistas y de vendedores

informales. La distribución de los establecimientos farmacéuticos es irregular, concentrándose en las zonas de mayor desarrollo (litoral atlántico y centro del país). Igualmente, 60% de los 500 Fondos Comunes de Medicamentos gestionados por la comunidad se concentran en Choluteca, Comayagua, Intibucá y Lempira.

No existen programas estatales de control de precios de medicamentos y la Secretaría de Industria y Comercio controla solamente el margen de utilidad de los productos farmacéuticos importados. La Secretaría de Salud dispone de un listado básico de medicamentos que incluye 271 principios activos y 365 presentaciones farmacéuticas. El gasto público en salud destinado a medicamentos fue de 13,8% en 1996, 14,6% en 1997, 12% en 1998 y 8,3% en 1999.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso

En el período 1996–2000 el sistema de salud presentó un crecimiento sostenido en algunos de sus recursos humanos; por ejemplo, hubo una oferta creciente de profesionales graduados de medicina general, en comparación con la escasez de oferta de enfermeros profesionales, que tendió a disminuir en ese período. Según el registro de matrícula acumulativo en el período antes mencionado que presentó la UNAH, la matrícula para medicina fue de 3.009 estudiantes, enfermería 880 estudiantes y técnicos en radiología 37 estudiantes. Los médicos registrados en el año 2000 eran 5.287, de ellos 2.002 (37,8%) trabajaban en el subsector público, 353 (6,6%) en el IHSS y 2.932 (55,4%) en el subsector privado, con una tasa promedio de 8,8 por 10.000 habitantes. En el año 2000 los enfermeros profesionales fueron 1.957, de los cuales 887 (45,3%) trabajan en el subsector público, 140 (7,1%) en el IHSS y 930 (47,5%) en el subsector privado, con una tasa promedio para ese año de 3 por 10.000 habitantes; había también 581 odontólogos, de los cuales 2% trabajaban en el subsector público, con una tasa promedio de 2,6 por 10.000 habitantes.

De los 1.752 farmacéuticos registrados en el año 2000, 3,7% trabajan en el sector público, con una tasa promedio de 0,3 farmacéuticos por 10.000 habitantes. Entre 1996 y 2000, en la Facultad de Farmacia de la UNAH se graduaron un promedio de 71 farmacéuticos por año. En 2000 trabajaban 51 farmacéuticos en la Secretaría de Salud, de los cuales 22 eran farmacéuticos hospitalarios que cubrían 15 de los 28 hospitales. El IHSS solo tiene 6. En el año 2000 el país contó con 78 egresados del programa de Maestría de Salud Pública, 82 enfermeros, egresados del programa de especialidad Salud Materno Perinatal y 22 enfermeros especializados en salud familiar. En cuanto a los técnicos medios y auxiliares de enfermería, había 724 técnicos de anestesia (0,4 por 10.000 habitantes); 650 técnicos en radiología (0,4 por 10.000 habitantes); 2.358 técnicos de laboratorio (0,6 por 10.000 habitantes); 400 microbiólogos (0,5 por 10.000 habitantes), y 7.256 auxiliares de enfermería (11,8 por 10.000 habitantes).

No se cuenta con un sistema de información en recursos humanos que permita mantener un sistema de vigilancia estratégica para la gestión del desarrollo de personal, en consonancia con los postulados de la reforma sanitaria y de la Secretaría de Salud en cuanto a la formación, producción y utilización de los recursos humanos.

Formación del personal de salud

La formación de los profesionales de la salud está a cargo de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). A partir de 1999, la Universidad Católica Nuestra Señora de la Paz comenzó a formar psicólogos, y también trabajan en el país psicólogos egresados de universidades extranjeras. Los establecimientos educativos de la Secretaría de Salud tienen a su cargo la formación de auxiliares y técnicos medios.

Investigación y tecnología en salud

Organización y financiamiento de la actividad científica y formación de investigadores

El Consejo Hondureño de Ciencia y Tecnología tiene la responsabilidad de coordinar los subsistemas sectoriales de ciencia y tecnología, incorporando a los sectores gubernamentales, privados académicos y de las organizaciones no gubernamentales a la validación y formulación de políticas nacionales de investigación científica y tecnológica. Esa Secretaría de Estado administra además el Programa de Apoyo al Desarrollo Científico e Innovación del Joven Hondureño, cuya meta es estimular la creatividad de los alumnos secundarios y universitarios así como de profesionales independientes para aplicarla al desarrollo de la ciencia y la tecnología.

Desarrollo tecnológico

Desde 1999 se ejecuta un proyecto financiado por la Organización de Estados Americanos (OEA) denominado Programa de Inversiones para el Desarrollo Científico y Tecnológico de Centroamérica y Panamá, destinado a diseñar y formular programas de inversiones en 14 áreas de investigación, en las que se incluye la calibración de equipo hospitalario, el apoyo a laboratorios y el fortalecimiento del papel regulador de la Secretaría de Salud. En el año 2000 se puso en marcha el Programa Iberoamericano de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo, que contribuye a la formación de los recursos humanos en campos de investigación científica y tecnológica para la resolución de problemas específicos y la ejecución de proyectos de interés social.

Información científica y técnica

En el año 2000 se publicaban tres revistas científicas en forma regular en el campo de la salud: *Revista Médica Hondureña*, *Honduras Pediátrica* y la *Revista de los posgrados de Medicina*, de ellas solamente la primera contribuye a la base de datos LILACS. Se cuenta con una Biblioteca Médica que posee recursos humanos

capacitados y recibe revistas médicas de diversos países. El proyecto de la Biblioteca Virtual en Salud, conducido por la Biblioteca Médica Nacional, procura lograr el acceso a la información sobre salud en todo el territorio hondureño. La Secretaría de Salud, el IHSS y otras organizaciones disponen de pequeños centros de documentación que en su gran mayoría no cuentan con la infraestructura, los recursos humanos especializados, el equipo ni el presupuesto necesario para la compra de publicaciones.

Gasto y financiamiento sectorial

Las fuentes de financiamiento del sector para el año 1999 fueron: 1) las familias, que aportan 53,7% del gasto nacional en salud, el Gobierno, que contribuye con el 32,9%, el IHSS con 7,8% y las organizaciones sin fines de lucro y las aseguradoras privadas con 4,3% y 1,3%, respectivamente. Entre 1993 y 1999 el financiamiento de la Secretaría de Salud aumentó 91,6%, debido sobre todo al financiamiento externo, que se incrementó 117% y cuyo mayor porcentaje corresponde a créditos reembolsables de largo plazo. El aporte fiscal en el mismo lapso disminuyó de 67,3% a 61,7%. Las donaciones y créditos no reembolsables representan 12,7%. El financiamiento del IHSS, que proviene del aporte de los afiliados, se encuentra gravemente comprometido porque estos resultan insuficientes. El sector privado constituye la suma de los porcentajes de gasto de las familias, organizaciones sin fines de lucro y aseguradoras privadas, que asciende a 59,3% del gasto total.

El gasto público de salud per cápita presenta un incremento de 15,5%, mientras que, por el contrario, el gasto público en salud, en relación con el gasto del Gobierno central, muestra tendencia descendente, al pasar de 10,1% en 1993 a 8,6% en 1998. La relación de gasto público en salud y gasto público total muestra igualmente tendencia negativa, al pasar de 7,2% a 6,7%. El gasto público en salud per cápita, que presentaba tendencia descendente hasta 1998, creció en 1999 a expensas del financiamiento externo. El gasto total en salud per cápita muestra un descenso de 24,1% entre 1995 y 1999.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

Antes del huracán Mitch la proporción de la cooperación externa en salud frente a los recursos nacionales oscilaba en torno a 22% de fondos externos contra 78% de fondos nacionales; después, el flujo de cooperación tanto técnica como financiera se incrementó en forma considerable.

Los países y organismos cooperantes, reunidos en mayo de 1999 en Estocolmo, asignaron recursos a todos los sectores por un monto de US\$ 2.763,4 millones, de los cuales se habían suscrito a diciembre del 2000, US\$ 2.211,8, demostrándose así el alto grado de apoyo de la comunidad internacional, tanto en lo

referente a los recursos indicados por el Grupo Consultivo de Estocolmo, como de otros cooperantes que se han ido sumando a lo largo del proceso de reconstrucción y transformación nacional. Se aportó para las fases de emergencia y ayuda humanitaria la cantidad de US\$ 97,3 millones (4,4%) y para la fase de reconstrucción y transformación, US\$ 1.897,4 (85,8%); el resto (9,8%) se aportó para alivio de la deuda y otras ayudas no especificadas.

Los organismos de cooperación externa de las Naciones Unidas integrantes del Comité Sectorial en Salud apoyaron al país en la fase de emergencia, rehabilitación y reconstrucción, mediante proyectos destinados a la atención primaria, salud y nutrición, agua y saneamiento, fortalecimiento institucional, red de servicios de salud, gestión local del riesgo y atención médica de emergencia, por un monto aproximado de US\$ 240.158.186,9. Estos datos se refieren a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial (BM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ), el UNICEF, el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI), a través de la encuesta realizada por la OPS en mayo de 2001. Los recursos asignados y canalizados por la OPS ascendieron a US\$ 9.283.985.

Además, el OSDI aportó US\$ 1,7 millones, de los cuales 20% se destinaron a Honduras, para implementar el proyecto denominado Disminución de la vulnerabilidad y preparativos para desastres en países afectados por el huracán Mitch.

De los recursos aportados y suscriptos, la cooperación externa bilateral para todos los sectores ascendió a US\$ 1.113,2 millones (50,3%); los fondos no reembolsables sumaron US\$ 945,8 millones (84,5%). Entre los países donantes que más contribuyeron se cuentan Estados Unidos, Japón, Suecia, Alemania y España, y en cuanto a los fondos reembolsables, que ascendieron a US\$ 167,4 millones (15%), se destacaron España, Italia y Kuwait.

La cooperación multilateral ascendió a US\$ 1.099,3 millones (49,7%); los fondos no reembolsables sumaron US\$ 298,8 millones (27,2%). Entre los que más contribuyeron se encuentran el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento (BIRF-AIF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Los fondos reembolsables ascendieron a US\$ 800,5 millones (72,9%), y los principales aportantes fueron el BID, el BIRF-AIF y el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE).

El total de fondos no reembolsables fue de US\$ 1.244,6 millones y el total de los fondos reembolsables, US\$ 967,9 millones.

FIGURA 1. Estructura de población por edad y sexo, Honduras, 2000.

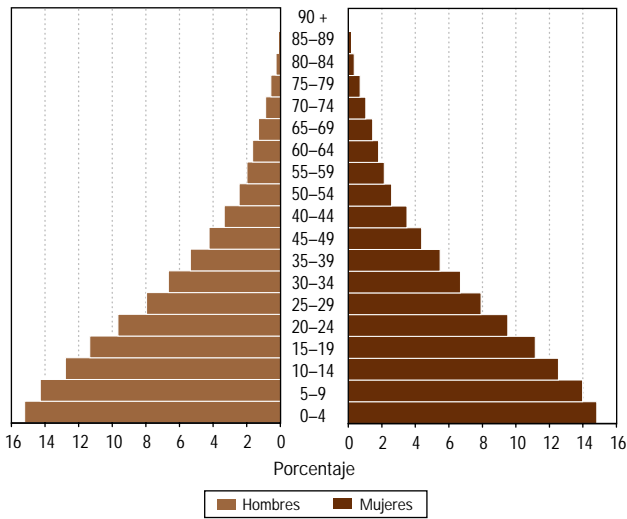


FIGURA 3. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Honduras, 2000.

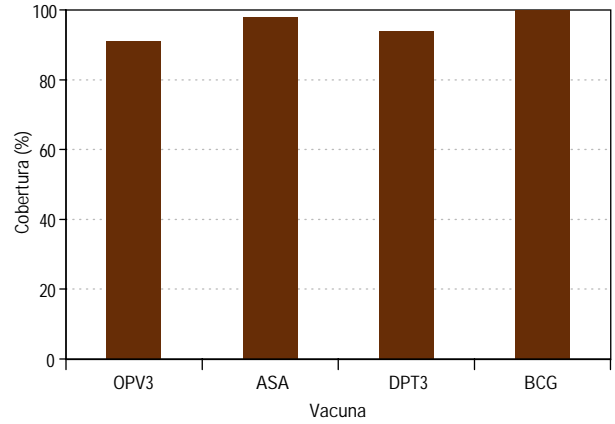


FIGURA 2. Crecimiento del producto interno bruto, Honduras, 1991-2000.

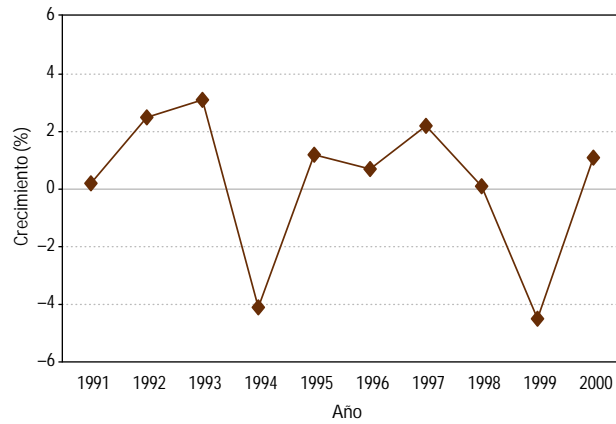
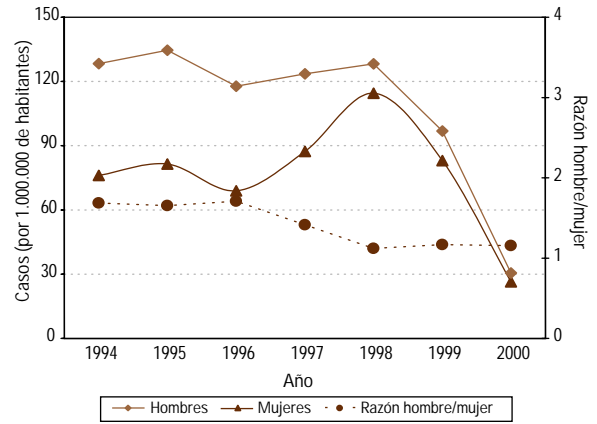


FIGURA 4. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Honduras, 1994-2000.



ISLAS CAIMÁN

CONTEXTO GENERAL

Las Islas Caimán son un territorio ultramarino británico formado por las islas de Gran Caimán, Caimán Brac y Pequeño Caimán. Se encuentran 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. El último desastre natural que amenazó a las Islas Caimán fue el huracán Mitch en 1997; el daño que causó fue mínimo y no hubo muertos ni heridos.

El gobierno territorial está encabezado por el Gobernador, que representa a la Reina y preside el Consejo Ejecutivo. Los ministros elegidos por la Asamblea Legislativa y tres miembros oficiales forman parte del Consejo Ejecutivo. Los ministros delegan la ejecución de políticas y la administración a secretarías permanentes.

Las Islas Caimán se caracterizan por la estabilidad política y una economía fuerte. El tipo de cambio se ha mantenido constante en los últimos 20 años, en C\$ 0,80 por US\$ 1,00. Las últimas estimaciones (1997) indican un producto interno bruto (PIB) de US\$ 1.200 millones a precios de 1999. Se estima que el crecimiento del PIB se desaceleró en 2000, entre 4,4% y 4,6%, lo que representa una reducción con respecto al promedio quinquenal de 5,0%. A fines de 1999 el índice agregado de precios al consumidor se situó en 182,1, un aumento de 5,1% en relación con la cifra de 173,5 registrada en 1998. La fuerza laboral total se estimó en 21.820 trabajadores en 1998, y la tasa de desempleo en 4%. El desempleo se estabilizó en 4% en 2000.

El crecimiento económico fue alimentado sobre todo por los sectores de finanzas y turismo. El gasto ordinario público anual prácticamente se duplicó, pasando de US\$ 163,2 millones en 1995 a US\$ 316,9 millones en 2000.

Según el censo de 1999, la población alcanzó un total de 39.020 habitantes (Gran Caimán, 37.083; Caimán Brac, 1.822; y Pequeño Caimán, 115), cifra que representó un aumento de 53%

en relación con los datos del censo de 1989 (25.355). La tasa anual de crecimiento demográfico se mantuvo estable en el período 1991–2000, con una oscilación entre 3,9% y 5,3% y un promedio de 4,5%. La mayor parte de la población tenía entre 20 y 59 años de edad (62,2%), hecho que indica la magnitud de la fuerza de trabajo; 19,5% eran menores de 15 años y 8,3% mayores de 60 años (figura 1). Las cifras de comparación con el censo de 1989 fueron 22,7% de menores de 15 años, 60,2% de 20 a 59 años y 9,1% de 60 y más años.

Según el censo más reciente, solo 53% de los habitantes son naturales de las Islas Caimán, una baja en relación con 69% en 1989. De hecho, aunque la tasa de natalidad ha bajado gradualmente de 18,0 por 1.000 en 1991 a 16,3 en 1996 y a 15,1 en 2000, la población total ha tenido un acusado aumento real, atribuible al rápido incremento del número de extranjeros con permiso de trabajo y de familiares a su cargo que viven en las Islas Caimán como resultado de la falta de trabajadores locales. Esta afluencia ha sobrecargado los servicios del territorio, incluidos los de atención de salud.

Según cálculos correspondientes a 1999 la esperanza de vida al nacer fue de 77 años, 75 años para los hombres y 79 para las mujeres. La tasa bruta de natalidad en 2000 fue de 15,1 por 1.000 habitantes, una tendencia descendente de 16,3 en 1996 y 15,4 en 1999.

La escolaridad es gratuita y obligatoria para todos los niños de 5 a 16 años de edad. Todos los escolares reciben atención médica gratuita. La tasa de alfabetización de adultos es de 98% aproximadamente.

Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad se mantuvo constante en el período 1996–2000 y fluctuó entre 3,3 y 3,5 por 1.000 habitantes. Las principales causas de defunción durante este período fueron las enfermedades del sistema circulatorio (41%) y las neoplasias malignas (23%).

El registro de defunciones de las Islas Caimán es completo. Se notifican los datos de mortalidad de todos los residentes, ya sean

naturales de las Islas o extranjeros con permiso de trabajo y familiares a cargo. Sin embargo, no se dispone de datos completos sobre residentes que mueren en el extranjero. Los datos de mortalidad de los visitantes (turistas) se analizan por separado. Las defunciones de residentes alcanzan un promedio aproximado de 120 al año. Los principales grupos de causas de defunción en el período 1996–1999 fueron las enfermedades del sistema circulatorio (41%), las neoplasias malignas (23%) y las causas externas (11%). La tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio fue de 157 por 100.000 hombres y 101 por 100.000 mujeres, y por neoplasias, de 87 y 62 por 100.000, respectivamente, en 1998 (figura 2).

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Como las Islas Caimán son territorios pequeños, con escasas diferencias demográficas y socioeconómicas, no hay grandes diferencias en los problemas de salud según la ubicación geográfica. Hubo unas 25.000 hospitalizaciones en el período 1996–2000, con un promedio de 5.000 al año o de 134 por 1.000 habitantes. De esa proporción, 84% se atendieron en el Hospital de las Islas Caimán. Las principales causas de hospitalización fueron las enfermedades del sistema digestivo (11%), las enfermedades del aparato genitourinario (7%), las enfermedades del sistema respiratorio (7%) y las enfermedades del sistema circulatorio (7%).

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

La tasa de mortalidad infantil se redujo de 10,7 por 1.000 nacidos vivos en 1996 a 7,0 por 1.000 en 1998. En el período 1991–2000 el número de defunciones infantiles varió entre cero y siete anuales, habiéndose registrado la mayor tasa de mortalidad infantil de 14,0 por 1.000 nacidos vivos en 1991; hubo cuatro defunciones infantiles en 1998 y no se registró ninguna en 1999 ni en 2000. La tasa promedio anual de mortalidad infantil en el período 1996–2000 fue de 5,9 por 1.000 nacidos vivos. De las 17 muertes de lactantes registradas durante el período en revisión, nueve fueron defunciones neonatales, 10 se atribuyeron a nacimiento prematuro y dos a anomalías congénitas. Las muertes prenatales fluctuaron entre cinco en 1996, tres en 1998 y ocho en 2000. Se registró una muerte en el grupo de 1 a 4 años de edad por ahogamiento accidental.

Alrededor de 24% del total de internaciones del Hospital de las Islas Caimán en el período 1996–1999 correspondieron a menores de 5 años; sin embargo, cabe señalar que 58% de estas internaciones correspondieron a recién nacidos, puesto que todos los partos se atienden en los hospitales y los recién nacidos se cuentan como internados (se atendieron solo dos partos en el hogar en 2000). En esos mismos años fueron hospitalizados 1.490

niños menores de 5 años, con una tasa de ingreso específica por edad de 143 por 1.000 habitantes.

Los principales grupos de causas de hospitalización de niños menores de 5 años fueron las enfermedades del sistema respiratorio (26%), ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (15%), las enfermedades del sistema digestivo (14%) y las enfermedades del aparato genitourinario (7%). Entre las enfermedades del sistema respiratorio, las afecciones más comunes fueron asma (26%), bronquitis aguda y bronquiolitis (17%) y faringitis y amigdalitis agudas (13%). Entre las hospitalizaciones por enfermedades infecciosas y parasitarias, 82% fueron para tratamiento de la diarrea y la gastroenteritis, con una tasa de hospitalización específica por edad de 17,2 por 1.000 habitantes.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

En 2000, los 627 exámenes médicos de ingreso a la escuela revelaron que 100% de los niños habían recibido la serie primaria en tres dosis de las vacunas DPT y antipoliomielítica; 99,7% habían recibido por lo menos una dosis de la vacuna MMR; 96,3%, cuatro dosis de las vacunas DPT y antipoliomielítica; y 96%, dos dosis de la vacuna MMR. La anemia no causa ningún problema en este grupo de edad: 96% de los 482 niños sometidos a examen de la concentración de hemoglobina tenían valores de 11 g/dl o más; solo un niño presentó valores inferiores a 10 g, y 16 registraron valores entre 10 g y 11 g/dl.

Un niño de este grupo de edad, que había contraído la infección por el VIH por transmisión de la madre, murió de SIDA durante el período en revisión. En total, 578 niños fueron hospitalizados, lo que arroja una tasa de 57 por 1.000 habitantes, en comparación con 52 en 1995. Los grupos de causas de hospitalización más comunes fueron las enfermedades del sistema respiratorio (21%) y las enfermedades del sistema digestivo (19%); 62% de los niños de este grupo de edad fueron internados para tratamiento de la diarrea y la gastroenteritis, con una tasa de hospitalización específica por edad de 6,1 por 1.000 habitantes.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

A lo largo del decenio de 1990, cada año hubo entre uno y dos nacidos vivos de madres menores de 15 años; entre 1996 y 1999 hubo solo tres nacidos vivos en ese grupo de edad. Se registró una defunción por neoplasia maligna del hígado y una por hemiplejía infantil en el grupo de 10 a 14 años durante el período en revisión. Se hospitalizó a 316 niños de este grupo de edad, lo que dio una tasa de 39 por 1.000 habitantes. Las principales causas de hospitalización fueron las causas externas (23%), las enfermedades del sistema respiratorio (13%) y las enfermedades del sistema digestivo (16%).

La proporción de madres adolescentes de 15 a 19 años se redujo de 8% en el período 1992–1995 a 6% en 1996–1999. Los nacimientos correspondientes a madres menores de 20 años se redujeron de 13% en el período 1992–1995 a 9% en 1996–1999.

En el período 1996–1999 se produjeron ocho defunciones de jóvenes de 15 a 19 años de edad, todas de hombres: seis se debieron a accidentes de transporte terrestre y dos a homicidio. En total se registraron 548 hospitalizaciones de jóvenes de 15 a 19 años, lo que arroja una tasa de 74 por 1.000 habitantes en este grupo de edad en el período citado. Las causas más comunes de hospitalización de mujeres fueron el parto normal (31%), otras causas obstétricas (20%), las enfermedades del aparato genitourinario (8%) y las enfermedades del sistema digestivo (7,9%). De las 138 hospitalizaciones de hombres en este período, 48 se debieron a causas externas (35%) y 23 a enfermedades del sistema digestivo (17%).

No hubo casos de suicidio en el grupo de 10 a 19 años de edad durante el período en revisión. En 1998 el Consejo Nacional de Medicamentos realizó una encuesta del uso de drogas entre estudiantes, con una tasa de participación de 86%. El alcohol fue la sustancia de consumo más común en los 12 meses anteriores a la encuesta (40%), seguido del tabaco (9%), la marihuana (7%) y las sustancias inhalables (6%). Se observaron diferencias entre los sexos solo en relación con el uso de marihuana, caso en el cual los hombres notificaron mayor consumo (9%) que las mujeres (5%). Aunque más de una cuarta parte de los estudiantes (28%) habían probado el cigarrillo alguna vez en la vida, solo 9% fumaban en el momento de la encuesta. Si bien solo 40% de los estudiantes habían consumido alcohol en el año anterior a la encuesta, alrededor de dos terceras partes (61%) lo habían consumido durante la vida; casi todos bebían solo en ocasiones especiales, y 13%, semanalmente. Alrededor de 1 de 10 (11%) había probado marihuana al menos una vez en la vida y 7% la habían usado en el año precedente.

La salud del adulto (20–59 años)

Este grupo de edad representa 67% de la población total. Las afecciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio justificaron 18% de las hospitalizaciones de adultos. Desde 1986 no se ha registrado ningún nacimiento en mujeres mayores de 50 años. En el período 1996–1999, 91% de los nacimientos vivos correspondieron a mujeres de 20 a 44 años. Hubo solamente una defunción materna por eclampsia (en 1993) en el período 1991–2000. La tasa de cesárea se redujo de 30% en 1995 a 23% en 1997 y se elevó de nuevo a 26% en 1999 y a 27% en 2000. En el último año se realizaron exámenes de detección de rubéola a 196 madres, 85% de las cuales mostraron tener inmunidad. Además, 215 madres se sometieron a la prueba VDRL y 5 fueron reactivas.

Se produjeron 93 defunciones en el grupo de 25 a 59 años (19% del total de defunciones) en el período 1996–1999, con una tasa de mortalidad promedio específica por edad de 9,4 por 10.000 habitantes. Los grupos más comunes de causas de defunción en este grupo fueron las causas externas (34%), las enfermedades del sistema circulatorio (27%) y las neoplasias (24%). De las defunciones de ese grupo de edad, 70% correspondieron a hombres y 30% a mujeres, con tasas de defunción específicas por edad de 14 y 6 por 10.000 habitantes, respectivamente. Entre los

hombres, 23 defunciones se debieron a causas externas, 18 a enfermedades cardiovasculares y 16 a neoplasias; entre las mujeres, esas cifras fueron de 10, 7 y 6, respectivamente.

En el período 1996–1997, 48% del total de hospitalizaciones correspondieron al grupo de 20 a 59 años; 72% de ellas, a mujeres. La tasa de hospitalización específica por edad fue de 39 por 1.000 hombres y de 74 por 1.000 mujeres (excluido el parto normal). Las principales causas de internación de las mujeres fueron las causas obstétricas (28%), el parto normal (24%), las enfermedades del aparato genitourinario (14%) y las enfermedades del sistema digestivo (12%). Entre los hombres, las principales causas de hospitalización fueron las enfermedades del sistema digestivo (21%), las causas externas (20%), las enfermedades del sistema circulatorio (12%) y los trastornos mentales y del comportamiento (6%).

Según la Encuesta del Uso de Drogas y Alcohol en las Islas Caimán realizada en adultos en 2000 (94% de todas las familias seleccionadas para su inclusión participaron en la encuesta), el alcohol y el tabaco son, con mucho, las sustancias de uso más común. La encuesta mostró que alrededor de 61% de los entrevistados habían probado alcohol alguna vez en la vida y más de la mitad (54%) lo habían consumido en los 12 meses anteriores a la encuesta. Los hombres presentaron más posibilidades de haber consumido alcohol que las mujeres (69% frente a 45%). Alrededor de 61% de los adultos de 20 a 29 años y 62% de los de 30 a 49 años habían consumido alcohol; solo 42% de los de 50 a 59 años lo habían hecho. Casi la mitad de los entrevistados (47%) declararon que habían fumado tabaco en el curso de su vida y poco menos de la quinta parte (22%) lo habían hecho en el año anterior a la encuesta. La proporción de hombres que fumaron en los 12 meses anteriores a la encuesta (29%) fue superior a la de mujeres (17%). Las personas del grupo de 20 a 29 años presentaron más posibilidades de fumar. Casi uno de cada seis adultos manifestó que había fumado marihuana en algún momento de su vida y 3,5% declararon que la habían usado en el año anterior a la encuesta. Alrededor de 2,9% habían usado cocaína.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

El censo de 1999 reveló que 8,3% de la población tenía 60 y más años, un leve descenso en comparación con los datos del censo de 1989, año en que este grupo representó 9% de la población. La Encuesta del Uso de Drogas y Alcohol en las Islas Caimán reveló que 24% de las personas de 60 y más años habían consumido alcohol en los 12 meses anteriores a la encuesta y 18% eran fumadores.

En el período 1996–1999, 75% del total de defunciones correspondieron a este grupo de edad, lo que da una tasa de mortalidad específica por edad de 297 por 10.000 habitantes. Las causas más comunes fueron las enfermedades del sistema circulatorio (47%) y las neoplasias (24%).

Durante este período, 17% de las hospitalizaciones correspondieron a personas de 60 y más años, lo que representa la mayor

tasa de hospitalización específica por edad (198 por 1.000 habitantes); 54% de las internaciones de este grupo de edad correspondieron a las mujeres. Las principales causas de hospitalización de las mujeres fueron las enfermedades del sistema circulatorio (25%), las enfermedades del sistema digestivo (14%), las enfermedades del sistema respiratorio (13%), las enfermedades oculares (12%), las causas externas (8%), las enfermedades del aparato genitourinario (7%), las enfermedades del sistema osteomuscular (6%) y las neoplasias (6%). Las principales causas de hospitalización de los hombres fueron las enfermedades del sistema circulatorio (19%), las enfermedades del sistema digestivo (12%), las enfermedades del sistema respiratorio (9%), las enfermedades oculares (7%), las enfermedades del aparato genitourinario (5%), las neoplasias (5%), las causas externas (5%) y las enfermedades del sistema osteomuscular (4%).

La salud de la familia

En 1998 la tasa de matrimonios fue de 8,0 por 1.000 habitantes, cifra cercana a la de 8,8 registrada en 1995. La tasa de divorcios bajó levemente, de 4,3 por 1.000 habitantes en 1995 a 4,0 en 1999. No se dispone de datos completos sobre el alcance del uso de anticonceptivos en las Islas Caimán. Durante este período, 10% de las nuevas madres eran adolescentes. Se sigue ejecutando un programa iniciado en 1995 para familias jóvenes con el fin de ayudar a las madres adolescentes a adquirir habilidades en relación con la crianza de sus hijos.

La salud de los trabajadores

No hay datos específicos sobre enfermedades ocupacionales pero se sabe que los peligros para la salud ocupacional son mínimos. En las Islas Caimán no hay industrias importantes que utilicen equipo pesado ni ha habido accidentes graves en la industria de la construcción. Tampoco hay trabajo infantil, puesto que la escolaridad obligatoria impide el empleo de menores de 16 años.

La salud de los discapacitados

No se dispone de datos específicos sobre los discapacitados. Alrededor de 52 niños discapacitados asistieron a Lighthouse School, una institución educativa pública especial. Las discapacidades comunes de esos niños son los trastornos mentales (24), las alteraciones genéticas tales como el síndrome de Down (5), la parálisis cerebral (7) y el retraso mental (3). Ochenta niños, en su mayoría con retraso del desarrollo, están matriculados en un programa de intervención temprana.

Por tipo de enfermedad o daño

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. No se han encontrado mosquitos *Aedes aegypti* en las

Islas desde noviembre de 1996, aunque se descubrió el mosquito tigre asiático en Gran Caimán en junio de 1997. Todavía existe en baja proporción en algunas localidades de Georgetown, y la Unidad de Investigaciones y Control de Mosquitos ha tomado medidas para prevenir su mayor propagación.

Los casos importados de malaria fluctuaron entre dos y cuatro al año y llegaron a un máximo de 12 en 1997; los casos importados de dengue fluctuaron entre uno y cuatro por año en el mismo período. Se notifica a la Unidad de Investigaciones y Control de Mosquitos cualquier caso de malaria o de enfermedades transmitidas por vectores para que tome las medidas de control pertinentes. Se ofrece tratamiento profiláctico contra la malaria y vacunas contra la fiebre amarilla a los viajeros a las zonas endémicas.

Enfermedades prevenibles por vacunación

No se ha notificado ningún caso de poliomielitis, difteria ni tétanos desde 1986, ni de sarampión desde 1991. Sin embargo, en 1999 hubo un pequeño brote (siete casos) de tos ferina en niños en edad escolar primaria (5 a 10 años). En 1997 hubo un brote de rubéola: se notificaron 78 casos en 1997 y 7 en 1998; 57% de los casos correspondieron a mujeres. No se presentaron casos en 1999 y se produjo un brote localizado en 2000, lo que ocasionó 10 casos (4 de hombres y 6 de mujeres) después de la exposición a un caso importado.

Se notifican entre dos y cuatro casos de parotiditis al año; no se informó ninguno en 2000. Se notificaron dos casos de hepatitis B en 1998, uno en 1999 y otro en 2000. Se notificaron tres casos de hepatitis C en 1998, pero no se presentó ninguno en 1999 ni en 2000. Toda la sangre para transfusión se somete a examen de detección del VIH, VDRL, hepatitis B y C y el virus T linfotrópico humano tipo 1 (VTLH-1). En la figura 3 se presenta la cobertura de inmunización en la población menor de 1 año para el año 2000.

Enfermedades infecciosas intestinales

No hay cólera en las Islas Caimán. Los casos notificados de gastroenteritis en los niños menores de 5 años fluctuaron mucho en el período 1996–2000, de 68 en 1996 a 260 en 1999 y a 155 en 2000, con una incidencia promedio anual de 53,2 casos notificados por 1.000 habitantes. No hubo epidemias de enfermedades transmitidas por los alimentos en el período en revisión. Ha habido casos esporádicos de intoxicación por alimentos, especialmente por ciguatera. La incidencia de intoxicación por ciguatera fluctuó entre 2 casos en 1995, 17 en 1997, 0 en 1999 y 13 en 2000. La amebiasis y la anquilostomiasis no son endémicas en las Islas Caimán.

Enfermedades crónicas transmisibles

La incidencia anual de tuberculosis fluctuó entre 0 y 5 casos notificados. No hubo casos en 1996 ni 1997, pero se notificaron tres en 1998 y dos en 1999; sin embargo, se registraron cinco

casos en 2000, cuatro de los cuales fueron importados. En el período 1996–2000, en ninguno de los casos de tuberculosis hubo infección simultánea por el VIH. No se notificaron casos de lepra.

Infecciones respiratorias agudas

Cerca de 5% de las defunciones se debieron a infecciones agudas de las vías respiratorias en el período de notificación, todas ellas de personas de 60 y más años. Durante ese período, 2% de las hospitalizaciones se debieron a infecciones respiratorias agudas. De los pacientes internados, 59% eran niños menores de 5 años, 17% tenían de 20 a 59 años, y 23%, 60 y más años. En los niños menores de 5 años las afecciones comunes fueron bronquitis aguda y bronquiolitis (32%), faringitis aguda (24%) y neumonía (22%).

Rabia y otras zoonosis

La rabia no es endémica en las Islas Caimán. Se confirmó un caso de leptospirosis humana en 1998 y otro en 2000. No hay ninguna otra zoonosis prevalente en las Islas Caimán.

VIH/SIDA

El primer caso conocido de VIH/SIDA en las Islas Caimán se registró en 1985. Entre 1985 y diciembre de 2000 hubo un total de 54 casos conocidos de infección por el VIH, 28 en hombres y 26 en mujeres. De los 54 casos, 29 manifestaron SIDA y 23 murieron. Hubo 15 casos nuevos de infección por el VIH y 10 casos de SIDA en el período 1996–1999, con una incidencia promedio anual de casos de SIDA de 5 por 100.000 habitantes y una incidencia de nueva infección por el VIH de 8 por 100.000 habitantes. De las personas infectadas por el VIH, 65% tenían de 20 a 34 años cuando acusaron positividad en la prueba, 67% de ellos eran heterosexuales. Hubo dos casos de transmisión del VIH de la madre al niño (uno en 1989 y otro en 1994), lo que representó 4% del total de casos de infección por el VIH.

Infecciones de transmisión sexual

Se subnotifican las infecciones de transmisión sexual. La incidencia de enfermedades gonocócicas fue de 30 por 10.000 habitantes (112 casos) en el año 2000 y 38 por 10.000 (147 casos) en 1999. La incidencia de sífilis fue de 34 por 10.000 habitantes (138 casos) en 2000 y 37 por 10.000 (146 casos) en 1999. La incidencia de infecciones por Chlamydia fue de 114 y 77 por 10.000 habitantes en 1999 y 2000, respectivamente.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

El porcentaje de recién nacidos con menos de 2.500 g de peso al nacer fluctuó entre 6% en 1996 y 9% en 1998, con un promedio anual de 7% en el período 1996–1999. Si bien la obesidad en los niños y adultos es motivo de preocupación, en la actualidad no hay datos sobre su prevalencia. Las mujeres embarazadas y los preescolares reciben regularmente suplementos vitamínicos.

Enfermedades del sistema circulatorio

En el período 1996–1999 las enfermedades del sistema circulatorio representaron 41% de las defunciones por causas definidas, lo que dio una tasa de mortalidad de 133 por 100.000 habitantes. En el período 1992–1995 esta causa representó 42% de las defunciones, es decir, una tasa de mortalidad de 154 por 100.000 habitantes. Las enfermedades del sistema circulatorio causaron 38% de las defunciones de hombres y 43% de las de mujeres. La cardiopatía isquémica causó 47% de esas defunciones y la enfermedad cerebrovascular, 17%. En el período 1996–1999, 7% de las hospitalizaciones se produjeron por causa de estas afecciones (66 por 10.000 habitantes) y casi todos los casos (54%) correspondieron a personas de 50 y más años. De las 2.727 hospitalizaciones de personas mayores de 60 años, 528 (19%) guardaron relación con enfermedades del sistema circulatorio.

Neoplasias malignas

En el período 1996–1999, 110 defunciones se debieron a neoplasias, lo que arrojó una tasa de mortalidad de 74 por 100.000 habitantes, similar a la observada en el período 1992–1995 (76 por 100.000): 23% de esas neoplasias fueron de la tráquea, los bronquios y los pulmones, 15% de la próstata y 11% de la mama femenina. Las cifras correspondientes al período 1992–1995 fueron 19%, 12% y 15%, respectivamente. Las neoplasias representaron solo 1,6% de las hospitalizaciones durante el período 1996–1999.

Desde finales de 1991, el Laboratorio de Patología del Hospital de las Islas Caimán comenzó a diagnosticar especímenes de cáncer y es el único laboratorio que mantiene una amplia base de datos de todos los tipos de cáncer identificados en el territorio. En total se diagnosticaron 606 neoplasias en el período 1992–2000, 283 en mujeres y 323 en hombres. Las neoplasias de la piel representaron 42% de los casos. Entre 1992 y 2000 la tasa de incidencia anual de neoplasias fue de 194 por 100.000 y la tasa promedio de incidencia anual de cáncer de la piel fue de 81 por 100.000 personas. En hombres y mujeres, la neoplasia maligna de la piel fue la más común, con 50% y 35% respectivamente. Entre las neoplasias malignas diagnosticadas, 48% correspondieron a personas de 60 y más años y 28% a personas de 40 a 50 años.

Accidentes y violencia

Los accidentes de tráfico terrestre se redujeron a 124 por 10.000 habitantes en 1999, en comparación con 330 por 10.000 en 1995. El número de accidentes mortales fluctuó entre 8 en 1995, 10 en 1996, 2 en 1998 y 8 en 1999. Esa baja se produjo por la introducción de una ley sobre el cinturón de seguridad en 1998, las medidas de educación del público adoptadas por los servicios de salud y el Departamento de Policía, y la aplicación de medidas coercitivas más estrictas.

Ha habido un aumento de la incidencia de casos de agresión, de 4,2 por 1.000 habitantes en 1995 a 7,2 en 1999. En el período 1996–1999, 11% de las defunciones de residentes de las Islas

Caimán se debieron a causas externas, en comparación con 8% en el período 1992–1993. De las defunciones por causas externas, 29% se debieron a accidentes de transporte terrestre y 27% a ahogamiento accidental y sumersión. Del total de 75 defunciones de visitantes en el período 1996–1999, 45% se debieron a ahogamiento accidental y sumersión y 26% a accidentes de transporte terrestre. En ese mismo período, 8% de las hospitalizaciones se debieron a causas externas: una tercera parte correspondió a personas menores de 19 años y la mitad a personas de 20 a 59 años de edad, cifras similares a las de 1995.

Trastornos mentales

Alrededor de 2,3% del total de hospitalizaciones en el período 1996–1999 correspondieron a atención de trastornos mentales y del comportamiento. De las 325 hospitalizaciones en esa categoría, 26% se debieron a atención de trastornos mentales y del comportamiento por abuso de alcohol y de otras sustancias. Otras afecciones fueron los trastornos afectivos (27%), los trastornos neuróticos y relacionados con el estrés (20%) y la esquizofrenia (17%).

En 2000, alrededor de 135 pacientes fueron internados por varios trastornos mentales y del comportamiento y 37% de ellos para desintoxicación. Otras causas importantes de internación fueron la depresión, 22%; la psicosis, 19%; y los trastornos bipolares, 12%. En 2000, 13 pacientes fueron enviados al extranjero para recibir atención psiquiátrica.

Salud oral

Se determinó el grado de salud oral utilizando el índice de dientes cariados, perdidos u obturados (CPO-D). El índice de CPO-D del grupo de 12 años de edad fue de 0,9 en 1999; el de los niños de 5 y 6 años aumentó ligeramente de 2 en 1995 a 2,11 en 1998.

Enfermedades emergentes y reemergentes

Las enfermedades emergentes y reemergentes no son un problema común en las Islas Caimán. Sin embargo, hubo tres casos de meningitis meningocócica en el período 1996–2000, uno en 1999 y dos en 2000.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En 1999 se preparó “La Visión 2008: Plan Estratégico Nacional de las Islas Caimán, 1999–2008” para cubrir ese período. El equipo de planificación de 30 miembros que comenzó a trabajar en el plan en junio de 1998 se formó con personas de la comunidad. La Visión 2008 comprende 16 estrategias que abordan varios asuntos nacionales, entre ellos la salud. En lo que respecta a salud, el plan apoya y asegura la puesta en práctica de un sistema integral de atención de salud que hace hincapié en la prevención, la salud mental y el bienestar físico. Específicamente, La Visión

2008 apoya las evaluaciones de las necesidades de salud, los programas de reducción de la incidencia de cáncer y enfermedades cardiovasculares, los servicios integrales de salud mental, la colaboración entre los sistemas de atención de salud público y privado y la promoción del bienestar físico. Además, complementa el anterior Plan Estratégico Nacional de Salud de las Islas Caimán, 1997–2001, establecido en 1995 y actualizado en 1998 y 1999. Los principales logros de ese plan estratégico en materia de salud fueron la construcción de un moderno hospital de 124 camas en Gran Caimán; el establecimiento de nuevos centros de salud en los cuatro distritos sanitarios; la promulgación de leyes sobre seguro médico y el desarrollo de programas de garantía de la calidad. La declaración revisada de la misión de la política nacional de salud de las Islas Caimán respalda la dependencia con respecto a un plan de salud integral como forma de asegurar el bienestar físico de la población por medio de un dinámico sistema de atención de salud comunitaria.

La Política Nacional sobre la Juventud aprobada en septiembre de 2000 promueve modos de vida saludable para los jóvenes.

La reforma del sector salud

Después de las elecciones de noviembre de 2000, con la reasignación de las carteras ministeriales, el Departamento de Servicios de Salud quedó subordinado al Ministerio de Salud y Tecnología de Información. En 1997 se estableció como medida de cumplimiento obligatorio la cobertura del seguro médico de los empleados y los familiares a su cargo.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El Departamento de Servicios de Salud asumió la responsabilidad de la prestación de toda la atención de salud por parte del Estado, incluidos los servicios de salud pública. El Departamento administra el Hospital de las Islas Caimán de 124 camas en Gran Caimán y el Hospital Faith de 18 camas en Caimán Brac, así como una unidad de salud pública, cuatro centros de salud de distrito, un dispensario de servicios generales en el Hospital de las Islas Caimán, un consultorio dental (que comprende servicios de atención dental a escolares), el consultorio oftalmológico de Lions y un consultorio en Pequeño Caimán. Los hospitales públicos son los únicos establecimientos para internación de pacientes. Además, en 2000 se inauguró un hospital privado de 18 camas; varios dispensarios ambulatorios privados también prestan atención de salud en cada localidad. Puesto que no es rentable ni eficiente ofrecer atención terciaria en las Islas Caimán, el Gobierno ha suscrito un contrato oficial con los Estados Unidos para la prestación de esos servicios.

El Departamento de Servicios de Salud está a cargo del Director de Servicios de Salud, que recibe ayuda del Director

Adjunto de Servicios de Salud, el médico jefe, el funcionario médico, el jefe de enfermería, el odontólogo principal, el contralor, el jefe de administración y el gerente de recursos humanos. Se presta atención primaria de salud por medio de los centros de salud de distrito. Con la puesta en servicio del Hospital de las Islas Caimán en Gran Caimán en 1999, se prestan servicios de urgencia, servicios especializados y atención a pacientes internados en el hospital; los servicios de atención general se trasladan a los servicios de salud comunitaria. En 2000, los servicios de abuso de sustancias pasaron a la categoría de departamento. El Centro Residencial Haven del Caribe para clientes internados por abuso de sustancias abrió ese mismo año; tiene capacidad para 15 clientes residenciales y 8 clientes ambulatorios que reciben atención diurna.

Hay un Plan de Socorro Médico de Emergencia en caso de un huracán o de otro desastre natural. El coordinador nacional de salud se encarga de la actualización anual del plan, las existencias de suministros esenciales y la asignación del personal. El Comité Intersectorial supervisa el Plan de Socorro Médico de Emergencia, que forma parte del Plan Nacional para Huracanes.

Legislación sobre salud

La Ley de Seguro Médico promulgada en junio de 1997 confiere protección de seguro médico a todos los empleados y familiares a su cargo por medio de cada empleador. También se ha preparado un proyecto de ley para crear varios consejos de regulación del ejercicio profesional de todos los trabajadores de la salud del territorio. Se han establecido consejos para profesionales de los campos de medicina, odontología, enfermería, farmacia y atención paramédica con objeto de reemplazar la anticuada Ley sobre Profesionales de Salud promulgada en 1974.

La Ley sobre el Consejo Nacional de Medicamentos de 1997 estipula el establecimiento de ese órgano, cuyas funciones comprenden la formulación de políticas y la creación de programas destinados a prevenir o reducir el abuso de drogas. El Consejo promueve el establecimiento de un sistema para coordinar el tratamiento y la rehabilitación de los toxicómanos y educar al público.

Grado de separación institucional de funciones de conducción, regulación, provisión de servicios, aseguramiento y financiamiento

El Ministerio de Salud y Tecnología de Información tiene la responsabilidad general de asegurar la calidad de la atención en las Islas Caimán. El Departamento de Servicios de Salud se encarga de la administración de las instituciones de atención de salud del sector público. La Junta de Profesionales de la Salud, un órgano creado por ley, tiene la responsabilidad de otorgar licencias a todos los profesionales de salud.

Grado de segmentación de la población por tipo de institución

El Hospital de las Islas Caimán está ubicado en la capital, Georgetown. Los centros de salud, localizados en varios distri-

tos, prestan todos los servicios de atención primaria. Hay enfermeras de dedicación exclusiva en todos los centros de salud, aunque la frecuencia de las visitas de los médicos varía según el tamaño de la población. Toda persona puede acceder a los servicios de cualquier establecimiento de atención de salud en las islas.

Grado de descentralización de los servicios de salud

Dado el reducido tamaño de la población y de la superficie de las Islas Caimán, la administración de los servicios de salud está centralizada. No obstante, los gerentes de nivel superior tienen autoridad para adoptar decisiones, según lo estipulado en las políticas y pautas generales.

La participación privada en el sistema de salud

En el año 2000 se puso en servicio un hospital privado de 18 camas; también hay 19 establecimientos privados de atención ambulatoria. Hubo 41 médicos en ejercicio privado de dedicación exclusiva que proporcionaron tratamiento regular especializado o de atención de la salud de la familia. Los médicos particulares emplean los servicios del hospital público.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

El seguro médico básico proporcionado por el Estado cubre atención de emergencia, hospitalización y algunos servicios ambulatorios. Sin embargo, muchos empleados optan por cobertura suplementaria proporcionada por compañías privadas. El Gobierno regula todas las compañías de seguro. En 2000, contrató a una compañía de seguro médico para proporcionar esa clase de cobertura a todos sus empleados y familiares a su cargo.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

Aunque no hay legislación específicamente diseñada para vigilar, normalizar y regular los establecimientos de salud, la construcción de cualquier centro asistencial exige aprobación de la autoridad de planificación del territorio. La aprobación comprende la revisión de los planes de construcción por parte del Departamento de Salud Ambiental y de los profesionales de salud correspondientes para asegurarse del cumplimiento con las normas de atención de salud.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

Solamente el personal de salud con licencia de la Junta de Profesionales de la Salud puede ejercer en las Islas Caimán. Para hacer frente al aumento del número de esa clase de profesionales, se ha preparado un proyecto de ley para establecer consejos

profesionales encargados de reglamentar su respectivo ejercicio profesional.

Los mercados básicos en salud

En las Islas Caimán no hay ninguna industria local de fabricación de medicamentos ni suministros médicos. La Ley sobre Farmacia de 1979 y sus reglamentos enmendados en 1999 establecen los controles para importar y despachar medicamentos. El uso de productos farmacéuticos y equipo médico en las Islas Caimán se aprueba automáticamente por el solo hecho de estar autorizados en los Estados Unidos o el Reino Unido. Cualesquiera otros medicamentos o equipo médico deben ser autorizados por la Junta de Profesionales de la Salud.

La calidad del ambiente

El Departamento de Salud Ambiental, subordinado al Ministerio de Planificación, Comunicaciones y Obras, se encarga de vigilar y asegurar la calidad del ambiente. Su misión es conservar la vida humana reduciendo al mínimo y controlando los peligros para el ambiente. Ofrece varios programas, algunos de los cuales comprenden la prestación de servicios, mientras que otros son de naturaleza reglamentaria. Administra los desechos sólidos y peligrosos y vigila la calidad del agua en todo el territorio. Además, con el fin de seguir educando al público sobre los diferentes temas de salud ambiental, distribuye folletos y otra información como parte de campañas de sensibilización. También participa en programas escolares, ferias nacionales y otras actividades, y ofrece visitas guiadas al relleno sanitario y al laboratorio de saneamiento público. Las campañas tienen la finalidad de fomentar la reducción y el reciclaje de desechos, la inocuidad de los alimentos, el cuidado de las cisternas, el control de roedores, las campañas contra el vertimiento de basura y los preparativos para huracanes.

El laboratorio del Departamento sigue mejorando su calidad, seguridad y eficiencia. Por ejemplo, la capacitación en el empleo de métodos rápidos de análisis microbiológico ha llevado a un mayor desarrollo del programa de análisis de los alimentos. Además, el laboratorio vigila regularmente los lugares de hospedaje y los expendios de alimentos y también recoge y analiza muestras de agua de lugares de recreo tales como las piscinas y las playas públicas.

La sección de química analítica del laboratorio sigue vigilando el agua subterránea y de lluvia en los rellenos sanitarios de Georgetown y Caimán Brac y realiza un programa de muestreo de aceite usado y de ceniza de incineradores. Las muestras se envían a laboratorios de los Estados Unidos para análisis.

La calidad de los alimentos

Como parte de su programa de vigilancia de los alimentos, el Departamento de Salud Ambiental controla los recipientes importados que contienen alimentos refrigerados y congelados, re-

tira del mercado algunos productos alimentarios, según sea necesario, inspecciona los establecimientos de venta de alimentos, capacita al personal encargado de manipular los alimentos, supervisa los supermercados, realiza inspecciones de carne post mortem y responde a las quejas referentes a alimentos. En la actualidad, está preparando un proyecto de ley sobre alimentos con el fin de lograr una gestión más eficaz de este crítico programa. La reglamentación sobre animales controla la importación de animales y de carne para evitar la introducción de enfermedades tales como la encefalitis espongiforme bovina y la fiebre aftosa.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

La Visión 2008 fomenta la elaboración de un currículo integral de educación para la salud y la promoción de un programa nacional de bienestar físico. El Plan Estratégico Nacional de Salud comprende el establecimiento de programas para animar a los miembros de la comunidad a asumir responsabilidad por el mantenimiento de la salud individual y comunitaria. Las actividades de promoción de la salud realizadas por medio de cooperación intersectorial se centran en la prevención de enfermedades, el fomento de modos de vida saludable, la enseñanza de aptitudes para la conservación de la salud y la protección del ambiente.

Los puntos destacados en materia de promoción de la salud en el período 1996–2000 comprenden la organización de un curso sobre el abandono del hábito de fumar para mujeres en colaboración con la Sociedad de Lucha contra el Cáncer de las Islas Caimán; la realización de un proyecto con un almacén de víveres local, destinado a sensibilizar a la población sobre los factores de riesgo y la prevención de las enfermedades del corazón; la realización de un curso de concientización sobre la salud para un grupo de niños exploradores, que ofreció valiosa información al respecto y fomentó la promoción de la salud entre sus compañeros; la preparación de un boletín de salud comunitaria en 2000 ampliamente distribuido en la comunidad; la divulgación de información continua sobre cuestiones de salud locales al público, sobre todo con respecto a los servicios de salud comunitarios disponibles; y la divulgación de información sobre el cáncer de mama y la disponibilidad de actividades de detección junto con el Club de Leones de Tropical Gardens. Como parte del desarrollo de la promoción de la salud en el lugar de trabajo, en 2000 se realizó una encuesta de evaluación del bienestar físico del personal de los servicios de salud.

Prevención y control de enfermedades

El Gobierno de las Islas Caimán ofrece vacunación gratuita a todos los niños residentes. Dada la alta cobertura de inmunización de los lactantes con las vacunas antipoliomielítica y DPT

—entre 93% y 95% en el período 1996–2000— no se realizaron campañas especiales (figura 3). Por causa del pequeño tamaño de la población y la escasez de unidades de vigilancia de las Islas Caimán, se ha completado la vigilancia de la parálisis flácida aguda. Se estima que 90% de los lactantes están protegidos contra el tétanos neonatal al nacer. Después de la aparición de dos casos nuevos de tos ferina en 1997 y de siete casos en 1999, se introdujo el refuerzo de la vacuna DTP a los 18 meses en 1999. Los pocos casos de tuberculosis registrados en el territorio han llevado a la hospitalización de todos los enfermos de tuberculosis pulmonar por dos o tres semanas para tratamiento con el fin de comprobar la observancia; se da de alta a los pacientes cuando el frotis arroja resultados negativos.

En respuesta a un brote de rubéola en 1997, se realizó una campaña para promover la vacunación con MMR.

En 1999 se comenzó a confirmar todo caso presunto de parotiditis en el laboratorio como parte de la estrategia de vigilancia de la enfermedad.

Hubo algunos cambios en las políticas y actividades de inmunización en el período 1996–2000: por ejemplo, la vacuna contra la hepatitis B ha sido parte del programa de inmunización infantil del territorio desde noviembre de 1997. Con el fin de proteger a los escolares no inmunizados se organizó un programa de actualización para la población escolar. La cobertura de los lactantes con la vacuna contra la hepatitis B fue de 85% en 1999 y de 74% en 2000. En 2000, la DPT se substituyó por la DTaP y la OPV por la IPV y se compró una vacuna contra la hepatitis B sin timerosal. Por razones de comodidad y para reducir al mínimo el número de inyecciones, en el año 2000 las Islas Caimán comenzaron a usar la vacuna pentavalente que consta de DTaP, IPV y Hib.

En reconocimiento del empeño puesto en la inmunización, las Islas Caimán recibieron el Premio de Vigilancia en la Región del Caribe concedido por el Programa Ampliado de Inmunización de la OPS y ganaron el primer lugar en 1999 y el tercero en 1998 y 2000.

El Departamento de Salud Ambiental trabaja estrechamente con el Departamento de Salud Pública para realizar investigaciones prácticas sobre enfermedades transmitidas por los alimentos y otros brotes similares de enfermedad presuntos o confirmados. Ambos departamentos trabajan juntos también para ofrecer enseñanzas de salud a los barberos, administradores de salones de belleza, cosmetólogos y personal especializado en tatuaje y perforación del cuerpo; la capacitación se centra en enfermedades específicas, como infecciones de la piel y agentes patógenos transmitidos por la sangre, salud en general y saneamiento.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

En 2000 se ofreció capacitación en el uso del Manual de Vigilancia de la Salud Pública en el Caribe. Se ha establecido un activo sistema de vigilancia para recolectar datos sobre enferme-

dades notificables: la enfermera epidemióloga visita el hospital de dos a tres veces por semana para verificar la presencia de cualquier enfermedad transmisible.

En 2000 se estableció un equipo de vigilancia epidemiológica formado por representantes de los departamentos de Salud Ambiental, Laboratorio y Salud Pública para revisar la situación epidemiológica a intervalos regulares. Se consulta periódicamente a representantes del Departamento de Veterinaria, a la Unidad de Investigaciones y Control de Mosquitos y a otros médicos, según sea necesario. El Laboratorio del Hospital de las Islas Caimán cumple las funciones de laboratorio de salud pública del territorio. Sin embargo, las muestras para pruebas de detección de dengue y sarampión y serotipificación de meningitis meningocócica se envían al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) o a un laboratorio de referencia en los Estados Unidos.

Agua potable y alcantarillado

La Autoridad del Agua de las Islas Caimán, un órgano legal del Gobierno, se encarga de la provisión y puesta en servicio de la infraestructura de abastecimiento de agua y alcantarillado en el país y de la protección de los recursos hídricos del territorio. En Gran Caimán, dicha autoridad suministra agua al distrito de Georgetown y en la región oriental al poblado de East End. Una empresa privada tiene una concesión del Gobierno para prestar servicios de abastecimiento de agua corriente a la zona de la playa de West Bay y al distrito del mismo nombre.

La Autoridad del Agua mantiene un pequeño sistema de abastecimiento de agua corriente en Caimán Brac que presta servicio a un reducido número de clientes. El agua potable se suministra por medio de camiones cisterna a clientes sin agua corriente. Una pequeña empresa privada ha recibido una concesión del Gobierno para suministrar agua corriente a una zona muy limitada de la isla de Pequeño Caimán. La población con servicio de agua corriente ha aumentado a 90% en 2000 de 70% en 1995. Además, el agua de lluvia recogida de los techos en cisternas y el agua bombeada de fuentes subterráneas suele destinarse a uso doméstico. La calidad del agua es vigilada internamente por las compañías y externamente por el Departamento de Salud Ambiental.

La Autoridad del Agua maneja un sistema de alcantarillado que presta servicios a las zonas de hoteles turísticos de Gran Caimán. Todos los demás servicios de tratamiento y evacuación de aguas servidas se prestan por medio de cámaras sépticas con inyección de pozos a gran profundidad o campos de absorción. Varias compañías privadas prestan servicios de recolección de residuos de fosas sépticas y los desechos se purifican en la planta de tratamiento de aguas servidas de esa Autoridad. Hay servicios adecuados de evacuación de excretas que cubren a 99,5% de la población. Puesto que el método actual de tratamiento de aguas servidas de las Islas Caimán establecido por la Autoridad del Agua no se puede ampliar para dar cabida a las exigencias de tratamiento de esas aguas en toda la Isla de Gran Caimán en los próxi-

mos 10 a 15 años, se han presentado propuestas para buscar la forma de atender las necesidades de las Islas Caimán a largo plazo.

Manejo de residuos sólidos municipales

Los desechos sólidos residenciales se recogen dos veces por semana en Gran Caimán y tres veces por semana en Caimán Brac y Pequeño Caimán. La recolección comercial se realiza al menos una vez por semana y en los restaurantes hay recolección diaria. Las tres islas tienen rellenos sanitarios y los administrados por el Gobierno son los únicos sitios donde se pueden verter desechos legalmente en el territorio. Además, en 2000 se organizaron dos campañas de recolección de desechos a granel; hay también un basurero público en el relleno sanitario de Georgetown que está abierto 24 horas al día.

En 2000, se entregaron aproximadamente 57.500 toneladas de desechos para evacuación en el relleno sanitario de Gran Caimán; se espera que este sitio llegue a su capacidad máxima a comienzos de 2003. En la actualidad se estudian otros sistemas de gestión de desechos en la isla.

El proyecto de reciclaje iniciado por el Departamento de Salud Ambiental en 1995 continúa con el trabajo de recolección, separación y comercialización de artículos reciclables con arreglo al proyecto.

Los desechos infecciosos de los hospitales se recogen e incineran; también se recoge una pequeña cantidad de los consultorios médicos.

Prevención y control de la contaminación del aire

Este es un campo que se necesita desarrollar mucho. En su mayor parte, las repercusiones de la contaminación del aire se consideran solamente en propuestas de proyectos en gran escala y como parte de la revisión del plan de construcción del Departamento de Salud Ambiental.

Es preciso tener legislación apropiada para abordar este asunto de una forma más eficaz. Además, se necesita personal técnico, equipo y programas informáticos para ampliar más los componentes de higiene industrial, tales como la vigilancia de la contaminación del aire y por ruido y la respuesta de emergencia a derrames de materiales peligrosos. En la actualidad estas actividades son de alcance limitado y se realizan más a menudo para atender las quejas presentadas.

Protección y control de alimentos

El Laboratorio de Salud Ambiental está equipado actualmente para realizar varios análisis y actividades de vigilancia de los alimentos. Ya se ha establecido un programa para vigilar los alimentos listos para el consumo en determinados establecimientos.

Programas de ayuda alimentaria

A partir de una evaluación financiera, el Departamento de Servicios Sociales presta asistencia financiera para alimentos a las personas con necesidades económicas.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

Para reducir al mínimo el tiempo de respuesta se han dispuesto servicios de ambulancia en sitios estratégicos: dos en Georgetown, uno en West Bay y otro en North Side.

Los servicios ofrecidos en los centros de salud de distrito comprenden tratamiento diario por personal de enfermería y tratamiento en consultorios por médicos en determinados días en los campos de medicina general, psiquiatría, asesoramiento sobre nutrición, bienestar del niño, educación para la salud y orientación sobre las drogas. El Centro de Salud de West Bay tiene un dispensario que presta servicios diarios de medicina general y otros ofrecen servicios en consultorios en determinados días. 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 otras islas más pequeñas, pero en menor escala. Hay 32 centros de atención ambulatoria, 12 públicos y 19 privados.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

Todos los hospitales públicos y privados tienen servicios radiológicos y de laboratorio. Los servicios de diagnóstico mejoraron mucho en el período 1995–2000 al agregar dos unidades de tomografía computada, una en el sector privado y otra en el público, y una unidad de toma de imágenes por resonancia magnética en el sector privado. Hay cuatro unidades de mamografía, tres en el sector privado y una en el sector público. Hay servicio de banco de sangre en los hospitales públicos y se examinan todas las donaciones de sangre.

Servicios especializados

Se ofrecen servicios de salud mental por medio de centros de consulta externa en los hospitales y el centro de salud de distrito, y de visitas a las casas y a la cárcel. Se presta atención psiquiátrica a pacientes internados en los pabellones de atención médica del Hospital de las Islas Caimán y del Hospital Faith. En 2000, se internó a 135 pacientes en el Hospital de las Islas Caimán para atención de trastornos psiquiátricos agudos, lo que representó un aumento de 24% en relación con las 109 admisiones registradas en 1999. Los pacientes internados para desintoxicación por abuso de sustancias fueron tratados en el Hospital de las Islas Caimán o trasladados al nuevo Centro de Tratamiento Residencial Haven del Caribe. Hay planes para construir un servicio de salud mental para pacientes internados y ambulatorios.

La Unidad de Diálisis en el Hospital de las Islas Caimán tiene ocho estaciones de atención de pacientes y una sala de atención especial con dos estaciones adicionales para pacientes con enfermedades infecciosas. Un nefrólogo que ingresó a los servicios de salud a fines de noviembre de 2000 supervisa los aspectos médicos de la unidad de diálisis. En 2000 se ofrecieron 3.025 trata-

mientos, lo que representó un aumento de 81% en relación con los 1.671 tratamientos brindados en 1999. El número de pacientes residentes sometidos a diálisis aumentó a más del doble, de 12 en 1999 a 29 en 2000. La causa subyacente en la mayoría de los casos fue la diabetes. El programa se ha sometido a revisión.

Dos oftalmólogos de dedicación exclusiva prestan atención ocular en el sector público y cuatro en el sector privado. El consultorio oftalmológico de Lions en el Hospital de las Islas Caimán, administrado por funcionarios públicos, evalúa y trata las enfermedades del desarrollo visual en la infancia, el glaucoma y la retinopatía diabética. En 1999 se introdujo el tratamiento con rayos láser.

Tres odontólogos del Gobierno y nueve dentistas privados prestan atención dental. Además, se cuenta con los servicios de un periodoncista y dos ortodoncistas visitantes. El total de consultas odontológicas al servicio dental público en 2000 fue de 26.337 (incluidas las consultas a la escuela), lo que representó un aumento de 10% con respecto al año anterior (23.980). El laboratorio dental se modernizó con nuevo equipo para fabricación de coronas y puentes.

Hay una cámara de descompresión para atención de emergencias de buceo en el Hospital de las Islas Caimán en Gran Caimán; ese servicio es administrado por un grupo voluntario.

Se ofrecen servicios gratuitos de atención prenatal y posnatal y de planificación familiar a toda la población de las Islas. El Departamento de Servicios de Salud ha seguido ofreciendo exámenes regulares y frotis de Papanicolaou de seguimiento a todas las mujeres.

Un estudio de la incidencia de cáncer cervicouterino realizado en las Islas Caimán entre 1997 y 1998 reveló poca participación en programas de exámenes de detección de cáncer cervicouterino. Para tratar de ampliar la participación, en 1998 un proyecto ofreció exámenes gratuitos a todas las mujeres en los servicios de los sectores público y privado. Esto aumentó mucho la participación correspondiente a ese año a 5.200 frotis. Se fijó una meta de 5.200 frotis del cuello uterino de nuevo para 1999 en los sectores público y privado; en 1999, se hicieron frotis a 4.739 mujeres, lo que representó 91% de la meta fijada. Se facilitaron servicios de anticoncepción de emergencia en todos los centros de salud en el año 2000.

Insumos para la salud

Se importan todos los medicamentos, reactivos, jeringas, agujas y equipo. Las vacunas se compran por medio del Fondo Rotatorio de la OPS. El Formulario de Servicios de Salud de las Islas Caimán incluye todos los medicamentos esenciales.

Recursos humanos

El número de profesionales de salud aumentó drásticamente en el período 1996–2000. En 1995 había 7,9 profesionales de

salud por 1.000 habitantes, cifra que aumentó a 12 en 1998, 14,6 en 1999 y 16 en 2000. En 2000 había 7,0 enfermeras por 1.000 habitantes en comparación con 4,3 en 1995. Además del crecimiento demográfico, este aumento repentino se debió a la puesta en servicio del nuevo Hospital de las Islas Caimán de 124 camas en 1998–1999 y del hospital privado de 18 camas en 2000. En 1995 había 1,4 médicos por 1.000 habitantes, cifra que aumentó a 2,0 en 2000. Según los datos de 2000, el desglose de recursos humanos de salud por 10.000 habitantes en las Islas Caimán fue de 20,1 médicos; 7,2 parteras; 63,4 enfermeras, excluidas las parteras; 3,5 farmacéuticos; 3,4 dentistas; y 7,2 enfermeras de salud comunitaria.

Se ofrece capacitación local para enfermeras prácticas y técnicos en medicina de emergencia. Todas las demás clases de adiestramiento deben buscarse en el extranjero. El Gobierno de las Islas Caimán apoya la capacitación de personal local, pero no hay suficientes aspirantes. Como resultado, 97% de los médicos y 75% de otros profesionales de salud son extranjeros. Todos los profesionales de salud oriundos de las Islas Caimán están empleados. Todos los profesionales de salud que trabajan en el territorio deben tener 10 horas de educación continua al año; se ofrecen oportunidades de educación continua localmente y en el extranjero.

Investigación y tecnología en salud

El alcance de la investigación es limitado por causa del pequeño tamaño de la población y de las restricciones presupuestarias y de dotación de personal. Sin embargo, se hace todo lo posible por fortalecer esa investigación. En 1999 el Gobierno suscribió un contrato trienal con una institución de los Estados Unidos para realizar investigaciones sobre la localización de genes de la ataxia no progresiva del cerebelo. La primera fase —una evaluación de las necesidades de salud en Caimán Brac— se realizó en 2000 y apenas comienza un proyecto de evaluación de las necesidades en Gran Caimán. Como seguimiento de la encuesta de salud oral realizada en 1995, se realizaron exámenes de salud oral de los niños de 5 y 6 años en 1998 y de 12 años en 1999.

Hay fácil acceso a la documentación científica por medio de Internet y de organizaciones internacionales.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto del sector salud aumentó de 10% del gasto público total en 1994 a 15% en 2000. El pequeño tamaño de la población y del territorio no permite desglosar los gastos por regiones ni grupos sociales.

Durante el período 1990–2000, el presupuesto público de servicios de atención de salud aumentó constantemente, de US\$ 12,7 millones en 1990 a US\$ 20,9 millones en 1996, US\$ 36 millones en 1998 y US\$ 46,8 millones en 2000. Los gastos ordinarios de atención de salud como parte del gasto público total fluctuaron entre 10% y 11% entre 1986 y 1995, pero la cifra subió

a 14% en 1997 y a 16% en 1999. Estas variaciones fueron atribuibles a la puesta en servicio del nuevo centro de salud y del Hospital de las Islas Caimán en esos años. El gasto público per cápita en salud en 2000 fue de US\$ 1.143, en comparación con US\$ 552 en 1995. No se dispone de datos sobre el financiamiento y el gasto en salud correspondiente al sector privado.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

La OPS, el CAREC y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) ofrecen apoyo para capacitación por medio de becas y talleres. Este financiamiento asciende a US\$ 25.000 anuales. En las Islas Caimán no hay financiamiento externo para prestación de servicios de atención de salud.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Islas Caimán, 1998.

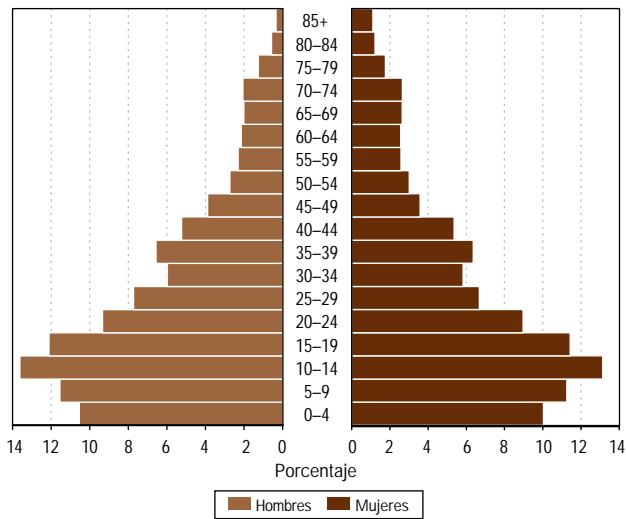


FIGURA 3. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Islas Caimán, 2000.

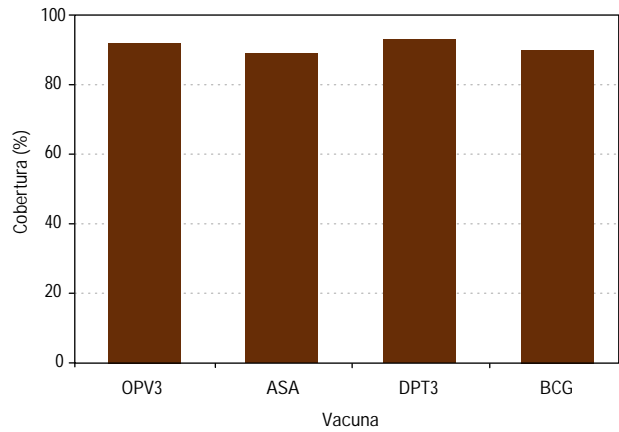
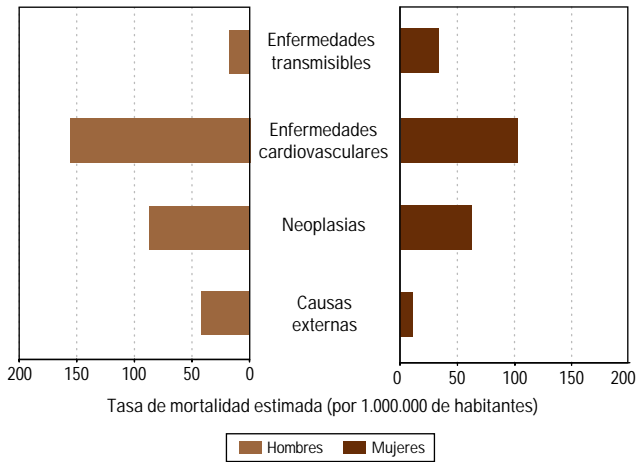


FIGURA 2. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Islas Caimán, 1998.



ISLAS TURCAS Y CAICOS

CONTEXTO GENERAL

Las Islas Turcas y Caicos constituyen un territorio dependiente de la Corona Británica en las Indias Occidentales, situado al sudeste de las Bahamas y al norte de La Española. El territorio comprende ocho islas grandes y muchos cayos e islotes más pequeños, con una superficie total de 430 km². El grupo insular de Turcas comprende Gran Turca, Salt Cay y algunos cayos de menor extensión. El grupo insular de Caicos está formado por Caicos Oriental, Central, Septentrional, Meridional y Occidental, Providenciales, Pine Cay y Parrot Cay (lugares turísticos inhabitados). En 2000, la población total se estimó en 17.502 habitantes. En la figura 1 se presenta la estructura de la población por edad y sexo en el año 2000. Más de 80% vive en Providenciales, Gran Turca y Caicos Meridional. Providenciales, con 17.000 habitantes (70,8% de la población total), es la única isla con un centro urbano, donde se realizan casi todas las actividades comerciales y empresariales del territorio.

Cockburn Town, en Gran Turca, es la capital y la sede del gobierno. El Gobernador representa al Gobierno del Reino Unido; el Primer Ministro, nombrado por el Gobernador, es el jefe del gobierno. La legislatura está formada por un Consejo Legislativo unicameral. Los ministerios del gabinete de gobierno están dirigidos por un ministro (con funciones políticas) y un secretario permanente (con funciones administrativas). Las instituciones semigubernamentales a menudo son manejadas por un equipo ejecutivo de gestión encabezado por un administrador o director general.

Las principales actividades económicas son el turismo y el comercio turístico, que representan 25% del PIB y más de 50% del empleo. Las industrias de servicio, incluso los servicios del sector público, el turismo, la banca y la industria del seguro, la pesca y la agricultura emplean aproximadamente a 95% de la fuerza de trabajo.

En 1999 la tasa de desempleo fue de 12,4% y más elevada para las mujeres (25,4%) que para los hombres (17,2%). Por lo general, las personas de los grupos socioeconómicos más bajos, sin conocimientos prácticos ni instrucción, tienen una tasa de

desempleo mayor (21%) que las de los grupos socioeconómicos más altos (5,7%). Cerca de 26% de la población se considera pobre y 3,2%, extremadamente pobre. Entre las islas más pobres cabe citar a Caicos Septentrional, Central y Meridional. Casi 31% de los pobres viven en Providenciales y 30%, en Gran Turca. Los hombres constituyeron 48% de los pobres y las mujeres, 52%. Alrededor de 54% de los pobres eran menores de 25 años y hasta 48% de ese grupo, menores de 20 años. Los haitianos comprenden 30% de la población, pero representaron 38% de las personas que viven por debajo de la línea de pobreza. Los beneficios del rápido crecimiento económico de las Islas Turcas y Caicos no se han distribuido equitativamente entre la población por causa de la fragmentada estructura social y del subdesarrollo institucional.

En 1999, aproximadamente 30% (US\$ 15,8 millones) del gasto ordinario nacional (cerca de US\$ 53 millones) se asignó a los sectores sociales, en particular, a los de educación, salud, juventud y deportes. Sin embargo, el programa de desarrollo todavía depende mucho del financiamiento externo; en 1999–2000 se recibieron cerca de US\$ 37 millones de ayuda para el desarrollo.

El PIB per cápita se mantuvo bastante constante entre 1996 y 1998, con un promedio de US\$ 5.973 por año. El gasto público total como porcentaje del PIB siguió su tendencia descendente y bajó de 34,3% en 1992 a 21,4% en 1999. Por contraste, el gasto total en salud como porcentaje del PIB aumentó de 3,4% en 1996 a más de 4,3% en 1998.¹

Los principales problemas que influyen en la situación de salud y la prestación de servicios de salud son la pobreza, la inmigración y el mayor uso de servicios privados de atención de salud y de seguro para la población de Turcas y Caicos. Se presta una limitada cantidad de servicios privados de atención ambulatoria en Providenciales a quienes puedan pagarlos, pero algunas personas van al exterior, particularmente a los Estados Unidos de América, en busca de servicios regulares y de atención primaria.

¹El gasto total por concepto de salud en 1998 comprende solamente los servicios de atención primaria.

Mortalidad

En el período 1996–2000 se notificaron 306 defunciones en Turcas y Caicos. Aproximadamente 36% (101) de las defunciones por causas definidas (282) se debieron a enfermedades del sistema circulatorio y 21% (59) a enfermedades transmisibles, en particular a la infección por el VIH/SIDA; 7,8% (24) a signos, síntomas y afecciones mal definidas; 7,8% (22) a neoplasias malignas, y 5,7% (16) a afecciones originadas en el período perinatal. La razón de mortalidad hombre/mujer fue de 0,97:1. El grupo de 60 y más años representó 49% de la mortalidad total y el de 20 a 59 años, 37%; dentro de esta última proporción, 29% fue ocasionada por el VIH/SIDA. En la figura 2 se presenta la mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo entre 1990 y 1994.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

Las afecciones originadas en el período perinatal, las enfermedades infecciosas intestinales, las infecciones respiratorias agudas y las lesiones son motivos de preocupación en este grupo de edad. Se registraron 24 defunciones de lactantes en el período 1996–2000 (7,8% del total de defunciones). Las afecciones originadas en el período perinatal representaron 67,6% (16) del total de defunciones de lactantes, de las cuales la asfixia y el crecimiento fetal lento fueron los principales factores contribuyentes (6 defunciones). Hubo una defunción por el VIH/SIDA en este grupo de edad. Las enfermedades infecciosas intestinales y las infecciones respiratorias agudas representaron 54,8% (46 de 84) del total de diagnósticos de alta hospitalaria de lactantes durante ese período.

Hubo seis defunciones de niños de 1 a 4 años en el período 1996–2000: las enfermedades infecciosas intestinales y los incendios accidentales representaron dos en cada caso; las deficiencias nutricionales y la anemia, una; y los accidentes de transporte, una. Las enfermedades infecciosas intestinales y las infecciones respiratorias agudas representaron 39,7% del total de diagnósticos de alta hospitalaria, y las lesiones, 8,7%.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

Se registraron ocho defunciones en este grupo de edad en el período 1996–2000; tres se debieron a accidentes de transporte y dos al VIH/SIDA. Las principales causas de las 196 hospitalizaciones de personas de este grupo de edad fueron las enfermedades infecciosas intestinales (14,7%), las lesiones, la apendicitis y la hernia, y los casos no especificados de bronquitis, enfisema y asma.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

Se registraron dos defunciones en el grupo de 10 a 14 años de edad en el período analizado; una por ahogamiento accidental y

otra por infección respiratoria aguda. En el grupo de 15 a 19 años hubo dos homicidios y ambas víctimas fueron mujeres.

El grupo de 10 a 14 años de edad representó 4% del total de altas hospitalarias en el período 1996–2000 y el grupo de 15 a 19 años, 6%. Los principales diagnósticos de alta fueron las lesiones, la apendicitis, las enfermedades del sistema nervioso y los casos no especificados de bronquitis, enfisema y asma. Las complicaciones del embarazo representaron 7% del total de diagnósticos de alta en el grupo de 15 a 19 años de edad.

Del total de nacimientos registrados en 1999 y 2000, 7,4% y 10,1% se registraron en madres adolescentes, respectivamente.

La salud de la población adulta (20–59 años)

El grupo de 20 a 59 años de edad representó 37% del total de defunciones en el período 1996–2000. La principal causa de defunción fue el VIH/SIDA (29%), seguida de las enfermedades del sistema circulatorio (24,2%). Otras causas importantes de defunción fueron los homicidios (5,8%), la diabetes (3,9%) y los accidentes de transporte (3,9%).

En este grupo de edad se produjo 57% del total de altas hospitalarias entre 1996 y 2000, de las cuales 62% fueron de mujeres. Los principales diagnósticos de alta fueron las lesiones (8,9%), la hipertensión (7,4%), y la apendicitis y la hernia (7,3%). Las mujeres representaron 65,9% del diagnóstico de diabetes y 65% del de hipertensión. Entre las mujeres de este grupo de edad, las complicaciones del embarazo explicaron 11,2% del diagnóstico de alta hospitalaria.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Se registraron 137 defunciones en este grupo de edad en el período 1996–2000 (44,8% del total). Las enfermedades de la circulación pulmonar (32 defunciones), los accidentes cerebrovasculares (20 defunciones), la cardiopatía isquémica (16 defunciones) y la diabetes mellitus (15 defunciones) fueron los principales factores contribuyentes a la mortalidad en este grupo de edad. Las neoplasias malignas (12), particularmente el cáncer de próstata en los hombres y el cáncer de mama en las mujeres, fueron también importantes causas de defunción.

La hipertensión representó 17,8% (105 de 591) del total de diagnósticos de alta hospitalaria en este grupo de edad en el período 1996–2000, seguida de la diabetes mellitus, con 15,2% (90). Otros importantes diagnósticos de alta fueron las enfermedades de la circulación pulmonar (36), los accidentes cerebrovasculares (29), otras enfermedades del aparato digestivo (28), las lesiones (27), la apendicitis y la hernia (24), y las infecciones respiratorias agudas (20).

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Las Islas Turcas y Caicos son vulnerables a huracanes, aunque no fueron afectadas por ninguno en el período 1996–2000.

Enfermedades transmitidas por vectores

Entre 1998 y 2000 no se notificaron casos de malaria ni de dengue.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Entre 1998 y 2000 no se notificaron casos de sarampión ni de rubéola. Hubo tres casos de hepatitis B en 1998 y cuatro en 2000. En 1999 no hubo ningún caso de parotiditis. En la figura 3 se presenta la cobertura de vacunación en los menores de 1 año para poliomielitis, sarampión, difteria, tétanos, tos ferina y tuberculosis en 2000.

Enfermedades infecciosas intestinales

Las enfermedades infecciosas intestinales figuran entre los 10 principales diagnósticos de alta hospitalaria en el período 1996–2000 en todos los grupos de edad. En ese período hubo cuatro defunciones por enfermedades infecciosas intestinales, dos en el grupo de 1 a 4 años y dos en adultos mayores.

Enfermedades crónicas transmisibles

No hay lepra en Turcas y Caicos. Se registró una defunción por tuberculosis entre 1996 y 2000 y 28 hospitalizaciones por esa misma enfermedad entre 1998 y 2000.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas representaron menos de 5% (113) de los diagnósticos de alta hospitalaria en el período 1996–2000. Los grupos más afectados fueron los niños de 1 a 4 años, los adultos de 20 a 59 años y los adultos mayores. Se diagnosticaron clínicamente 2.309 casos de influenza entre 1998 y 2000.

VIH/SIDA

La infección por el VIH/SIDA es un problema creciente en Turcas y Caicos, en particular entre los adolescentes y adultos jóvenes. En el período 1996–2000 se registraron 40 defunciones por esta causa (13,1% del total). Aproximadamente 78,9% de las defunciones por VIH/SIDA fueron de adultos de 20 a 59 años. De 1998 a 2000 hubo 135 casos nuevos de infección por el VIH. En 2000, 1,7% de las personas sometidas a exámenes de detección del VIH (35 de 2.079) fueron seropositivas.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Se registraron dos defunciones por deficiencias nutricionales y anemia en el período 1996–2000, una en el grupo de 1 a 4 años de edad y otra en el de adultos mayores. En el mismo período se diagnosticaron deficiencias nutricionales y anemia a 61 pacientes dados de alta, en su mayoría (59%) pertenecientes al grupo de 20 a 59 años de edad. La diabetes mellitus representó 6,7% (19) del total de defunciones por causas definidas durante ese período y 3,4% (113) del total de diagnósticos de alta hospitalaria.

Enfermedades del sistema circulatorio

Las enfermedades del sistema circulatorio causaron 33% (100) del total de defunciones en el período 1996–2000 y afectaron particularmente a los adultos de 20 a 59 años y a los adultos mayores. Los principales factores contribuyentes a la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio fueron las enfermedades de la circulación pulmonar (44 defunciones), la enfermedad cerebrovascular (26 defunciones) y la cardiopatía isquémica (22 defunciones). Las enfermedades del sistema circulatorio representaron 12,5% (428 de 3.428) del total de diagnósticos de alta hospitalaria entre 1997 y 2000; la hipertensión fue el principal factor contribuyente a este grupo (65%), con una razón hombre/mujer de 0,41:1.

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas representaron 7,2% (22) del total de defunciones entre 1996 y 2000. Las principales localizaciones fueron la próstata, la mama femenina, y el sistema digestivo y el peritoneo; las neoplasias causaron cinco defunciones en cada uno de esos casos. Se observó un patrón similar en el diagnóstico de alta hospitalaria.

Accidentes y violencia

Las causas externas representaron 12,2% (37) del total de defunciones durante el período 1996–2000, y los accidentes de tránsito y homicidios (9 cada uno) fueron los principales factores contribuyentes.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

La reforma del sector salud

El programa de ajuste del sector salud se ejecutó entre 1993 y 1997. El proyecto de estrategias del sector salud, realizado por el Gobierno con apoyo del Departamento para el Desarrollo Internacional (DPDI) del Reino Unido, terminó durante el período objeto de análisis. Como parte del proyecto se estableció un comité de dirección del desarrollo del sector salud, presidido por el Ministerio de Salud, Educación, Juventud y Deportes, para supervisar las políticas y los planes nacionales de salud. El programa de reforma comprende el traspaso de la función de adquisición de servicios de salud del Ministerio de Salud al Ministerio de Hacienda; la terminación del estudio de factibilidad del Programa Nacional de Seguro Médico; la reestructuración del Ministerio de Salud, incluido el establecimiento de una Unidad de Política y Planificación de Salud, una mayor autonomía del Administrador de Salud del Dispensario de Myrtle Rigby y el diseño y la ejecución de sistemas de administración e información; la creación de un programa estructurado de apoyo a las comunicaciones; la puesta en marcha de un programa de mejora de la infraestructura de las instalaciones de Gran Turca y Providenciales, y la institución de un programa nacional de salud mental.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El Ministerio de Salud se encarga de prestar atención preventiva y curativa eficiente y eficaz a toda la población por medio del Departamento de Salud. Eso se realiza junto con la comunidad y con los proveedores de servicios privados y extranjeros.

La adopción de decisiones está muy centralizada, y el personal de salud de Providenciales, donde se presta la mayor parte de los servicios, tiene autoridad limitada. Como contador del Ministerio de Salud, el Secretario Permanente tiene la responsabilidad de formular la política fiscal, pero no tiene autoridad para supervisar al personal ni para modificar las asignaciones presupuestarias a los diferentes departamentos. Comparte esas responsabilidades con los demás ministerios.

El Secretario Permanente dirige el Equipo de Administración Superior, formado por el Subsecretario, el Oficial Médico Principal, el Jefe de Enfermería y los altos administradores de programas. El equipo se reúne regularmente y desempeña funciones de adopción de decisiones, planificación y coordinación para el Ministerio.

La actividad del sector privado se limita a la atención ambulatoria y se concentra en la práctica general.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

La población de las Islas Turcas y Caicos tiene acceso total a atención de salud en todo el país. En los establecimientos de atención de salud pública se trata a los usuarios independientemente de su capacidad de pago.

La Junta Nacional de Seguro exige que las personas empleadas paguen una prima que les permite recibir prestaciones y privilegios de conformidad con una fórmula establecida. La Junta tiene la responsabilidad de ofrecer beneficios en casos de enfermedad, lesión, discapacidad, maternidad, jubilación, funeral y defunción. También se presta asistencia para el pago de pensiones de vejez a las personas no contribuyentes. El sistema de seguridad social cubre el costo de los gastos médicos por lesiones ocupacionales; sin embargo, casi todos los empleados también están inscritos en planes de seguro médico particulares. Se estima que 20% de la población tiene seguro médico privado y el resto está amparada por el Ministerio de Salud.

Los servicios del sector privado son financiados con pagos directos de los usuarios o por medio de seguro médico particular. Las primas del seguro particular son pagadas conjuntamente por el empleador y el empleado. Los dos principales proveedores de seguro médico particular en Turcas y Caicos son British American y Caribbean Home, afiliados a redes de los Estados Unidos.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

El Ministerio de Salud se encarga de reglamentar el sector salud, aunque no se han establecido mecanismos para reglamente

tar el seguro médico particular. También se encarga de supervisar, evaluar y controlar la prestación de servicios de atención de salud por parte de proveedores públicos y privados. Se promueve la actividad intersectorial, pero no hay mecanismos oficiales de colaboración ni de participación de la comunidad.

La Ordenanza del Consejo de Profesionales de Salud rige el establecimiento de instalaciones de salud así como la reglamentación y el control de los profesionales de salud y trabajadores afines. El Consejo también se encarga de la acreditación de los establecimientos de atención de salud de los sectores público y privado.

La calidad del ambiente

El Departamento de Salud Ambiental tiene a su cargo el control de vectores; la vigilancia de las existencias de alimentos y agua; la inspección de los expendios de alimentos y otros edificios; y la recolección y evacuación de desechos sólidos. Se han asignado directores de salud ambiental a todas las islas. Casi todas sus actividades se realizan en estrecha colaboración con el Departamento de Atención Primaria.

El Laboratorio Ambiental Público es la principal instalación del Sistema Nacional de Laboratorios de Salud Pública. Su función principal es vigilar la sanidad de los alimentos y la calidad del medio ambiente.

Organización de los servicios de salud pública

Prevención y control de enfermedades

El Departamento de Atención Primaria se encarga de la prevención y del control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. También ejecuta varios programas de salud pública, que incluyen actividades de educación para la salud, por medio de dispensarios.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

No se dispone de información oportuna sobre salud y el sistema de información existente debe mejorarse, puesto que no hay ningún método de codificación y los datos se procesan a mano.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios, de urgencia y especiales

La red de hospitales públicos está formada por el Hospital de Gran Turca (35 camas), el establecimiento principal, y el Dispensario de Myrtle Rigby (10 camas) localizado en Providenciales. Estos centros prestan servicios generales de atención de casos agudos y servicios especializados, así como atención de salud mental, geriátrica, y de rehabilitación para pacientes internados y ambulatorios.

Se ofrecen algunos servicios de nivel secundario en el condado y es posible obtener otros en el exterior. Todos los servicios de nivel terciario deben procurarse en el exterior.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

Hay dos laboratorios clínicos del sector público, situados en Gran Turca y Providenciales, y dos privados en esta última. El Servicio del Banco Nacional de Sangre se encuentra en el Hospital de Gran Turca.

Insumos para la salud

Medicamentos

La adquisición de productos farmacéuticos y la vigilancia de las farmacias del sector público está a cargo del Farmacéutico Jefe. Todas las personas que busquen servicios de salud en instituciones públicas tienen acceso a medicamentos recetados, cuando se dispone de ellos.

Equipo

El equipo distribuido entre los dos hospitales públicos comprende dos unidades de ultrasonido, dos de rayos X y cuatro de diálisis. El sector privado no tiene equipo de alta tecnología.

Recursos humanos

El número de funcionarios de atención de salud ha aumentado desde 1995, pero el sector sigue enfrentando escasez de personal. Casi todos los funcionarios son extranjeros, lo que es un hecho particularmente crítico porque a menudo ocupan altos cargos administrativos (por ejemplo, Oficial Médico Principal) y hay un alto grado de rotación. El Gobierno busca emplear más funcionarios nacionales y el Community College ha comenzado a formar personal de enfermería clínica.

Gasto y financiamiento sectorial

El monto total del gasto nacional por concepto de salud en 1988 se estimó en US\$ 16,5 millones: el gasto público en salud se estimó en US\$ 7,5 millones (45,4%) y el privado en US\$ 9 millones (54,6%). El gasto público anual per cápita es de aproximadamente US\$ 310 y el gasto directo de las personas es por lo menos de US\$ 375 anuales. Por lo tanto, el gasto mínimo per cápita en salud se estimó en US\$ 685 en 1998. El seguro privado representó 20,9% del gasto nacional por concepto de salud. Los servicios prestados en Turcas y Caicos constituyeron 47,6% del gasto total y los servicios adquiridos en el exterior, 52,4%.

En los establecimientos públicos se ha creado un sistema de cobro de tarifas al usuario, aunque las personas presuntamente insolventes están exentas del pago. Otras categorías de personas excluidas comprenden los pensionados de edad avanzada, las personas que reciben asistencia social, la población carcelaria y los menores de 18 años. El Estado paga algunos gastos de atención individual en el exterior, considerados caso por caso. No se ha establecido ninguna modalidad de financiamiento público para sufragar el costo del seguro médico privado.

El Instituto de Desarrollo de la Salud declaró que se había registrado un aumento de 7% en el presupuesto de salud en 1997 y otro de 39% en 1998. Este último aumento se destina sobre todo al fortalecimiento de la atención primaria, incluido el Dispensario de Myrtle Rigby, el tratamiento médico en el exterior y la integración del programa del VIH/SIDA al Ministerio de Salud.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

El Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido y la OPS/OMS prestaron cooperación técnica y asistencia financiera a las Islas Turcas y Caicos durante el período objeto de análisis.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Islas Turcas y Caicos, 2000.

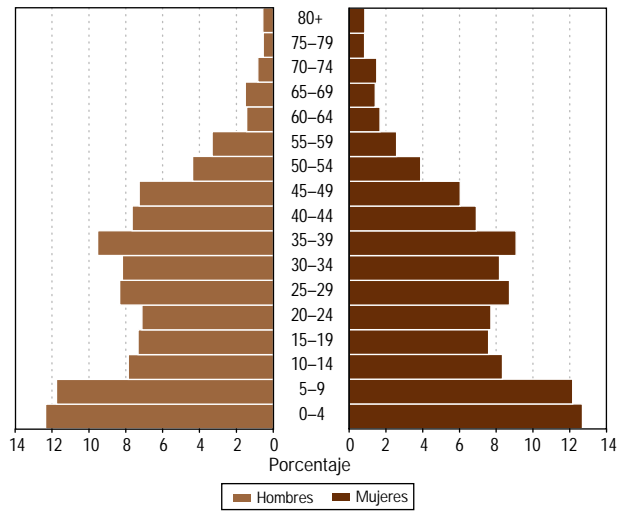


FIGURA 3. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Islas Turcas y Caicos, 2000.

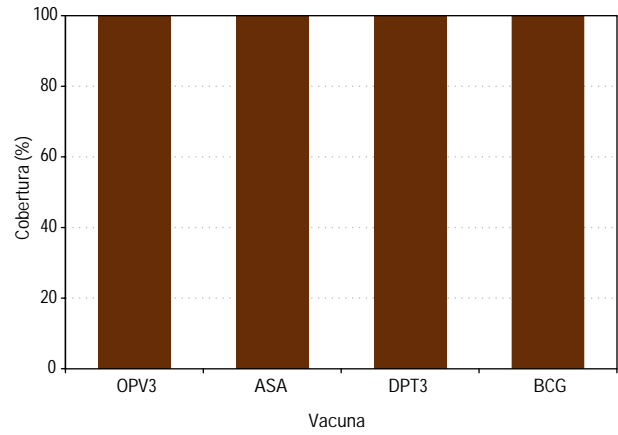
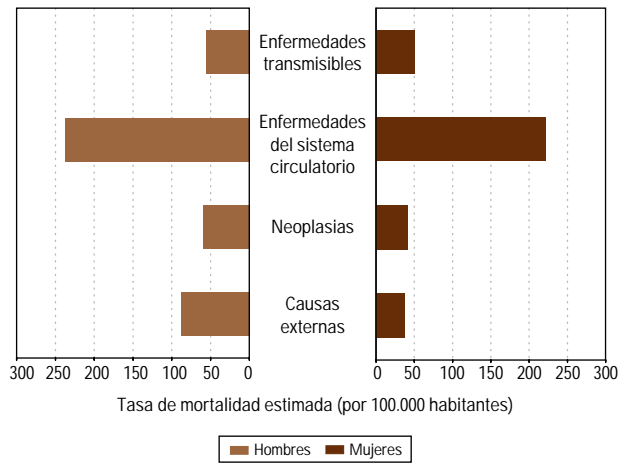


FIGURA 2. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Islas Turcas y Caicos, 1990-1994.



ISLAS VÍRGENES BRITÁNICAS

CONTEXTO GENERAL

Las Islas Vírgenes Británicas son un territorio ultramarino del Reino Unido. Comprenden más de 50 islas y cayos, 15 de los cuales no están habitados. La superficie total de 154 km² se extiende sobre 3.445 km² en el nordeste del Mar Caribe. Las cuatro islas de mayor extensión, a saber, Tórtola (54 km²), Anegada (39 km²), Virgen Gorda (22 km²) y Jost Van Dyke (8 km²), representan 125 km² de la superficie total del territorio. La capital, Road Town, está situada en Tórtola. El transporte hasta Tórtola desde Virgen Gorda y Jost Van Dyke se realiza sobre todo en transbordador —en unos 30 minutos de viaje— y desde Anegada, en bote o taxi aéreo. Tórtola tiene buenas carreteras y servicios de telecomunicaciones; no hay sistema de transporte público, pero es elevado el número de vehículos de propiedad privada y es fácil conseguir servicios de transporte particular.

Las Islas Vírgenes Británicas gozan 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, el Fiscal y otros cuatro ministros. El Gobernador ejerce poderes de reserva en nombre de la Corona y, por lo regular, cumple sus funciones con asesoramiento del Consejo Ejecutivo, el cual preside. Sin embargo, no existe ningún sistema de gobierno local, pero hay tres Oficiales de Distrito con responsabilidades administrativas en Virgen Gorda, Jost Van Dyke y Anegada.

El Gobierno depende de ingresos y préstamos generados localmente para sufragar la mayoría de sus gastos ordinarios y de capital. También recibe pequeñas subvenciones del Gobierno Británico, sobre todo 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.

La economía está impulsada por el turismo, que contribuyó 21,1% del PIB en 1999, y por los servicios financieros, que aportaron 50,2% de la renta pública total en 1999. Desde 1996 se han promulgado varias leyes para reducir el lavado de dinero, reglamentar el sector de fondos mutuos y gobernar las sociedades colectivas y en comandita. El PIB a precios corrientes fue de

US\$ 511 millones en 1996 y US\$ 682,8 millones en 2000; la tasa de crecimiento anual se redujo de 10,4% a 4,4% en esos años (figura 1).

La expansión del aeropuerto de Beef Island y la construcción de un nuevo puente entre Beef Island y Tórtola, así como la construcción de viviendas, alimentaron la actividad en la industria de la construcción. Esa actividad ha llevado a la importación de mano de obra, sobre todo de otros países del Caribe Oriental. La tasa de desempleo alcanzó un promedio de 3,6% en el período 1998–1999; la de los hombres fue de 3,8% y la de las mujeres, de 3,4%.

En el período 1980–1990, la población de las Islas Vírgenes Británicas aumentó aproximadamente 45%, de 11.000 a 16.000 habitantes; en el decenio de 1990 la tasa de crecimiento se redujo a un promedio cercano a 2%. Alrededor de 65% del crecimiento demográfico desde 1980 se debe a la inmigración. Durante el período en revisión, los inmigrantes representaron cerca de la mitad de la población.

En el período 1996–2000 la población aumentó de 18.737 a 20.254 habitantes. En 2000 había 10.429 hombres y 9.825 mujeres, con una razón hombre/mujer de 1,06:1 (figura 2). Casi toda la población vivía en Tórtola (16.630 habitantes), Virgen Gorda (3.063), Anegada (204) y Jost Van Dyke (176).

La enorme afluencia de inmigrantes ha contribuido al aumento de la población en edad de trabajar. En 2000, las personas menores de 15 años representaron 27% de la población, las de 15 a 64 años, 67% y las de 65 y más años, 5%. La razón de dependencia fue de 0,46 en 2000.

La asistencia a la escuela es obligatoria hasta los 15 años. El período promedio de asistencia a la escuela es de 9,4 años, aunque casi todos los estudiantes terminan un total de 12 años (escuela primaria y secundaria). Hay 20 escuelas primarias (12 públicas y 8 privadas) en el territorio y 5 escuelas secundarias (4 públicas y 1 privada). En el período 1998–2000 las tasas de alfabetismo de adultos fueron de 98,3% en el caso de las mujeres y de 97,8% en el de los hombres.

El H. Lavity Stoutt Community College, una parte de la Universidad de las Indias Occidentales con sede en Tórtola,

ofrece educación terciaria. Este centro universitario tiene acuerdos de cooperación con varias instituciones académicas de los Estados Unidos, como Wright State University (Ohio) para estudios de administración de empresas, la Universidad Estatal de Nueva York en Buffalo (Nueva York) para estudios de enfermería y St. Augustine College (Carolina del Norte).

En el período 1996–2000 la tasa bruta de natalidad alcanzó un promedio de 16 nacimientos por 1.000 habitantes y la tasa total de fecundidad, un promedio de 1,9 niños por mujer. En el período 1996–1999 la esperanza de vida al nacer llegó a un promedio de 74,5 años (72,2 años para los hombres y 77,8 para las mujeres).

Mortalidad

Muchas personas acceden a los servicios de atención de salud por medio del sector privado; sin embargo, el sistema de información de salud no capta los datos regulares del sector privado. Un médico certifica todas las defunciones. Las que se producen en un hospital se notifican directamente a la Oficina Nacional de Registro; las que acontecen en el hogar las notifican los jefes del registro civil distrital a la Oficina Nacional.

La tasa bruta de defunción fue de 4,7 muertes por 1.000 habitantes en 1996, 5,1 en 1997, 4,5 en 1998 y 4,8 en 1999. No hubo defunciones maternas durante el período en revisión. De 1996 a 2000 se registraron aproximadamente 92 defunciones anuales.

La figura 3 muestra la mortalidad estimada por grandes grupos de causas y por sexo en el período 1995–2000. Según los datos de los hospitales, en 2000 las enfermedades del sistema circulatorio representaron 31 (33,3%) del total de defunciones por causas definidas (93), las neoplasias malignas, 22 (23,7%) y las causas externas, 7 (7,5%). El grupo de edad más afectado fue el de las personas de 65 y más años (59 defunciones), seguido por el de las personas de 20 a 59 años (23) y el de los lactantes (6).

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

Hubo un total de 13 defunciones de niños menores de 1 año en el período 1996–1999. En ese mismo período se registraron 16 defunciones de niños de 1 a 4 años. La tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años fue de 14,9 defunciones por 1.000 nacidos vivos. En el período 1996–2000 se registraron 47 nacimientos prematuros y la incidencia promedio de bajo peso al nacer fue de 6,8%.

Por lo general, en el período 1997–2000 las tasas de mortalidad infantil fueron superiores a 10 por 1.000 nacidos vivos, pero en el período 1996–1999 se registraron solo 13 defunciones de lactantes, 1 en 1997 y 3 en 1998. Los datos del Hospital Peebles

indican que en 2000 hubo tres defunciones de niños menores de 1 año y una de niños de 1 a 5 años.

El asma, la gastroenteritis y las infecciones respiratorias agudas son importantes causas de morbilidad y de hospitalización de los niños de 1 a 4 años. En 2000, los servicios de atención ambulatoria brindaron tratamiento por asma a 8 lactantes y a 64 niños de 1 a 4 años; ese mismo año hubo 10 hospitalizaciones por esa causa en este último grupo de edad.

En el período 1996–2000, 11 niños menores de 1 año y 38 niños de 1 a 4 años de edad fueron internados en el Hospital Peebles por gastroenteritis. En general, en las Islas Vírgenes Británicas se notificaron 134 casos de gastroenteritis en niños menores de 5 años en 2000.

Hubo 197 casos de infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años en 2000. No hubo ninguna hospitalización de lactantes por neumonía en 1999, pero en 2000 se registraron dos. Se hospitalizó a 23 niños de 1 a 4 años por causa de neumonía en 1999 y a 25 en 2000.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años) y de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

Fueron hospitalizados por asma 18 niños y adolescentes de 5 a 14 años de edad; 112 recibieron tratamiento ambulatorio en 2000.

De los 1.560 nacimientos registrados en el período 1996–2000, 167 (11%) correspondieron a adolescentes, lo que arrojó un promedio de 33,4 nacimientos al año. Durante ese período dieron a luz aproximadamente tres niñas menores de 15 años.

En una encuesta de salud de los adolescentes realizada en 1999 entre 400 estudiantes de 11 a 20 años se observó que cerca de 18% habían usado marihuana o alucinógenos en el año anterior, 17% habían usado sustancias inhalables, 16% habían fumado cigarrillos, 11% habían consumido anfetaminas o esteroides y 10% o menos habían usado tabaco de mascar, cocaína, heroína, drogas intravenosas o sedantes. Hasta 60% habían consumido alcohol, incluso 25% de los niños de 10 a 12 años; 35% de los entrevistados no habían bebido alcohol nunca. Entre quienes habían consumido alcohol, 44% declararon que habían tomado una copa, 10% de dos a tres y 9% cuatro o más a la vez.

Una cuarta parte de los estudiantes que habían tenido relaciones sexuales declararon que siempre usaban un método anticonceptivo, 19%, a veces, y 39% nunca. De los estudiantes entrevistados, 11% declararon que habían sufrido abuso o maltrato físico y 60% de ellos, que habían sido víctimas de abuso por un adulto que vivía en su casa. Seis por ciento de los estudiantes declararon que habían sufrido abuso sexual. Trece por ciento habían tratado de suicidarse o contemplado esa posibilidad y más de la mitad lo había intentado en el año anterior.

Las escuelas secundarias no tienen un currículum oficial de educación sanitaria ni sexual. Sin embargo, las enfermeras de las escuelas secundarias proporcionan alguna orientación sobre el abuso de sustancias y los consejeros y algunas organizaciones no

gubernamentales ofrecen seminarios sobre este y otros temas de salud durante el año. La enfermera especializada en planificación familiar también visita las escuelas para ofrecer seminarios sobre salud sexual a pedido de los maestros o consejeros. Se ha establecido un programa de examen obligatorio de salud escolar. Se ha incorporado la educación para la vida de familia al plan de estudios de todas las escuelas primarias.

La salud de la población adulta (20–64 años)

El cáncer de mama fue la causa de cinco defunciones de mujeres de 25 a 64 años de edad en 1999–2000. El cáncer de próstata ocasionó la defunción de un hombre del grupo de 45 a 64 años de edad.

El grupo de 25 a 44 años de edad tuvo el mayor número de hospitalizaciones (23 de 51) por causa de accidentes de transporte terrestre en el período 1997–1999; el segundo grupo más afectado fue el de 15 a 24 años, con 16 internados en ese período.

El grupo de 25 a 44 años representó 27 de 192 hospitalizaciones por afecciones cardíacas en el período 1998–2000; en el grupo de 45 a 64 años de edad se registraron 56 hospitalizaciones, cuyas causas predominantes fueron la cardiopatía congestiva (29) y la angina de pecho (11).

En los grupos de 25 a 44 años y de 45 a 64 años de edad hubo 11 y 25 hospitalizaciones por diabetes, respectivamente, en el período 1999–2000.

Hubo 10 hospitalizaciones por asma en el grupo de 25 a 44 años en 2000; además, 48 pacientes de ese grupo recibieron tratamiento de asma en los servicios ambulatorios ese año. En el grupo de 45 a 64 años hubo seis hospitalizaciones por asma y nueve pacientes fueron atendidos en servicios ambulatorios ese mismo año.

De los 1.560 nacimientos ocurridos en el período 1996–2000, 1.393 (89%) correspondieron a mujeres de 20 y más años, lo que dio un promedio de 279 nacimientos anuales. No hubo defunciones maternas en este período.

La salud del adulto mayor (65 y más años)

El número de defunciones de hombres de 65 y más años por cáncer de próstata aumentó de 9 en 1996 a 17 en 2000, con un total de 60 en ese período. En 2000 se inició un programa de examen voluntario de detección del cáncer de próstata.

Las personas de 65 y más años representaron 103 de 192 hospitalizaciones por afecciones cardíacas en el período 1998–2000. La cardiopatía congestiva fue el problema más común, con hospitalizaciones; la cardiopatía coronaria e isquémica (nueve en total) y la cardiopatía arteriosclerótica/arteriopatía coronaria y la angina de pecho (siete en cada caso) también fueron problemas importantes.

El Hogar Adina Donovan, una residencia geriátrica de 29 camas adyacente al Hospital Peebles, es administrado por el Ministerio de Salud y Asistencia Social. Se dispensaron cuidados a 30 pacientes en 2000. En promedio, la edad de los residentes es

de 68 años y el período de residencia, de ocho años. La Cruz Roja Nacional ofrece un programa de atención domiciliaria.

La salud de la familia

El programa de salud maternoinfantil tiene su sede en el dispensario de Road Town. El programa ofrece servicios de inmunización infantil, vigilancia del crecimiento y desarrollo, consultas sobre nutrición, atención prenatal y posnatal, y orientación para mujeres embarazadas.

La violencia doméstica y el maltrato de los niños se han convertido en cuestiones críticas para el sector salud y un comité intersectorial ha formulado protocolos para notificar el abuso y atender a las víctimas. En 1996 se promulgó la Ley sobre la Violencia Doméstica.

En 1998 se realizó un estudio de la violencia doméstica en las Islas Vírgenes Británicas por medio del Escritorio de la Mujer de la Oficina del Ministro Principal. La muestra de estudio incluyó a mujeres de 15 a 54 años de Tórtola, Virgen Gorda, Jost Van Dyke y Anegada. De los 700 cuestionarios de encuesta enviados, se devolvieron 330 (47%); casi todas las respuestas (79%) provinieron de Tórtola. En el estudio se observó que 94 (28%) de las entrevistadas declararon que habían sido víctimas de abuso físico y, de ese grupo, 43 (46%) denunciaron el abuso a la policía y 24 (26%) buscaron atención médica (18 en el Hospital Peebles y 6 en el sector privado).

La salud de los trabajadores

La Junta de Seguridad Social notificó que había 25.000 personas cubiertas en 2000. En ese año hubo 121 reclamaciones y reclamantes. Las reclamaciones más comunes fueron por laceraciones, fracturas y otras lesiones de los huesos. Casi todas las lesiones fueron de personas empleadas en la industria de construcción de yates.

La salud de los discapacitados

El Centro de Aprendizaje Esleyn Henley Richiez es una escuela para niños con discapacidad mental y física. Está localizado en John's Hole, Tórtola, y es administrado por el Departamento de Educación. Los 17 estudiantes matriculados en 2000 tenían de 5 a 16 años y sus impedimentos comprendían trastornos de aprendizaje (niños que aprenden a paso sumamente lento) (8), síndrome de Down (5), sordera (1), autismo (1), parálisis cerebral (1) y espina bífida (1).

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Las Islas Vírgenes Británicas sufrieron cuatro desastres naturales durante el período 1996–2000: el huracán Bertha en 1996, que causó daños estimados en US\$ 2 millones; el huracán Georges en 1998, cuyos estragos se calcularon en cerca de US\$ 12

millones; el huracán Lenny en 1999, que produjo daños estimados en US\$ 29 millones, y el huracán Debbie en 2000, que fue menos devastador que los demás pero causó estragos al sistema de abastecimiento de agua. No se notificaron brotes de enfermedades transmisibles por causa de esos huracanes. El Departamento de Salud actualizó el Plan Nacional de Administración de Emergencias del Sector Salud en 2000.

Enfermedades transmitidas por vectores

El dengue (tipos 1, 2 y 3) es la única enfermedad transmitida por vectores que afecta a las Islas Vírgenes Británicas; durante el período 1996–2000 se notificaron casos esporádicos.

Enfermedades prevenibles por vacunación

No hubo morbilidad ni mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación en el período en revisión. Las Islas Vírgenes Británicas tienen un dinámico programa de inmunización, con cobertura total de los niños de 0 a 5 años. Los niños menores de 1 año reciben las vacunas DPT3, OPV, BCG y contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y hepatitis B; la vacuna MMR se administra cuando el niño cumple 1 año de edad. Las tasas promedio de cobertura en el período 1997–2000 fueron 98% con la vacuna DPT3, 97% con la OPV3, 99% con la BCG y 98% con la MMR (figura 4). Se administran dosis de refuerzo de las vacunas DPT, antipoliomielítica y MMR según el plan de inmunización hasta los 11 años de edad. Las vacunas contra la hepatitis B y Hib se agregaron al programa de inmunización en 1999 y la vacuna pentavalente, que proporciona cobertura contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y meningitis, se agregó en 2000.

La campaña de vacunación contra la hepatitis B, financiada por la Junta de Seguridad Social y realizada en marzo de 1999 y en noviembre de 2000, se centró en los estudiantes y maestros de las escuelas primaria y secundaria, los trabajadores de salud y los oficiales de policía y del cuerpo de bomberos. En total, se inmunizó a 4.829 personas durante la campaña, con tasas particularmente altas de cobertura de los estudiantes (más de 90%), los maestros (100%) y los oficiales del cuerpo de bomberos (100%).

Para reducir el riesgo del síndrome de la rubéola congénita en las Islas Vírgenes Británicas, se realizó una campaña de vacunación en masa contra la rubéola en enero y junio de 2000. De la población destinataria de 3.220 adultos de 22 a 44 años, se inmunizó a 2.910 (90%).

Enfermedades infecciosas intestinales

Los datos de los hospitales para el período 1996–2000 indican que hubo 1 hospitalización por amebiasis, 95 por gastroenteritis, 2 por salmonelosis, 3 por shigelosis y 4 por infección intestinal vírica. En el mismo período, 68 niños menores de 14 años fueron internados por gastroenteritis; de ese grupo, 49 (72%) eran menores de 5 años. Hubo una defunción por gastroenteritis en 1996.

En 2000 se notificaron 134 casos de gastroenteritis en niños menores de 5 años y 281 en la población mayor de 5 años en todo el territorio.

Enfermedades crónicas no transmisibles

Aproximadamente 350 diabéticos inscritos acudieron a los dispensarios del Estado en 1996. Hubo 27 hospitalizaciones por diabetes en 1999 y 30 en 2000; los grupos de 25 a 44 años (11 admisiones), de 45 a 64 años (25) y de 65 y más años (18) fueron los más afectados.

En 2000 hubo 42 hospitalizaciones por asma, sobre todo en el grupo de 1 a 4 años (10) y de 5 a 14 años (18). En total se trató a 286 niños por asma en los servicios ambulatorios en ese año; de ellos, 64 tenían de 1 a 4 años y 112 de 5 a 14 años.

Infecciones respiratorias agudas

Se produjeron 59 hospitalizaciones por infecciones respiratorias agudas en 1996; casi todas (19) correspondieron a niños menores de 1 año y de 1 a 4 años (20). En 2000 se registraron 197 hospitalizaciones de menores de 5 años; ese mismo año hubo 163 casos presuntos de influenza.

La neumonía ocasionó 97 hospitalizaciones primarias en 1999 y 63 en 2000. Los grupos de edad más afectados fueron los niños de 1 a 4 años, con un total de 48 admisiones, y las personas de 65 y más años, con un total de 52 admisiones.

VIH/SIDA

A fines de 2000 se habían notificado 30 casos de VIH/SIDA (20 hombres y 10 mujeres) en las Islas Vírgenes Británicas, 7 de ellos desde 1997. No se notificaron casos en 1996. En el período 1994–2000 se notificó solo un caso femenino de VIH/SIDA. A fines de 2000 se habían registrado 22 defunciones por SIDA (15 hombres y 7 mujeres).

Un estudio de seroprevalencia del VIH de 408 mujeres embarazadas realizado entre febrero de 1996 y agosto de 1997 no reveló casos positivos.

Toda la sangre para transfusión se somete a examen de detección del VIH.

Enfermedades cardiovasculares

Se produjeron 159 hospitalizaciones por enfermedades cardiovasculares en 1996, que representaron 10% del total de admisiones de ese año. En el período 1998–2000 se registraron 50, 78 y 64 hospitalizaciones por afecciones cardíacas, respectivamente. La cardiopatía congestiva fue el principal factor contribuyente y representó 22 (44% de las internaciones por afecciones cardíacas) en 1998, 35 (45%) en 1999 y 25 (39%) en 2000. Otras afecciones cardíacas importantes en el período 1998–2000 fueron la angina de pecho, la enfermedad hipertensiva y el infarto del miocardio (19 internaciones por cada una de estas causas), y la cardiopatía arteriosclerótica/arteriopatía coronaria y la arteriopatía coronaria/isquémica (17 internaciones cada una). Los grupos de

edad que sufrieron más afecciones cardíacas fueron los de 45 a 64 años, con 56 hospitalizaciones, y los de 65 y más años, con 103.

Neoplasias malignas

Los datos de los hospitales revelaron 21 defunciones por neoplasias malignas en 1999 y 22 en 2000; casi todas las defunciones —13 y 17 respectivamente— fueron de personas de 65 y más años. Los hombres, que representaron 15 defunciones cada año, se vieron más afectados que las mujeres.

En 1999 el cáncer de próstata representó 7 de 21 defunciones por neoplasias malignas, el cáncer de mama y de colon 3 en cada caso y el cáncer del estómago, 2. En 2000 el cáncer de próstata representó 10 de 22 defunciones por neoplasias malignas, el cáncer de mama 3, el cáncer de estómago 2, y el cáncer de colon 1.

En 1996 y en 1997 el cáncer de próstata causó 4 defunciones cada año, en 1998 y en 1999, 8 defunciones cada año, y en 2000, 10. Se produjeron 9 hospitalizaciones por cáncer de próstata tanto en 1996 como en 1997 y 12 en 1998.

Accidentes y violencia

Entre 1997 y 1999 hubo 51 hospitalizaciones por accidentes de transporte terrestre; 35 de los internados fueron hombres y 16 mujeres, lo que arrojó una razón hombre/mujer de 2,2:1. Los grupos de edad más afectados fueron el de 15 a 24 años (16 hospitalizaciones) y el de 25 a 44 años (23). No se registraron defunciones por esa causa en 1996 ni en 1997; hubo una defunción en 1998, dos en 1999 y una en 2000.

Salud oral

En 1999 se realizó tamizaje en 1.120 niños de edad escolar y 979 fueron examinados por los servicios dentales. Ese año se practicaron 379 extracciones y 1.669 restauraciones de la superficie.

Enfermedades transmitidas por los alimentos

Hubo 24 casos presuntos y 8 casos confirmados de intoxicación con ciguatera en 2000.

Salud mental

En 1996 asistieron al dispensario de salud mental 200 pacientes activos, de los cuales 184 eran adultos (79 hombres y 105 mujeres) y 16 eran niños.

Entre los hombres adultos, el alcoholismo y el abuso de drogas son factores contribuyentes a los trastornos mentales y del comportamiento y a la hospitalización. En 1996, 56 de 62 (90%) de los internados por trastornos psicóticos se clasificaron como provocados por drogas (marihuana y cocaína crack). De ese número, 44 (79%) tenían de 15 a 44 años de edad; 38 eran hombres y 6 mujeres. El abuso del alcohol ocasionó aproximadamente 55 internaciones en 1996. En 1997 hubo 65 internaciones por trastornos mentales y del comportamiento. De estas, 34 se debieron a abuso del alcohol (27 hombres y 7 mujeres) y 7 (6 hombres y

1 mujer) a abuso de otras sustancias. La depresión representó 6 y la esquizofrenia 5 de las 24 internaciones restantes por trastornos mentales y del comportamiento. Casi todos los casos de abuso de alcohol y drogas (21) ocurrieron en la población de 25 a 44 años. Se produjeron solamente 22 internaciones por abuso de alcohol en 1999.

En 1999 el Gobierno contrató a un psiquiatra local que, además de administrar las admisiones psiquiátricas, también dirige la Unidad de Servicios de Salud Mental.

El Centro Sandy Lane ofrece servicios de rehabilitación y tratamiento de toxicómanos y atención de víctimas de la violencia doméstica y de maltrato infantil. En 1998 se atendieron 114 clientes en 1.737 consultas. El centro de tratamiento de toxicómanos atendió a 93 personas en 1999 y a 86 en 2000; más de 79% de los pacientes eran hombres. El alcohol, la marihuana y la cocaína (crack) fueron las sustancias de mayor abuso.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Gobierno de las Islas Vírgenes Británicas tiene por política proporcionar atención de salud integral, centrada especialmente en las mujeres, los niños, las personas de edad, las personas con trastornos mentales y los discapacitados. Se hace particular hincapié en la promoción de la salud, y la meta del Gobierno es ampliar la integración de la promoción de la salud más allá de las actividades y políticas del sector salud a todos los procesos públicos de planificación, actividades y políticas, particularmente las que afectan a la salud, como la educación, el empleo, la vivienda, el transporte y la gestión de recursos ambientales.

El Gobierno ha fijado como prioridades de salud la mejora de los servicios hospitalarios, el fortalecimiento de los servicios públicos de atención primaria de salud y el mejoramiento de la salud ambiental, incluido el manejo de los residuos sólidos.

La reforma del sector salud

Con financiamiento del Reino Unido, el Gobierno emprendió un proyecto de ajuste del sector salud de 1993 a 1996, con el fin de poner en práctica una nueva estructura y un nuevo proceso de gestión, revisar los métodos y sistemas de planificación, examinar las estrategias de financiamiento, mejorar la calidad de la atención y optimizar los resultados de salud. Como resultado del proyecto, se acordó una nueva estructura administrativa, parcialmente puesta en práctica, y se realizaron estudios sectoriales sobre información de salud, promoción de la salud, prevención de accidentes, salud mental y salud ambiental con el fin de ofrecer a los gerentes de salud locales una base sólida para fines de planificación. Las continuas actividades de reforma se concentran en mejorar la prestación de servicios de atención de salud con mayor eficiencia, eficacia e interés.

En reconocimiento de que las exigencias del territorio sobrepasan la capacidad de atención de casi todos los establecimientos de salud y de la magnitud del esfuerzo requerido para colocar los servicios de salud a la altura de las normas aceptadas, el Gobierno se embarcó en un estudio del sistema de salud en 1999. En el estudio se recomendó que se fijara como meta del Gobierno buscar servicios de atención primaria y secundaria accesibles y de alta calidad, vigilar y evaluar estos servicios y establecer políticas para gobernar el sector salud, en lugar de seguir prestándolos por cuenta propia. Con el fin de atender algunas de las necesidades identificadas, se decidió modernizar la infraestructura física del Hospital Peebles y mejorar tanto los dispensarios de atención comunitaria como los programas de evacuación de desechos.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El Ministerio de Salud y Asistencia Social se encarga de prestar servicios sociales y de salud pública y de vigilar y reglamentar a los proveedores del sector privado. El ministro, en consulta con el secretario permanente y el director de Servicios de Salud, toma las decisiones en materia de política. El secretario permanente tiene la responsabilidad de administrar la sede del Ministerio y de apoyar al ministro en su función política. El director de Servicios de Salud tiene a su cargo las labores diarias de administración y gestión de los servicios de salud.

El Departamento de Salud Pública tiene la responsabilidad de administrar los servicios de salud del Gobierno. Está organizado en departamentos de servicios comunitarios (atención primaria) y servicios de hospitalización (atención secundaria), cada uno dirigido por un administrador principal que rinde cuentas al director de Servicios de Salud. La responsabilidad por los asuntos presupuestarios compete a los jefes de las respectivas unidades.

La Ley de Salud Pública de 1976 proporciona el marco legal para proteger y promover la salud de la población. De conformidad con la Ordenanza sobre Hospitales Públicos, los servicios de salud del Gobierno son gratuitos en el lugar donde se prestan para ciertos grupos, en particular para los escolares de tiempo completo, las madres lactantes, los ancianos, los enfermos mentales, los trabajadores de salud, los bomberos, la policía, los presos y los oficiales de prisiones.

Los pacientes que necesiten servicios de diagnóstico y tratamiento más allá de la esfera de actuación del Hospital Peebles se envían a Puerto Rico, Jamaica, Barbados, los Estados Unidos, las Islas Vírgenes Estadounidenses y el Reino Unido. Las personas con seguro médico particular tienen la opción de envío al exterior sin siquiera ingresar al sistema de hospitales públicos.

La participación privada en el sistema de salud

Las Islas Vírgenes Británicas tienen un vigoroso sector privado de salud, que comprende atención hospitalaria y ambulatoria.

Hay un hospital privado (la Clínica Bougainvillea), que se especializa en cirugía plástica, dos consultorios odontológicos particulares y tres complejos médicos privados, todos localizados en Road Town. Quince médicos ejercen en el sector privado.

Muchos residentes utilizan el seguro médico particular para acceder a los servicios por medio del sector privado y a la atención en el exterior, sobre todo en las Islas Vírgenes Estadounidenses o en Puerto Rico, ya sea por elección propia o porque necesitan atención especializada no ofrecida localmente.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

Un sistema de seguro social obligatorio cubre a todos los trabajadores asalariados y tanto los empleados como los empleadores aportan cuotas al sistema; algunas personas tienen 100% de cobertura del Estado. Los trabajadores independientes también están obligados a participar en el plan. El plan de seguro social proporciona beneficios para maternidad, lesiones laborales y desempleo, subsidio de vejez, de enfermedad y para los sobrevivientes, y además otorga una subvención para gastos de entierro.

El debate sobre la elaboración y ejecución de un plan nacional de seguro médico continuó durante el período en revisión.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

El Gobierno no vigila ni regula las normas de atención de salud y, como tales, estas actividades son responsabilidad de cada proveedor e institución. Los debates sobre la formación de una junta de hospitales, que estaría subordinada al Ministerio de Salud y Asistencia Social, continuaron durante el período en revisión.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de salud

La nueva Ley Médica, promulgada en 2000, contiene disposiciones para la matrícula de profesionales de los campos médico, odontológico y paramédico, además de farmacéuticos. También contempla el establecimiento de un Consejo Médico y Dental y de un Consejo de Profesionales Paramédicos, con el fin de mejorar y hacer cumplir las normas para esta clase de profesionales. La Ley de Enfermería estipula la certificación de profesionales de ese campo.

El Ministerio de Salud tiene el mandato de reglamentar el ejercicio profesional, la matrícula y la acreditación en el sector privado, pero carece de mecanismos eficaces establecidos para hacerlo.

Los mercados básicos en salud

Se necesita un certificado del Director de Servicios de Salud y del Farmacéutico Principal para importar narcóticos a las Islas Vírgenes Británicas; todos los demás medicamentos empleados en el sector privado se compran en forma independiente y no están regulados por el Gobierno.

La calidad del ambiente

Varios departamentos se encargan de velar por la calidad del ambiente en las Islas Vírgenes Británicas. La Unidad de Salud Ambiental, parte del Departamento de Salud, tiene la responsabilidad principal. La Unidad de Agua y Alcantarillado (subordinada al Ministerio de Salud y Asistencia Social) se encarga de vigilar y mantener el sistema de abastecimiento de agua y evacuación de desechos sólidos del sector público. Varios otros ministerios y departamentos participan en cuestiones de salud ambiental, incluido el Departamento de Conservación y Pesca, el Departamento de Agricultura (subordinado al Ministerio de Recursos Naturales y Trabajo) y el Departamento de Agua y Alcantarillado (subordinado al Ministerio de Comunicaciones y Obras).

La calidad de los alimentos

La vigilancia de la calidad de los alimentos compete al programa de higiene de los alimentos de la Unidad de Salud Ambiental.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

El sector salud adopta tres enfoques en materia de promoción de la salud. El primero es un enfoque médico, que comprende actividades como exámenes de detección de cáncer de mama, del cuello uterino y de la próstata; inmunización, y cambios de comportamiento dirigidos por el cuerpo médico, como tratamiento del abuso de sustancias. El segundo es un enfoque basado en el comportamiento, que se centra en educación para la salud, mercadotecnia social y políticas públicas para promover el cambio del modo de vida. El tercero es un enfoque socioeconómico que aborda y defiende las mejoras en los campos que afectan a la salud, como los de vivienda y empleo. Las demás estrategias de promoción de la salud comprenden educación sanitaria, el uso de los medios de comunicación y la formulación de políticas y legislación. La acción intersectorial ha llevado a mejoras del suministro y de la calidad del agua, las existencias de viviendas y los niveles de ingresos, así como al fomento del consumo de una alimentación equilibrada y del ejercicio.

La Unidad de Educación para la Salud se encarga de formular y coordinar actividades de educación para la salud y de promoción de la salud. Entre sus logros están el establecimiento de un programa de educación sobre el asma y de prevención de ese trastorno y una campaña radiofónica para promover la prevención del VIH/SIDA y la educación al respecto. Las Islas Vírgenes Británicas tienen un Comité Nacional Intersectorial del SIDA. En 1997 se creó en Virgen Gorda un Consejo de Promoción de la Salud y del Bienestar Físico.

Prevención y control de enfermedades

La División de Salud Ambiental se encarga de la higiene de los alimentos, el control de vectores, la vigilancia de la calidad del

agua, la higiene institucional y la investigación de quejas, tales como las relacionadas con fosos sépticos, roedores y vehículos abandonados.

El control de las enfermedades transmitidas por vectores es una responsabilidad de la Unidad de Control de Vectores de la División de Salud Ambiental. El dengue es la enfermedad de transmisión vectorial más importante en las Islas Vírgenes Británicas. Las medidas de control habituales son la fumigación, el vertimiento de petróleo sobre la superficie de aguas estancadas y el suministro de peces larvivos para uso en cisternas y otros depósitos de agua. En 1999 la Unidad de Control de Vectores terminó sus cuatro ciclos trimestrales de verificación y tratamiento de la mayoría de las localidades; algunas se inspeccionaron y trataron cinco veces. Se realizaron 25.996 visitas acumulativas, de las cuales 25.271 fueron inspecciones reales; se encontraron 571 locales infestados y se trataron 2.017 con temefós. Se encontró *Aedes aegypti* en 636 de 38.313 depósitos inspeccionados. El equipo de control de vectores surtió a 1.054 cisternas con peces larvivos. El índice de infestación de viviendas con *A. aegypti* osciló entre 2,10% y 3,36% en 1999, en comparación con 3,18% y 4,02% en 1998.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

El único laboratorio de salud pública se encuentra en el Hospital Peebles. Las muestras que necesitan análisis no comprendidos dentro de la capacidad de diagnóstico básico del laboratorio se envían al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, a un laboratorio privado en Puerto Rico o a un laboratorio privado en Saint Thomas (Islas Vírgenes Británicas).

Durante el período en revisión se desplegaron esfuerzos para hacer más oportuno y completo el sistema de notificación de enfermedades transmisibles. Los dispensarios distritales y la Unidad de Historias Clínicas y el Laboratorio del Hospital Peebles constituyen los sitios de notificación del sistema.

Agua potable, evacuación sanitaria de excretas y alcantarillado

Todos los hogares tienen acceso al agua potable, que se suministra principalmente utilizando agua de lluvia recogida en cisternas domésticas. Por ley, toda casa y todo edificio comercial deben tener una cisterna. El agua corriente la suministra el Departamento de Agua y Alcantarillado a cerca de 80% a 85% de la población y se obtiene de varias fuentes subterráneas y de una planta de desalinización.

El Departamento de Agua y Alcantarillado vigila la calidad del agua que produce, así como lo hace la División de Salud Ambiental. Los programas de mantenimiento de la calidad del agua y 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 División de Salud Ambiental vigila la calidad bacteriológica del abastecimiento público de agua por lo menos una vez cada dos meses; además, se examina el agua de las cisternas y se certifica a los empleados de las empresas embotelladoras de agua. En 1997, 63% de las muestras de agua tomadas por la División fueron de calidad satisfactoria; este porcentaje aumentó a 77% en 1999. Se procedió a la cloración de todas las fuentes de calidad insatisfactoria.

Cerca de 90% de la población tiene un buen sistema de alcantarillado. Hay dos sistemas municipales de alcantarillado, uno en Road Town y otro en Cane Garden Bay. Este último se construyó en 1997 para proteger la playa de la contaminación. Los sistemas municipales están todavía en proceso de expansión para dar cabida al creciente número de conexiones. Hay unos 600 hogares conectados a estos sistemas; otros tienen fosas sépticas. El mal funcionamiento de los sumideros debido a la escasa permeabilidad del suelo sigue planteando problemas graves, en particular en las comunidades donde se han construido grandes edificios de departamentos.

Manejo de residuos sólidos municipales

El Departamento de Residuos Sólidos se encarga de la recolección y evacuación de los residuos sólidos y el funcionamiento del incinerador de Tórtola. Empleados del Departamento y contratistas privados recogen los residuos sólidos. El Gobierno cubre el costo de la recolección y la evacuación de los residuos sólidos, aunque algunas personas contratan y pagan a empresas privadas de recolección. En todas las principales islas habitadas, excepto en Tórtola, se utiliza una combinación de relleno sanitario e incineradores a cielo abierto. Se ha designado un sitio para relleno sanitario de largo plazo para Tórtola, pero se necesitan métodos alternativos de gestión para reducir el grueso de los desechos y aumentar el reciclaje. Los desechos peligrosos y especiales se eliminan en el incinerador de Tórtola, pero se necesitan normas y un mejor sistema de recolección y evacuación de desechos. No se cobra ninguna tarifa ni impuesto por el vertido de desechos sólidos.

Prevención y control de la contaminación del aire

Las Islas Vírgenes Británicas no tienen la capacidad técnica para vigilar la calidad del aire y no hay leyes establecidas para prevenir o controlar la contaminación del aire.

Protección y control de alimentos

El programa de higiene alimentaria inspecciona los locales de manipulación de alimentos e imparte adiestramiento al personal que participa en estas labores. Todos los manipuladores de alimentos están obligados a someterse a exámenes físicos, a pruebas de tuberculosis y a análisis de materia fecal para detectar huevos y parásitos. El inspector de la División de Salud Ambiental ofrece sesiones semanales sobre técnicas de manipulación de los alimentos para el personal de ese campo. Se exige

que dicho personal asista anualmente a las sesiones mencionadas para mantener su certificación.

Programas de ayuda alimentaria

Se administra un programa de productos cocidos por medio del programa para personas de edad con objeto de beneficiar a los ancianos confinados al hogar y a quienes acuden a los centros de atención geriátrica. Hay cinco centros en Tórtola, uno en Virgen Gorda y otro en Anegada. Un programa de suministro de víveres ofrece beneficios de US\$ 50 a US\$ 225 mensuales a las personas que necesitan asistencia pública. La Unidad de Desarrollo Social del Ministerio de Salud y Asistencia Social administra ambos programas.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

Se ofrecen servicios de atención primaria del sector público en los dispensarios distritales de salud. Hay un total de 13 dispensarios de salud en las Islas Vírgenes Británicas (2 son dispensarios satélites): el Centro de Salud de Road Town y otros ocho dispensarios en Tórtola, dos en Virgen Gorda, uno en Jost Van Dyke y otro en Anegada. El Centro de Salud de Road Town sirve de punto de referencia para los dispensarios distritales. El Dispensario de The Valley en Virgen Gorda está dotado de dos médicos; el dispensario de North Sound está dotado de una enfermera residente, apoyada por los médicos del dispensario de The Valley. El dispensario de Jost Van Dyke cuenta con una enfermera de atención directa y el de Anegada, con una enfermera especializada en salud pública; ambos reciben la visita regular de un médico. Los dispensarios de Tórtola y Virgen Gorda están debidamente dotados de personal y funcionan bien; los demás no cuentan con personal suficiente.

Los dispensarios distritales prestan una amplia gama de servicios de salud infantil, que comprende los de vigilancia del crecimiento y la nutrición, evaluación del desarrollo, tratamiento de las enfermedades comunes, orientación, salud escolar y exámenes de detección de anemia, incluida la anemia drepanocítica.

La población de la zona de captación aumenta por causa de los turistas y los residentes provisionales, como los que viven en yates, que también pueden recibir atención por medio de los servicios de salud pública.

En virtud de un arreglo con la División Internacional del Departamento de Salud del Reino Unido, una cantidad limitada de pacientes pueden acceder cada año a atención especializada en el Reino Unido. El Gobierno llegó a un acuerdo con una sociedad de hospitales de los Estados Unidos para la prestación de atención terciaria crítica no ofrecida en el territorio.

Las Islas Vírgenes Británicas tienen el Hospital Peebles, un establecimiento público de 44 camas, y la Clínica Bougainvillea, un

establecimiento privado de 8 camas, ambos localizados en Road Town. El Hospital Peebles ofrece servicios de admisión, atención obstétrica y ginecológica, pediátrica, oftalmológica, psiquiátrica y de cirugía general; también se ofrecen algunos servicios de atención neonatal intensiva. En mayo de 2000 el Gobierno abrió una unidad de diálisis renal con cuatro estaciones en el Hospital Peebles. Ese año se administraron 724 tratamientos a 55 pacientes. Otros servicios de atención ofrecidos comprenden cardiología, neurología y algunos servicios ortopédicos. En el hospital también se ofrecen servicios de diagnóstico básico, como pruebas biomédicas, rayos X y ecografía. El Gobierno tiene un arreglo preferencial con un proveedor privado en Road Town para comprar servicios de tomografía computada (TC) para el sector público, aunque tanto algunos de esos servicios como los de toma de imágenes por resonancia magnética se prestan en las Islas Vírgenes Estadounidenses. El total de admisiones del Hospital Peebles aumentó de 1.824 en 1997 a 2.206 en 2000 (excluido el pabellón de recién nacidos), con una estadía promedio de cinco días y una tasa de ocupación de camas de 58%. La Clínica Bougainvillea se especializa en cirugía general y de reconstrucción.

La atención ambulatoria del hospital se presta por medio de consultorios de atención de urgencia y de consulta externa, incluidos los de pediatría, cirugía, medicina, oftalmología, dermatología y obstetricia. El apoyo clínico comprende servicios de fisioterapia, rayos X y laboratorio.

Los tres complejos médicos privados y varios consultorios médicos privados de Road Town también ofrecen servicios de atención primaria y de diagnóstico básico. Los servicios comprenden desde práctica general, medicina interna, cirugía general, obstetricia y ginecología, gastroenterología, dermatología, psiquiatría y servicios farmacéuticos, hasta servicios de rayos X, mamografía, ecografía, tomografía computada y laboratorio.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

El único banco de sangre de las Islas Vírgenes Británicas está localizado en el Hospital Peebles. Toda la sangre para transfusión se somete a examen de detección del VIH. La Cruz Roja también examina a los donantes de sangre.

Servicios especializados

Se ofrece atención de salud reproductiva por medio del dispensario de planificación familiar. La enfermera que presta este servicio está asignada al Centro de Salud de Road Town, pero efectúa visitas regulares a los dispensarios de distrito. Los servicios ofrecidos por medio del dispensario de planificación familiar son planificación familiar integrada, orientación sobre el uso de anticonceptivos, pruebas de confirmación del embarazo, frotis de Papanicolaou, examen de mamas, servicios comunitarios de extensión, orientación, envío de pacientes a servicios ginecológicos y orientación sobre infecciones de transmisión sexual. En 2000, 46% de las usuarias de anticonceptivos escogieron produc-

tos inyectables, 40% píldoras, 9% condones, 3% dispositivos intrauterinos, y menos de 2% diafragma o espuma/jalea.

Además de las campañas anuales sobre el frotis de Papanicolaou, en 2000 el dispensario colaboró con la Unidad de Educación para la Salud en la "Competencia de Hermana a Hermana", en que se alentó a las mujeres a someterse a un frotis de Papanicolaou. En los 242 frotis realizados ese año se detectaron seis casos de displasia; cuando fue necesario, se remitió a estas pacientes para análisis más detallados.

Se anima a las mujeres embarazadas a buscar atención prenatal en los dispensarios de distrito o en consultorios privados. Todas las mujeres embarazadas se envían al dispensario del hospital a las 12 semanas de embarazo, donde un obstetra identifica los casos de alto riesgo. Se evalúa la concentración de hemoglobina, se trata la anemia, se realizan pruebas de detección de enfermedades venéreas (VDRL) y se administra el toxoide tetánico, cuando se necesita. Todas las mujeres embarazadas se envían al Hospital Peebles para el parto, aunque algunas van a las Islas Vírgenes Estadounidenses o a Puerto Rico a dar a luz para que el niño tenga la ciudadanía estadounidense.

Hay dispensarios para el cuidado de la hipertensión y la diabetes en Tórtola en Road Town, East End, Capoons y Carrot Bay, y en Virgen Gorda en North Sound y The Valley.

El Centro Comunitario de Salud Mental, localizado en Road Town, proporciona la mayor parte de la atención ambulatoria de salud mental en el territorio por medio de sus servicios de atención psiquiátrica ambulatoria. El Centro es dirigido por un psiquiatra, que también administra el cuidado de los pacientes psiquiátricos internados en el Hospital Peebles. A fines de 1999 había 236 clientes inscritos en el Centro. En el sistema seguido en el servicio de salud mental se hace hincapié en el tratamiento de las personas en su comunidad, que incluye la vigilancia y administración de los medicamentos, la prestación de servicios de orientación a la familia y el fomento del autocuidado. El personal del centro de salud mental visita el hospital, la cárcel y el hogar geriátrico cuando se necesita. Los funcionarios encargados de la salud mental también viajan regularmente a los dispensarios de Tórtola, Virgen Gorda, Jost Van Dyke y Anegada para el seguimiento de los pacientes. Los pacientes psicóticos se internan en el pabellón médico del Hospital Peebles. No hay enfermeras psiquiátricas de planta y las instalaciones son muy reducidas. Muchas de las personas que entran en contacto con el sistema penal, a menudo por ofensas leves, terminan en la cárcel y son tratadas allí por una enfermera especializada en salud mental.

Los servicios de fisioterapia y rehabilitación tienen su sede en el Hospital Peebles y se ofrecen consultas en el dispensario y visitas domiciliarias en las cuatro islas principales habitadas.

El servicio odontológico del Gobierno ofrece atención básica regular en los principales dispensarios de Road Town y Virgen Gorda; hay un dispensario móvil que presta servicios en Anegada y Jost Van Dyke. El tratamiento es gratuito para los escolares, los pobres, las personas mayores de 70 años, los reclusos, las perso-

nas con discapacidad grave, los bomberos y la policía; a otros adultos se les cobra una tarifa módica. También se ofrecen servicios de atención preventiva, exámenes y servicios educativos. El director de salud dental, en jornada de trabajo parcial, también trata a los adultos en dispensarios privados con un sistema de tarifa dividida con el Ministerio de Salud y Asistencia Social. El servicio odontológico está dotado de un cirujano dental, dos enfermeras/terapeutas dentales, un higienista dental y un auxiliar dental. El servicio odontológico vigila los programas de salud dental de las escuelas primarias y realiza exámenes de detección durante las visitas a las escuelas. El higienista dental realizó 68 visitas escolares en 2000. Ese año el servicio dental puso en práctica un programa de cepillado de los dientes en las escuelas primarias públicas.

Pearle Vision Centre, una concesionaria del sector privado, presta servicios de atención ocular. Se realiza un examen periódico de la vista de los niños y adolescentes como parte del programa de salud escolar y cuando los estudiantes egresan de la escuela secundaria.

En 1999 se establecieron servicios de audiología. Entre enero de 1999 y enero de 2000 se registraron 319 nacimientos; en ese período se estableció contacto con 136 (43%) de las nuevas madres acerca de los exámenes de sus hijos y se hicieron pruebas a 97 niños. De este grupo, 68% las pasaron y fueron retirados del programa. Se llamó a los demás para la realización de pruebas complementarias y el envío a servicios fuera de la isla, cuando se estimó conveniente.

Insumos para la salud

Medicamentos

En las Islas Vírgenes Británicas no se producen medicamentos, vacunas ni equipo médico. La farmacia del Hospital Peebles es la agencia central de compras para los servicios nacionales de salud pública. Los medicamentos se compran por medio del Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental (ECDS) y luego los dispensarios solicitan medicamentos a la farmacia del hospital, según sea necesario. No se dispone de estupefacientes en los dispensarios de distrito. Algunos medicamentos no incluidos en el formulario del ECDS se compran en forma directa a proveedores privados. Los médicos del sector privado hacen los arreglos para sus propias compras de medicamentos.

Inmunobiológicos

Las vacunas se adquieren por medio del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas. Cuando se necesitan con urgencia, algunas vacunas se compran a un vendedor en Barbados. Algunas vacunas se proporcionan sin costo alguno a médicos del sector privado. El sector privado pide directamente un limitado número de vacunas.

Equipo

Casi todos los suministros y el equipo de laboratorio se compran a vendedores de los Estados Unidos.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso

Las Islas Vírgenes Británicas tienen dificultad para atraer y contratar personal de salud por causa del alto costo de la vida, los sueldos poco competitivos y las escasas oportunidades de crecimiento y progreso profesional. Sigue siendo elevada la dependencia general con respecto a personal médico nacido y formado en el exterior. Las enfermeras suelen venir del Caribe y los médicos, de otros lugares más alejados. Por lo general las personas no naturales de estas islas reciben contratos de dos años y se observa una elevada rotación del personal extranjero.

Hay 15 médicos y 3 dentistas en el sector privado.

Formación del personal de salud

Por medio de una iniciativa de recursos humanos para la salud, 16 enfermeras diplomadas comenzaron un programa intensivo en el H. L. Stoutt Community College en marzo de 2000, conducente a un grado de licenciatura en enfermería conferido por la Universidad Estatal de Nueva York (SUNY) en Buffalo. Se adquiere otra formación profesional en otros países del Caribe, los Estados Unidos o el Reino Unido. El personal de salud también participa en programas locales de desarrollo profesional organizados por el Departamento de Salud y la División de Capacitación del Gobierno. Además, ese personal aprovecha los programas ofrecidos por medio de los servicios de educación a distancia de la Universidad de las Indias Occidentales en la sede del Community College.

Gasto y financiamiento sectorial

El Gobierno financia casi en su totalidad los servicios de salud pública. En 1996 el gasto total del Ministerio de Salud y Asistencia Social representó aproximadamente US\$ 12,46 millones (12%) del gasto público total. Los servicios comunitarios (de nivel primario) representaron un poco más de US\$ 2 millones (16%) del gasto del Ministerio de Salud y Asistencia Social, y los servicios de hospital (nivel secundario), unos US\$ 4,4 millones (35%). En el año 2000, el gasto total del Ministerio de Salud y Asistencia Social se estimó en US\$ 17,18 millones, lo que equivale a cerca de 17% del gasto público total (unos US\$ 99 millones). Los servicios comunitarios representaron alrededor de US\$ 2,88 millones (17%) del gasto del Ministerio, y los servicios de hospitalización, unos US\$ 6,6 millones (38%). El gasto médico ultramarino de los servicios

de salud pública fue de US\$ 92.263 en 2000. No se dispone de datos sobre el gasto en servicios de salud prestados por el sector privado.

Se cobra una tarifa nominal por servicios de salud en el sector público, aunque los niños, los trabajadores de salud, los presos, la policía, los bomberos y los jubilados están exentos. Por lo general las tarifas cobradas a usuarios permiten recaudar solo 8% de los costos de operación de los servicios de atención primaria y secundaria de salud. Por ejemplo, los ingresos fiscales del Estado provenientes de tarifas de servicios médicos y odontológicos fue de US\$ 895.000 en 2000.

Recursos de la seguridad social estatal

En el período 1996–2000, la Junta de Seguridad Social financió algunas mejoras de la sala de urgencias del Hospital Peebles.

También compró algún equipo de fisioterapia y colaboró en varias campañas de vacunación.

Recursos de instituciones y corporaciones

Mossack Fonseca Trust, Inc. compró equipo de examen ginecológico para el Hospital Peebles durante el período en revisión.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

El Programa Ampliado de Inmunización de las Islas Vírgenes Británicas recibió asistencia técnica de la OPS durante el período analizado y asistencia financiera para la campaña de vacunación contra la rubéola en 2000. El Proyecto del SIDA en los Jóvenes del Consejo Nacional de la Juventud fue financiado por la OPS/CAREC durante el período citado.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Islas Vírgenes Británicas, 1991–2000.

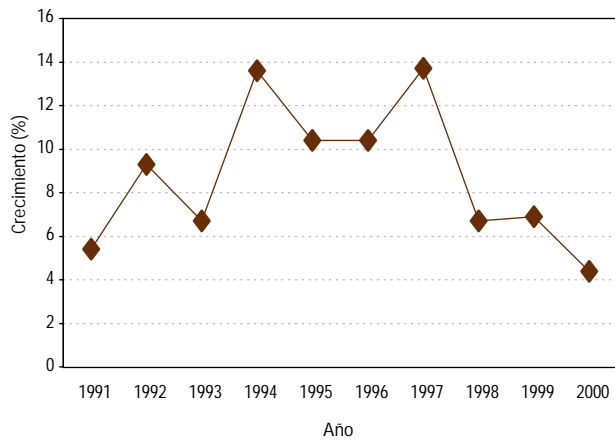


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Islas Vírgenes Británicas, 1995–2000.

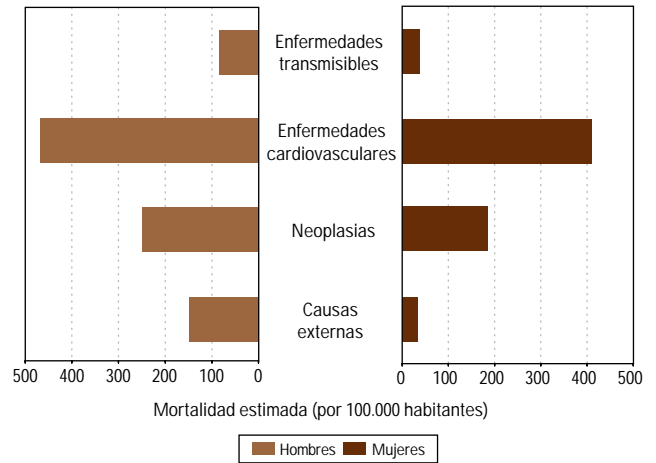


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Islas Vírgenes Británicas, 2000.

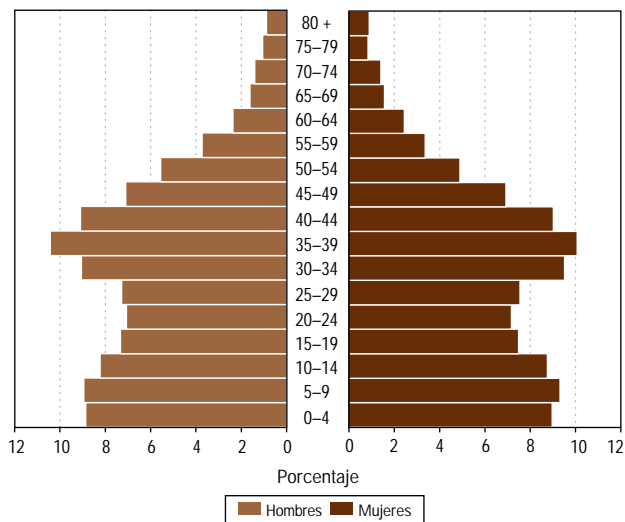
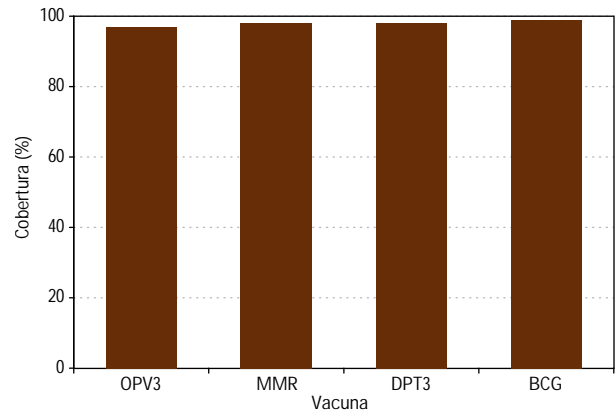


FIGURA 4. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año^a según vacuna, Islas Vírgenes Británicas, 1997–2000.



^aLa vacuna MMR se administra a la edad de 1 año.

JAMAICA

CONTEXTO GENERAL

Jamaica es una isla de 11.424 km² situada a unos 150 km al sur de Cuba y a 160 km al oeste de Haití. Es la más extensa de las islas 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, la capital, en la costa del sudeste, y Montego Bay, en la del noroeste. Adyacente a la zona metropolitana de Kingston se encuentra Portmore, otro centro urbano.

El sistema de gobierno jamaicano está basado en el modelo parlamentario de Westminster y el país ha disfrutado de una democracia relativamente estable desde su independencia, en 1962. El Gobernador General representa a la Corona Británica como jefe de Estado. El Gabinete de Ministros, seleccionados de la legislatura bicameral, es el brazo ejecutivo del Gobierno, encabezado por un Primer Ministro.

La economía del país es abierta y depende de las importaciones, en particular de las de combustible y alimentos. El turismo, la explotación de bauxita y las exportaciones agrícolas de productos como azúcar y bananos son los pilares tradicionales de la economía y a ellos se debieron los ingresos brutos en divisas de 1999. También las remesas privadas de dinero del exterior desempeñan un papel cada vez más importante en la economía.

La economía experimenta un proceso importante de reestructuración y reorganización. El programa de ajuste estructural, que se inició en 1983 y continuó hasta los años 90, se caracterizó por eliminar el control de las divisas y favorecer una mayor liberación del mercado. Durante los años noventa se aceleró la inflación, se redujo el consumo y aumentó la pobreza. Los reveses económicos, combinados con el aumento del servicio de una deuda pública en expansión, le plantearon al Gobierno grandes problemas de carácter fiscal.

En 1999, el PIB a precios corrientes se calculaba en J\$ 256.800 millones, lo que equivale a unos US\$ 6.600 millones. En 1999, la economía se contrajo en 0,4%, medida por el crecimiento del PIB a precios constantes, luego de un descenso de 0,5% registrado en

1998, lo que representó cuatro años consecutivos de recesión económica (figura 1). Las altas tasas de interés constantes y la poca capacidad competitiva se encuentran entre los factores que entorpecen el crecimiento. La inflación aumentó de 6,2% en 1998 a 8,2% en 1999, debido principalmente a las fluctuaciones de las tasas de cambio y al aumento de los precios del petróleo.

Por medio de la reducción del gasto público y de medidas estrictas sobre el ingreso, el Gobierno logró reducir el déficit del Gobierno central, al pasar de 7% del PIB en el año fiscal 1998–1999 a 5% en el año fiscal 1999–2000. Aunque las exportaciones se estancaron, una reducción de las importaciones, unida al aumento de los ingresos del turismo y de las remesas, generó una disminución del déficit externo de cuenta corriente a aproximadamente 3% del PIB durante el año fiscal 1999–2000, que había sido de 5% del PIB en el año fiscal 1998–1999. El aumento de la corriente de capital privado hacia finales del año fiscal 1999–2000 ayudó a subir las reservas internacionales netas.

El progreso hacia el logro de un nivel aceptable de salud para todos parece estar muy influenciado por factores sociales, tales como el acceso al agua potable y a la educación. En 1999 se realizó la Encuesta sobre las Condiciones de Vida en Jamaica, que reveló desequilibrios en el acceso al agua. La mayoría de los hogares en las zonas urbanas, en particular en el área metropolitana de Kingston, tienen conexiones domiciliarias de agua. Sin embargo, los residentes de las comunidades rurales y 20% de la población considerada como la más pobre se abastecía del agua proveniente de ríos, estanques y tomas públicas. Aunque el gasto en agua es mayor en los hogares de mayores ingresos, el porcentaje del ingreso destinado al pago del agua es más elevado entre las familias más pobres.

El cálculo oficial del desempleo se mantuvo en 16%, lo cual sugiere un aumento de la economía informal. Los resultados de la Encuesta sobre las Condiciones de Vida revelaron que la pobreza sigue siendo un problema grave en Jamaica. En 1999, la disminución de la media real del consumo per cápita estuvo acompañada de un aumento en la proporción de población que se encontraba por debajo de la línea de pobreza (17% en comparación con 16%

en 1998). Los niveles de pobreza eran mayores en las zonas rurales y en los hogares encabezados por una mujer, en comparación con los hogares encabezados por un hombre.

La población se calculaba en 2,6 millones hacia finales del año 2000, lo que representa un aumento absoluto de 16.000 personas con relación a la cifra calculada para 1999. La tasa de crecimiento anual de la población disminuyó de 1,0% en 1996 a 0,6% en 1999 (cuadro 1). No hay población indígena en la isla.

Los cambios demográficos ocurridos en la población de Jamaica han modificado la dinámica de la sociedad. Las tasas de mortalidad son relativamente bajas mientras que las tasas de natalidad, aunque moderadamente altas, han disminuido. En el año 2000, la tasa bruta de mortalidad se estimó en aproximadamente 5,1 por 1.000 habitantes y la tasa bruta de natalidad se calculó en 20,0 por 1.000, lo que indica que aunque la población está envejeciendo continúa siendo moderadamente joven.

Para el año 1999, la razón hombre/mujer en la población era de 99:100. Los niños de 0 a 14 años representaban 31% del total de la población en el año 2000 (figura 2). La población económicamente activa (15–59 años) se calculaba en 59% en el año 1999, y el grupo de 15 a 34 años representaba 32%. La población de 60 y más años representaba 9,7% del total en el año 2000. El promedio de la tasa anual de crecimiento de este grupo fue de 1,6%, ubicándolo como el segmento de población de más rápido crecimiento. El gran potencial de crecimiento rápido de este grupo de edad se debe a la disminución de las tasas de fertilidad y de mortalidad y al aumento de la esperanza de vida. Con casi 10% de la población con 60 y más años, la prestación de atención de salud y de otros servicios de apoyo a los adultos mayores representa un desafío económico. Para el año 2000, la razón de dependencia se calculaba en 68.

De acuerdo con estimaciones del año 2000, aproximadamente 43% de la población vive en los condados urbanos de Kingston, St. Andrew y St. Catherine (zona metropolitana de Kingston). La migración de las zonas rurales a las urbanas es una de las características más notables de los cambios en la población. La Encuesta sobre las Condiciones de Vida determinó que la proporción de niños y de personas de 65 y más años en las zonas rurales era de 36% y 9,6%, respectivamente, lo cual estaba muy por

encima del promedio nacional. Por lo tanto, la razón de dependencia resultó ser mayor en las zonas rurales que el promedio nacional. Por otro lado, la zona metropolitana de Kingston posee la mayor proporción de población con edades entre los 15 y los 64 años (63%) en comparación con el promedio nacional de 58%.

Lograr un crecimiento cero de la población era uno de los objetivos principales de la Política Demográfica Nacional de Jamaica. El descenso de la fertilidad en 1997, medida por la tasa de fertilidad total de 2,8 niños por mujer, se debió totalmente a una disminución de la fertilidad en las mujeres de 25 y más años. La proporción de embarazos no planificados sigue siendo alta y en 1997 fluctuaba de 83% entre las mujeres de 15 a 19 años a 50% entre las mujeres de 30 a 34 años.

La esperanza de vida ha aumentado gracias a la disminución de las enfermedades infecciosas, de la mortalidad maternoinfantil y de las enfermedades de la niñez. En 1998 la esperanza de vida al nacer se calculaba en 75 años (73 para los hombres y 77 para las mujeres). El aumento de la esperanza de vida ha beneficiado más al sexo femenino, tal como lo demuestra la brecha que se amplía gradualmente entre las esperanzas de vida de hombres y de mujeres.

Un logro fundamental, alcanzado durante el decenio de los noventa, ha sido el mejoramiento de la educación en todos los niveles. Ochenta y seis por ciento de la población de 15 y más años sabe leer y escribir, y el número de alumnos matriculados es alto. En 1999, más de 95% de los niños con edades comprendidas entre 3 y 14 años se habían matriculado en la escuela, así como 83% del grupo de edad de 15 a 16 años. Apenas un poco más de la mitad de los adolescentes de 17 a 19 años se habían matriculado en la escuela.

El acceso a las oportunidades de estudio y su utilización varían según las regiones y el nivel socioeconómico. A partir de los 14 años, el número de alumnos matriculados es mucho mayor en 20% de la población de altos ingresos y en las zonas urbanas. Los promedios de asistencia, establecidos en un período de referencia de un mes, mostraron que aproximadamente 80% de los estudiantes se ausentaban de 1 a 5 días y 13% de 6 a 10 días, mientras que las inasistencias eran más frecuentes en los grupos más pobres y en las zonas rurales. Las principales causas de ausen-

CUADRO 1. Indicadores demográficos seleccionados, Jamaica, 1996–1999.

Año	Población a mitad de año	Nacimientos	Defunciones	Migración neta	Tasa bruta de nacimientos (por 1.000 habitantes)	Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 habitantes)	Tasa bruta de aumento natural (por 1.000 habitantes)	Tasa anual del aumento de población (%)
1996	2.515.400	59.200	16.900	–18.100	23,5	6,7	16,8	1,0
1997	2.540.300	59.400	15.100	–18.600	23,4	5,9	17,5	1,0
1998	2.563.700	56.900	16.200	–20.100	22,2	6,3	15,9	0,8
1999	2.581.700	53.600	17.400	–21.000	20,8	6,8	14,0	0,6

Fuente: Jamaica, Instituto de Estadísticas de Jamaica, Estadísticas Demográficas, 2000.

tismo escolar fueron la falta de dinero, el cierre de las escuelas y las enfermedades. Una cohorte grande y en aumento de jóvenes que no han asistido a la escuela y que cuentan con pocas oportunidades de trabajo está generando problemas sociales y de salud, entre otros, elevada fertilidad, abuso de sustancias, delitos y violencia.

Mortalidad

Las estadísticas sobre mortalidad se basan en las causas básicas de muerte que figuran en los certificados de defunción. Noventa y tres por ciento (14.365) de las 15.372 muertes registradas en 1999 fueron certificadas por un médico o un médico forense; 13% de las muertes certificadas se codificaron como síntomas y enfermedades mal definidas, principalmente debido a que la información sobre las causas de muerte era incompleta y porque algunos médicos preparan mal el certificado de defunción.

Las enfermedades del sistema circulatorio figuraban en 4.452 (31%) del total de los certificados de defunción en 1999, y a ellas se debieron las tasas más altas de defunción tanto de hombres como de mujeres (cuadro 2). Este fue el único grupo de causa general en el cual las mujeres tenían una tasa de mortalidad mayor que los hombres (razón hombre/mujer 0:87). Las neoplasias ocasionaron 2.475 (16%) de las defunciones y fueron la tercera causa principal de muerte en hombres y la segunda en mujeres. Las causas externas totalizaron 1.872 (13%) de todas las defunciones certificadas y, según las tasas de mortalidad, es la segunda causa de muerte para los hombres y la cuarta para las mujeres. De todas las muertes certificadas, las enfermedades originadas en el período perinatal causaron 629 (4%) y las enfermedades transmisibles 607 (4%). Las tasas de mortalidad estimadas entre 1990 y 1995 se presentan en la figura 3.

El crecimiento de las comunidades urbanas en Jamaica tiene repercusiones importantes en la salud y ha intensificado el riesgo de problemas sociales, como lo demuestra el aumento de los homicidios y los accidentes entre las principales causas de muerte en 1999. Un componente importante de esta última categoría son los accidentes de transporte, los cuales representan 85% de todos los accidentes.

La diferencial de género en la mortalidad alcanza su máximo para causas externas tales como homicidios y accidentes. La tasa bruta de defunción por homicidio para hombres es casi 10 veces mayor que para las mujeres, y para los accidentes, la tasa correspondiente a los hombres es cuatro veces mayor que para las mujeres. En ambas categorías, la mayoría de los decesos fueron de hombres adultos jóvenes. En los hombres también se observan tasas más altas de mortalidad por neoplasias malignas, enfermedades cardíacas y VIH/SIDA. Sin embargo, el riesgo de muerte por enfermedad cerebrovascular, hipertensión y diabetes era más alto en las mujeres.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0-4 años)

Desde finales de los años setenta, no se cuenta con estadísticas fidedignas acerca de la mortalidad infantil. En 1999 se registraron solamente 881 defunciones de niños, lo que supone una tasa de mortalidad infantil de 16 muertes por 1.000 nacidos vivos, cifra por lo general considerada como una subestimación. En 1999 hubo 941 defunciones certificadas entre niños de 5 y menos años. El análisis de estas defunciones registradas mostró que las enfermedades originadas en el período perinatal siguieron

CUADRO 2. Número de muertes y tasas de mortalidad por grandes grupos de causas, Jamaica, 1999.

Causas	Total		Hombres		Mujeres		Razón hombre/mujer de la tasa de mortalidad
	Defunciones	Tasa de mortalidad (por 100.000 habitantes)	Defunciones	Tasa de mortalidad (por 100.000 habitantes)	Defunciones	Tasa de mortalidad (por 100.000 habitantes)	
Enfermedades transmisibles	607	23,6	363	28,2	244	18,9	1,5
Enfermedades originadas en el período perinatal	629	24,4	321	24,9	308	23,8	1,1
Enfermedades del sistema circulatorio	4.452	172,4	2.069	160,7	2.383	184,2	0,87
Causas externas	1.872	72,5	1.590	123,5	282	21,8	5,7
Neoplasias	2.475	95,9	1.270	98,7	1.205	93,1	1,1

siendo la causa más importante de muerte entre los niños de 5 y menos años de edad, al ocasionar 67% (629) de las defunciones. Las anomalías congénitas correspondieron a 86 (9,1%) muertes, las enfermedades transmisibles a 47 (5%), las causas externas a 26 (2,8%), y el VIH/SIDA a 21 (2,2%). Los homicidios (10 muertes) y los accidentes de transporte (7 muertes) contribuyeron principalmente a las muertes por causas externas. Otras causas importantes de defunción para este grupo fueron la influenza, la neumonía y las deficiencias nutricionales.

Los dos grupos principales de causas contribuyentes a la mortalidad infantil fueron las enfermedades transmisibles y las afecciones perinatales. Las enfermedades transmisibles se han asociado con el aumento de la transmisión perinatal del VIH y las afecciones relacionadas con la pobreza: falta de agua potable, saneamiento, alfabetización y educación. Las enfermedades originadas en el período perinatal están relacionadas con el acceso a los servicios de urgencia de obstetricia y a la atención prenatal y perinatal, así como con su calidad.

En este grupo de edad, los principales diagnósticos realizados en los hospitales son las infecciones respiratorias agudas, los envenenamientos, las lesiones por accidentes, la gastroenteritis y la violencia. En 1999, los niños menores de 5 años representaron 61% de los envenenamientos, 35% de las quemaduras, y 30% de los casos de asma que acudieron a las unidades de urgencia y accidentes de los hospitales públicos.

Aunque la gastroenteritis no es una de las cinco principales causas de muerte en niños menores de 5 años, hasta 1999 seguía siendo una causa importante de morbilidad y se le atribuían 6% de las visitas a las clínicas de tratamiento y centros de salud. Cuarenta y dos por ciento de los casos presentaban cierto grado de deshidratación, y menos de 1% se consideraba con deshidratación grave; 3% de los enfermos se refirieron al hospital para su ingreso. Desde 1995, los casos mortales de gastroenteritis no han llegado a 1%.

En 1999, 95% de los partos los atendieron profesionales de salud con experiencia. Aproximadamente 98% de los recién nacidos fueron alimentados exclusivamente con leche materna, pero a las seis semanas del nacimiento, al momento del examen posnatal, solo la mitad de las madres dijeron que estaban alimentando a sus hijos exclusivamente con leche materna. En 1999, los niveles de nutrición de la mayoría de los niños menores de 5 años que acudieron a la consulta eran satisfactorios. En 1998, la prevalencia de desnutrición fue de 4,7%. Entre los que acudieron a la consulta, la desnutrición moderada descendió de 6,4%, en 1989 a 4,7% en 1999, mientras que la desnutrición grave pasó de 0,3% a 0,1% durante el mismo período. La Encuesta sobre las Condiciones de Vida reveló que las mejoras detectadas entre las personas que acudieron a la consulta podían extrapolarse al resto de la población. Los niños de los hogares más pobres tienen más probabilidades de estar desnutridos y, en consecuencia, de presentar retardo del crecimiento. Estos niños también resultaron estar más propensos a la desnutrición en el momento del

destete. No se observaron diferencias de género, lo cual se atribuye a la mejora en los niveles de educación y al establecimiento de clínicas de nutrición en las zonas consideradas de alto riesgo.

La cobertura de vacunación disminuyó entre 1997 y 1999, pero mejoró en el año 2000, alcanzando los siguientes niveles de cobertura: 94% para BCG, 86% para anti-poliomielítica, 86% para DPT y 88% para antisarampionosa (figura 4). El análisis de la variación de la cobertura por región indicó que esta es más alta en el sudeste y el oeste, y menor en el noreste y el sur del país. La escasez de enfermeras de salud pública, de parteras y de servicios de transporte dificulta la prestación de servicios de salud a los niños menores de 5 años.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

En 1999, los niños de 5 a 9 años representaban 20% de los casos de laceración accidental, 14% de los de quemaduras y 10% de los de envenenamientos que acudieron a las unidades de urgencia. Las infecciones respiratorias agudas, los envenenamientos, las lesiones no intencionales, la gastroenteritis y la violencia fueron, para este grupo de edad, los principales diagnósticos de egreso hospitalario. Un estudio realizado en 1995 sobre las infestaciones parasitarias entre niños de 7 a 10 años, reveló 4% y 9% de prevalencia de *Trichuris* y *Ascaris*, respectivamente, aunque esto no estaba asociado con la presencia de anemia.

Los niños de este grupo de edad a menudo son víctimas de la violencia. En 1999, los niños de 5 a 9 años representaron 11% de los casos de agresión sexual y 6% de los de lesionados con objetos contundentes que acudieron a las unidades de urgencia. Son particularmente vulnerables los niños que viven en las calles y su número está aumentando; la mayoría de estos son varones. Las clínicas gubernamentales de orientación a los niños han registrado un aumento en la demanda de sus servicios. En el año 1999, los principales problemas de los aproximadamente 1.200 niños atendidos en esas clínicas fueron el síndrome de déficit de atención, problemas de adaptación y trastornos de la conducta.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

Uno de cada cinco jamaquinos es adolescente. Por lo general, disfrutan de buena salud y solo 2% de las defunciones producidas en 1999 fueron de adolescentes. Las enfermedades, las discapacidades y la muerte, en este grupo, se asocian principalmente con conductas de alto riesgo. Las lesiones, los trastornos de la conducta y los hábitos de salud reproductiva, las enfermedades respiratorias y la enfermedad cardiovascular (asociada con enfermedades reumáticas cardíacas) son comunes entre los adolescentes.

En 1999, las principales causas de hospitalización entre los adolescentes de 10 a 14 años fueron las lesiones, las enfermedades respiratorias (entre ellas el asma) y las neoplasias. Las lesiones y las enfermedades respiratorias fueron además las principales causas de las muertes ocurridas en hospitales.

Las enfermedades obstétricas en el caso de las mujeres y las lesiones intencionales en los hombres fueron las causas principa-

les de hospitalización para el grupo de 15 a 19 años. Las lesiones y las enfermedades cardiovasculares (asociadas con enfermedades reumáticas cardíacas), y el VIH/SIDA fueron las principales causas de muerte en este grupo de edad.

En 1996, la Encuesta de Salud de los Adolescentes en el Caribe realizada en toda la isla entre 2.635 adolescentes de los grados 9, 11 y 13 destacó la prevalencia de comportamientos de riesgo en la población adolescente. Treinta y seis por ciento de los adolescentes entre 10 y 19 años dijeron haber tenido relaciones sexuales; las niñas dijeron haber empezado a los 13 años y los niños a los 11. De estos adolescentes, 50% declaró haber tenido más de tres parejas; 53% nunca había usado métodos anticonceptivos y solo 39% de los adolescentes sexualmente activos, del grupo de 15 a 19 años, había usado un condón en su última relación sexual. Estos resultados se confirmaron en la Encuesta de la Salud Reproductiva de Jamaica (JRHS) realizada un año más tarde. Dicha encuesta también indicó que 39% de las mujeres ya había tenido su primer hijo a los 20 años de edad. En 1997, la tasa de fertilidad específica para la edad aumentó a 112 por 1.000 mujeres, para el grupo de 15 a 19 años. De acuerdo con la JRHS, 59% de las mujeres de este grupo, casadas o que vivían en unión libre, afirmaron usar anticonceptivos. El condón (27%) y la píldora (18%) fueron los métodos más utilizados.

En 1999, los adolescentes de 10 a 19 años representaban 53% de los casos de abuso sexual que se atendieron en las unidades de accidentes y urgencia. De acuerdo con los informes policiales, en este grupo de edad también se acumulaban 40% de los casos notificados de agresión y abuso sexual. Las tasas de infección por el VIH, notificadas por la Unidad de Epidemiología, eran tres veces superiores en las mujeres que en los hombres y, para este grupo de edad, el SIDA está entre las cinco principales causas de muerte.

La CAHS señaló que 35% de los niños y 21% de las niñas fumaban cigarrillos. El consumo de marihuana fue notificado por 8% de los hombres y 3% de las mujeres, y el consumo de cocaína alcanzó 2,1% y 0,6%, respectivamente. Estos resultados fueron avalados en 1997 por el estudio de los Patrones de Uso y Abuso de Sustancias entre los estudiantes de la escuela secundaria.

En el grupo de los adolescentes las lesiones intencionales representaron 23% y las lesiones accidentales 20% de los casos tratados en las salas de urgencia durante el año 1999. Para ese mismo año, los informes de la policía indicaron que el grupo de edad de 10 a 19 años representaba 15% de las víctimas de homicidio y 16% de las que recibieron heridas de bala no mortales. Excepto en los casos de abuso sexual, el número de hombres involucrados en casos de violencia es mayor, bien como víctimas o como victimarios. En el grupo de 10 a 19 años se registraron 2 suicidios en 1997, 14 en 1998 y 6 en 1999.

La encuesta CAHS señaló que de los estudiantes entrevistados 11% se vieron envueltos en riñas con armas y que 22% de ellos normalmente llevaban un arma (por lo general un cuchillo) a la escuela. El estudio también detectó depresión e ideas suicidas en

este grupo, 26% dijo sentirse con muy poco ánimo y motivación para seguir viviendo y 11% de ellos había intentado suicidarse. Algunos aspectos positivos del estudio fue la identificación de varios factores que brindaban protección a los adolescentes, tales como su vinculación con la escuela y la familia, y la religión o espiritualidad; la constatación de que 85% de los jóvenes consideraban que su familia los apoyaban, y que 78% de ellos estaban motivados para alcanzar sus metas.

Los estudios se basaron en la población estudiantil y no incluyeron a los jóvenes que no asisten a la escuela, lo cual es una limitación de los datos presentados. Sin embargo, parece razonable deducir que los jóvenes que no asisten a la escuela adoptan conductas de riesgo similares, debido especialmente a los altos niveles de desempleo, y el acceso limitado a la educación y a otras oportunidades.

La salud de la población adulta (20–59 años)

Tradicionalmente, las mujeres han utilizado los servicios de salud más frecuentemente que los hombres. Las visitas a los servicios de tratamiento, planificación familiar, de infecciones de transmisión sexual, dentales, de urgencia y ambulatorios han permitido el seguimiento y el diagnóstico temprano de trastornos de salud de la mujer. Los principales motivos que llevan a las mujeres a todos los niveles del sistema de salud son los trastornos de la salud reproductiva. Otros problemas importantes de salud son el VIH, las infecciones de transmisión sexual, la diabetes, la hipertensión y el cáncer.

El seguimiento de la salud reproductiva de la mujer se realiza por medio de una red de clínicas de atención pre y posnatal. En 2000, 67% de las mujeres embarazadas hizo un promedio de 4,3 visitas a los centros de salud gubernamentales. Se dispone de pocos datos sobre las mujeres que reciben atención prenatal en establecimientos del sector privado; sin embargo, 95% de todos los partos ocurren en los hospitales públicos. La mortalidad materna se ha estimado en 110 por 100.000 mujeres. La hipertensión durante el embarazo y las hemorragias posparto son las complicaciones que causan mayor número de muertes maternas.

En el año 2000 se realizaron pruebas de sífilis y hemoglobina en 75% y 74% de las mujeres, respectivamente, que acudieron a los centros de salud. Los niveles de sífilis en la población que recibía atención prenatal bajaron de 6% en 1996 a 2% en 2000. La prevalencia de anemia (Hb <10 g/dl) en las embarazadas o en mujeres que estaban amamantando siguió siendo alta (15%). Estos niveles tal vez reflejaban los niveles anteriores al embarazo, ya que las pruebas se realizaban durante la primera visita prenatal.

De acuerdo con el programa de vigilancia centinela para VIH/ITS, 1,2% de las 1.925 pacientes de las clínicas prenatales resultaron positivas a la prueba del VIH. Treinta y seis por ciento de los casos positivos pertenecían al grupo de edad de 20 a 24 años, 26% estaban en el grupo de 25 a 29 años y 16% pertenecían al grupo de 15 a 19 años.

Las consultas posnatales de las madres representaron una cobertura de 73% de los nacimientos calculados en 2000. Se seleccionó a 68% de las mujeres que acudieron a la consulta posnatal para participar en los programas de planificación familiar.

Cincuenta por ciento de las jamaicanas en edad de procrear (15 a 49 años), 66% de las cuales están casadas o viven en unión libre, utilizan algún método de planificación familiar. La JRHS de 1997 mostró una disminución en el uso de la píldora (de 36% a 32%), y un aumento en el uso del condón (de 15% a 26%) y de los anticonceptivos inyectables (de 14% a 17%). La encuesta también reveló que, de las mujeres que habían dejado de utilizar métodos anticonceptivos, una tercera parte había tomado la píldora, una tercera parte había optado por los condones y 14% lo había hecho por las inyecciones. En 1999, 93% de las usuarias de los servicios públicos de planificación familiar eran mujeres, y aunque estos servicios seguían ofreciéndose en 316 centros públicos y en 8 centros no gubernamentales hubo una disminución de 8% en el número de usuarias, lo cual probablemente refleja una mayor presencia del sector privado en el suministro de anticonceptivos.

La prevalencia de la hipertensión y de la diabetes es alta entre las mujeres de 20 a 59 años. En 1999, la diabetes fue una causa importante de muerte y se le atribuye una de cada nueve defunciones; la tasa de mujeres diabéticas aumentó de 51,8 por 100.000 en 1990 a 59,9 por 100.000 en 1999.

El cáncer de mama y el cáncer cervicouterino son las principales causas de muerte para este grupo. El riesgo de padecer estas enfermedades puede disminuir al modificar ciertos modos de vida, por lo cual debe hacerse más hincapié en la promoción de la salud.

En Jamaica se sabe poco sobre la violencia doméstica. El análisis de los datos recopilados durante seis meses por el Sistema de Vigilancia de las Lesiones en los tres hospitales principales (Kingston, Montego Bay y Clarendon) mostró que 30% de las lesiones sufridas por mujeres y relacionadas con la violencia fueron causadas por su pareja. Solo se notificaron dos violaciones en el año 2000, lo cual hace suponer que son pocas las violaciones que se notifican. El Constabulary Statistical Department informó que en 2000, 100 mujeres fueron víctimas de homicidio. Un estudio realizado en 1999 por el centro de atención de crisis para mujeres señaló el perfil de las mujeres víctimas de la violencia doméstica; 50% de estas mujeres tenían entre 30 y 39 años y 89% estaban casadas o vivían en unión libre por largo tiempo. El abuso emocional y psicológico fue notificado por 98% de las encuestadas, 59% informó alguna agresión sexual y 90% agresión física con o sin arma. Noventa y cuatro por ciento de las agresiones se perpetraron en el hogar de las encuestadas. De las que resultaron heridas, solo 26% informó a la policía sobre el incidente.

Apenas 20% de las visitas efectuadas a los centros curativos y 7% a los centros de planificación familiar correspondían a hombres.

El cáncer de próstata, tráquea, bronquios, pulmón y estómago fueron los cinco principales cánceres causantes de muerte entre

los hombres de este grupo de edad. En 1999, la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares fueron las causas principales de ingreso hospitalario y de defunción entre los adultos del sexo masculino.

Las lesiones continúan siendo la causa principal de morbilidad entre los hombres de 20 a 44 años. En 1999, más de 60% de todas las lesiones intencionales que se atendieron en las salas de accidentes y de urgencia correspondieron a hombres de este grupo de edad. Las lesiones accidentales y los accidentes de transporte también eran más comunes en los hombres. Los niveles más altos de abuso de sustancias y las múltiples parejas sexuales son factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de este grupo. El VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual se encuentran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad; 26% de todos los casos de SIDA notificados se encuentran en este grupo.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

En el año 2000, 9,7% de la población pertenecía a este grupo de edad. La razón hombre/mujer para este grupo es de 0,89:1, y de 0,71:1 para las personas de 70 y más años. En 1999, las enfermedades cardiovasculares fueron causantes de la mayoría de los ingresos hospitalarios para este grupo de edad, seguidas de la diabetes mellitus. La principal causa de muerte en los hospitales para este grupo en 1999 fueron las enfermedades cardiovasculares seguidas por las enfermedades del sistema respiratorio.

Setenta y tres por ciento de las personas de 75 y más años son jefes de familia y en su mayoría son mujeres. Un alto porcentaje de los adultos mayores (82%) vive al menos con un miembro de su familia, 1,8% vive con personas que no son parientes y 1% reside en instituciones. La Encuesta sobre las Condiciones de Vida señaló que el número de hombres mayores que viven solos duplica al de las mujeres mayores. Los hombres mayores tendían más a vivir en la pobreza, tenían vínculos familiares más débiles y requerían de asistencia social. La prevalencia de la pobreza entre los adultos mayores era de 9%.

Las enfermedades no transmisibles que más afectan a los adultos mayores son la hipertensión (43%, y su prevalencia aumenta entre las mujeres a 55%), la artritis (40%), el sobrepeso (34%), y la diabetes (10%). De los pacientes con diabetes e hipertensión, 60% tienen más de 60 años. Una encuesta publicada en 1996 reveló que los trastornos de la visión y la artritis eran las principales causas de discapacidad entre los adultos mayores.

El Consejo Nacional para la Vejez funciona bajo el mandato de la Política Nacional para los Adultos Mayores y se concentra en cuatro ámbitos principales, a saber: educación, salud, ingresos y seguridad social. Las actividades relacionadas con la salud incluyen consultas y ferias de la salud donde se realizan pruebas de tamizaje para la diabetes, la hipertensión y exámenes de la vista. Durante todo el año se realizan talleres y charlas sobre salud. En cada condado hay clubes de adultos mayores. En 1999, 541 grupos prestaron servicios a sus 25.000 miembros, de los cuales 73%

eran mujeres y 21% estaban confinados en su hogar. El Consejo ayuda a los adultos mayores a obtener acceso a servicios tales como cupones para comida, alivio de la pobreza, seguro nacional, medicinas (por medio del Programa Jamaicano de Medicinas para los Adultos Mayores) y transporte.

La salud de los trabajadores

Los trabajadores independientes representaban aproximadamente una tercera parte de la fuerza laboral, y a la mayoría de los sectores laborales no se les exige la notificación de datos sobre la salud ocupacional. Estos factores dificultan el seguimiento de la salud de los trabajadores. En 1999, la Dirección de Salud y Seguridad Industrial del Ministerio del Trabajo registró 1.497 fábricas en toda la isla, que empleaban a 46.088 trabajadores o 5% de la fuerza laboral ocupada. La razón hombre/mujer fue de 1:1; sin embargo, en la industria del azúcar había más hombres empleados, mientras que en los talleres de confección había más mujeres. La Dirección recibió 223 informes de accidentes de estas fábricas, es decir, 4,8 por 1.000 trabajadores, lo que representó un aumento desde el año 1996, en el cual se notificaron 3,2 accidentes por 1.000 trabajadores. En 1999, la tasa de casos mortales entre los trabajadores fue de 2,2 por 100.000 trabajadores, lo que representa una disminución con respecto a la cifra de 1996 que fue de 12,5 por 100.000. En 1998 la industria minera, que emplea a 4.000 trabajadores, no notificó muertes, y la tasa de lesionados llegó a 11,7 por 1.000 trabajadores.

Los derechos de los trabajadores están protegidos por la Ley de Compensación a los Trabajadores, la Ley de Seguridad Nacional, la Ley de Seguridad Industrial, la Ley de Jóvenes y la Ley sobre el Empleo de las Mujeres. Esta última regula las condiciones del trabajo de las mujeres. La Ley de Jóvenes prohíbe que los niños menores de 12 años trabajen y estipula el tipo y las condiciones de trabajo de los menores. De acuerdo con lo establecido en las iniciativas de la OIT, la OPS y la CARICOM, la Ley sobre Seguridad Ocupacional y Salud, aún en preparación, intenta regular la vigilancia de las enfermedades y las lesiones que ocurren en los lugares de trabajo, además de establecer las responsabilidades conjuntas de los trabajadores y patronos para garantizar la salud y seguridad a los trabajadores.

La salud de los discapacitados

Menos de 10% de la población jamaicana sufre de discapacidades. Las discapacidades físicas son las más frecuentes (29%). Catorce por ciento de la población discapacitada sufre de discapacidad múltiple, 12% de discapacidad visual, 8% de enfermedad mental y 5% de retardo mental.

Una encuesta realizada en el año 2000 entre 4.200 niños de 2 a 9 años reveló que, de acuerdo con la edad, 5,6% “no eran capaces de entender”, 4,4% tenían dificultades de aprendizaje y no podían hablar ni hacerse entender, 2,6% tenían algún retardo mental, 1,0% tenían dificultad para ver, 0,9% aún no podían pararse

ni caminar, 0,6% tenían dificultades para oír y 0,5% tenían ataques anormales.

La Política Nacional para Personas con Discapacidades que se discutió en el Parlamento en el año 2000 procura mejorar la situación y las condiciones de vida de las personas con discapacidades para que estas puedan disfrutar de una mejor calidad de vida. El Consejo para los Discapacitados de Jamaica es responsable de la coordinación y ejecución de las políticas, junto con las diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que prestan servicios a este grupo de personas.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Entre 1996 y 2000, los principales desastres en Jamaica fueron inundaciones en los condados de Portland y St. Mary. La Oficina de Preparación para Situaciones de Desastre y Gestión de las Emergencias, una entidad semigubernamental, tiene la responsabilidad de reducir el impacto de los desastres y las emergencias, además de coordinar las operaciones de emergencia y de socorro. No obstante, el Ministerio de Salud coordina el establecimiento de los planes nacionales y las operaciones de socorro que garantizan que el sector salud pueda responder a los desastres por medio de la prevención, la preparación y los programas de mitigación. El Ministerio de Salud y los Servicios Casevac de las Fuerzas de Defensa de Jamaica tienen a su cargo el traslado de los pacientes que requieren una atención de urgencia de mayor nivel que el disponible en el hospital que los refiere.

Entre las principales actividades relacionadas con el manejo de las emergencias y los desastres se encuentran las del Ministerio de Salud y el Centro Nacional de Operaciones de Emergencia para dirigir, controlar y coordinar la respuesta a las inundaciones ocurridas en 1998–2000, y el adiestramiento de personal en emergencias cardíacas, apoyo básico y de emergencia para adultos y niños, y manejo de víctimas en masa.

Enfermedades transmitidas por vectores

No se registraron casos autóctonos de malaria, enfermedad que se erradicó en 1960. En 2000 hubo siete casos importados de malaria.

En 1998 hubo un brote de dengue y se notificaron 1.509 casos. En 2000 se notificaron 25 casos. Durante 50 años no se han notificado casos de peste ni de fiebre amarilla. Las vacunas contra la fiebre amarilla se aplican a quienes viajan a zonas endémicas.

Enfermedades prevenibles por vacunación

No hubo casos de sarampión, poliomiélitis, difteria, ni tétanos neonatal en el período 1996–2000. En 2000, la cobertura de vacunación alcanzó 94% para la BCG, 86% para la DPT, 86% para la vacuna contra la poliomiélitis y 88% para la MMR (figura 4). En el año 2000 se llevó a cabo una activa vigilancia de los casos de

parálisis flácida aguda, sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita. Se notificó un caso de rubéola en 2000. En el período 1996–2000 hubo 15 casos de síndrome de rubéola congénita; sin embargo, los últimos casos se notificaron en 1998. Los laboratorios confirmaron 36 casos de hepatitis B en 1996 y 174 en el 2000.

Enfermedades infecciosas intestinales

Durante el período 1996–2000 no se notificaron casos de cólera. La fiebre tifoidea es endémica y se confirmaron siete casos en 2000, lo cual representó una disminución con respecto a los 32 casos notificados en 1996.

La tasa de defunción por gastroenteritis fue menor de 1% entre 1995 y 2000. En 1999, 9,7% de 1.859 viajeros entrevistados padecieron de diarrea.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 2000 hubo seis nuevos casos de lepra. Jamaica mantuvo su situación de eliminación en relación con la lepra, con una tasa de detección de casos de 0,27 por 100.000 habitantes.

En 2000 se detectaron 118 casos nuevos de tuberculosis y la tasa de detección alcanzó 4,5 por 100.000 habitantes. Esta tasa se ha mantenido desde 1990. De estos casos nuevos 62% eran hombres y 38% mujeres; 53% pertenecían al grupo de 15 a 44 años. Cuatro casos (3,4%) tenían menos de 10 años y habían estado en contacto con adultos que padecían la enfermedad. Los pacientes con tuberculosis son sometidos a pruebas de tamizaje para el VIH y en el año 2000 se determinó que 16 casos (14%) también estaban infectados con el VIH.

Infecciones respiratorias agudas

En 1999, las infecciones del sistema respiratorio representaron 17% del total de las visitas a los centros de salud en busca de tratamiento. Los datos de las encuestas indicaron que 73% de las consultas se debían a infecciones respiratorias agudas de las vías superiores, 18% de las vías respiratorias inferiores y 9% estuvieron motivadas por el asma.

En 1999, las infecciones del sistema respiratorio representaron 12% de todos los ingresos a las salas de urgencia y accidentes de los hospitales, y 49% de esas visitas se debieron al asma. Las infecciones del sistema respiratorio representaron 13% de los ingresos hospitalarios (sin incluir los casos de obstetricia).

Zoonosis

No se detectaron casos de rabia durante el período en revisión. Sin embargo, 24% de las muestras recibidas en 2000 resultaron seropositivas para leptospirosis, en comparación con la tasa de seropositividad de 51% en 1998.

VIH/SIDA

El número de casos acumulados de SIDA en Jamaica entre 1982 y 2000 fue de 5.099, de los cuales 3.125 eran hombres y

1.974 mujeres, lo que indica una razón hombre/mujer de 1,6:1. El análisis de la distribución por edad y sexo de los casos mostró que la tasa en las mujeres de 10 a 19 años era tres veces mayor que en los hombres del mismo grupo de edad. La tasa de letalidad por SIDA fue de 61% al finalizar el año 2000. Hubo 414 casos en niños con una tasa de letalidad de 54%.

En el año 2000, la incidencia nacional de SIDA fue de 352 por 1.000.000 de habitantes (figura 5). El condado con mayor incidencia fue St. James (761 por 1.000.000 de habitantes) seguido por los condados de Kingston y St Andrew (la incidencia combinada llegó a 557 por 1.000.000 de habitantes).

La principal forma de transmisión fue el contacto heterosexual (61% de los casos), la transmisión de madre a hijo representó 8% de los casos, el contacto homosexual/bisexual causó 7% y el uso de drogas intravenosas representó menos de 1%. Los casos de transmisión por transfusión de sangre contaminada también fueron menos de 1%, ya que en 1985 se estableció el tamizaje de todos los hemoderivados. En 25% de los casos no se pudo determinar el modo de transmisión.

La prevalencia del VIH entre los donantes de sangre fue de 0,36% en 1997 y de 0,47% en 2000. La prevalencia entre los pacientes de consultas prenatales fue de 1,0% en 1997 y de 1,3% en 2000, y entre los pacientes de consultas por infecciones de transmisión sexual fue de 6,4% en 1997 y de 4,1% en 2000. La prevalencia del VIH entre los trabajadores migrantes del campo alcanzó 0,08% en 2000, en comparación con 0,01% en 1997.

Infecciones de transmisión sexual

Las pruebas rápidas para la detección de la sífilis usando la prueba sérica con rojo de toluidina (TRUST) se iniciaron en 1994. La tasa de prevalencia de la sífilis infecciosa fue de 20,6 por 100.000 habitantes en 1996 y de 10,4 por 100.000 habitantes en 1999. Se registraron 36 casos de sífilis congénita en 1996 y 17 casos en 1999.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En 1996 se realizó un estudio basado en la población general, el cual determinó que la prevalencia de la diabetes en el grupo de 25 a 74 años era de 13% y la prevalencia de la obesidad era de 16% (IMC >30 kg/m²). En 1998 un estudio de intervención entre pacientes realizado por el Ministerio de Salud mostró que 63% de los pacientes diabéticos estaban controlados.

Enfermedades del sistema circulatorio

En 1999, las enfermedades cardiovasculares fueron la segunda causa de muerte; se registraron 2.184 muertes y la tasa fue de 84,6 por 100.000 habitantes; correspondieron a 13% de los diagnósticos emitidos para las altas de pacientes de los hospitales (no se incluyeron los casos de obstetricia) y fue la principal causa de muerte entre los pacientes hospitalizados, llegando a 33%.

En 1996, un estudio basado en la población general indicó que la elevada prevalencia de las enfermedades cardiovasculares es-

taba asociada con los bajos niveles de educación y señaló que los logros en el mejoramiento de la educación desempeñaban un papel importante en la disminución de la enfermedad. Se ha establecido que el uso de los servicios médicos aumenta proporcionalmente al aumentar el nivel de ingresos. Las mujeres jamaicanas de todos los niveles socioeconómicos utilizan los servicios médicos y, por lo tanto, tienen mayores probabilidades que los hombres, de recibir diagnósticos tempranos. La tasa de empleo en hombres y mujeres con enfermedades no transmisibles era significativamente menor, en particular en los que padecían diabetes. La encuesta también detectó que la prevalencia de la hipertensión (tensión arterial > 140/90 mmHg) en el grupo de edad de 25 a 74 años era de 25%. En 1996, un estudio de pacientes clínicos indicó que 20% de los pacientes hipertensos recibían tratamiento apropiado. Estos hallazgos fueron corroborados por un estudio de intervención realizado por el Ministerio de Salud en 1998 entre pacientes clínicos, que demostró que 24% de los pacientes hipertensos estaban controlados. Los efectos colaterales (notificados por 22% de los pacientes) y la interrupción del suministro de los medicamentos fueron las principales razones que impidieron a los pacientes continuar con el tratamiento.

Los datos obtenidos en 1999 de la Encuesta de Conductas de Riesgo indicaron que 36% de los hombres y 11% de las mujeres nunca fumaron, 59% de los hombres y 40% de las mujeres hacían ejercicio regularmente, 3,9% de los hombres y 16% de las mujeres dijeron ser obesos.

Neoplasias malignas

En 1999 se registraron 2.047 muertes causadas por neoplasias malignas, con una tasa de 93,2 por 100.000 personas. En los hombres el cáncer de próstata causó 30% de las defunciones por cáncer (28,9 muertes por 100.000 personas), el de pulmón 17% (15,9 por 100.000 personas) y el de estómago 9% (9,1 por 100.000 personas). En 1999, la mayoría de las neoplasias que causaron defunciones en la población de mujeres fueron el cáncer de mama (18%), el cervicouterino y de otras partes no especificadas del útero (14%), y de colon y recto (8%), con tasas de defunción respectivas de 15,8, 12,9 y 7,1 por 100.000 personas.

Durante un período de seis meses en 1999, se analizaron 30.000 frotis de Papanicolaou en los sectores público y privado, lo que representó una cobertura de 40% de la población destinataria entre 25 y 55 años. En 1999 se examinaron 17.000 frotis de Papanicolaou y se determinó que la prevalencia de neoplasia cervical intraepitelial (CIN-III) y de carcinoma in situ/carcinoma (CIS/CA) del útero era de 1,3%.

Accidentes y violencia

En 1999, excluyendo los casos de obstetricia, las lesiones fueron los principales diagnósticos en las altas hospitalarias entre los hombres de 5 a 45 años y representaron 17% del total. En 1999, en tres hospitales (Hospital Público de Kingston, Regional de Cornwall y May Pen) se registraron más de 12.000 lesiones en

un período de seis meses, ocasionando 9,4% de todos los ingresos a las unidades de urgencia y accidentes. Las lesiones por violencia representaron 49% de los ingresos por lesiones a estas unidades. En 1999, los datos obtenidos del Sistema de Vigilancia de Lesiones de Jamaica mostraron que 53% de los pacientes pertenecían al grupo de edad de 20-34 años y que 63% de ellos eran hombres.

Las lesiones por accidente representaron 3% (4.030) de los ingresos por lesiones a las salas de urgencia. Trece por ciento (525) de las lesiones por accidentes ingresaron a los hospitales. Los hombres sufrieron 64% de las lesiones por accidente y las mujeres 36% de ellas; las caídas causaron 35% de las lesiones por accidentes y ocurrieron principalmente en el grupo de menores de 5 años y en el de mayores de 60 años. Las laceraciones accidentales representaron 32% de las heridas no intencionales. La mitad de las heridas por accidentes se registraron en el hogar, y 9,4% (328) en las granjas o las industrias y afectaron principalmente a hombres del grupo de 25 a 44 años.

Los accidentes de vehículos de motor ocasionaron 2% (1.769) de los ingresos a las unidades de urgencia de los hospitales estudiados. Se les atribuyó 16% de todas las visitas por lesiones y 21% resultaron en admisiones hospitalarias. Sesenta y nueve por ciento de los pacientes eran hombres y 47% tenían entre 10 y 29 años. Los ocupantes de vehículos de motor representaron 36% de los lesionados.

Enfermedades emergentes y reemergentes

Durante el período 1999-2000 hubo 17 casos de meningitis por *Haemophilus influenzae*; 75% de los casos eran niños de 6 meses a 5 años de edad.

Salud mental

En 2000 los pacientes esquizofrénicos representaban 49% de los pacientes tratados en las clínicas de salud mental; los trastornos emocionales representaron 30%; el abuso de sustancias 8,3; los trastornos mentales orgánicos 5,8%, y los trastornos de la niñez y la adolescencia 4,2%.

En 2000, la razón hombre/mujer de pacientes con esquizofrenia fue de 1,3:1 y la mayoría de ellos eran mayores de 20 años. La razón hombre/mujer de los pacientes con trastornos emocionales fue de 0,5:1; con trastornos mentales orgánicos 1:1, para abuso de sustancias 5,5:1. En 1999 se evaluaron 1.156 niños en clínicas de orientación para niños y los diagnósticos fueron déficit de atención, problemas de adaptación y trastornos del comportamiento.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La misión del Ministerio de Salud es la de promover el bienestar físico, mental, social y espiritual, así como el mejora-

miento de la calidad de vida, facultando a las personas y a las comunidades y garantizándoles el acceso a servicios de salud eficaces en función de los costos, favorables a la salud, de curación, y de rehabilitación, en asociación con otros interesados directos. Además de su función como principal proveedor de servicios de salud, el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de definir la política de salud a nivel nacional, de formular los programas sanitarios, y de diseñar, operar y controlar los sistemas sanitarios.

El Ministerio revisó su política de salud en 1997. Las principales metas de las políticas de salud son las de continuar en la búsqueda de estrategias que permitan administrar con eficiencia el sector salud; asignar particular importancia a los programas de promoción y prevención; vigilar la aplicación de las normas, y garantizar el acceso a los servicios adecuados de diagnóstico, curación y rehabilitación. Estas metas se desglosan en los siguientes objetivos operacionales, que abordan las prioridades actuales:

- mejorar la organización, la gestión y el financiamiento del sector salud;
- garantizar la seguridad, la salud y el desarrollo de los niños en situación de riesgo;
- rehabilitar a los niños que manifiestan conductas anti-sociales;
- modificar los valores, actitudes y prácticas relacionados con el mantenimiento de la buena salud;
- prevenir, identificar y controlar la incidencia y la prevalencia de las lesiones y las enfermedades de manera oportuna;
- formular, aplicar y vigilar las normas de promoción de la salud y mantenimiento de un entorno saludable;
- velar de manera eficaz en función de los costos por que se hagan diagnósticos tempranos y eficientes, así como por la cura y la rehabilitación de quienes han estado enfermos.

Con la participación de los interesados directos se formularon planes corporativos trianuales y planes operativos anuales.

La reforma del sector salud

Los objetivos de la reforma del sector salud son fortalecer la capacidad y la competencia del sistema para dar respuesta a los nuevos desafíos que se le plantean al sector; mejorar la calidad de la atención; prestar asistencia sanitaria que esté al alcance de todos, y fomentar una mayor colaboración entre los sectores público y privado. Los principales elementos del proceso de reforma son la descentralización y la integración de los servicios; la reestructuración del Ministerio de Salud a nivel central; la promoción de normas de aseguramiento de la calidad; la ampliación de las opciones de financiamiento, y la creación de asociaciones con el sector privado.

El sistema de salud

Legislación sobre salud

La Ley sobre los Servicios Nacionales de Salud, sancionada en 1997 aprobaba el establecimiento de Autoridades Sanitarias Regionales, Juntas Regionales y Comités de Administración de los condados y hospitales que asesorarían a las Juntas. Esto fue ratificado por la Ley de Descentralización de la Administración Sanitaria, también de 1997, que reemplazó a la Ley de Hospitales y permitía el nombramiento de Juntas Sanitarias Regionales para administrar la prestación de servicios de salud de manera descentralizada. La Ley sobre Salud Mental (1997) fue modificada para permitir la prestación de un programa integral de salud mental, la regionalización de los servicios, la integración de todos los tres niveles de atención de salud y la reorganización del hospital psiquiátrico principal.

Con respecto al aseguramiento de la calidad, se hicieron modificaciones a las leyes que regían el ejercicio de la asistencia sanitaria de diversos profesionales y se exigió el registro de otros grupos. Las propuestas para establecimientos de salud, tanto públicos como privados, entre ellas la Ley sobre Hogares para Adultos Mayores, se promulgaron como ley para permitir el registro y la concesión de licencias a los establecimientos privados de salud (anteriormente, hogares para ancianos) y para reglamentar los establecimientos públicos y privados de la comunidad. La Ley de Administración y Control de los Centros de Cuidado Diario también fue modificada durante el período de revisión con el fin de mejorar la reglamentación de estos establecimientos.

La promoción de la responsabilidad individual por la salud recibió el respaldo de la Ley del Cinturón de Seguridad (1999), que hacía obligatorio el uso del cinturón de seguridad, y de la Ley que enmendaba lo dispuesto sobre el abuso de drogas.

Tres nuevos reglamentos de la Ley sobre Salud Pública fueron promulgados en el año 2000, entre ellos, los reglamentos para los establecimientos de venta de alimentos y servicios de turismo.

Descentralización de los servicios de salud

La descentralización de los servicios de salud se inició en 1996, con la creación de las Autoridades Sanitarias Regionales y la reestructuración del Ministerio de Salud. La facultad de la toma de decisiones (particularmente en asuntos de presupuesto) recayó en las Autoridades Regionales de Salud y se liberó a los hospitales y a los condados de la responsabilidad de tomar decisiones de este tipo. Además, algunas funciones administrativas del poder central retornaron a las autoridades regionales. Al frente de cada una de las cuatro regiones —sudeste, nordeste, oeste y sur— se encuentra un Director Regional y una Junta. Se elaboraron los acuerdos de servicios para cada región.

El Ministerio de Salud está dividido en dos áreas principales, a saber: administrativa y de servicios técnicos. Al frente de los

servicios administrativos está el Secretario Permanente que se encarga de los recursos humanos, las políticas, los planes, el presupuesto, las finanzas y el mantenimiento de los establecimientos de salud. El Secretario Permanente también es responsable de la Unidad de Registro Nacional, de los Servicios para Niños y del Departamento del Secretario General. El Funcionario Médico Principal es el responsable de la Dirección de Servicios Técnicos. Las tres divisiones principales son Planificación e Integración de los Servicios Sanitarios; Promoción y Protección de la Salud, y Normas y Reglamentos. Las Divisiones son las responsables de las políticas de desarrollo y asesoramiento; orientación profesional; calidad, normas y reglamentos; desarrollo y planificación de los servicios; programas especiales y proyectos; verificación del estado de salud (investigación); colaboración internacional en salud, y colaboración intersectorial.

La participación privada en el sistema de salud

El sector privado presta asistencia sanitaria por medio de médicos generales y especialistas, y por laboratorios, farmacias y hospitales privados. Los datos de la Encuesta sobre las Condiciones de Vida indicaron que la participación privada se hace principalmente a nivel de la atención ambulatoria; menos de 5% de las personas que requieren hospitalización acuden a los hospitales privados. Más aún, un estudio de 1996 sobre la satisfacción y el uso de los servicios de salud indicó que era más probable que la gente utilizara los establecimientos públicos para la atención preventiva de salud, tales como servicios de planificación familiar, inmunización y atención prenatal; por el contrario, los tratamientos ambulatorios para curación solían recibirlos en los servicios privados. Las organizaciones no gubernamentales también prestan servicios ambulatorios dirigidos a los segmentos más pobres de la población.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

Se estableció una unidad anterior a la ejecución para el plan nacional de seguros y se realizaron algunos estudios. Jamaica tiene un solo proveedor especializado que ofrece planes individuales y colectivos; en 1999 este proveedor pagó US\$ 27,2 millones en reclamos por servicios médicos. Las compañías que venden seguros de vida también ofrecen planes de seguros colectivos de salud; en 1997 estas compañías pagaron US\$ 22,6 millones en reclamos.

La Encuesta sobre las Condiciones de Vida indicó que la cobertura de los seguros de salud aumentó lentamente y de manera constante durante el período 1990–1997, pero no aumentó en el período 1997–2000. La encuesta también reveló que la cobertura de los seguros de salud fue de 12% en 1999; este estimado se basó en los cálculos de los proveedores de seguro que mostraron que el total de las personas aseguradas (287.396) equivalía a 11% de la población estimada para finales del año 1998. La Encuesta

también encontró diferencias marcadas y persistentes en la cobertura de seguro entre los distintos grupos de población de Jamaica. En 1999, la cobertura de seguro de salud era mayor en la zona metropolitana de Kingston (22%) comparada con la de otros pueblos (13%) y con las de las zonas rurales (6,5%). También existen diferencias por quintil de consumo, desde casi ningún tipo de cobertura en el quintil más pobre (0,4%), pero aumentando constantemente con cada quintil sucesivo, hasta un máximo de (33%) de cobertura en el quintil más rico. Los niveles de cobertura de las personas de 60 y más años son significativamente menores que los de las personas más jóvenes.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

En 1999, el Ministerio de Salud estableció la División de Normas y Reglamentos. Entre las funciones principales de la División se encuentran la formulación de políticas; el mantenimiento de un marco reglamentario y legislativo eficaz; la aplicación eficaz de las normas y los reglamentos, y la formulación de normas y protocolos para la atención de salud. A finales del año 2000, la División elaboró normas para los centros de maternidad y el personal de los hogares de adultos mayores.

Se prepararon protocolos para el manejo de las enfermedades crónicas, inicialmente la hipertensión y la diabetes. Además, se introdujeron las auditorías clínicas basadas en criterios establecidos destinadas a evaluar las competencias de los profesionales de salud en el manejo de las emergencias obstétricas graves.

El Consejo de Química es responsable de efectuar pruebas de los medicamentos y otros productos químicos y la Oficina de Normas se encarga de vigilar que los alimentos se elaboren de acuerdo con las normas y que sean inocuos.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

Todos los profesionales del campo de la salud deben obtener la certificación y el registro nacionales ante los organismos pertinentes de registro.

La calidad del ambiente

La Unidad de Salud Ambiental fue reorganizada durante la reforma del sector salud y cuenta con seis ámbitos principales de responsabilidad: salud y seguridad ocupacional; salud portuaria y cuarentena; aire y contaminantes; agua y aguas residuales; manejo de desechos sólidos; inocuidad de los alimentos, y salud pública veterinaria. Otros organismos con responsabilidad en la salud ambiental son el Organismo de Conservación de los Recursos Naturales, la Comisión Nacional del Agua, el Consejo de Plaguicidas, el Consejo de Química, el Laboratorio del Gobierno Nacional, la Oficina de Normas, y los ministerios de Agricultura, Agua, y Vivienda. La División de Control Ambiental se ajusta a las

normas químicas y biológicas internacionales sobre la inocuidad de los alimentos, el agua potable y las aguas servidas; el cumplimiento de dichas normas se hace de conformidad con la Ley de Salud Pública.

La estructura del nivel central de la División de Control Ambiental se repite a nivel regional, con inspectores de salud pública responsables de los inspectores, las inspecciones y la vigilancia de la calidad del agua. Los inspectores de salud pública también son responsables de la vigilancia de las plantas de tratamiento de aguas servidas y de la inocuidad de los alimentos. Actualmente, los inspectores de salud pública disponen de instrumentos normalizados para la recopilación de datos y la inspección.

El manejo de los desechos sólidos está bajo la jurisdicción del Ministerio de Gobierno Local, mientras que el Ministerio de Salud aporta el asesoramiento técnico y vela por el cumplimiento de la legislación de salud pública pertinente. Los desechos de los hospitales son responsabilidad del Ministerio de Salud.

En el año 2000, la Unidad de Control Ambiental (ECU) y la Oficina de Normas crearon un Comité del Codex Alimentario. La ECU colaboró con el Ministerio de Agricultura en la inspección y certificación de las exportaciones de alimentos. Se normalizaron los procedimientos para la inspección de los hoteles y de los alimentos importados.

El Consejo de Plaguicidas es responsable de reducir al mínimo los efectos perjudiciales de los plaguicidas sobre la salud y el medio ambiente. En 1999, Jamaica firmó el Convenio de Rotterdam acerca del procedimiento de información y consentimiento previos (ICP) relativo a ciertos productos químicos y plaguicidas peligrosos objeto de comercio internacional, y el país fue aceptado como miembro del grupo coordinador de las juntas de plaguicidas de la región del Caribe.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

Las estrategias para la promoción de la salud se centran en la modificación del modo de vida para evitar y controlar la obesidad, fomentar el abandono del tabaquismo y mejorar el manejo de la diabetes y la hipertensión. El objetivo es aumentar la actividad física y reducir la prevalencia de la obesidad a 15% en los adolescentes y a menos de 30% en la población mayor de 20 años. Los Ministerios de Salud y de Educación han colaborado con diversas organizaciones no gubernamentales para realizar intervenciones que incluyen campamentos anuales destinados a crear la facultad de recuperación y aptitudes para la vida en niños y en los adolescentes.

El programa nacional de VIH/TTS es multisectorial y multidisciplinario, y se concentra en la vigilancia, el control de las ITS, la comunicación para el cambio de comportamientos, pruebas de laboratorio, investigación, seguimiento y evaluación. El Comité

Nacional del SIDA (CNS) asesora al Ministerio de Salud en cuanto a las políticas relacionadas con el VIH/SIDA. La función principal del CNS es defender la causa junto con sus 60 organizaciones afiliadas, que provienen del Gobierno, de organizaciones comunitarias y religiosas, y de grupos privados que tienen vínculos con la comunidad. Los subcomités del CNS y los comités de los condados para el SIDA se encargan de aspectos técnicos, educativos, legales, éticos, financieros, de atención y de apoyo. Las actividades del programa parecen haber dado resultado, según lo demuestran la estabilización de la prevalencia del VIH, el aumento del uso del condón, la reducción de las infecciones de transmisión sexual y un alto nivel de conciencia pública sobre el VIH/SIDA.

Las principales estrategias para la promoción y la protección de la salud del lactante, del niño y de la madre incluyen la atención durante el embarazo, el parto y el período posnatal, así como la promoción de la nutrición y la prevención de infecciones. Sigue siendo difícil fomentar la participación de los hombres en los servicios de atención preventiva y curativa. Los consultorios para hombres, campañas especiales en los medios de comunicación social, programas en los lugares de trabajo y programas sobre paternidad orientados hacia la responsabilidad de los hombres son algunas de las actividades que se realizan para tratar de que los hombres participen en los programas de tratamiento y prevención.

Debido a los altos niveles de desempleo y a lo limitado de otras oportunidades educativas para los jóvenes que no asisten a la escuela, el Ministerio de Salud ha iniciado un programa integral apropiado para los jóvenes que procura reforzar su facultad de recuperación creando aptitudes para la vida.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

En Jamaica, para la vigilancia de las enfermedades transmisibles se usan sistemas pasivos y activos, que abarcan establecimientos centinelas de atención primaria tanto públicos como privados, hospitales, laboratorios y algunos hoteles. Los datos procedentes de los diversos sistemas de vigilancia se difunden luego a nivel nacional por medio de boletines semanales, y a nivel internacional (CAREC) por informes semanales. Además, la División de Promoción y Protección de la Salud publica el boletín *Epi News* y, si es necesario, prepara informes especiales para los medios y otros organismos. En 1999 había 49 establecimientos centinelas y 28 hospitales para la vigilancia activa, los cuales notificaban con 90% de puntualidad. En 1999, el sistema de vigilancia se extendió a las defunciones maternas y a las ocasionadas por lesiones. Ese mismo año se implantó en los departamentos de urgencia y accidentes de los hospitales el Sistema Jamaíquino de Vigilancia de Lesiones, que cuenta con sistemas de información computarizados.

La vigilancia de los casos de VIH/SIDA se lleva a cabo por hallazgos de casos con vigilancia activa y por medio de vigilancia

pasiva. La vigilancia activa se realiza contactando a los laboratorios, hospitales y hospicios, y a los médicos de establecimientos públicos y privados. Se estima que se ha logrado registrar 90% de los casos.

Continúa la colaboración con el Laboratorio Nacional de Salud Pública, con el CAREC, y con el Hospital Universitario de las Indias Occidentales para la confirmación de casos de enfermedades. En 1999, el CAREC y la OPS iniciaron varios proyectos especiales entre los que se cuentan el sistema de vigilancia centinela efectuada por médicos y la encuesta para meningitis bacteriana invasiva, septicemia y neumonía en niños. El adiestramiento en el uso de los sistemas de información geográfica continuó en 1999.

Los laboratorios de salud pública, entre otros el Laboratorio Nacional de Salud Pública, suministran servicios de pruebas para los hospitales públicos, y aunque no todos los servicios están disponibles en cada uno de los hospitales, se pueden realizar pruebas de microbiología, citología, hematología, química, histología e inmunología. El Laboratorio Nacional de Salud Pública ubicado en Kingston es el centro de referencia que ofrece un mayor número de servicios, inclusive pruebas del medio ambiente. En 1999, los servicios del laboratorio realizaron más de 1,7 millones de pruebas.

Agua potable

Con objeto de mejorar la calidad del suministro de agua en las zonas rurales, ocho condados utilizan una nueva tecnología para desinfectar el agua potable (SANILEC). Se introdujo el uso del foso de doble ventilación con la intención de proteger las reservas de aguas subterráneas, particularmente en las áreas rurales donde falta el agua corriente.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

El sistema de salud ofrece atención primaria, secundaria y terciaria. La atención ambulatoria a nivel comunitario es prestada por medio de una red que abarca toda la isla, compuesta por 343 centros de salud que según su tipo se clasifican de I a V. El centro tipo I ofrece servicios que están muy integrados en la comunidad. Cuenta con una partera y por lo menos dos asistentes de salud comunitarios que se encargan de prestar atención básica de salud materno-infantil, nutrición, planificación familiar y vacunación. Cada nivel subsiguiente atiende a una población más numerosa, el personal está más capacitado y se suministra tratamiento para enfermedades comunes y lesiones. El nivel más alto es el tipo V, que incluye centros integrales de salud que prestan una amplia variedad de servicios ambulatorios y están dotados de laboratorios.

Los servicios de atención secundaria y terciaria se prestan por medio de 23 hospitales públicos y del Hospital Universitario de

las Indias Occidentales. La capacidad total es de 4.802 camas. Estos hospitales se clasifican en "A", "B", "C" o "Especializado", de acuerdo con el nivel y el tipo de servicio que ofrecen. Los hospitales tipo A están ubicados en las grandes zonas urbanas y ofrecen servicios clínicos especializados para pacientes ambulatorios y hospitalización en más de cuatro especialidades básicas de servicios médicos. Las referencias a los hospitales tipo A se hacen desde los hospitales tipo B y C. Un hospital tipo B suele estar situado en una zona urbana y presta servicios ambulatorios y de hospitalización por lo menos en cuatro especialidades: cirugía general, medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría, además de los servicios de rayos X y laboratorio. Los hospitales tipo B reciben a las personas enviadas desde los hospitales tipo C, los cuales están ubicados en poblados de las zonas rurales y ofrecen servicios ambulatorios y de hospitalización. Los casos complicados son enviados a los hospitales tipo A y B.

Aproximadamente 38% de la población utiliza los servicios de atención ambulatoria del sector público, 57% acude al sector privado y 5% utiliza ambos sectores. Los servicios de salud del sector privado los presta una extensa red de profesionales que ofrecen atención especializada y los médicos de familia en toda la isla. Estos servicios se complementan con personal paraprofesional, laboratorios privados y servicios radiológicos, dentales y oftalmológicos. Las organizaciones no gubernamentales, como la iglesia, los clubes de servicios, la Fundación Jamaíquina del Corazón, la Asociación para la Diabetes, la Cruz Roja, el Grupo de apoyo de Jamaica a las personas con SIDA, Alerta contra la Adicción, Comunidad en pro de los Enfermos Mentales y otros grupos prestan servicios de salud a un precio mínimo.

Las especialidades quirúrgicas disponibles en los hospitales públicos incluyen odontología, otorrinolaringología, oftalmología, general, neurología, ortopedia, pediatría y plástica. La mayoría de las operaciones realizadas en el período 1997-1999 fueron opcionales y alcanzaron aproximadamente un promedio anual de 22.433 (55% del total), mientras que los servicios de urgencia y las cirugías diarias promediaron aproximadamente 10.596 (25%) y 7.881 (19%) operaciones, respectivamente.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

El banco de sangre recibe sangre de 12 centros de recolección. Toda la sangre es sometida a tamizaje para VIH, VTLH, HBsAg, VHC y VDRL. También se preparan componentes sanguíneos para transfusiones.

Servicios especializados

Los servicios de rehabilitación ofrecidos en el sector público abarcan fisioterapia, trabajo social, alteraciones del habla y terapia ocupacional. Actualmente, estos servicios están limitados a los hospitales tipo A, a algunos tipo B y a los hospitales especializados; en los establecimientos tipo C estos servicios son mínimos. Si bien los hospitales privados ofrecen principalmente servicios de fisioterapia, otros terapeutas ofrecen consultas o prestan

servicios a domicilio, pero usualmente solo en las grandes ciudades. El Centro de Rehabilitación Sir John Golding, una institución con 71 camas, situada en Kingston, ofrece servicios de rehabilitación a corto y a largo plazo. Las organizaciones no gubernamentales que funcionan en este centro prestan apoyo a los discapacitados y les suministran prótesis, sillas de ruedas y zapatos; dirigen un taller de artesanía, y les ayudan a encontrar escuelas y alojamiento, así como a desarrollar sus destrezas manuales.

Insumos para la salud

Jamaica tiene un formulario nacional; una lista vital, esencial y necesaria de medicamentos, y políticas concernientes al uso de medicamentos genéricos. La compra y la distribución de fármacos e insumos médicos para el sector de la salud pública se hace por medio de la Health Corporation Limited (HCL). En 1996, la HCL apoyó la iniciativa Medicamentos para los Adultos Mayores de Jamaica, al suministrar un paquete de medicinas a un costo nominal por intermedio de los sectores público y privado. En 1997 se puso en práctica el Drug Serv, un programa para el suministro de medicamentos por medio de locales de venta al por menor a bajo costo y complementar así la entrega de medicamentos que hace el sector público. En 1998–1999, 87% de las ventas de fármacos de la HCL se hicieron a los departamentos de salud y los hospitales. A pesar de estas iniciativas, las farmacias de los hospitales públicos solo satisfacen 65% de la demanda de las medicinas recetadas. Más de 90% de los suministros de vacunas para el programa de vacunas se adquieren gracias al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, de la OPS.

La Encuesta sobre las Condiciones de Vida indicó que tres cuartas partes de las personas que dijeron estar enfermas y que buscaron atención médica compraron sus medicamentos en farmacias privadas. Si bien el uso de estas farmacias tendía a aumentar mientras mejor era la situación económica de la persona, más de la mitad del 20% de la población más pobre también utilizaba estos servicios, lo que puede reflejar en parte la dificultad de las farmacias de los hospitales del sector público para satisfacer la demanda de medicamentos.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso

Hay escasez de personal de salud en todas las categorías principales, exceptuando las de médicos generales, enfermeras dentales y asistentes de salud comunitaria. Por ejemplo, en 1999 se llenaron solo 26 de los 35 puestos vacantes de funcionarios de salud mental; además, el conjunto de esos puestos tuvo que aumentarse de 35 a 86 para satisfacer la creciente necesidad en la comunidad de este tipo de funcionarios y disminuir la carga de trabajo en las instituciones de referencia. Los programas de adiestramiento no han podido satisfacer la demanda de personal

de salud, salvo en el caso de los doctores en medicina. La escasez de personal de enfermería es la más grave, aunque también hay carencias de personal para la gerencia y la administración en los establecimientos de salud. La escasez de personal se agrava por el éxodo constante de personal del sector público hacia el sector privado, y por la migración a otros países, en particular a los Estados Unidos y a Inglaterra.

Formación del personal de salud

Los programas de adiestramiento se ofrecen a todas las categorías de personal de salud en los niveles básico y posbásico. Durante el año 1999, la principal escuela para el adiestramiento del personal de enfermería e inspectores de salud pública, la Escuela de Salud Pública de las Indias Occidentales, fue transferida a la Facultad de Salud y Ciencias Aplicadas de la Universidad Tecnológica, que está bajo la dirección del Ministerio de Educación. El adiestramiento de los nutricionistas también fue transferido a la Facultad de Salud y Ciencias Aplicadas. La formación del personal de enfermería se sigue haciendo en las escuelas de enfermería del Ministerio de Salud, en los colegios comunitarios y en las universidades.

Investigación y tecnología en salud

El uso de datos basados en pruebas científicas para orientar los programas de desarrollo se ha fusionado con el concepto de Investigación Sanitaria Nacional Esencial. Los vínculos con la Universidad de las Indias Occidentales, el Consejo de Investigaciones sobre Salud del Caribe, así como con otras organizaciones internacionales y regionales, han orientado las iniciativas de investigación y adiestramiento dentro del servicio de salud de Jamaica.

A partir de 1995 se han introducido algunos sistemas de información para mejorar la vigilancia y la evaluación de los programas, los cuales incluyen el Sistema de Administración de Pacientes, el Sistema de Vigilancia de Lesiones y el Sistema de Seguimiento de Aguas Servidas.

Los avances de la tecnología de salud, como las técnicas de laparoscopia utilizadas para el diagnóstico y el tratamiento, aumentaron las opciones de prestación de servicios y han contribuido a disminuir la morbilidad y el tiempo de hospitalización para muchos casos de cirugía. Durante el período en revisión, la compra de nuevos equipos de diagnóstico, como los de tomografía axial computarizada (TAC) y los de resonancia magnética nuclear (RMN) representó un desembolso de capital considerable efectuado por el sector privado.

Gasto y financiamiento sectorial

La principal fuente de datos acerca del gasto en la atención de salud pública y privada es la Encuesta sobre las Condiciones de Vida, que analizó los gastos en la atención curativa durante un

período de referencia de cuatro semanas. Durante 1990–1999, el gasto en la atención de salud (a precios constantes) aumentó tanto en el sector privado como en el público. Los aumentos relativos fueron mayores en el sector público, aunque los costos en este sector siguieron siendo considerablemente más bajos y representaron menos de un tercio de los costos de atención de salud privados.

El presupuesto del Ministerio de Salud aumentó de US\$ 118,2 millones en 1995–1996 a US\$ 188,2 millones en 1999–2000. El presupuesto del Ministerio de Salud, como porcentaje del presupuesto gubernamental, fluctuó durante el período pasando de 5,3% en 1995–1996 a 7,0% en 1997–1998, para disminuir luego a 4,7% en 1999–2000. El presupuesto de salud como porcentaje del PIB varió de 2,6% a 3,5%. Aunque el presupuesto aumentó significativamente en términos nominales, mostró un crecimiento en términos reales apenas perceptible. La mayor parte del aumento en el gasto ha sido en el área de los sueldos del personal, los cuales aumentaron de 41% del presupuesto de salud en 1995–1996 a 73% en 1999. Aunque el Ministerio de Salud estableció la meta de asignar 25% del presupuesto a la atención primaria de salud, esto no ha sido posible, y durante los años noventa los fondos asignados para la atención primaria de salud oscilaron entre 20% y 23% del presupuesto de salud.

Si bien desde hace algunos años los usuarios sufragan parte de los costos de la atención, esto nunca ha representado una contribución importante al presupuesto del sector público. Sin embargo, en años recientes se modificaron las tarifas de los servicios y desde 1996 han aumentado constantemente, en términos abso-

lutos y como porcentaje del presupuesto de salud; las tarifas, como porcentaje del presupuesto de salud, se duplicaron en los años en que se aumentaron.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

La cooperación técnica y el apoyo financiero procedentes de las organizaciones intergubernamentales y de acuerdos bilaterales y multinacionales permitieron mejoras considerables de los establecimientos y servicios del Ministerio de Salud. Países como Alemania, Cuba, Italia, Japón, los Países Bajos, o grupos de ellos como la Unión Europea, además de organizaciones como el BID, la OIT, la OPS/OMS, el UNICEF, la USAID y el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) han contribuido a la prevención y el control de las enfermedades, a la prevención y el control del abuso de drogas, a la promoción de la salud, al desarrollo de los recursos humanos y a los programas de mejoramiento de la infraestructura de salud. Las actividades comunitarias de algunos de estos organismos se dedicaron a la salud ambiental y al saneamiento por medio del suministro de agua potable y la eliminación adecuada de las excretas.

En cuanto a la cooperación regional en el ámbito de la salud, Jamaica, además de ser uno de los países miembros de la OPS, pertenece al Consejo para el Desarrollo Humano y Social de la Comunidad de Países del Caribe (CARICOM), que coordina las actividades de la Comunidad en materia de salud. En su calidad de miembro de la CARICOM, suscribió el acuerdo "Cooperación para la salud en la zona del Caribe, Fase II".

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Jamaica, 1990–2000.

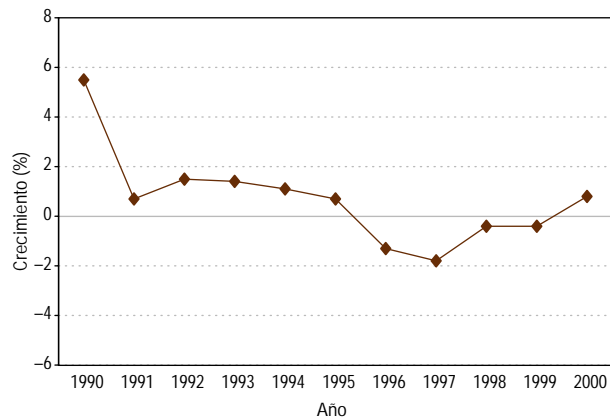


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Jamaica, 2000.

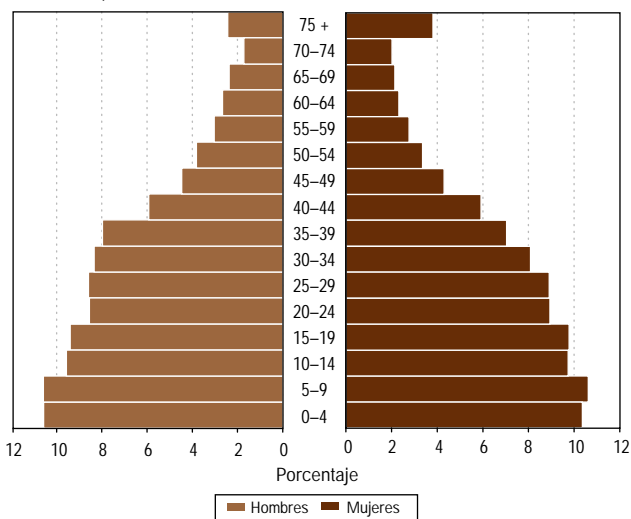


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Jamaica, 1990–1995.

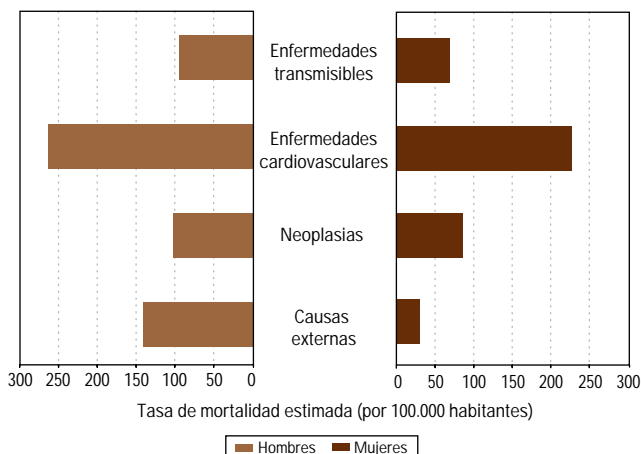


FIGURA 4. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año y en mujeres en edad fértil según vacuna, Jamaica, 2000.

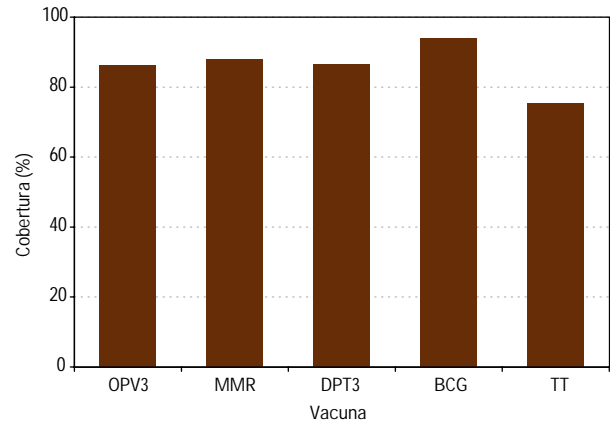
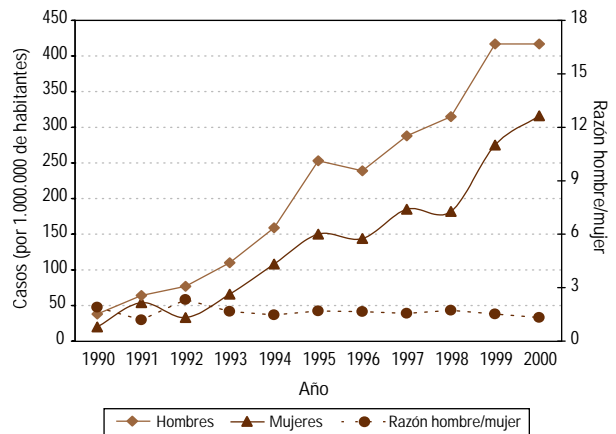


FIGURA 5. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Jamaica, 1990–2000.



MÉXICO

CONTEXTO GENERAL

Los Estados Unidos Mexicanos es una república representativa y democrática, compuesta por 31 estados y un Distrito Federal (la Ciudad de México, capital del país), unidos en una federación. El Gobierno Federal y los estatales tienen igual jerarquía y sostienen principios de autonomía y de asociación; el nivel municipal constituye el tercer orden de Gobierno, con 2.444 en todo el país. La Constitución Política de la nación define la división de poderes en ejecutivo, legislativo y judicial, así como el cambio de gobierno cada seis años. La situación política de los últimos años se ha caracterizado como un período de democratización y mayor pluralidad política. En las elecciones para presidente de julio de 2000 triunfó un partido político distinto al que había gobernado en las últimas siete décadas, lo que modificó la correlación de fuerzas políticas en las estructuras del Gobierno Federal.

En los últimos años se han acelerado los procesos de reforma económica del país, gracias a la actividad financiera y el comercio realizados en el contexto de la globalización, con los siguientes resultados: disminución de aranceles, eliminación de permisos de importación, liberalización de transacciones comerciales, saneamiento del fisco federal, reducción de las finanzas del sector público, desregulación de las actividades productivas internas y autonomía legal del Banco Central de México. México ha incrementado su presencia e influencia en el escenario geopolítico y económico regional, hemisférico y mundial, debido al Tratado de Libre Comercio de América del Norte, la incorporación a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, así como los acuerdos comerciales firmados con la Comunidad Económica Europea y otros países de América Latina y Asia.

Entre 1994–2000, los objetivos de la política económica fueron propiciar una mayor expansión de la actividad productiva y del empleo, canalizar mayores recursos al gasto social, reducir la inflación y fortalecer la economía fiscal y financieramente para evitar crisis como las sufridas en años anteriores. Se llevó a cabo una vigilancia estricta de la política monetaria y fiscal, al tiempo que se reforzó el control de la inflación y la libre fluctuación

monetaria. Entre 1996 y 1997 se sentaron las bases macroeconómicas para la recuperación, luego de la crisis económica de diciembre de 1994, pero en 1998 la crisis asiática y la baja en el precio del petróleo forzó a recortes del gasto público por US\$ 3.000 millones.

El producto interno bruto (PIB) registró 6,9% de crecimiento en 2000, el mayor en los últimos 19 años (figura 1). El valor de las exportaciones alcanzó los US\$ 122.000 millones, monto 23% superior al de 1999, con un crecimiento de 89% en las exportaciones petroleras y 19% en las no petroleras. Ese mismo año, 1999, el déficit de la balanza comercial fue de US\$ 4.500 millones, mientras que el déficit de la cuenta corriente en la balanza de pagos se cubrió en gran parte mediante la inversión extranjera directa y fuentes de financiamiento externo de largo plazo. La inflación fue inferior a 10%, la más baja de los últimos años, debido a la austeridad monetaria y fiscal y a la fortaleza del peso mexicano frente al dólar. El alto precio del petróleo entre 1999 y 2000 generó una captación de ingresos públicos superiores a lo esperado, lo que permitió el pago anticipado de adeudos con el Fondo Monetario Internacional.

En 2000, 60% de la inversión extranjera directa provino de los Estados Unidos de América, mientras que 90% de las exportaciones mexicanas (un tercio del PIB del país) se dirigieron a ese mercado. En los últimos años, el gobierno ha desarrollado una estrategia de colocación de productos mexicanos en el mercado internacional, lo que atrajo inversiones de otros mercados emergentes.

El escenario social mexicano en 2000 se caracterizó porque la población en condiciones de pobreza ascendió a 40 millones y la que vive en pobreza extrema, a casi 18 millones. En 1997 el índice de pobreza humana fue de 11% y el país estaba en séptimo lugar entre los países en desarrollo. La tasa de desempleo en 2000 fue de 2,3%, inferior a la de 1998 (2,8%) y 1997 (3,7%). Durante el año 2000, el empleo en la industria maquiladora se incrementó en 14%. El tiempo promedio de desempleo entre 1998 y enero de 2000 fue de 1 a 4 semanas y la mayoría de trabajadores desempleados que tenían historial de trabajo, abandonaron su empleo formal debido a la insatisfacción laboral.

El Censo General de Población y Vivienda de 2000 encontró que la población empleada en el sector de comercio y servicios alcanzó 53%; el industrial, 28%, y el primario, 16%. La misma fuente indicó que 53% de la población asalariada contó con servicios médicos. El número de viviendas privadas ascendió a 21,9 millones; el servicio de electricidad cubrió a 95% de las casas en el país; 86% de las familias cuentan con televisores en sus hogares y 9,4%, con computadoras. El Estado de Oaxaca, es el estado con el porcentaje más alto de viviendas con piso de tierra (39%), mientras que el Distrito Federal tiene el menor (1,2%).

Según el mismo censo, 87% de población entre 6 y 14 años sabe leer y escribir (88% de las niñas y 87% de los niños), porcentaje que llegó a 91% en los mayores de 15 años; en las zonas rurales poco más de 20% de las personas no saben leer ni escribir. La escolaridad promedio fue de 7,6 grados aprobados (7,8 en hombres y 7,3 en mujeres), con el nivel más alto en el Distrito Federal (9,7) y el más bajo en Chiapas (5,6). Los hombres tienen 73% de la primaria completa y las mujeres, 69%. Son analfabetos 7,4% de los hombres de 15 años o más y 11% de las mujeres. A pesar de que las mujeres terminan la primaria en mayor proporción que los hombres, es menor el porcentaje de las que se inscriben en la secundaria y continúan sus estudios.

La misma fuente informó que 40% de los residentes en el país declararon estar afiliados a alguna institución de seguridad social; las cifras más bajas se encontraron en los estados de Chiapas y Guerrero (18% y 20%, respectivamente) y las más altas en Coahuila (70%) y Nuevo León (66%). Casi toda la población (96%) refirió hacer uso de los servicios de salud: 39% de la seguridad social, 34% de los servicios privados y 23% de los brindados por la Secretaría de Salud.

La tasa de crecimiento de la población fue 1,4% en 2000 y la población total era de 97,4 millones de habitantes (51% mujeres y 49% hombres), a diferencia de 94,2 millones en 1997; 33% de la población era menor de 15 años y la media de edad se situó en 22 años (figura 2). La tasa de dependencia para 2000 fue 64% y se estimó que había 60,1 dependientes por cada 100 habitantes entre 15 y 64 años de edad. La tasa global de fecundidad pasó de 2,7 en 1997 a 2,4 en 2000 y los estados con las tasas más altas fueron Guerrero (3 hijos por mujer), Puebla (3,0), Chiapas (2,9) y Oaxaca (2,9). El número promedio de niños entre las mujeres de 25-29 años fue de 2,3 en las áreas rurales y de 1,4 en las urbanas.

Los flujos migratorios al interior del territorio nacional mostraron un incremento en 2000, en comparación con 1997. El porcentaje de la población que reside fuera de su lugar de nacimiento fue de 19%, en los hombres principalmente por razones laborales (20%) y en las mujeres por motivos familiares (22%).

La población del país continúa siendo predominantemente urbana, ya que tres de cada cuatro individuos residen en áreas urbanas y 29% de la población vive en 5 de las 32 zonas metropolitanas. Se estimó que en los últimos cinco años 1,6 millones de ciudadanos mexicanos se fueron a vivir al extranjero, 96% a Estados Unidos. De las personas que salieron de México en los

últimos cinco años, 17% regresaron y la pérdida estimada para 2000 debido a la migración internacional fue de poco más de 301.000 personas.

La esperanza de vida al nacer se incrementó de 73,3 años en 1994 a 75,3 años en 2000 (77,6 en las mujeres y 73,1 en los hombres). El descenso de poco más de 20% en la mortalidad infantil contribuyó al incremento en la esperanza de vida en los últimos cinco años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que la esperanza de vida ajustada por discapacidad para México era 62,4 años en los hombres y 67,6 en las mujeres. El análisis de los años de vida saludable indica que las principales pérdidas se deben a las enfermedades no transmisibles y las lesiones, y que los mayores porcentajes son para la diabetes mellitus (5,8%), los homicidios y violencia (4,8%), la cardiopatía isquémica (4,5%) y los accidentes de vehículo de motor, aunque los daños producidos por las afecciones perinatales (7,7%), las infecciones respiratorias (3%), la cirrosis (2,9%) y la desnutrición (1,9%) siguen jugando un papel importante.

Mortalidad

Entre 1997 y 1999 la mortalidad se mantuvo constante en términos absolutos, con una tasa general de mortalidad promedio de 439 por 100.000 habitantes en ese período. Los estados con las tasas más bajas fueron Quintana Roo, Guerrero, Campeche y Chiapas ubicadas entre 282 y 400 por 100.000 habitantes, mientras que las más altas fueron en el Distrito Federal, Puebla, Oaxaca y Chihuahua, con tasas entre 521 y 551 por 100.000 habitantes.

La mayoría de las defunciones durante 1999 se debieron a enfermedades no transmisibles, que ocasionaron 78% de las muertes, seguidas por las causas externas (accidentes, homicidios, suicidios) con 13% y por las enfermedades transmisibles (9%). La tasa de mortalidad en los hombres fue 509 por 100.000 habitantes y en las mujeres 396 por 100.000. Para ambos grupos, las enfermedades del corazón fueron la causa más frecuente de defunción, con tasas de 72 y 69 respectivamente, seguidas de las neoplasias malignas (53 y 54), la diabetes mellitus (45 y 51) y los accidentes (56 y 18). En la figura 3 se muestran las tasas de mortalidad según grandes grupos de causas para el período 1995-2000.

Las principales causas de muerte en 1999 fueron las enfermedades del corazón (71 por 100.000); las neoplasias malignas (55); la diabetes mellitus (47); los accidentes (36); las enfermedades del hígado (28); las enfermedades cerebrovasculares (26), y las muertes originadas en el período perinatal (20). Los homicidios (13) y el suicidio (3,4) están ubicados en los lugares noveno y décimo octavo, respectivamente. Aunque disminuyó la mortalidad por enfermedades infecciosas (5,7), VIH/SIDA (4,3) y tuberculosis (3,3), continúan siendo de interés para la salud pública.

Existen diferencias importantes entre los estados del país. Las tasas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón

fueron más altas en Sonora (72 por 100.000 habitantes), Chihuahua (67), Distrito Federal (69) y Nuevo León (62), mientras que Tlaxcala (24), Chiapas (25) y Oaxaca (30) tienen las más bajas. En contraposición, las tasas más altas de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales en menores de 5 años correspondieron a Chiapas (44), Tlaxcala (42) y Oaxaca (40), mientras que las tasas más bajas fueron en los estados del norte como Coahuila (7,1), Nuevo León (7,9) y Sinaloa (9,1).

La mortalidad infantil disminuyó de 44.377 defunciones (16,9 por 1.000 nacidos vivos) en 1997 a 40.283 en 1999 (14,5). También hubo descensos en la mortalidad neonatal, posneonatal y en menores de 5 años, esta última de más de 9.000 defunciones en 1997 a 7.800 en el 1999. Similar comportamiento tuvieron las defunciones en el grupo escolar, aunque los decrementos no fueron tan grandes. En contraste, la mortalidad materna se incrementó de 1.266 defunciones en 1997 a poco más de 1.400 en el 1999, al igual que las defunciones en la edad productiva (15–64 años), las cuales aumentaron de 165.000 en 1997 a poco más de 167.000 en 1999.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

Las tasas de mortalidad en el primer año de vida, crudas y ajustadas por subregistro, mostraron un importante descenso entre 1990–2000 y concentraron poco más de 80% de las defunciones en menores de 5 años. La tasa cruda de mortalidad infantil disminuyó de 16 por 1.000 nacidos vivos en 1997 a 15 en 1999. Las principales causas de muerte continuaron siendo las afecciones perinatales, las malformaciones congénitas y la infección por influenza y neumonía. Las defunciones en los hombres fueron 30% más que en las mujeres. La tasa de mortalidad infantil estimada por el método de Brass mostró para el año 2000 diferencias notables entre los estados; la máxima fue en Guerrero (33 por 1.000 nacidos vivos) y la mínima en Coahuila (12,1 por 1.000 nacidos vivos). Las tasas de mortalidad neonatal y posneonatal nacional disminuyeron de 9,7 y 6,7 por 1.000 nacidos vivos en 1997 a 8,6 y 5,8 por 1.000 nacidos vivos en 1999. La mortalidad perinatal también disminuyó en ambos componentes: la fetal tardía, de 6,4 por 1.000 nacidos vivos en 1997 a 6,1 en 1999, y la neonatal temprana, de 7,3 por 1.000 nacidos vivos en 1997 a 6,6 en 1999.

En el grupo de 1 a 4 años de edad la tasa de mortalidad disminuyó de 1,1 por 1.000 habitantes de ese grupo en 1997 a 1,0 en 1999. Las principales causas de muertes fueron los accidentes (21,3 por 100.000 habitantes de 1 a 4 años de edad); las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (10,6) y las enfermedades infecciosas intestinales (8,8). El índice de sobremortalidad masculina, aún cuando mostró fluctua-

ciones, se incrementó en 4,5 puntos porcentuales (de 116 a 121%).

La tasa bruta de mortalidad en menores de cinco años tuvo una disminución discreta de 1997 al 2000 (4,8 y 4,4 por 1.000 habitantes de ese grupo de edad respectivamente); la reducción fue más acentuada para las enfermedades infecciosas intestinales, que pasaron de 33,0 por 100.000 habitantes menores de 5 años en 1997 a 25 en 1999, y también para las infecciones respiratorias agudas, de 68 a 47 por 100.000 habitantes menores de 5 años.

La salud de la población en edad escolar primaria

La mortalidad general en el grupo de 5 a 14 años de edad disminuyó de 36 por 100.000 habitantes de ese grupo de edad en 1997 a 34 en 1999. Las principales causas de muerte en 1999 (todas discretamente inferiores que en 1997) fueron los accidentes (11 por 100.000 habitantes de este grupo de edad), principalmente los de tránsito en vehículo de motor; las neoplasias malignas (4,7), y las malformaciones congénitas (2,1). La mayor proporción de muertes por cualquier causa ocurrió en los hombres, con una razón de 2:1 respecto a las mujeres. Las lesiones accidentales fueron la principal causa de morbilidad en este grupo de edad y constituyeron poco más de 22% de los egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud en 1999, seguidas por las enfermedades del tracto respiratorio (16%). Los estados de Puebla, Chiapas, Oaxaca y Tabasco tienen las tasas de mortalidad en la población escolar más altas, mientras que Nuevo León, Coahuila y Durango presentan las más bajas.

Los registros del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia muestran que el número de niños y niñas atendidos en la calle entre 1996 y 1999 creció casi 5 veces (de 8.824 atenciones a 43.797 respectivamente). En 1999 existían 128.819 menores trabajadores marginales (14.322 en el Distrito Federal), de los cuales una pequeña proporción (<8%) hacen de la vía pública su espacio de vida.

La salud de los adolescentes y jóvenes

En 1999 los accidentes fueron la principal causa de muerte en el grupo de 15 a 24 años de edad, con una tasa de 31 por 100.000 habitantes de ese grupo de edad, seguidos de las agresiones por homicidio (14), las neoplasias malignas (6,5) y las lesiones autoinfligidas intencionalmente (5,7). Ese mismo año, se estimó que los hombres entre 15 y 19 años mueren 2,5 veces más por suicidio que las mujeres, 3,8 veces más por accidentes y 6,5 veces más por homicidios y lesiones.

La tasa de fertilidad en este grupo disminuyó de 84 por 1.000 mujeres en 1990 a 70 en 1999, lo que se atribuyó al incremento del uso de anticonceptivos. Durante 1998, 23% de las embarazadas atendidas en la Secretaría de Salud tenían entre 15 y 19 años y 24% de los partos atendidos en hospitales correspondieron a la población menor de 20 años, al tiempo que 33% del total de las adolescentes que recibieron atención obstétrica aceptaron algún método anticonceptivo antes de su egreso hospitalario.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones, el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes de 12 a 17 años aumentó entre 1993 y 1998. En este último, la prevalencia de consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida fue de 4,2%; las drogas más usadas fueron la marihuana (2,9%), las sustancias inhalables (1,3%) y la cocaína (1,2%), esta última la de mayor incremento. Más de un millón de adolescentes (12%) eran fumadores de tabaco (16% hombres y 7,4% mujeres), de los cuales 56% inició el hábito entre los 11 y 14 años de edad. El consumo de alcohol se incrementó entre los adolescentes de ambos sexos (14% en los hombres y 1,5% en las mujeres) y alcanzó el indicador de alto consumo (cinco o más copas en una sesión al menos una vez al mes); además, su uso continúa asociado con otras conductas peligrosas, como prácticas sexuales de alto riesgo (23%), ingresar a un coche donde el conductor está ebrio (16%) y el intento de suicidio (9%).

La salud de la población adulta

La tasa de mortalidad general en el grupo de 15 a 64 años de edad fue de 283 por 100.000 habitantes de este grupo de edad en 1999 (360 por 100.000 en los hombres) y se mantuvo estable desde 1997. Los estados de Oaxaca, Baja California, Chihuahua y Puebla tuvieron la mortalidad más alta en 1998, mientras las más bajas fueron en Quintana Roo, Aguascalientes, Campeche, Nuevo León, Yucatán y Zacatecas.

Los accidentes, principalmente los de transporte con vehículo de motor, fueron la primera causa de muerte en 1997 con una tasa de 41 por 100.000 habitantes; en 1999 la tasa se redujo a 39 y los accidentes fueron desplazados al segundo lugar por las neoplasias malignas, con una tasa de 40 por 100.000 habitantes. Las enfermedades del corazón fueron la tercera causa de muerte en 1997 (31 por 100.000), pero en 1999 descendieron (29 por 100.000) y la diabetes mellitus ocupó el tercer lugar (31 por 100.000).

En 1999, 66% de los egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud correspondieron a personas entre 15 a 44 años. Las hospitalizaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio fueron 67% del total, seguidas por los trastornos del sistema digestivo (6,4%) y las lesiones accidentales (6,3%). En el Distrito Federal, las enfermedades mentales en adultos de 18 a 65 años se estimaron en 9,0%; los episodios depresivos mayores fueron los más frecuentes (7,8%), con una razón de 2,5 mujeres por hombre.

La mortalidad materna ha sido constante en la última década, con un discreto aumento de 47 por 100.000 nacidos vivos en 1997 a 51 en 1999; las complicaciones hipertensivas y hemorrágicas permanecieron como las principales causas de muerte, y los estados de Chiapas, Guerrero, México, Distrito Federal, Tabasco y Tlaxcala tuvieron las tasas más elevadas (entre 7,0 y 6,5 por 10.000 nacidos vivos). El cáncer de cuello uterino disminuyó de 20 defunciones por 100.000 mujeres de 25 años y más en 1998 a 19,51 en 1999; el cáncer de mama también tuvo un decremento, de 15 en 1998 a 14 en 1999.

Investigaciones sobre la violencia contra la mujer encontraron en Guadalajara una prevalencia de 57% en las áreas urbanas y 44% en las rurales, mientras que 33% de las mujeres cuyo parto fue atendido en hospitales informaron haber sufrido violencia física, emocional o sexual durante el embarazo. En una encuesta realizada en el área metropolitana del Distrito Federal se encontró que en 11% de los hogares de la muestra hubo violencia física y en 14%, física extrema.

El porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) unidas en pareja que son usuarias de anticonceptivos fue de 70% para el año 2000, lo que significó un incremento de 1,2% respecto a 1997. Los estados con mayores porcentajes son Sinaloa (79%) y Nayarit (76%) y los menores se registraron en Guerrero (52%) y Chiapas (57%). En 1999, los métodos anticonceptivos más utilizados por las nuevas aceptantes fueron los dispositivos intrauterinos (26%), las hormonas inyectables (23%) y las hormonas de uso oral (22%), al tiempo que el uso de condones se incrementó poco más de 10% entre 1998 a 1999.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Entre 1997 y 1999 la mortalidad general descendió de 4.924 por 100.000 habitantes de este grupo de edad a 4.763 por 100.000, y en ese último año representó 49% respecto al total de defunciones, con predominio de los hombres (56%). Las principales causas de muerte en 1999 fueron las enfermedades del corazón (1.106 por 100.000 habitantes de este grupo de edad), principalmente la enfermedad isquémica del corazón (706); las neoplasias malignas (612), particularmente de tráquea, bronquios y pulmón (91), próstata (72) y estómago (63); la diabetes mellitus (584), y las enfermedades cerebrovasculares (417).

De noviembre de 1999 a julio de 2000 se realizó en el área metropolitana de la Ciudad de México una encuesta sobre las condiciones de salud y bienestar social en los adultos mayores. Se encontró un predominio de los hombres que sabían leer y escribir (87%), comparado con las mujeres de igual edad (78%), y mayor deterioro cognitivo en las mujeres (13%) que en los hombres (8,3%) de 60 a 80 años. Alrededor de 17% de las mujeres entrevistadas y 13% de los hombres mayores de 80 años informaron que vivían solos, y 22% de los hombres y 28% de las mujeres no tenían acceso a servicios de salud de la seguridad social.

La salud de los trabajadores

El número de casos notificados por enfermedades ocupacionales aumentó de 19 por 100.000 trabajadores en 1997 a 29 por 100.000 en 2000. Los trastornos auditivos y la sordera traumática fueron más frecuentes (45%), seguidos de las enfermedades respiratorias por emanaciones y vapores químicos (24%) y la neumoconiosis por silicatos (10%). La incidencia acumulada por accidentes del trabajo disminuyó de 317 a 286 casos por 100.000 trabajadores entre 1997 y 1999; sin embargo, la tasa de mortalidad ascendió de 9,3 a 10 esos años. Los estados con mayores

tasas de mortalidad en 1999 fueron Zacatecas con 21, Colima con 19 y Guanajuato con 18.

La letalidad por enfermedades y accidentes ocupacionales aumentó de 2,9 por 100 trabajadores afectados en 1997 a 3,6 en 1999 y la incapacidad permanente entre los que se enfermaron o accidentaron en el trabajo se incrementó de 3,9% a 4,7%. Los estados con tasas más altas de incapacidad fueron Chiapas (9,8%), Zacatecas (7,0%) y Tabasco (6,7%).

La salud de los discapacitados

Según el censo de 2000, 2,2 millones de habitantes (2,3% de la población total) tienen alguna discapacidad física o mental o de un problema de salud a largo plazo, 45% se encuentra en las edades económicamente activas; 45% del total de discapacitados presenta limitaciones relacionadas con los brazos o piernas, 29% es invidente o solo percibe sombras, 17% padece sordera o escucha con ayuda de un aparato y 10% presenta otra clase de discapacidad. En cuanto a las causas de discapacidad, 32% fueron consecuencia de alguna enfermedad; 23% por la edad avanzada; 19% de origen congénito; 18% secundarias a algún accidente, y 1,9% por otras causas. Los estados con mayores porcentajes de discapacitados respecto al total de su población fueron Yucatán (2,9%), Colima (2,4%), Zacatecas (2,4%), Nayarit (2,4%) y Campeche (2,3%).

La salud de los indígenas

En el año 2000 había 6 millones de personas mayores de 5 años que hablaban alguna lengua indígena, pertenecientes a 92 grupos diferentes distribuidos en el país; 62% de la población indígena se concentra en 15 estados y 531 municipios, principalmente en Yucatán y Oaxaca, en los que representa poco más de 37% de sus poblaciones totales, seguidos por Chiapas (27%) y Quintana Roo (23%). De los mayores de 15 años, 48% eran analfabetos, cifra muy superior a la de la población no indígena (8,5%); por sexo, eran analfabetos 28% de los hombres indígenas (contra 6,9% de los no indígenas) y 49% de las mujeres (contra 10%). El Consejo Nacional de Población estimó en 3,8 hijos por mujer la tasa global de fecundidad de las mujeres indígenas en 1995, discretamente inferior a la de 1990. En 1995, los grupos etnolingüísticos con las tasas de fecundidad más bajas fueron los mayas (3,3 por 1.000 mujeres en edad fértil) y los otomíes (3,3), mientras que los tzeltales (4,3) y los tzotziles (4,3) tuvieron las tasas más altas. La tasa de mortalidad infantil en indígenas, una vez corregido el subregistro por el método de Brass, fue de 59 por 1.000 nacidos vivos en 1997, dos veces superior a la nacional.

La salud de las poblaciones fronterizas

La frontera norte, colindante con los Estados Unidos, abarca seis estados de la República (Tamaulipas, Nuevo León, Coahuila, Chihuahua, Sonora y Baja California). En 1997 se estimó en esta zona un crecimiento poblacional de 4,3%; la tasa bruta de natalidad fue de 26 nacidos vivos por 1.000 habitantes y la tasa bruta

de mortalidad fue de 47 por 100.000 habitantes, más alta en los estados de Nuevo León, Tamaulipas y Coahuila. Las principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, las neoplasias malignas y los accidentes; esta última causa fue la primera de 1–45 años, mientras que las enfermedades del corazón y las neoplasias lo fueron para los de 65 y más años de edad. En 1999, un tercio de la población residente en las comunidades mexicanas de la frontera norte tenía menos de 15 años de edad, mientras que 4% era mayor de 65 años.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Entre 1997 y 2000 hubo varios desastres naturales considerados graves que afectaron fundamentalmente a poblaciones de bajos ingresos en el centro y sur del país; la superficie territorial afectada se estimó en más de 150.000 km² y la población damnificada, en poco más de 6 millones. En 1997, el huracán Paulina provocó grandes inundaciones en los estados de Oaxaca y Guerrero, y afectó a 900.000 habitantes en un radio de 995 km². En 1998 ocurrieron inundaciones severas en la costa y la Sierra Madre de Chiapas, con 650.000 afectados en un área de 26.000 km². En 1999 se notificaron 90 desastres naturales, de los cuales se destacan las inundaciones ocurridas por la depresión tropical N.º 11 que afectó a 594.883 habitantes de los estados de Chiapas, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Tabasco y Veracruz y puso en riesgo a más de 3 millones de habitantes en un área de 56.000 km². En 2000, hubo frecuentes inundaciones con consecuencias para los estados de México, Tabasco, Tamaulipas, Quintana Roo, Campeche, Coahuila y Michoacán. Asimismo, las emanaciones del volcán Popocatepetl motivaron el desplazamiento de miles de personas en los estados de México, Morelos y Puebla. La respuesta gubernamental fue amplia e incluyó múltiples talleres a nivel municipal sobre preparativos para desastres, la creación en 1998 de un fondo de ayuda mutua intermunicipal para casos de desastre y el análisis de vulnerabilidad estructural y funcional de los principales hospitales.

Enfermedades transmitidas por vectores

Los estados con mayor incidencia de malaria son Oaxaca, Chiapas y Sinaloa. No obstante, en 2000, el número de casos informados se redujo 45% respecto a 1999 y 71% respecto a 1998; el mayor brote de los últimos cuatro años fue en Oaxaca en 1998, con 11.349 casos. En 1999 y 2000 las tasas notificadas en Oaxaca descendieron a 120 y 15 por 100.000, respectivamente; en 2000, Chiapas concentró 49% de los casos del país y 35% se repartió entre Chihuahua, Sinaloa, Oaxaca y Quintana Roo. No se notificaron muertes por malaria entre 1997 y 2000.

La presencia del vector transmisor del dengue clásico y hemorrágico ha disminuido, lo que no ha sido suficiente para evitar los brotes. La incidencia de dengue clásico disminuyó de 52,1 casos

por 100.000 habitantes en 1997 a 2,4 en 2000 y solo Campeche, Guerrero y Michoacán tuvieron incrementos moderados en 1999. El dengue hemorrágico también mostró un notable descenso, de 954 casos informados en 1997, a 220 en 1999 y a 50 en 2000; los estados que notificaron más casos fueron Chiapas, Veracruz, Nuevo León y Oaxaca. La mortalidad disminuyó de 30 defunciones en 1997 a 10 en 1999 y la letalidad se redujo de 3,8 por cada 100 enfermos en 1999 a cero en el año 2000. El serotipo 3 del dengue se mantuvo en circulación durante 1997–2000 y en 1999 se agregó el serotipo 2, por lo que actualmente circulan los cuatro serotipos. Como parte del esfuerzo internacional por reducir la utilización de insecticidas, en el país se redujo 60% el uso del DDT en el año 2000.

Durante el período 1997–2000, la oncocercosis registró un total acumulado de 1.424 casos notificados (1,4 casos por 100.000 habitantes) y la incidencia en 2000 disminuyó 41,2% respecto a 1999 y 61,3% respecto a 1998. Los dos focos más importantes están localizados en Oaxaca y Chiapas y la población en riesgo se estimó en 158.824 habitantes, residentes en 953 localidades de 60 municipios. La leishmaniasis se presentó fundamentalmente en los estados de Quintana Roo, Tabasco, Campeche y Chiapas, con una morbilidad reportada de 1.700 casos en 1997, 20% superior a lo informado en 1996 y 40% inferior que en 1998. En 1997 y 1998 se notificaron 20 casos nuevos de la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana) por año y en 1999 esta cifra se elevó a 42; sin embargo, en un estudio realizado en comunidades del estado de Veracruz en el año 2000, se encontró que la incidencia fluctuaba entre 1 y 20 casos por 1.000 habitantes, fundamentalmente menores de 15 años. La mortalidad por esta enfermedad se ha mantenido estable, con 10 defunciones por año entre 1997 y 1999. El tamizaje de sangre para Chagas informado por los bancos de sangre del país en 1999 fue solo de 13%. El número de casos informados por picadura de alacrán creció casi 30% entre 1997 y 2000; en este último año y para 1997 se registraron 140 muertes por esta causa, las cuales disminuyeron a 108 en 1999.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Los últimos casos de difteria se presentaron en 1990 y los de poliomielitis, en 1991; sin embargo, se mantiene la vigilancia activa del síndrome de parálisis flácida aguda y se han identificado más de 370 casos anuales. Durante 2000, el sistema de vigilancia de las enfermedades exantemáticas informó 30 casos de sarampión en menores de 1 año y en adultos jóvenes pertenecientes al Distrito Federal (23) y los estados de México (4), Sinaloa (2) y Baja California (1); no se informaron casos de 1997 a 1999. En 1999, se notificaron 21.173 casos de rubéola, que disminuyeron 44,5% para 2000; Nuevo León, Estado de México y Distrito Federal fueron los que reportaron más casos.

La parotiditis disminuyó de 124.189 casos en 1997 a 27.911 en 2000. También disminuyeron los casos de tos ferina, de 593 en 1997 a 53 en 2000. Los casos de tétanos se redujeron de 169 en

1997 a 103 en 2000 y los de tétanos neonatal, de 44 en 1997 a solo 9 casos en 2000. La tuberculosis meníngea disminuyó de 200 casos en 1997 a 119 en 2000, notificados en 20 estados. La infección por *Haemophilus influenzae* tipo b descendió a 219 casos en el período 1997–1999; la vacuna se incorporó al esquema de vacunación en 1999. A partir de la introducción de la vacuna contra la hepatitis B en 1997, el número de casos reportados disminuyó de 1.527 en 1997 a 838 en 2000; el tamizaje de sangre es de 100% en los bancos de sangre del país.

El esquema de vacunación de México consta de las siguientes vacunas: BCG (antituberculosa); OPV (oral antipoliomielítica); MMR (sarampión, rubéola y parotiditis); el toxoide tetánico tipo adulto (Td); y la pentavalente, última compuesta por DPT (difteria, tos ferina y tétanos), HB (hepatitis B) y Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b). En 1999, las coberturas de vacunación fueron superiores a 95%: BCG, 99%; DPT, 98%; OPV, 96%, y MMR, 96%. En el grupo de 1 a 4 años, las coberturas se han mantenido superiores a 95% y en 2000 alcanzaron 98%; las más bajas fueron en el Distrito Federal (89%), Baja California Sur (96%), Sonora (96,7%), Baja California (97%) y Estado de México (98%). En la figura 4 se muestra la cobertura de inmunización en 1999 en los menores de 1 año. Las coberturas se han logrado por la combinación de dos estrategias: la fase permanente de vacunación (esquema básico de vacunación) y la fase intensiva (semanas nacionales de salud).

Enfermedades infecciosas intestinales

El número de casos de cólera experimentó un notable descenso entre 1997, cuando se notificaron 2.263, y 2000, con solo 5 casos. En el período 1997–2000 la letalidad se mantuvo por debajo de 1,0% y en 1999 no hubo defunciones. Las consultas por enfermedades diarreicas agudas aumentaron de 6.575 por 100.000 consultas en 1997 a 9.453 en 2000. Los menores de 1 año continúan siendo el grupo de edad más afectado, con una incidencia acumulada en el mismo período superior a 28.000 por 100.000 habitantes de este grupo. En 1997 se estimó que el promedio anual de episodios diarreicos en cada niño menor de 5 años fue de 2,2. La mortalidad por estas enfermedades en el grupo de menores de 5 años disminuyó entre 1997 y 1999, de 33 a 25 por 100.000 habitantes de este grupo de edad; los estados con las mayores tasas de mortalidad fueron Chiapas y Tlaxcala.

Entre 1997 y 2000, las parasitosis por ascariasis y otras helmintiasis tuvieron tasas de 479 a 350 casos por 100.000 habitantes, con predominio en los estados del centro y sur del país. En el mismo período, las enfermedades transmitidas por alimentos más frecuentes fueron la paratifoidea (con un promedio anual de 128 casos por 100.000 habitantes), la shigelosis (35 casos por 100.000) y otras infecciones bacterianas (34 casos por 100.000); no se conoce el subregistro de este tipo de enfermedades y los casos notificados disminuyeron de 34 por 100.000 habitantes en 1997 a 30 por 100.000 en 2000, sin aparentes diferencias entre los estados del país. Entre 1997–1999 se notificaron poco más de 200 defunciones por año debidas a intoxicación alimentaria.

La mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales pasó del lugar décimo cuarto (7,8 por 100.000 habitantes) en 1997 al décimo quinto (5,7) en 1999; los grupos de edad más afectados continúan siendo los menores de 1 año (72,1) y los de 65 y más años (38,6) y los estados con mayores tasas de mortalidad son Chiapas y Oaxaca.

Enfermedades crónicas transmisibles

El número de casos notificados de tuberculosis mostró una tendencia al incremento hasta 1998 y después se observa un nuevo descenso. La incidencia acumulada anual de todas las formas de tuberculosis entre 1997 y 2000 fue de 16 por 100.000 habitantes, con unos 16.000 casos notificados por año y poco más de 3.000 defunciones anuales, con un subregistro estimado en 30%. El área de mayor riesgo incluye unos 300 municipios, que aglutinan 70% de los casos; los estados con registros más numerosos fueron Tamaulipas, Guerrero, Baja California y Veracruz. Los casos de tuberculosis pulmonar disminuyeron de 19 por 100.000 habitantes (18.032 nuevos casos) en 1998 a 16 (16.085 nuevos casos) en 2000. La forma pulmonar de la enfermedad predominó en 88% de las defunciones reportadas entre 1997 y 1999 (3.666 defunciones en 1997; 3.229 en 1999) y en 1999 ocupó el lugar décimo noveno en la mortalidad general con una tasa de 3,4 por 100.000 habitantes. La detección de casos de tuberculosis pulmonar aún es baja, alrededor de 50% de lo esperado para 1999 y 2000. La tuberculosis meníngea disminuyó de 0,19 casos por 100.000 habitantes a 0,12 en el mismo período. La estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) alcanza más de 80% del número de casos diagnosticados y alrededor de 70% de ellos se curan. Los casos registrados de tuberculosis están asociados a padecimientos como diabetes (11%), desnutrición (5,0%), alcoholismo (4,0%) y VIH/SIDA (2,5%); en este último hubo un incremento entre 1997 y 2000, con un promedio de 242 casos nuevos por año.

La lepra no constituye un problema de salud pública en la mayoría de los estados del país. En 1997 la prevalencia global fue de 0,49 por 10.000, superior a la notificada en 1998 (0,43) y 2000 (0,42). Durante ese último año se detectaron 414 nuevos casos de la enfermedad; 64% de la forma multibacilar y 35% de la paucibacilar; 12 en menores de 15 años, y 46 con grado II de discapacidad. La mortalidad también disminuyó de 21 casos en 1997 a 14 en 1998 y a 13 en 1999. El programa de prevención y control de la enfermedad mantiene la horizontalidad del servicio de atención y conserva el esquema de tratamiento multimedicamentoso de la OMS.

Enfermedades respiratorias agudas

Las consultas médicas por enfermedades respiratorias agudas se incrementaron de 25.999 por 100.000 consultas en 1997 a 36.876 en 2000. Los menores de 5 años continúan siendo el grupo de edad más afectado, particularmente los menores de 1 año, con una incidencia acumulada en 1997–2000 superior a 150.000 por

100.000 consultas de este grupo de edad. La incidencia acumulada de neumonía e influenza se incrementó entre 1997 y 1999, pero descendió a 184 por 100.000 habitantes en 2000.

La tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias, incluidas la neumonía e influenza, disminuyó de 46 defunciones por 100.000 habitantes en 1997 a 43 por 100.000 en 1999, lo que significó pasar del séptimo al octavo lugar. Los estados con las tasas de mortalidad más elevadas (entre 31 y 64 por 100.000 atenciones) son Puebla, Oaxaca, Chiapas, Jalisco y Distrito Federal.

Zoonosis

Entre 1997 y 2000 se notificaron 51 defunciones por rabia humana: 24 en 1997, 15 en 1998, 7 en 1999 y 5 en 2000 (3 por murciélagos y 2 por zorrillos). Los estados con más casos fueron Nayarit, Veracruz, Yucatán, Oaxaca. Los perros con rabia reportados en 1997 fueron poco más de 500, mientras que en 2000 los casos de rabia canina confirmados en el laboratorio fueron 244. La cobertura de la Semana Nacional de Vacunación Antirrábica Canina aumentó de 10,6 millones de dosis en 1997 a 14,0 millones en 2000.

La incidencia de brucelosis fue de 5,2 casos humanos por 100.000 habitantes en 1997 y de 2,2 en 2000. Los estados con más altas notificaciones fueron Guanajuato, Sonora y Zacatecas y las principales fuentes de infección fueron la leche, sus productos y derivados contaminados, sobre todo de caprinos. El número de casos de teniasis ha disminuido y la incidencia de la enfermedad en 2000 fue 1,1 por 100.000 habitantes, mientras que la cisticercosis en humanos se ha mantenido estable y ese mismo año la incidencia fue 0,65 por 100.000 habitantes; para ambas enfermedades las mayores frecuencias se notificaron en los estados del sur del país. El número de defunciones por estas enfermedades fue constante entre 1997 y 1999, con alrededor de 15 casos por año, a excepción de la cisticercosis que supera las 200 defunciones anuales informadas (0,3 por 100.000 habitantes).

VIH/SIDA

Se considera que a partir de 1995 el país se encuentra en la cuarta fase de la enfermedad, por la estabilización en 4.000 casos nuevos notificados por año. Desde el inicio de la epidemia en 1981 y hasta octubre de 1999, se comunicaron 40.744 casos de VIH/SIDA y podrían llegar a 64.000 al considerar el subregistro (18%); alrededor de 150.000 personas son portadoras del VIH. La incidencia acumulada de la enfermedad aumentó de 3,7 por 100.000 habitantes en 1997 a 4,8 por 100.000 en 1998; en 1999 y 2000 disminuyó a 1,1 por 100.000 habitantes, por debajo de lo estimado en el modelo predictivo de casos para el año 2000 (4,2).

El grupo más afectado fue el de edad productiva (15–44 años) con 78% de los casos acumulados, seguido del grupo de 45 y más años con 18%, de los cuales 86% fueron hombres y 14% mujeres. La mayoría reside en zonas urbanas, principalmente en ciudades grandes como el Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey. La vía de transmisión fue sexual en 85% de los casos; sanguínea en

12%; perinatal en 2%, y una combinación de prácticas homosexuales y uso de drogas intravenosas en 0,7%. La transmisión sexual fue homosexual en 54% de los casos y heterosexual en 31%. El tamizaje para VIH en los bancos de sangre fue de 100% entre 1997 y 2000.

En 1999 el SIDA ocupó el décimo sexto lugar entre las principales causas de muerte, con una tasa de 4,3 por 100.000 habitantes; en los hombres le correspondió el lugar décimo quinto (7,4) y en las mujeres, el undécimo (1,2). En la figura 5 se muestra la tendencia de la incidencia anual registrada entre 1994 y 1999. En 1988 se creó el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA y se puso en marcha el Plan Estratégico Integrado sobre VIH/SIDA, del Grupo Temático de las Naciones Unidas.

Infecciones de transmisión sexual

Estas infecciones se incrementaron en general entre 1997 y 2000, además de que existe un subregistro de las mismas; la incidencia acumulada en 1997 fue de 3,5 por 100.000 habitantes y llegó a 3,8 en 2000. En el período señalado aumentó el número de casos nuevos de infección gonocócica, tricomoniasis, candidiasis y herpes genital, mientras que disminuyó la incidencia de chancro blando y linfogranuloma venéreo. Para la sífilis adquirida la tendencia es al decremento y en 2000 hubo 1,8 casos por 100.000 habitantes, al igual que la sífilis congénita con 67 casos en 2000 en total. La mortalidad por infecciones de transmisión sexual disminuyó de 34 defunciones notificadas en 1997 a 19 en 1999; poco menos de 50% de las informadas correspondieron a menores de 1 año.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La Encuesta Nacional de Nutrición-1999 encontró en los menores de 5 años una prevalencia de bajo peso para la edad de 7,5% (lo que significó una disminución de 47% con respecto a 1988); la de baja talla para la edad fue de 18% (22% menor a la de 1988), mientras que la de bajo peso para la talla fue de 2,0% (contra 6% en 1988). De 1988 a 1999 disminuyeron todas las formas de desnutrición, y en este último año la moderada fue 5,7% en los niños y 4,5% en las niñas, mientras que la severa se redujo hasta 1,1% en los niños y 1,3% en las niñas. En los menores de 5 años el consumo de proteínas y ácido fólico es adecuado; el de energía (73,5%) y vitamina A (86,3%), moderadamente deficiente, y el de hierro (64%) y vitamina C (64%), deficiente.

La anemia (definida como la concentración de hemoglobina por debajo de 11 g/dl para menores de 5 años y mujeres embarazadas y valores por debajo de 12 g/dl para las mujeres no embarazadas) fue de 27% en los menores de cinco años, con porcentajes de 26% en las mujeres de 12 a 49 años embarazadas y 20% en mujeres de la misma edad no embarazadas sin grandes variaciones entre las regiones norte, centro y sur del país. La Encuesta Nacional de Planificación Familiar de 1995 informó que 17% de los niños menores de 1 año no fueron alimentados con leche

materna, porcentaje que ascendió a 19% en las áreas urbanas. De acuerdo con el índice de masa corporal, 30,8% de las mujeres tienen sobrepeso y 21,7% están obesas.

La mortalidad general por deficiencias de la nutrición disminuyó de 10,7 por 100.000 habitantes en 1997 a 10 en 1999, y ocupó la posición décimo primera entre las principales causas de muerte. La mortalidad por esta causa en los menores de 5 años fue similar en 1997 y 1999 (16 por 100.000 habitantes de ese grupo de edad). El volumen de la tiroides se evaluó por ultrasonografía en 1999 y se encontró una prevalencia de bocio de 2,3%, inferior a la informada por la Encuesta Nacional de Deficiencia de Yodo de 1996.

Los casos registrados de diabetes mellitus disminuyeron ligeramente de 330,3 por 100.000 habitantes en 1997 a 350,2 en 1998, y a 292,3 en 1999. En 1998 el grupo de edad más afectado fue el de 65 y más años, con 1.892 casos por 100.000 habitantes de ese grupo de edad; en 1999 y 2000, la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento encontró que 24% de esta población era diabética, 70% mujeres. La mortalidad por diabetes se incrementó en los últimos años y se ha mantenido como la tercera causa de muerte, con una tasa de 46,5 por 100.000 habitantes en 1999.

Enfermedades cardiovasculares

La incidencia de enfermedades cardiovasculares fue de 294 por 100.000 habitantes entre 1997 y 2000; las causas más frecuentes en el año 2000 fueron la hipertensión, con una incidencia acumulada de 402 por 100.000 habitantes, y las enfermedades isquémicas del corazón, con 61. El grupo de edad más afectado fue el de 65 y más años de edad.

La mortalidad por enfermedades del corazón se incrementó hasta 1997, con predominio de las enfermedades isquémicas de corazón y de la enfermedad hipertensiva. En 1998 y 1999 hubo poco más de 68.000 defunciones por estas enfermedades, con una tasa de 71 por 100.000 habitantes en 1999; los estados con mayores tasas correspondieron a Sonora, Chihuahua, Nuevo León y el Distrito Federal.

Neoplasias malignas

El Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM), aún con coberturas de notificación bajas, informó que en 1999 hubo 90.605 tumores malignos (2.695 más que en 1998), con una incidencia acumulada de 92 por 100.000 habitantes; 66% correspondieron a mujeres; 58%, al grupo de 15 a 64 años y 29% al de 65 y más años. Los tumores más frecuentes en las mujeres fueron de cuello de útero (34%), mama (17%) y piel (12%); entre los hombres, piel (20%), próstata (17%) y estómago (6%).

Las neoplasias malignas fueron la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares en 1999. En 1997 la tasa de mortalidad fue de 54 por 100.000 habitantes y en 1999, de 55 por 100.000. En 1999, la tasa de mortalidad fue mayor en

las mujeres (57 por 100.000) que en los hombres (53 por 100.000) y el grupo de edad con la mayor tasa fue el de 65 y más años (612 por 100.000), seguido por el de 45–64 años (141 por 100.000). Los tumores con mayores tasas de mortalidad ese año fueron de bronquio y pulmón (9 por 100.000 habitantes), próstata (8) y estómago (5) en los hombres; y de cuello de útero (9), mama (7) y estómago (5) en las mujeres. Los estados del norte del país (Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Colima, Nuevo León, Tamaulipas y Sinaloa) fueron los que notificaron las tasas de mortalidad más altas, entre 63 y 72 por 100.000 habitantes.

Accidentes y violencia

Los accidentes fueron la cuarta causa de muerte en la mortalidad general en 1999, con una tasa de 36 por 100.000 habitantes (en comparación con 35 por 100.000 en 1997) y la razón hombre/mujer fue de 3:1. Los accidentes por vehículo de motor tuvieron la mayor frecuencia (25%), seguidos de los accidentes peatonales y ciclistas (17%); los estados de México, Jalisco, Puebla y el Distrito Federal, en ese orden, informaron las mayores frecuencias absolutas de esta lesión.

Las lesiones provocan cada año poco más de 12% del total de las defunciones del país; entre 1997 y 1999, 65% correspondió a los accidentes (alrededor de 35.000 defunciones); 23% a los homicidios (alrededor de 13.000 defunciones), y 6,1% a los suicidios (alrededor de 3.000 defunciones). La mortalidad por homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona disminuyó de 14 por 100.000 habitantes en 1997 a 12 por 100.000 en 1999, permaneciendo en la novena posición. Las defunciones predominaron en los hombres (22) respecto a las mujeres (3) y los estados con mayores tasas fueron Guerrero, Baja California, Oaxaca, Sinaloa y Morelos. Los suicidios entre 1997 y 1999 disminuyeron de 3,6 a 3,4 defunciones por 100.000 habitantes por año y también los hombres mostraron tasas de mortalidad más elevadas que las mujeres (5,8 contra 1,0, respectivamente).

Salud oral

Los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental en 13 estados muestran un índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) promedio por debajo de 3, a los 12 años de edad. Se encontraron más dientes cariados (76%), seguidos de dientes obturados (20%) y perdidos (1,6%). La sal de consumo doméstico está fluorurada y tanto la Secretaría de Salud como los institutos de seguridad social brindan atención general odontológica y servicios de prevención de caries dental en las escuelas primarias, mediante aplicaciones tópicas y enjuagues de flúor.

Enfermedades emergentes y reemergentes

En 1997 no se registraron casos de meningitis meningocócica, pero en 1998 y 1999 se informaron 39 y 37 casos, respectivamente. No se han vuelto a notificar brotes de encefalitis equina

venezolana ni de fiebre amarilla y para el control de esta última no se llevan acciones de vacunación rutinaria. Tampoco se notificaron casos de infección por hantavirus, encefalopatía espongi-forme bovina y fiebre aftosa.

LA RESPUESTA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Plan Nacional de Desarrollo 1995–2000 estableció como prioridad en el sector social el combate a la inequidad entre personas, géneros, sectores productivos y regiones geográficas. Las políticas de salud correspondientes se orientaron a la reorganización del sistema para ampliar la cobertura y prestar servicios más eficientes y eficaces; y a la atención de las enfermedades prevalentes y los nuevos desafíos para la salud derivados de los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico.

Para alcanzar el primer objetivo se elaboró el Programa Nacional de Reforma del Sector Salud 1995–2000, que proponía la libre elección del médico familiar en la seguridad social; un seguro familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para las personas con capacidad de pago; la transferencia a los gobiernos estatales de los servicios de atención a la población general; el incremento de la participación municipal en la salud; la ampliación de la cobertura mediante un paquete básico de servicios de salud, y la reorganización del sistema mediante la rectoría de la Secretaría de Salud y la separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios en el IMSS. Para el segundo de los objetivos, en 1997 la Secretaría de Salud estableció 11 programas prioritarios de prevención y control de enfermedades: salud reproductiva; salud del niño; salud del adulto; salud del anciano; zoonosis; micobacterias; cólera; urgencias epidemiológicas y desastres; VIH-SIDA y otras infecciones de transmisión sexual; adicciones, y salud oral. También se establecieron la promoción de la salud y la investigación en servicio como líneas estratégicas de refuerzo, y la vigilancia epidemiológica, la información estadística y la supervisión integral como los mecanismos de apoyo para el desarrollo de los programas sustantivos.

La reforma del sector salud

Como resultado del Programa Nacional de Reforma del Sector Salud 1995–2000, se incrementó la cobertura de la población asegurada de 47,5 a 55,1 millones, debido a que el IMSS se abrió a la afiliación de la población con capacidad de pago; la población sin acceso regular a servicios de salud se redujo a 0,5 millones, debido al programa de ampliación de cobertura mediante el Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS). La Secretaría de Salud fomentó la permanencia de los trabajadores de salud en las zonas rurales de alta marginación mediante el incremento del salario. Sin embargo, persisten diferencias en el gasto per cápita y

los beneficios que recibe la población usuaria de los diferentes prestadores de servicios de salud.

La Secretaría de Salud completó la transferencia de los recursos humanos, materiales y financieros de la Federación hacia los gobiernos de los estados, por lo que el porcentaje del presupuesto de los estados proveniente de la federación aumentó de 59,0% en 1996 a 73,7% en 2000. La Secretaría de Salud se concentró más en la regulación del sector y se separaron las funciones de provisión de servicios. Se realizaron numerosas actividades de capacitación gerencial; se destaca la que se brindó a más de 4.000 funcionarios del IMSS y a más de 500 directivos de las secretarías estatales de salud. No se alcanzó el objetivo de integrar los servicios de salud para población no asegurada, por lo que persistió la separación de la Secretaría de Salud y del programa IMSS-Solidaridad en los estados donde este último opera.

Para lograr la mejoría de la calidad se llevaron a cabo varias estrategias: se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano con autonomía técnica para mediar en casos de quejas de la población por irregularidades en la prestación de servicios; el programa de estímulo al desempeño, que entre 1997 y 2000 benefició a 56.365 enfermeras, 10.177 médicos y 1.326 odontólogos de la Secretaría de Salud; la certificación de 244 hospitales (5,9% de los establecimientos evaluados no lograron la certificación) y la inscripción en el programa de otros 706 de los más de 4.000 hospitales existentes, y la certificación de médicos especialistas y médicos generales, otorgada por las asociaciones e iniciada en el año 2000. Un objetivo que no se cumplió es la selección del médico de familia por los pacientes en las instituciones del seguro social, aunque se aplicó como prueba en una zona médica del IMSS.

Las Instituciones de Seguro Especializadas en Salud se crearon en 2000, con lo que se permitieron los seguros privados de salud integral (solo había seguros privados para gastos médicos mayores). En el IMSS se desarrollaron programas piloto para nuevos sistemas de financiamiento, como la gestión desconcentrada de las áreas médicas (que opera en 7 de las 139 zonas existentes) y la definición de los grupos relacionados con el diagnóstico, que servirán de soporte para la separación de las funciones de financiamiento y prestación de los servicios de salud en la seguridad social.

Las estrategias más relevantes de participación social fueron el impulso a los comités locales de salud, instancias creadas en la comunidad para apoyar la gestión de los centros de salud de los cuales había más de 18.000 en el año 2000, así como el desarrollo del movimiento de municipios por la salud, con más de 1.500 municipios incorporados.

El sistema de salud

La seguridad social cubre a los trabajadores de la economía formal (58 millones en el año 2000) y está compuesta por varias instituciones, cada una de las cuales se financia con contribucio-

nes de los patrones, los empleados y el Gobierno. El IMSS es la institución más grande, con cerca de 80% de los asegurados; después están el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas y la Marina. El IMSS también ofrece un seguro familiar de salud a personas con capacidad de pago, el cual contaba con un millón y medio de afiliados en el año 2000. El sistema público está enfocado esencialmente a los 43 millones de personas no aseguradas, aunque tienen acceso todos los ciudadanos. La principal institución es la Secretaría de Salud, que opera en áreas urbanas y rurales de todo el país, y el programa de IMSS-Solidaridad, que solo opera en ciertas zonas rurales de 14 estados y abarca cerca de 11 millones de personas. La Secretaría de Salud se financia con el presupuesto de la federación y de los gobiernos estatales y tiene ingresos por cuotas de recuperación, mientras que el IMSS-Solidaridad es financiado por el Gobierno Federal con apoyo administrativo del régimen ordinario del IMSS. El sector privado funciona en un contexto poco regulado, excepto las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud. Alrededor de 3,0% de la población del país cuenta con un seguro médico privado para gastos médicos mayores.

El ordenamiento jurídico del sector se basa en dos leyes generales, actualizadas periódicamente a iniciativa del Estado: la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social; además, varios estados cuentan con leyes estatales de salud. En el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, hay grupos intergubernamentales para armonizar la legislación de productos y servicios relacionados con la salud (plaguicidas, medicamentos, alimentos y otros); otras implicaciones de este tratado, a partir del 2002, son la contratación de profesionales y las licitaciones internacionales para la compra de medicamentos. En la Cámara de Diputados y en el Senado de la República existen comisiones de salud, que estudian, ajustan y emiten recomendaciones sobre las iniciativas de ley y demás asuntos relacionados con el sector.

En los últimos seis años la normatividad en salud tuvo resultados importantes: se publicaron 140 normas oficiales mexicanas; se puso en vigor el reglamento para el control de la publicidad relacionada con la salud y el de funcionamiento del Consejo Nacional de Transplantes. En el año 2000 se modificó la ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros para autorizar la creación de los seguros integrales de salud privados y se publicó el reglamento de operación correspondiente; se promulgaron varias leyes importantes como la antitabáquica, que prohíbe fumar en los lugares públicos y contiene restricciones para la venta y la publicidad; la ley de los Institutos Nacionales de Salud que les concede plena autonomía, y la ley contra la violencia doméstica. Además, se emitieron los decretos de creación de las comisiones nacionales de Bioética y de Estudios del Genoma.

La Secretaría de Salud es la institución rectora del sistema de salud. El nivel central tiene a su cargo la revisión y elaboración de las normas oficiales en salud y demás instrumentos de regulación del sector, convoca a los grupos interinstitucionales (de es-

tadísticas sanitarias, de atención a grupos especiales de población, etc.), concentra las estadísticas nacionales y representa al sector en el ámbito internacional. Las secretarías estatales y las direcciones locales de salud tienen responsabilidades compartidas en la organización, operación y vigilancia de los servicios de salud públicos y privados, el control sanitario del ambiente, la producción de los servicios, y la ejecución de las actividades de promoción y fomento de la salud. El Consejo Nacional de Salud sirve como instancia entre la federación y los estados para la coordinación técnica y logística de los programas de salud.

Cada institución pública, incluidas las de seguridad social, realiza la conducción, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud a su población blanco y cuenta con su propia red de unidades de atención. El personal es asalariado y los establecimientos de salud funcionan con presupuestos globales anuales. La subrogación de servicios y la reversión de cuotas de los asegurados se practica en pequeña escala, debido a que los criterios están poco reglamentados y los involucrados tienen posiciones diferentes.

Los mayores avances de descentralización han sido en la Secretaría de Salud; el IMSS ha desconcentrado ciertas funciones y recursos a las regiones (nivel que agrupa varios estados), distante aún de una real descentralización; el ISSSTE, SEDENA y PEMEX operan bajo esquemas más centralizados de manejo presupuestario y toma de decisiones. Los servicios privados de salud brindan atención de desigual calidad y con precios variables; gran parte están constituidos como sociedades anónimas y tienen usuarios de todos los niveles económicos. En 1999 se contabilizaron 2.950 unidades médicas privadas con hospitalización, 148 de ellos de corta estancia (menos de 24 horas), y 48% de las 31.241 camas disponibles estaban ubicadas en establecimientos con menos de 15 camas. Las organizaciones no gubernamentales tienen una presencia importante en áreas como la salud reproductiva, la violencia doméstica y el SIDA, y trabajan de manera coordinada a través de redes.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

La Secretaría de Salud es la institución responsable de supervisar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, reactivos, inmunobiológicos y equipos. Tiene a su cargo los registros nacionales de todos los insumos, reglamenta la comercialización mediante la expedición de licencias y registros sanitarios, y también vigila la propaganda que aparece en los medios de difusión. La verificación, el control analítico y la evaluación de los medicamentos e insumos se realiza tanto en los laboratorios de la Secretaría de Salud como en los denominados “terceros autorizados”. En 1999 se inició el registro separado de los medicamentos genéricos intercambiables (GI), con estrictas normas de calidad entre las que se incluye demostrar la bioequivalencia. Las farmacias deben ofrecer al consumidor la alternativa de GI o un producto de marca, respetando la prescripción médica; para octubre

de 2000 se habían registrado 207 denominaciones genéricas de un total de 1.172 productos y se había comprobado la venta de 318, que en promedio tenían una reducción de 30% en los precios.

Los servicios de suministro de agua potable y saneamiento son responsabilidad de los municipios. Cada estado tiene su propia ley o código de agua potable y una Comisión del Agua que apoya técnica y financieramente a los municipios; estos interactúan con instituciones del nivel federal tales como la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales, la Comisión Nacional del Agua y la Secretaría de Salud, que tienen atribuciones reguladoras. El financiamiento es por aportaciones del presupuesto federal, estatal y municipal y se procura que la recaudación de las tarifas permita financiar los gastos de operación de los sistemas, excepto en el medio rural donde se subsidia. En el año 2000, 95% del agua de consumo suministrada era desinfectada y había 914 sistemas municipales de depuración de aguas residuales, que procesaban 22% de la proveniente de las áreas urbanas y cumplían 60% de la normatividad vigente. El uso de sustancias químicas es autorizado por la Dirección General de Salud Ambiental de la Secretaría de Salud, y la Comisión Intersecretarial para el Control del Uso de Plaguicidas, Fertilizantes y Sustancias Tóxicas está a cargo de la regulación, la comercialización y el control de los efectos sobre el ambiente y la salud.

Se vigila la calidad del aire en 14 ciudades del país mediante estaciones de monitoreo atmosférico de los contaminantes más críticos; en 1999 la zona metropolitana del Valle de México y las ciudades de Guadalajara, Monterrey, Toluca, Tijuana, Mexicali y Ciudad Juárez contaban con programas para mejorar la calidad del aire, que obligan al uso de tecnologías más limpias y permiten un mejor conocimiento de los planes locales y globales de inversión de recursos, así como la coordinación entre ellos. El Centro de Estudios de Ecología y Salud, financiado por la OPS y el Gobierno de México, se cerró en 2000 y sus funciones y actividades se integraron a otras instituciones nacionales, particularmente al Centro Nacional de Salud Ambiental, del Instituto Nacional de Salud Pública.

La Dirección General de Calidad Sanitaria de Bienes y Servicios, en colaboración con el Laboratorio Nacional de Salud Pública, está a cargo del monitoreo de productos y servicios relacionados con la salud. En 1997 se llevó a cabo un proceso de desregulación sanitaria por el que se eliminaron 48 trámites (reducción de 42%), 90 tipos de servicios fueron liberados de vigilancia sanitaria (reducción de 30%) y otros 94 que requerían licencia sanitaria fueron eximidos de ese trámite (reducción de 89%). Además de lo anterior, el nuevo reglamento de control de insumos para la salud y el catálogo de servicios (giros) han simplificado la vigilancia sanitaria.

Estudios analíticos de alimentos llevados a cabo en el año 2000 encontraron que 87% de los productos lácteos estudiados no presentaron anomalías microbiológicas, mientras que los productos pesqueros mostraron un nivel aceptable de bacterias

mesofílicas aerobias, *Salmonella* sp. o *Vibrio* sp.; desde 1996 no se notifica *Vibrio cholerae* O1 en estos productos. Los exámenes de las posturas de gallinas en las granjas avícolas en 1999 revelaron positividad a *Salmonella enteritidis* en 7 muestras de las 956 granjas del país y los niveles de *Salmonella* sp. y *Staphylococcus aureus* en los productos cárnicos se mantuvieron por debajo de 10% entre 1998 y 2000. Entre 1998 y 2000, 24% de las muestras de agua envasada para consumo humano presentaron problemas microbiológicos y 7,5% de las muestras de hielo resultaron positivas a coliformes fecales.

Organización de los servicios de salud pública

La Secretaría de Salud es la responsable de brindar los servicios de salud pública, apoyada por las instituciones de seguridad social, particularmente el IMSS. Todos los años se celebran jornadas nacionales de salud en febrero, mayo y octubre, principalmente con acciones de vacunación, suministro de antiparasitarios y suplementos de vitamina A; también se llevan a cabo programas de salud comunitaria que incluyen actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades en hogares, escuelas y centros de trabajos.

Las campañas de promoción de la salud son coordinadas por la Secretaría de Salud y el movimiento de municipios por la salud es uno de los ejes más relevantes, con 1.565 municipios incorporados en el año 2000. La Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública comparten un programa de salud escolar y del adolescente que abarca cerca de 30.000 escuelas y ejecutan la iniciativa de escuelas promotoras de salud. En los servicios de salud se realizan actividades permanentes para la reducción del tabaquismo y el sedentarismo, así como la promoción de hábitos de vida saludables y del autocuidado de la salud; también se realizan actividades de comunicación social mediante trípticos, carteles y mensajes en radio y televisión. El Consejo Nacional Contra las Adicciones, por medio de los 32 consejos estatales contra las adicciones y 242 comités municipales, coordina las acciones multisectoriales en esta materia y la preparación de los paquetes preventivos y de materiales educativos y de comunicación social. Para el tratamiento del tabaquismo se amplió a 32 el número de clínicas establecidas en ámbitos hospitalarios y en el año 2000 entró en vigor la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento, y Control de las Adicciones, la cual establece criterios mínimos de calidad en estos rubros.

La vigilancia epidemiológica integra la información de todos los prestadores de servicios de salud en un sistema único automatizado que permite la captura, concentración y análisis de la información sobre casos nuevos y el control de las principales enfermedades; también emite informes de programas de notificación semanal, catálogos, gráficos y mapas del comportamiento de las enfermedades por grupo de edad e institución. Existen otros sistemas de información específicos como el de la tuberculosis y el cáncer cervicouterino, y registros de tumores y

de enfermos de SIDA. La información sobre mortalidad se construye sobre la base del certificado de defunción, que es el instrumento legal obligatorio para declarar la muerte de los ciudadanos; desde 1998 todas las instituciones de salud utilizan la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. El Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos y el Laboratorio Nacional de Salud Pública, conjuntamente con el Instituto Nacional de Salud Pública y los laboratorios estatales, cumplen tareas de diagnóstico, asesoría e investigación para el control de las enfermedades transmisibles.

La infraestructura de agua potable en 2000 llegaba a 88% de la población nacional y 23 estados tenían coberturas superiores a 85%, mientras que en Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Chiapas y Tabasco eran inferiores a 70%. En 2000, el acceso a servicios de alcantarillado y eliminación de excretas era de 76% de la población, 90% en el área urbana y 37% en la rural; 5 estados alcanzaban a más de 85%; otros 17 estados, entre 70% y 85%, y los restantes 10, menos de 70%. En 1998, 70% de la población urbana del país contaba con servicios de recolección, de los cuales 17% se consideran adecuados. Las siete grandes zonas metropolitanas alcanzaban 95% de cobertura general y 85% de disposición adecuada, mientras que las 100 ciudades más pobladas alcanzan entre 80% y 42% de disposición adecuada, con el mayor rezago en las áreas rurales y semirurales (60% de recolección promedio).

La Secretaría de Desarrollo Social, en coordinación con la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales, es la encargada de la regulación y normatividad del manejo de residuos; ambas apoyan los programas municipales de ampliación de la recolección y mejoras a la disposición de basura a través de rellenos sanitarios. Existe una norma oficial mexicana para el manejo de los residuos hospitalarios y la mayoría son tratados mediante incineración y otros sistemas; cabe mencionar que la capacidad instalada para el tratamiento es mayor que la demanda. En 1999 existían 27.280 empresas o establecimientos generadores de residuos peligrosos, con un volumen anual de 3,7 millones de toneladas; se estimó que alrededor de 40% de estos residuos son tratados y reciclados en la infraestructura destinada para este fin. Una proporción importante de los cuerpos de agua del territorio mexicano ha sufrido algún grado de contaminación y se estima que poco más de 500.000 habitantes tienen acceso a agua con alto contenido de arsénico.

Se ha informado que 28 millones de habitantes de siete ciudades y áreas metropolitanas del país están expuestos a concentraciones atmosféricas por encima de la norma de calidad y que 32 centros urbanos e industriales son los responsables de la mayoría de los contaminantes a nivel nacional. El Instituto Nacional de Ecología ha señalado que el aumento de la contaminación atmosférica entre 1995 y 2000 fue ocasionado por el crecimiento demográfico, las concentraciones industriales, el incremento del parque vehicular, el elevado consumo de combustibles y los patrones inadecuados de movilidad urbana; se calcula que las

normas se exceden más de 85% en las grandes zonas metropolitanas del país, particularmente en la Ciudad de México y Guadaluajara, y menos grave en Toluca, Monterrey y Ciudad Juárez. La mayor parte de los contaminantes en la zona metropolitana del valle de México en 1996 fueron fundamentalmente emitidos por el transporte (75%) y la industria y los servicios (13%).

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

La atención individual en los servicios públicos de salud está estructurada por niveles de atención. El primer nivel de atención consiste en acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria, realizadas por médicos generales o familiares y personal de enfermería, apoyados por promotores comunitarios de salud. En 1996, la Secretaría de Salud definió para este nivel un Paquete Básico de Servicios de Salud, que consta de 13 intervenciones de bajo costo y alto impacto en la salud: saneamiento básico; planificación familiar; atención prenatal, del parto, del puerperio y del recién nacido; vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño; inmunizaciones; manejo de casos de diarrea; tratamiento antiparasitario; atención a las infecciones respiratorias; prevención y control de tuberculosis pulmonar; prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus; prevención de accidentes y manejo inicial de las lesiones; participación social, y prevención y control del cáncer cervicouterino.

El segundo nivel es donde se brinda atención de las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad. Se brinda atención ambulatoria y de hospitalización y generalmente se dispone de servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio.

En el tercer nivel se proporciona atención especializada de mayor complejidad y se realiza investigación clínica y básica; está a cargo de médicos especialistas, con apoyo de enfermería especializada y otros profesionales. Se brinda en hospitales de referencia nacional, regional, y estatal para algunas especialidades; se reciben los pacientes referidos por el segundo nivel de atención, aunque también pueden ingresar por los servicios de emergencia propios. La Secretaría de Salud tiene institutos nacionales de salud, especializados en cardiología, pediatría, perinatología, nutrición, psiquiatría, cancerología, enfermedades respiratorias, neurología y neurocirugía, y salud pública, todos en la capital federal excepto el último, ubicado en el estado de Morelos.

Cada institución conforma su propia red de establecimientos de salud con los tres niveles de atención; no existe un mecanismo nacional para la utilización de los servicios de otra institución y cuando sucede es por convenios establecidos a nivel estatal o local.

Los servicios y otros recursos esenciales para la atención ambulatoria y hospitalaria han crecido sistemáticamente en todas las instituciones públicas. Las unidades médicas públicas del país eran 18.841 en el año 2000, 62,0% de la Secretaría de Salud, que

también tiene el mayor porcentaje de camas (42,8%), seguido por el IMSS (38,9%), así como mayor capacidad instalada en cuanto a quirófanos, laboratorios de análisis clínicos y gabinete.

La población asegurada recibe el mayor volumen de servicios médicos; el IMSS fue la institución pública con el mayor número de prestaciones otorgadas, seguido por la Secretaría de Salud, el ISSSTE, el IMSS-Solidaridad, PEMEX y SEDENA.

Los servicios especializados de salud mental se brindan en el segundo y tercer nivel de atención; el Distrito Federal concentra 41% de los psiquiatras y psicólogos contratados para atender a la población no asegurada, mientras que en cuatro estados prácticamente no cuentan con este tipo de profesionales (Campeche, Chihuahua, Quintana Roo y Zacatecas). Existen 1,03 camas de psiquiatría por 10.000 habitantes pero siete estados carecen de este servicio (Campeche, Morelos, Nayarit, Quintana Roo, Querétaro, Tlaxcala y Zacatecas).

La atención a los discapacitados y los servicios de rehabilitación se beneficiaron en el año 2000 con la apertura del Centro Nacional de Rehabilitación de la Secretaría de Salud, lo que incrementó la capacidad instalada y la calidad técnica de los recursos. En cuanto a la atención de los adultos mayores, en 1999 se creó el Comité Nacional de Atención del Envejecimiento, que elaboró el programa nacional de atención a los adultos mayores y está a cargo de la coordinación interinstitucional en esta área; el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) cuida a los ancianos carentes de recursos y sostiene una red de 4 hogares federales, 24 estatales y 12 municipales, y el Instituto Nacional de la Senectud se encarga del bienestar social de este grupo de población por medio de descuentos o gratuidad en la adquisición de bienes y servicios.

Los bancos de sangre integran una red, encabezada por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, conformada por 31 centros estatales que prestan servicios directos y dan asistencia técnica a 588 bancos de sangre, 3.313 servicios de transfusión y 150 puestos de extracción de sangre. Existe una norma oficial mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos y se ha capacitado a 3.000 trabajadores mediante un programa de educación a distancia, vía Internet. No se practica la donación remunerada y los mayores proveedores de sangre son los familiares de los hospitalizados.

En 1997 se inició el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) para familias en pobreza extrema, que en 2000 había beneficiado a 2,6 millones de familias de 31 estados; el programa que proporciona el paquete básico de servicios de salud, apoyo monetario y becas educativas, así como suplementos alimenticios a niños menores de 5 años, embarazadas y mujeres en período de lactancia.

Insumos para la salud

La industria farmacéutica nacional e internacional establecida en el país ha experimentado un auge importante en los últimos

años y está integrada por más de 150 empresas, que producen 95% de los medicamentos de consumo nacional, además de la producción para exportar. México es signatario de la Ley de Protección a la Propiedad Intelectual y en esa medida se respeta la vigencia de las patentes de medicamentos. El registro nacional de medicamentos alopáticos se automatizó en el año 2000 con la cooperación técnica de la OPS. Está definido un cuadro básico esencial con 70 medicamentos, que junto con 12 vacunas deben estar disponibles en todos los servicios públicos de primer nivel de atención. También existe un catálogo de medicamentos recomendados para el segundo y tercer nivel de atención; un cuadro básico y catálogo de material de curación y prótesis del sector salud, y un cuadro básico y catálogo de biológicos y reactivos normados por el Consejo de Salubridad General. En 1994 se publicó la sexta edición de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos y los suplementos de 1995, 1997 y 2000 actualizan las especificaciones para la manufactura de los medicamentos a ser comercializados en el país.

La empresa paraestatal Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México tiene capacidad para producir algunas vacunas, sueros heterólogos (antialacrán, antiviperino, antirrábico equino, antitoxinas diftéricas y tetánicas equinas), reactivos biológicos (PPD y otros) y también almacena y distribuye todas las vacunas que consume la Secretaría de Salud.

Recursos humanos

La Secretaría de Salud es la institución con mayor número de médicos contratados (54.293), seguido por el IMSS (53.475), el ISSSTE (17.886) y el IMSS-Solidaridad (5.541). El personal de enfermería sobrepasa los 152.157 efectivos, que trabajan principalmente en el IMSS (79.232), la Secretaría de Salud (73.502), el ISSSTE (20.052) y el IMSS-Solidaridad (6.847). Entre 1998 y 2000 todas las instituciones públicas de salud incrementaron los recursos humanos; sin embargo, la tasa de profesionales de la salud por cada 100.000 habitantes no ha variado en los últimos años y en 1999 había 131 médicos por 100.000 habitantes, 182 enfermeras y 8,9 dentistas. En 1999 laboraban en unidades hospitalarias privadas 62.951 médicos y 29.365 enfermeras.

En el país existen 1.033 programas de ciencias de la salud, 545 de especialización y 297 de licenciatura; de acuerdo al campo de conocimiento, hay 509 de medicina y 167 de odontología. Los estudiantes de las 78 facultades de medicina del país eran 79.524 en 1999, con 77% en escuelas públicas y 23% en privadas. Entre 1997 y 1999 la matrícula total creció 13%, ligeramente superior en las escuelas públicas. El último año de la carrera es el servicio social, obligatorio por ley para todos los estudiantes.

Todas las instituciones públicas de salud desarrollan planes de educación continua para el personal técnico, profesional y comunitario. Destaca la capacitación de 876.470 promotores de salud en toda la república con respecto al paquete básico de servicios de salud, que la Secretaría de Salud y las secretarías

estatales de salud llevaron a cabo mediante más de 14.000 actividades.

Gasto y financiamiento sectorial

Los datos del sistema de cuentas nacionales en salud muestran que el gasto per cápita en salud aumentó de US\$ 381 a 461 entre 1995 y 1999, al tiempo que el gasto total en salud como porcentaje del PIB fue de 5,6% en 1999, valor igual al de 1995 y menor al de 1994 (6,7%). El gasto privado como porcentaje del gasto total en salud fue 59% en 1995 y disminuyó a 53% en 1999. El gasto de bolsillo en salud (entendido como el erogado directamente por el paciente al consumir el servicio) disminuyó de 55% del gasto total en salud en 1995 a 48% en 1998, y en este último año representó 92% del gasto privado en salud. El gasto en seguros médicos privados en todo el país fue 4,0% del gasto privado en salud en 1998.

El porcentaje del gasto público total en salud asignado a la seguridad social disminuyó de 71,6% en 1997 a 71,2% en 1999; de manera complementaria, el asignado a las instituciones para población no asegurada aumentó de 28,4% a 28,8% en ese período. El gasto en servicios de salud pública disminuyó entre 1998 y 1999 y el destinado a la atención médica aumentó. No hay información sobre los fondos empleados en salud por las organizaciones no gubernamentales, pero el Gobierno estima que es una fracción pequeña en relación con el gasto total en salud.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

En 1998, la Secretaría de Salud tenía suscritos convenios de cooperación técnica y científica con 56 países y tenía actividades conjuntas con más de 20 organismos de carácter multilateral. Entre 1997 y 2000 se firmaron más de 20 convenios específicos en salud, entre los cuales destacan el grupo de trabajo de salud de la Comisión Binacional México-Estados Unidos, que coordina esfuerzos para la atención de trabajadores mexicanos migrantes; la comisión de salud fronteriza México-Estados Unidos, para evaluar la problemática de salud y realizar acciones en beneficio de los pobladores de esa zona; el memorándum de entendimiento en salud entre la Secretaría de Salud y el Ministerio de Salud de Canadá; los acuerdos bilaterales en salud con países de Centroamérica, que suman 113 proyectos, y la participación en el Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla entre México y los países centroamericanos, con cinco proyectos de carácter regional.

Los recursos de cooperación financiera y técnica ascendieron a US\$ 6.655.000 en 2000, de los cuales el Banco Mundial aportó US\$ 6.141.000. Los recursos para inversión otorgados por la Corporación Financiera Internacional fueron de 318 millones de dólares y los fondos de cooperación técnica que provienen de las agencias y programas del sistema de las Naciones Unidas, fueron de poco más de 82,5 millones de dólares.

La cooperación técnica entre la OPS y el Gobierno de México es amplia; se destacan la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en junio de 2000 y la evaluación externa de programas específicos y estrategias sectoriales, tales como los programas nacionales de tuberculosis, lepra, atención integral al niño, bocio endémico, rabia y enfermedades transmitidas por vectores, así como la verificación de la cobertura universal del paquete básico de servicios de salud, realizada en 28 estados.

Con fondos del Banco Mundial, entre 1997 y 2000 se llevaron a cabo dos proyectos relevantes: el de ampliación de la cobertura universal con el PBSS, que debe concluir en diciembre de 2001 y es coordinado por la Secretaría de Salud, y varios programas prioritarios dentro del IMSS, como el de modernización del equipo, creación de áreas médicas de gestión desconcentrada, fortalecimiento directivo de las unidades médicas y desarrollo de los grupos relacionados con el diagnóstico.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, México, 2000.

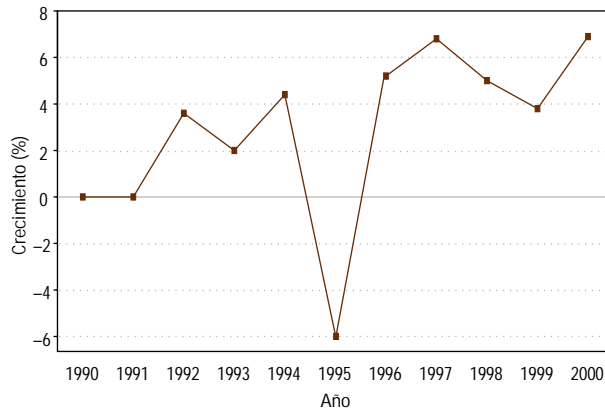


FIGURA 4. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, México, 1999.

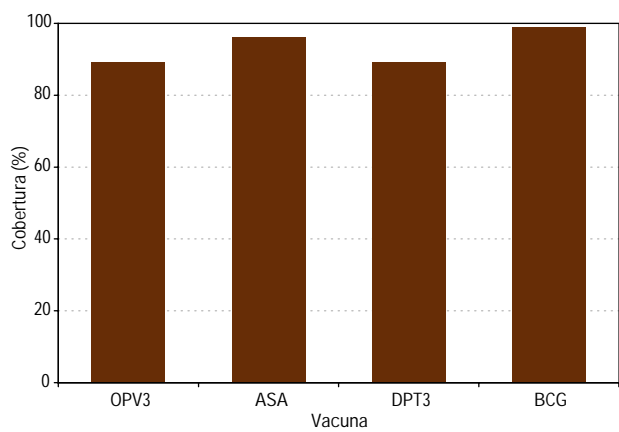


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, México, 2000.

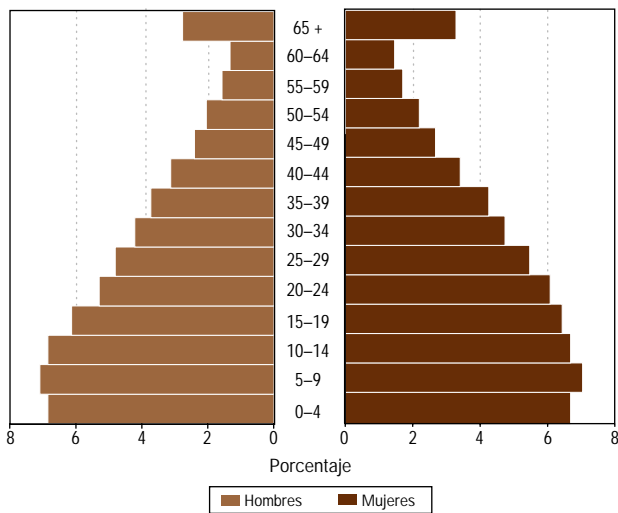


FIGURA 5. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, México, 1994-1999.

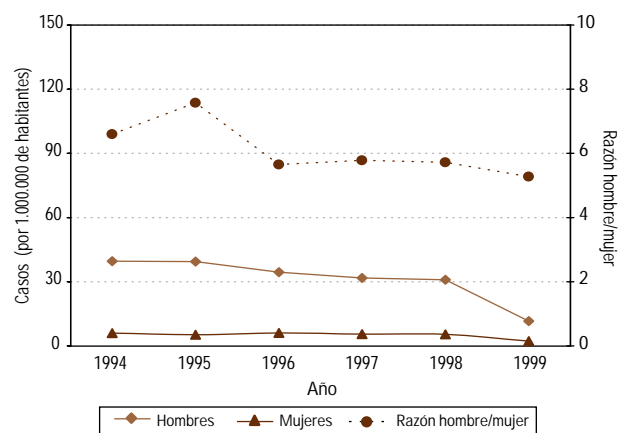
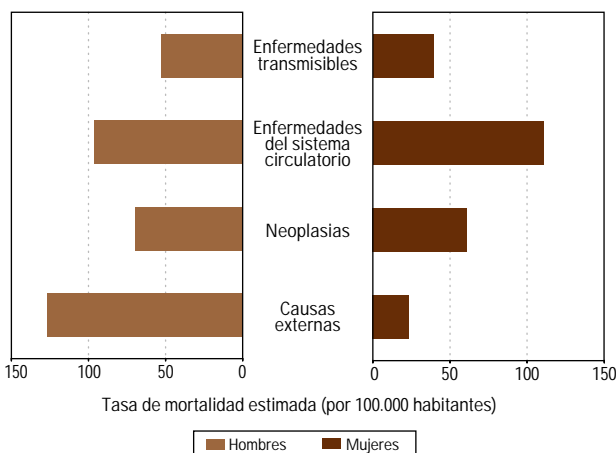


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, México, 1995-2000.



MONTSERRAT

CONTEXTO GENERAL

Montserrat tiene una superficie de aproximadamente 102 km², y forma parte de la cadena de islas volcánicas que se extiende desde Saint Kitts en el norte, hasta Granada en el sur. En 1989, el huracán Hugo prácticamente destruyó la isla. Luego, en julio de 1995, cuando Montserrat todavía se estaba recuperando de los efectos del huracán, empezó la erupción del volcán Soufrière Hills, que había permanecido inactivo por casi 400 años. La devastación causada por el volcán cambió para siempre la vida de los habitantes de la isla.

La mayor parte de la población huyó de la isla apenas empezó la erupción. Los hombres que decidieron quedarse por motivos de trabajo enviaron a la esposa y a los hijos a vivir con amigos y familiares en el exterior. De los que se quedaron, algunos tomaron una decisión a conciencia o sintieron que el país los necesitaba; otros, estaban solos, eran personas muy mayores o enfermos mentales.

Debido a que la actividad volcánica continuaba, las dos terceras partes del territorio situado al sur de la isla se declararon peligrosas y la población se trasladó al norte, una zona poco desarrollada y escasamente poblada. La evacuación se hizo por etapas, ya que aumentaba el número de distritos amenazados por las corrientes de lava que irrumpían en diferentes valles. Fue necesario trabajar muy duro para que la parte norte de la isla pudiese recibir a la población.

La actividad volcánica tuvo un fuerte impacto en la calidad del suelo y del aire, lo que por una parte, incidió en la productividad agrícola y, por la otra, afectó la salud de la población al ocasionar trastornos respiratorios y enfermedades de la piel y los ojos. El abastecimiento de frutas y legumbres frescas depende de la llegada de los productos importados, ya que la producción local se redujo drásticamente debido a los suelos rocosos de la zona norte y a la falta de tierras cultivables. Solo con el transcurso del tiempo podrán conocerse con certeza los cambios en la vida, los hábitos alimentarios y el abastecimiento de alimentos experimentados por la población de la isla.

Algunas zonas del sur permanecían cerradas durante la noche, pero se permitían actividades diurnas. Así que la gente volvía a su casa para cocinar, lavar, ocuparse de sus animales y disfrutar de un poco de sosiego y tranquilidad. Se cerraron las carreteras y la policía las vigilaba para evitar que la gente corriera peligro en las zonas no seguras.

En 1997 murieron 19 personas por causa de las quemaduras sufridas mientras se encontraban en la zona sur de la isla, accesible durante el día, cuando repentinamente llegó una corriente de materiales volcánicos. Estas corrientes pueden moverse a velocidades de hasta 161 km por hora. Algunas de las personas quemadas fueron rescatadas y tratadas con éxito en Guadalupe.

Afortunadamente, en un período relativamente corto dos terceras partes de la población salió de Montserrat y logró establecerse en el Reino Unido, los Estados Unidos o las vecinas islas del Caribe. La emigración fue una decisión voluntaria y los criterios para escoger el lugar se basaban en la presencia de familiares en otros países, en las oportunidades de trabajo o en las condiciones de reubicación que se ofrecían.

El volcán todavía está en actividad y se prevé que las erupciones van a continuar, ya sea de manera constante o intermitente. Además, la cumbre alcanzó su tamaño máximo desde la primera erupción y se temen otros colapsos y corrientes de materiales volcánicos; sin embargo, se considera poco probable que la zona norte se vea afectada, excepto por la precipitación de cenizas. Aunque el riesgo para las zonas pobladas se considera bajo, si la cumbre crece hacia el norte o el oeste, el valle Belham, que limita la zona de exclusión y tiene varios pueblos cerca, se convertiría en una zona de alto riesgo.

La actividad volcánica ha influido en todos los aspectos de la vida en Montserrat, en especial en la economía, la política, el desarrollo, la población y las condiciones de vida en general. El volcán destruyó totalmente la antigua capital, Plymouth, así como su industria, su comercio y los servicios básicos. En el norte se ha desarrollado un nuevo centro, en Brades, y allí se encuentran las oficinas del Gobierno. Desde el punto de vista político, Montserrat es una dependencia británica con su propio sistema

de gobierno, formado por un Primer Ministro y otros tres ministros elegidos, además del Gobernador que representa al Gobierno Británico. En 1996 se efectuaron elecciones pero, debido a que ningún partido obtuvo la mayoría absoluta, se formó un gobierno de coalición.

Antes de la erupción volcánica de 1995, la economía de Montserrat, basada en el turismo, era relativamente estable; en 1995 el PIB fue de US\$ 51,5 millones. Debido a que el desastre destruyó la economía y ya no es autosostenible, el país depende sustancialmente de la ayuda externa (US\$ 35 millones en 1999), principalmente del Gobierno Británico y de su Departamento para el Desarrollo Internacional (DPDI). Se otorgó ayuda para subsanar un déficit presupuestario recurrente y se suministró una ayuda significativa para crear la infraestructura de base en la zona norte de la isla. La política fiscal de Montserrat se fija en consulta con el DPDI, y su política monetaria, en consulta con el Banco Central del Caribe Oriental. El Gobierno local emplea al 48% de la fuerza laboral. El servicio doméstico, las ventas y la construcción también representan otras fuentes de empleo.

Antes de 1995 había tres distritos administrativos que se encargaban del acopio de información relativa a los nacimientos y las defunciones. Pero, debido a la nueva distribución de la población, hoy en día hay solamente un distrito administrativo, que abarca el área comprendida entre el valle Belham y Lookout. El departamento de estadística de Brades se encarga de recopilar toda la información requerida para fines oficiales.

Hasta que ocurrió la erupción volcánica, la mayoría de la población se concentraba en los alrededores de Plymouth, en la parte sur de la isla y, en consecuencia, casi todos perdieron la vivienda. Los que permanecieron en la isla fueron llevados a refugios y a casas de la zona norte mientras se efectuaba un acelerado proceso de reconstrucción. El DPDI invirtió más de 19 millones de libras esterlinas en por lo menos tres zonas diferentes de la isla para la ejecución de planes de vivienda que alojarían a unas 1.000 personas. A medida que las nuevas casas estuvieron disponibles, disminuyó el número de personas en los refugios y estos se modificaron. Actualmente, unas 160 personas continúan viviendo en los refugios, principalmente adultos mayores y enfermos mentales. Se está haciendo todo lo posible para ofrecerles otras opciones de alojamiento, pero muchos han decidido quedarse allí, porque han hecho nuevos amigos y se muestran reacios a ser reubicados una vez más. Se aprobó un proyecto de hipotecas y de ayuda para vivienda, financiado por el DPDI, que otorgará subvenciones a 111 nuevas familias y a otras iniciativas para ayudar a que la población tenga su propia vivienda.

Antes del colapso ocasionado por la erupción volcánica, Montserrat era relativamente próspera y su dependencia con respecto al Reino Unido era cada vez menor. Desde entonces, ha intentado gradualmente regularizar el funcionamiento de su infraestructura, a pesar de la drástica reducción de sus escasos recursos financieros y humanos.

En el año 2000 concluyó la elaboración del Plan Nacional de Políticas y de un plan de desarrollo sostenible para la reconstrucción del país. Esto se hizo mediante un método participativo que consistía en consultas con el público, el sector privado, funcionarios del Gobierno, organizaciones no gubernamentales y organismos regionales. Se formaron asociaciones entre la empresa privada y la gente de Montserrat para el diseño de proyectos, y la actividad económica y social se reubicó en zonas que se consideraban de menor riesgo de actividad volcánica. Para la participación del sector sanitario se determinaron cinco aspectos clave: 1) La naturaleza y el nivel de la atención médica que se prestarían dentro y fuera de la isla. 2) La disponibilidad de profesionales de salud que presten servicios acordes con las necesidades de la población. 3) La capacidad de respuesta ante emergencias médicas y el gran número de víctimas. 4) La especificación y cumplimiento de las normas y acuerdos relacionados con el saneamiento y la salud pública. 5) La atención de los grupos vulnerables (personas mayores y enfermos mentales) y dar una respuesta a sus necesidades concretas de alojamiento.

Debido a la perturbación de la vida cotidiana y a la reubicación de la población por períodos indeterminados fuera del país, resulta difícil calcular con precisión las cifras de población. Sin embargo, los cálculos realizados semestralmente muestran una disminución, al pasar de 10.608 habitantes en 1995 a 6.094 en 1997 y 3.595 en 1998. En 1999, cuando la situación se estabilizó y se hicieron predicciones de que el volcán no volvería a entrar en erupción masivamente, la gente comenzó a volver a la isla, y entre estas personas llegaron muchos trabajadores migrantes. Estos migrantes se dedican sobre todo a la construcción y a servicios domésticos, y viven en pequeñas comunidades principalmente en la zona de Salem. Esto hizo que el cálculo de población de mediados de año comenzara a aumentar de 4.771 en 1999 a 4.938 en 2000. En la figura 1 se presenta la estructura de la población por edad y sexo en 1999. Los migrantes continúan llegando a Montserrat debido al auge de la construcción y a la oferta de ciertos empleos. Proviene principalmente de Dominica, pero también de lugares más alejados como Jamaica y Guyana.

En 1999 había 2.536 hombres y 2.235 mujeres en Montserrat. En 1997 hubo 67 nacidos vivos, 35 en 1998, 45 en 1999, y 48 en 2000. La razón hombre/mujer era de 1,2:1 en 1998 y 1,1:1 en 1999. La razón de dependencia era de 0,83:1 en 1997, 0,85:1 en 1998 y 0,70:1 en 1999. La tasa general de fecundidad, considerada baja, variaba de 43,0 por 1.000 mujeres en edad fecunda en 1997 a 45,5 en 1998 y 43,1 en 1999.

Una encuesta realizada en 1998 reveló que 22% de las mujeres que buscaban trabajo habían estado empleadas en la industria manufacturera, 19% en casas de familia y 8% en la administración pública. Esto revela un desajuste en relación con las destrezas de las mujeres ocasionado por la reducción del turismo y de la manufactura.

En la evaluación de la pobreza participativa y condiciones de vida difíciles, realizada en julio de 2000, las madres solteras en los

hogares vulnerables indicaron que la reubicación les había quitado su habilidad para ganar algún dinero mediante la venta de las legumbres que crecían en las colinas cercanas a su antigua vivienda. Tampoco podían utilizar sus destrezas artesanales debido a la falta de materiales y de talleres para trabajar, o por no tener derecho a instalar su negocio en su nueva vivienda, por causa de restricciones o cláusulas impuestas por los propietarios de la vivienda.

Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad fue de 12,3 por 1.000 en 1997, 15,9 por 1.000 en 1998, 12,4 por 1.000 en 1999 y 9,1 por 1.000 en 2000. Hubo 75 decesos en 1997, 57 en 1998, 59 en 1999 y 52 en 2000. Las causas principales fueron las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades del sistema respiratorio, las neoplasias malignas y las causas externas. Aunque en 1997 murieron 19 personas debido a las quemaduras producidas por la erupción del volcán, las quemaduras no se registraron como una causa importante de muerte.

En 1998, las principales causas de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio, del sistema respiratorio, del sistema nervioso y las neoplasias malignas. No hubo muertes por enfermedades contagiosas durante el período en revisión, a excepción de una por SIDA registrada en 1999; tampoco hubo muertes relacionadas con el período perinatal. En la figura 2 se presenta la mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo para el período 1990–1995.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

La mayoría de los datos disponibles solo son hasta el año 1999, aunque algunos hospitales han divulgado estadísticas correspondientes al año 2000.

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 y 5–9 años)

No se registraron muertes de lactantes durante el período en revisión. Hubo tres nacimientos de niños que pesaron menos de 2.500 g en 1998, cinco en 1999 y tres en 2000.

Durante 1998 se notificaron 251 casos de infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años, 300 casos en 1999 y 240 en 2000; para este grupo de edad hubo 27 casos de gastroenteritis en 1998, 8 en 1999 y 16 en 2000. En los niños de 5 a 9 años se notificaron 56 casos de gastroenteritis en 1998, 28 en 1999 y 33 en 2000.

Entre 1999 y 2000, los casos de síndrome de colon irritable, trastornos de la audición, defectos de los tabiques ventriculares y anemia falciforme fueron enviados a otros países para ser atendidos por especialistas. Durante el período en revisión hubo

60 ingresos pediátricos, 15 de ellos por causas respiratorias y 15 por cirugía. Se realizaron exámenes de rutina para detectar enfermedades congénitas, en particular enfermedades del corazón y dislocación de la cadera. Si se diagnostica una enfermedad, el niño es enviado a un especialista del exterior. Todos los niños deben someterse a un examen médico antes de ser aceptados en la escuela.

La salud de los adolescentes (10–14 años y 15–19 años)

Los adolescentes en Montserrat son muy vulnerables ya que tienen edad suficiente para entender y sentir los efectos de la agitación causada por el volcán, pero al mismo tiempo tienen que enfrentar los conflictos inherentes a la adolescencia. Es por esto que las conductas violentas y el consumo de sustancias ilícitas, en particular de marihuana, han hecho que la salud mental sea motivo de preocupación.

En 1998 se registró un nacimiento en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años de edad; en 1999 y 2000 no se registraron nacimientos en este grupo. Entre 1998 y 2000 se registraron 17 nacimientos en el grupo de edad comprendida entre 15 y 19 años.

La salud de la población adulta (20–59 años)

Entre 1998 y 2000 se registraron 109 nacimientos en el grupo de 20 a 59 años. Todos los nacimientos fueron atendidos por enfermeras-parteras en el hospital de Glendon, exceptuando un parto en el año 2000, que fue atendido en el hogar. Se ofrece atención prenatal en cuatro centros de atención primaria y en dos consultorios de práctica privada. Todos los casos considerados de bajo riesgo son atendidos en Montserrat y los embarazos y partos de alto riesgo son enviados a Antigua, donde reciben la atención médica requerida. Durante las seis semanas siguientes al parto se presta atención posnatal en las centros de atención primaria, en las clínicas privadas o en el hogar.

Durante 1999, 42% de las mujeres embarazadas fueron atendidas en un centro de salud o por un médico privado durante el primer trimestre del embarazo; se encontró que 7% de ellas padecían de anemia y 7% dieron a luz antes de las 36 semanas de embarazo. En el año 2000, apenas 2% de los partos tuvieron lugar antes de la 36 semana de gestación.

En 1999 se registraron 72 ingresos y 45 partos en el servicio de obstetricia del Hospital Glendon; en el 2000 hubo 77 ingresos y 49 partos, entre los cuales se registró la muerte de una madre y un caso de mortinatalidad.

Un alto porcentaje de las personas que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Glendon pertenece al grupo de edad de 25 a 44 años. En 1999 y 2000, las causas principales de ingreso fueron las enfermedades del sistema respiratorio, resultados clínicos anormales y trastornos musculoesqueléticos.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

La erupción volcánica afectó particularmente a los adultos mayores, muchos de los cuales hasta ese momento habían vivido

independientemente. Al quedarse sin vivienda y separados de sus familiares que habían emigrado, se vieron perjudicados financiera, social y emocionalmente. Muchos tuvieron que vivir en albergues con poca o ninguna posibilidad de tener una vida privada hasta por tres años, la mayoría de ellos entre extraños. Esta situación los hizo volverse totalmente dependientes e incidió de manera negativa en su salud mental.

Este grupo de edad representaba 21% de la población en 1999, con una razón hombre/mujer de 1,1:1 y de 1,2:1 en 1998. La mayoría de las personas de 60 y más años no reciben una pensión. Los que tienen derecho a un estipendio mensual pagado por el Gobierno reciben el equivalente a US\$ 150.

Tres albergues cuentan con 140 camas para atención geriátrica a largo plazo, dos de ellos son administrados por el Gobierno y el tercero, por una organización no gubernamental que a su vez recibe un subsidio del Gobierno.

La salud de la familia

Después de la erupción del volcán, 74% de las familias fueron reubicadas. Una encuesta social, realizada en 1997, detectó que de las 1.762 familias identificadas, 37% estaban formadas por una sola persona menor de 60 años, 25% de ellas no tenían hijos y solo 14% estaban integradas exclusivamente por personas de 60 y más años. El promedio de personas por familia era de 1,9, lo cual revela la magnitud de la separación de las familias a raíz de la crisis.

La salud de los discapacitados

No hay servicios especiales para las personas que tienen alguna discapacidad física. Las sillas de ruedas y otros aparatos para asistir a los discapacitados por lo general los suministra la Cruz Roja de Montserrat. Los pacientes que requieren de aparatos más complejos (por ejemplo, una prótesis), tienen que obtenerlos en otros países.

No hay establecimientos formales de atención de salud para las personas con dificultades de aprendizaje. Varias familias que tienen algún miembro discapacitado se han ido a otros países, en busca de mejores servicios. Dos personas con síndrome de Down fueron ubicadas en residencias para ancianos.

Por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmitidas por vectores

Aunque el vector del dengue (*Aedes aegypti*) está presente en la isla, no se notificaron casos entre 1994 y 1999. En el año 2000 hubo una alerta de lo que parecía ser un brote, pero finalmente se confirmaron solamente dos casos.

No se notificaron casos de malaria, fiebre amarilla, enfermedad de Chagas, esquistosomiasis ni peste durante el período en revisión.

Enfermedades prevenibles por vacunación

A pesar de las interrupciones en los servicios de salud, continúan las labores de inmunización, y desde 1996 se ha observado una alta tasa de cobertura con todos los antígenos administrados a los niños menores de 1 año. En 1999 se realizó una campaña de vacunación de adultos con MMR. No se registraron casos de tétanos, parotiditis, sarampión, tos ferina, poliomielitis ni difteria. En un brote de varicela ocurrido en 1999 se notificaron 16 casos. De 1998 a 2000 se registraron 14 casos de hepatitis B. Los casos notificados de influenza (no confirmados) aumentaron de 28 en 1998 a 109 en 1999 y 117 en 2000, lo que se debió, probablemente, al hacinamiento.

Se efectúa una vigilancia activa de las enfermedades inmuno-prevenibles por medio del programa ampliado de inmunización que se realiza semanalmente de acuerdo con las pautas del CAREC. En la figura 3 se presenta la cobertura de inmunización en la población menor de 1 año y en mujeres en edad fértil, según vacuna, en 2000.

Enfermedades infecciosas intestinales

Durante muchos años no se han registrado casos de cólera. En 1998 hubo 83 casos de gastroenteritis en niños menores de 10 años, 36 en 1999 y 49 en 2000. Hubo 93 casos de intoxicaciones alimentarias, pero ninguno se atribuyó a *Salmonella* ni a *Shigella*.

Enfermedades crónicas transmisibles

La tuberculosis es rara en Montserrat y entre 1997 y 2000 solo se notificaron tres casos. En los últimos años no se ha notificado ningún caso de lepra.

Infecciones respiratorias agudas

Entre 1995 y 1999, durante la intensa lluvia de cenizas volcánicas, muchas personas sufrieron infecciones de las vías respiratorias e irritación de la nariz y la garganta. En algunos casos se exacerbaron los síntomas del asma y una encuesta realizada en 1998 reveló que los niños que vivían cerca del volcán padecían de ataques de asma con mayor frecuencia, en comparación con los que vivían más lejos. Se está aplicando un método de tres niveles para evaluar las posibles repercusiones de la inhalación de ceniza volcánica que considera la vigilancia de los niveles de ceniza en el aire en la isla y estudios de la salud respiratoria de sus habitantes, tanto en la isla como en el Reino Unido.

Durante 1999 acudieron a la sala de urgencias del Hospital Glendon, unas 828 personas que padecían de infecciones respiratorias agudas; en el año 2000, esta cifra se redujo a 770. Estos casos representaron 18% de todas las personas atendidas en la sala de urgencias en 1999 y 17% en el 2000.

Rabia

No hubo casos de rabia en el período 1997–2000.

VIH/SIDA

El número acumulado de casos de infección por el VIH en Montserrat es de siete; hay dos casos de SIDA. No es usual que se efectúen exámenes para la detección del VIH en las embarazadas. En la figura 4 se presenta la incidencia de SIDA por sexo y la razón hombre/mujer en el período 1990–1999.

Infecciones de transmisión sexual

Hubo 34 casos de sífilis en 1998, 47 en 1999 y 5 en el año 2000. En 1999 se registraron dos casos del síndrome de úlcera genital.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Entre 1998 y 2000 hubo 10 muertes por diabetes. En 1999, 187 personas ingresaron a la sala de urgencias por diabetes y en el 2000 el número de pacientes aumentó a 289.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares representaron 32% de las muertes ocurridas en 1998, 30% en 1999 y 35% en el 2000. Hubo nueve defunciones por enfermedad cerebrovascular en 1999 y solo dos en el 2000.

Neoplasias malignas

El número de muertes por neoplasias malignas se mantuvo relativamente estable: ocho en 1998 y siete en los años 1999 y 2000. En 1998 las defunciones se registraron entre hombres de 60 y más años y en 50% de los casos se trataba de cáncer de próstata. En el año 2000, cinco de las defunciones correspondieron a mujeres de 65 y más años.

Enfermedades transmisibles

Un brote de conjuntivitis viral aguda que se desató en Montserrat en 1998 generó 188 casos. Hubo 17 casos en 1999 y 11 en el 2000.

Salud oral

Un auxiliar dental se encarga del Servicio Odontológico Comunitario que funciona en una pequeña dependencia del complejo hospitalario. Se ofrece diagnóstico preliminar y tratamiento de emergencia para niños, mujeres embarazadas, adultos mayores y pacientes que disfrutan de beneficios especiales. El único dentista de la isla presta servicio en el sector privado.

Salud mental

A fines de 1999 había 93 pacientes registrados en la Clínica de Salud Mental: 48 padecían de esquizofrenia, 23 de alcoholismo, 10 de psicosis orgánicas, 6 de neurosis y 6 de otras enfermedades.

Cuando la mayor parte de la población fue desalojada y trasladada a otros países, entre 1996 y 1997, los enfermos mentales no fueron movilizados; esto significó que muchos de ellos se quedaron sin familiares ni amigos que los atendieran, y algunos per-

dieron su vivienda. Los servicios de salud mental se vieron muy afectados por la disminución de los recursos humanos. Las labores de los Servicios Comunitarios de Salud Mental incluían visitas a domicilio, actividades de orientación, y visitas a las cárceles, los refugios y dispensarios de salud.

No hay establecimientos especiales de atención para los enfermos mentales graves; sin embargo, los Servicios de Atención a la Comunidad están asignando particular importancia al problema de las personas sin hogar, especialmente de los enfermos mentales. El Departamento de Servicios a la Comunidad, por medio del Coordinador de Atención a la Comunidad, ha ayudado a prestar cuidados diarios. Con la intención de satisfacer sus necesidades, en el año 2000 se asignaron dos psicólogos que dan consejos y apoyo.

El Gobierno, junto con el DPDI y la OPS, trabaja en un proyecto para la atención de los enfermos mentales.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Debido a la destrucción causada por el volcán, el Gobierno de Montserrat formuló un plan para el rescate y la reconstrucción del país. Gracias a un enfoque participativo se preparó un plan estratégico con el apoyo de la comunidad, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales, funcionarios del Gobierno y organizaciones regionales.

Sobre la base de esta estrategia, el sector salud formuló un plan de acción con 10 objetivos principales: 1) Elaborar estrategias y planes de salud adecuados para prestar atención de salud de calidad a la población de Montserrat. 2) Examinar las normas y políticas que rigen el funcionamiento del sector salud. 3) Crear los establecimientos de salud adecuados en la zona segura de la isla. 4) Fortalecer la gestión institucional del Departamento de Salud, lo que abarca las normas de desempeño y la totalidad del marco de planificación. 5) Velar por el adiestramiento básico y más avanzado en medicina y enfermería. 6) Mejorar la planificación para casos de desastres realizada por el sector salud. 7) Formular políticas de prevención del VIH y el SIDA. 8) Fortalecer los programas de promoción de la salud. 9) Examinar y mejorar la atención a los enfermos mentales. 10) Mejorar las normas clínicas en el ámbito de un programa de atención primaria y secundaria de salud.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El Ministerio de Educación, Salud y Servicios Comunitarios tiene a su cargo la prestación de servicios de salud adecuados, accesibles y asequibles a la población. La autoridad principal es el

Ministro, y el Secretario Permanente es el responsable administrativo. El Oficial Médico Principal coordina los servicios médicos y, en particular, la atención primaria. El Gerente de Atención Secundaria está a cargo del funcionamiento de los hospitales. El Funcionario Principal de Salud Ambiental le rinde cuentas al Secretario Permanente en materia de asuntos ambientales.

La erupción volcánica destruyó totalmente el Hospital Glendon y la mayoría de los centros de atención primaria ubicadas en el sur de la isla. El Hospital Glendon fue reubicado en la zona norte donde también se abrieron cuatro centros que prestan servicios de atención primaria.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

El Ministerio de Educación, Salud y Servicios Comunitarios tiene a su cargo la supervisión y la regulación de los servicios del sistema de salud, lo que comprende el abastecimiento de agua y la gestión de los residuos sólidos.

Organización de los servicios de salud pública

Una enfermera de salud comunitaria es la encargada de suministrar los servicios de promoción de la salud.

Agua potable y alcantarillado

En los nuevos asentamientos ubicados al norte de la isla, el agua potable proviene de manantiales que no se vieron afectados por el volcán; sin embargo, fue necesario agregar más servicios y mejorar el sistema de agua, lo cual tuvo un costo aproximado de un millón de libras esterlinas. El Departamento de Salud Ambiental supervisa constantemente la calidad del agua. Un estudio realizado en 1997 confirmó que el abastecimiento de agua no se había contaminado por los materiales volcánicos.

En la mayoría de los hogares las aguas servidas drenan directamente a una fosa séptica.

Manejo de residuos sólidos municipales

Los residuos sólidos representaron un problema al iniciarse el éxodo hacia el norte de la isla ya que el vertedero de basura original quedaba en el sur y tuvo que ser abandonado. Se propuso una nueva ubicación en la zona de Little Bay, que resultó ser ilegal y fue rechazada. Más tarde se abrió un relleno sanitario en New Windward, en el extremo occidental de la zona de exclusión. La basura doméstica se compacta y se cubre regularmente, pero los desechos industriales continúan siendo un problema, en particular el aceite y los automóviles abandonados. Dos contratistas pagados por el Gobierno están a cargo de la recolección de la basura

Prevención y control de la contaminación del aire

El Observatorio del Volcán de Montserrat ha seleccionado lugares para observar periódicamente los niveles de polvo en el aire.

Protección y control de alimentos

El Departamento de Salud Ambiental se encarga de la protección y el control del abastecimiento de alimentos, pero debido a la falta de personal y a otros asuntos prioritarios que debe atender, esta función no se realiza con eficacia. Afortunadamente, no se han notificado brotes graves de intoxicaciones alimentarias, y el programa de inspección, aunque en forma muy limitada, sigue funcionando.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Los servicios de salud están divididos en comunitarios e institucionales. Los servicios de atención primaria comprenden lo siguiente: salud maternoinfantil, vacunación, salud escolar, salud dental, salud mental, promoción de la salud y salud ambiental; todos se consideran servicios a la comunidad y son gratuitos.

Los servicios institucionales poseen establecimientos para consulta externa y hospitalización, servicios geriátricos de largo plazo, laboratorio, rayos X y servicios de farmacia. Los usuarios deben pagar por los servicios, aunque las embarazadas, las personas mayores de 65 años y algunos indigentes están exentos de pago; la atención geriátrica de largo plazo es gratuita. La política de exoneración debe examinarse debido a que las normas vigentes no se han modificado desde que ocurrieron las crisis y actualmente hay personas que necesitan tarifas preferenciales debido a la drástica disminución de sus ingresos.

Durante 1999 se admitieron 493 pacientes al Hospital Glendon y en el 2000, ingresaron 526; la mayoría de ellos eran mayores de 65 años. En 1999, 232 (47%) fueron casos médicos, 153 (31%) casos quirúrgicos, 72 (15%) casos de obstetricia y 36 (7%) casos pediátricos. En 2000, 225 (43%) fueron casos médicos, 155 (29%) casos quirúrgicos, 77 (15%) casos de obstetricia y 60 (11%) casos pediátricos.

En 1999 hubo un total de 3.601 paciente/día en el hospital Glendon, y el promedio de estancia fue de 6 días. En 2000 se registraron 3.860, con un promedio de estancia de seis días. La tasa total de rotación de las 30 camas del hospital fue de 16 en 1999 y de 17 en 2000, con una tasa de ocupación de 33% en 1999 y de 35% en 2000. Se notificaron 27 defunciones entre las 493 personas que ingresaron al hospital, lo que llevó a 5% la tasa de mortalidad del hospital en el año 2000.

En 1999 se realizaron 121 procedimientos quirúrgicos (63 en hombres y 58 en mujeres) mientras que en 2000 se efectuaron 133 (55 en hombres y 78 en mujeres). En el período 1998–2000 se practicaron 64 intervenciones quirúrgicas de emergencia, 85 de cirugía mayor y 247 de cirugía menor.

En 2000, la mayor parte de las 200 hospitalizaciones de hombres se debieron a lesiones (18%), a hipertensión y a otras enfermedades relacionadas con el corazón (15%), a enfermedades del sistema digestivo (14%) y a diabetes e hipercolesterolemia (12%). La mayoría de las hospitalizaciones de 189 mujeres se de-

bieron a diabetes mellitus (15%), a hipertensión y otras enfermedades relacionadas con el corazón (13%), a enfermedades ginecológicas (12%) y a enfermedades del sistema digestivo (9%).

En 1999 se enviaron 22 pacientes para ser atendidos y tratados en otros países; 36% requerían cirugía, 31% eran casos médicos, 13% casos de obstetricia, y 18% eran niños de 1 a 9 años de edad. Todos los casos enviados fueron acompañados a tiempo completo por una enfermera del hospital cuyos gastos los pagó el Gobierno.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

El laboratorio del hospital funciona como banco de sangre y es el encargado de los exámenes bioquímicos y hematológicos. Allí solo pueden hacerse investigaciones microbiológicas básicas. No se realiza venta de sangre ni de sus derivados y el abastecimiento del banco se mantiene gracias a los donantes voluntarios.

Servicios especializados

En la isla no hay servicios para efectuar exámenes especializados de la vista y la audición, solamente se hacen las pruebas básicas en los centros de salud. Los oculistas especializados apenas empiezan a visitar Montserrat, y examinan y tratan a pacientes en las clínicas privadas. Un oftalmólogo canadiense examinó a pacientes en uno de los dispensarios de salud del sector público.

Insumos para la salud

Medicamentos, inmunobiológicos y reactivos

En Montserrat no se produce ningún medicamento, reactivo o producto biológico para ser utilizado en el sector salud. Todo lo necesario se importa por medio de la Organización de Estados del Caribe Oriental y el Servicio de Compras Farmacéuticas, que realiza auditorías anuales.

Equipo

En 1999, el Departamento de Radiología funcionaba desde una sede provisional que solo contaba con una unidad móvil para realizar los exámenes. El Departamento funciona ahora en una sede refaccionada en el complejo hospitalario y cuenta con un radiólogo adiestrado y una nueva unidad adquirida en octubre de 1999.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso

Durante el período 1997–2000 prestaban servicio cuatro médicos, tres técnicos de laboratorio, un dentista y un radiólogo. El número de farmacéuticos variaba de uno a tres. El número de enfermeras disminuyó de 57 en 1997 a 38 en 2000. Hay cuatro cargos para funcionarios de salud ambiental, pero solo tres de ellos estaban ocupados por personal adiestrado.

Formación del personal de salud

Uno de los retos que se plantean en Montserrat desde 1995 es el de retener al personal. Los servicios de enfermería en el hospital y en los centros de atención primaria se apoyan principalmente en enfermeras diplomadas.

El adiestramiento en el servicio se realiza para varias categorías del personal sanitario a medida que surge la necesidad y dependiendo de la disponibilidad de instructores para impartir los cursos.

Montserrat solía tener una escuela para la formación de enfermeras, pero esta ha permanecido cerrada desde la erupción del volcán; por consiguiente, toda la capacitación se efectúa en el extranjero. Se han hecho arreglos con Antigua y Dominica para colaborar con el adiestramiento de personal.

Investigación y tecnología en salud

La ayuda prestada por el DPDI se ha utilizado para realizar estudios acerca de la asistencia social y los efectos de la ceniza volcánica en las funciones respiratorias.

Gasto y financiamiento sectorial

En el año 2000, el Ministerio de Educación, Salud y Servicios Comunitarios otorgó la cantidad de US\$ 4.568.488 para la administración y la prestación de servicios de salud, lo que comprende la sede principal del Ministerio y la atención de salud primaria y secundaria. Aproximadamente 35% (US\$ 1.612.848) del presupuesto de salud se asignó al Hospital.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

A finales de 1997 se introdujo un programa regional de reubicación y un plan de pasaje asistido para ayudar a la población desalojada. El plan de pasajes hacia el exterior, destinados a las personas que querían salir de la isla, finalizó en mayo de 1999. Luego, en ese mismo año, el DPDI introdujo un plan de tarifas aéreas para el regreso desde Inglaterra o la región del Caribe para quienes tenían un lugar donde vivir al volver a la isla.

El DPDI ayuda también a las organizaciones no gubernamentales dedicadas a los adultos mayores, a los discapacitados y a los desplazados, para que se independicen económicamente y se integren a la sociedad. Este programa está administrado por la Conferencia de Iglesias del Caribe. También subvenciona programas de adiestramiento para desplazados que se encuentran en Antigua.

Otros donantes, como por ejemplo la Unión Europea, asignaron 16 millones de euros para viviendas, educación y una nueva pista de aterrizaje.

Mediante un análisis de la vulnerabilidad y dando asesoramiento técnico, el PNUD está ayudando al Gobierno de Montserrat a fortalecer su capacidad para la prevención de desastres. El PNUD

también envió a cinco voluntarios, entre ellos un psicólogo y un terapeuta ocupacional, para trabajar en el sector salud.

La Organización Panamericana de la Salud ha intensificado su cooperación técnica habitual desde la erupción volcánica, particularmente en materia de preparativos para casos de desastres y salud ambiental. Como parte del programa DPDI/OPS/Gobierno, que se inició en agosto de 2000, se procura mejorar la capacidad del sector en lo referente a salud mental, tratamiento de enfermedades crónicas, promoción de la salud, atención a los ancianos y

desarrollo de un sistema de información para hospitales. Otra de las metas del Programa es la formación de personal calificado en especialidades que se verían privadas de experiencia y conocimientos técnicos cuando el personal actual se jubile.

El Gobierno, el DPDI y otros interesados han tomado las medidas necesarias para la prestación de servicios de atención de salud primaria y secundaria y para referir al extranjero a quienes necesiten atención terciaria o más especializada que no hay actualmente en Montserrat.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Montserrat, 1999.

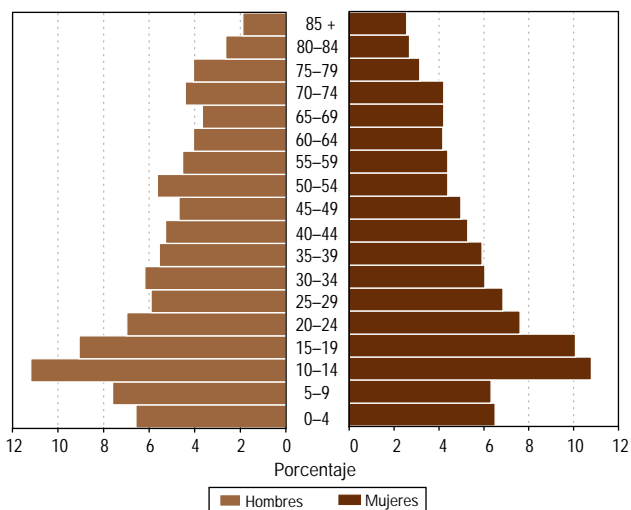


FIGURA 3. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año y en mujeres en edad fértil según vacuna, Montserrat, 2000.

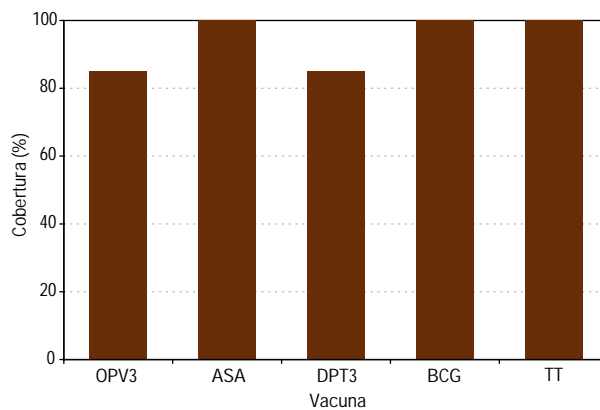


FIGURA 2. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Montserrat, 1990-1995.

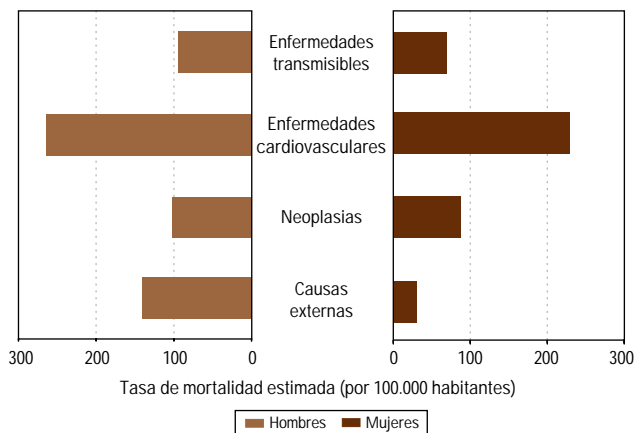
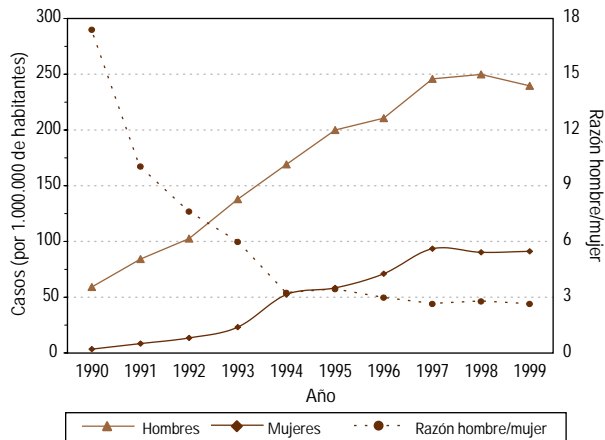


FIGURA 4. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Montserrat, 1990-1999.



NICARAGUA

CONTEXTO GENERAL

Nicaragua tiene una superficie de 130.244 km². Por la conformación de su relieve, el país se divide en tres regiones: del Pacífico, del Atlántico y Central. Desde el punto de vista político-administrativo, cuenta con 15 departamentos y dos regiones autónomas. En la región del Pacífico, cuya superficie representa 15,2% del territorio nacional, habita 58,2% de la población total, con una densidad de 130,1 habitantes por km²; la región Central corresponde a 29,6% del territorio nacional y alberga a 30,5% de la población del país, con una densidad poblacional de 35,1 habitantes por km², y la región del Atlántico representa 55,2% de la superficie del territorio nacional y alberga a 11,3% de la población del país, con una densidad de 7 habitantes por km².

Para el año 2000 la población se estimó en 5.710.670 habitantes, 51% de los cuales eran mujeres. La tasa de crecimiento anual disminuyó de 3% en 1985 a 2,7% en el período 1995–2000, cuando comenzó a frenarse debido al descenso de la fecundidad. En 1998 la población urbana representaba 56,4%. En 2000 la media de edad fue de 17 años. La estructura poblacional presenta 65% de menores de 25 años de edad y 42,6% de menores de 15 años (figura 1).

Según los resultados de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud de 1998 (ENDESA-98), en el período 1995–2000 la esperanza de vida al nacer fue de 68,4 años, 70,3 entre las mujeres y 66,6 entre los hombres; la tasa de natalidad fue de 35,3 por 1.000 habitantes; la mortalidad infantil, de 40 defunciones por 1.000 nacidos vivos, y la tasa de fecundidad, de 4,4 hijos por mujer, con una gran disparidad entre la ciudad y el medio rural (3,1 hijos entre las mujeres urbanas y 5,4 hijos entre las rurales, con 6 hijos por mujer en Jinotega y la costa del Atlántico), los departamentos y los grupos sociales.

La emigración y la migración interna son fenómenos demográficos que producen un fuerte impacto económico en el país. La población que vive fuera de Nicaragua se estima entre 4% y 6% de la población total. En Managua se concentra 40% de los migrantes internos. Dos tercios de los migrantes residen en las

ciudades y un tercio en el campo. Entre los que migran a los centros urbanos predomina la población femenina, sobre todo la de 15 a 29 años de edad, que se concentra en la actividad comercial y los servicios personales, mientras que los hombres se desempeñan más en el sector agrícola.

Según la Encuesta Nacional sobre Medición de Nivel de Vida realizada en 1998 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 47,9% de los nicaragüenses vivían en situación de pobreza y 17,3% eran extremadamente pobres, lo que supone una reducción de 2,4 y 2,1% respectivamente entre 1993 y 1998. Esta encuesta encontró una disminución de la pobreza rural y urbana en Managua, junto con un aumento de la población pobre en el resto del Pacífico urbano y en la costa Atlántica; un crecimiento promedio anual de 0,4% de la tasa de analfabetismo para el período 1993–1998 (23,4% en 1998), y altas tasas de fecundidad en los adolescentes: a los 19 años, 50% de las mujeres habían estado embarazadas al menos una vez. La encuesta también mostró que los niños extremadamente pobres se enfermaban con una frecuencia 50 veces mayor que los no pobres, y que 30% de los niños pobres y 40% de los extremadamente pobres estaban desnutridos.

En 1998 la población económicamente activa (PEA) se estimó en 1.728.900 personas, de las cuales 184.700 (11%) se encontraban desocupadas. Entre la población ocupada, 1.354.263 tenían un empleo pleno (87,7%) y 189.937 (12,3%) se consideraban subempleados. Desde 1992, con la creación de zonas francas, unas 20.000 personas, en su mayoría mujeres, trabajan en las maquiladoras. La tasa de desempleo ha ido disminuyendo en forma sostenida desde 1994, para llegar a 10,7% en 1999. La falta de trabajo afecta en mayor medida a las mujeres: en 1999, 14% de la PEA se encontraba en la zona urbana y 30% en la zona rural.

El salario promedio real a nivel nacional mostró un crecimiento de 9,9% en 1999, el más alto desde 1991. El salario real experimentó un crecimiento de 13%, favorecido por la aplicación de una nueva tabla de salario mínimo en agosto de 1999 y por los ajustes institucionales de algunos ministerios, tales como Educación, Cultura y Deportes; Salud, y Hacienda y Crédito Público.

En julio de 1999 el Ministerio de Trabajo indicó que 56% de la PEA urbana ocupada percibía un ingreso mensual inferior a US\$ 9,2, mientras que el costo de la canasta básica era de US\$ 13,3. Un 27% de la población urbana ocupada recibía entre US\$ 9,2 y 19,4, y solamente 17% ganaba más de US\$ 19,4 al mes. Entre las mujeres, solo 12% percibía un ingreso superior a US\$ 19,4 mensuales.

El achicamiento del Estado constituye uno de los elementos centrales del ajuste estructural. El Gobierno ha intentado revertir la declinación económica por medio de varias reformas estructurales que procuran facilitar la inversión privada, recuperar el crecimiento y controlar la inflación. El apoyo brindado por la comunidad internacional a través del Fondo Social Suplementario resultó crucial para proteger el nivel de los servicios sociales prioritarios después del huracán Mitch.

En el período 1991–1998 el producto interno bruto (PIB) per cápita fue de US\$ 455,8 y su crecimiento promedio fue de 3,2%, con una tasa de crecimiento de 7% a fines de 1999, porcentaje que refleja el esfuerzo de inversión asociado al proceso de reconstrucción de la infraestructura económica. A finales de mayo de 1999 la deuda externa alcanzó los US\$ 6.358,5 millones, lo que equivale a tres veces el PIB y ocho veces el valor anual de las exportaciones.

El déficit del gasto público total en relación con el PIB disminuyó y en 2000 representaba 96,9% del PIB (la evolución de este último se muestra en la figura 2). El huracán Mitch causó pérdidas de casi 35% de la capacidad instalada de la red nacional de servicios de atención primaria (108 unidades), con un costo de US\$ 8.865.000, lo que corresponde a 6,5% de la estimación de los daños totales nacionales efectuada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en 1999.

La estrategia de desarrollo social del Gobierno se asienta en tres pilares: búsqueda del crecimiento económico, especialmente en la zona rural; impulso a la inversión en programas sociales a favor de los pobres, con objeto de reducir su vulnerabilidad económica, social y ambiental, y fortalecimiento de una red de protección social centrada en los grupos vulnerables a fin de desarticular la transmisión de la pobreza intergeneracional.

Mortalidad y morbilidad

El análisis demográfico y epidemiológico se ve limitado por la cobertura y calidad del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI), que en el período 1995–1999 presenta un subregistro de 35% en natalidad y de 46% en defunciones. La mortalidad general mostró un descenso de 33,3 por 100.000 habitantes a 26,5 por 100.000 entre 1996 y 2000. Las enfermedades infecciosas pasaron del cuarto al quinto lugar como causas de defunción en los dos últimos años, con una reducción de casi 50% respecto de 1996 (cuadro 1).

De los distintos grupos de causas de muerte se destacan: entre las enfermedades infecciosas, las diarreas en los menores de 1 año y la tuberculosis en los mayores de 35 años; entre las nutricionales y metabólicas, la diabetes y la desnutrición; en el período perinatal, las afecciones respiratorias y sepsis; entre las causas externas, los accidentes de transporte, ahogamiento y sumersión, intoxicaciones por plaguicidas (accidentales o autoinfligidas) y heridas por arma de fuego y blanca. En particular los accidentes de transporte se encuentran entre las primeras causas de muerte para todos los grupos de edad. En 1998 se observó un incremento en las defunciones por causas externas como consecuencia del huracán Mitch, como se observa en el cuadro 1. En la figura 3 se presentan las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes para hombres y mujeres, según grandes grupos de causas.

La información sobre egresos hospitalarios entre 1999 y 2000 fue muy parecida (284.893 para 1999 y 291.266 para 2000). Entre las enfermedades transmisibles, las principales causas de egreso para ambos años fueron: enfermedades diarreicas y gastroenteritis, neumonía, malaria, tuberculosis pulmonar y dengue clásico y hemorrágico, si bien el número de las transmitidas por vectores disminuyó en forma considerable en el año 2000. Otras causas importantes de egreso fueron los tumores (sobre todo del cuello del útero), diabetes mellitus, anemia, trastornos del comportamiento por abuso de alcohol u otras sustancias, y enfermedades del sistema circulatorio (entre las que se destacan las hipertensivas, isquémicas y cerebrovasculares). Un alto porcentaje de las atenciones hospitalarias correspondieron a partos, observándose también una frecuencia elevada de trastornos asociados al

CUADRO 1. Principales causas de defunción, Nicaragua, 1996–2000.

Grupos de causas ^b	1996		1997		1998		1999		2000 ^a	
	N.º	Tasa	N.º	Tasa	N.º	Tasa	N.º	Tasa	N.º	Tasa
Enfermedades del sistema circulatorio	3.185	76,9	3.232	73,1	3.074	63,7	3.225	64,8	3.343	65,9
Causas externas	1.966	47,5	1.971	44,6	2.699	55,9	2.078	41,7	1.865	36,8
Neoplasias malignas	1.340	32,4	1.366	30,9	1.458	30,2	1.449	29,1	1.565	30,6
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1.277	30,8	1.239	28,0	1.255	26,0	975	19,6	762	15,0
Afecciones del período perinatal	1.067	25,8	1.101	24,9	1.141	23,6	1.066	21,4	1.124	22,2
Todas las causas ^c	13.801	33,3	13.916	31,4	14.756	30,5	13.771	27,6	13.441	26,5

^aDatos preliminares para el año 2000.

^bTasas por 100.000 habitantes.

^cTasa por 10.000 habitantes.

embarazo, el parto y el puerperio. En cuanto a las consultas médicas por especialidad, más de la mitad correspondieron a consultas de emergencias, debidas básicamente a problemas del embarazo y a accidentes y violencia.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

La población de niños de 0 a 4 años de edad representa 16% de la población total. En el período 1997–2000 la tasa de mortalidad infantil fue de 45,2 por 1.000 nacidos vivos (50 por 1.000 nacidos vivos para los niños y 40 por 1.000 para las niñas). Las principales causas de muerte de los menores de 1 año en este período fueron trastornos respiratorios y cardíacos del período perinatal, neumonía, diarrea y gastroenteritis, sepsis bacteriana del recién nacido y malformaciones congénitas; para los niños de 1 a 4 años fueron neumonía, diarrea y gastroenteritis y accidentes de transporte. La mortalidad neonatal fue de 17 por 1.000 nacidos vivos. Para el mismo período, la mortalidad posneonatal de varones fue de 28 por 1.000 nacidos vivos y de 22 por 1.000 para las niñas.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

Este grupo representa 14% de la población total. Las principales causas de atención médica fueron neumonía, traumatismos, apendicitis y asma. Las principales causas de defunción notificadas en 1999 y 2000 se asociaron a accidentes de transporte, neumonía, ahogamiento y sumersión accidental y exposición accidental a otros factores no identificados.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

Este grupo representa 25,6% del total de la población. La tasa de fecundidad para 1999 fue de 152 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes en etapa reproductiva (15 a 19 años). De esta manera, 3 de cada 10 nacimientos correspondieron a madres adolescentes de este grupo de edad. El 26,5% de los abortos correspondió a adolescentes de dicho grupo. Para el grupo de 10 a 14 años la información es muy escasa. Se notificó que en 1998 la primera causa de defunción de los adolescentes fueron los desastres naturales, seguidos por las intoxicaciones con plaguicidas y, en tercer lugar, los accidentes. El suicidio se menciona también como causa importante de defunción. El 5% del total de intoxicaciones agudas por plaguicidas se presentaron en adolescentes de 10 a 14 años, y 30% en jóvenes de 15 a 19 años, que en Nicaragua se consideran parte de la PEA. Del total de egresos registrados en 1999 por el Sistema de Información del Ministerio de Salud (SIMINSA) en las mujeres, 33% correspondieron a embarazo, parto y puerperio y 11% a las enfermedades del sistema osteomuscular, mientras que en los varones las causas más frecuentes fueron traumatismos y envenenamiento.

La salud de la población adulta (20–59 años)

En relación con la cobertura nacional de los servicios de planificación familiar, se observó un ascenso de 1998 (18,1%) a 1999 (21%). Según la ENDESA-98, el uso de anticonceptivos en Nicaragua es relativamente alto: 68% de todas las mujeres en edad fértil han usado alguna vez en su vida un método de planificación familiar, 59% han usado métodos modernos y 9% han usado alguna vez métodos tradicionales. El método moderno más utilizado alguna vez por todas las mujeres es la píldora (43%), seguido por el dispositivo intrauterino (21%), la esterilización femenina (19%), las inyecciones y el condón (14%) y la abstinencia periódica (6%). El Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna a nivel nacional ha registrado fluctuaciones en este indicador, con tasas de 106 por 100.000 nacidos vivos en 1995, 128 por 100.000 en 1996, 139 por 100.000 en 1997, 102 por 100.000 en 1998 y 133 por 100.000 en 1999. Los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS) de Matagalpa, Jinotega, Río San Juan, Chontales y las regiones del Atlántico Norte y Sur registran la mayor cantidad de defunciones maternas a nivel nacional.

En 1999, 44% de las defunciones maternas notificadas ocurrieron en edades extremas: 24% correspondieron a menores de 20 años de edad y 20% a mayores de 35 años. Las causas de defunción materna tuvieron origen obstétrico, y las principales fueron las hemorragias por retención placentaria, la hipertensión gestacional, la sepsis, la ruptura uterina y el aborto.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Se estimó que en el año 2000 había 4,7% de adultos mayores en la población, es decir 231.566 personas, de los cuales 45,4% eran hombres. El porcentaje de mujeres era 59,1% en la zona urbana y 48% en la rural. El grupo de edad de 75 y más años representaba 1% del total de la población. El 77,1% de las mujeres adultas mayores tenían de 60 a 74 años de edad y 22% tenían 75 años y más.

La salud de la familia

En 1998 se constituyó el Ministerio de la Familia, cuya función establecida por ley es brindar protección a las personas mayores de 60 años, sea que cuenten o no con un régimen de seguridad social, mediante políticas que procuran solucionar su problemática social y mejorar su calidad de vida.

La salud de los trabajadores

Tres instituciones se ocupan de la salud de los trabajadores: el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Salud y el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). Formalmente, el Ministerio de Trabajo es la institución responsable de garantizar el derecho de los trabajadores a condiciones laborales que resguarden su integridad física, su salud e higiene, y disminuyan sus riesgos profesionales. Sin embargo, la cobertura alcanza apenas a 80.092 trabajadores, para una PEA de casi 2 millones de perso-

nas. En esta población atendida, la tasa general de accidentes en 1999 fue de 83 por cada 1.000 trabajadores, con una tasa de mortalidad de 6,4 por 1.000. Los principales riesgos asociados a los accidentes son mecánicos y químicos. La asistencia sanitaria de los trabajadores se brinda principalmente en los servicios del Ministerio de Salud. Solo 18% de la PEA está afiliada a la seguridad social. Se estima que alrededor de 24.000 niños de 10 a 14 años de edad trabajan en el sector informal, y otros 6.000 en el sector formal.

Entre 90% y 100% de los agricultores y obreros agrícolas están expuestos anualmente a algún tipo de plaguicida. Las estadísticas oficiales reflejan tasas de intoxicación laboral por plaguicidas de 5 casos por 10.000 habitantes para 1999. Sin embargo, diversos estudios realizados en varias zonas del país reflejan una incidencia real de intoxicaciones por plaguicidas que oscila entre 3% y 9% de los agricultores expuestos anualmente.

La salud de los discapacitados

El Programa Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud estimó que el porcentaje de población con algún tipo de discapacidad en el año 2000 era de 12,1% (615.195 personas). Las causas principales de discapacidad fueron debidas a problemas del nacimiento (10%), enfermedades (29%), guerra (2,6%) y accidentes (11,85%). Entre los tipos de discapacidad más frecuentes se notificaron: para oír 9,23%; para hablar 3,4%; para oír y hablar 0,5%; para ver 63,9%; del movimiento 5%; mentales 4,4%; convulsiones 4,21%, y otras 6,2%.

La cantidad de víctimas de minas antipersonales en los últimos años tiende a decrecer. En números absolutos, se notificaron 23 víctimas en 1997; 33 en 1998; 24 en 1999 y 16 en 2000.

La salud de los indígenas

En el período 1996–2000 la población indígena de Nicaragua se estimó que representaba 5% de la población total. La mayoría habitan en la costa del Caribe. Los principales problemas que enfrentan las comunidades indígenas están relacionados con su extrema pobreza, y su situación de salud está relacionada con servicios de asistencia sanitaria poco accesibles, escasa disponibilidad de medicamentos, poco o ningún acceso a agua de calidad y analfabetismo, entre otros factores.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Nicaragua es extremadamente vulnerable a los desastres naturales. En el último período, el país se ha visto afectado por diferentes manifestaciones de la naturaleza, tales como huracanes, erupciones volcánicas, terremotos, maremotos, sequías, lluvias intensas, inundaciones y deslizamientos. El evento más catastrófico en el período considerado fue el huracán Mitch, en octubre de 1998, que causó 2.823 muertos, 885 desaparecidos y 49 muni-

cipios afectados. El fenómeno más reciente fue el terremoto que afectó a la ciudad de Masaya en julio de 2000, con un saldo de nueve muertos. En estas dos ocasiones se brindó atención médica en las diferentes instalaciones (hospitales, centros de salud, puestos de salud y albergues) y se efectuaron acciones de salvamento y rescate en coordinación con la Cruz Roja, Defensa Civil y el Cuerpo de Bomberos.

El Ministerio de Salud ha emprendido una serie de acciones para garantizar la salud pública a las víctimas de desastres, entre ellas: control de la cantidad y calidad del agua de consumo humano, control e higiene del uso de los alimentos, saneamiento, manejo adecuado de las aguas servidas y de los desechos sólidos, control de vectores, y atención psicosocial. El principal problema de salud producido por los desastres naturales, además de los traumatismos, es el incremento de ciertas enfermedades ya existentes, tales como las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas y las enfermedades transmitidas por vectores, como son la malaria por *Plasmodium vivax* y, en forma esporádica, por *P. falciparum*. Además, durante las inundaciones han aparecido focos de leptospirosis, enfermedades de la piel y enfermedades oculares.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. En los últimos 20 años la malaria ha tenido un comportamiento irregular. El mayor número de casos se registró en 1996, con 76.269 casos y una incidencia parasitaria anual de 18,4 por 1.000 habitantes, un índice de láminas positivas de 16,31% y un índice anual de examen de sangre de 11,3%. De 1997 a 2000 esta enfermedad mostró una tendencia descendente, excepto en 1999, cuando debido al huracán Mitch los casos se incrementaron levemente, en particular la malaria por *P. vivax*. Los grupos de edad más afectados fueron el de 15 a 49 años, seguido por el de 5 a 14 años, con una repercusión significativa en el ausentismo laboral y escolar, respectivamente.

En el año 2000 los departamentos con una incidencia parasitaria anual mayor a la media nacional (4,7 por 1.000 habitantes) fueron en orden de frecuencia: la Región Autónoma del Atlántico Norte con 14,8 por 1.000, Nueva Segovia, con 12,2, Chinandega, con 11,5 y Río San Juan, con 9,7. En el período 1997–2000 las defunciones se redujeron de 17 en 1997 (0,4 por 100.000 habitantes) a 4 en 2000 (0,08 por 100.000 habitantes). De un total de 43 defunciones notificadas en el período mencionado, 21 correspondieron al departamento de la Región Autónoma del Atlántico Norte (49%), seguido de Matagalpa y Chontales, con 6 (14%) cada uno. Estos tres departamentos son los de mayor prevalencia a *P. falciparum*. De 1997 al 2000 se produjo una reducción de 67,2% de los casos por *P. falciparum* a nivel nacional, con mayor proporción en las regiones del Atlántico Norte y del Atlántico Sur.

Dengue. Esta enfermedad presentó un comportamiento irregular en el período 1997–2000. En 1997 la tasa nacional fue de 7,3 por 100.000 habitantes; Managua, Estelí y León fueron los

departamentos más afectados. En 1998 el riesgo se cuadruplicó y se vivió una situación de franca epidemia, con una tasa de 28,1 por 100.000 habitantes. Se confirmó la circulación de los serotipos 3 y 2, lo que incrementaba el riesgo de dengue hemorrágico. De 1997 a 1998 los casos notificados aumentaron de 3.215 a 13.592, y los casos de dengue hemorrágico confirmados por laboratorio, de 73 a 432. En cambio, en 1999 se registraron 11.812 casos, una incidencia menor que la del año anterior. Los departamentos más afectados fueron Managua, Matagalpa, León y Rivas. Ocurrió lo inverso con los casos de dengue hemorrágico, que se incrementaron 69%, hecho que podría explicarse por el subregistro de los casos de dengue clásico o el exceso en la clasificación de los casos hemorrágicos. En el año 2000 hubo una reducción de casos confirmados por laboratorio de 42% en relación con 1999. Los departamentos más afectados fueron Managua, Matagalpa, la Región Autónoma del Atlántico Norte, la Región Autónoma del Atlántico Sur, León y Rivas. En cuanto a la mortalidad, en 1998 y 1999 se notificaron tasas de 0,24 por 100.000 habitantes. En 2000, la tasa fue de 0,08 por 100.000 habitantes. En este último año, el total de casos sospechosos fue de 7.444, lo que representa una reducción de 37% con respecto al año anterior.

Enfermedad de Chagas. En el período 1992–2000 la tasa de incidencia acumulada de esta enfermedad fue de 2,7 por 100.000 habitantes. En tres departamentos (Madriz, Nueva Segovia y Matagalpa) se notificaron 74% de los casos. En total se han comunicado 135 casos durante ese período.

En el período 1998–1999 se realizó una encuesta entomológica nacional para determinar la prevalencia de infestaciones por triatomíneos en 13 departamentos (125 municipios, 31.466 viviendas). Las principales especies vectoras identificadas fueron *Rhodnius prolixus*, *Triatoma dimidiata*, *Triatoma nitida*, *Triatoma rickmani* y *Panstrongylus geniculatus*. Los mayores índices de infestación para *Rhodnius* se encontraron en los departamentos de Madriz, Nueva Segovia, Masaya, Chontales y Jinotega. En relación con *Triatoma dimidiata*, los 13 departamentos se encontraban infestados, con valores de 1% a 3% en Chontales, Chinandega, León, Managua y Rivas; de 3% a 6% en Nueva Segovia, Matagalpa, Jinotega y Granada, y entre 6% y 10% en Boaco, Estelí, Masaya y Madriz.

La enfermedad de Chagas no es de notificación obligatoria. La mayoría de los casos en su fase aguda se detectan mediante el diagnóstico de gota gruesa para la malaria, que se realiza en las unidades de salud endémicas o al efectuarse el control de calidad de estas en los laboratorios regionales. Una fuente importante para conocer la prevalencia de la enfermedad es el tamizaje de las muestras de sangre de donantes, efectuado por el Ministerio de Salud en el año 2000 en 74% de las donaciones y por la Cruz Roja Nicaragüense en la totalidad de las recibidas. De un total de 37.515 muestras de sangre de donantes se notificaron 122 casos positivos por serología (0,33%). Los pocos estudios realizados hasta ahora evidencian la transmisión activa del *Trypanosoma*

cruzi. Sin embargo, la información disponible no permite conocer la magnitud real y la distribución geográfica del problema.

En un estudio de seroprevalencia realizado en coordinación por el Ministerio de Salud y la OPS en el año 2000 sobre muestras de 11.375 escolares de 7 a 14 años de 14 departamentos, se encontraron 387 casos (3,4%). Los departamentos más afectados fueron Matagalpa (9,4%), Managua (8,8%), Chontales (7,4%), Chinandega (3,5%) y León (2,1%).

Enfermedades prevenibles por vacunación

Las enfermedades prevenibles por vacunación tienen un grado de control apropiado en Nicaragua, pues se han alcanzado y mantenido altas coberturas de vacunación en los últimos años (figura 4), e introducido nuevas vacunas (MMR en 1998 y pentavalente en 1999). La cobertura de vacunación en 1999 y 2000 osciló entre 90% y 100% para los distintos biológicos, pero en zonas de difícil acceso el nivel de protección de la población es inferior. Existe controversia respecto de la cobertura en algunos municipios, ya que alrededor de 40% presentan coberturas superiores a 100% para uno o más biológicos, por lo que en los próximos años las acciones de inmunización se concentrarán en las zonas de acceso difícil.

Nicaragua continúa sin presentar casos de poliomielitis desde 1982. Desde 1990, todos los casos de parálisis flácida aguda son revisados por el Comité de Prácticas de Inmunizaciones. Los indicadores actuales de vigilancia muestran niveles satisfactorios. La difteria también ha dejado de ser un problema de salud pública en el país. El último caso se notificó en 1987.

El último brote de sarampión se registró en 1990 y se prolongó hasta 1993; en 1994 se presentó un solo caso y ya no se notificaron nuevos casos hasta 2000. El éxito en el control del sarampión se explica, entre otras razones, por la ejecución de las estrategias de erradicación en forma adecuada y oportuna. Por otro lado, se han realizado acciones adicionales, tales como la campaña de vacunación en la población adulta de alto riesgo, que logró inmunizar a 177.294 personas en 1999. Los indicadores de vigilancia epidemiológica para el sarampión se han mantenido en niveles adecuados.

Con respecto a la tos ferina, es la única enfermedad del Programa Ampliado de Inmunización en la que no se ha logrado un control absoluto. En el período 1997–2000 se diagnosticaron clínicamente 132 casos: 84 en 1997, 10 en 1998, 27 en 1999 y 11 en 2000. Un punto crítico en la vigilancia de esta enfermedad es la disponibilidad de estudios de laboratorio que permitan confirmar el diagnóstico, de manera que los casos se clasifican solo con base en criterios clínicos.

El último caso de tétanos neonatal se registró en 1997. Las coberturas de vacunación en mujeres en edad fértil son superiores a 95% en la mayor parte de los municipios del país. En el período 1997–2000 se han notificado 37 casos de tétanos no neonatal, de estos, 5 se presentaron en 1999 y 9 en 2000, y la mayoría en personas mayores de 15 años que por razones laborales se encuentran más expuestas a las esporas de esta bacteria.

En relación con las meningitis y neumonía por *Haemophilus influenzae* tipo b, a menos de un año de haberse introducido la vacuna pentavalente en el país, la cobertura de vacunación en los menores de 1 año es superior a 90%, por lo que se espera que el impacto en la frecuencia de infecciones invasivas por este agente se reduzca sustancialmente. Según informaciones del Ministerio de Salud, 56% de las meningitis bacterianas tienen como causa a *H. influenzae* tipo b, lo que indica que la vacuna podría evitar casi 200 casos anuales.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales

En 1996 y 1997 el número de casos de cólera notificados presentó una tendencia a la disminución, con 2.813 y 1.336 casos, respectivamente. En 1998, después del huracán Mitch, se presentaron brotes en Managua, Nueva Segovia, Estelí, Carazo, Matagalpa, Granada, Masaya y Chinandega. Del total de 1.451 casos notificados (28,2 por 100.000 habitantes), se registraron 36 defunciones (0,7 por 100.000 habitantes), con una tasa de letalidad de 2,4%. En 1999 se notificaron 548 casos y se registraron 9 muertes, con una letalidad de 1,6%. Durante el año 2000 solo se notificaron 12 casos y una defunción.

Las enfermedades diarreicas agudas son una de las primeras causas de notificación obligatoria. El grupo de edad más afectado por estas enfermedades es el de menores de 5 años, con 73% de los casos. En 1997 se presentaron 483,5 casos por 100.000 habitantes, cifra que se redujo a 415,1 casos por 100.000 en 1998; las tasas de mortalidad fueron de 7,48 por 100.000 habitantes y de 7,13 por 100.000, respectivamente. La mayor parte de los casos ocurrieron en los departamentos de la Región Autónoma del Atlántico Sur, Matagalpa, Granada, Nueva Segovia y Río San Juan. En 1999 la tasa de mortalidad se redujo 52% en relación con el año anterior. En el año 2000 se notificaron 188.713 casos, es decir, 372,09 por 100.000 habitantes (una reducción de 16% en relación con 1999) y una tasa de mortalidad de 3,02 por 100.000 habitantes. Los departamentos con mayor incidencia fueron la Región Autónoma del Atlántico Norte, la Región Autónoma del Atlántico Sur, Nueva Segovia, Madriz, Matagalpa, Río San Juan, Jinotega y Boaco.

Tuberculosis

La tendencia de los últimos 10 años, correspondiente a todas las formas de tuberculosis, ha sido decreciente, con una reducción de casi 40%. Esta enfermedad tiene comportamiento endémico, con casos en todo el país. Sin embargo, hay SILAIS de incidencia baja, con tasas de 13 a 30 por 100.000 habitantes, en Estelí, Granada, Carazo, Rivas, Boaco y la Región Autónoma del Atlántico Sur; de incidencia media, con tasas de 31 a 45 por 100.000 en Madriz, Nueva Segovia, Masaya, León y Río San Juan, y de alta incidencia, con tasas de 46 a 111 por 100.000 en Managua, Matagalpa, Jinotega, la Región Autónoma del Atlántico Norte, Chontales y Chinandega.

En el año 2000 la captación de casos de tuberculosis en todas las formas disminuyó 6,3% en relación con el año anterior, registrándose 2.396 casos con 1.467 baciloscopias positivas. El grupo de edad más afectado fue el de 15 a 24 años, que presentó 26% del total de casos bacilíferos, le siguió el de 25 a 34 años, con 23,5%. La mayor incidencia se presentó en el sexo masculino, con 31,5 por 100.000 habitantes (también fue mayor la incidencia en hombres por grupos de edad); las mayores tasas se concentraron en el grupo de 65 y más años (131,1 por 100.000 habitantes en hombres y 71 por 100.000 en mujeres).

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas son las enfermedades de notificación obligatoria más frecuentes. En el período 1997–2000 se registró una tasa de 2.658,4 por 10.000 habitantes, con mayor proporción en menores de 5 años, que representaron 57% del total de casos atendidos. Los departamentos más afectados fueron Madriz, Nueva Segovia, la Región Autónoma del Atlántico Sur, Matagalpa, León, Chinandega, Granada, Río San Juan y Rivas. La tasa de mortalidad fue de 6,47 por 100.000 habitantes, y la población más afectada fue la de menores de 1 año, con 55% de las defunciones. Los departamentos más afectados fueron Matagalpa (20,9% del total), Managua (13,5%), Chinandega (12,3%), Jinotega y Nueva Segovia (11,6%), y Chontales (9%). Los SILAIS de Matagalpa, Jinotega, Granada, Nueva Segovia, Carazo, la Región Autónoma del Atlántico Norte, Río San Juan, la Región Autónoma del Atlántico Sur y Chinandega mostraron tasas superiores a la media nacional.

Rabia y otras zoonosis

La rabia urbana causó un promedio de un caso por año en el período 1990–1996. En el período 1997–1999 se notificaron dos casos de rabia en humanos procedentes de los departamentos de Masaya y Estelí, ambos a causa de lesión por animal salvaje. No se notificaron casos en el año 2000. La cobertura de vacunación canina alcanzó porcentajes superiores a 85% en el ámbito nacional y fue superior a 92% en los departamentos de mayor riesgo.

A mediados de octubre de 1995 se registró una epidemia de leptospirosis en varios municipios de los departamentos de León, Chinandega y Matagalpa. En 1996 se notificaron solo siete casos, con una tasa nacional de 0,02 por 10.000 habitantes. A partir de la primera semana del mes de noviembre de 1998 se inició un brote de leptospirosis durante el cual se notificaron 705 casos sospechosos hasta diciembre de ese año, asociados a las inundaciones causadas por el huracán Mitch. En laboratorio se procesaron 576 muestras, de las cuales 106 resultaron positivas (17,5%). Hubo siete defunciones (0,15 por 100.000 habitantes), con una letalidad de 1,4%. En 1999 se notificaron 603 casos sospechosos (12,2 por 100.000 habitantes), se confirmaron 30 casos en laboratorio y se notificaron dos defunciones. Durante el año 2000, de un total de 246 casos sospechosos, 17 se confirmaron por pruebas de laboratorio. No se notificaron defunciones por esta causa.

VIH/SIDA

La cantidad total de casos de infección por VIH/SIDA acumulados de 1987 a 2000, fue de 643; de ellos, 349 correspondieron a personas VIH positivas y 294 a pacientes con SIDA, de los cuales murieron 164. El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 44 años, con 81% de los casos. El 74% correspondió al sexo masculino y 26% al femenino, con una razón hombre/mujer de 3:1 (figura 5).

Predomina la transmisión sexual, con 88% de los casos (64% en heterosexuales y 36% en homosexuales); 9% de los casos se deben al uso de drogas intravenosas, 2% a la transmisión madre-hijo y 1% a transfusiones sanguíneas. La tasa nacional de 1,38 por 100.000 habitantes registrada en 1997 pasó a 2,52 por 100.000 en el año 2000. Los departamentos con mayor tasa de notificación por 100.000 habitantes fueron Chinandega (22,7), Managua (22,3), Carazo (11,9), Madriz (11,6), León (10,9), Nueva Segovia (10,9) y Granada (10).

Infecciones de transmisión sexual

En el período 1997–2000 se notificó un total acumulado de 52 casos de sífilis congénita y 3.013 casos de sífilis adquirida. La tasa de incidencia anual promedio de sífilis congénita fue de 0,098 por 1.000 nacidos vivos registrados y la frecuencia de casos aumentó en 1999 (856 casos); para la sífilis adquirida la tasa anual promedio fue de 15,5 por 100.000 habitantes, con 22 casos en el año 2000. Además de la sífilis, las principales infecciones de transmisión sexual notificadas en ese período fueron gonorrea y condiloma acuminado; su distribución geográfica coincide con la de la infección por el VIH para Managua y Chinandega; sin embargo, se observa una alta incidencia de infecciones de transmisión sexual en la Región Autónoma del Atlántico Sur y en la Región Autónoma del Atlántico Norte, mientras que los datos conocidos sobre el VIH en estas regiones indican una baja incidencia.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Según datos de la ENDESA-98 uno de cada tres niños está desnutrido y 9% sufren desnutrición grave. La desnutrición afectó más frecuentemente a menores de 5 años y a mujeres embarazadas y lactantes. En la zona rural el porcentaje de niños con algún grado de desnutrición fue de 32% y en la zona urbana de 19%. Los departamentos de Madriz, Nueva Segovia y Jinotega fueron los más afectados. La mortalidad por algún tipo de desnutrición aumentó de 8 por 100.000 en 1991 a 11 por 100.000 en 1998.

Aunque la deficiencia de yodo no constituye un problema de salud pública en el país gracias al enriquecimiento de la sal con yodo, existen grupos de alto riesgo en la zona del Pacífico Sur, en particular en el departamento de Rivas, donde la prevalencia de bocio alcanza niveles superiores a 20% en algunas comunidades. Según datos del Programa de Nutrición, uno de cada tres niños tiene deficiencia de vitamina A y de hierro, más aguda en la edad preescolar. La prevalencia de anemia en el ámbito nacional es de 28,4% para niños de 12 a 59 meses. El promedio de hemoglobina

fue de 10,6 mg/dl sin variaciones importantes según zona de residencia. La prevalencia es un poco mayor en el sexo masculino (29,9%) y en el sector rural (33,4%).

Enfermedades del sistema circulatorio

En el período 1992–1993 las enfermedades cerebrovasculares representaron 31,7% de las defunciones en este grupo; a partir de 1994–1995 se observa un descenso a 19,3% en relación con el período anterior, pero en 1996–1998 volvieron a aumentar a 28,8%. En cuanto a la enfermedad hipertensiva, en 1998 explicó 12,6% de las defunciones de este grupo.

Accidentes y violencia

Las principales causas de muerte para el año 2000 fueron los accidentes de transporte (9,5 por 100.000 habitantes), los suicidios (7,3 por 100.000) y los homicidios (6,6 por 100.000). A las lesiones de causa intencional o accidentales se atribuye más de 20% de las defunciones por causas externas.

Según la ENDESA-98, 29% de las mujeres encuestadas y en unión de pareja sufrieron alguna vez abuso sexual o físico; de ellas, 12% soportaron violencia conyugal, principalmente física. A lo largo de su vida, una de cada tres mujeres ha sido objeto alguna vez de un episodio de violencia; de ellas, 36% ha sido golpeada estando embarazada; 6 de cada 10 han sufrido traumatismos y 1 de cada 5 ha sido lesionada en más de cinco ocasiones. En más de la mitad de los episodios, la violencia sufrida por la madre fue presenciada por los hijos. La población infantil y joven, sobre todo la femenina, sufre altos niveles de violencia. Datos de la Policía Nacional correspondientes a 1998 y 1999 reflejan que 10% de las víctimas de delitos son menores de 18 años de edad, de los cuales 42,7% son niñas menores de 14 años.

Entre 1997 y 2000 se notificaron 2.473 intentos de suicidio con plaguicidas, con una tasa de letalidad de 25,5%. El 44% de ellos ocurrieron en mujeres; la letalidad fue de 24% en las mujeres y de 27% en los hombres. Entre las mujeres predominaron los suicidios, entre los hombres, los accidentes laborales, y entre los menores de edad, los accidentes domésticos. El 57% del total de intoxicaciones agudas por plaguicidas tuvieron lugar en la población adulta y en edades económicamente productivas. Las principales causas son laborales (alrededor de la mitad de los casos) e intencionales (intentos de suicidio, suicidios y homicidios).

Cerca de 3% de todas las intoxicaciones agudas por plaguicidas notificadas en el país correspondieron a menores de 1 a 4 años y se debieron a causas accidentales relativas al manejo de químicos en los hogares, 2% correspondieron a menores de 5 a 9 años de edad y fueron causadas por accidentes domésticos y laborales, y 2% ocurrieron en adultos mayores y se relacionaron con causas laborales y suicidios.

Salud oral

En 1997, un estudio del Ministerio de Salud sobre actualización del tenor de flúor en el agua de consumo realizado en 233

comunidades encontró concentraciones superiores a 0,7 mg/kg en 11% de ellas. En 82% de las comunidades se hallaron concentraciones menores a 2,5 mg/kg y solo en 12% se encontraron niveles óptimos de flúor en el agua (0,5 a 1,0 mg/kg.). La prevalencia total de caries dentales en niños de 6 a 15 años de edad fue de 85%. La fluorosis no representa un problema de salud pública; un nivel de fluorosis muy leve se diagnosticó en 3,5% de la población escolar; 2,6% tenía fluorosis leve, y solamente se encontró una fluorosis entre moderada y severa en 0,8% del total de niños estudiados. En Managua se diagnosticó fluorosis muy leve a leve en 31% de los niños estudiados; no se encontró fluorosis severa.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La Política Nacional de Salud (1997–2002) se inscribe en el compromiso de la política social de reducir la pobreza y mejorar el acceso a los servicios, sobre todo por parte de los sectores más pobres y vulnerables de la población. Si bien se elaboraron cinco políticas, aún no se han definido los mecanismos para su evaluación.

La primera política, Modernización del Sector Salud, está dirigida a completar y actualizar el marco jurídico, así como a ordenar y separar las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión, y el papel que le corresponde a cada institución dentro del sector. La segunda, Fortalecimiento del Ministerio de Salud, procura consolidar la rectoría del Ministerio de Salud, rediseñando sus actuales sistemas de planificación e información, organización y control de la gestión, y reforzando el proceso de normalización sanitaria en todos los sectores del país. También procura profundizar el proceso de descentralización de las unidades prestadoras de servicios. La tercera política, Fortalecimiento de la Atención Hospitalaria, se propone invertir en la rehabilitación y mantenimiento de la estructura y los equipos de los hospitales e impulsar acciones efectivas que disminuyan los costos de la atención. La cuarta, Desarrollo de Nuevas Estrategias en Salud Pública, plantea redefinir el modelo de atención en salud, con un enfoque integral, fortalecer los centros y puestos de salud, y definir un paquete básico de servicios de salud para toda la población que contemple la educación sanitaria, la prestación de servicios clínicos preventivos y la lucha antiepidémica. La quinta política, Modernización de la Seguridad Social, contempla vigorizar el régimen de salud previsual, incluida la prevención de riesgos profesionales.

La reforma del sector salud

En julio de 1998 el Ministerio de Salud emprendió una consulta nacional sobre el programa de modernización del sector, en el marco de la Política Nacional de Salud, con el propósito de adaptar los servicios a las nuevas circunstancias sociales, incrementar la demanda y disminuir las dificultades operativas.

En el período 1997–2000 se definieron los tres ejes siguientes de la reforma: 1) institucional, que comprende la coordinación, organización, supervisión y control del sector, para la atención eficaz de la enfermedad y el ambiente; 2) financiero, que incluye la optimización y organización de recursos limitados para cumplir en forma gradual con la ampliación de la cobertura hacia los más pobres, y el mejoramiento de los servicios, y 3) sectorial, que abarca la aplicación gradual y progresiva, según las posibilidades, de los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad, integralidad, participación social, eficiencia, calidad, equidad, sustentabilidad y responsabilidad de los ciudadanos. En este período se pusieron en práctica iniciativas tendientes a fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud en el marco de la reforma, mediante una serie de instrumentos técnicos, entre ellos, el perfil del sistema de servicios de salud, el análisis del sector, y el plan de inversiones del Ministerio de Salud 2000–2002.

La sustentabilidad del gasto en salud es uno de los desafíos que enfrenta el Gobierno debido al alto porcentaje de este gasto con respecto al PIB. En 1998 el presupuesto asignado al Ministerio de Salud representó 3,2% del PIB, lo que equivale a 9,5% del presupuesto general de la República. Las fuentes de financiamiento son los sectores público y privado y la cooperación externa. Los dos primeros, conjuntamente, representan 82% del total del financiamiento del sector.

Como resultado de las medidas contempladas en el ajuste financiero necesario para obtener la condonación de la deuda, se creó un Fondo Social Suplementario proveniente de donaciones y préstamos blandos. Para dar continuidad a este Fondo, se prevé que con la Iniciativa de Países Pobres Altamente Endeudados, los recursos liberados sean trasladados a la inversión social. La iniciativa establecería una posible reducción de la deuda externa de más de 90% en los próximos años, lo que a su vez reduciría los pagos anuales a niveles más sostenibles.

El principal requisito para alcanzar los beneficios de esta iniciativa fue la elaboración de una estrategia de reducción de la pobreza por parte de la Secretaría Técnica de la Presidencia, cuyos programas sociales se financiarían con los recursos liberados del servicio de la deuda externa. Las metas propuestas en esta estrategia para el año 2005 son: reducir la pobreza extrema en 25%, elevar a 85% la tasa neta de escolarización, disminuir a 17% la tasa de analfabetismo, reducir la mortalidad materna a 129 por 100.000 nacidos vivos, bajar la mortalidad infantil a 32 por 1.000 nacidos vivos, reducir la mortalidad de niños menores de 5 años a 37 por 1.000 nacidos vivos, disminuir a 25% la demanda insatisfecha de planificación familiar en mujeres de 15 a 19 años y a 18% en mujeres de 20 a 24 años; bajar a 13% la desnutrición crónica en menores de 5 años, incrementar a 75% la cobertura nacional de agua potable; incrementar a 54% el acceso a agua segura y saneamiento en zonas rurales dispersas; aumentar a 50% el acceso al saneamiento; incrementar a 47% el acceso a alcantarillado en zonas urbanas e iniciar la aplicación de la estrategia de desarrollo que sea sustentable para el año 2005.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El sector salud está constituido por los sectores público y privado. El primero está integrado por el Ministerio de Salud, que es el órgano rector de la salud cuyas acciones son proponer planes y programas de salud coordinando la participación de otras entidades que se ocupen de estas tareas, y coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y los servicios médicos del Ministerio de Gobernación y del Ministerio de Defensa. El sector privado incluye los hospitales, las clínicas previsionales y los organismos no gubernamentales.

La Ley 337, aprobada por la Asamblea pocos meses después del huracán Mitch, creó el Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres. Por primera vez se estipulan por ley las funciones de las diferentes instituciones en el ámbito municipal, departamental y nacional. El coordinador del Programa de Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud preside la Comisión de Salud y coordina las acciones médicas de las instituciones públicas y privadas.

En materia de producción del conocimiento, los aspectos de regulación siguen siendo competencia de las universidades, mientras que el Ministerio del Trabajo regula lo concerniente a salud ocupacional. A fin de fortalecer la gestión del Ministerio de Salud, la División General de Cooperación Externa y Proyectos de Inversión se ha fusionado con la División de Planificación para conformar la División General de Planificación y Desarrollo. Esta nueva estructura incorpora la unidad técnica a cargo del Sistema de Información Integrado (SIMINSA), que ha sido institucionalizada como División de Sistemas de Información.

Los SILAIS son los entes que representan al Ministerio de Salud en aspectos técnicos y administrativos, en el ámbito departamental. La ley establece que los SILAIS y los municipios deben ajustar las políticas, las normas, la organización y la administración de los recursos a la situación de salud local; pero hay debilidad en las leyes y los reglamentos, por lo que los distintos sectores actúan en forma desarticulada, duplicando esfuerzos e invirtiendo recursos en las mismas iniciativas, sin evaluar resultados en el nivel local.

Legislación sobre salud

La Política Nacional de Salud 1997–2002 estableció la necesidad de revisar y actualizar el marco jurídico mediante la promulgación de ciertas leyes y reglamentos: la ley general de salud, la ley del sistema único de salud, la ley orgánica de la seguridad social, la ley de medicamentos y farmacias, el reglamento de alimentos, los reglamentos para la regulación y el control de plaguicidas y de sustancias tóxicas y peligrosas, el reglamento sobre radiaciones ionizantes, el reglamento sobre el ejercicio profesional y el reglamento de la ley de carrera administrativa sanitaria.

Si bien se avanzó en la promulgación de algunas leyes y reglamentos, aún están pendientes otras leyes cuya revisión, formulación o aprobación resultan indispensables para el buen funcionamiento sectorial y para el fortalecimiento del papel del Ministerio de Salud como rector del sector. Estas leyes son la ley general de salud, la ley de regulación del ejercicio de los profesionales de la salud y la ley orgánica de seguridad social.

Segmentación de la población asistida

Con respecto al nivel primario de atención, el porcentaje de cobertura de las distintas redes de prestadores de servicios de salud para el periodo 1997–2000 correspondió en 60% al sector público, 10% al INSS, 20% al sector privado y 10% a otros.

Descentralización de los servicios de salud

El proceso de descentralización emprendido por el Ministerio de Salud entre 1998 y 2000, si bien desconcentró responsabilidades administrativas en los SILAIS se reservó, junto con el Ministerio de Finanzas, la decisión sobre los principales recursos del sistema: la contratación de recursos humanos y la adquisición de medicamentos y otros suministros médicos.

La participación privada en el sistema de salud

Los recursos para la salud provienen del sector público (41,5%), el sector privado (44,8%) y la cooperación externa (13,7%). El sector privado, por medio de empresas médicas previsionales, ofrece servicios curativos a la población asegurada (15% de la PEA). Las organizaciones no gubernamentales, como parte del sector privado, brindan diversos servicios, tales como atención de urgencias, salud sexual y reproductiva y organización comunitaria.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

El modelo de salud previsional, a través de la atención médica de 47 empresas médicas previsionales, brinda cobertura a 15% de la PEA.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

El Ministerio de Salud es el principal proveedor de servicios de salud en los dos niveles de atención. En el primer nivel, cuenta con centros de salud con y sin camas y puestos de salud que ofrecen servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades y riesgos, atención curativa general, odontología preventiva y asistencial, atención de algunas especialidades médicas y rehabilitación con base en la comunidad. El segundo nivel proporciona atención médica general, especializada, ambulatoria y con internación en áreas básicas; posee centros nacionales de radioterapia, oftalmología, cardiología, dermatología, psiquiatría y un Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia (CNDR) de gran capacidad resolutoria en el campo de la investigación y diagnós-

tico de enfermedades sujetas a vigilancia. En el desempeño de sus funciones, el CNDR actúa en coordinación con otros ministerios y entes del Estado, tales como la Policía Nacional a través del Laboratorio Central de Criminalística, la Corte Suprema de Justicia y el Instituto Médico Legal, entre otros.

Existen otros servicios médicos, como los del Ejército de Nicaragua y el Ministerio de Gobernación, que brindan atención principalmente curativa a sus miembros y familiares, así como a trabajadores asegurados, y servicios privados. Las organizaciones no gubernamentales forman parte del sector privado sin fines de lucro. El sector privado cuenta con ocho hospitales, consultorios médicos y odontológicos de práctica privada para atención ambulatoria, laboratorios clínicos y centros de diagnóstico por imágenes, cuyos servicios se ofrecen a personas con capacidad de pago. En esta red se incorporan también las empresas médicas previsionales con casi 50 unidades de salud privadas, donde trabajan 232 médicos generales, 655 especialistas, 127 enfermeros y 259 auxiliares de enfermería. Las empresas médicas previsionales ofrecen servicios curativos definidos y contratados por el INSS para los asegurados. Los asegurados pueden elegir cada año la empresa a la cual se adscriben, y estas han iniciado modalidades de prepago para la ampliación de su oferta; además, ofrecen servicios a personas con capacidad de pago. El menú contratado para los asegurados es de carácter curativo y no contempla la atención de alto costo, tales como el tratamiento de tumores y enfermedades crónicas. Las acciones de promoción y prevención están excluidas del menú contratado.

Desde 1996 el Ministerio de Salud ha puesto en práctica en los 17 SILAIS del país el Programa de Atención Integral a la Adolescencia, con un enfoque dirigido primordialmente a la asistencia médica, la participación y el protagonismo adolescente-juvenil y la intersectorialidad. Una de las mayores dificultades ha sido la organización de los servicios y el registro de la información. Sin embargo, a partir de 1999 se registran los datos correspondientes a los grupos de 10 a 14 años y 15 a 19 años.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

Para ejercer su profesión, los profesionales de salud deben registrar sus títulos universitarios en la Dirección de Regulación y Acreditación del Ministerio de Salud. Se estima que 90% de los médicos del país están inscritos en el Ministerio de Salud (5.656 médicos generales). La ley especifica los siguientes requisitos para que los profesionales puedan ejercer: el registro en la universidad, la realización del servicio social y la inscripción del título. Asimismo, la Dirección de Regulación estudia y atiende quejas sobre el manejo o tratamiento de pacientes en las instituciones de salud del sector público y monitorea el control de calidad de la atención, por medio de auditorías.

Los mercados básicos en salud

De acuerdo con datos del mercado farmacéutico el gasto en medicamentos registrado en 1998 fue de US\$ 55 millones, de los

cuales US\$ 43 millones correspondieron al sector privado y US\$ 12 millones al sector público. El desarrollo del sector farmacéutico en Nicaragua se basa en la Política Nacional de Medicamentos, cuyas estrategias para el período 1997–2001 se basan en el desarrollo institucional, el acceso a medicamentos esenciales, la garantía de calidad y el uso racional de medicamentos.

La nueva ley de medicamentos y farmacia y sus reglamentos, publicados en 1999, constituyen un avance importante para la regulación del sector. Además, Nicaragua integra el grupo de trabajo que respalda la armonización de la reglamentación farmacéutica en el ámbito centroamericano y vigila los procedimientos que se aplican en el nivel nacional en cuanto al registro sanitario armonizado, la política de genéricos intercambiables, la autonomía financiera de la unidad reguladora, los procesos de unión aduanera, el registro armonizado de vacunas y el cumplimiento de los estándares de calidad internacionalmente reconocidos.

La lista de medicamentos esenciales para 2001 contiene 345 principios activos con su denominación genérica y 509 medicamentos en sus distintas presentaciones farmacéuticas. Esta lista constituye la referencia para el sector público y privado con y sin fines de lucro, en la compra, distribución y utilización de los medicamentos. Sin embargo, la lista básica del Ministerio de Salud, derivada de la anterior, define la oferta de fármacos para el abastecimiento de las unidades del sector público del país en relación con las enfermedades de mayor incidencia y con los recursos financieros de que dispone el sector.

La calidad del ambiente

La Dirección de Salud Ambiental realiza el control del agua mediante un muestreo en puntos específicos de la red de distribución a través de los SILAIS, que remiten las muestras al Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia del Ministerio de Salud. El Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales participa en la labor de regulación, ejerciendo las funciones asignadas por la Ley 290. Sin embargo, el marco regulatorio ambiental es inadecuado y el país carece de sistemas para evaluar los riesgos ambientales. Además, en el uso de los suelos y los recursos naturales no se aplican prácticas de conservación del ambiente. El Ministerio Agropecuario y Forestal coordina junto con el Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales los programas de protección del sistema ecológico, haciendo hincapié en la conservación de suelos y aguas.

En las zonas urbanas la contaminación vehicular constituye uno de los principales problemas ambientales. En 1998 la Universidad Nacional de Ingeniería realizó un monitoreo ambiental en siete puntos de Managua y notificó concentraciones elevadas de contaminantes ambientales. El ruido, la contaminación visual y el crecimiento desordenado de las ciudades son factores que agravan la calidad de vida urbana, sobre todo en las cabeceras departamentales. En las zonas rurales, las quemadas de grandes extensiones con fines agrícolas o a causa de incendios forestales saturan el aire de contaminantes tales como monóxido de carbono,

partículas en suspensión y óxidos de nitrógeno. En forma general, las zonas rurales experimentan un deterioro acelerado de la calidad y cantidad de sus recursos naturales: deforestación indiscriminada de 100.000 hectáreas anualmente, contaminación de recursos hídricos y suelo por plaguicidas y químicos industriales y avance de la frontera agrícola con reducción del área de reserva forestal.

La calidad de los alimentos

Este control se realiza por medio del registro y vigilancia sanitaria de los alimentos, así como de la vigilancia de las enfermedades transmitidas por ellos. Las disposiciones del Ministerio de Salud, que datan de 1988, siguen vigentes y constituyen la base para las actividades de control correspondientes. En los SILAIS, los técnicos de higiene realizan actividades centradas en el análisis de riesgo y puntos críticos, desde la producción hasta el consumo de los alimentos.

El Ministerio del Trabajo se encarga de elaborar y coordinar con las entidades pertinentes las normas relativas a condiciones de seguridad, higiene y salud ocupacional, así como de supervisar su aplicación en los centros de trabajo.

Evaluación de la tecnología sanitaria

El equipamiento es insuficiente y su uso se ve limitado por la escasez de los recursos financieros necesarios para su adecuada operación y mantenimiento. En 1999, 73% del equipamiento disponible era para diagnóstico, tratamiento y apoyo directo en la prestación de los servicios médicos. Los hospitales tenían 82% de los equipos censados, pero solo 73% funcionaba normalmente. El 18% restante se concentraba en los centros y puestos de salud, y de estos, 75% funcionaban correctamente.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

En Nicaragua, la iniciativa de Municipios Saludables, que se aplica desde 1998 en el marco de las reformas de descentralización y municipalización que impulsa el Estado, promueve la participación multisectorial y comunitaria en el nivel local en relación con los principales problemas de salud. Los municipios de León, La Libertad, Corinto, Managua, San Marcos, San Juan del Sur, Cárdenas, Boaco, Santa Lucía y Camoapa se han comprometido a apoyar y desarrollar la iniciativa.

Prevención y control de enfermedades

En el período 1997–2000 se privilegiaron los programas de prevención de infecciones de transmisión sexual/VIH/SIDA, de vectores, de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes), de vacunación, de atención materno-infantil, y de adolescentes. Estos programas estuvieron a cargo sobre todo del personal de salud del Ministerio de Salud, pero también de organizaciones

comunitarias y de organizaciones no gubernamentales. Se ejecutaron en todas las unidades de salud de atención primaria, y en algunas unidades del segundo nivel. Las restricciones presupuestarias dificultaron la movilización de personal y la compra de materiales e insumos. En el programa de atención a la mujer se creó el componente de atención y vigilancia del cáncer del cuello del útero y de la mama. La detección precoz se realizó en los diferentes programas de la mujer: planificación familiar, control prenatal y control del puerperio, entre otros.

En cuanto al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación mostró una tendencia descendente en la última década. En el año 2000, y para los menores de 1 año, la tasa de cobertura de vacunación antipoliomielítica (VPO) fue de 93,5%, la de vacunación contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT/pentavalente) fue de 92,8%; la antisarampionosa (ASA) fue de 104,1%, y la de BCG, 103,9%. Los valores por encima de 100% para las coberturas de BCG y ASA indican la existencia de subregistro de población (figura 4).

En los últimos años, la cobertura del control prenatal ha ido en aumento (62% con cuatro controles o más). Sin embargo, en 38% de los embarazos solo se realizaron de uno a tres controles. La cobertura del parto institucional fue de 45%.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

La información para la gestión de los establecimientos de salud se obtiene de varias fuentes: 1) el registro nacional del SINEVI, que consigna la información de morbilidad (sobre todo hospitalaria) y de mortalidad con cierto atraso, pues los datos se manejan en forma preliminar hasta cumplidos 12 meses después del cierre del año correspondiente; 2) el Sistema de Vigilancia Epidemiológica nacional y local, que consigna la información en forma rápida, oportuna y fiable, y maneja 25 problemas específicos de salud de notificación inmediata, así como brotes y desastres; semanalmente se notifican 21 eventos desglosados por grupos de edad y municipios, y 3) los diferentes programas de atención, que manejan algunos sistemas de vigilancia específicos para enfermedades inmunoprevenibles, plaguicidas, salud materno-infantil, etc. Para la gestión de los servicios de salud y la planificación estratégica nacional y local se utiliza tanto la información del SINEVI como la del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

Agua potable y alcantarillado

El país dispone de aguas superficiales capaces de satisfacer las necesidades de la población. Sin embargo, aún existen grupos de población, sobre todo en las zonas rurales, que carecen de agua potable. Si bien las tasas de cobertura han aumentado levemente en los últimos años (de 62% en 1993 a 64% en 1998), se apreciaron desigualdades en la distribución del servicio: la cobertura urbana pasó de 87,7% en 1993 a 89,4% en 1998, y la co-

bertura rural se incrementó de 26,6% en 1993 a 33,7% en 1998. En 1999, la población cubierta por los servicios de la Empresa Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ENACAL) fue de 2.290.150 habitantes, con un total de 413.265 conexiones domiciliarias. Más de 2,5 millones de personas (40% de la población total), que no tenían acceso al servicio público, se abastecieron de otras fuentes, tales como pozos artesanales y excavados y aguas superficiales. En algunas zonas rurales del país solo 8,9% de la población tiene acceso a agua potable. Aun en la población con acceso al agua, el servicio fue intermitente en 14% de los sistemas. El Sistema de Vigilancia de Calidad del Agua para Consumo Humano, que está a cargo de la ENACAL y el Ministerio de Salud, se limita al análisis sistemático microbiológico y a la determinación de cloro residual en puntos críticos. El 4% de las muestras tomadas en 1999 tenían más de 50 coliformes fecales por 100 ml.

La proporción de población sin acceso a servicios de disposición adecuada de excretas disminuyó de 28,8% en 1993 a 21,1% en 1998, con grandes desigualdades entre la zona urbana y la rural: solo 4,7% de las poblaciones urbanas aún carecían de este servicio, frente a 31,7% de la población rural. En 1999, la población atendida por la ENACAL fue de 878.829, con 155.349 conexiones domiciliarias. Más de 4 millones de personas carecían de acceso al sistema público de alcantarillado sanitario y utilizaban otras modalidades, tales como letrinas, fosas sépticas o disposición a cielo abierto. Se considera que solo en 56% de los casos estos sistemas alternativos eran adecuados. La cobertura del tratamiento de aguas residuales fue solamente sobre 34% del volumen recolectado. En Managua, uno de los principales problemas sanitarios y ambientales sigue siendo la descarga de aguas servidas domésticas e industriales al lago de Managua, sin ningún tipo de tratamiento.

Como parte del proceso de modernización del sector de agua y saneamiento, el país separó las funciones operativas y comerciales, a cargo de la ENACAL, de las normativas, reguladoras y fiscalizadoras, a cargo del Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (INAA).

Manejo de residuos sólidos municipales

Se estima que la población urbana generó 1.396 toneladas métricas de basura en 1999, de las cuales 907 toneladas no fueron evacuadas adecuadamente. La mayor parte de estos residuales se concentra en la capital y constituye uno de sus principales problemas sanitarios. Solo 35% de los 151 municipios del país tienen algún sistema de recolección sistemática de basura. Solo la capital y cinco municipios más emplean alguna forma de manejo y disposición final de desechos sólidos. Para el resto del país, las basuras se disponen a cielo abierto en los alrededores de las ciudades y en caminos comunales. No existen prácticas de tratamiento, clasificación o reciclaje. Los desechos hospitalarios plantean serias dificultades y es muy limitada la capacidad nacional para su incineración y manejo apropiados.

Prevención y control de la contaminación del aire

La contaminación del aire en Nicaragua es un problema creciente. La información necesaria para evaluar en forma sistemática la situación y cuantificar las tendencias es muy limitada, aunque el país está iniciando un sistema de registro de calidad de aire en la capital. No se dispone aún de un inventario de fuentes de contaminantes ni de normas nacionales sobre calidad de aire.

Ha habido progresos importantes en materia de legislación ambiental desde la promulgación de la Ley general del medio ambiente y los recursos naturales, los reglamentos para la evaluación de impacto ambiental, la Ley de plaguicidas, sustancias tóxicas y otras similares, el Reglamento de vertidos y la creación de la Procuraduría del Ambiente.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

La red del primer nivel de atención ofrece casi la totalidad de los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades y riesgos, además de los de atención curativa general y odontología preventiva y asistencial; asimismo, provee servicios de rehabilitación con un enfoque comunitario. La red hospitalaria presta atención médica general y especializada, ambulatoria y con internación, y servicios de urgencia o emergencias médicas.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

En todas las cabeceras departamentales se cuenta con servicios auxiliares básicos de diagnóstico. La red hospitalaria brinda servicios auxiliares de diagnóstico, y en los nueve hospitales de referencia nacional se ofrecen servicios especializados de diagnóstico: ultrasonido, patología, microbiología y radioterapia. El programa nacional de sangre para el período 1997–2000 se llevó a cabo mediante cuatro bancos de sangre localizados en cuatro departamentos y programas de promoción de donación voluntaria en siete departamentos. En el año 2000 se recogieron y procesaron 34.233 unidades de sangre y se abasteció con derivados sanguíneos a todos los hospitales del país.

Servicios especializados

En la red hospitalaria se brindan servicios especializados de radioterapia, oftalmología, cardiología, dermatología, neurología, psiquiatría y cirugía maxilofacial, y en los centros nacionales de referencia, radioterapia, oftalmología y cardiología. La infraestructura física del Ministerio de Salud consta de 996 establecimientos, de los cuales 48,3% se concentran en la zona de la costa del Pacífico. Managua cuenta con 11 hospitales, que representan más de un tercio del total existente. El INSS carece de infraestructura propia para la prestación de servicios, de modo que realiza el papel de comprador de servicios a entidades públicas y privadas. Los Ministerios de Gobernación y de

Defensa cuentan con unidades hospitalarias y de primer nivel, con baja cobertura.

Insumos para la salud

Medicamentos

El mercado farmacéutico enfrenta un crecimiento acelerado de la industria farmacéutica. Según la Dirección de Regulación de Medicamentos del Ministerio de Salud, en el año 2000 había 12.000 productos registrados, 255 distribuidoras importadoras de medicamentos, 12 laboratorios farmacéuticos de capital nacional, una producción estimada en 20% de los requerimientos nacionales, 983 farmacias privadas cuya apertura no correspondía a criterios técnicos reconocidos para la organización de servicios farmacéuticos básicos, y 172 farmacias en el sector público. El Laboratorio Nacional de Control de Calidad del Ministerio de Salud efectúa el control de calidad de los medicamentos importados y nacionales. Se estima que solo 45,3% de la población tiene acceso a los medicamentos. A pesar de que el Ministerio privilegia la entrega de medicamentos esenciales a los menores de 5 años, las embarazadas y los pacientes con enfermedades crónicas, estos medicamentos casi nunca están disponibles en sus unidades. Un estudio del Banco Mundial de 1999 indicó que la disponibilidad oscilaba entre 60% y 70%. La seguridad social cubre solo a 6% de la población y ofrece una canasta de medicamentos reducida, de modo que un alto porcentaje de la población tiene que acudir al sector privado, donde el costo de los medicamentos es elevado.

Inmunobiológicos y reactivos

En 2000 el país adoptó oficialmente y reglamentó los procedimientos para el registro armonizado de vacunas y seguimiento del proceso de liberación de lotes.

La lista básica de material de reposición periódica incluye 417 insumos médicos agrupados en siete especialidades. La lista básica de laboratorio clínico y patología está agrupada en 15 especialidades para reactivos (subtotal 209 códigos) y material de reposición periódica (subtotal 103 códigos) para un total de 312 insumos médicos ordenados en 10 especialidades y según nivel de atención.

Equipo

En el año 2000 los hospitales contaron con 7.705 equipos, equivalentes a 82% del total de 9.386 censados. De estos, 73% funcionaron normalmente, 9% lo hicieron en forma irregular, y 18% estuvieron inactivos. Los centros y puestos de salud han censado 1.681 equipos, equivalentes a 18% del total.

El 73% del equipamiento disponible está destinado al diagnóstico, tratamiento y apoyo directo a la prestación de servicios médicos. El 27% restante corresponde a refrigeración, sistemas de aire acondicionado y equipos industriales de uso hospitala-

rio. Para la conservación y el mantenimiento de la tecnología en equipamiento se cuenta con personal técnico en los hospitales, de los cuales 80% carece de formación formal, 15% cuenta con educación técnica básica o media, y solo 5% posee un nivel de técnico superior o universitario. En el Ministerio de Salud funciona el Centro de Mantenimiento de Equipos Médicos (CEMED), que se limita a subcontratar servicios de terceros a la vez que brinda servicios a los hospitales mediante contratos hechos de manera centralizada con el Ministerio.

Hasta 1998 la cooperación externa había tenido una importante y valiosa participación en la financiación de este rubro. En 1999 solo hubo fondos del presupuesto fiscal, que bajaron 18% en relación con el promedio del período 1994–1998. Para atender las prioridades de mantenimiento en el año 2000, se aprobó un presupuesto 2,5 veces mayor que el presupuesto fiscal del período 1994–1998.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso

La contratación de médicos en el período 1997–2000 mostró una tendencia ascendente, con excepción de 1999, cuando se registró un descenso de 7% en relación con 1998. En 1998 y 1999 se observó un descenso en la contratación de médicos y odontólogos, debido a la aplicación de un programa de retiro voluntario que disminuyó el total de médicos en 26%. Por tal razón, se aplicaron nuevas estrategias, tales como la contratación por horario y la redistribución del personal a las zonas del Atlántico y Central del país, utilizando para ello recursos financieros aportados por el Fondo Social Suplementario. Disminuyó también la cantidad de enfermeros y farmacéuticos, que se volcaron al mercado privado. La región del Pacífico presenta los indicadores más altos de concentración de recursos humanos. Los de mayor nivel de formación se encuentran en Managua, León, Chinandega, Rivas, Granada y Masaya. En el resto de las regiones hay mayor presencia de auxiliares y técnicos.

En 1999 había 23.285 trabajadores de la salud (32% del total del personal del Estado), de los cuales 47,4% estaban asignados al primer nivel de atención y 52,6% al segundo nivel. El 60% del presupuesto del Ministerio de Salud se destinó al pago del personal de la salud. En 1999 el personal de enfermería ascendía a 1.538; 62% estaba asignado al segundo nivel de atención, y Managua concentraba 23%. Los recursos de enfermería estaban estratificados en tres perfiles diferenciados según el nivel académico: enfermeros profesionales, auxiliares y técnicos quirúrgicos; 52% de los auxiliares trabajaban en el primer nivel de atención; 56% de los enfermeros profesionales se desempeñan en el segundo nivel de atención.

En el año 2000 la Dirección General de Regulación registró 5.656 médicos generales, 950 médicos especialistas, 323 enfer-

meros profesionales, 974 odontólogos, 1.042 farmacéuticos, 56 técnicos medios de laboratorio, y 21 radiólogos.

Los técnicos matriculados en 1999 ascienden a 7.000, de los cuales 35% trabajan en el primer nivel de atención, principalmente en la zona del Pacífico; el Ministerio de Salud registra en esta categoría a fisioterapeutas, técnicos médicos, de laboratorio, en rayos X, en terapia ocupacional, en registros médicos, en higiene y epidemiología, inspectores, y otros.

Formación del personal de salud

La formación de pregrado se realiza en universidades públicas y privadas. La carrera de Medicina dura seis años. Hay una enorme disparidad de planes de estudio entre las universidades y los espacios de práctica clínica no cumplen con los requisitos de formación adecuada. Las universidades no hacen análisis de mercado y no existe una coordinación real con las entidades prestadoras de servicios.

La carrera de enfermería se ofrece a nivel técnico superior y dura tres años. La licenciatura dura cinco años. Anualmente egresa un promedio de 192 enfermeros (técnico superior), que se integran en los servicios de salud de los sectores público y privado. Las carreras de Farmacia y de Odontología, que se imparten tanto en universidades públicas como privadas, duran cinco años.

La formación de posgrado en especialidades médicas se imparte en las universidades públicas. Sin embargo, no se reconocen las maestrías y doctorados en la asignación de cargos y salarios, son pocas las oportunidades de superación para los profesionales, los salarios son muy bajos, la distribución de recursos según el perfil profesional suele ser inadecuada, y los criterios de egreso no son homogéneos. Estimaciones realizadas en 1996 indican que el porcentaje de profesionales de la salud que no cumplían funciones relacionadas con su formación descendió de 2,9% en 1990 a 2,3% en 1996. Se recurre a estimaciones porque en Nicaragua no existe la colegiatura profesional obligatoria para médicos y enfermeros, aunque sí asociaciones científicas de profesionales.

Investigación y tecnología en salud

En un ejercicio de medición de las funciones esenciales de salud pública realizado en mayo de 2001 se determinó que la investigación en salud es la función más débil del sistema; solo se realizan algunas investigaciones clínicas como requisito académico, y en el campo de la investigación epidemiológica se realizan investigaciones con fondos públicos, pero en ambos es escasa la divulgación de los resultados.

Gasto y financiamiento sectorial

En el período 1997–1999, la cooperación internacional proporcionó aproximadamente 39% del presupuesto del Ministerio

de Salud para gastos directos de salud. En el período 1991–1998 los recursos financieros provenientes de las distintas fuentes se destinaron a suplir el gasto corriente y de bienes de capital, que pasaron a representar una participación aproximada de 79% y 21%, respectivamente. En el gasto corriente, los servicios personales y los materiales y suministros concentran el mayor índice y para 1998 estos dos componentes del gasto constituyeron 40,8% y 32%, respectivamente. En este mismo período, el mayor gasto correspondió a la atención curativa (aproximadamente 76%); en cambio, los gastos en promoción y prevención ascendieron a 17% y los de administración, a 7%.

En 1995 se alcanzó el máximo nivel de gasto per cápita en salud (US\$ 51,5). A partir de ese año, este valor decreció en forma sostenida hasta US\$ 45,1 en 1998. Tal disminución es ilustrativa de la incapacidad de la estructura productiva del país de generar ingresos fiscales que permitan soportar las exigencias de los servicios de salud que requiere la población. La presión tributaria, que alcanzó un máximo de 49,7% en 1991, empezó a descender hacia 1995 hasta 32% en 1998. El gasto de los hogares en salud representó aproximadamente entre 2,5% y 2,8% del PIB. En la estructura del gasto familiar el gasto en salud representa entre 3,4% y 4,2%.

El sector obtiene su principal financiación del Presupuesto General de la República a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En 1998 su aporte representó 38,3% del financiamiento del sector. En el período 1992–1995 se observó un crecimiento constante de los ingresos destinados a salud. Por el contrario, en el período 1996–1998 hubo una contracción, pues se experimentó una caída promedio anual de 1,4%.

En 1998 el Gobierno, en términos reales, asignó al Ministerio de Salud 3,2% en relación con el PIB, esto es, 9,5% del presupuesto general de la República. En el período 1991–1998 la cooperación internacional aportó aproximadamente 1,3% del PIB como financiamiento para el Ministerio de Salud, equivalente a 25,6% del presupuesto total de este ministerio.

El gasto fiscal en medicamentos y otros insumos médicos se incrementó en el sector público en los últimos años, pasando de 10,2% en 1997 a 12,7% en 1998 y a 12,4% en 1999. Un aporte importante para el sector público ha sido la donación de insumos médicos, que en algunos casos representó hasta 40% del presupuesto total. Ya se ha señalado la participación del sector privado (aproximadamente US\$ 43 millones sobre un total de US\$ 55 en 1998) en el mercado farmacéutico, que muestra una tendencia creciente. El presupuesto que los hogares destinaron directamente al financiamiento en salud a través del sector privado se estima que representó 28% del financiamiento del sector en 1998.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

Las instituciones internacionales de financiamiento para el período 1997–1999 fueron: el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, con US\$ 23.900.000; el Fondo de Población

ción de las Naciones Unidas con US\$ 1.845.000, y la Organización Panamericana de la Salud, con US\$ 11.680.499.

Las subvenciones de la Comisión Europea en concepto de ayuda al desarrollo se inscriben en líneas presupuestarias determinadas a partir de los objetivos, el contenido temático y las características específicas de la intervención que se va a realizar. Así, los proyectos en ejecución suman un presupuesto total de US\$ 43 millones distribuidos en cooperación técnica y financiera para el fortalecimiento del sector salud, cooperación descentralizada a través de organizaciones no gubernamentales, y ayuda humanitaria. El Programa Regional de Reconstrucción de América Central (posterior al Mitch) aportó al sector salud US\$ 15.472.193.

El monto total de recursos aportados por las organizaciones no gubernamentales ascendió a US\$ 27.775.049.

En 1997 el aporte de la cooperación externa representó un incremento de 19,2% del presupuesto fiscal de insumos médicos y

en 1998 este aporte aumentó a 21,8%. Según informes de las unidades de salud y del Centro de Insumos para la Salud (CIPS), en ese mismo año, y para afrontar la catástrofe del huracán Mitch, la cooperación externa aportó en donaciones directas a las unidades de salud US\$ 600.099,4, con aproximadamente US\$ 1.300.000 entre noviembre y diciembre de 1998.

En 1999 la cooperación externa representó un incremento del presupuesto nacional para insumos médicos de 43%; además, el CIPS continuó recibiendo cooperación para la atención de los efectos del Mitch por US\$ 1.055.120. Para el control de los aportes de insumos médicos se han oficializado en 1999 las normas y procedimientos para el manejo de las donaciones y la orientación de donantes de insumos médicos. Para insumos médicos de 2001, el Ministerio de Salud destinó del fondo fiscal US\$ 10.688.044, más los fondos de cooperación externa equivalentes a US\$ 7 millones.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Nicaragua, 2000.

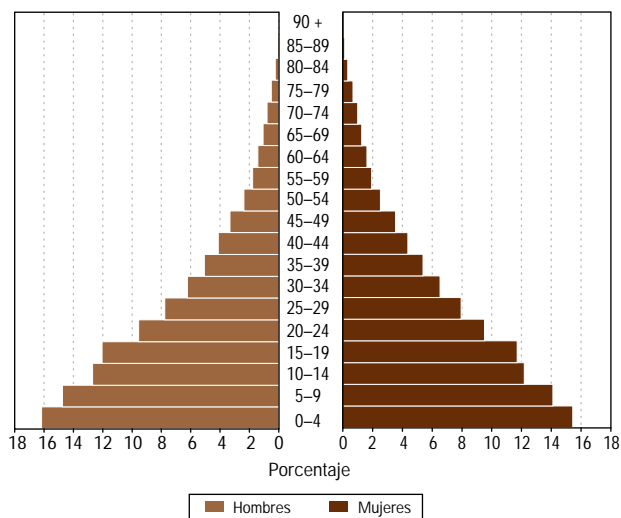


FIGURA 2. Crecimiento anual del producto interno bruto, Nicaragua, 1990-1999.

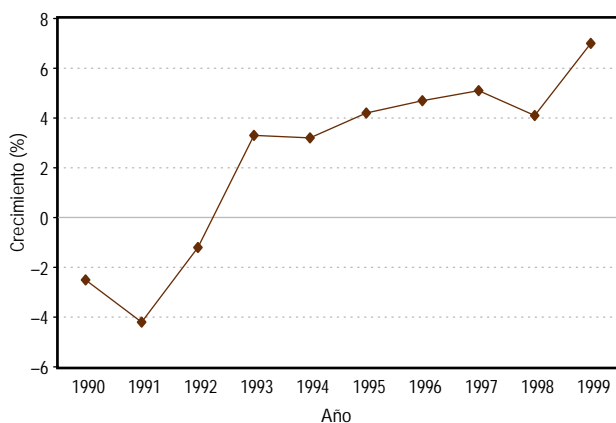


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Nicaragua, 1995-2000.

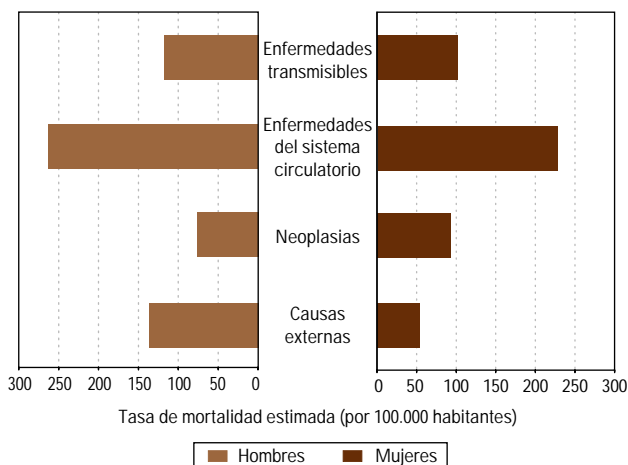


FIGURA 4. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año y en mujeres en edad fértil según vacuna, Nicaragua, 2000.

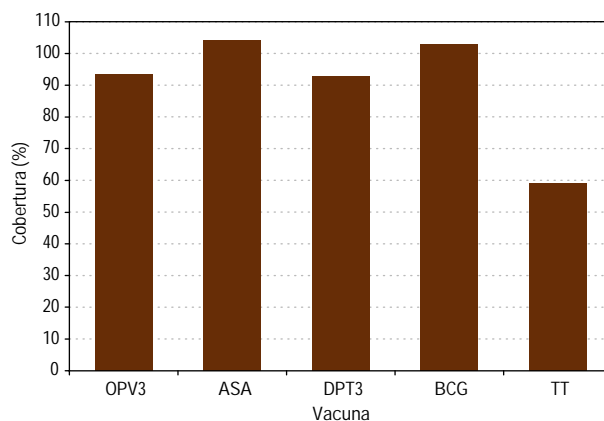
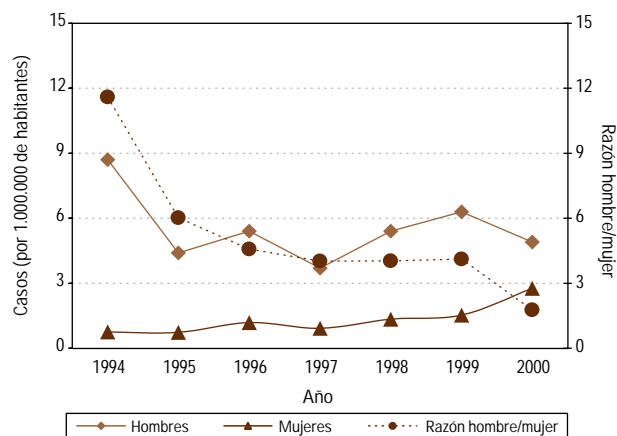


FIGURA 5. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Nicaragua, 1994-2000.



PANAMÁ

CONTEXTO GENERAL

El país tiene una extensión territorial de 75.517 km² y una población de 2.815.644 habitantes, según el Censo Nacional de 2000, es decir, una densidad poblacional de 37,2 habitantes por km². La tasa anual media de crecimiento se ha estimado en 1,91 por cada 100 habitantes para el decenio 1991–2000, y el índice de masculinidad es de 101,9 hombres por cada 100 mujeres, de modo que estas constituyen 49,5% de la población panameña. La Cordillera Central divide al istmo en dos vertientes: la del Atlántico, con escasa población, y la del Pacífico, donde se concentra aproximadamente 75% de la población panameña. Entre las características demográficas de Panamá cabe señalar la creciente urbanización, alentada por las migraciones internas. En efecto, en 1980 la población urbana representaba 50,5% del total, mientras que en 1999 se estimaba que esa proporción había aumentado hasta 55,9%.

La República de Panamá está organizada como Estado soberano e independiente, su gobierno es unitario, republicano, democrático y representativo. Conforme lo establece la Constitución, el gobierno se ejerce a través de los poderes ejecutivo, legislativo y judicial, que actúan con independencia recíproca. Panamá se compone política y administrativamente de 9 provincias, 74 distritos o municipios, 592 corregimientos y 4 comarcas indígenas, y esta división política puede modificarse por ley en lo que atañe a comarcas, distritos y corregimientos.

Durante el período 1998–1999 sucedieron importantes acontecimientos políticos: en 1998 se llevó a cabo un referéndum en procura de la reelección presidencial y ese mismo año se privatizaron los servicios de telecomunicaciones y energía eléctrica; en mayo de 1999 se realizaron las elecciones presidenciales y en septiembre tomó posesión del cargo la presidenta electa. El 31 de diciembre de 1999 cesaron la presencia militar norteamericana en territorio panameño y su participación en la administración del Canal, que pasó al dominio de Panamá.

Según la Encuesta de Hogares de 1999, la población económicamente activa (PEA) de Panamá era de 1.086.598 personas, de las cuales 672.973 (62%) se concentraban en la ciudad de

Panamá. Las mujeres constituían 24,5% del total de la PEA y la tasa de empleo femenina en el año 2000 era de 52,5%. La tasa de desempleo abierto, que en 1995 había sido de 13,7%, disminuyó a 13,5% en el año 2000 (10,8% para los hombres y 17,9% para las mujeres). Este mismo año el desempleo en zonas urbanas era de 15,2% y de 10,3% en las zonas rurales.

La población protegida por la seguridad social fue estimada en 1.947.882 personas en el año 2000 (69% de la población total) y 40% de la población protegida eran cotizantes. La canasta básica de alimentos para una familia de referencia de cinco personas tenía en enero de 2001 un costo mensual de US\$ 222,7 (US\$ 220,7 en enero de 1996), para un salario mínimo de US\$ 253. Por igual labor, las mujeres que trabajan en el sector privado reciben en promedio US\$ 80 mensuales menos de salario que los hombres; esta desventaja es menor en el sector público, donde se reduce a US\$ 28 mensuales.

La Encuesta de Niveles de Vida realizada en 1997 aportó información sobre las desigualdades en materia de salud y puso de relieve algunas diferencias en el acceso a los servicios entre los pobres, los muy pobres y el resto de la población. Se comprobó que 37% de la población (1.005.914 personas) vivían bajo la línea de pobreza y que más de la mitad de estos (516.550 personas, 19% de la población total) vivían en condiciones de extrema pobreza.

Según las estimaciones del Ministerio de Economía y Finanzas, el nivel de actividad de la economía panameña registró en 1998 un aumento de 4,1% en el producto interno bruto (PIB), y para 1999 se estimaba que sería de 3,2% (figura 1). El saldo de la deuda pública externa en diciembre de 1999 ascendía a US\$ 5.568,1 millones, con un aumento de 4,5% sobre el de diciembre de 1998, y equivalía a 58% del PIB. En 1996 se asignó al sector salud más de 7% del PIB y esto representó 15% del gasto fiscal de ese año.

En 1999 el Gobierno definió los lineamientos para los cinco años de su mandato en el documento “Política y Estrategia de Desarrollo Social 2000–2004”, cuyos objetivos eran: promoción del desarrollo humano y reducción sistemática de la pobreza; integración de los grupos excluidos del desarrollo y distribución más equitativa de la riqueza; además, el perfeccionamiento de la

política económica y social con pautas para la creación de más y mejores empleos, el acceso a los servicios sociales básicos, la participación social y la descentralización, así como la sustentabilidad de las políticas y programas sociales. El Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia es el organismo encargado de coordinar, promover, desarrollar y fiscalizar la política pública de igualdad de oportunidades, a través de la Dirección Nacional de la Mujer. Se han logrado avances en materia de política y legislación: incorporación de aspectos jurídicos, creación de espacios institucionales para la participación de la mujer, institucionalización del Plan Nacional Mujer y Desarrollo, y la Ley de Igualdad de Oportunidades.

Como aún no se cuenta con la información detallada por edad del censo de 2000, las proyecciones de población para ese año (figura 2), basadas en los resultados del censo de 1990, estimaban que 59.900 (2,1%) son niños menores de 1 año, 241.400 (8,5%) tienen entre 1 y 4 años, y 592.300 (20,7%) constituyen la población escolar de 5 a 14 años; asimismo, se estima que 31,3% de la población tiene menos de 18 años, y que la población mayor de 60 años constaba de 26 personas por cada 100 preadolescentes, mientras que en 1970 la proporción de mayores de 60 era de solo 13 por cada 100 preadolescentes y de 22,2 por cada 100 en 1994. Los pueblos indígenas constituyen aproximadamente 9% de toda la población y están compuestos de varios grupos étnicos claramente definidos: kuna, emberá y wounaan, ngobe-buglé (conocidos antes como guaymies), bokotas y teribes.

El registro de eventos vitales en Panamá es responsabilidad de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República. Las defunciones se tipifican según la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, con un subregistro estimado en 15%, que puede variar según la causa y la edad de muerte. En cambio, el registro de nacimientos tiene una cobertura más completa. La información que proporciona sobre el lugar de nacimiento, la residencia habitual, los nacimientos atendidos por personal calificado, los datos del peso al nacer y la proporción de hijos sobrevivientes permite estimar algunos indicadores de desigualdad en la salud de la población.

Entre 1980 y 1990 la natalidad anual media fue de 26 por 1.000 habitantes. Para 1999 se proyectó una tasa de 21,9 por 1.000 habitantes (19,9 y 26,8 por 1.000 habitantes en las ciudades y el campo, respectivamente). Para ese año se estimó una tasa de 32,4 por 1.000 habitantes para la provincia de Bocas del Toro, en tanto que las más bajas se proyectaron para las provincias de Herrera (19,2 por 1.000) y de Los Santos (15,1 por 1.000).

Los datos de la tasa global de fecundidad mostraban en 1990–1995 un promedio de 3,4 hijos por mujer. Se proyectaba una tasa nacional de 2,6 para 1999, con disminución progresiva, sostenida y gradual hacia el futuro y la previsión de alcanzar el nivel de reemplazo en el año 2020, aproximadamente. La fecundidad proyectada en Los Santos era la más baja del país, con 2,1 hijos por mujer en 1999, y la más alta se esperaba ese año en Darién, con 4,3 hijos por mujer.

La esperanza de vida al nacer presenta tendencia creciente, pues subió de 59,3 años en 1960 a 74,3 años en 1999. El promedio de vida de la población masculina pasó de 58,3 años en 1960 a 71,8 años en 1999, y el de la población femenina aumentó de 60,4 años a 76,4 años en ese mismo lapso. En las ciudades, la esperanza de vida al nacer era de 75,1 años en 1999, y en el campo, de 71,5 años. Las proyecciones por provincia asignaban las más altas (entre 74 y 76 años) a la de Panamá, Los Santos y Herrera, en tanto que a Veraguas, Darién y Bocas del Toro correspondían valores entre 65 y 70 años.

Mortalidad y morbilidad

La tasa de mortalidad general se mantuvo estable en Panamá durante el periodo 1995–1999: 4,2 defunciones por cada 1.000 habitantes en 1995 y 4,3 en la proyección para 1999, con pocas diferencias entre la ciudad y el campo que pueden atribuirse a subregistro en las zonas rurales. Para 1998, en todo el país, se estimó en 5,1 muertes por 1.000 habitantes, ajustada por subregistro, mientras que, por provincia, el riesgo de morir era 1,6 veces mayor en Los Santos (7,3 por 1.000) que en la provincia de Panamá (4,4 por 1.000). De las muertes registradas en 1999, 89,7% tenían certificación médica (99,5% en las ciudades y 76% en el campo).

De las defunciones registradas en 1998, las causadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ocuparon el octavo lugar y las causadas por neumonía el décimo; estas fueron las dos únicas enfermedades infecciosas entre las 10 principales causas de muerte. Se observan diferencias por sexo para algunas causas: tal es el caso de las muertes violentas (2,7 hombres por mujer) y de la diabetes (1,9 mujeres por hombre). Para las mujeres, las cinco principales causas de muerte fueron: neoplasias malignas (16,9%), enfermedad cerebrovascular (12,9%), enfermedad isquémica del corazón (11,1%), diabetes (6,8%) y accidentes y violencia (también 6,8%). Para los hombres, las causas principales fueron: accidentes y violencia (18%), neoplasias malignas (14,6%), enfermedad isquémica del corazón (10,5%), enfermedad cerebrovascular (9,2%) y SIDA (5,2%). En la figura 3 se presenta la mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo entre 1994 y 1998.

La tasa de mortalidad infantil pasó de 21 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1980 a 18 en 1990. En 1999 se registró una tasa de mortalidad infantil de 16,6 por 1.000 que, ajustada por subregistro, se eleva a 21,3 por 1.000 nacidos vivos. Las tasas de mortalidad infantil estimadas en 1999 para Bocas del Toro (39 por 1.000) y para Darién (43 por 1.000) son comparables a la tasa de mortalidad infantil para todo el país a comienzos de los años setenta.

La tasa de mortalidad materna ha bajado de 200 defunciones por 100.000 nacidos vivos en 1980 a 80 por 100.000 en 1998; la tasa para 1999 fue de 70 muertes por 100.000 nacidos vivos. Las muertes maternas representaron 5,7% de las defunciones de

mujeres en edad fértil y 13,9% de las muertes en la población femenina total. Entre 1998 y 1999 se registraron 46 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. La principal causa de ellas fue la hemorragia (38,4%), seguida por los trastornos hipertensivos del embarazo (17,9%) y por los abortos (10,3%). La muerte sobrevino en el puerperio en 50% de los casos (23 de las 46 muertes por 100.000 nacidos vivos), y en 5,1% de ellos, durante el embarazo; de estos, 79,5% de las muertes ocurrieron durante el tercer trimestre. En los casos de muerte materna, 64,1% de las madres no habían tenido control prenatal y una de cada cuatro gestaba por primera vez.

En 1999 se hicieron 2.246.160 diagnósticos nuevos de morbilidad general en los centros de salud, 21% de ellos correspondieron a enfermedades del oído, la nariz, la boca y la garganta; 16% a enfermedades del sistema respiratorio; 14% a enfermedades infecciosas y parasitarias, y 6,9% a enfermedades del sistema digestivo; los restantes correspondieron a otras 22 categorías diagnósticas.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

La población de menores de 5 años representa 10,6% de la población total, según el censo de 2000. Las 1.068 muertes registradas en 1999 (90,7% de ellas con certificación médica) corresponden a una tasa de 16,6 defunciones por 1.000 nacidos vivos. Al analizar las cinco principales causas de mortalidad infantil se observa que en los años sesenta y setenta prevalecían las enfermedades infectocontagiosas, que causaron 60% de las muertes. En 1999 se advierte el incremento de las causas endógenas, y la primera causa de defunción fue el conjunto de enfermedades del período perinatal, con 458 defunciones (43,7%), seguida por las anomalías congénitas, con 265 defunciones (25,3%). Ese año, las cifras de mortalidad infantil por provincia muestran que en Darién era 3,3 veces más alta (43,3 por 1.000 nacidos vivos), y en Bocas del Toro el triple (39 por 1.000 nacidos vivos), que la registrada en la provincia de Los Santos, que presentó la tasa más baja, 13,2 por 1.000 nacidos vivos. En la figura 4 se presenta la distribución de la mortalidad infantil en Panamá en 1997.

De los 41.773 nacidos vivos captados por el Sistema de Vigilancia de la Historia Clínica Perinatal en 1999, 6,7% habían registrado peso bajo al nacer (menos de 2.500 gramos), 79,2% nacieron con peso adecuado y 4,5% pesaron 4.000 gramos o más. Según el Anuario Estadístico del Ministerio de Salud, para 1999 se registraron 2.925 casos de neumonía en los menores de 1 año, con una tasa de 4.868 por 100.000 niños de esta edad, y 21.827 casos de diarrea, con una tasa de 36,3 por 100.000 niños. La cobertura del Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo fue de 58,8% y alcanzó a 39.727 niños, cada uno de los cuales recibió en promedio seis consultas por año.

En 1997 la Encuesta Nacional de Niveles de Vida, que abarca zonas urbanas, rurales, indígenas y de difícil acceso, permitió evaluar a 2.339 menores de 5 años. Los resultados muestran una estrecha vinculación entre la pobreza y la desnutrición: 6,8% de esos niños presentaban peso deficiente para la edad y 2 de cada 10 niños pobres padecían desnutrición.

Entre los niños de 1 a 4 años se registraron 4.597 casos de neumonía en 1999, con una tasa de 1.898,5 por 100.000 niños, y 47.160 casos de diarrea (es decir, una tasa de 19.476,1 por 100.000). La cobertura en el Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo abarcó a 33% de la población estimada de esa edad, y cada uno de los 79.924 niños atendidos recibió un promedio de 2,2 consultas por año.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

Este grupo de edades constituye 10,6% de la población total, según el censo de 2000, con la misma proporción de niñas que de niños. La tasa de mortalidad en 1997 fue de 0,4 por 1.000 personas de 5 a 9 años. Las principales causas de morbilidad son las infecciones respiratorias agudas y las infecciones gastrointestinales.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

La población en estos grupos de edades sumaba 557.474 personas en el año 2000 (19,8% de todos los habitantes del país), 51% de ellas comprendidas entre 10 y 14 años y con la misma proporción de muchachas que de muchachos. En 1999, de 29.452 mujeres registradas, 8.140 (27,6%) habían iniciado control prenatal, y de estas 550 (6,7%) correspondían al grupo de 10 a 14 años.

La tasa de fecundidad específica para las mujeres de 10 a 14 años fue de 4 por 1.000 en 1997 y de 3,1 por 1.000 en 1998. Para las de 15 a 19 años, la tasa de fecundidad en 1997 fue de 98,1 por 1.000, y de 91,1 por 1.000 en 1998. Entre las de 10 a 14 años se registraron 2.119 embarazos en 1998 y 2.367 en 1999. En esos mismos años se registraron respectivamente 39.519 y 40.442 embarazos en las mujeres de 15 a 19 años. En 1999 se anotaron en el Hospital Santo Tomás 11 nacidos vivos de madres de 10 a 14 años víctimas de abuso sexual, y otros 10 de madres de 15 a 19 años en la misma situación.

La tasa de mortalidad registrada en 1999 para el grupo de 10 a 14 años fue de 11,1 por 100.000 habitantes, y de 43,5 por 100.000 para las personas de 15 a 19 años. La principal causa de muerte en ambos grupos de edades fueron los accidentes, las lesiones autoinfligidas, las agresiones y otras formas de violencia.

La salud de la población adulta (20–59 años)

Las causas más frecuentes por las que estas personas demandaron atención en el primer nivel fueron: enfermedades del oído, nariz y garganta (12%), enfermedades del sistema respiratorio (14%), enfermedades infecciosas y parasitarias (7,6%) y enfermedades del sistema musculoesquelético y conjuntivo (7,2%). Según una encuesta nutricional realizada por el Ministerio de

Salud en 1995, más de la mitad de los 2.451 adultos estudiados, de uno y de otro sexo y mayores de 20 años, presentaban exceso de peso (54,3%), y uno de cada 20 (6,7%) tenía peso bajo.

En 1999 se registró una tasa de mortalidad en los adultos de 63,7 por 100.000 habitantes, y la primera causa fueron los accidentes, las lesiones autoinfligidas, las agresiones y otras formas de violencia. En el período 1998–1999 en este grupo de edades se registraron 46 muertes maternas (53,8% ocurridas en un hospital), 82% correspondieron a mujeres residentes en zonas postergadas. La mayor parte de las muertes se notificaron en Kuna Yala (23,1%), región con la mayor incidencia desde hace más de un decenio.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

El estudio de la morbilidad por grupos diagnósticos mayores indicó que las consultas más frecuentes de estas personas en el primer nivel fueron por enfermedades del sistema respiratorio (13%), enfermedades del oído, la nariz y la garganta (11%), del sistema musculoesquelético y conjuntivo (9,8%), del sistema circulatorio (9,8%), del sistema digestivo (6%) y por enfermedades infecciosas y parasitarias (5,4%). En 1999 los adultos mayores fueron objeto de 28.625 controles de salud, con una frecuencia aproximada de 2,5 consultas por cada una de las 11.416 personas captadas. En ese mismo año, la tasa de mortalidad para este grupo de edades fue de 554,8 por 100.000 habitantes y la primera causa de muerte fueron las neoplasias malignas.

La salud de la familia

De los hogares panameños, 27% tienen como jefa a una mujer; 71% de ellos viven en condiciones de pobreza en el campo y 48% en las ciudades. La tasa de matrimonios por 1.000 habitantes fue de 3,6 en 1995 y de 4,0 en 1999, y la de divorcios en esos mismos años fue de 5,7 por 10.000 habitantes y de 9,0 por 10.000, respectivamente. En la población indígena la tasa de divorcios es 10 veces más alta que entre los otros panameños, pues en 1995 llegó a 55,7 por 10.000 personas y a 86,4 por 10.000 en 1999.

La salud de los trabajadores

Según informes de la Caja de Seguro Social (CSS), en 1998 un total de 7.968 trabajadoras recibieron subsidios por maternidad, por un monto aproximado de US\$ 1.306 cada una. Se concedieron 13.899 subsidios por incapacidad temporal, 25% de ellos a trabajadores de la agroindustria, otro tanto a los trabajadores de la industria manufacturera, y 11% a trabajadores de la construcción.

En 1998 se otorgaron 13.899 subsidios por accidentes de trabajo, de los cuales 1.160 a mujeres. Las principales causas de accidentes se relacionan con el mal manejo de materiales (46% de los casos) y con el uso inadecuado de herramientas manuales (24%). Los subsidios por enfermedad ocupacional crecieron entre 1994 y 1998, y en este último año, la CSS concedió un total de 518 subsidios por esta causa. Por accidentes en el trayecto al trabajo o al regresar de él, que afectan a la salud de la población

trabajadora, aunque no están directamente relacionados con las tareas ni los elementos de trabajo, la CSS otorgó, también en 1998, un total de 1.437 subsidios, 43% de ellos a trabajadores del sector servicios.

En 1999, 16 de cada 100.000 habitantes sufrieron algún tipo de intoxicación con plaguicidas (448 casos graves), 43,5% de ellos (195 casos) asociados a causas laborales. Del total, 86 casos (19,2%) afectaron a mujeres y 362 a varones (80,8%); por edad, 68 casos (15,2%) correspondieron a menores de 15 años. Ese mismo año murieron 37 personas intoxicadas, y el suicidio fue la causa principal (87%); utilizaron especialmente plaguicidas a base de bupiridilos y de organofosforados.

La salud de los discapacitados

El censo de 2000 registró a 31.111 personas con discapacidad, algo menos de 10% del total de la población, de las cuales 17.423 eran hombres (56%) y 13.688 mujeres. En agosto de 1999 la Asamblea Legislativa aprobó la Ley 42, que establece la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad. En relación con la situación laboral, datos de 1995 informan que fueron empleadas 26 personas con discapacidad, 17 hombres y 9 mujeres, pero estas cifras bajaron a 25 (2 de ellas mujeres) en 1997 y a 16 (3 mujeres) en 1998.

La salud de los indígenas

La población indígena representa 9% de la población panameña. De cada 100 indígenas, 95 son pobres, de los cuales 86 viven en pobreza extrema. El grupo étnico más afectado es el ngobe-buglé, que es el más numeroso y presenta la tasa de fecundidad más elevada (3,6 hijos por mujer), el promedio de dependientes más alto por cada trabajador del grupo familiar (3,8) y las familias más numerosas.

La situación de la salud de las poblaciones indígenas presenta marcadas desigualdades en relación con el resto de la población panameña. Esto resulta evidente si se compara la esperanza de vida en todo el país, de 74,3 años en 1999, con la que correspondía a zonas de mayor población indígena, como la provincia de Bocas del Toro, donde era de 69,9 años. En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, en Bocas del Toro era de 39 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en todo el país era de 16,6 por 1.000 nacidos vivos. Diferencias parecidas se observan en la tasa de fecundidad y la tasa bruta de natalidad, que eran de 2,6 hijos por mujer y 21,9 por 1.000 habitantes, respectivamente, en todo Panamá, mientras que en Bocas del Toro eran de 3,9 hijos por mujer y de 32,4 por 1.000 habitantes, respectivamente.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

En 1998 y 2000, durante la temporada de lluvias, el desbordamiento de ríos en las provincias de Chiriquí y Darién produjo

daños moderados, que sobre todo afectaron a la producción agrícola y destruyeron carreteras y puentes. En la ciudad de Panamá se han identificado 21 puntos de inundaciones causados por desechos sólidos que suelen obstruir los canales y los ríos.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. De 1996 a 1999 se detectaron 3.993 casos en todo el país y se examinaron 880.743 muestras de sangre, de las cuales 0,3% resultaron positivas. Entre 1998 y 1999 se presentaron 27,8% de los casos. El índice parasitario anual (IPA) para 1996 y 1997 fue de 0,2; en 1998 aumentó a 0,4, en 1999 descendió a 0,3 y en el año 2000 fue de 0,4. *Plasmodium vivax* es la especie causante del mayor número de casos desde 1957, aunque los debidos a *P. falciparum* han aumentado de 20 casos (4%) en 1993 a 179 (17,9%) en 1999. Desde 1972 no se ha detectado la presencia de *P. malariae*. En 1999 la mayoría de los casos de malaria se concentraron en las regiones sanitarias de Darién (555), Bocas del Toro (191), Panamá este (104), Colón (82) y Kuna Yala (56); esto se ha correlacionado con migraciones de indígenas y con movimientos a través de las fronteras terrestres del país.

En cumplimiento de la iniciativa "Hacer retroceder el paludismo", Panamá formó una comisión interinstitucional de apoyo a la iniciativa, que se oficializó mediante una resolución del Poder Ejecutivo. Esta comisión está integrada por representantes de los Ministerios de Salud, Educación, y Desarrollo Agropecuario, del Instituto Panameño de Turismo, la Dirección de Política Indigenista, la Universidad de Panamá, la Asociación Nacional para la Conservación de la Naturaleza y la Autoridad Nacional del Ambiente.

Dengue. En 1993 hubo una epidemia en Panamá, y desde ese año hasta 2000 se registraron 13.245 casos. Se ha detectado la circulación de los cuatro serotipos del virus del dengue. En 2000 se presentaron 317 casos de dengue clásico, 88% menos que en el año precedente. La tasa de incidencia anual en 2000 fue de 11,1 casos por 100.000 habitantes, nueve veces más baja que la de 99,1 por 100.000 observada en 1999. Ese año se registró un caso de dengue hemorrágico y tres en 2000, sin ninguna muerte. En 2000 la mayoría de los casos se presentó en mujeres, con una tasa de 12,7 por 100.000, 1,3 veces mayor que en los hombres.

El porcentaje de viviendas infestadas por larvas del mosquito *Aedes aegypti* de 1996 a 1999 ha oscilado entre 1,2% y 2,4%. Para el año 2000 el índice de infestación fue de 1,5%. Los mayores porcentajes de positividad se alcanzaron en la región metropolitana (3,2%), San Blas (3,1%), San Miguelito (3%) y Panamá oeste (3%). No se ha registrado resistencia a los insecticidas por parte del vector transmisor.

Enfermedad de Chagas. De 1987 a 1996 se registraron 24 casos. Entre 1990 y 1998 las tasas acumuladas más altas se observaron en los distritos de La Chorrera y Arraiján, donde oscilaron entre 7 y 19 casos por 100.000 habitantes. Los bancos de

sangre tamizan para la enfermedad de Chagas solo 22% de las donaciones.

Las principales especies de vectores de los tripanosomas son *Rhodnius prolixus*, *Triatoma dimidiata*, *T. dispar* y *Panstrongylus geniculatus*, cuyas presencias han sido detectadas en todo el país. Insectos capturados en el área peridomiciliar de La Chorrera (provincia de Panamá) en 1999 permitieron identificar la presencia de *Trypanosoma cruzi* y de *T. rangeli* en el tracto digestivo de 30% a 60% de los especímenes; en 10% de los positivos se identificaron metacíclicos de *T. rangeli* en las glándulas salivales. Encuestas realizadas ese mismo año en viviendas de Gualaca (provincia de Chiriquí) revelaron 16,4% de infestación por *Triatoma dimidiata*, en tanto que en 3,2% de viviendas de La Chorrera se detectó *Rhodnius pallescens*.

Fiebre amarilla. No ha habido en Panamá casos de fiebre amarilla desde 1974. Según datos estadísticos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, entre 1996 y 2000 se aplicaron 66.075 dosis de vacuna antiamarilica (promedio anual: 13.215 dosis) en las tres regiones de salud fronterizas con Colombia donde esta vacuna se aplica en forma sistemática (Kuna Yala, Darién y Panamá este).

Leishmaniasis. En 1999 la tasa fue de 66,7 por 100.000 habitantes (1.873 casos). Las provincias más afectadas fueron Bocas del Toro (712,3 por 100.000), Coclé (149,5) y Darién (110,4), que acumularon 71% de todos los casos. Según los servicios de salud, la población menor de 15 años es la más castigada: 1.322 enfermos en 1999 (70%). En 2000 se presentaron 2.435 casos y Panamá oeste ocupaba el primer lugar con 37% de los casos, seguida de Bocas del Toro con 24%.

Toxoplasmosis. En 2000 se registraron 613 casos, y Chiriquí fue la provincia más afectada, con 47% de los casos, seguida de Panamá oeste con 13%.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Panamá no registra casos de poliomielitis desde 1972. En 1974 se notificó el último caso de fiebre amarilla selvática; no ha habido casos de difteria desde 1981 y desde diciembre de 1994 no se presentan casos de sarampión. Durante 1999 se registró un caso de tétanos neonatal y en 2000 no se registró ninguno. En 1999, se presentó el último caso de síndrome de rubéola congénita. Aún persisten brotes de tos ferina, localizados en la provincia de Bocas del Toro (66 casos en el año 2000). Ese mismo año se registraron 308 casos de parotiditis y 941 de rubéola.

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunas se realiza en forma activa por notificación semanal negativa a través de la red de servicios de salud en todo el país. Esta vigilancia permitió captar 49 casos de posible parálisis flácida aguda en el período 1996–2000, 100% de los cuales se descartaron por laboratorio y por su evolución clínica. En ese mismo

lapso se notificaron 432 casos sospechosos de sarampión, pero todos fueron descartados por laboratorio.

Enfermedades infecciosas intestinales

Entre 1996 y 1999 el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica recibió las siguientes notificaciones: 414.714 de diarrea, 99 de salmonelosis, 1.349 de hepatitis tipo A, 11.006 de amebiasis, 18 de brucelosis y 2 de fiebre tifoidea. No ha habido casos de cólera desde 1994 hasta 2001.

En 1999 la provincia de Chiriquí notificó 15 brotes de intoxicaciones alimentarias con 226 afectados (48% del total de casos en el país). En 2000 la provincia de Panamá ocupó el primer lugar al registrar 24 brotes con 221 personas intoxicadas (59% del total nacional). Los agentes etiológicos más frecuentes fueron enterobacterias en 57% de los brotes investigados (*Escherichia coli* 62%, *Salmonella* sp. 32% y *Shigella* sp. 6%), toxinas de *Staphylococcus aureus* en 28% y hepatitis A en 13%.

Enfermedades crónicas transmisibles

Tuberculosis. La tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar ha sido relativamente estable entre 1996 y 2000: en el primero de esos años fue de 50,2 por 100.000 habitantes, en 1997 de 54,2, en 1998 de 51, en 1999 de 48,6 y en 2000 de 40,2 por 100.000 habitantes, siempre con mayor morbilidad masculina (52,7%) y con una tasa de mortalidad de 8,2 por 100.000 habitantes en 1999. En 2000 se registraron 1.149 casos y las provincias con tasas más altas fueron Kuna Yala (296,8 por 100.000), la comarca Ngobe Buglé (161,8) y Bocas del Toro (87,9). Se asociaron con el SIDA 3% de los casos de tuberculosis. En 1998 se hicieron 880 baciloscopias diagnósticas, que aumentaron a 1.036 en el año 2000.

La estrategia DOTS (tratamiento breve bajo observación directa), también llamada TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado), se aplica en tres regiones sanitarias (San Miguelito, metropolitana y Chiriquí) y la cobertura abarca a 51% de la población total del país. Se incluye a población asegurada y participan activamente las instalaciones de la Caja de Seguro Social de esas regiones.

Lepra. En 1996 y 1997 se registraron cuatro casos nuevos por año, en 1998 se registró uno, y siete en 1999; en 2000 no se informó sobre nuevos casos. La prevalencia a fines de 2000 era de 37 casos, de los cuales dos (5,5%) correspondían a menores de 15 años. En cinco de las nueve provincias del país hay casos de lepra y la más afectada es la de Panamá, con 14 casos (37,8%). De los 37 pacientes registrados a diciembre de 2000, 14 terminaron su tratamiento; los 23 restantes se trataban con poliquimioterapia a fines de 2001.

Infecciones respiratorias agudas

La tasa de morbilidad por esta causa en los menores de 5 años fue de 1.050,9 por 100.000 habitantes en 1999, menor que la de

1997 (1.406,6 por 100.000). Las tasas más elevadas correspondieron a los menores de 1 año, entre quienes se observó un aumento de 22,8% en el período 1996–1999 (de 2.568,8 a 3.155,7 por 100.000 habitantes).

Zoonosis

Rabia. Panamá sigue libre de rabia canina desde 1972 y de rabia humana desde 1973. Persiste la rabia silvestre transmitida por murciélagos que afecta sobre todo al ganado bovino. En 1996 se notificaron 36 focos, 43 en 1997, 78 en 1998, 87 en 1999, y 37 en el 2000. Las provincias más afectadas fueron Panamá este con 70% y Colón con 20%. Durante 1997–1999 la proporción de casos con diagnóstico confirmado por laboratorio fue de 53,5%, y en 2000 se elevó a 92%.

Tuberculosis bovina. Hasta abril de 1997 Panamá se hallaba libre de tuberculosis bovina, pero ese año se detectó en 8,7% de los rebaños (35 sobre un total de 402), con 3,3% de animales reactivos en la provincia de Bocas del Toro. En 1998 se detectó un rebaño positivo en Chiriquí. La tendencia observada es decreciente: la proporción de rebaños reactivos en 1998 fue de 6,9%, de 2% en 1999 y de 2,6% en el año 2000.

Brucelosis. Se ha logrado disminuir la cantidad de rebaños infectados: en 1996 eran 101 sobre 2.662 (38 por 1.000) pero solo 2 por 1.000 en el año 2000 (13 sobre 6.514). Este mismo año se notificaron 11 casos de brucelosis humana, 55% de ellos en Panamá metropolitana.

Encefalitis equina. En 1998 fueron 36 los focos de encefalitis equina notificados y solo 15 en 1999. El diagnóstico fue serológico en 95% de los casos y clínico en los restantes. Todos los casos fueron de encefalitis equina del este.

VIH/SIDA

Los dos primeros casos se registraron en septiembre de 1984 y hasta 2000 se habían notificado 3.241, 60% de ellos en los últimos cuatro años. La provincia más afectada es la de Panamá, con 2.504 casos (77,3%), seguida de Colón, con 403 casos (12,4%), y de Chiriquí con 140 (4,3%). Darién es la provincia que menos casos ha notificado: cinco desde 1984.

Las edades de 25 a 34 años concentran la mayor cantidad de casos de uno y de otro sexo (36,6%); sin embargo, el mayor riesgo de desarrollar la enfermedad se presenta en las edades de 35 a 44 años, tanto para los hombres como para las mujeres. En menores de 15 años se han registrado 4,4% de los casos. La razón hombre/mujer se ha ido estrechando: entre 1984 y 1986 llegó a ser de 17:1 y en 1999 fue de 3:1 (figura 5). Ha habido 2.670 defunciones desde que se inició la epidemia, que equivalen a una letalidad acumulada de 81%.

En el año 2000, al modo de transmisión sexual correspondió la mayoría de los casos (63,5%), con predominio de la vía hetero-

sexual (38,8%) sobre la homo y bisexual (24,6%). De la transmisión sanguínea, la mayor proporción corresponde a usuarios de drogas intravenosas (3,1%), en tanto que la perinatal representa 3,9%.

De 1996 a 1999 la seroprevalencia de infección por el VIH en donantes (a quienes se efectúa 100% de tamizaje) osciló entre 0,1% y 0,2%, en tanto que en la población no donante fluctuó entre 1,2% y 2,3%, y en las trabajadoras del sexo que acuden a las clínicas de higiene social varió de 0,2 a 0,9%.

La vigilancia centinela en embarazadas se realiza en Panamá desde 1993. Estudios que datan de 1996 en distintas regiones de salud muestran que la prevalencia en las gestantes variaba entre 0% en Herrera y Bocas del Toro y 0,9% en Chiriquí.

Infecciones de transmisión sexual

La enfermedad inflamatoria pélvica muestra tendencia creciente y en 1999 hubo 4.375 mujeres afectadas, es decir, una tasa de 314,4 casos por 100.000 mujeres, con mayor prevalencia que la nacional en las regiones de Panamá este y Los Santos, que presentaron tasas de 1.326,6 y 1.048,8 por 100.000 mujeres, respectivamente.

La sífilis congénita se mantiene estable, con 0,3 casos por 100.000 habitantes en 1996 y 0,4 en el año 2000, cuando se registraron 25 casos. La mayor incidencia corresponde a la sífilis precoz latente, cuyas tasas se han duplicado de 4,4 por 100.000 habitantes en 1996 a 8,2 en 1999, y desde 1993 no se han informado casos de neurosífilis.

En 1999, según la base de datos de la Historia Clínica Perinatal (41.682 embarazadas), 157 tuvieron una prueba positiva del VDRL, es decir, una de cada 265 gestantes. La razón VDRL positiva en el recién nacido a VDRL positiva en la madre fue de 0:3 en Kuna Yala, de 1:1 en Panamá este, de 1:11 en Colón y de 1:24 en el Hospital Santo Tomás.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En 1997, durante la Encuesta Nacional de Niveles de Vida realizada en zonas urbanas, rurales e indígenas, se midió y pesó a 2.339 menores de 5 años, y así se pudo demostrar la vinculación entre la pobreza y la desnutrición. Según el indicador de peso para la edad (P/E), 6,8% de los menores de 5 años presentan desnutrición, y por la relación entre peso y talla, que puede indicar desnutrición aguda, se encontró 1,1% de desnutrición, con 14,4% de niños que presentaban retardo en su talla. Estos porcentajes son mayores entre los niños indígenas pobres, entre quienes 21,6% padecían desnutrición (P/E) y la mitad (50,1%) tenían retardo en la talla para su edad.

Ese mismo año, 9,7% de los nacidos vivos en todo el país tuvieron peso bajo (menos de 2.500 g). En el análisis por provincia se observa que Kuna Yala, Veraguas y Chiriquí presentaron las cifras más elevadas (20,2%, 12,5% y 12,5%, respectivamente) y la menor proporción de peso bajo se encontró en las provincias de Colón y Panamá (7,3% y 8,9%, respectivamente).

En 1999 se realizaron dos encuestas nacionales en las que se actualizó la situación de anemia por deficiencia de hierro, y se comprobó que la prevalencia de anemia en niños preescolares y embarazadas era de 36%, en mujeres de edad fértil de 40,3%, y en escolares de 6 a 12 años, de 47%. Según estudios de 1999, la prevalencia de bocio en escolares de 6 a 12 años era de 10%, y de yodurias menores a 50 µg/l, de 3,5%. Panamá espera poder acreditarse próximamente como país libre de trastornos por deficiencia de yodo.

En 1995 se realizó una encuesta nacional en centros de salud y se encontró que 54,3% de los adultos que asisten a esos centros presentan exceso de peso (34% con sobrepeso y 20% con obesidad). El año siguiente se hizo la Encuesta Nacional de Indicadores Múltiples sobre una muestra de 1.185 viviendas, con un total de 1.569 menores de 5 años. Se encontró que 91,5% habían sido amamantados alguna vez, sin diferencias entre medio urbano y rural, y que 53% de los menores de 6 meses recibían lactancia materna como alimentación predominante, y que 60% de las madres seguían dando el pecho a sus hijos hasta que cumplían 2 años.

Enfermedades del sistema circulatorio

En 1998 hubo 1.145 defunciones por enfermedades cardiovasculares, que fueron la tercera causa de muerte (10,7% del total) y afectaron más a los hombres (57% de los fallecidos). Ese mismo año, la tasa de mortalidad nacional por esa causa alcanzó a 40,7 por 100.000 habitantes, pero en las provincias de Los Santos, Herrera y Colón se elevó hasta 215,6, 152,4 y 151,2 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente.

Neoplasias malignas

Fueron la principal causa de muerte en 1998, con 1.755 defunciones (15,5% del total registrado), 92% de ellas certificadas por médico. La tasa de mortalidad general por esta causa para ese año fue de 63,5 por 100.000 habitantes, y las provincias que tuvieron más muertes fueron las de Panamá, Colón y Chiriquí, con tasas de 187,6, 127,9 y 122,5 por 100.000 habitantes, respectivamente. La distribución por sexo indica que 54,9% de las muertes fueron de hombres; la tasa de mortalidad en las mujeres fue de 58,4 muertes por 100.000 habitantes, y de 65,3 por 100.000 en los hombres.

El tumor de estómago ocupó el primer lugar como causa de muerte entre las neoplasias malignas en 1998, con una tasa de 8,2 por 100.000; el segundo lugar correspondió a los tumores de próstata, con una tasa de 7,3, y el tercero a los tumores de tráquea, bronquios y pulmón, con una tasa de 6,7 por 100.000. Las neoplasias malignas del cuello del útero ocuparon el cuarto lugar, con una tasa nacional de 4,8 defunciones por 100.000 habitantes, aunque en las provincias de Chiriquí, Panamá y Colón se alcanzaron cifras entre 94,6 y 62,3 por 100.000. De las mujeres muertas por esta causa, 26,2% tenían de 30 a 39 años, seguidas por las de 40 a 49 (22,6%) y las de 50 a 59 años (18,4%).

Accidentes y violencia

En 1998 la violencia fue la segunda causa de muerte en Panamá, con 1.458 defunciones (13,4% del total), de las cuales 1.147 (78,8%) fueron de hombres; esas muertes representaron un aumento de 20% sobre las registradas en 1995. Entre los niños de 1 a 4 años las causas externas de muerte aumentaron en 1997 hasta alcanzar el segundo lugar, con 21,8 defunciones por 100.000. Entre los de 5 a 14 años fue la primera causa de muerte (14,1%), y también en la población de 15 a 24 y de 25 a 54 años, con tasas de 58 y 66,2 por 100.000, respectivamente. En todas esas edades la mayoría de las víctimas fueron varones. En 1998 el Ministerio de Salud registró 2.807 casos de sospecha de violencia intrafamiliar; sin embargo, en 1999–2000 se observó una tendencia decreciente, con 1.905 y 1.761 casos, respectivamente. Del total de víctimas, 76,7% eran mujeres (4.963), y de los agresores, 79,6% eran hombres. En el año 2000, los casos por grupos de edades de las víctimas se distribuyeron así: 50% entre 15 y 49 años, 15,5% entre 5 y 14 años, 7,7% menores de 5 años, y 1,9% de 50 y más años.

La tasa de suicidios en 1996 fue de 4,1 por 100.000 habitantes. Ese mismo año los accidentes de transporte afectaron a 13,8 personas por cada 100.000 habitantes.

Salud oral

En 1997 se realizó el último estudio nacional, que reflejó un índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) de 3,6 a los 12 años de edad. En su cálculo se incluyó a población indígena y por ello no resulta comparable con los registros obtenidos en encuestas anteriores. Entre los escolares de 5 a 9 años se obtuvo un índice CPO-D de 1,9 para los niños y de 2,1 para las niñas.

Enfermedades emergentes

Hantavirus. Los casos de enfermedad causada por hantavirus emergieron en Panamá en diciembre de 1999 y el último caso se registró en marzo de 2001. Para entonces se habían registrado 36 casos con una tasa de letalidad de 16,7%, de los cuales 29 (80,6%) fueron de síndrome pulmonar por hantavirus, 4 (11,1%) de enfermedad por hantavirus y 3 (8,3%) de infección previa por hantavirus. La edad de los enfermos varió entre 26 y 56 años, con una mediana de 46,5 años, sin predominio de sexo. Los casos estuvieron localizados en zonas rurales o semirurales de las regiones de Los Santos y Herrera.

Se han identificado dos nuevos serotipos de hantavirus: uno está asociado al roedor *Oligoryzomys fulvescens* (rata arrocera enana), que ha infectado a las personas, y el otro al roedor *Zygodontomys brevicauda* (rata cañera o ratón gris). El estudio de seroprevalencia realizado en las comunidades afectadas reveló una seropositividad de 12,9% (40/311), con una mediana de 31,5 años de edad y un campo de variación de 1 a 79 años, sin diferencias por sexo ni por edad. El estudio por personal de salud que trató los casos mostró que no hubo transmisión de persona a persona, y esto concuerda con la inexistencia de casos secundarios en familiares u otros contactos de los afectados.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Plan de Gobierno para el quinquenio 1999–2004, bajo el lema “Desarrollo Económico, Social y Financiero con Inversión en el Capital Humano”, así como las Políticas y Estrategias para el Desarrollo Social, fundamentan la política nacional de salud. En 1999 se publicó la Agenda Social 1999–2004, que se concentra en la lucha contra la pobreza y el desempleo, los asuntos indígenas, la ciencia y la tecnología, la educación, la salud y la seguridad social, los acueductos y alcantarillados, la vivienda y el urbanismo, la lucha contra la drogadicción, la situación de la mujer, y la familia, entre otros temas. La Agenda Social orienta además hacia la descentralización y desconcentración del Estado, la participación y consulta de la ciudadanía. Ya en el año 2000, el Ministerio de Salud publicó el documento “Políticas y Estrategias de Salud, 2000–2004”. Las principales políticas sanitarias apuntan a lograr salud integral, salud en el desarrollo, desarrollo del sistema de rectoría de la salud, fortalecimiento de la red de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), desarrollo de mecanismos que posibiliten la sustentabilidad financiera del SNS, ampliación de cobertura de los servicios del SNS y protección financiera de la salud de los grupos de población más vulnerables.

La reforma del sector salud

En 1997 el Ministerio de Salud fortaleció sus funciones de vigilancia y regulación reestructurándose en dos grandes áreas: provisión de servicios, y vigilancia y regulación, tanto en materia poblacional como ambiental. Como objetivos de los procesos de reforma se propusieron los siguientes: equidad, eficiencia técnica, administrativa y en las acciones del SNS, calidad en la atención, y satisfacción del usuario.

La función rectora se orientó al fortalecimiento institucional del Ministerio como autoridad sanitaria nacional, lo que implica el desarrollo de la capacidad de conducción de la política sectorial, la regulación sanitaria, la vigilancia y control del proceso de salud-enfermedad, la promoción de la salud, el desarrollo y supervisión de los recursos humanos, y la gerencia administrativa y financiera. Se introdujeron nuevos modelos de gestión y atención y se procuró modernizar la red de provisión de servicios al público poniendo énfasis en la descentralización y la autonomía, para garantizar la sustentabilidad y el acceso de la población. Se modificó la estructura orgánica y funcional del Ministerio, que pasó de programas verticales por funciones a una estructura matricial por procesos.

La política nacional es congruente con la reforma del sector y aspira a concretar los siguientes propósitos: renovar las estrategias de atención primaria para contribuir al desarrollo humano, perfeccionar el marco regulatorio para garantizar la calidad en el sistema, universalizar el acceso a programas y servicios para reducir las brechas, impulsar y coordinar acciones para mejorar la

nutrición, garantizar ambientes sanos estrechando la vigilancia de factores de riesgo, promover y ejecutar investigaciones y desarrollos tecnológicos, fortalecer la promoción de la salud, mejorar la capacidad de respuesta de la red pública de servicios así como la capacidad del sistema de urgencias, fomentar la cultura de mejoramiento continuo de la calidad, reforzar la gestión, adecuar los procesos y sistemas de gestión, mejorar la eficiencia y efectividad financieras y concretar un programa de inversiones.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El componente público del sector salud se vertebra sobre el Ministerio de Salud como rector, que comparte la función de financiación y provisión con la Caja de Seguro Social (CSS), y también incluye al Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados. Los dos primeros cuentan con una estructura administrativa articulada en regiones sanitarias que corresponden generalmente a sendas provincias del país, con excepción de la provincia de Panamá, que se divide en cuatro regiones. Por derecho constitucional, toda la población tiene acceso a los centros de atención del Ministerio de Salud, en tanto que la CSS atiende a la población trabajadora y a sus dependientes beneficiarios (69% de la población), pero ambas instituciones se han coordinado para brindar atención a toda la población indistintamente.

El componente privado lo constituyen las clínicas privadas, los hospitales con más de 100 camas y los consultorios médicos privados. Se estima que 3,9% de la población utiliza servicios de seguros privados de salud.

Legislación sobre salud

El marco legal que rige el accionar del sector salud es el Código Sanitario aprobado en 1947; se está considerando ahora la conveniencia de reformarlo o de introducir una nueva ley que lo actualice. Entre 1997 y 2000 se aprobaron varias leyes relacionadas con la salud, entre las que cabe destacar las que crearon el Patronato del Hospital Integrado San Miguel Arcángel y el Patronato del Hospital Santo Tomás, la Ley General sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, el VIH y el SIDA, y la Ley Especial de Medicamentos, así como el Decreto Ley 2, "Marco regulatorio e institucional para la prestación de los servicios de agua potable y alcantarillado sanitario", dictado en enero de 1997. Por vía de la legislación, además, se están desarrollando procesos de armonización en escala subregional, particularmente en lo que atañe a los medicamentos, en estrecha coordinación con la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa.

La Ley 53, de noviembre de 1951, fue la primera en enfocar la discapacidad como una esfera de atención particular. Y, para una mejor protección de la niñez discapacitada, en 1992 se creó el Consejo Nacional para la Atención Integral al Menor con Discapacidad. Con el fin de combatir la discriminación de gé-

nero, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley 4, del 29 de enero de 1999, sobre la igualdad de oportunidades para las mujeres, complementaria de la Ley 44 del 12 de agosto de 1995.

Los trabajadores del sector público se rigen por la Ley 8, del 6 de febrero de 1997, que creó el sistema de ahorro y capitalización para los servidores públicos, como alternativa de pensión complementaria.

Grado de separación institucional de funciones

En el período 1997–1999 se llevó a cabo un proceso de reorganización del sistema de atención sanitaria, que puso el acento en el desarrollo del nivel primario. Se construyó una propuesta de cambio para las formas tradicionales de provisión de servicios, que apuntaba a un modelo de salud que tuviese más equidad, eficiencia, sustentabilidad, eficacia y calidad en las acciones. Se privilegió como eje la participación ciudadana en la producción de salud integral, por medio de organizaciones tales como los Comités de Salud, las Juntas de Agua y otras organizaciones comunitarias. Junto con estos cambios se inició la separación de funciones: en particular, el Ministerio de Salud asumió la función de rectoría y regulación, por un lado procurando financiar los servicios pero por otro delegando su provisión.

A fines de 2001 se tendía a la adopción de un modelo por el cual el Ministerio y la Caja de Seguro Social, mediante una organización jurídica del derecho privado denominada Consejo Nacional de Salud (CONSALUD), proveerán por un contrato-programa público los servicios de salud a la población. En ese modelo se prevé separar el financiamiento de la provisión de los servicios. La administración de los recursos financieros del sector destinados a la atención médica se realiza por medio de un ente comprador, y los financiadores se reservan el poder de decisión sobre el objeto y destino de los recursos financieros.

Este modelo aplica un proceso continuo de planificación estratégica para identificar y asignar prioridades a los problemas de salud, así como para diseñar estrategias de promoción, prevención, atención y rehabilitación en su área de responsabilidad. Se lo ha puesto en práctica primeramente en el distrito de San Miguelito y en la región metropolitana.

Segmentación de la población por tipo de institución

El Ministerio de Salud es responsable constitucionalmente de la atención de la salud de los panameños y comparte con la Caja de Seguro Social la provisión de servicios; la CSS responde por la atención de los trabajadores asegurados y de sus dependientes beneficiarios. El sector privado brinda servicios a 17% de la población, aproximadamente.

Descentralización de los servicios de salud

Para cumplir sus funciones, el Ministerio de Salud se estructura en forma descentralizada en 14 regiones sanitarias. La atención de la salud se ofrece por intermedio de establecimientos

proveedores, organizados en redes de distinto grado de complejidad y capacidad resolutoria, en tres niveles de atención. Para evitar la duplicación de recursos en la provisión de servicios, el Ministerio y la CSS han aplicado desde 1997 un sistema de compensación de costos, basado en la contabilidad a partir del proceso de facturación que se realiza en cada unidad ejecutora integrada. Se excluyen de esta compensación de costos las instalaciones de la red primaria de las regiones de salud de San Miguelito y la región metropolitana, así como los hospitales nacionales generales. En el caso de los hospitales nacionales especializados (Oncológico y del Niño), existen convenios específicos para efectuar esa compensación.

Se ha introducido un nuevo modelo de gestión en el Hospital San Miguel Arcángel, institución pública integrada por la CSS y el Ministerio, con aportes financieros de ambos, y que funciona sobre la base de un contrato-programa, o convenio de gestión, que establece costos por servicio prestado y un mecanismo solidario de copago que, para la población no asegurada, guarda relación con su capacidad económica. La CSS cubre 100% de los costos de la población asegurada que se atiende en ese hospital.

La participación privada en el sistema de salud

El subsector privado participa en la provisión de servicios de salud a quienes tienen capacidad de pagar, ya sea directamente al proveedor o a través de compañías de seguros privados. Cuenta con una red hospitalaria concentrada en la ciudad de Panamá que administra cinco hospitales con más de 100 camas. Las capitales de seis provincias también cuentan con centros hospitalarios privados, con una disponibilidad total de 989 camas.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

El Ministerio ofrece servicios de salud a toda la población. Para el año 2000 se estimó que 69% de la población estaba asegurada por la CSS. En atención a los convenios existentes entre el Ministerio y la CSS, la población tiene la opción de elegir sus servicios ya sea en la Caja, en carácter de derechohabiente, o en el Ministerio, amparada en los convenios de compensación de costos. La cobertura del subsector privado es de 17%, como se mencionó antes, al comentar la segmentación.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

El Ministerio de Salud, en coordinación con otras instituciones del sector, tanto gubernamentales como no gubernamentales, elaboró en 1998 las Normas de Salud Integral para la Población y el Ambiente, para el primer nivel de atención. Estas normas pretenden potenciar los recursos de salud y garantizar una atención integral con activa participación social, con enfo-

que de género y énfasis importante en la promoción y la prevención, además de la recuperación y rehabilitación de la población y del ambiente.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

El sector panameño de la salud se rige por 35 leyes gremiales en las que se definen los escalafones salariales de las diversas categorías de profesionales y técnicos; sin embargo, la Ley de Carrera Administrativa es supletoria de todas esas leyes y se aplica a todos los profesionales y técnicos del sector.

En relación con el proceso de reforma y modernización se están operando algunas transformaciones en las instituciones del sector. Así, los profesionales de la salud tendrán que desempeñar otras funciones que requerirán una capacitación y certificación que los habiliten a ejercer sus tareas profesionales y técnicas con un buen nivel de calidad. En el corto plazo, se planifica implantar los exámenes profesionales como requisito para el libre ejercicio profesional y técnico en el país. El Consejo Técnico de Salud, integrado por funcionarios del Ministerio y representantes de todos los gremios del sector, es el responsable de aprobar y certificar la idoneidad funcional de los profesionales y técnicos de salud.

Los mercados básicos en salud

La Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud, en el marco del proceso de reforma, ha iniciado la estructuración del Departamento de Regulación de Equipos y Dispositivos Médicos, a fin de ordenar y regular los aspectos de tecnología sanitaria.

La calidad del ambiente

En 1999 se publicó el documento “Estrategia Nacional del Ambiente”, que considera varios componentes de la calidad ambiental: calidad del aire, ruido, vibraciones, calidad del agua, residuos sólidos, minería, industria y transporte, entre otros.

La calidad de los alimentos

Como signatario de la Organización Mundial del Comercio (OMC), Panamá se rige por las normas del Codex Alimentario para el intercambio y comercialización de los alimentos.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

Con el propósito de estimular y desarrollar las capacidades de los distintos integrantes de la sociedad, así como para crear las condiciones que faciliten los procesos de organización comunitaria y participación social en las acciones de salud, se han creado, y ya están funcionando, seis Centros de Promoción de la Salud en todo el territorio nacional. También están operando los Comités de Salud, cuyos integrantes cumplen intervenciones de promo-

ción y fomentan la adopción de estilos de vida saludable en las comunidades, junto con el personal de salud.

Prevención y control de enfermedades

Entre los programas de prevención específica se destacan los de las enfermedades inmunoprevenibles, para las que en 2000 se alcanzaron las siguientes coberturas en los menores de 1 año: vacuna antipoliomielítica 99,6%, DPT (contra difteria, tos ferina y tétanos) 94,6%, vacuna antisarampionosa 91,8% y BCG (antituberculosa) 100% (figura 6).

En forma análoga, se ejecuta una serie de intervenciones con el fin de prevenir y controlar las enfermedades transmisibles y las no transmisibles, entre ellas las transmitidas por vectores, la tuberculosis, las enfermedades diarreicas, la infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, así como el cáncer del cuello del útero (mediante su detección precoz) y las enfermedades mentales (mediante programas de salud mental), y también las intoxicaciones agudas por plaguicidas, las drogodependencias y los accidentes de trabajo.

Con el documento "Fundamentos de la Política Panameña de Seguridad", del Ministerio de Gobierno y Justicia, se establecieron los lineamientos políticos para la prevención y control de la violencia. De acuerdo con ellos se ejecuta el Plan Institucional de Atención y Prevención de la Violencia y Promoción de Formas de Convivencia Solidaria.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

La captura, recolección, tabulación y análisis de la información se complementa con la metodología de análisis de la situación de salud. Ello ha posibilitado la elaboración de un documento permanentemente actualizado sobre la situación del país. Esa metodología permite evaluar, entre otros, los principales factores de riesgo y de daños a la salud de las personas y del ambiente, así como los factores que contribuyen a su protección.

En cumplimiento de compromisos regionales y subregionales, también funciona un sistema de vigilancia epidemiológica, que asigna prioridad a la detección oportuna de la parálisis flácida aguda, a los casos sospechosos de sarampión y a las demás enfermedades de notificación obligatoria. Se cuenta también con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, que ha sido declarada de notificación e investigación obligatoria. Asimismo, se ha establecido un sistema de vigilancia de la violencia, en particular de la violencia intrafamiliar.

Agua potable y alcantarillado

Al Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN), ente autónomo, le incumbe la dotación de los servicios de agua potable, recolección y disposición inocua de las aguas residuales en las comunidades que superan los 1.500 habitantes. En 2000 la cobertura de los servicios de agua potable con conexiones domiciliarias alcanzaba a 82% de la población total, 4,5%

con fácil acceso y 13,5% sin servicio. En las zonas urbanas estas coberturas se distribuían en las siguientes proporciones: 86,8% con conexiones domiciliarias, 0,9% con fácil acceso y 12,3% sin servicio; en el campo, 76,1% poseen conexión domiciliaria, 9,7% tienen fácil acceso y 14,2% carecen de servicio. En cuanto al saneamiento, la cobertura dentro de las viviendas para el total del país alcanza a 51,7% de ellas, llega a 71,1% en las ciudades pero cae a 20,7% en el campo.

Manejo de residuos sólidos municipales

La Dirección Metropolitana de Aseo es la institución a cargo de la recolección, transporte y disposición final de los desechos sólidos en la región metropolitana de la provincia de Panamá. En 1999, de 20% a 30% de la basura producida en la ciudad de Panamá no se depositaba en rellenos sanitarios. Se recolectaban 94,8% de los desechos sólidos en las zonas urbanas y 31,4% en las rurales; esto significa que 19.500 viviendas de las zonas urbanas y 186.700 viviendas de las zonas rurales carecían de sistemas sanitarios para la eliminación de basura. Entre 64% y 69% de la basura doméstica se componía de materia orgánica y contenía entre 31% y 36% de material reciclable. Los establecimientos industriales y comerciales fueron los que produjeron por lo menos 25% del total de residuos.

En el manejo de residuos hospitalarios no se practica en general una separación y acondicionamiento de ellos según su grado de peligrosidad. Los residuos líquidos no se tratan antes de verterlos finalmente en la bahía de Panamá. En la zona metropolitana, donde funcionan 12 centros hospitalarios, se producen 4.764 kg por día de desechos comunes y 4.782 kg por día de desechos peligrosos, en tanto que en el resto del país, donde funcionan 20 centros sanitarios, se producen 4.641 kg por día de desechos comunes y 1.385 kg por día de residuos peligrosos.

Prevención y control de la contaminación del aire

En la vigilancia y análisis de las áreas afectadas por compuestos bifenilpoliclorados (PCB) participan conjuntamente el Ministerio de Salud, la Autoridad de la Región Interoceánica y la Autoridad del Canal. Estudios realizados en 1998–1999 indican que la cantidad de partículas en suspensión alcanza un valor promedio de 390 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, con un máximo de 1.403 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, elevado si se lo compara con las normas internacionales, que estiman como aceptable un nivel de 260 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. La medición de monóxido de carbono arrojó valores medios de 17,3 ppm, con un máximo de 35 ppm, cuando el nivel permisible es de 9 ppm en 8 horas. Durante 1997 la medición de óxidos de nitrógeno resultantes de la combustión de combustibles fósiles dio valores cercanos a 64,0 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, considerado el límite máximo permitido por la OMS.

Protección y control de los alimentos

La cobertura de la inspección y vigilancia sanitaria de los alimentos, tanto de origen animal como vegetal, se ha incrementado

en 5% si se compara el año 2000 con el período 1994–1999. El mejoramiento de la capacidad técnica de los funcionarios del Departamento de Protección de Alimentos, la difusión y aplicación de conocimientos adquiridos sobre vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos, el análisis de riesgos en puntos críticos de control y los procedimientos de limpieza y desinfección han contribuido a la prevención de las enfermedades transmisibles por los alimentos. Funcionan en Panamá cinco escuelas para manipuladores de alimentos, tres estatales y dos privadas.

Programas de ayuda alimentaria

El Programa de Alimentación Complementaria (PAC) del Ministerio de Salud se inició en 1995 y se centra en niños desnutridos de 6 meses a 5 años y en embarazadas de bajo peso o que estén lactando. En 1999 se atendió a 47.359 beneficiarios, de los cuales 32.616 eran menores de 5 años, 8.927 embarazadas y 5.816 menores de 1 año.

Se aplican dos programas principales de alimentación escolar: uno de meriendas matutinas, a cargo del Ministerio de Educación, y otro de almuerzos, a cargo del Fondo de Inversión Social. Estos programas tienen por objeto mejorar la nutrición y el rendimiento de los niños en las escuelas primarias.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

La atención de salud se realiza a través de la red de servicios de la Caja de Seguro Social y del Ministerio, constituida por establecimientos asistenciales organizados con distintos grados de complejidad y capacidad de resolución. En junio de 2000 la capacidad instalada de estas dos instituciones comprendía 776 establecimientos. La red de hospitales públicos contaba con cinco hospitales nacionales, 14 hospitales regionales y 17 hospitales de zona, con una disponibilidad total de 5.936 camas. Las 3.709 camas de los hospitales del Ministerio tuvieron en 1999 un total de 141.345 egresos, con un promedio de 7,2 días de permanencia y 67% de ocupación. El sector privado disponía de 989 camas hospitalarias.

Los asistentes de salud trabajan en los llamados Puestos de Salud, que son las instalaciones de menor complejidad, situadas en las zonas rurales postergadas, de difícil acceso. En 1999 se realizaron en total 2.560.049 consultas médicas, 674.892 por odontólogos y 600.979 por personal técnico. Entre 1998 y 2000 se llevó a cabo un proyecto piloto para desarrollar un Sistema de Información Gerencial, que aporte información sobre producción, rendimiento, recursos y costos en los hospitales del sector público.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

Panamá cuenta con un Laboratorio Nacional de Salud Pública, que es el centro de referencia y control de calidad para

la red de laboratorios nacionales que funcionan en 36% de los 776 establecimientos nacionales de salud. En ellos se efectuó en 1999 un total de 5.795.377 exámenes de laboratorio. Existe también un laboratorio de virología que es centro de referencia para el diagnóstico del sarampión en los países centroamericanos.

Funcionan en Panamá 18 bancos de sangre en el sector público, en los que se extrajeron 18.660 litros de sangre en 1999. El mayor porcentaje de donaciones corresponde a reposiciones (80%) y solo en un porcentaje mínimo son voluntarias. Se efectúa el tamizaje de toda la sangre (100%) para detectar VIH, sífilis y hepatitis B y C, pero solo en 22% para detectar la enfermedad de Chagas.

Servicios especializados

En 1999 funcionaban 8.947 sillones de odontología en toda la red de primer nivel de atención y ese mismo año se cumplieron 1.214.102 actividades preventivas y 485.970 curativas en los servicios de odontología del Ministerio de Salud.

Para la atención de los adultos mayores, la Caja de Seguro Social ha desarrollado el Servicio de Atención Domiciliaria Integral (SADI), que brinda a un grupo seleccionado de enfermos funcionalmente dependientes (con evaluación previa y control ulterior) servicios médicos, sociales, de enfermería, de fisioterapia y de farmacia en el ambiente familiar del paciente, utilizando los recursos disponibles y apropiados de las instituciones de salud, de la comunidad y del hogar.

Insumos para la salud

Medicamentos

En el año 2000 el Ministerio de Salud invirtió US\$ 10 millones en medicamentos y la Caja de Seguro Social US\$ 70 millones. En enero de 2001 se aprobó la Ley 1 sobre medicamentos y otros productos para la salud. La mayoría de los medicamentos adquiridos institucionalmente son importados, pues en Panamá solo hay dos empresas productoras. En 2000 se creó la Comisión Nacional de Medicamentos, integrada por funcionarios del Ministerio, de la CSS y de los gremios. Uno de los propósitos de esta Comisión era la confección de un formulario homologado o Lista Nacional de Medicamentos, ya que solo existía una lista oficial de medicamentos de la CSS, con 506 productos. El Ministerio ha establecido un Sistema de Farmacovigilancia que supervisa especialmente la calidad de los medicamentos, las fallas terapéuticas y las reacciones adversas.

Inmunobiológicos

Las vacunas que se aplican en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) las financia el presupuesto del Gobierno nacional por un monto anual medio de US\$ 2.000.000 y las suministra al país el Fondo Rotatorio del PAI. Se ha constituido una

comisión que vigila la calidad y controla la distribución de los lotes de vacunas.

Equipo

Se estima que la inversión del Ministerio de Salud en instalaciones de equipamiento biomédico asciende a unos US\$ 100 millones, pero no se efectúa regularmente mantenimiento preventivo. El Ministerio dedica 1,6% del presupuesto operativo a la conservación y el mantenimiento, porcentaje que no incluye los gastos de personal. En 1997 el Ministerio realizó un catastro cualitativo del estado de las instalaciones y del equipamiento y comprobó así que alrededor de 71% de las instalaciones evaluadas contaban con servicio de energía eléctrica y que 32% de ellas disponían de algún sistema de esterilización en condiciones operativas entre buenas y regulares.

La Dirección de Provisión de Servicios de Salud y la Dirección de Infraestructura e Ingeniería Sanitaria comparten la responsabilidad de evaluar e incorporar las tecnologías nuevas, así como de vigilar el cumplimiento de normas para la adquisición, instalación y mantenimiento del equipamiento biomédico. Recientemente han comenzado a aplicarse normas de regulación en materia de dispositivos y equipos médicos.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso

Según la encuesta de recursos humanos realizada por el Ministerio de Salud en 1996, el sector público contaba con 19.087 funcionarios distribuidos en establecimientos de la CSS y del propio Ministerio, de los cuales 13,2% eran médicos de ambas instituciones y 11,8% eran enfermeros. La proporción de médicos por 10.000 habitantes era de 11,7, la de odontólogos 2,4 y la de enfermeros 10,7. Con respecto al personal que trabaja en los establecimientos hospitalarios, sobre un total de 6.274 funcionarios, 36% pertenecían a la CSS, 46,6% eran del Ministerio y 17,4% provenían de los patronatos de los hospitales.

Formación continua del personal de salud

Conjuntamente con la CSS, se ha lanzado un Programa Nacional de Formación de Médicos Especialistas cuyo propósito es unificar la formación de profesionales y orientarla hacia las especialidades que el país requiere. Se ha iniciado así un proceso de transferencia a las universidades de la formación de grupos técnicos que trabajan en el sector salud y se ha constituido una Comisión de Docencia-Servicio-Investigación.

Investigación y tecnología en salud

La Resolución 201 del Ministerio de Salud, del 6 de agosto de 1999, otorga al Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) la responsabilidad funcional sobre la investigación

científica en el campo de la salud, así como la difusión del conocimiento científico-técnico en la materia. El Ministerio ha definido una política dirigida a impulsar la investigación y el desarrollo tecnológico necesarios para mejorar la situación de la salud en el país. El ICGES ha elaborado las Prioridades de Investigación en Salud y las estrategias de trabajo, así como la definición y organización del Sistema Nacional de Investigación en Salud.

Gasto y financiamiento sectorial

Los servicios públicos de promoción, prevención, curación y rehabilitación están financiados por el Ministerio y por la CSS, y la principal fuente de financiación son los ingresos corrientes del Gobierno, los aportes obrero-patronales al seguro social; los fondos externos captados por donaciones y préstamos internacionales, por lo común de organismos públicos, y los aranceles percibidos por el Ministerio por servicios tales como el registro de medicamentos, de alimentos, y otros, generalmente en el área ambiental. La estimación del gasto total en salud es incompleta por la falta de información del subsector privado, pero se ha calculado en US\$ 241 millones para 1997. Según el Sistema de Cuentas Nacionales de la Contraloría General de la República, no hay información organizada sobre el gasto directo en que incurren las personas al pagar medicamentos y otros servicios de salud.

Al igual que el gasto social, el monto del gasto público en salud en Panamá ha ido en aumento progresivo desde 1990 hasta alcanzar un monto estimado de US\$ 656,4 millones en 1999 (equivalentes a US\$ 234 por habitante), es decir, aproximadamente 6,5% del PIB y 17,1% de todo el gasto público. La CSS aportó aproximadamente 60% del gasto público y el Ministerio de Salud gran parte del resto, puesto que los gastos en salud incurridos por otros ministerios son mínimos. El presupuesto del Ministerio para 1999 fue de US\$ 192,5 millones, de los cuales US\$ 162,5 millones se gastaron en funcionamiento y el resto en inversiones.

Para recuperar gastos, el Ministerio de Salud cobra una cuota mínima de 50 centavos de dólar a los usuarios no asegurados que demandan servicios, importe que representa más una donación que una retribución basada en los costos. En el caso de las hospitalizaciones y procedimientos quirúrgicos, se utilizan tablas de aranceles sujetas a la evaluación de la capacidad de pago que tenga el usuario. Existe un mecanismo de compensación en función de los saldos, por gastos incurridos en la atención en los establecimientos de la CSS de población no asegurada, así como en la de asegurados en los establecimientos del Ministerio.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

La cooperación financiera externa representa alrededor de 2% del gasto en salud. Entre los organismos internacionales que aportan cooperación técnica y financiera no reembolsable fi-

guran la OPS/OMS, el UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Unión Europea, la Agencia Española de Cooperación Internacional, la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) y los gobiernos de Corea del Sur y de Taiwán. El Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial otorgaron préstamos “blandos” y a largo plazo, principalmente destinados a la reforma del sistema, a la adecua-

ción del modelo de atención, a innovaciones en la extensión de la cobertura de servicios, a la construcción de acueductos, la modernización sectorial y la construcción de infraestructura. Asimismo, se ejecutan algunos proyectos en el marco de los convenios de cooperación técnica binacional con países de la Región, y, además, algunas organizaciones no gubernamentales internacionales, como Médicos sin Frontera y Caritas, ofrecen acciones de salud en zonas de muy difícil acceso.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Panamá, 1990–1999.

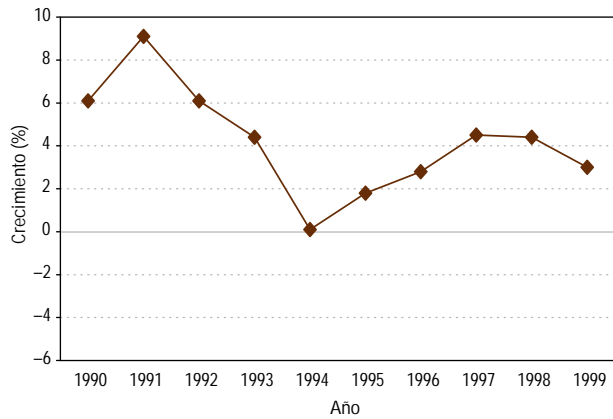


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Panamá, 2000.

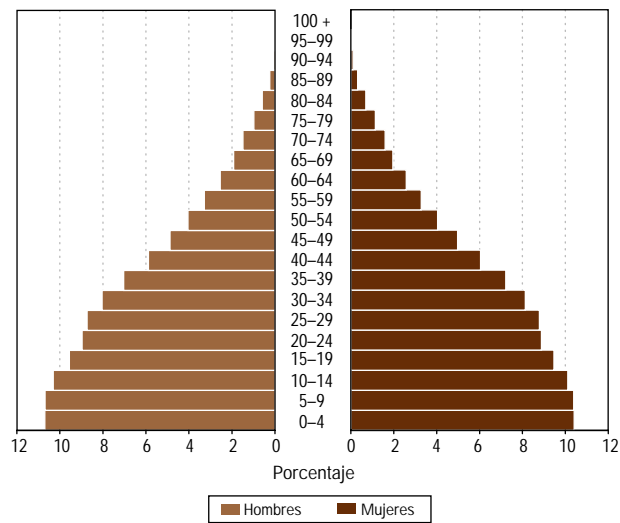


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Panamá, 1994–1998.

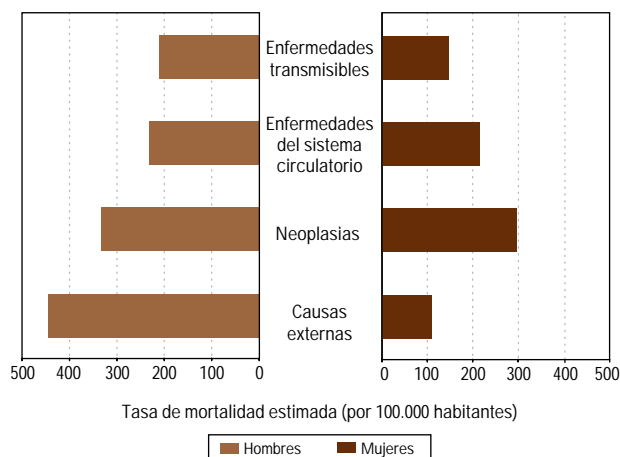


FIGURA 4. Distribución de la mortalidad infantil, Panamá, 1999.

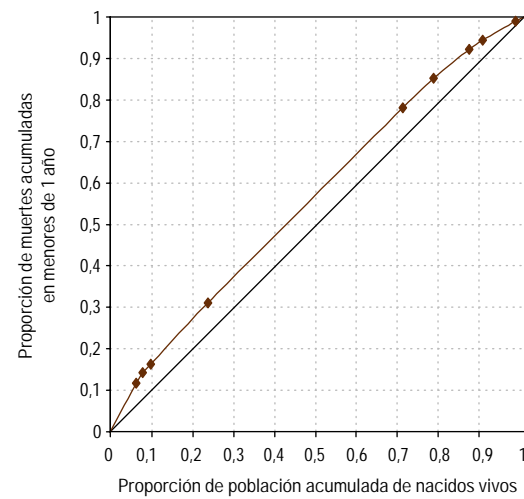


FIGURA 5. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Panamá, 1990–1999.

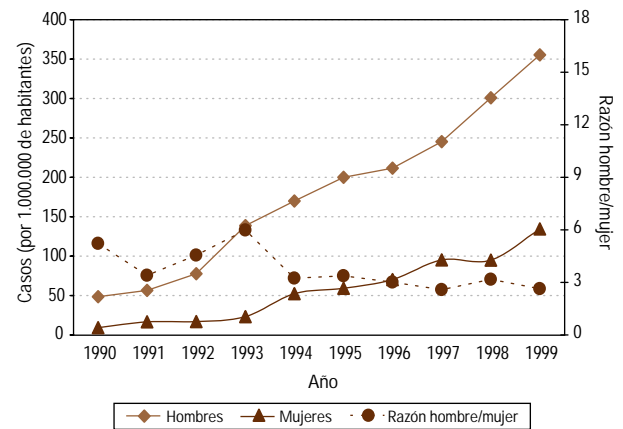
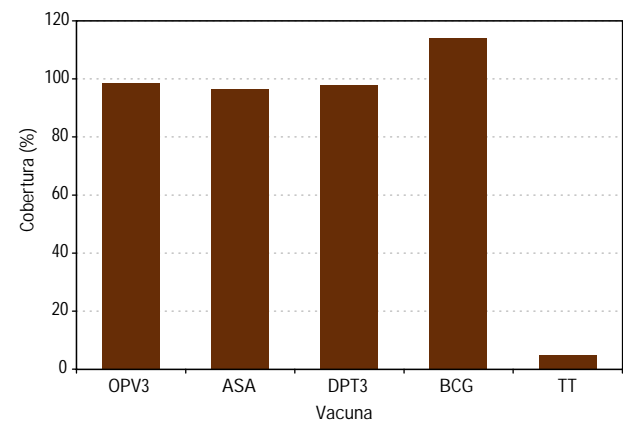


FIGURA 6. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año y en mujeres en edad fértil según vacuna, Panamá, 2000.



PARAGUAY

CONTEXTO GENERAL

Paraguay tiene un territorio de 406.752 kilómetros cuadrados y limita con Argentina, Bolivia y Brasil. El río Paraguay divide al país en dos regiones naturales claramente diferenciadas: la occidental o Chaco, una región climática y topográficamente poco favorable a los asentamientos poblacionales, que abarca 60% del territorio nacional y tres departamentos, y la región oriental, asiento de 14 departamentos, la capital (Asunción) y las principales ciudades y centros poblacionales, vías de comunicación y redes de servicios básicos existentes en el país.

Los principales problemas del desarrollo en el Paraguay incluyen el agotamiento del modelo de crecimiento económico y el deterioro del medio ambiente, la inequidad y exclusión social, y las debilidades del estado de derecho. Luego de un largo período de regímenes autoritarios se ha logrado un sistema democrático incipiente, con dificultades que limitan la vigencia del estado de derecho, la atención a las cuestiones del desarrollo económico y social, y la capacidad para lograr consenso en una reforma institucional del Estado dirigida a mejorar la gestión pública.

El modelo económico del Paraguay se ha basado en la exportación de materias primas agrícolas y, más recientemente, en el comercio de reexportación de productos extranjeros. En la última década, la economía paraguaya no ha podido encontrar una alternativa a la producción primaria en crisis, especialmente la algodonera, ni diseñar un modelo que le permita insertarse competitivamente en el proyecto de integración regional del MERCOSUR.

En las décadas de 1970 y 1980 el crecimiento anual promedio del producto interno bruto (PIB) fue de 8,1%, mientras que en la de 1990 el crecimiento medio fue de 2,3%. El PIB per cápita fue de US\$ 1.634 en 1996 y de US\$ 1.535 en 1999 (en dólares constantes de 1982). En la figura 1 se presenta el crecimiento del PIB en precios de 1995.

Entre 1995 y 1998, se dedicó 2,2% del PIB a servicios sociales básicos (educación básica, atención primaria de salud, agua y saneamiento). Del total de ese gasto, 79,1% correspondió a educación básica (US\$ 33 de 1996 per cápita), 18,8% a salud básica

(US\$ 8 de 1996 per cápita) y el restante 2,1% a agua potable y saneamiento (US\$ 1 de 1996 per cápita). En 1999, el Estado dedicó 8,2% del PIB a servicios sociales, del cual solo 2,4% se invirtieron en servicios básicos.

Se estima que 30,3% de la población vivía en situación de pobreza en 1995, y que en 1999, 33,7% de la población estaba por debajo de la línea de pobreza, lo que representa 1,9 millones de personas (46% de esos, pobres extremos). El 42% del total de la población de 0 a 14 años de edad se encuentra en condición de pobreza, es decir una proporción mayor que la de la población pobre total del país. El 40% más pobre de la población recibe 10% del total de los ingresos generados en el país, mientras que el 10% más rico de la población percibe 40%. En 1999, la razón de ingresos entre el 10% más rico y el 10% más pobre fue de 44 a 1. En las zonas rurales, además de la disminución de los ingresos medios aumentó la desigualdad (el coeficiente de Gini creció de 0,543 a 0,609).

La mayor incidencia de la pobreza rural con respecto a la urbana, y la desigualdad en la distribución de las oportunidades de acceso a los recursos productivos y servicios entre los diferentes grupos sociales del campo y la ciudad, generan movimientos de migración forzada del campo a la ciudad en condiciones de gran vulnerabilidad.

El desempleo abierto entre la población de 10 y más años es de 6,8%, y es mayor en las mujeres (7,5%) que en los hombres (6,5%), y en las zonas urbanas (9,4%) que en las rurales (3,4%). El desempleo oculto es de 9,7%, es mayor en el área rural (12%) y afecta más a las mujeres (16,1%). El subempleo (17,6%) es similar en las zonas urbanas y rurales y mayormente femenino (22,3%).

El 30% de las mujeres ocupadas y 26% de los hombres ocupados forman parte del sector informal. En promedio, las mujeres reciben 65% del ingreso que reciben los hombres; entre 60% y 70% de ellas están ocupadas en el sector de servicios, en posiciones de menor jerarquía que los hombres, y presentan tasas mayores de desempleo abierto y oculto, así como de subocupación. La tasa de participación laboral de las mujeres (41,3%) es menor que la de los hombres (73,9%) tanto en el área urbana como en la rural.

La tasa de hacinamiento es de 21,4%, y es mucho mayor en las zonas rurales (29,9%) que en las urbanas (12,9%). La disponibilidad de agua, proveniente de fuentes públicas o conexiones domiciliarias, es de 47,5%, y es mucho mayor en las zonas urbanas (71,6%) que en las rurales (15,4%); la mayor parte de la población rural se abastece por medio de pozos sin bomba; 88,5% de la población tiene electricidad en las viviendas, aunque en las zonas rurales existe un déficit de 23,4%. En las zonas urbanas, la mitad de la población tiene servicios de recolección de residuos, mientras que en las rurales, 77,6% quema los residuos.

La tasa de analfabetismo es de 8,9%. La población paraguaya estudia un promedio de 6,4 años (la duración de los estudios es mayor en las zonas urbanas que en las rurales). El promedio de años de estudio es de 6,7 para los hombres y 6,2 para las mujeres. La mitad de la población paraguaya de 15 y más años tiene nivel de instrucción primario; en el área urbana más personas logran alcanzar el nivel de instrucción secundario y terciario que en el área rural, donde la mayoría tiene nivel primario.

La deforestación va en aumento por la expansión de la frontera agrícola y las actividades de extracción de la madera, y crece la contaminación urbana e industrial. La pérdida de biodiversidad y el deterioro de los ecosistemas, la erosión del suelo en la región oriental, la salinización en la región occidental con la consiguiente pérdida de fertilidad, así como el peligro de extinción de especies animales y vegetales, son problemas ambientales vinculados a la falta de modelos agrícolas y de desarrollo urbano sostenibles. No hay políticas ambientales, aunque se hicieron progresos con la creación de la Dirección General de Salud Ambiental en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Secretaría Nacional del Ambiente y el Consejo Nacional del Ambiente.

El último censo de población se realizó en 1992. Según las proyecciones de la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC), en el año 2000 se estimaba una población total de 5.496.450 habitantes, con una tasa de crecimiento demográfico de 2,6% anual.

En el año 2000, 50,4% de la población estaba compuesta por hombres y 49,6% por mujeres; 41% tenía menos de 15 años y 7,3% 60 y más años. En el censo de 1992, 50,5% de la población era urbana y para 2000 esa población se estimaba en 54,4% (55,1% en la región oriental y 34,5% en la región occidental). En la figura 2 se presenta la estructura de la población por sexo y edad en el año 2000.

La densidad poblacional del Paraguay en 2000 era de 13,5 habitantes por km², con notables diferencias entre las distintas zonas del país. El Chaco tenía solo 2,5% de la población y una densidad media de 0,6 habitantes por km². La región oriental tenía un promedio de 33,5 habitantes por km², con una distribución poblacional bastante desigual: unos 4.800 habitantes por km² en Asunción y 541 habitantes por km² en el departamento Central, 7,3 habitantes por km² en Ñeembucú y entre 10 y 48 habitantes por km² en los demás departamentos.

El desarrollo urbano no ha sido equilibrado. Existe una alta concentración urbana en una reducida superficie territorial (65% de la población urbana se concentra en solo 5% del territorio nacional) y una gran dispersión de la mayoría de los habitantes en pequeños centros poblacionales distantes y de baja urbanización. Asunción es el centro urbano más importante, la única ciudad del país con más de 500.000 habitantes y que concentra la mayor parte de la población urbana y de los servicios básicos y generales. Los flujos migratorios internos se producen especialmente hacia Asunción, el Área Metropolitana y un corredor urbano que se extiende hacia el este y sudeste del país.

La tasa bruta de natalidad estimada fue de 34,1 por 1.000 habitantes para el período 1990–1995 y de 31,3 para el período 1995–2000. La esperanza de vida al nacer pasó de 66,3 años para los hombres y 70,8 años para mujeres en 1990–1995 a 67,5 años para los hombres y 72,0 años para mujeres en 1995–2000. La esperanza de vida general se estimó en 68,5 años en 1990–1995 y 69,7 en 1995–2000.

Según la DGEEC, la tasa global de fecundidad estimada fue de 4,6 para el período 1990–1995, y 4,2 hijos por mujer para 1995–2000. Esta tasa varía de 5,6 para las mujeres rurales a 3,2 para las urbanas, y de 2,9 hijos por mujer en la región de la Gran Asunción a 4,8 en el resto del país. Las mujeres con ninguno o menos de dos años de instrucción tienen una tasa de fecundidad casi cuatro veces mayor (6,2 hijos) que las mujeres con instrucción secundaria o superior (2,3 hijos).

Mortalidad

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social registra las muertes ocurridas en sus establecimientos, recibe los certificados de algunos servicios de salud del Instituto de Previsión Social y de otros privados, y rescata los certificados de defunción de las oficinas del Registro Civil. El Departamento de Bioestadística del Ministerio procesa y publica los datos de mortalidad anualmente. Desde 1996 los datos se codifican según la CIE-10.

La tasa bruta de mortalidad estimada fue de 6,0 para el período 1990–1995 y 5,4 por 1.000 habitantes en el período 1995–2000. La DGEEC estima el número de muertes sobre la base de los censos. El subregistro estimado entre 1996 y 1999 osciló de 37% a 41%. Entre 46% y 48% de las muertes registradas no cuentan con certificación médica; 16,7% de las muertes registradas se debieron a signos, síntomas y estados morbosos mal definidos, con un rango de 10% en 1996 a 20% en 1999. Para el análisis por causa de muerte se utiliza la lista 6/61 de la OPS, que agrupa las defunciones en seis grandes grupos de causas. En la figura 3 se presenta la mortalidad proporcional por esos seis grandes grupos de causas; es importante destacar que los datos corresponden a 10.869 defunciones con certificación médica y causas definidas, es decir, a menos del 40% de las muertes estimadas.

Las tasas de mortalidad son más altas en Asunción, Cordillera y Paraguari, y más bajas en la región occidental y en los departa-

mentos de San Pedro, Canindeyú, Alto Paraná, Itapúa y Caaguazú. Dichas diferencias podrían explicarse por la estructura y la densidad poblacional y, principalmente, por el distinto grado de subregistro entre las regiones.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

En 1999 se registraron 90.007 nacidos vivos, 44.147 niñas y 45.860 niños; en ese año se estimaron 166.000 nacimientos.

En partos atendidos en establecimientos del Ministerio, 5,4% de los niños tuvieron bajo peso al nacer, con variaciones de 7,2% en Asunción a 3,6% en Caaguazú.

En 1999 se registraron 1.749 defunciones en menores de 1 año, con una tasa de mortalidad infantil registrada en 1999 de 19,4 por 1.000 nacidos vivos, estable en relación con 1995, que fue de 19,7 por 1.000 nacidos vivos. Esta tasa nacional oculta variaciones importantes entre regiones que tienen tasas más altas, como Alto Paraná con 30,1 por 1.000 nacidos vivos y Amambay con 28,8 por 1.000 nacidos vivos, y más bajas, como Guairá con 15,4 por 1.000 nacidos vivos y San Pedro con 13,8 por 1.000 nacidos vivos. La región occidental presenta tasas superiores al promedio nacional, en especial Alto Paraguay (50 por 1.000 nacidos vivos), región en la que, además del subregistro, hay una gran variabilidad por el tamaño reducido de la población. Según datos de la DGECE, se estima que entre 1996 y 1999 el subregistro de las defunciones infantiles fue de 71% a 74%, y que no fue uniforme entre regiones.

La distribución de la mortalidad infantil coincide con la distribución de la pobreza: es más alta en las regiones norte y este, en las zonas rurales y entre los hijos de mujeres con más bajos niveles de instrucción; asimismo, tiene relación inversa con la distribución de servicios y recursos de salud. La mortalidad infantil estimada fue más del doble para hijos de madres que no tuvieron control prenatal, en relación con los hijos de madres que sí acudieron en el primer trimestre de embarazo.

En 1999, la tasa de mortalidad neonatal fue de 10,7 por 1.000 nacidos vivos, en comparación con la de 9,8 registrada en 1995. En 1999, la mortalidad neonatal representó 55% de las defunciones registradas en los menores de 1 año, comparado con 50% en 1995. Las principales causas de mortalidad neonatal fueron las lesiones debidas al parto (33,1%), la prematuridad (20,9%) y la infección del recién nacido (20,5%). Aún se observan muertes debidas a tétanos neonatal. La tasa de mortalidad posneonatal fue de 8,7 por 1.000 nacidos vivos en 1999, comparada con la de 9,9 en 1995. Las principales causas de defunción fueron la neumonía e influenza (28,1%) y la diarrea (21,3%).

La población de niños de 1 a 4 años se estimó en 607.389 (298.293 niñas y 309.096 niños), 11,3% de la población total en

1999. Se registraron 458 muertes en este grupo en ese año, con una tasa de mortalidad de 75 por 100.000 niños de 1 a 4 años (60 por 100.000 para las niñas y 90 por 100.000 para los niños). Las principales causas fueron las enfermedades transmisibles (principalmente la neumonía y la diarrea), con una tasa de 39,5 por 100.000 (47,2 en los niños y 31,5 por 100.000 en las niñas), y las causas externas, con una tasa de 14,0 por 100.000 (17,4 y 10,4 por 100.000 respectivamente para niños y niñas). Las tasas son más altas en Alto Paraná y en la región occidental.

La tasa de mortalidad en menores de 5 años fue de 29,8 y 24,5 por 1.000 nacidos vivos en 1995 y 1999, respectivamente. Las defunciones por enfermedades prevalentes de la infancia (infección del recién nacido y septicemia, neumonía e influenza, diarrea, meningitis, tétanos, desnutrición y anemia) representan 43,6%.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

El grupo de 5 a 9 años se estimó en 716.471 (364.473 niñas y 351.998 niños), 13,4% de la población total en 1999. En este grupo se registraron 188 defunciones, con una tasa de mortalidad de 26 por 100.000 niños de 5 a 9 años, la menor tasa de mortalidad específica por edad (21 por 100.000 para las niñas y 31 por 100.000 para los niños). En 1999 las causas externas ocasionaron 37,8% de las muertes en este grupo de edad, y fueron la primera causa, con una tasa de 15,4 por 100.000 para los niños y 6,6 por 100.000 para las niñas. En 1995 habían sido responsables de 30% de las defunciones. Las enfermedades transmisibles representan la segunda causa, con 23,4% de las defunciones.

En 1997 el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social elaboró el Plan Nacional de Atención Integral a la Niñez, que incorpora los conceptos de salud, atención integral y vigilancia del crecimiento y desarrollo, y en 1997–1998 realizó un estudio de oportunidades perdidas en la atención a la niñez. Entre 1997 y 1999 se dieron los pasos para establecer la estrategia de atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), y en 2000 se intensificó su aplicación en algunos departamentos.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

En 1999 se estimó en 655.917 la población de 10 a 14 años, y la de 15 a 19 años en 576.090. El grupo de 10 a 19 años representa 23% de la población total.

Un tercio de la población de 13 a 18 años (44% en el área rural) no recibía ningún tipo de enseñanza formal en 1999. El 96% de los niños de 7 a 12 años asistían a la escuela; el porcentaje de niños que no asistía era 2,6 veces mayor en el área rural que en la urbana (5,1 veces mayor para las niñas que para los varones).

En 1998, 16% de la población de 10 a 14 años formaba parte de la fuerza laboral del país y representaba 5% del total de las personas ocupadas; 43,7% de los jóvenes de 15 a 19 años ya formaban parte de la fuerza laboral.

En estudiantes de 11 a 15 años de escuelas de Asunción y el Área Metropolitana, en 1999 se encontró que 35,6% ya había probado el primer cigarrillo y 62,5% bebidas alcohólicas; 94,7% dijo conocer las consecuencias de fumar y beber. En el entorno familiar, las figuras masculinas eran las que más fumaban y bebían; 67,2% de los amigos fumaban y 71% bebían.

En 1998, la tasa de fecundidad específica en el grupo de 15 a 19 años era de 78 por 1.000 mujeres (48 y 135 por 1.000, respectivamente, para el área urbana y rural; 29 por 1.000 para las mujeres de este grupo de edad con educación secundaria completa y más, y 214 por 1.000 para las jóvenes con escolaridad menor a dos años). Solo 33% de las adolescentes notificaron que habían usado un método anticonceptivo en su primera relación sexual. El 7,3% de las mujeres de 15 a 17 años manifestaron tener un embarazo o más (no se incluyen los embarazos antes de los 15 años).

Entre 1996 y 1999, el grupo de 10 a 14 años presentó la segunda tasa específica de mortalidad por edad más baja, tanto para los hombres como para las mujeres. En 1999, la tasa de mortalidad fue de 32 por 100.000 (27 y 38 por 100.000 mujeres y hombres, respectivamente). Las causas externas fueron las más frecuentes en ambos sexos (15 por 100.000; 11 y 19 para mujeres y hombres, respectivamente).

En el grupo de 15 a 19 años, el riesgo de morir es de dos a tres veces superior que en el grupo de 10 a 14 años. El riesgo de morir es 1,8 veces mayor en los hombres que en las mujeres. La tasa específica fue de 69 por 100.000 en 1999 (51 y 87 por 100.000 para mujeres y hombres, respectivamente). El 60% de las muertes (70% en los hombres) se debieron a causas externas, con una tasa de 41,7 por 100.000 hombres y 21,9 por 100.000 mujeres. A partir del estudio de Oportunidades Perdidas en la Atención Integral de la Adolescencia (1997–1998), el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social elaboró el Plan Nacional de Atención Integral a la Adolescencia 1997–2001, con un enfoque de promoción de la salud, que sirve de base para proyectos interinstitucionales e interagenciales de atención diferenciada a este grupo de la población.

La salud de la población adulta (20–59 años)

En 1999 este grupo representaba 44% de la población total y generaba 26,5% de las muertes registradas. El riesgo de morir es 1,8 veces mayor entre los hombres. En el grupo de 20 a 39 años, las causas externas fueron las más frecuentes, y representaron 47,8% de las muertes en 1999, con tasas de 52 por 100.000 (90 por 100.000 para los hombres de este grupo de edad). Entre los 40 y 59 años, las enfermedades del sistema circulatorio son las causas de muerte más frecuentes, con tasas de 107,2 por 100.000 (122,7 por 100.000 para los hombres), seguidas de tumores, con tasas de 79,2 por 100.000 (86,3 por 100.000 para las mujeres).

Los métodos modernos de planificación familiar son usados por 48% de las mujeres en edad reproductiva (41% en el área rural). Solo 56% de los partos son institucionales: 39% en las zonas rurales y 81% en las urbanas (93% en Asunción); 94% para

las mujeres con nivel de instrucción secundario o superior; 74% para el primer embarazo.

La mortalidad materna registrada en el Paraguay en 1999 fue de 114,4 por 100.000 nacidos vivos, una reducción de 23,8% en relación con 1990. La mortalidad materna se estimó en 192 por 100.000 nacidos vivos para el período 1989–1995. Las tasas registradas entre 1996 y 1998 fueron de 123,3 en 1996, 101,8 en 1997 y 110,9 en 1998. Las tasas de mortalidad materna presentan variaciones importantes entre regiones, y son hasta siete veces superiores las más altas (Canindeyú, Caazapá, San Pedro y Concepción) en relación con las más bajas (Central, Cordillera y Misiones). Las causas de defunciones maternas entre 1996 y 1999 fueron la hemorragia (25,4%), el aborto (24,6%), la toxemia (20,6%), otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio (19,3%) y la sepsis (10,1%).

El Ministerio ha constituido el Consejo Nacional de Salud Reproductiva, que cuenta con una Comisión Técnica de Vigilancia de la Salud y Mortalidad Materna. También ha establecido las Guías Operativas para la Vigilancia, a nivel departamental, y comisiones locales que investigan y analizan las muertes ocurridas en mujeres en edad fértil, para identificar la cadena de eventos que generó la muerte y obtener la participación de los servicios de salud y la comunidad en la reducción de la mortalidad materna.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

La población de 60 y más años se estimó en 1999 en 283.663 personas (159.391 mujeres y 124.272 hombres), que representan 5,3% de la población total. En este grupo se observó 56,7% del total de muertes registradas y 51,4% de las muertes con certificación médica. La tasa de mortalidad específica para este grupo fue de 3.630 por 100.000 (4.281,7 y 3.121,3 por 100.000 respectivamente, para hombres y mujeres). Las enfermedades del sistema circulatorio son las causas de muerte más frecuentes en este grupo, con tasa de 1.226,2 por 100.000 (1.402,6 y 1.088,5 por 100.000 hombres y mujeres, respectivamente).

El país cuenta con un Plan Estratégico para los Adultos Mayores y fomenta la organización de grupos conectados en red nacional para fortalecer su participación en el desarrollo nacional, regional y local. Simultáneamente se han elaborado y difundido mensajes sobre autocuidado por los medios masivos de comunicación, y se han abierto algunos “Centros de Día”.

La salud de los trabajadores

Por ser un país agrícola, los riesgos para la salud de los trabajadores están muy relacionados con la exposición a los plaguicidas. Antes de la creación del Centro Nacional de Toxicología (CNT), en julio de 2000, no se contaba con un registro de casos de intoxicación. En los últimos seis meses del año 2000, el CNT registró 500 casos de intoxicación, la mayor parte correspondiente a los trabajadores agrícolas expuestos a plaguicidas.

En 2000 se registraron 2.500 accidentes de trabajo, que representan 1,9% en relación con el número total de accidentes notifi-

cados. Los sectores que generan más accidentes son la industria de la madera (47 por 1.000), la construcción civil (45 por 1.000) y las embotelladoras (45 por 1.000). En 2000 se registraron 16 defunciones por accidentes de trabajo.

La salud de los indígenas

La población indígena constituye una minoría étnica de escasa representatividad demográfica (de 1% a 2% de la población total) y su tasa de crecimiento es más baja pero muy similar a la del resto de la población del país. Sin embargo, en la formación histórica y social de la población paraguaya su presencia ha sido esencial y, en la actualidad, constituye un sector altamente vulnerable. Se conocen unas 17 etnias agrupadas en cinco familias lingüísticas: guaraní, lengua-maskoy, matakó, guaicurú y zamuco. No se cuenta con datos recientes sobre esta población. Según el censo de 1992, los grupos más numerosos se encontraban en el Chaco paraguayo, donde constituían 30% de la población total. Asimismo, los indígenas del Chaco representaban 59% de la población indígena censada nacionalmente. Su alta tasa de mortalidad infantil (93,9 por 1.000), el analfabetismo (hasta de 94% en la población mayor de 15 años) y las condiciones de sus viviendas (93% no cuenta con saneamiento ni agua potable) los caracteriza como el grupo más empobrecido entre los pobres del Paraguay.

No se dispone de datos recientes, pero según el censo de 1992, la fecundidad de las mujeres indígenas era de 5,7 hijos por mujer.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

En los últimos años, especialmente en 1998, el país ha sufrido los efectos de las alteraciones climáticas globales y del fenómeno El Niño que han generado situaciones de emergencia e inundaciones responsables por pérdidas humanas y daños importantes. En 1998 las inundaciones causaron 49 muertes, la destrucción de 4.500 viviendas, el desplazamiento de 13.000 familias y costos económicos estimados en US\$ 70 millones. En los últimos años el país ha visto aumentar los riesgos potenciales de emergencias y desastres químicos por mal manejo de productos peligrosos depositados en lugares vulnerables a inundaciones.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. Entre 1993 y 1997 se registró un promedio de 624 casos anuales de malaria, pero en 1998 se registraron 2.091 casos y la incidencia parasitaria anual (IPA) fue de 0,5 por 1.000 habitantes. En 1999–2000 se presentó una epidemia, con 9.946 casos notificados en el primer año (una IPA de 2,2 por 1.000 y 72% de los casos en el primer semestre) y 6.853 casos en 2000 (una IPA de 1,4 por 1.000, con un pico entre marzo y mayo). El 82% de los casos de 1999 y 80% de los casos de 2000 ocurrieron en los tres departamentos de más alto riesgo: Alto Paraná, Caaguazú y

Canindeyú. La razón hombre/mujer fue de 2,5 en 1999 y 2,2 en 2000; personas de todas las edades fueron afectadas, y la IPA específica por edad fue de 1,3 por 1.000 en el grupo de 60 y más años, 1,7 en el grupo de 5 a 14 años y 2,1 en el de 20 a 59 años. Todos los casos estudiados, menos 3 casos de 1999, fueron causados por *Plasmodium vivax*. No se registraron defunciones.

Además de condiciones propicias para la transmisión, la epidemia puso de manifiesto deficiencias en la infraestructura y la capacitación, y poca actuación de los servicios de salud y de la comunidad frente al problema. El Ministerio y el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA) fortalecieron las regiones afectadas con el desplazamiento de personal desde otras regiones, la ampliación y reactivación de la red de colaboradores voluntarios y la participación progresiva de la red de servicios de salud.

Dengue. Después de una década de silencio epidemiológico, la transmisión del dengue se detectó a partir de febrero de 1999, y se presentó una epidemia que se extendió hasta junio, principalmente en Asunción, el Departamento Central, Amambay y Alto Paraná. El Laboratorio Central de Salud Pública documentó 1.164 casos por serología, y en laboratorios de referencia internacional se tipificó dengue-1. En diciembre de 1999 se produjo un brote extenso en la ciudad de Luque, Departamento Central, colindante con Asunción. De enero a abril de 2000 el país fue azotado por una epidemia masiva, con casos confirmados en los 18 departamentos pero concentrada en la capital, el departamento Central y Alto Paraná. Se registraron 24.282 casos, 2.910 de estos confirmados por serología o aislamiento del virus dengue-1. Según encuestas hechas durante la epidemia, más de 100.000 casos podrían haber ocurrido solo en Asunción. Entre los confirmados por laboratorio, el grupo de mayor riesgo fue el de adultos mayores, con baja incidencia en niños (20,3 por 100.000 habitantes en el grupo de 0 a 9 años, 38,8 por 100.000 en el de 10 a 19 años, 69,7 por 100.000 en el de 20 a 59 años y 85,5 por 100.000 en el de 60 y más años). No se documentó la presencia de dengue hemorrágico.

Frente a la epidemia, el país desplegó una intensa campaña que contó con la participación de las instituciones y la comunidad organizada; sin embargo, gran parte de las ciudades paraguayas aún tienen índices de *Aedes* compatibles con la transmisión.

Enfermedad de Chagas. El área endémica para la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas abarca siete departamentos en la región oriental y gran parte del Chaco. El principal vector es *Triatoma infestans*, pero están presentes *T. sordida*, *T. guazu* y *Panstrongylus magistus*.

En un estudio de seroprevalencia de anticuerpos para *Trypanosoma cruzi* en embarazadas, realizado entre 1995 y 1999, en el departamento Cordillera se observó 15% de positividad, con un rango de 8% a 34% entre sus municipios. En 2000 la seropositividad para *T. cruzi* en mujeres de 15 a 44 años que concurrían a los

servicios de salud del Ministerio para control prenatal fue de 14,5% en Cordillera y 12,8% en Paraguari, departamentos endémicos, y de 3% en Canindeyú y 3,5% en Alto Paraná, departamentos no endémicos. En 2000, en hijos de madres seropositivas captadas en el control prenatal se encontró 4,2% de positividad en Cordillera y 7,8% en Paraguari. Algunas encuestas en indígenas del Chaco revelan una seroprevalencia de infección chagásica próxima a 80%. En donantes de sangre, con un tamizaje de 98% de las unidades, la seropositividad para *T. cruzi* fue de 4,1%, 3,8%, 4,1%, 4,7% y 4,3% respectivamente, de 1996 a 2000.

El país ha realizado actividades de control de manera discontinuada en las décadas de 1980 y 1990, que redundaron en la reducción del nivel de infestación domiciliar por *T. infestans* y la reducción de serología positiva en jóvenes. Entre 1999 y 2000 el Programa Nacional de Control de Chagas redefinió las estrategias de acción contra la transmisión vectorial, que incluyeron la detección entomológica masiva en cada departamento, acompañada de rociado selectivo (focal o total en cada localidad, según el nivel de infestación) y de la posterior vigilancia entomológica con participación comunitaria e institucional.

Leishmaniasis. Entre 1995 y 1998 se registraron entre 105 y 175 casos anuales de leishmaniasis; en 1999 se registraron 409 casos y 562 en el 2000. Las principales zonas endémicas se ubican al norte, centro y este de la región oriental del país, donde todavía se encuentran áreas de bosques tropicales húmedos, principalmente en Canindeyú, San Pedro y Alto Paraná. El principal agente etiológico es *Leishmania braziliensis*, lo que podría explicar la gran cantidad de casos con lesiones mucosas: 39% de los casos en 1999 y 19% en 2000. La razón hombre/mujer fue de 2,2 en 1999 y de 1,7 en 2000. A pesar de que predomina en los adultos, 22,8% de los casos en 1999 y 39% en 2000 se observaron en menores de 20 años. El diagnóstico y tratamiento se realiza en los servicios de salud del Ministerio, con apoyo del Instituto de Medicina Tropical y del Laboratorio Central. La provisión de medicamentos está a cargo del SENEPA.

La leishmaniasis visceral se ha presentado excepcionalmente en el Paraguay: el penúltimo caso humano documentado ocurrió en 1995 y el último en 2000. Estudios realizados en este período en Asunción y el área metropolitana revelaron una prevalencia de 3% a 11% en perros, pero no encontraron seroprevalencia en seres humanos. Datos preliminares sugieren que en los años 2000–2001 existió una hiperendemia de leishmaniasis visceral canina en el área metropolitana. En 2001 se reactivó un comité interinstitucional para dar respuesta integral al problema, ante el temor de la presentación de leishmaniasis visceral en los seres humanos.

Enfermedades prevenibles por vacunación

De acuerdo con el compromiso de erradicar el sarampión, en el Paraguay se ha reducido significativamente la incidencia de esta enfermedad: en 1995 registraron 69 casos, 14 en 1996, 200 en

1997 y 70 en 1998, año en que se realizó una exitosa campaña de vacunación en menores de 15 años de edad. Desde noviembre de 1998 se ha logrado mantener la interrupción de la circulación.

El último caso de poliomielitis se registró en 1985; las tasas de parálisis flácida en el último quinquenio han descendido de 1,1 por 100.000 menores de 15 años en 1995 a 0,4 en 1998; para el año 2000 se alcanzó una tasa de 0,9 por 100.000 menores de 15 años. El último caso de difteria se notificó en 1995. En 1995 se registraron 13 casos de tos ferina, 40 en 1996, 40 en 1997, 37 en 1998, 29 en 1999 y 24 en 2000.

Se estima que la proporción de niños menores de 5 años vacunados contra el sarampión, la poliomielitis y la tuberculosis (BCG) asciende a 70%, 82% y 83%, respectivamente. En la figura 4 se presenta la cobertura de inmunización en menores de 1 año en el año 2000.

Se registraron 16 casos de tétanos neonatal en 1995, 10 en 1996, 20 en 1997, 13 en 1998, 10 en 1999 y 7 en 2000, con una letalidad de 69% a 87%. Los casos se asociaron a la procedencia rural de la madre, bajo porcentaje de parto institucional, baja escolaridad, poco acceso a los servicios de salud y estratos de mayor pobreza. La cobertura acumulada de vacunación con toxoide tetánico y diftérico para mujeres en edad fértil en el quinquenio 1995–1999 fue de 49%.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales

A partir de 1997 en el Paraguay no se han notificado casos de cólera. Los casos registrados datan de 1993 (tres casos) y 1996 (cuatro casos), todos confirmados por laboratorio y causados por *Vibrio cholerae* O1, biotipo El Tor, serotipo Inaba.

La diarrea representa la tercera causa de consulta externa en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y se manifiesta en un rango de 8% a 12% en los diferentes grupos de edad. En el cuatrienio 1996–1999 se notificaron aproximadamente 42.000 casos anuales de diarrea, que representa un ligero incremento con relación al quinquenio anterior (40.000 casos anuales). El 69% de los casos registrados corresponden a menores de 5 años. La diarrea con deshidratación representa 8% del total.

La enfermedad diarreica aguda presentó en la población general una tasa de mortalidad de 8,3 por 100.000 en 1996 y de 6,4 por 100.000 en 1999. Esta enfermedad fue la segunda causa de muerte en los niños de 1 a 4 años (15% del total de muertes en ese grupo de edad); en los niños de 5 a 9 años (5%) ocupó el cuarto lugar y en los menores de 1 año (12%) representó la sexta causa de muerte.

Enfermedades crónicas transmisibles

Tuberculosis. Las altas tasas anuales de incidencia de tuberculosis (con variaciones entre 35 y 42 por 100.000 habitantes entre 1995 y 1999) hacen que la enfermedad siga representando un importante problema de salud pública, sobre todo en las poblaciones vulnerables de áreas urbanas deterioradas del departa-

mento Central, así como en las comunidades indígenas de la región occidental. La tasa de mortalidad fue de 4 por 100.000 habitantes en el mismo período. También entre 1995 y 1999, alrededor de 65% del total de casos nuevos detectados correspondió al grupo de edad de 15 a 59 años. Los departamentos de Boquerón, Alto Paraguay y Presidente Hayes presentaron las tasas de incidencia más elevadas. En 1999, 90% de los casos nuevos de tuberculosis detectados correspondieron a la forma pulmonar, y 53% de ellos fueron confirmados por bacteriología. El 19% de los casos de la forma pulmonar con bacteriología positiva curaron, 55% terminaron el tratamiento y 20% lo abandonaron. Entre 1996 y 1999 se registraron anualmente de 9 a 18 casos de meningitis tuberculosa en niños de 0 a 4 años de edad.

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública provee gratuitamente la medicación específica para el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) con los regímenes estandarizados por la OPS.

Lepra. La tasa nacional de prevalencia de lepra en 2000 fue de 1,1 por 10.000, muy cercana a la fijada para el logro de la meta de eliminación como problema de salud pública. Sin embargo, el número de casos nuevos detectados de 1996 a 2000 fue de 386, 419, 362, 451 y 427, respectivamente. Los departamentos de Canindeyú, Ñeembucú, Guairá y Caaguazú presentaron la prevalencia más alta de lepra. La cobertura con los regímenes estandarizados de poliquimioterapia es prácticamente de 100%, y se realiza la búsqueda activa de casos en áreas seleccionadas.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas continúan siendo la primera causa de consulta externa y representan 36% de todas las consultas en la población general y 50% del total de consultas en los menores de 5 años. En el período 1996–1999 se registraron aproximadamente 245.000 casos anuales, en comparación con 200.000 casos anuales en el quinquenio anterior; 61% de los casos se registran en menores de 5 años. Del total de estas infecciones, 18% corresponde a todos los tipos de neumonía, de los cuales 15% son graves.

En el período 1996–1999 ocasionaron 6% del total de muertes en la población general, lo que significó 1.350 defunciones anuales aproximadamente, con una tasa de mortalidad de 22,3 por 100.000 habitantes en 1996 y 19,1 por 100.000 en 1999. La mortalidad por infecciones respiratorias agudas representa la primera causa de muerte en los niños de 1 a 4 años, con 24% del total de muertes en este grupo de edad; en los menores de 1 año (12%), en los niños de 5 a 9 años (13%) y en el grupo de 10 a 19 años (4%) son la tercera causa de muerte.

Rabia

Hasta 1998 el Paraguay presentó una de las tasas de incidencia de rabia humana más altas del continente. La rabia canina siguió siendo endémica, en casi todos los departamentos del país,

pero concentrada en Asunción y ciudades del departamento Central (82% de los casos). En el período 1995–2000, 34,3% de los casos humanos se registraron en la región central, con una tasa de 1,0 por 100.000 habitantes, pero la incidencia promedio fue mayor en Amambay (2,4 por 100.000). La razón hombre/mujer fue de 2,9; la incidencia específica por edad fue más alta en los grupos de mayor edad.

A partir de 1999, las autoridades nacionales revisaron las actividades de control, movilizaron actores y recursos, y cambiaron las estrategias de vacunación (focalización), al mismo tiempo en que se intensificaron la captura de perros callejeros, el bloqueo de los focos y las campañas de educación y promoción, y se extendió la profilaxis en las personas agredidas. Como resultado, a partir del segundo semestre de ese año se redujo progresiva y significativamente el número de casos de rabia canina (de un promedio de 34 casos mensuales en 1998 a 4,3 en 2000) y no se presentaron casos de rabia humana entre mayo de 1999 y octubre de 2000, cuando se registró el último caso.

VIH/SIDA

El número acumulado de casos de SIDA diagnosticados desde 1986 hasta enero de 2001 fue de 584, y el número de defunciones por SIDA en el mismo período fue de 293 (una tasa de letalidad de 51%). A pesar del aumento de la detección en años recientes, la epidemia sigue siendo limitada: la prevalencia es baja en la población general, los casos siguen predominando en hombres urbanos, y la incidencia en usuarios de drogas es aún moderada. La mayoría de los casos de SIDA continúan proviniendo de Asunción y del departamento Central; sin embargo, en el período 1997–1999 se registraron casos en prácticamente todos los departamentos, especialmente en las ciudades de departamentos de frontera (Amambay, Alto Paraná e Itapúa). Los datos más recientes disponibles indican que la prevalencia de infección por el VIH en donantes de sangre es de 0,2%. Las tendencias de la incidencia anual registrada por sexo y la razón hombre/mujer entre 1994 y 1999 se muestran en la figura 5.

El Programa Nacional de Lucha contra el SIDA está centralizado y no se aborda el problema del SIDA en forma integral, junto con las infecciones de transmisión sexual. El programa moviliza recursos para el tratamiento antirretroviral, aunque no los suficientes. Se han puesto en práctica estrategias de prevención dirigidas a adolescentes, trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas, en especial en las zonas de frontera.

Infecciones de transmisión sexual

En el período 1996–1999 se registraron 699, 861, 716 y 886 casos de sífilis, respectivamente. En 1996, 37% de los casos se diagnosticaron en embarazadas y 13% fueron casos de sífilis congénita; en 1997, los porcentajes para estos mismos grupos fueron 36% y 15%; en 1998, 49% y 19%, y en 1999, 39% y 16%. En 1999, la prevalencia de sífilis entre donantes de sangre fue de

5%; solamente 75% de las muestras de sangre para transfusión se sometieron a control serológico. En 2000 se tamizó 98,6% de las unidades de sangre; 6% fue positivo para sífilis.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En 1997–1998, el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición aguda (–2 DS) fue de 5% a nivel nacional (en el área rural fue hasta de 6,3%); se estima que el porcentaje de niños con desnutrición leve o en riesgo de desnutrición (por debajo de –1 DS de la media) fue de 20,5% (24% en el área rural y 17% en la urbana). El porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica según talla para la edad (–2 DS) fue de 10,9% a nivel nacional (14% en el área rural y 7,4% en la urbana).

Estudios realizados en el año 2000 en escolares y adolescentes de escuelas urbano-marginales de Asunción revelaron que 12% padecían obesidad y 5% estaban en riesgo de desnutrición. En adultos del área metropolitana la obesidad como problema nutricional prevalece en 36% de las mujeres y 23% de los hombres (IMC >30).

Según estudios realizados en 2000 sobre los trastornos por deficiencia de micronutrientes, 6,3% de los niños de 6 a 15 años tenían bocio. Asimismo, en 1996–1997 se midió la yoduria en siete regiones sanitarias del país, y los resultados mostraron una mediana de yoduria de 149 µg/l, cifra mayor a la encontrada en 1988 (71 µg/l); el porcentaje de muestras por debajo de 50 µg/l fue de 21,3%, menor que en 1988 (43,2%). No se cuenta con información actualizada sobre enfermedades ocasionadas por deficiencia de otros micronutrientes como el hierro y la vitamina A.

En una encuesta realizada en 1998 sobre la prevalencia de diabetes y los factores de riesgos cardiovasculares en 1.606 adultos, la diabetes estuvo presente en 6,5% de los casos y la tolerancia a la glucosa alterada (TGA) en 11,3%. El último estudio disponible sobre diabetes gestacional, del año 2000, encontró una frecuencia de diabetes gestacional de 7% en una muestra de 134 mujeres embarazadas de 15 a 48 años provenientes de todos los hospitales regionales del país. La diabetes fue la sexta causa de defunción en 1997.

Enfermedades del sistema circulatorio

En el período 1996–1999, las enfermedades del sistema circulatorio constituyeron la primera causa de muerte en el país, con un promedio anual de 33% de todas las defunciones en ambos sexos; en 1996 se registraron 5.546 defunciones (112 por 100.000); 3.900 defunciones en 1997 (77 por 100.000); 4.520 defunciones en 1998 (87 por 100.000) y 4.527 defunciones en 1999 (85 por 100.000) sin diferencias específicas por sexo. La enfermedad cerebrovascular contribuyó con 33% a 39% de las muertes en este grupo de causas. La enfermedad isquémica del corazón como causa específica aportó en este período una proporción promedio de 27% para el total de este grupo de causas. El Instituto Nacional de Prevención Cardiovascular del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social lleva a cabo actividades de

promoción, prevención e investigación, como las encuestas nacionales de hipertensión arterial, en articulación con los programas del Ministerio y con asociaciones gremiales.

Neoplasias malignas

Las tasas de mortalidad por neoplasias malignas en la población general se han mantenido estables en el período 1996–1999, entre 42 y 45 por 100.000 habitantes. Estas constituyeron la tercera causa de muerte en este período (entre 14% y 16% del total).

En 1999, entre los hombres se registraron 1.208 muertes por este grupo de causas (una tasa específica de 43 por 100.000) y el mayor número de muertes por tumores malignos correspondió a tumores de tráquea, bronquios y pulmón; el tumor maligno de próstata ocupó el segundo lugar, los tumores de órganos digestivos excepto el estómago, el tercer lugar, y el de estómago, el cuarto lugar. Entre las mujeres hubo 1.076 defunciones por tumores malignos (una tasa específica de 41 por 100.000), de las cuales 298 correspondieron a tumores malignos de cuello del útero (11 por 100.000) y 161 a tumor de mama (6 por 100.000).

Accidentes y violencia

Los accidentes de tránsito son los de mayor frecuencia, y representan una importante causa de hospitalización y muerte, especialmente entre la población joven. En un estudio realizado en Asunción en una muestra de 618 accidentados (21% del total de 2.894 atendidos entre julio y diciembre de 1999 en el Centro de Emergencias Médicas, se observó la mayor frecuencia de accidentes de tránsito entre los adolescentes y jóvenes del sexo masculino, de 15 a 24 años de edad; en esta muestra, se produjeron 63 defunciones (10%), dos tercios en el sexo masculino. Los datos nacionales oficiales registran 9.803 accidentes de tránsito en 1998 y 9.433 en 1999.

Entre 1994 y 1997 la Secretaría de la Mujer registró en Asunción 5.507, 2.974, 4.608 y 3.217 casos de violencia contra la mujer, respectivamente. De estos casos, 43% correspondió a maltrato físico o agresión con armas y 31% a casos de abuso sexual. En 2000 se promulgó la Ley 1.600 contra la violencia intrafamiliar; existe un Plan Nacional para la Prevención y Sanción de la Violencia contra la Mujer.

Entre 1996 y 1999, las causas externas contribuyeron con 12% a 14,4% del total de las muertes, con una tasa específica que oscila entre 38 y 40 por 100.000 habitantes y marcadas diferencias entre sexos (3,8 a 3,9 veces mayor riesgo para hombres). En los hombres los homicidios y lesiones intencionales fueron la principal causa de muerte, responsables por 29% a 35% de las muertes, con una tasa de 17 a 22 por 100.000. La segunda causa fueron los accidentes de tránsito de vehículos de motor, con tasas de 14 a 15 por 100.000 y 20% a 25% de las muertes. Con cifras mucho más bajas, entre las mujeres la principal causa externa para los cuatro años considerados fueron los accidentes de tránsito de vehículos de motor (respondiendo por 21% a 29% de las muertes de este grupo, con tasas de 4 por 100.000), seguidos por otros accidentes

(entre 20% y 25%) y, en tercer lugar, por homicidios y lesiones intencionales (entre 13% y 19%). En cuanto a la distribución geográfica de las tasas, el departamento Amambay ocupó el primer lugar en los cuatro años, con tasas 1,6 a 2,1 veces más altas que el promedio nacional, seguido de Alto Paraná y Asunción en 1996–1998; en 1999, Canindeyú y Cordillera ocuparon el segundo y tercer lugar, respectivamente.

Salud oral

En el período 1999–2000 se realizaron 200.000 consultas odontológicas anuales, aproximadamente. En 1996, el promedio nacional de índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) a los 12 años fue de 5,1. En 1999 el promedio fue de 5,7, con un rango de 5,0 a 8,5, según la región. Asimismo, el índice fluctuó entre 6,4 y 9,2 a los 15 años de edad. De 85% a 88% de los niños presentaron caries. El 40% de los niños examinados requerían tratamiento urgente por presencia de dolor o infección.

Enfermedades emergentes

Los primeros casos con diagnóstico serológico de síndrome pulmonar por hantavirus datan de 1995. De 1995 a 2000 se registraron 60 casos confirmados por laboratorio, con una letalidad promedio de 23,8%. El agente etiológico identificado fue el hantavirus Laguna Negra, y se ha descrito una nueva variante en dos casos confirmados en 1997 y 1998 (virus Paraguay). El reservorio primario fue el ratón *Calomys laucha*, un roedor de campo ampliamente distribuido en la región occidental y en algunas zonas de la región oriental. El régimen de lluvias es un factor muy importante para la aparición de casos; en 1995 y en 2000 se observó un aumento inusual de casos cuando después de una estación seca sobrevino una estación lluviosa con un régimen de precipitaciones mucho más intenso de lo esperado.

En 1996 se estableció un grupo técnico interinstitucional de apoyo a la vigilancia y el control del síndrome pulmonar por hantavirus. Aún persisten dificultades para la vigilancia, el manejo clínico de los casos, la investigación y la comunicación social para difundir información y evitar el pánico entre la población en riesgo.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La Constitución Nacional de 1992 declara que “El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad”. También indica que se promoverá un Sistema Nacional de Salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concentración, coordinación y complementación de programas y recursos de los sectores público y privado.

En diciembre de 1996 el Congreso sancionó la Ley 1.032 que creó el Sistema Nacional de Salud. La Ley establece los Consejos

Nacional, Regionales y Locales de Salud, su composición y funciones, y define la creación y organización de la Dirección Médica Nacional, el Fondo Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud. En 1998 se dictaron los reglamentos correspondientes a la Superintendencia de Salud.

En 1999 se publicó la Política Nacional de Salud 1999–2003, para impulsar la reforma sanitaria mediante la reorganización de los servicios de salud, el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, la movilización y ejecución de recursos financieros y de nuevos modelos de aseguramiento a la población, la descentralización de los servicios de salud y el impulso de los procesos de promoción de la salud.

También en 1999 se publicó la Política Nacional de Recursos Humanos, que tiene por fin contribuir a fortalecer la rectoría del Ministerio, desarrollar un proceso moderno de gestión administrativa de los recursos humanos en salud para mejorar la productividad de los servicios y continuar fortaleciendo al Instituto Nacional de Salud como órgano estratégico para la capacitación y formación de los recursos humanos.

En 1998–1999 se elaboraron los planes nacionales para la niñez, la adolescencia y la mujer, con un enfoque de promoción de la salud.

El Código Sanitario vigente data de 1980, pero existe un nuevo anteproyecto de Ley de Código Sanitario que está en trámite en el Parlamento.

La reforma del sector salud

El proceso de reforma del sector salud en el Paraguay se inició con la promulgación de la mencionada Ley 1.032 que creó el Sistema Nacional de Salud, el cual contempla los principios de equidad, calidad, eficiencia y participación social.

La dinámica de la reforma sectorial en salud en el Paraguay se ha modificado desde el año 1998, pasando de una activa fase de implementación de la Ley 1.032 a una fase más cautelosa de avance en el marco teórico con propuestas enmarcadas en los lineamientos de la política de salud para los años 1999–2003. En los departamentos se han mantenido las organizaciones creadas (Consejos Regionales y Locales de Salud) aunque no todas activas o en coordinación con las Direcciones Regionales del Ministerio de Salud Pública.

El Gobierno ha creado la Secretaría de la Reforma, en la que participa el sector salud para la definición de políticas sobre algunas cuestiones que tienen que ver con la reforma sectorial. En relación con el marco regulatorio de las estructuras formales que preveía la Ley dentro del Consejo Nacional de Salud, solo ha podido desarrollarse la Superintendencia de Salud.

Entre los años 1999 y 2000 se ha buscado mejorar la oferta de servicios de salud mediante la ampliación de la infraestructura existente y el equipamiento de la mayoría de los hospitales del Ministerio de Salud.

No se han producido avances en materia de financiamiento y separación de funciones. Finalizó la elaboración de las Cuentas Nacionales en Salud.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

De acuerdo con la Ley 1.032, la coordinación del sector es responsabilidad del Consejo Nacional de Salud, constituido por instituciones claves 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. En la actualidad, el Consejo Nacional no ejerce esa función de coordinación, que la ha asumido el Ministerio.

La atención de la salud es responsabilidad de dos sectores: el público, conformado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el Instituto de Previsión Social (IPS), la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad Policial, la Universidad Nacional de Asunción, los Municipios, las Gobernaciones y un conjunto de entes autónomos y empresas estatales descentralizadas, y el privado, constituido por las universidades privadas y entidades sin fines de lucro (organizaciones no gubernamentales) y con fines de lucro (hospitales y clínicas privadas). La Cruz Roja Paraguaya es una institución mixta.

La insuficiente cobertura constituye un grave problema en el Paraguay: solamente 58% de la población está cubierta por el sector público (32% por el Ministerio, 8% por la sanidad militar y policial, 17% por el IPS y 1% por otros servicios públicos) y 15% por servicios privados. Queda aproximadamente 27% de la población sin acceso a ningún sistema de salud.

El 20% de la población cuenta con seguro médico. De esta proporción, 62% corresponde a seguros del IPS, 32% a seguros privados y el 6% restante a otros seguros. En las zonas rurales, el porcentaje de población con seguro médico apenas sobrepasa el 6% de la población.

Los servicios y recursos sanitarios están fuertemente centralizados en Asunción y el departamento Central, que concentran los hospitales nacionales y especializados, y que con 34% de la población generan 74% de los cargos médicos y de odontólogos del Ministerio y del IPS, en desmedro de las zonas rurales. En 1998, únicamente 23% de las comunidades rurales contaban con personal médico, 92% con enfermeros y 43% con obstetras. Más de dos terceras partes de las comunidades rurales no cuentan con centro o puesto de salud, y las personas deben recorrer hasta 20 kilómetros para acceder a estos servicios.

Legislación sobre salud

Además de la Constitución y la Ley 1.032, con su reglamentación y decretos, se ha propuesto un nuevo código sanitario que incorpora aspectos de la reforma del Estado, la descentralización,

el fortalecimiento de la acción reguladora del Ministerio, la promoción de la salud, los procesos de integración regional como el MERCOSUR y alternativas para facilitar el financiamiento de la salud. En 1997 se promulgó la Ley 1.119 de Productos para la Salud y Otros. En el año 2000, con la creación de la Secretaría Nacional del Ambiente, el Ministerio transfirió las funciones de control y fiscalización ambiental a esta institución, reteniendo las funciones de normalización y vigilancia sanitaria y ambiental.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

La Ley 1.119 faculta al Ministerio, a través de la Dirección General de Vigilancia Sanitaria, para legislar sobre la fabricación, funcionamiento, control de calidad, prescripción, distribución, dispensación, comercialización, importación, exportación, almacenamiento, uso racional, régimen de precios, información, evaluación, autorización y registro de medicamentos. Un Decreto Presidencial autoriza al Ministerio para fijar y regular los precios de los medicamentos. El Ministerio cuenta con un sistema de control de calidad que funciona 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 la misma, si el Ministerio decide intervenir, ya sea por oficio o por denuncia.

El Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN), dependiente del Ministerio, es el organismo responsable del control y la protección de los alimentos en todo el país, en coordinación con la Comisión Nacional de Protección de Alimentos integrada por los Ministerios de Salud, Agricultura e Industria y Comercio.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

Se cuenta con un Plan Estratégico 1997–2000 y un Comité Ejecutivo Interinstitucional en apoyo al Movimiento de Municipios y Comunidades Saludables. El concepto de promoción de la salud incluye la definición de políticas saludables, participación social, ambientes y modos saludables de vida, reorientación de los servicios y otros; se han generado proyectos comunitarios, resultado de la internalización del concepto. También se ha logrado incorporar a los jóvenes en el Movimiento de Municipios Saludables de varias regiones del país.

En 2000 se formuló el Proyecto de Escuelas Saludables, que tiene como objetivo la formación de líderes para que participen en la construcción de sociedades saludables partiendo de la premisa del autocuidado de la salud y la preservación del ambiente. En esta iniciativa participan los Ministerios de Salud y Educación, la Fundación Primera Dama de la Nación, asociaciones de padres de familia y profesores.

Prevención y control de enfermedades

La prevención y el control de enfermedades están a cargo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, principalmente de las Direcciones Generales de Vigilancia de la Salud y de Programas de Salud. La primera incluye la Dirección de Enfermedades Transmisibles, la Dirección de Enfermedades no Transmisibles, el SENEPA y el Laboratorio Central. La Dirección General de Programas tiene a su cargo los programas de salud mental, el INAN y la atención integral a la niñez, a la adolescencia y a la mujer.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

La información y el análisis en materia de salud son responsabilidad compartida entre las Direcciones de Planificación y Evaluación y de Vigilancia de la Salud. La primera tiene el Departamento de Bioestadística, encargado de las estadísticas vitales en coordinación con el Registro Civil y con la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, y de los registros de servicios prestados por los establecimientos de salud del Ministerio (datos de consulta externa, egresos hospitalarios, producción y cobertura de servicios). Parte de la información se publica regularmente (anuarios de mortalidad) y parte se presenta ocasionalmente para circulación interna en la institución. Se ha publicado una lista de indicadores básicos de salud referentes a 1997, 1998 y 1999. La Dirección General de Vigilancia de la Salud es la encargada de vigilar los eventos de salud, en especial las enfermedades transmisibles, y comparte los datos con el Departamento de Bioestadística. Ambas instituciones son responsables por el análisis de los datos en apoyo a la toma de decisiones, en el nivel nacional. Sin embargo, se reconoce la deficiencia en infraestructura y en recursos humanos capacitados para el análisis, en todos los niveles. Los datos fluyen del nivel local al regional y de este al nacional sin procesamiento o análisis, y a veces carecen de calidad y oportunidad; tampoco se recogen los datos de otras instituciones o sectores de cada nivel. Los datos de vigilancia se publican en un boletín epidemiológico cuatrimestral.

El Código Sanitario vigente establece la obligatoriedad de la notificación de enfermedades transmisibles por los servicios de atención médica, ya sean públicos, privados o de la seguridad social, aunque en la práctica la cobertura de notificación es limitada.

Agua potable y alcantarillado

Se estima que en el año 2000, 43% de la población del país contaba con agua potable (73% en la zona urbana y 13% en la zona rural). La cobertura de agua potable fluctúa de 13% en el departamento Alto Paraná a 92% en Asunción. En cuanto al saneamiento básico, 44% de la población accede a sistemas de evacuación sanitaria de excretas. El 92% de la población total (99% de la población rural) cuenta con sistemas "in situ".

El Ministerio posee un Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental que suministra agua potable y saneamiento a cerca de

la mitad de la población del país (en municipios con menos de 4.000 habitantes).

Manejo de residuos sólidos municipales

El país no cuenta con una adecuada gestión y seguridad química, y la mayor parte de la población carece de información suficiente sobre los riesgos que presenta el mal manejo de los productos químicos. Entre las sustancias químicas utilizadas en el país, 81% se destinan a la agricultura, 13% a la industria y 6% a productos sanitarios de uso doméstico.

El país produce diariamente cerca de 0,87 kg de residuos domiciliarios por habitante, lo que significa unas 3.113 toneladas de basura por día (61% de residuos biodegradables), de las cuales se recolecta solamente 48%. El 46% de la población accede a algún servicio de recolección domiciliaria, que varía de no recolección en San Pedro, Guairá y Caaguazú a 36% en el departamento Central. Cerca de un millón de habitantes de las ciudades no poseen servicios de recolección de basuras. Solamente en el municipio de Asunción más de 4.000 trabajadores formales e informales se dedican al manejo de la basura y constituyen una población de alto riesgo porque no cuenta con equipos adecuados de protección individual. Se estima que aproximadamente 2.000 personas en todo el país, muchas de ellas niñas, se dedican a segregar residuos en los basureros.

El país posee una sola experiencia de recolección selectiva (3.000 viviendas en Asunción) aunque hay un inicio de actividades comunitarias de los ecolubes para sensibilizar algunas comunidades sobre la separación selectiva de los residuos y su transformación productiva, reutilización y reciclaje. El país no tiene ningún relleno sanitario; solamente en Asunción existe un relleno controlado. Los residuos hospitalarios y de los servicios de salud, al igual que los domiciliarios, no reciben ningún tratamiento; funciona un incinerador localizado en Ñemby.

Protección y control de los alimentos

El INAN ha establecido el Plan Estratégico del Área de Alimentación y Nutrición 1997–2000. Desde 1999, el INAN coordina la elaboración de las Guías Alimentarias del Paraguay, con participación multiinstitucional.

El país cuenta con un marco legal para la yodación de la sal, así como para el enriquecimiento de la harina de trigo con hierro y vitaminas del complejo B. Se cumplen los programas regulares de desparasitación en las escuelas a nivel nacional y de suplemento de hierro a mujeres embarazadas.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social presta servicios en las 18 regiones sanitarias, en tres niveles de atención. Lleva a cabo acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabi-

litación, provee medicamentos en sus establecimientos o en dispensarios de la comunidad, con precios subvencionados, y brinda atención de emergencias y traslados en ambulancia; no se ocupa de la atención domiciliaria. Tiene 29 servicios de hemoterapia distribuidos en hospitales cabeceras y en Asunción cuenta con el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea. Desde un laboratorio de la capital presta servicios de anatomía patológica a todos los servicios del interior del país. El Ministerio financia sus servicios de salud con recursos provenientes del tesoro público, de fondos especiales y regalías, de copagos (aranceles) aportados por los usuarios al recibir la asistencia y de la cooperación internacional. En el año 2000 disponía de 634 puestos de salud, 120 centros de salud, 17 hospitales regionales, 18 hospitales distritales, 12 hospitales especializados y 7 centros de especialización, con un total de 2.184 camas. En 2000 se creó el primer Centro Nacional de Toxicología, un laboratorio y centro de información para el público general, que cuenta con servicios de atención médica a las personas.

El Instituto de Previsión Social (IPS) cubre los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez, sobrevivencia y muerte de los trabajadores asalariados. El financiamiento proviene de los aportes sobre la renta sujeta a impuestos. El empleador aporta 14%, el trabajador 9% y el Estado 1,5%. Un programa no contributivo asegura por enfermedad y maternidad a ex combatientes de la Guerra del Chaco y sus familiares, funcionarios del magisterio (oficial y privado), empleadas domésticas de Asunción y trabajadores de entes autárquicos. Las prestaciones incluyen atención médico-quirúrgica, dental, farmacéutica, hospitalización y subsidio por reposo; no incluye prótesis. Los medicamentos son provistos en farmacias propias, según listado, y el IPS produce y distribuye internamente algunos medicamentos. Cuenta con un total de 1.195 camas.

La Sanidad de las Fuerzas Armadas atiende al personal militar, activo y en retiro, a sus familiares, y a población civil en regiones donde no existen centros asistenciales públicos o privados. Cuenta con un Hospital Militar Central (250 camas) y el Hospital San Jorge (60 camas), ambos ubicados en Asunción, y tres hospitales en unidades militares del interior del país. Los recursos provienen del Presupuesto General de la Nación bajo el rubro del Ministerio de Defensa.

La Sanidad Policial atiende a funcionarios, ex funcionarios, familiares y presidiarios. Posee un Policlínico Policial Central en Asunción (80 camas) y 22 puestos de enfermería en las principales unidades policiales. Sus recursos provienen del Presupuesto General de la Nación. Cuenta además con un seguro complementario en forma de prima fija.

La Universidad Nacional de Asunción presta servicios asistenciales parcialmente gratuitos en el Hospital de Clínicas y en el Neurosiquiátrico, ambos en Asunción. Los recursos provienen del Presupuesto Universitario. El Hospital de Clínicas cuenta con 450 camas.

En las gobernaciones departamentales, el Secretario de Salud de la Gobernación es, por ley, la autoridad máxima del Consejo

Regional de Salud, en coordinación con los municipios del departamento y con el Gobierno Central. La administración del Sistema Nacional de Salud es centralizada por el Ministerio de Salud y hasta el momento se encuentra en proceso de transferencia de los recursos financieros y humanos a los niveles regionales de salud para su administración con apoyo de los consejos locales de salud.

De los entes autónomos y empresas estatales descentralizadas, Itaipú Binacional y Yacyretá ofrecen prestaciones de salud y seguro médico adicional a funcionarios, ex funcionarios y familiares en instalaciones sanitarias propias, generalmente para atención ambulatoria. Poseen programas preventivos y de asistencia médica para toda la población de la zona de influencia de las represas.

Alrededor de 30 organizaciones no gubernamentales en todo el país trabajan en el sector privado sin fines de lucro brindando atención médica directa a la población más carenciada. En cuanto a las instituciones privadas con fines de lucro, existen 33 empresas de medicina de prepago que prestan atención a través de hospitales y clínicas privadas, la mayoría en el área de Asunción y el departamento Central, además de consultorios, farmacias y laboratorios. En este subsector se incluyen 16 bancos de sangre y hemoterapia (13 en Asunción y 3 en el interior). Funciona un servicio de Ayuda Mutual Hospitalaria que cubre a los indígenas del Chaco Central (18.000 personas) mediante un seguro financiado por los trabajadores (5% del salario) y los patronos (10%).

La Cruz Roja Paraguaya cuenta con un hospital con 125 camas para la atención materna que se financia con aportes de una fundación privada sin fines de lucro. Los salarios del personal médico, paramédico y administrativo son pagados por el Ministerio.

Insumos para la salud

La política de precios de los medicamentos está establecida por el Decreto 20.996/98. El país no produce vacunas, por lo que estas se adquieren a través del Fondo Rotatorio del PAI, de la OPS. En algunas de las regiones sanitarias han comenzado a funcionar farmacias sociales que ofrecen medicamentos a un costo reducido y accesible para los pacientes de pocos recursos.

En el año 2000 se registraron 47.163 donantes de sangre (85% en los servicios públicos y 15% en el sector privado). Del total, 98% han sido donantes controlados. El 72% de las donaciones correspondieron a la capital y 28% al interior (en este último se realizan solo donaciones en los servicios públicos).

Recursos humanos

En 2000 el Ministerio contaba con 3.427 médicos, 439 odontólogos, 350 bioquímicos, 1.567 licenciados en enfermería y obstetricia, 1.035 técnicos, 241 profesionales de otro tipo, 4.542 auxiliares de enfermería, 3.852 empleados administrativos y 3.474 de apoyo. Hay 6,4 médicos, 0,8 odontólogos, 0,7 bioquímicos, 2,9 licenciados en enfermería y obstetricia, 1,9 técnicos y 8,5 auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes. Muchos profesionales

realizan actividades en más de una institución del sector y el sistema de información no permite determinar la cantidad real de recursos humanos. No se cuenta con información sobre recursos humanos de los servicios de salud privados.

La Universidad Nacional de Asunción continúa siendo la institución universitaria responsable de la formación de la mayor parte de los profesionales de la salud con dos sedes en el interior del país. En el sector privado existen tres universidades que forman recursos humanos para la salud.

El Instituto Nacional de Salud es la principal institución que forma y capacita profesionales de salud pública, técnicos y auxiliares de salud; en 2000 inició el programa de Maestría en Salud Pública con dos terminalidades: salud ambiental y gerencia de servicios de salud.

Los programas de residencia en especialidades han aumentado en el país, y también se han habilitado nuevas escuelas universitarias para medicina, farmacia, odontología, enfermería, bioquímica y obstetricia; sin embargo, no existe un proceso planificado que responda a políticas de distribución, composición y producción de recursos humanos, acordes con las necesidades reales del sector en cuanto a la cantidad y calidad que se requiere en el país.

Investigación y tecnología en salud

No se cuenta con una política nacional sobre el tema. El trabajo científico y tecnológico en salud se caracteriza por la poca asistencia financiera, mínima estructura institucional y escasez de recursos humanos. El Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción realiza investigación biomédica básica y aplicada, con ayuda financiera de organismos internacionales.

La docencia universitaria estimula poco la investigación científica, y 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.

Gasto y financiamiento sectorial

Las fuentes de financiamiento del sector público son mixtas (Presupuesto General de la Nación, cotizaciones del trabajador y del empleador, primas, pagos directos por servicios, aranceles y cooperación externa), con un control precario de procesos y resultados. Los establecimientos públicos cobran aranceles que no corresponden a los costos reales y sus ingresos se transfieren al Ministerio de Hacienda. El financiamiento del sector privado depende de las primas de distintos planes (empresas de medicina de prepago) y del pago directo del usuario a los prestadores privados. No hay una entidad que cumpla explícitamente la función de regular el financiamiento.

El gasto en salud per cápita en 1999 fue de US\$ 105,30. Este promedio nacional oculta importantes diferencias entre los departamentos del país. En 1999, el gasto total en salud como porcentaje del PIB fue de 7,9%; del total del gasto público en salud, 11,3% correspondió al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Se carece de estudios desagregados del gasto total en salud así como de procedimientos para su estimación periódica. Las Cuentas Nacionales elaboradas por el Banco Central del Paraguay ofrecen información periódica solo sobre el gasto público, el IPS no ofrece información periódica separada sobre su gasto en salud y no existen estudios actualizados sobre costo de prestaciones o sobre eficiencia en el gasto. La asignación del gasto público sigue la tendencia histórica de adjudicar el mayor peso relativo a los salarios. No existe información completa sobre el destino del gasto privado en salud.

Cooperación técnica y financiera externa

El Gobierno ha concertado acuerdos de cooperación técnica y financiera internacional bilateral y multilateral, con el objetivo de ampliar la cobertura de los servicios de salud y mejorar la calidad de la atención a la población. Se ha contado con la 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 descentralización de los servicios de salud, la atención materno-infantil, el fortalecimiento del Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y los programas de inmunización, control de diarrea, atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia, y atención de grupos vulnerables en el marco de la lucha contra la pobreza.

Existen proyectos conjuntos con el BID, el Banco Mundial y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) para mejorar la cobertura y la calidad de la atención materno-infantil. También están en marcha otros proyectos de cooperación: con el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ) para la atención del adolescente y salud reproductiva; con la JICA para la capacitación en enfermería; con el UNICEF para las AIEPI y micronutrientes; con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) para salud reproductiva y descentralización; con el Fondo de Población de las Naciones Unidas para salud reproductiva, mortalidad materna y violencia contra la mujer, y con la OPS para aspectos relacionados con sistemas y servicios de salud, prevención y control de enfermedades, promoción de la salud, salud ambiental, salud de las fronteras y atención a grupos de población.

El Gobierno de España otorgó un crédito para mejorar la dotación de equipos médico-hospitalarios y se comenzó a ejecutar el cuarto préstamo del Banco Mundial para ampliar la cobertura de agua potable y saneamiento a través del SENASA y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Paraguay, 1991–2000.

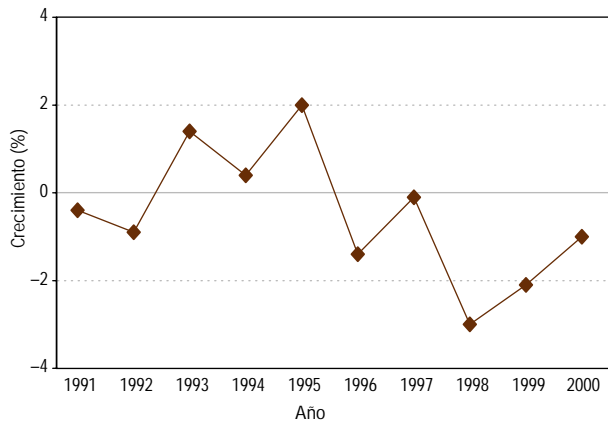


FIGURA 3. Mortalidad proporcional por grandes grupos de causas y sexo, Paraguay, 1999.

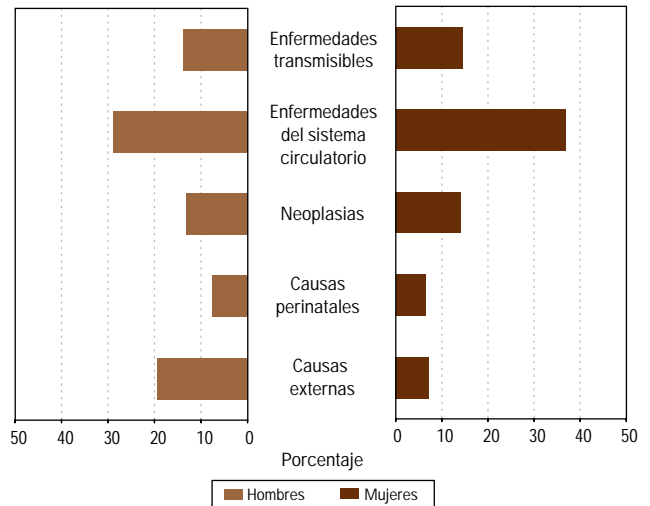


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Paraguay, 2000.

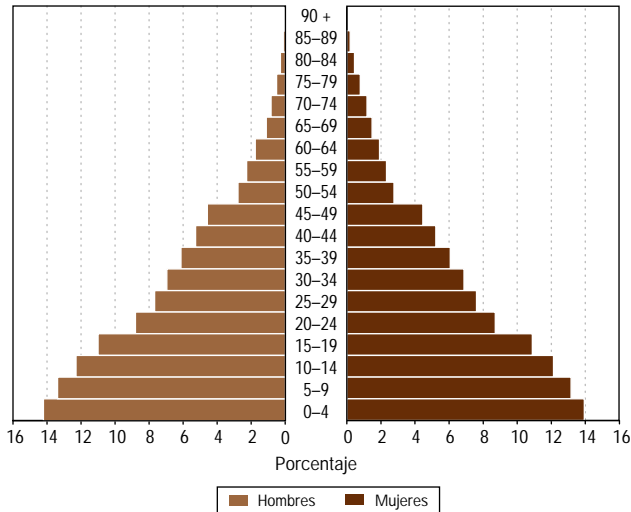


FIGURA 4. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Paraguay, 2000.

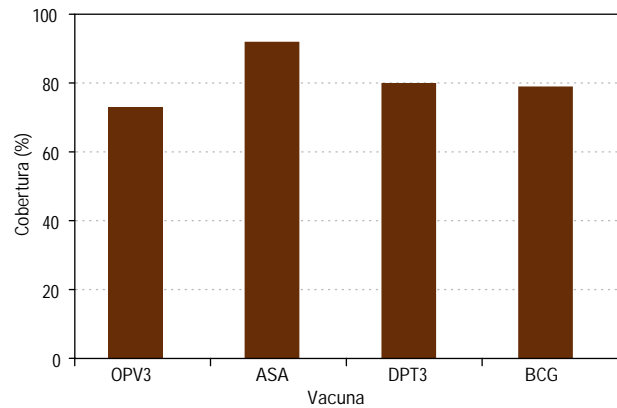
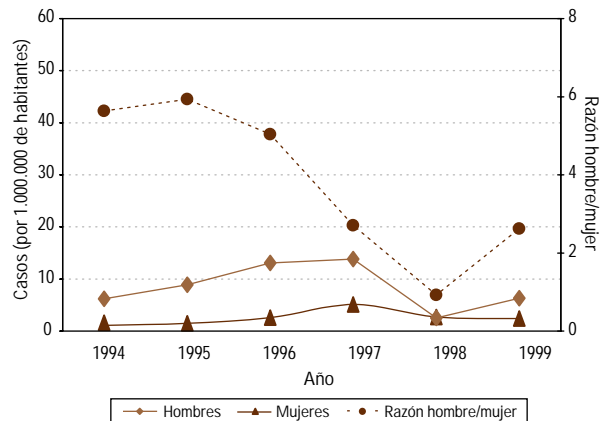


FIGURA 5. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Paraguay, 1994–1999.



PERÚ

CONTEXTO GENERAL

La República del Perú contaba en el año 2000 con una población estimada en 25.661.690 habitantes, sobre una extensión de 1.285.215 km² dividida en 25 departamentos (incluida la Provincia Constitucional de El Callao), que a su vez contienen en total 193 provincias y 1.828 distritos. El territorio nacional se distribuye en tres grandes regiones geográficas: costa, sierra andina y selva amazónica, y la población se caracteriza por una amplia variedad étnica y cultural, especialmente de las comunidades andinas y amazónicas. En el año 2000, 14% de la población reconocía como lenguas maternas los idiomas autóctonos andinos quechua y aymara, y otro 2,5% hablaba en lenguas amazónicas.

La alfabetización de la población de 15 y más años aumentó de 90,9% a 92,8% entre los años 1994 y 2000, sobre todo entre las mujeres del medio rural, entre quienes mejoró de 69% a 77%. Sin embargo, en el año 2000 la tasa de alfabetización de las mujeres seguía siendo menor en todo el país que la de los hombres: 89,2% y 96,7%, respectivamente. Ese mismo año la escolaridad media de la población mayor de 15 era de 8,5 años de estudio.

Según la Constitución nacional, el gobierno se define como unitario, representativo y descentralizado; no obstante, la descentralización ha sido escasa y poco consistente, pues si bien en 1998 se promulgó la Ley 26.922 de Descentralización, aún no ha sido reglamentada. La política de desarrollo social la define el Consejo Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) que integran los Ministerios de Salud, de Educación, de la Presidencia y de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano. El desempeño del Estado ha de enmarcarse en un proceso de reforma estatal tendiente a reestructurar sus funciones generales y específicas, orientándolas a un financiamiento, regulación y fiscalización adecuados, incluyendo la concertación público-privada e interinstitucional, pero esa reforma se ha aplicado con escasa continuidad desde 1995.

El desempeño económico del país, expresado en el producto interno bruto (PIB) real por habitante, fue de US\$ 2.180 en el año 2000 (figura 1). Hasta 1997 el crecimiento económico se sustentó

en la austeridad fiscal y monetaria, la reestructuración del gasto público, la reinserción en la economía internacional y los incentivos a la inversión privada, estimulados por la reducción de la violencia en el país y la desregulación del mercado. A partir de 1998 la actividad económica se contrajo fuertemente a raíz de la postergación de la segunda etapa de reformas del Estado —que debía abarcar la gestión pública y la consolidación del sistema democrático—, del éxodo de capitales asociado a las crisis financieras internacionales, del fenómeno El Niño, de la caída en los precios de las exportaciones y, sobre todo, de la crisis política que concluyó con la remoción del presidente elegido en el año 2000 y la instalación de un Gobierno Constitucional de Transición hasta julio de 2001.

La política social en la década de 1990 mostró una tendencia creciente del gasto social, que pasó de 3,9% a 7,9% del PIB entre 1993 y 2000 (US\$ 91,3 y 180,2 per cápita, respectivamente), y marcado asistencialismo en un contexto de escaso crecimiento del empleo. Ello permitió contener la pobreza extrema, que afectaba a 26,8% de la población en 1991 y a 14,8% en el año 2000, aunque no logró modificar sus causas estructurales. Entre 1991 y 1997 la población pobre disminuyó de 57,4% a 50,7%, pero aumentó a 54,1% en el año 2000. Además, entre 1997 y 2000 la concentración del ingreso, expresada por la razón entre el ingreso del quintil más rico y el del quintil más pobre de la población, aumentó de 4,9 a 7,8. El análisis por departamento de los estratos de pobreza según necesidades básicas insatisfechas (NBI) indica que la población más pobre se concentra en los departamentos predominantemente rurales de la sierra y la selva.

El principal problema en el que convergen los procesos económicos y sociales es la falta de empleo adecuado. A fines del año 2000, de 11,9 millones de personas que integraban la población económicamente activa (PEA), 10,2% se hallaban desocupadas, 50,8% subocupadas, y solo 39% tenían empleo adecuado. La falta de coordinación intersectorial, la duplicación de esfuerzos, la falta de capacidad de rectoría de los sectores sociales, una focalización deficiente, escasa transparencia, baja calidad en la gestión de programas sociales, la postergación del proceso de descentralización, la debilidad funcional del CIAS y la carencia de políticas

sociales articuladas con una política de desarrollo económico son las más evidentes debilidades institucionales que han impedido alcanzar y consolidar los objetivos de las políticas sociales propuestos a fines del siglo XX.

Desde 1995 el Gobierno realizó ajustes en la administración pública como parte de la llamada reforma del Estado, a fin de reducir gradualmente su participación en la administración de bienes y servicios y reforzar su papel rector y regulador. Así se impulsó la modernización de diversos sectores, entre ellos el de la salud. La reforma en salud se desarrolló en el interior del Ministerio de Salud y, en mucho menor medida, en el Seguro Social de Salud (EsSalud). Los lineamientos de la reforma para el período 1995–2000 fueron: 1) acceso universal a los servicios de salud pública y a la atención individual; 2) modernización del sector; 3) reestructuración de las funciones de financiamiento, prestación y fiscalización; 4) prevención y control de los problemas prioritarios de salud; 5) promoción de condiciones y estilos de vida saludables.

La agenda de trabajo destacaba ciertas metas: recuperación de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, cambios en la prestación de servicios a los asegurados por el régimen contributivo, reestructuración institucional, desarrollo de programas para la atención a grupos vulnerables específicos (en especial por el seguro escolar y el seguro materno-infantil) y descentralización de la atención básica. La principal finalidad de la reforma era garantizar un plan básico de atenciones individuales y de salud pública para toda la población, combinando un régimen subsidiado parcial o totalmente por el Estado para la población más pobre con un régimen contributivo para personas empleadas y con capacidad de pago. Para ello se planteó la separación de las funciones de gobierno, financiación, administración y provisión de servicios, la búsqueda de nuevos esquemas de financiamiento, gestión y gasto, y el aprovechamiento máximo de la capacidad física instalada en los sectores público y no público por medio de la concertación y de esquemas de venta de servicios.

A pesar de los problemas del sistema de salud en su conjunto, mejoró la cobertura institucional de atención a los enfermos o accidentados, que aumentó de 32,2% en 1994 a 43,5% en 1997 y a 49,3% en 2000. La participación del Ministerio de Salud en esta cobertura pasó de 16,3% en 1994 a 25,0% en 1997 y a 29,5% en 2000, gracias al incremento de los recursos asignados al primer nivel de atención.

La tasa media anual de crecimiento demográfico ha disminuido en forma continua desde su nivel más elevado (2,8% en el período intercensal 1961–1972) a 1,7% en el año 2000, como consecuencia de la reducción de la mortalidad y de la fecundidad. Ha habido un descenso sostenido de la tasa bruta de mortalidad, de 21,6 por 1.000 habitantes en el quinquenio 1950–1955 a 6,5 por 1.000 en el quinquenio 1995–2000. La tasa bruta de natalidad descendió de 27,6 nacimientos por 1.000 habitantes en el período 1990–1995 a 23,7 por 1.000 en el año 2000. La tasa global

de fecundidad, que fue de 3,4 hijos por mujer en el censo de 1993, disminuyó a 2,9 hijos por mujer en el año 2000, con valores de 2,3 para las ciudades y de 4,6 para el campo, y osciló entre 5,1 hijos por mujer sin instrucción y 1,8 hijo por mujer con instrucción superior. Por otra parte, la fecundidad en las adolescentes (15–19 años) descendió 16% entre 1986 y 2000, mientras que en las demás mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) bajó entre 35% y 50%. Otra mejoría se observa en la esperanza de vida al nacer, que aumentó de 43,9 a 68,3 años en la segunda mitad del siglo XX.

Si bien los promedios nacionales mejoraron, persisten diferencias importantes entre los departamentos del Perú, las que expresan desigualdades en las condiciones de vida, especialmente respecto de las poblaciones rurales de la sierra y la selva. Así es como entre 1995 y 2000 el riesgo de morir fue casi tres veces mayor para los habitantes de Huancavelica que para los de El Callao (tasas brutas de mortalidad de 13,0 y 3,6 por 1.000, respectivamente), agravado por una diferencia de 21 años en la respectiva esperanza de vida al nacer: 56,8 años en Huancavelica y 78,0 años en El Callao.

La estructura de edades de la población se ha modificado entre 1981 y 2000, pues se observa un paulatino y persistente incremento en las edades avanzadas. Del total de población, 33,4% correspondía a menores de 15 años y 7,2% a mayores de 60 años en el año 2000 (figura 2). Para este último año se estimó que 72% de los habitantes viven en zonas urbanas y que en Lima, la capital del país, se concentra 29% de la población peruana.

Mortalidad

El análisis de la mortalidad en el Perú se ve afectado por un subregistro cercano a 50% de las defunciones estimadas según tablas de vida. A partir de las cifras de defunciones certificadas por médico, con la corrección recomendada por subregistro, entre 1987 y 1997 se observan importantes cambios en los perfiles de mortalidad. La principal causa de muerte en ambos sexos (las enfermedades transmisibles) disminuyó de 247,5 a 146,4 por 100.000 habitantes. La mortalidad por causas perinatales y cardiovasculares también disminuyó, aunque en menor grado; en cambio, por causas externas y por neoplasias se incrementó en ese período (figura 3). En cuanto a las diferencias por sexos, se observa que el riesgo de morir por causas perinatales, enfermedades transmisibles y causas externas es mayor en los hombres, mientras que entre las mujeres es mayor el riesgo de morir de neoplasias. Debido a la reducción de la mortalidad, disminuyó la cantidad de años potenciales de vida perdidos de 282,8 años por cada 1.000 habitantes en 1987 a 201,5 años en 1997.

Entre 1987 y 1997 la tuberculosis y la septicemia dejaron de figurar entre las 10 primeras causas de muerte, y las enfermedades infecciosas intestinales bajaron del segundo al quinto lugar. La

enfermedad cerebrovascular subió al segundo lugar pero las infecciones respiratorias agudas siguen siendo la causa más frecuente, con amplia diferencia sobre aquella. Si se consideran las diferencias por sexo en las causas de muerte, 7 de las 10 primeras causas de muerte en 1997 fueron comunes a hombres y mujeres; en cambio, los accidentes de transporte, la cirrosis y la tuberculosis figuran entre las 10 primeras causas de muerte solo de los hombres, mientras que el cáncer de útero, de estómago y de otros órganos digestivos figuran entre las primeras de las mujeres solamente.

Si bien se verificó la reducción global de la tasa bruta de mortalidad entre 1987 y 1997, las desigualdades entre los niveles o estratos (quintiles) socioeconómicos no se modificaron sustancialmente (coeficiente de Gini de mortalidad: 0,17 y 0,15, respectivamente). Es más: los cambios observados en los perfiles de mortalidad específicos de cada estrato reflejaron incrementos diferenciales en las brechas de mortalidad entre ellos. A diferencia de 1987, cuando las enfermedades transmisibles eran la primera causa de muerte en los cinco quintiles, en 1997 dejó de ser la primera causa únicamente en el estrato I (el menos pobre), y su lugar fue ocupado por las neoplasias, aunque con poca diferencia sobre las enfermedades transmisibles y las enfermedades del sistema circulatorio; por contraste, en los estratos III a V el riesgo de morir por enfermedades transmisibles era más del doble que el debido a cualquier otra causa.

Por otra parte, aun cuando las muertes por enfermedades transmisibles experimentaron una reducción similar en todos los estratos socioeconómicos entre 1987 y 1997, las muertes por infecciones intestinales mostraron una disminución más pronunciada en los estratos I a III que en el V, el más pobre, y ello se traduce en una más amplia brecha de mortalidad por esa causa (coeficiente de Gini: 0,35 en 1987 y 0,36 en 1997). Efecto similar se observó en las afecciones del período perinatal, cuya tasa se redujo a la mitad en el estrato I y no se modificó en el V, por lo cual se duplica la brecha de mortalidad por esa causa (coeficiente de Gini: 0,08 en 1987 y 0,19 en 1997). La asfixia y las enfermedades respiratorias neonatales han sido la principal causa de muerte entre las afecciones del período perinatal (43,3% en 1987; 51,4% en 1997); su tasa bajó en los estratos I a III (sobre todo en el I), mas no varió en el IV y aumentó en el V; en consecuencia, la desigualdad en el riesgo de morir por asfixia y afecciones respiratorias neonatales se duplicó entre 1987 y 1997 (coeficiente de Gini: 0,11 y 0,21, respectivamente).

Otro cambio relevante en los perfiles de mortalidad por estratos socioeconómicos correspondió al riesgo de morir por causas externas, que, según ya se mencionó, creció entre 1987 y 1997. Este aumento se observa principalmente en los estratos más pobres, en tanto que no se modificaron las tasas de los primeros dos quintiles, con lo cual el coeficiente de Gini correspondiente a muerte por causas externas aumentó de 0,15 a 0,19 en el lapso indicado.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

Esta franja de población la componen 2,9 millones de niños (11,3% de la población peruana total en el año 2000), entre quienes las infecciones respiratorias y las enfermedades infecciosas intestinales plantean la principal demanda de salud, con 86% de la mortalidad y 60% de las consultas externas. La desnutrición crónica sigue siendo un problema de salud en este grupo de edad, con una incidencia de 25,4% en 2000, similar a la de 1996. La prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes aumentó de 32,9% en 1992 a 67,0% en 2000, y entre esos mismos años la duración promedio de la lactancia exclusiva pasó de 0,8 a 4,2 meses en todo el país (de 0,6 a 3,4 meses en las ciudades y de 2,4 a 5,0 meses en las zonas rurales).

Si bien la tasa de mortalidad infantil (TMI) se redujo de 88,2 por 1.000 nacidos vivos en 1987 a 45,0 por 1.000 en el período 1995–2000, la reducción varió de un departamento del Perú a otro, y por ende aumentó la desigualdad en la mortalidad infantil (coeficiente de Gini: 0,15 y 0,24, respectivamente). La reducción de la mortalidad por enfermedades transmisibles, que pasaron del primero al segundo lugar en la composición de la mortalidad infantil entre 1987 y 1997, fue factor relevante en la reducción global de la TMI en el país. La mortalidad por infecciones respiratorias disminuyó de 17,0 por 1.000 nacidos vivos en 1987 a 9,1 por 1.000 en 1997, y por infecciones intestinales de 10,3 a 3,0 por 1.000, aunque con distinta magnitud entre los estratos socioeconómicos, con lo cual se ampliaron las desigualdades (coeficiente de Gini: 0,19 y 0,28, respectivamente). En contraste, las enfermedades transmisibles siguen siendo la primera causa de muerte en los niños de 1 a 4 años de edad y adquieren importancia las deficiencias de la nutrición y algunas causas externas como el ahogamiento y los accidentes de transporte.

En todos los niveles socioeconómicos el perfil es similar pero no la magnitud de las tasas, de modo que el riesgo de morir por enfermedades infecciosas intestinales y septicemia es casi 10 veces más alto en los niños del estrato V que en los del I, y 8 veces mayor el de morir por deficiencias de la nutrición. Las enfermedades inmunoprevenibles, las infecciones respiratorias agudas, las intestinales, la meningitis, la septicemia, la malaria y las deficiencias de la nutrición son todas objeto de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), causantes de 42% de las muertes de niños de 0 a 4 años en 1998 (esta tasa varía desde 25%–30% en Moquegua, Lima y El Callao hasta 50%–60% en Puno, Piura y Huancavelica).

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

En esta población de 2,9 millones (11,3% de toda la población peruana en el año 2000) el riesgo de muerte es menor que entre

los menores de 5 años, y las principales causas de mortalidad son las causas externas y las enfermedades transmisibles. Los accidentes de transporte tienen mayor relevancia en los estratos I a III, donde ocupan el primer lugar, así como los tumores malignos del tejido linfático, que constituyen la tercera causa de mortalidad en este grupo. En los quintiles más pobres, las infecciones respiratorias agudas, las infecciones intestinales y las deficiencias de la nutrición son más relevantes como causas de muerte.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

En el año 2000 había en el Perú 5,5 millones de personas (21,4% de la población total) de 10 a 19 años de edad (2,8 millones de 10 a 14 años y 2,7 de 15 a 19 años). En 1999, según la Encuesta Nacional de Hogares, 40,6% de la población de 14 a 17 años trabajaba, la mayoría en condición precaria. A partir de los 12 años la probabilidad de que un adolescente se inicie en el consumo de una droga lícita aumenta bruscamente, pues casi la mitad del grupo de 17 a 19 años consume tabaco y tres cuartas partes consumen alcohol. Si bien el consumo de pasta básica, marihuana y cocaína tiene baja prevalencia, es mayor entre los jóvenes de 17 a 19 años que en otros grupos de edad. Por otra parte, 50% de quienes consumen marihuana se iniciaron antes de los 17 años, y antes de los 18 en el caso de pasta básica y cocaína, según una encuesta nacional sobre drogas, de 1999.

Entre las mujeres que en el año 2000 tenían de 15 a 19 años, 5% manifestaron haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años; en 1996 y 1992 esa cifra fue 4,6% y 3,6%, respectivamente. El inicio temprano de las relaciones sexuales no se acompaña necesariamente de información adecuada: 13,6% de las jóvenes entre esas edades no sabía qué hacer para evitar el SIDA o creía que no había forma de evitarlo. Estos datos son consistentes con el cambio observado en la edad mediana de casos de SIDA, que bajó de los 38 años a los 29 entre 1983 y 1999; en otras palabras, la infección por el VIH puede estar propagándose entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad. En el año 2000 ya eran madres 13% de las mujeres de 15 a 19 años de edad, o estaban gestando por primera vez, y ese porcentaje se triplicaba entre las adolescentes sin educación y se duplicaba entre las residentes en la selva y demás zonas rurales, en contraste con 8% para las jóvenes residentes en Lima Metropolitana.

La mortalidad en los adolescentes es más baja que en la población general; las causas externas —en especial los accidentes no especificados y los accidentes de transporte— ocupan los primeros lugares y son de tres a cinco veces más frecuentes entre los más pobres. Los homicidios son la sexta causa de muerte entre los hombres (5,6 por 100.000) y el suicidio la séptima causa entre las mujeres (3,2 por 100.000). La tuberculosis es la segunda causa de muerte en las mujeres y la quinta entre los hombres, aunque en proporción similar (5,2 y 5,7 por 100.000, respectivamente).

La salud de la población adulta (20–59 años)

Los adultos sumaban 12,5 millones en el año 2000 (49% de la población total). Las causas externas entre los hombres y los tumores malignos de útero y mama entre las mujeres son las primeras causas de muerte. La tuberculosis es otra principal causa de muerte en ambos sexos, y los afecta por igual en los quintiles pobres. Las infecciones respiratorias agudas, los accidentes, la cirrosis y los homicidios presentan tasas de mortalidad más altas entre los hombres de los estratos más pobres; entre las mujeres, la mortalidad por cáncer de mama es mayor en los estratos menos pobres.

El uso de métodos modernos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil (que en el año 2000 eran el 53% de la población femenina total) aumentó de 41,3% en 1996 a 50,3% en 2000, sobre todo en las zonas rurales. La tasa global de fecundidad disminuyó de 3,5 hijos por mujer en 1992 a 2,9 en 2000, caída mucho más significativa tanto en el campo como en las ciudades excepto Lima Metropolitana. La cobertura de atención médica prenatal mejoró entre 1992 y 2000, especialmente en el campo; aun así, en todo el país la cobertura de atención médica del parto fue solo de 59,3% (28,7% en las zonas rurales), lo cual parece indicar la existencia de barreras para la institucionalización de la atención del parto. Es posible apreciar una relación inversa entre la proporción de partos atendidos por profesionales de la salud y las muertes maternas detectadas por el sistema de vigilancia del Ministerio de Salud (figura 4). Durante el año 2000 este sistema detectó 739 muertes maternas, lo que equivale a una tasa de 122,5 muertes por 100.000 nacidos vivos, que varía de 0 en Tumbes a 259,4 en Puno. En cambio, para el período 1994–2000, la tasa de mortalidad materna en todo el Perú estimada por encuesta era de 185 por 100.000. Las principales causas obstétricas directas de mortalidad materna fueron: hemorragia (49,2%), hipertensión inducida por el embarazo (13,9%), infección (10,9%) y aborto (5,8%).

La salud del adulto mayor (60 y más años)

La población adulta mayor de 60 años llegó a 1,9 millones en el año 2000, es decir, 7,2% de la población total del país, mientras que en 1950 representaba 5,7% del total. A las mujeres corresponde 53,4%, pues tienen a su favor una diferencia de 5 años en la esperanza de vida (71,6, en comparación con 66,6 años para los hombres). En el año 2000, 49% de los hombres y 27% de las mujeres mayores de 65 seguían trabajando. El perfil de la mortalidad no muestra diferencias relevantes por sexo, aunque sí según los estratos socioeconómicos: en el estrato I, el más rico, la diabetes mellitus y el cáncer pulmonar tienen mayor importancia como causas de muerte; en contraste, además de los tumores malignos y las enfermedades del sistema circulatorio, las deficiencias de la nutrición, la apendicitis y la obstrucción intestinal son muy significativas en el estrato V, el más pobre.

La salud de la familia

En el año 2000, 17,3% de los hogares tenía a una mujer por jefa de hogar (20,1% en la población menos pobre). Tres cuartas partes de los menores de 15 años viven con sus dos padres (78% en las zonas rurales, 73% en las urbanas) y 6% no viven con ninguno de sus padres, proporción que es similar en el campo y las ciudades. En 10% de los hogares hay un niño adoptado o de crianza que no convive con sus padres aunque estos estén vivos.

La salud de los trabajadores

En el año 2000 la PEA se estimó en 7,8 millones de personas (30,4% de la población total) y la tasa de actividad era de 65,9% (76,9% para los hombres y 55,9% para las mujeres). De la población ocupada urbana mayor de 14 años, 72,0% se distribuye en microempresas de hasta 10 trabajadores, 4,2% en empresas de 10 a 20 trabajadores y 23,5% en empresas de otros tamaños. La población ocupada en el llamado "sector informal" representa 55% de los trabajadores urbanos.

Los principales problemas de salud de los trabajadores son la falta de protección laboral y la baja cobertura de los servicios de salud ocupacional. La cobertura del seguro social en el país descendió entre 1986 y 1995 de 40,7% de la PEA a 23,4%, y se estima en 22% para el 2001, mientras que la cobertura de riesgos profesionales es aún menor. La situación no ha mejorado cuantitativamente con los cambios de la legislación en este terreno, aunque se aprecia el desarrollo de instituciones y el aumento de los recursos humanos en salud ocupacional: de hecho, persiste la desprotección para amplios sectores y se suman nuevos factores de riesgo a los tradicionales. La flexibilización laboral afecta negativamente las condiciones de trabajo y por ende la salud de los trabajadores. Los más desprotegidos son los que se desenvuelven en el sector informal, los menores de edad que trabajan y los trabajadores del sector formal tercerizados por contratistas y subcontratistas.

La información sobre accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales adolece de subregistro; sin embargo, entre 1992 y 2000 decreció la cantidad de accidentes en la minería merced a la intervención de las empresas, del seguro social y del propio personal. Los trabajadores de 6 a 17 años de edad sumaban 1.300.000 personas en 1998, que en general no contaban con protección sanitaria ni laboral.

La salud de los discapacitados

En 1993 un estudio mostró la prevalencia de 45% de deficiencias, 31% de discapacidades y 13% de minusvalías. En 1995 se diseñó el Módulo de Información de la Discapacidad, His-Dis, que permitió contar con estadísticas nacionales de discapacidad desde 1997. El Instituto Nacional de Rehabilitación registró 191.000 atenciones en 1998: las discapacidades más frecuentes eran las de locomoción (37%) y de disposición corporal (18%). Del total registrado, 53% fueron leves, 27% moderadas y 10%

severas, estas más asociadas con alteraciones de las funciones mentales superiores (34%), con otras enfermedades del sistema nervioso (27%) y con lesiones medulares (26%). Se trabajó paralelamente en una estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad, que amplió la cobertura y brindó atención a las personas discapacitadas. Desde 1998 se han establecido centros pilotos, se ha sensibilizado a profesionales y técnicos de la salud y se han fortalecido 13 de los 70 centros de rehabilitación que funcionan en el Perú.

La salud de los indígenas

En el año 2000, casi 17% de los peruanos (proporción similar a la de 1997) tenían por lengua materna un idioma autóctono: quechua, aymara, campá, shipibo u otros, de todos los cuales el quechua es el más numeroso en hablantes. La población indígena presenta una situación general y de salud desventajosa respecto de la población de habla española, condiciones que no han variado desde 1997.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Por estar situado en el llamado Círculo de Fuego del Pacífico, el Perú está expuesto a los efectos de sismos y erupciones volcánicas: se estima así que 80% de la población se halla en riesgo de ser víctima de sismos. La orografía del país posibilita frecuentes aludes o deslizamientos de laderas y el Instituto Nacional de Defensa Civil considera que 35% de la población está expuesta a ellos. Entre 1993 y 1997 se registraron 1.478 desastres naturales diversos, principalmente inundaciones, aludes y sismos localizados, que causaron la muerte de 1.667 personas y dejaron damnificadas a otras 872.750, así como 38.360 viviendas destruidas y otras 131.855 dañadas en distinto grado. Las pérdidas agrícolas afectaron a unas 254.000 hectáreas, y en general los perjuicios económicos se calcularon en US\$ 100,4 millones.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. Se estima que 2,5 millones de habitantes viven en zonas de riesgo alto y muy alto de transmisión de malaria (8% de los distritos del país). Entre 1989 y 2000 la incidencia de malaria, en promedio 180.000 casos confirmados por año, tuvo tendencia creciente hasta 1998 con un índice parasitario anual (IPA) de 10,0 por 1.000; en el año 2000 el IPA fue 2,7 por 1.000. La malaria sigue un definido patrón cíclico y estacional y está asociada geográfica y ecológicamente a zonas tropicales y desérticas irrigadas de la costa norte, la selva montañosa nordoriental, la selva central y sudoriental y la cuenca amazónica peruana. En 1999 las zonas endemoepidémicas más activas, localizadas en los departamentos de Loreto, Tumbes y Piura concentraron 70% del total de casos notificados. Predomina la malaria por *Plasmodium*

vivax, aunque la proporción de *P. falciparum* creció de 19,7% en 1995 a 41,6% en 1999 y a 30,2% en el año 2000. El comportamiento de la malaria por *P. falciparum* se ha asociado al aumento de la extensión geográfica de los vectores en Loreto en 1995–1996, y en Tumbes y Piura luego del fenómeno El Niño en 1997–1998; a la emergencia, extensión y dispersión de cepas plasmodiales resistentes al tratamiento, y al incremento y dispersión de *Anopheles darlingi* en Loreto y de *Anopheles albimanus* en Tumbes y Piura. Las tasas de mortalidad por malaria grave fueron 0,19 por 100.000 habitantes en 1999 y 0,08 en el año 2000, y los grupos de edades más afectados fueron el de mayores de 45 años y el de 1 a 4 años. La mayor cantidad de defunciones se registró en Loreto.

Dengue. *Aedes aegypti* se distribuye en una extensión geográfica de 175.000 km² (13,6% del territorio peruano), donde residen 3,4 millones de personas (13,2% de la población total). El dengue es endémico en Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, por donde ingresó al Perú en forma epidémica en 1990, cuando se registraron 7.858 casos de dengue clásico y se aisló el serotipo dengue-1. La epidemia se va extendiendo de oriente a occidente y de norte a sur, y 13 departamentos han notificado casos hasta el 2001. En el año 2000 se confirmó el aislamiento de los cuatro serotipos del virus del dengue, incluidas las cepas americana y asiática del serotipo dengue-2, en un estudio efectuado en 11 regiones de salud, con una tasa de incidencia acumulada de 21,7 casos por 100.000 habitantes. En las primeras 26 semanas de 2001 se registraron 23.454 casos de dengue, 90% en Piura, y se notificaron los primeros casos de dengue hemorrágico en el país: 206 casos y 3 defunciones.

Bartonelosis. La bartonelosis ha ido en aumento desde 1985 hasta 2000, principalmente en los departamentos norteños de Ancash, Cajamarca y Amazonas. En el año 2000 Ancash informó una tasa de 87,8 por 100.000 habitantes.

Enfermedad de Chagas. Esta enfermedad constituye un problema de salud pública en el sur del Perú. La zona chagásica por infestación domiciliaria de *Triatoma infestans* abarca 120.000 km² (9,3% del territorio peruano); incluye 14 provincias y 80 distritos en los departamentos de Ica, Arequipa, Moquegua, Tacna, Apurímac y Ayacucho, con una población de 600.000 personas. Si bien la información epidemiológica es incompleta, estudios efectuados desde 1996 en varios grupos de población mostraron seroprevalencias de infección humana por *Trypanosoma cruzi* de 1,3% a 12,0%. De las 311.550 unidades de sangre donadas en 1999 en todo el país, todas tamizadas para *T. cruzi*, 436 fueron positivas (0,14%). En cambio, entre las 9.871 unidades de sangre donadas en los seis departamentos endémicos mencionados, la incidencia registrada fue 0,77% (60 positivas).

Leishmaniasis. Está presente sobre todo en los departamentos de la sierra y la selva. Hay dos especies predominantes del

parásito: *Leishmania braziliensis-peruviana*, responsable de la variedad cutánea andina, o *uta*, y *Leishmania braziliensis-braziliensis*, que produce la variedad mucocutánea, aunque también se han descrito casos aislados debidos a *Leishmania amazonensis*. La tendencia estacionaria observada entre 1950 y 1980 (6,6–8,5 casos por 100.000 habitantes) comenzó a crecer desde entonces, con la intensificación de las actividades agrícolas y la extracción de madera en la selva. En el año 2000 se notificaron 9.588 casos de *uta* y 863 de leishmaniasis mucocutánea (40,7 por 100.000 personas); las tasas más altas se registraron en los departamentos de Madre de Dios (760,8), Amazonas (379,2) y Cusco (160,5). La forma cutánea andina afecta a los menores de 15 años en ambas vertientes de los Andes y está asociada a la incorporación precoz de este grupo de edades a las actividades agrícolas; la forma mucocutánea afecta a los mayores de 15 y se asocia con la migración para colonizar la selva y explotar sus maderas y su petróleo.

Enfermedades prevenibles por vacunación

El último caso de poliomielitis registrado en el continente americano ocurrió en el Perú en 1991. En el año 2000 se informaron 102 casos de parálisis flácida aguda (tasa de notificación: 1,2 por 100.000 menores de 15 años). Los indicadores de calidad de la vigilancia epidemiológica de esta dolencia en el Perú muestran que es adecuada. La última epidemia de sarampión se registró en 1992, con 22.605 casos y 263 defunciones; desde entonces no ha habido más muertes por sarampión. En 1995, cuando se inició la vigilancia para erradicarlo, se notificaron 636 casos febriles eruptivos, y en 2000 se confirmó un caso, de los 5.256 casos sospechosos de sarampión-rubéola notificados por el sistema integrado de vigilancia de ambas enfermedades. Ese mismo año se notificaron 10 casos de tétanos neonatal, en comparación con 94 casos en 1995. En 2000 se notificaron 41 casos sospechosos de fiebre amarilla selvática (7 confirmados, 4 defunciones) y 1.148 casos confirmados de hepatitis B (4,5 por 100.000 habitantes, 24 muertes). Desde 1990 las coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se han mantenido por encima de 90% y su efecto epidemiológico ha sido relevante.

Enfermedades infecciosas intestinales

En el año 2000 la prevalencia de diarrea en los menores de 5 años fue 15,4%, en comparación con 17,9% en 1992 y 31,9% en 1986. La prevalencia es mayor en los niños de 12 a 23 meses (25,5%), en las zonas rurales (17,6%) y en la selva (25,0%). Ese año, 68% de los menores de 5 años con diarrea recibieron terapia de rehidratación oral. La proporción de casos que recibieron tratamiento adecuado en los servicios de salud del Ministerio de Salud aumentó de 7% en 1993 a 25% en 1996. La proporción de casos con deshidratación bajó de 34% en 1994 a 26% en 1996 (y la deshidratación grave, de 4,0% a 1,5%). Desde su aparición en 1991, el cólera ha mostrado una tendencia decreciente: de 322.562 casos sospechosos en 1991 a 4.369 en 1996 y 934 en el

año 2000, excepto en 1998, cuando se registraron cerca de 42.000 casos durante El Niño. El cólera afectó preferentemente a los mayores de 15 años entre diciembre y marzo (en la costa) y entre junio y octubre (en la selva); la letalidad media se mantuvo en 0,09%, aunque se han informado cifras más altas en las zonas con acceso limitado a los servicios de salud. La vigilancia nacional de cepas de *Vibrio cholerae* indica ausencia de la serovariedad O139.

Por lo que atañe a parasitosis del sistema digestivo, en 1997, la incidencia de ascaridiasis en todo el país fue de 15% (3%, 15% y 68% en la costa, la sierra y la selva, respectivamente), la de tricuriasis de 16% (4%, 16%, 74%) y la de uncinariasis de 6% (0,3%, 1,5% y 46%).

Enfermedades crónicas transmisibles

Desde 1992 la tuberculosis se halla en descenso. En el año 2000 las tasas de incidencia (por 100.000 habitantes) fueron de 155 (para todas sus formas), de 133 (para la tuberculosis pulmonar) y de 88 (para la pulmonar con baciloscopia positiva); la proporción de coinfección VIH/tuberculosis fue 1,3%, y la tasa de coinfección, 2,2 por 100.000 personas. En todo el Perú, el riesgo anual de infección tuberculosa en los niños de 5 a 6 años bajó de 2,0%–2,5%, a comienzos de los años noventa, a 0,9% en 1997–1998. La cantidad de casos multidrogorresistentes que exigieron esquemas de repetición de tratamiento equivalió a 1,5% de la morbilidad; según datos de vigilancia, la resistencia primaria a medicamentos antituberculosos fue de 17,8% (adquirida, 13,5%) y la multidrogorresistencia primaria de 3,0% (adquirida, 12,3%) en 1999. En 1996 los valores correspondientes habían sido 15,4% y 2,5% (adquirida, 23,5% y 15,7%, respectivamente).

También la lepra muestra tendencia descendente. En 1999 se registraban en todo el país 180 casos en tratamiento (29 paucibacilares; 151 multibacilares), todos en personas mayores de 15 años, y se notificaron 7 nuevos casos (1 paucibacilar; 6 multibacilares) provenientes de la selva, todos con grado 2 de discapacidad.

Infecciones respiratorias agudas

Entre 1994 y 1998 la mortalidad registrada por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años se redujo 42%; no obstante, siguen siendo la principal causa de muerte para ese grupo de edades: se estiman 14.000 defunciones anuales de niños, 20% debidas a neumonía, cuya mayor incidencia se registra en la sierra y la selva. Además, las infecciones respiratorias agudas son la causa más frecuente de demanda en servicios de salud, con más de 40% del total de atenciones y 30% de las hospitalizaciones en ese grupo de edades. En 1995 una encuesta verificó que 39,2% de los casos de infecciones respiratorias agudas recibieron tratamiento correcto en los servicios de salud.

Zoonosis

En 1997 se denunciaron ocho casos de rabia humana transmitida por perro; en el año 2000, dos casos, ninguno de ellos en

grandes ciudades. Asimismo, se notificaron 302 casos de rabia canina en 1997 y 54 en el año 2000. La menor incidencia observada se atribuye al aumento de la cobertura de vacunación canina: de 51,4% en 1996 a 73,9% en el año 2000. Los casos de peste confirmados por laboratorio disminuyeron de 55 en 1997 a 17 en el año 2000, y esto se atribuye a la utilización de silos metálicos en los departamentos endémicos de Piura, Cajamarca y Lambayeque. El principal factor de riesgo de brucelosis humana sigue siendo el consumo de queso fresco elaborado con leche sin pasteurizar de cabras infectadas de pequeños ganaderos y tras-humanantes; Lima, Ica y El Callao concentran 95% de todos los casos del país. En 1996 se notificaron 2.525 casos y 1.085 en el año 2000, gracias a una campaña de vacunación del ganado caprino.

VIH/SIDA

Entre 1983 y 2000 se informaron 11.310 casos de SIDA (1.189 en 1996), 83% de ellos en hombres, con una razón hombre/mujer decreciente (11:1 en 1990, 3:1 en el año 2000), y 70% en adultos de 20 a 39 años, con tendencia al incremento proporcional de casos en jóvenes de 20 a 24 años. En la serie histórica, la transmisión sexual representó 95,7% de casos, la transmisión vertical (de madre a hijo) 2,8% y la transmisión sanguínea 1,5%. En 1999 se estimó en 76.000 la cantidad de personas portadoras del VIH, incluidos 4.500 menores de 15 años y 18.000 mujeres. La seroprevalencia de VIH entre las trabajadoras del sexo subió de 1% en 1994 a 2% en el año 2000; entre los hombres homosexuales fue 11% en el año 2000, y entre las gestantes, 0,3% en 1999. La epidemia aún está concentrada en las poblaciones con comportamiento riesgoso de zonas con gran densidad de habitantes, mayormente de la costa, que constituyen polos industriales con gran actividad comercial y rápidas vías de comunicación. Desde 1997 se tamiza obligatoriamente para VIH toda muestra de sangre y todo hemoderivado, y se ofrecen gratuitamente tamizaje de VIH y tratamiento con zidovudina a toda gestante con VIH a partir de la semana 35 del embarazo, y al recién nacido durante seis semanas. En el año 2000, 13% de las mujeres de 15 a 49 años declararon que no tenían conocimientos sobre el VIH/SIDA y 25% dijeron conocerlo principalmente a través de la radio y la televisión, aunque no sabían cómo prevenir la infección; 14% no sabía qué hacer o consideraba que no hay forma de evitarla y 67% declararon no haber modificado su conducta sexual luego de conocer acerca del SIDA.

Infecciones de transmisión sexual

En todo el Perú, solo 49% de las mujeres habían oído hablar de otras infecciones que pueden transmitirse por contacto sexual, aparte del VIH/SIDA. De las mujeres que declararon actividad sexual, 25% padecieron alguna de estas infecciones, o flujo vaginal anormal, o úlcera genital, durante el año 2000, y 63% de estas buscaron tratamiento médico. Por otra parte, en el año 2000 se informaron 629 casos de sífilis congénita (266 en 1999) en todo

el país, la mitad de ellos en Lima y Huánuco. También en el año 2000, se registró 1,0% de seroprevalencia de sífilis en los bancos de sangre del Ministerio de Salud.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Se observa una disminución progresiva de la proporción de niños con déficit de peso para la edad y para la talla: 10,8% y 1,4%, respectivamente, en 1992; 7,8% y 1,1% en 1996, y 7,1% y 0,9% en el año 2000. La desnutrición crónica, que decreció bastante entre 1992 y 1996, de 36,5% a 26,0%, parece haberse estabilizado en 25,4% en el año 2000, cuando la mayor incidencia se verificó en las zonas rurales (40,2%); en cambio, en Lima Metropolitana alcanzó a 7,3%. En el año 2000, la incidencia de anemia entre las mujeres en edad fértil (15–49 años) fue de 30% (34% en 1996), y más alta en la sierra (34%) y las zonas rurales (37%). Entre los menores de 5 años fue de 50% (57% en 1996), pero más alta (78%) en los de 12 a 15 años y entre los niños de 6 a 9 meses (59%), así como en la sierra (56%) y en las zonas rurales (53%). La carencia de vitamina A, según resultados preliminares del monitoreo nacional de 1996–1997, en los menores de 5 años, fue 50%, y la de bajos niveles de retinol sérico, 20%. La deficiencia de yodo ha sido controlada pues la yodación de sal de consumo humano es universal y la consume más de 90% de la población de las zonas de riesgo en la sierra y la selva; en efecto, la excreción urinaria de yodo se mantuvo por encima de 100 mg/l entre 1997 y 2000. En 1995 se había registrado un 10,8% de bocio entre la población escolar.

Enfermedades del sistema circulatorio

La tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio bajó de 132,7 a 104,9 por 100.000 habitantes entre 1986 y 1997. Las neoplasias malignas y las enfermedades cardiovasculares siguen siendo las enfermedades no transmisibles más difundidas. Según estudios realizados en cinco ciudades del país en 1998 y 1999, la prevalencia de hipercolesterolemia es de 30,2% en los hombres y de 24,2% en las mujeres y la de hipertensión arterial, 17,5% y 9,2%, respectivamente.

Neoplasias malignas

Según el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 1990–1993, la incidencia del cáncer de mama fue de 31,8 por cada 100.000 mujeres, y la del cáncer del cuello uterino, de 26,1. La incidencia del cáncer de estómago fue de 20,5 por 100.000 en los hombres y de 14,5 en las mujeres, y la de pulmón, de 14,8 y 6,3 por 100.000, respectivamente. La tasa de mortalidad por neoplasias malignas no varió sensiblemente entre 1987 y 1997; no obstante, la proporción de muertes por cáncer aumentó de 9,0% en 1987 a 14,2% en 1997, y la cantidad de años potenciales de vida perdidos por tumores aumentó de 292.350 a 390.024 (33,4%), lo cual sugiere mayor prematuridad en la muerte por estas causas. En el perfil de mortalidad por cáncer en las mujeres se destacan los tumores malignos de útero, estómago y otros órganos digestivos, y en la

de los hombres, los de estómago, pulmón y próstata. Por otra parte, los tumores malignos de los órganos respiratorios, del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos en ambos sexos, y los de mama en las mujeres, presentan tasas de mortalidad significativamente más altas en los estratos de mayor nivel socioeconómico; en cambio, los de útero y cuello uterino, próstata y otras localizaciones no varían mayormente según los quintiles.

Accidentes y violencia

La violencia subversiva disminuyó mucho, de 2.779 acciones en 1990 a 144 en 1999, y de 1.477 víctimas a 55 en el mismo lapso. En cambio, aumentaron en forma notable los accidentes de transporte, sobre todo los ocasionados por vehículos de motor: de 52.633 en 1990 a 79.695 en 1999. La muerte por accidentes de transporte, homicidio y suicidio representó 8% de las defunciones certificadas por médico en 1998, y la Policía registró 2% más ese mismo año. Un tercio de la población mayor de 12 años de Lima Metropolitana fue víctima de algún acto violento en 1997, y los robos a personas (18,5%) y a viviendas (12,1%) fueron los delitos más frecuentes. La prevalencia de agresiones físicas fue de 2,5% y osciló de 0,7% en el estrato socioeconómico más rico a 3,0% en el más pobre. La violencia familiar se expresa sobre todo contra mujeres y niños de todos los estratos socioeconómicos y en todas las regiones. La Policía registró un aumento en la atención de denuncias por maltrato contra la mujer, de 24.576 en 1997 a 30.893 en 1999, solo en Lima. En 1999 la violencia familiar y el maltrato fueron el principal motivo de atención, luego de las disputas por pensión alimentaria, en las Defensorías Municipales del Niño y el Adolescente de Lima Metropolitana. La agresión sexual más frecuentemente percibida es de tipo verbal (76,5%), seguida por violación e intento de abuso.

Salud oral

La incidencia de caries dental fue de 84% en el año 2000, y el índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) era de 5,6 a la edad de 12 años; la prevalencia de la enfermedad periodontal era de 85%, y la de mala oclusión, de 70%.

Enfermedades emergentes y reemergentes

La peste reapareció en el norte del país en 1994 y, aunque decreció su incidencia en la segunda mitad del decenio 1991–2000, sigue constituyendo un riesgo, potenciado por el fenómeno El Niño. La fiebre amarilla se presenta cíclicamente en partes de la selva (brotes de 1986 a 1987 y 1995 a 1996), pero existe riesgo de su urbanización en zonas de alta infestación por el mosquito vector. El desplazamiento de poblaciones civiles y militares ha condicionado la aparición de brotes de hepatitis B y hepatitis delta en la selva del norte, en las mismas zonas donde se presentan casos de rabia silvestre transmitida por murciélagos. Otras enfermedades nuevas en el Perú detectadas durante la década de 1990 son las siguientes: tifo exantemático (Cusco, desde 1990), fiebre de Oropouche (Loreto, 1992), encefalitis equina venezolana

(Loreto, 1993–1995), infección por virus Mayaro (Ucayali, 1995) y leptospirosis (algunas localidades amazónicas, 1998). Desde 1997 se realizan estudios de vigilancia sobre la resistencia antibiótica de varios agentes patógenos. Para el año 2000, la sensibilidad de *Vibrio cholerae* a cloramfenicol, furazolidona y tetraciclinas era mayor de 90%; en *Salmonella typhi* y *S. paratyphi*, no menor de 98% a ciprofloxacina, cloramfenicol, cotrimoxazol y gentamicina; para *Shigella sp.*, no mayor de 30% a ampicilina, cloramfenicol y cotrimoxazol y de 100% a ciprofloxacina y norfloxacina; de *Streptococcus pneumoniae*, 70% a ampicilina y 90% a cefalosporinas de tercera generación; de *Haemophilus influenzae*, 84% a ampicilina, 88% a cloramfenicol y 94% a cotrimoxazol; para *Neisseria gonorrhoeae*, mayor de 75% a ciprofloxacina, ceftriaxona y espectinomicina; para *Plasmodium falciparum*, sensibilidad menor de 70% a cloroquina en Tumbes, Piura, Sullana y Loreto, y menor de 70% a sulfadoxina-pirimetamina en Loreto.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Ministerio de Salud es el órgano rector del sector de la salud y entre sus funciones le incumbe la formulación de las políticas y los planes sectoriales. Durante la última década del siglo XX el accionar del Ministerio de Salud estuvo orientado por los Lineamientos de Política de Salud, que definieron en su momento las bases del proceso de reforma sectorial. Esta procuró extender la cobertura de cuidados básicos mediante mecanismos de aseguramiento y provisión de servicios gratuitos para los pobres y trató de introducir la separación de funciones mediante acuerdos de gestión en algunos departamentos del país, aunque ello no prosperó. En 1994 el Ministerio de Salud definió paquetes de atención básica para niños, adolescentes, mujeres en edad fértil y población adulta, financiados con fondos gubernamentales mediante el Programa de Salud Básica para Todos. Ese mismo año lanzó el Proyecto de Fortalecimiento de Servicios de Salud, destinado a reforzar la infraestructura y los sistemas operativos vinculados a la prestación de servicios del Ministerio de Salud. En 1997 se puso en marcha el Seguro de Salud Escolar, que cubrió de manera integral a los niños que asisten a las escuelas públicas, y en 1998 se inició la aplicación piloto del Seguro de Salud Materno-infantil, para atender a las madres durante la gestación, parto y puerperio, y a los niños hasta los 2 años de edad. Los procesos participativos han sido limitados, y restringidos al modelo de Comités Locales de Administración en Salud (CLAS), establecimientos de salud administrados por autoridades del Ministerio de Salud y la comunidad; este modelo abarcó a cerca de 20% de los centros y puestos de salud del Ministerio.

En el aspecto financiero, se avanzó en la planificación por resultados sanitarios y se dio prioridad al primer nivel en la red de servicios de salud a cargo del Ministerio de Salud, sobre todo en

las zonas de mayor pobreza. Desde 1999 se efectuaron pruebas piloto para probar la confiabilidad de algunos métodos para identificar a los beneficiarios del subsidio. Se discutieron diversos mecanismos de pago alternativos, a fin de modificar gradualmente un subsidio orientado a la oferta convirtiéndolo en una asignación basada en la demanda, la productividad y la eficiencia.

En cuanto a la equidad en la atención de la salud, en 1997 se comprobó que del total de subsidio público del Ministerio de Salud, definido como el gasto ejecutado menos los pagos de usuarios por tarifas y el gasto de la administración central, 38,2% se destinó a hospitales y 61,8% a centros y puestos de salud. La distribución de dicho gasto por quintiles de ingreso mostró un patrón progresivo en lo referido al primer nivel de atención urbana, a diferencia del patrón regresivo observado en el gasto hospitalario, sobre todo en el medio rural. La reforma del sector procuró también desarrollar un modelo de atención basado en redes de establecimientos y servicios de salud que permita la movilización de usuarios y recursos en diversos niveles de capacidad resolutive, según la complejidad de la necesidad que deba ser atendida. Este modelo debería mejorar la capacidad resolutive del sistema potenciando la productividad de los recursos. Se procedió a modernizar cinco hospitales nacionales mejorando los sistemas de administración y gestión, los sistemas de costos, la contratación y administración de recursos humanos, así como de la logística y los insumos.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

Existen varios subsistemas de atención de la salud, con escasa coordinación funcional en los niveles nacional y subnacional, y con fragmentación de la información, que dificulta la toma de decisiones. Los servicios de salud del Perú se dividen en dos sectores, el público y el privado. El primero lo forman el Ministerio de Salud, la Seguridad Social y los servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía. El sector público dispone de 51% del total de hospitales, concentra 69% de los centros de salud y 99% de los puestos de salud, y es el Ministerio de Salud la institución con mayor número de establecimientos y mejor cobertura nacional (139 hospitales, 1.115 centros de salud y 4.954 puestos de salud, sobre totales en todo el país de 486, 1.778 y 5.237, respectivamente); sin embargo, en el año 2000, 32,2% de la población que padecía enfermedad, malestar o accidente no tuvo acceso a ningún subsistema. El Ministerio de Salud atiende sobre todo a la población no asegurada. El Seguro Social (EsSalud), cuyos establecimientos se localizan principalmente en las ciudades, ofrece cobertura a los trabajadores del sector formal y sus dependientes. Los servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía atienden al personal de esas instituciones y a sus familiares directos. El sector privado concentra sus recursos en las principales ciudades y está formado por clínicas, consultorios y,

en menor medida, por establecimientos de organizaciones no gubernamentales.

Legislación sobre salud

El marco jurídico sectorial se renovó en 1997 con la promulgación de dos leyes, la Ley General de Salud y la Ley de Modernización de la Seguridad Social. En 1999 se creó el Seguro Social de Salud (EsSalud), sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). La Ley General de Salud asigna al Estado la responsabilidad de la provisión de servicios de salud pública y la promoción de las condiciones que garanticen a la población una adecuada cobertura de prestaciones de salud, en términos de seguridad, oportunidad y calidad; asimismo establece que deberá intervenir en la provisión de los servicios de atención médica según principios de equidad. El Estado debe vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición, salud mental, salud ambiental, salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre y del anciano en situación de abandono social. El financiamiento estatal ha de orientarse preferentemente a las acciones de salud pública y subsidiar en forma total o parcial la atención médica a poblaciones de menores recursos que no tengan la cobertura de otro régimen de prestación de salud, público o privado. Finalmente, la Ley General de Salud expresa la voluntad del Estado de promover el aseguramiento universal y progresivo de la población. Por su parte, la Ley de Modernización de la Seguridad Social flexibilizó el monopolio público en la provisión de atención médica a los asegurados de EsSalud, con el fin de mejorar la calidad y cobertura de los servicios, permitiendo a los asegurados del IPSS la libertad de afiliación a proveedores privados llamados Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS), para las atenciones de "capa simple" o baja complejidad.

La participación privada en el sistema de salud

Hacia finales de los años setenta el crecimiento de la participación estatal en actividades económicas, tales como la minería, la pesca y la explotación petrolera, originó un aumento de la PEA asegurada, cuya demanda de servicios de salud no fue adecuadamente satisfecha por el seguro social que administraba el Gobierno. Así surgieron formas de aseguramiento privado de la salud y otros mecanismos de previsión social que impulsaron la expansión de la oferta de servicios de salud privados durante la década de 1980, sobre todo en Lima y las capitales departamentales, con un nivel de resolución comparable con el de los servicios públicos o incluso mayor. La crisis económica de finales de esa década y comienzos de la siguiente, aunada a la menor participación estatal en el sector productivo y de servicios, llevó, hacia fines del siglo XX, a que hubiese un exceso de oferta de servicios privados, con las consecuentes pérdidas para los inversionistas y la falta de incentivos para emprender nuevos proyectos. Según datos obtenidos de encuestas nacionales sobre nivel de vida, entre 1997 y 1998 los consultorios y clínicas privadas absorbieron 18% del gasto total en salud, muy vinculado a se-

guros privados, de modo que 40% del gasto privado en salud con fines de lucro fue financiado por esos seguros. Además de absorber parte del gasto en salud, los prestadores privados captaron a 8,2% de la población que declaró enfermedad, malestar o accidente en las cuatro semanas previas a la encuesta, es decir, un quinto de la población que tuvo acceso a servicios de salud.

Existen tres tipos de aseguramiento de salud: el Seguro Social, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía y los seguros privados. Los fondos provenientes de hogares y empleadores para seguros de salud representaron 1,4% del PIB en 1998, 36% del financiamiento total de la salud y 40% del gasto privado en salud con fines de lucro. De este monto, la Seguridad Social manejó 82% y los seguros privados 18% restante. En cuanto al Seguro Social, los empleadores cotizan el equivalente a 9% del salario mensual de sus trabajadores y el número de aportantes depende de la evolución del sector formal de la economía. El seguro de la Sanidad se financia con fondos del tesoro público. Los seguros privados suelen ser contratados por los empleadores y en menor medida directamente por las familias. La creciente informalización de la economía, la flexibilización laboral y el escaso incremento de las remuneraciones reales llevaron a la reducción del aseguramiento de la salud, de 37,7% en 1994 a 23,5% en 1997. El aumento paulatino de las primas de los seguros privados alimentó este fenómeno, de modo que 86,5% del total de asegurados estaba afiliado al Seguro Social en 1997 y 6,8% disponía solo de aseguramiento privado, mientras que 2,5% contaba con doble aseguramiento. Ese año el aseguramiento osciló entre 35,9% para la población de Lima Metropolitana y 6,2% para la población rural. En el año 2000, a dos años de haber iniciado sus operaciones las EPS, alrededor de 5% de los asegurados al Seguro Social se hallaban afiliados a la nueva modalidad, sin que esto represente aún un aumento de la cobertura de la población asegurada.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

El Ministerio de Salud es la entidad rectora del sector, que establece lineamientos de política, normas y protocolos de atención, y procedimientos técnicos, para regular la prestación de servicios en los establecimientos de salud públicos y privados. Sin embargo, tales medidas son de aplicación casi exclusiva en la red de establecimientos del Ministerio de Salud, pues tienen escaso cumplimiento en el ámbito del Seguro Social y de la práctica privada. La coordinación interinstitucional no ha sido regular debido a la ausencia de instancias permanentes de concertación y formulación de políticas sectoriales.

El Consejo Nacional del Ambiente, organismo descentralizado dependiente de la Presidencia del Consejo de Ministros, tiene por finalidad planificar, coordinar y controlar el ambiente y patrimonio natural del país y velar por su preservación. No obstante, el manejo ambiental está sectorizado y cada sector es responsable de su control en el ámbito respectivo. Así, como no hay un orga-

nismo encargado de la vigilancia de la gestión de sustancias químicas desde su generación hasta su disposición final, esas funciones las cumplen diversas dependencias del Gobierno. La Dirección General de Salud Ambiental del Ministerio de Salud es el organismo técnico encargado de normar, supervisar, controlar, evaluar y concertar con los gobiernos regionales, locales, y demás componentes del sistema nacional de salud, así como con otros sectores, los aspectos de protección del ambiente, el saneamiento básico, la higiene alimentaria, el control de zoonosis y la salud ocupacional. El Ministerio de la Presidencia, a través de la Dirección General de Saneamiento, es el ente rector del Estado que establece políticas y objetivos estratégicos para el desarrollo y sustentabilidad de los servicios de saneamiento. La Superintendencia Nacional de Servicios de Saneamiento regula y fiscaliza la prestación de tales servicios en el ámbito nacional, para asegurar que se presten en condiciones adecuadas de calidad, cobertura y precio. Las municipalidades provinciales son responsables de asegurar la prestación de servicios en su jurisdicción y les compete celebrar los correspondientes contratos de concesión con las empresas prestadoras de servicios. En el ámbito rural, la administración, operación y mantenimiento de los servicios se cumple por acción comunal mediante la organización de Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento.

La falta de calidad del agua es crítica en algunas zonas, debido fundamentalmente a la contaminación por efluentes industriales, sobre todo minero-metalúrgicos, y por desechos domésticos y agroquímicos. La cobertura de tratamiento de aguas servidas domésticas es 14%; Lima y El Callao vuelcan al mar cerca de 17 m³/s de aguas servidas no tratadas. En el año 2000 se trabajaba en 20 cuencas, y sumaban 145 las cuencas con vigilancia de calidad de agua en el país. También se cuenta con un Programa de Protección de Zonas Costeras y Playas para la vigilancia sanitaria en todas las playas habilitadas. La calidad ambiental del suelo presenta deficiencias en diversas zonas: como ejemplos, 40% de las 300.000 hectáreas de la costa y 45 de sus 53 valles están afectados por la salinidad; en la sierra, el deterioro de las tierras agrícolas se debe a prácticas de cultivo inapropiadas y a la consecuente destrucción de la capa de protección de las laderas; en la selva, la deforestación aumentó debido a la creciente explotación agrícola. La Dirección General de Salud Ambiental es la repartición a cargo del Códex Alimentario y responsable de la vigilancia, control y evaluación sanitaria de los alimentos, en coordinación con otros sectores estatales y con los gobiernos municipales; su actividad se orienta por el Reglamento Sanitario de Alimentos y Bebidas. Sin embargo, no se cuenta con organismos públicos ni privados para la evaluación de tecnologías sanitarias.

Organización de los servicios de salud pública

Los servicios de salud desarrollan sus prestaciones teniendo cada vez más en cuenta la promoción de la salud e incorporando aspectos preventivos, así como de adecuación sociocultural y de

participación comunitaria. Además, unos 30 municipios provinciales y distritales han constituido redes locales de comunidades saludables en el norte (Tumbes y Piura), sur (Arequipa) y centro del país (Lima y El Callao), redes dedicadas a trabajar de manera prioritaria en cuatro áreas: maternidad saludable y segura, prevención y control de la violencia familiar, atención del adulto mayor, y entornos saludables, especialmente salud ambiental. En forma análoga, la promoción de la salud ha sido incorporada en el ámbito de la educación pública mediante el programa nacional de Municipios Escolares (2.000 en todo el país), que promueve espacios formativos, de participación, organización y opinión para niños y adolescentes.

En el marco de sus compromisos internacionales, el Perú viene ejecutando las siguientes estrategias prioritarias: “Alto a la tuberculosis” (lucha antituberculosa), erradicación de la poliomielitis y del sarampión, y eliminación del tétanos neonatal, atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), “Hacer retroceder el paludismo” (lucha antimalárica), DOTS y DOTS Plus (estrategias de tratamiento antituberculoso breve bajo observación directa), eliminación de la lepra, eliminación domiciliar del *Triatoma infestans* e interrupción de la transmisión transfusional de la enfermedad de Chagas, eliminación de la rabia canina urbana, vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, sangre segura y vigilancia, prevención y control de otras enfermedades emergentes y reemergentes.

Desde 1995 se mantienen coberturas significativas de inmunización contra el sarampión y la poliomielitis en menores de 1 año, que han alcanzado a 97,2% (ASA) y a 93,1% (OPV3) en el año 2000; la proporción de distritos con cobertura igual o mayor a 95% fue 52,1% (ASA) y 44,8% (OPV3) de los 1.828 distritos del país. Desde 1992 se vacuna a la población de mujeres en edad fértil con toxoide tetánico (TT); en distritos en riesgo se realizan “barridos” de vacunación (con dos dosis de TT), capacitación de parteras tradicionales y promotores de salud para la atención del parto y vacunación, estrategias que permitieron disminuir los casos de tétanos neonatal. La aplicación de la estrategia AIEPI se inició en 1997 en 23 de los 25 departamentos capacitando a profesionales y promotores de salud en el manejo de casos y el uso racional de antibióticos en los establecimientos de salud; el compromiso del país, enmarcado en la meta “Niños Sanos 2002”, es evitar 9.000 muertes de menores de 5 años entre 1997 y 2002. Estas estrategias están a cargo de las estructuras orgánicas del sector salud, en particular los programas de prevención y control de enfermedades, con la responsabilidad de normar, supervisar y evaluar las actividades inherentes a esas estrategias, cuya ejecución recae en los equipos técnicos descentralizados y en los servicios de salud. La vigilancia epidemiológica de las enfermedades infecciosas está a cargo de la Oficina General de Epidemiología (OGE) del Ministerio de Salud, en tanto que las actividades de apoyo diagnóstico y vigilancia por laboratorio dependen orgánicamente del Instituto Nacional de Salud (INS).

El sistema nacional de vigilancia epidemiológica de la OGE comprende 3.500 unidades notificantes instaladas en establecimientos de salud. Son objeto de vigilancia y notificación semanal: el cólera y la enfermedad diarreica aguda, la peste, la fiebre amarilla, la malaria, el dengue, la rabia humana y animal, la meningitis meningocócica, la parálisis flácida aguda, el tétanos neonatal y del adulto, la difteria, la tos ferina, el sarampión, el tifus exantemático, la hepatitis B, el SIDA, las infecciones respiratorias agudas y la mortalidad materna. Los programas de control registran directamente la tuberculosis, la lepra, la leishmaniasis, la bartonelosis, la brucelosis, la infección por VIH, las enfermedades transmitidas por alimentos, la tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas), las infecciones intrahospitalarias y la resistencia a los antimicrobianos. La diabetes mellitus, la violencia, los accidentes de transporte y las neoplasias se están incorporando de modo incipiente al sistema nacional de vigilancia. El INS desarrolla investigación básica y aplicada a la prevención y control de las enfermedades prioritarias y estandariza normas técnicas para la red de laboratorios de salud pública, integrada por 16 laboratorios regionales con capacidad conjunta para cumplir funciones de suministro de reactivos, control de calidad, evaluación, supervisión y capacitación. Se dispone de capacidad diagnóstica de las enfermedades prioritarias, organizada en niveles de complejidad creciente, desde técnicas de observación directa hasta aislamiento viral en cultivos celulares y pruebas de biología molecular.

La información sobre morbilidad atendida en consulta ambulatoria y hospitalización se registra y resume con periodicidad en todos los establecimientos de salud y se remite al nivel central de cada sector. El uso de métodos no estandarizados de procesamiento de información dificulta la integridad del análisis. El procesamiento estadístico de los certificados de defunción es responsabilidad del Ministerio de Salud, que desde 1999 emplea la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para la codificación de las causas de muerte. Sin embargo, en 1998 las defunciones con certificación médica representaron solo 47,2% de las muertes estimadas para ese año en el país, cifra mucho menor aún en los departamentos más pobres. Existe escaso desarrollo de la función de análisis de la situación de salud y tendencias en el nivel local, a pesar de que se está promoviendo la capacitación para esa modalidad de análisis, hasta ahora mayormente limitada a los niveles regional y central.

Agua potable y alcantarillado

En la última década del siglo XX creció la cobertura nacional de servicios de agua y saneamiento (alcantarillado, cloacas o drenaje). En el año 2000 la proporción de viviendas con abastecimiento de agua (por red pública dentro y fuera de la vivienda, por pilón de uso público, y pozo) fue 88,6% (78,1% en las zonas rurales, 93,9% en Lima); la proporción de viviendas con saneamiento (eliminación de drenaje por red pública, pozo séptico, o

pozo ciego) fue 80,8% (53,0% en el campo, 97,5% en Lima). De hecho, la proporción de viviendas con conexión de agua subió de 65,8% a 71,4% en todo el país, y de 28,5% a 40,7% en el ámbito rural entre 1994 y el año 2000. Sin embargo, la proporción de sistemas de abastecimiento de agua que usan desinfección es 80% en las ciudades (99% en Lima Metropolitana), pero mínima en el campo, donde la desinfección no se considera sustentable por la dificultad de acceso al cloro. En las ciudades, casi la totalidad de los sistemas de abastecimiento de agua brindan servicio discontinuo (en promedio 13,7 horas diarias); esto obliga a construir depósitos domiciliarios no bien protegidos y sin desinfección periódica. En las zonas rurales el abastecimiento de agua potable es también intermitente.

Manejo de residuos sólidos municipales

Hay poca información sobre los servicios de manejo de residuos sólidos, incluidos los de los hospitales, pero se estima que 60% a 65% de la población tiene servicio de recolección de residuos. Con excepción de Lima, donde 57,6% de los residuos que se recogen llegan a un relleno sanitario controlado, las ciudades utilizan vertederos sin precauciones sanitarias o directamente arrojan los residuos a cursos de agua. La Ley General de Residuos Sólidos del año 2000 (Ley 27.314) dispone que el manejo y comercialización de los residuos sólidos se otorguen únicamente a empresas prestadoras acreditadas y que las municipalidades dispongan de planes provinciales de residuos sólidos. El sistema de manejo de residuos no municipales se halla sectorizado, es decir, cada ministerio tiene competencia para regular y fiscalizar el manejo de residuos sólidos en los ámbitos de su jurisdicción. Algunos hospitales de Lima tienen sistemas de tratamiento de residuos por microondas o incineración y en el Hospital Regional de Trujillo se está aplicando, con carácter de prueba piloto, un sistema centralizado. En la fase de planificación, se cuenta con un sistema de gestión y de normas de manejo interno para el tratamiento de residuos hospitalarios en el ámbito nacional y ya se está construyendo un sistema de servicio de recolección y tratamiento centralizado en el cono norte de Lima.

Prevención y control de la contaminación del aire

La calidad del aire es deficiente en las zonas metropolitanas de Lima, El Callao y Arequipa y en los centros industriales de Chimbote, Ilo y Cerro de Pasco. Las causas principales de este deterioro son el desarrollo industrial, no acompañado de prevención o control de la contaminación, y el crecimiento y mal estado del parque automotor. Mediciones realizadas en el año 2000 en cinco zonas de Lima y El Callao indicaron que la concentración media anual de partículas totales en suspensión alcanza valores superiores a 200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, sobrepasando los 75 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ que son el valor límite de diversas normas de calidad del aire establecidas en otros países de la región. Además, las concentraciones medias anuales de dióxido de nitrógeno, dióxido de azufre y plomo, medidas en el período 1990–1999 en el centro de Lima superan los

valores establecidos en las guías de la Organización Mundial de la Salud.

Protección y control de alimentos

Si bien existen reglamentos y normas sobre el control sanitario de alimentos y bebidas, no hay un programa integrado de protección de alimentos en el que participen todos los sectores de la cadena alimentaria. No obstante deficiencias en la vigilancia de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, 24 brotes fueron notificados en 1997–1998 y 20 de ellos fueron investigados: 12 se debieron a toxina estafilocócica, *Salmonella* sp., *V. cholerae*, *Shigella* sp. o *Escherichia coli* enterotoxigénica; también se detectaron alcohol metílico y organofosforados en bebidas y alimentos.

Programas de ayuda alimentaria

Los programas de asistencia alimentaria, aplicados de acuerdo con el Plan Nacional de Nutrición y Alimentación 1998–2000 —cuyos objetivos eran mejorar la situación nutricional de la población en extrema pobreza y reducir en 50% la incidencia de anemia en los menores de 5 años bajando la desnutrición crónica de 26% a menos de 18%—, beneficiaron a 11 millones de personas en 1999, con un monto de inversión total de US\$ 260 millones (90% del tesoro público, 7% de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), 2% de la Unión Europea y 1% del Programa Mundial de Alimentos). De los 5 millones de hogares peruanos, 2,33 millones (46,6%) fueron beneficiados por algún programa de asistencia alimentaria en el año 2000. La proporción de hogares que recibió asistencia alimentaria varió de 72,7% en el decil de hogares con menores recursos a 18,5% en el decil con mayores recursos; 70,3% de los hogares campesinos recibieron ayuda alimentaria, y 36,0% en las ciudades, excluida Lima Metropolitana (31,5%). En todo el país hubo 36,8% de hogares pobres y 26,4% de los hogares en situación de pobreza extrema que no recibieron esa ayuda.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

Las instituciones del sector público organizan sus servicios por niveles de complejidad. Sin embargo, su funcionamiento presenta varios problemas: 1) el primer nivel no es siempre la entrada al sistema, sobre todo en las ciudades; 2) no existen mecanismos adecuados de referencia entre los distintos niveles de complejidad; 3) los establecimientos no comparten recursos ni se articulan en redes, y esto resulta crítico en los servicios de urgencias; 4) hay desequilibrio en la asignación de recursos a los distintos niveles de complejidad. El sector privado tampoco está ajeno a estos problemas. A fines de los años noventa se optó por financiar preferentemente el primer nivel de atención en la red de servicios de salud del Ministerio de Salud y esto contribuyó a

reorientar los servicios de salud hacia la promoción y prevención, priorizando los riesgos, los daños y los grupos de población. Un efecto derivado de tales incentivos al desarrollo del primer nivel fue la reducción del financiamiento para los otros niveles de atención, y ello limitó el acceso a estos de la población más pobre. El Seguro Social ha propuesto un nuevo modelo de atención integral tendiente a incrementar el acceso de los beneficiarios al primer nivel de atención y a aplicar un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes. En el sector privado las experiencias son diversas y se ofrecen servicios en todos los niveles, con predominio de los de mayor complejidad.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

La seguridad y oportunidad de la oferta de sangre mejoraron mucho desde la promulgación en 1995 de la ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, procesamiento, transfusión y suministro de sangre humana, sus componentes y derivados, y que establece siete pruebas para descartar la contaminación por VIH, hepatitis B y hepatitis C, virus T linfotrópico humano I (VTLH-I) y VTLH-II, sífilis y enfermedad de Chagas. En 1997 se comprobaron serias deficiencias en bancos de sangre de Lima: recolección insuficiente, ausencia de buenas prácticas inmunohematológicas y tamizaje serológico limitado. Ello determinó la creación del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre, para garantizar seguridad y oportunidad del suministro y promover la donación voluntaria y el uso racional de los hemoderivados. En el año 2000 funcionaban 144 centros recolectores y 100 centros procesadores de sangre registrados por el Programa Nacional (50% Ministerio de Salud) que extrajeron 332.800 unidades de sangre, 80,1% de donantes familiares o reposición, 13,7% voluntarios no remunerados, 4,5% autólogos y 1,7% donantes remunerados. En ese año, 100% de la sangre procesada en bancos de sangre registrados fue objeto de tamizaje serológico y se hallaron seroprevalencias de 0,1% VIH, 0,9% HBsAg, 4,2% HBeAg, 0,3% VHC, 1,3% VTLH-1 y VTLH-2, 1% sífilis y 0,2% enfermedad de Chagas. En 1997 más de 50% de la sangre se transfundía sin fraccionar; en el año 2000 solo 15% se transfundió en esas condiciones, pues 85% se fraccionó en paquete globular, plasma fresco, plasma congelado, crioprecipitado o plaquetas.

Insumos para la salud

Medicamentos

La Ley General de Salud establece las normas para el registro, producción, comercialización, control de calidad y uso de medicamentos. En 1999 el mercado farmacéutico peruano se estimó en US\$ 386 millones, de los que 16%–18% correspondieron al sector público, con una oferta de 11.241 medicamentos registrados (65% importados), de los cuales únicamente se comercializó la cuarta parte y solo 5,6% fueron productos genéricos. Funcionaban 46

laboratorios fabricantes, pero solo 13 contaban con certificación de buena práctica manufacturera completa o parcial. El control de calidad de los productos farmacéuticos se efectúa después de registrarlos, y en los procedimientos la prioridad se asigna en función del riesgo sanitario. A diferencia del Ministerio de Salud, en EsSalud el abastecimiento de medicamentos está centralizado, pero en ambos se usan para las adquisiciones listas de medicamentos esenciales de carácter obligatorio.

Immunobiológicos

No existen plantas de producción de vacunas en el país. Su adquisición, por demanda anual, se hace a través del Fondo Rotatorio del PAI, de la OPS. El esquema nacional de inmunización comprende las vacunas antituberculosa (BCG), antipoliomielítica (VPO), triple DPT (contra difteria, tos ferina y tétanos), antisarampionosa (ASA), de toxoide tetánico (TT), de toxoide diftérico (TD), contra *Haemophilus influenzae* tipo b, contra la hepatitis B y pentavalente (contra difteria, tétanos, tos ferina, *H. influenzae* tipo b y hepatitis B).

Reactivos

Los reactivos para diagnóstico clínico se comercializan previo registro sanitario, a cargo de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del Ministerio de Salud, que suele efectuarse por grupos de reactivos, según la empresa comercializadora. No se ha establecido aún en el país un sistema para evaluar la calidad de estos productos.

Equipo

En el año 2000 había 30.720 camas disponibles en todo el país, es decir, 1,2 camas por cada 1.000 habitantes, 79% en el sector público. Aunque son públicos 81% de los 781 laboratorios clínicos en funcionamiento, 72% de los 100 bancos de sangre y 50% de los 2.462 equipos de radiodiagnóstico, el equipamiento del sector privado es por lo general de adquisición más reciente, con tecnología más avanzada y mejor mantenimiento. Según informes del Ministerio de Salud de 1999, 15% de 8.315 equipos de gran complejidad, adquiridos entre 1995 y 1998 para su red de establecimientos, no funcionaban, y se estimó que 42% ya no funcionarían en 2002, aun teniendo una antigüedad máxima de cuatro a siete años. En consecuencia, el Ministerio está procurando mejorar su capacidad de gestión técnica de equipos y dispositivos médicos, con énfasis en la planificación, adquisición, operación, uso, mantenimiento, renovación y regulación de tecnologías.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso

Entre 1992 y 1996 la disponibilidad de profesionales aumentó en todas las categorías: la razón de médicos por 10.000 habitantes pasó de 7,6 a 10,3; la de enfermeros profesionales, de 5,2 a 6,7;

la de odontólogos, de 0,7 a 1,1, y la de obstetras, de 1,1 a 2,1. La mayor disponibilidad de personal obstétrico respondió a la prioridad asignada a la atención materna y, al igual que para las otras categorías profesionales, al fortalecimiento de centros y puestos de salud que aumentan la cobertura de la población más pobre mediante el Programa de Salud Básica para Todos. No obstante, en 1996 se advertían centralismo e inequidad en la distribución de recursos humanos, pues, por ejemplo, la razón de médicos por 10.000 habitantes era marcadamente inferior en departamentos pobres como Huancavelica (2,8), Apurímac (2,9) o Cajamarca (3,1), a la de otros menos pobres como El Callao (21,3), Lima (18,9) o Arequipa (14,5). La composición del personal asistencial también mostró cambios, pues aumentó la proporción de personal profesional de 44,6% en 1992 a 51,7% en 1996. En 1999 el Ministerio de Salud empleaba a 11.157 médicos (9.658 en 1996 y 7.557 en 1992) y EsSalud a 5.237 (4.495 en 1996 y 3.476 en 1992).

Formación del personal de salud

La cantidad de instituciones formadoras de profesionales de la salud ha aumentado en todo el país, de 14 escuelas de medicina en 1990 a 27 en el año 2000. En enfermería la situación es similar y en el año 2000 funcionan 43 escuelas. La formación tiene orientación eminentemente recuperativa y se la nota marcadamente aislada respecto del futuro ámbito laboral. También la cantidad de instituciones formadoras de personal técnico en salud creció desde 1985, especialmente en el sector privado, sin planificación ni control del Estado. A fines del siglo XX se inició un proceso de acreditación de escuelas de medicina que aspira a garantizar la calidad de la educación y también se estudia una propuesta de acreditación de institutos superiores tecnológicos que formen personal técnico en salud.

En el año 2000 había 2.328 médicos residentes en 50 especialidades clínicas, sin que la reforma del sector salud haya conseguido modificar la tendencia clásica de especialización médica. La Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud inició en 1989 el Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (PREC), del que egresaron 39 epidemiólogos hasta 1996, bajo la modalidad de capacitación en servicio, orientado a formar especialistas en epidemiología y a fortalecer la gestión de la salud. El PREC se reactivó en el año 2000 con un plan curricular de ejecución descentralizada y certificación académica progresiva en cuatro etapas, y ya han cumplido la primera etapa 800 profesionales. No se tiene información sobre la cantidad de posgraduados en salud pública, aunque en el año 2000 había 21 programas de maestría y un programa más reciente de doctorado.

Educación permanente del personal de salud

Los esfuerzos de educación permanente en salud han sido aislados y débiles, supeditados en ocasiones al interés de trabajadores, servicios, colegios profesionales o universidades. Desde 1999 el Colegio Médico del Perú desarrolla el programa de Educación Médica Continua para la recertificación profesional, en coordina-

ción con universidades y sociedades científicas. Se percibe dificultad para institucionalizar y sostener las experiencias educativas surgidas de los proyectos de inversión ejecutados por el Ministerio de Salud en el campo de capacitación de recursos humanos.

Mercado de trabajo

La oferta de profesionales de la salud se ha expandido merced al incremento de instituciones formadoras y de su alumnado. Medicina y enfermería figuran entre las 10 carreras universitarias con mayor alumnado, y cada año egresan cerca de 1.000 médicos y 1.200 enfermeros para incorporarse al mercado laboral. No se cuenta con estudios que permitan conocer si la demanda es inferior a la oferta; pero sí existe información anecdótica que sugiere que hay migración de enfermeros peruanos a Italia, España, Estados Unidos y Chile. Tampoco se conocen los índices de desempleo o subempleo profesional. Las condiciones de trabajo en las instituciones del sector fueron afectadas a comienzos de la década de 1990 por políticas de Estado que modificaron las relaciones contractuales entre empleado y empleador. Así se transformó desde la vinculación laboral vitalicia o nombramiento permanente hasta la relación por contrato a plazo fijo bajo diversas modalidades, cambios que tendieron a precarizar el empleo: en 1992, 84,2% de los profesionales de la salud tenían nombramiento, pero solo 59,3% en 1996.

Investigación y tecnología en salud

Organización y financiamiento de la actividad científica y formación de investigadores

Trabajan en el Perú varios grupos de investigación en salud, pero no está estructurado un sistema nacional de investigación. A comienzos de los años noventa se formó para ello una secretaría técnica en el Ministerio de Salud, que no llegó a funcionar. El Proyecto Vigía, del Ministerio de Salud, dedicado a enfermedades emergentes y reemergentes, promueve y financia la investigación en tuberculosis, malaria, SIDA, dengue, enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, a través de la vía institucional y de un fondo concursable, por un total de US\$ 6 millones, que ha de ejecutarse entre 1998 y 2004. Existe una corriente cada vez más fuerte en el país, que promueve la formulación y el uso de protocolos y guías de atención en la práctica clínica, a fin de mejorar la calidad de la atención y racionalizar el gasto; en este sentido, el Ministerio de Salud ha diseñado y difundido protocolos y guías para la mayoría de los programas de salud.

Información científica y técnica

Las principales instituciones productoras de información científico-técnica en salud pertenecen a sectores gubernamentales, universidades y, en menor grado, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales y privados. Muchas de

ellas han facilitado el acceso a su información a través de Internet. Los centros de información de salud son escasos en número, así como en recursos humanos especializados y colecciones actualizadas; son mayormente bibliotecas tradicionales de acceso presencial. La Red Peruana de Bibliotecas en Salud (REPEBIS) reúne desde 1987 a 63 centros cuyo principal producto es la base de datos bibliográfica de Literatura Peruana en Ciencias de la Salud (LIPECS), con cerca de 13.000 referencias. Se publican 25 revistas que integran el Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, aunque pocas con texto completo en Internet. En el año 2000 las principales instituciones productoras y usuarias de información científico-técnica de salud manifestaron su interés por establecer el Comité Consultivo Nacional para el desarrollo de la Biblioteca Virtual en Salud Nacional, siguiendo el modelo BIREME-OPS/OMS.

Gasto y financiamiento sectorial

En 1998 el país destinó a la salud 4,3% del PIB, es decir, US\$ 100 per cápita. Las principales fuentes de financiación fueron los hogares (38%), el aporte de empleadores (35%) y el tesoro público (25%). Los recursos del Gobierno se canalizaron al nivel central del Ministerio de Salud y a las Direcciones Departamentales de Salud, por vía de los Gobiernos Transitorios Regionales. Los recursos de los hogares se destinaron preferentemente a la compra en farmacia, muchas veces sin intermediación de los servicios de salud, así como al pago de aranceles por la atención pública y privada.

Pocos hogares cotizan directamente un seguro potestativo a la Seguridad Social o adquieren pólizas de seguros privados. Los empleadores aportan a la Seguridad Social para asegurar a sus trabajadores estables declarados y, en menor medida, contratan seguros privados. Los fondos de aseguramiento de la salud incluyen recursos captados por el Seguro Social y seguros privados. Si bien la cooperación financiera externa representa solo 2%, resulta cualitativamente importante en el diseño y ejecución del proceso de reforma, por lo cual reviste valor estratégico. Esta característica puede tornarse vulnerable si las reformas no se hacen sustentables con fondos públicos.

En 1998 la distribución del gasto según los diversos prestadores situó al Ministerio de Salud en el primer lugar debido a ingresos adicionales de los hogares por vía de aranceles y fondos externos. El rubro farmacia agrupa la venta de medicamentos efectuada fuera del establecimiento de un prestador. Buena parte de este rubro representa la compra directa en farmacia, un gasto no intermediado por el prestador. Desde 1993 el gasto público del Ministerio de Salud presenta tendencia creciente, aunque se estancó en los últimos años por la crisis fiscal resultante de la crisis política y de la recesión de la economía peruana. En cuanto a su composición, en 1998 el gasto corriente representó 95% del gasto total en salud y la inversión el 5% restante. Los insumos médicos y los medicamentos absorbieron 32% del total.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

En 1998–1999 se desarrollaron 102 proyectos para la salud financiados por la cooperación técnica internacional, por un monto total de US\$ 452 millones. La Agencia de los Estados

Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) aportó 63,3% de esos fondos, seguida por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) con 8,2%, UNICEF con 5,6%, Alemania con 4,3% y Japón con 3,7 por ciento.

FIGURA 1. Producto interno bruto per cápita, Perú, 1990–2000.

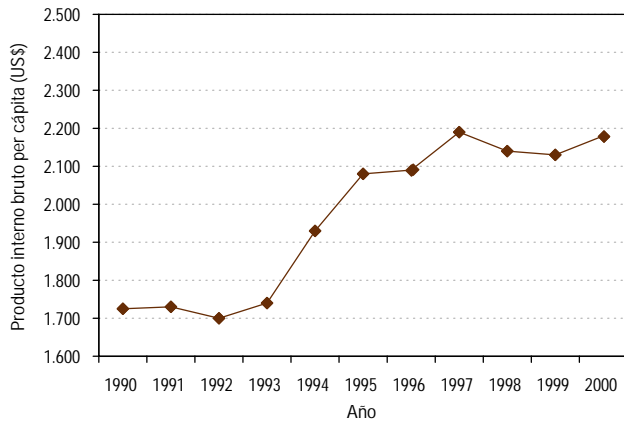


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Perú, 2000.

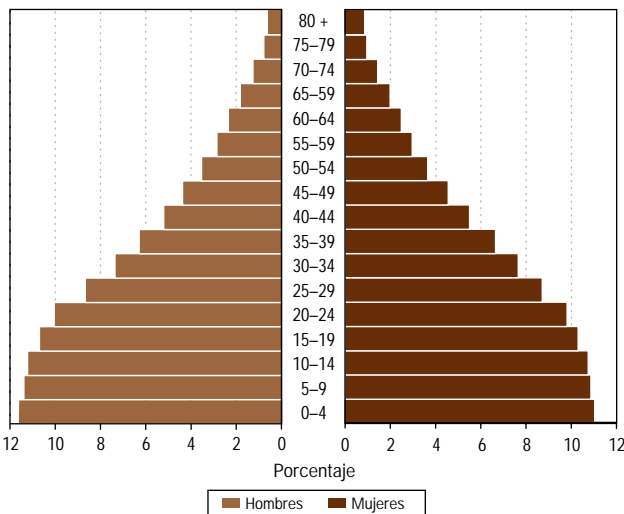


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Perú, 1987 y 1997.

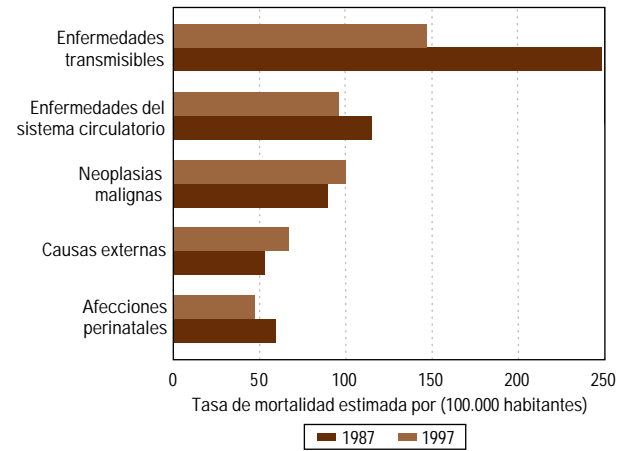
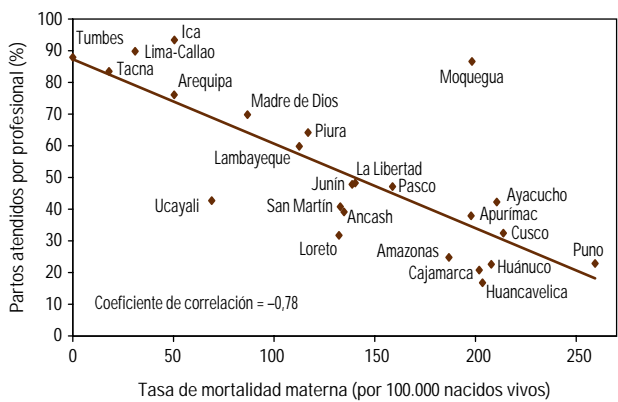


FIGURA 4. Partos atendidos por profesional^a y mortalidad materna, Perú, 2000.



^aMédico o partera.
Fuentes: MINSA/OG.E. Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, 2000. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2000, Lima, 2001.

PUERTO RICO

CONTEXTO GENERAL

La isla de Puerto Rico es la más oriental y pequeña de las Antillas Mayores. Además de la isla principal, incluye las islas de Vieques, Culebra y Mona, así como varios islotes. Está localizada en el Caribe al este de la República Dominicana y al oeste de las Islas Vírgenes Británicas. Tiene una superficie de 9.104 km², con una población de 3,8 millones de habitantes. La altura máxima del país es Cerro Punta (1.336 m), y está rodeada de llanos costeros. La isla está dividida en 78 municipios y la capital, San Juan, está localizada en la costa noreste.

Como resultado de la guerra hispanoamericana de 1898, Puerto Rico se convirtió en un territorio no incorporado de los Estados Unidos Americanos; en 1917, el Congreso de este país concedió la ciudadanía estadounidense a los puertorriqueños, quienes en 1952 aprobaron la Constitución que establece un gobierno propio en asuntos exclusivamente locales, conforme a la Constitución federal estadounidense. El gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está compuesto por las ramas legislativa, ejecutiva y judicial.

Según los datos suministrados por la Junta de Planificación, la economía de Puerto Rico mantuvo un ritmo de crecimiento sostenido durante el año fiscal 2000, cuando el producto interno bruto (PIB) totalizó US\$ 63,1 millones. Sin embargo, aunque el PIB aumentó \$3,1 millones (5,2%), hubo una desaceleración en la producción ya que en el año fiscal 1999 el aumento fue de \$5,9 millones (10,9%) (figura 1). Esta reducción se atribuye al sector manufacturero, que representó 43,5% del total y solo creció 3%, después de un alza significativa de 15,9% en el año fiscal 1999. El sector de finanzas, seguros y bienes raíces, con una participación de 14,1% del PIB, mostró una desaceleración de 19,7% en relación con el año anterior. El sector comercio, que constituyó 13,4% del total, tuvo un incremento en el PIB de 6,9%, menor que el alcanzado en 1999 (8,4%). El sector gobierno redujo su PIB en 0,9% en el año 2000 y en 1999 registró un crecimiento de 5,2%. La baja en el PIB del sector gubernamental se debió a que el PIB del Gobierno del Estado Libre Asociado se redujo en 1,9%; el cese de operaciones de la Administración de Facilidades de

Salud contribuyó a esta reducción. Los demás sectores industriales registraron crecimientos que superaron a los de 1999. Entre estos se destaca el sector agrícola, que registró un incremento de 34% en el PIB, después de la reducción de 23% en 1998 como producto de los daños ocasionados por el huracán Georges.

Según la Encuesta de Vivienda del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos de Puerto Rico, en 2000 estuvieron empleadas en promedio 1.159.000 personas de 16 años y más. Estos empleados representaron 89% de la población económicamente activa, con una participación de los hombres de 58%. En el mismo año hubo un aumento de 12.000 personas empleadas (1,0%) en relación con 1999, principalmente en el número de hombres. En el año fiscal 2000 hubo 144.000 desempleados, lo que representó una reducción de 11,7% en relación con 1999. Esto resultó en una tasa de desempleo de 11% (12,5% para los hombres y 8,8% para las mujeres) y una reducción de 1,5 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Las tasas de desempleo más altas se presentaron en los grupos más jóvenes: 27% en el grupo de 16 a 19 años; 12% en el de 25 a 34 años y 6% de 55 a 64 años.

La distribución del empleo de acuerdo con la ocupación muestra que las categorías de profesionales, gerentes, técnicos, vendedores y relacionados, representaron en conjunto 54% del total. A partir del año fiscal 1980, este grupo creció a una tasa promedio anual de 3,1%. Las ocupaciones constituidas por artesanos, capataces, obreros, de servicios y otros relacionados, crecieron en forma moderada desde el año fiscal 1980. En el caso de los trabajadores agrícolas y obreros de trabajo general, los niveles del año 1999–2000 no se diferencian mucho de los años anteriores; por ejemplo, los trabajadores agrícolas, que en el año fiscal 1980 representaban 4,9% del total, disminuyeron a 3% en el año fiscal 2000.

El último censo nacional se realizó en abril de 2000 y la población total fue de 3.808.100 habitantes, 8,1% más que en el censo de 1990. La tasa promedio anual de crecimiento de la población para el período de 1990–2000 fue de 0,8%, pero en ese período se redujo 19%. Se espera que durante los próximos años el ritmo de crecimiento de la población de la isla continúe su ruta descen-

dente, de no registrarse cambios extraordinarios en los movimientos migratorios hacia Puerto Rico.

La densidad poblacional en 1990 era de 397 habitantes por km² y en el 2000, de 429 habitantes por km². En el año 2000, los municipios con mayor densidad poblacional fueron San Juan, capital de Puerto Rico (3.509 habitantes por km²) y Cataño (2.406 habitantes por km²); los municipios con la menor densidad poblacional fueron Maricao (68 habitantes por km²) y la isla de Culebra (62 habitantes por km²). En el mismo año, 39% de la población residía en la región nordeste.

Durante los años setenta y ochenta el balance neto migratorio fue negativo; es decir, salieron del país más individuos de los que entraron. Sin embargo, durante la década de los noventa la llegada de personas superó los movimientos poblacionales hacia el exterior de la isla y hubo un balance neto positivo de aproximadamente 31.000 personas al año, en promedio; el balance neto migratorio positivo fue de 39.143 en 1997 y de 22.508 en 1999. La mayoría de los que ingresaron había vivido anteriormente en Puerto Rico por un intervalo de 1 a 5 años y había nacido en Puerto Rico, seguidos por los que nacieron en los Estados Unidos. Las mujeres que regresaron a la isla pertenecían mayormente al grupo de amas de casa, siguiéndole a esta categoría los profesionales, técnicos y trabajadores afines; los propietarios, administradores y oficiales; las ocupaciones clericales, y los vendedores. Los varones en cambio tendieron a concentrarse en las ocupaciones que incluyen los artesanos capataces y trabajadores afines, los operarios y los obreros no agrícolas. Las ocupaciones agrícolas las constituyen los agricultores y administradores de fincas, así como los capataces y obreros agrícolas. El motivo principal para regresar a Puerto Rico fue el de buscar trabajo, lo que contrasta con el hecho de que la mayoría de los varones se encontraba trabajando antes de inmigrar.

La mediana de edad de la población aumentó 13% entre 1990–2000, de 28 a 32, lo que muestra una transformación en la estructura de edad de la población hacia edades mayores. Se estima que en el período 1990–2000 el número de personas entre 65 y 74 años aumentó 11% y en el grupo de 75 y más años, 23%. En 2000, 11% de la población tenía 65 y más años, y 24% correspondió a los menores de 15 años (figura 2). La esperanza de vida al nacer para ambos sexos en 1990 era de 74,1 (78,5 para las mujeres y 69,7 para los hombres) y en 1998 aumentó a 75,2 (79,3 para las mujeres y 71,4 para los hombres).

Mortalidad

La tasa de mortalidad general aumentó levemente de 7,4 por 1.000 habitantes en 1990 a 7,5 por 1.000 en 1999, lo que probablemente se explique por el envejecimiento de la población. En el mismo período, el número de defunciones aumentó 12%. En 1999 murieron 29.145 personas (16.554 hombres y 12.591 mujeres). En ese mismo año, las enfermedades del corazón fueron la primera causa de muerte (tasa de 139 por 100.000 habitantes),

pero disminuyeron 10% con respecto a 1997. En cifras absolutas, las enfermedades del corazón continúan siendo la primera causa de muerte; en 1999 murieron 5.364 personas por este grupo de causas (154 por 100.000 en hombres y 125 por 100.000 en mujeres). En conjunto, las enfermedades cardiovasculares (incluidas las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad hipertensiva y la aterosclerosis) causaron 29% del total de defunciones. Las neoplasias malignas fueron la segunda causa de muerte (115 por 100.000 habitantes) y disminuyeron 3,2%, en comparación con 1997. En las mujeres la tasa de mortalidad por neoplasias malignas fue 92 por 100.000; las más frecuentes fueron de mama (6,5%) y de colon (3,5%). En los hombres, la mortalidad por esta causa fue 139 por 100.000; el cáncer más frecuente fue el de próstata (10%), seguido por el de tráquea, bronquios y pulmón (9%). Al igual que en años anteriores, la diabetes mellitus ocupó el tercer lugar, con una tasa de 56 por 100.000; las enfermedades hipertensivas (4,1 por 100.000) y los accidentes (32 por 100.000), ocuparon el cuarto y quinto lugar, respectivamente.

El análisis de la mortalidad por grandes grupos de causas según edad y sexo (figura 3) muestra que en los hombres la mayor tasa correspondió a enfermedades del sistema circulatorio (246 por 100.000 en 1999 y 273 por 100.000 en 1990). En ambos años el mayor número de muertes por esta causa se registró en el grupo de 85 y más años. Las neoplasias malignas ocuparon el segundo lugar, con una tasa de 145 por 100.000 en 1999 y 143 por 100.000 en 1990. En 1999 la mayoría de las muertes por esta causa se registró en el grupo de 85 y más años, mientras que en 1990 correspondieron al grupo de 75 a 79 años. En tercer lugar estuvieron las causas externas con 105 y 111 por 100.000 en 1999 y 1990 respectivamente; en ambos años el mayor número de muertes por esta causa ocurrió en el grupo de 20 a 24 años. En cuarto lugar se ubicaron las enfermedades transmisibles, con una tasa de 55 por 100.000 y de 75 por 100.000 en 1990. En ambos años el mayor número de muertes se registró en el grupo de 30 a 34 años. Ocuparon el quinto lugar las afecciones originadas en el período perinatal, con una tasa de 11 por 100.000. Entre las mujeres, en los mismos años el patrón fue igual que el de los hombres con excepción de las causas externas que ocuparon el cuarto lugar, mientras que en los hombres esta causa ocupó el tercer lugar.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

La mortalidad infantil presentó una tendencia a la disminución, de 13,4 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 10,6 por 1.000 nacidos vivos en 1999. Según el censo de 2000, la población de me-

nores de 5 años era de 295.406 (razón hombre/mujer = 0,95), lo que representaba 7,8% del total de la población. En 1999 se produjeron 632 defunciones en menores de 1 año (10,6 por 1.000 nacidos vivos). La tasa de mortalidad neonatal fue de 7,3 por 1.000 nacidos vivos y la posneonatal, de 3,2 por 1.000 nacidos vivos. Los desórdenes relacionados con una gestación corta y con la malnutrición fueron la primera causa de mortalidad infantil (160 por 100.000 nacidos vivos); las anomalías congénitas ocuparon el segundo lugar (130 por 100.000 nacidos vivos); la sepsis bacteriana y el síndrome de dificultad respiratoria fueron la tercera causa, ambos con una tasa de 90 por 100.000 nacidos vivos; otras afecciones respiratorias sin especificar (40 por 100.000 nacidos vivos) y enfermedades del sistema circulatorio (30 por 100.000 nacidos vivos), estuvieron en cuarto y quinto lugar, respectivamente. En el grupo de 1 a 4 años las muertes registradas en 1999 representaron 11% del total de defunciones y los accidentes fueron la causa principal.

Por otra parte, según datos del Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Infantil, durante el período 1993–1997 se observaron fluctuaciones en la tasa de mortalidad infantil; sin embargo, la tendencia fue descendente con 15,7% de reducción durante el quinquenio. La reducción se observó en ambos componentes de la mortalidad infantil; la tasa de mortalidad neonatal se redujo de 9,7 a 8,1 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos, lo que representa 12,5% de reducción en el período, y la tasa de mortalidad posneonatal se redujo 12,3%.

En 1997 la tasa de mortalidad infantil según el plan de salud de la madre fue la siguiente: plan privado, 8 por 1.000 nacidos vivos; plan de reforma, 11,9 por 1.000 y Medicaid, 15,5 por 1.000 (1,9 veces más alta que en el plan privado). La tasa de mortalidad neonatal fue de 5,7 por 1.000 nacidos vivos en el plan privado; 8,9 en el de reforma y 10,9 en el de Medicaid. La mortalidad posneonatal fue de 2,3 por 1.000 nacidos vivos en el plan privado; 3,0 en el de reforma y 4,6 en el de Medicaid.

En 1999, las desigualdades por municipio en las muertes infantiles no fueron muy marcadas, con un índice de Gini de 0,18. De este mismo análisis se desprende que 50% de las muertes infantiles ocurrieron en 38% de los nacidos vivos.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

En el censo de 2000 se informó una población de 5 a 9 años de 305.162 (8% del total de la población), con una razón hombre/mujer de 1,04. En 1999, la tasa de mortalidad para este grupo de edad fue de 21 por 100.000. Los accidentes constituyeron la primera causa de muerte, con una tasa de 6 por 100.000, seguidos por las neoplasias malignas y las anomalías congénitas, ambas con una tasa de 3 por 100.000.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

Según el Censo de Población de 2000, la población de adolescentes de 10 a 19 años representó 16,2% del total, con una razón hombre/mujer de 1,04. El grupo de 10 a 14 años correspondió a

8% de la población y el de 15 a 19 años, 8,2%. En 1999, la tasa de mortalidad general en el grupo de 10 a 14 años fue 0,22 por 1.000 y en el grupo de 15 a 19 años, de 0,83 por 1.000. Las dos causas principales de muerte para la población de 10 a 14 años fueron todos los accidentes (6,4 por 100.000) y las neoplasias (3,2 por 100.000). En la población de 15 a 19 años, las dos causas principales de muerte fueron los homicidios (34 por 100.000) y los accidentes (27 por 100.000).

Los hallazgos de la encuesta de conductas de riesgo en adolescentes de noveno a duodécimo grado de las escuelas públicas de Puerto Rico, realizada por los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), muestran que el porcentaje de estudiantes entre 9.º y 12.º grado sexualmente activos disminuyó de 36% en 1995 a 31% en 1997. En 1997, 7% había tenido cuatro o más parejas sexuales y solo 34% había utilizado condones durante la última relación sexual. Con referencia al uso de alcohol y drogas, 63% informó beber alcohol, 15% usar marihuana y 2%, cocaína. El número de los que informaron haber portado un arma en el mes anterior disminuyó de 16% en 1995 a 14% en 1997; los que informaron portar una pistola frecuentemente disminuyeron de 8% en 1995 a 7% en 1997. En 1995, 31% informó haber participado en una pelea física en el último año y 18% intentó suicidarse, cifras que en 1997 disminuyeron a 26% y 11% respectivamente.

En 1997 y 1999, 20% de los nacimientos correspondieron a madres adolescentes. En 1999, 3% correspondió a madres menores de 15 años y 97% a madres de 15 a 19 años de edad. Del total de nacidos vivos de madres adolescentes, 73% correspondió a madres solteras; 2% de los hijos de madres adolescentes presentaron muy bajo peso al nacer (<1.500 g) y 14%, bajo peso (<2.500 g).

La salud de la población adulta (20–59 años)

En 1999, 62% de la población tenía entre 15 y 59 años; de ellos, 48% eran hombres y 52% mujeres. Del total de muertes registradas en 1999, 24% se presentaron en la población de 15 a 59 años de edad, con una tasa de 2,9 por 1.000. En el grupo de 15 a 24 años la tasa de mortalidad fue de 1,1 por 1.000; de estas muertes, 46,4% fueron por homicidios y 29%, por accidentes. En el grupo de 25 a 49 años de edad, la tasa de mortalidad fue de 2,5 por 1.000 (3,8 por 1.000 en hombres y 2,5 por 1.000 en mujeres). Las principales causas de muerte en los hombres de 25 a 29 años de edad fueron los homicidios y los accidentes, mientras que en las mujeres fueron los accidentes y las neoplasias malignas. Entre los hombres de 30 a 39 años, las principales causas de muerte fueron los accidentes y los homicidios; entre las mujeres, las neoplasias malignas y los accidentes. En el grupo de 40 a 44 años, el SIDA y los accidentes fueron las primeras causas de muerte en los hombres; en las mujeres, las neoplasias malignas y el SIDA. En los hombres de 45 a 49 años, las principales causas de muerte fueron las neoplasias malignas y las enfermedades del hígado; en las mujeres, las neoplasias malignas y las enfermedades del corazón. Las principales

causas de muerte en ambos sexos en el grupo de 50 a 59 años fueron las enfermedades del corazón y las neoplasias malignas.

En 1999 hubo 59.684 nacimientos, 99% de los cuales correspondieron a madres de 15 a 49 años. La tasa de natalidad se redujo de 18 por 1.000 habitantes en 1997 a 15 por 1.000 habitantes en 1999. Los datos disponibles en cuanto a la tasa específica de fecundidad, revelan una trayectoria descendente durante las últimas décadas en todos los grupos de edad de la madre. Entre 1997 y 1999 es más notorio el descenso en el grupo de 25 a 29 años, con una reducción de 10%; por el contrario, en el grupo de 35 a 39 se registró la menor reducción (1,8%) para ese mismo período. De igual manera, la tasa global de fecundidad muestra una tendencia descendente de 2,0 hijos por mujer en 1997 a 1,9 hijos por mujer en 1999. La mayor cantidad de los nacimientos registrados en 1999 fue en el grupo de madres de 20 a 24 años, con una tasa específica de fecundidad de 111. El inicio tardío del cuidado prenatal (tercer trimestre) se incrementó de 2,2% en 1990 a 2,7% en 1999, mientras que el número de mujeres que no recibió cuidado prenatal alguno disminuyó de 1,2% en 1990 a 0,9% en 1999.

La tendencia de la tasa de mortalidad materna muestra un patrón fluctuante de 19,5 por 100.000 nacidos vivos en 1990, que disminuyó a 13,8 por 100.000 en 1993 y ascendió a 18,4 en 1999. En 1999, la tasa de mortalidad materna fue de 18 por 100.000 nacidos vivos y 4 de las 11 muertes maternas fueron en el grupo de edad de 25 a 29 años. La encuesta más reciente de salud reproductiva se realizó de noviembre de 1995 a julio de 1996 en una muestra representativa de 5.944 mujeres de 15 a 49 años de edad; los resultados revelaron que 1 de cada 4 (23%) no utilizaba métodos anticonceptivos. Los tres métodos más empleados fueron la esterilización femenina (45%), 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%); 6,2% de las mujeres entrevistadas usaba algún método natural.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Según datos de la Junta de Planificación, 14% de la población de Puerto Rico tenía 60 y más años en 1999, de los cuales 44% eran hombres y 56% mujeres. En ese mismo año la tasa de mortalidad para este grupo de edad fue de 3.971 por 100.000. Las principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón (997 por 100.000 en hombres y 746 por 100.000 en mujeres); las neoplasias malignas (869 por 100.000 en hombres y 441 por 100.000 en mujeres), y la diabetes mellitus (360 por 100.000 en hombres y 320 por 100.000 en mujeres). Otras causas de muerte importantes fueron la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, la enfermedad hipertensiva, las enfermedades cerebrovasculares y la neumonía e influenza.

La salud de los trabajadores

En 1999 murieron 93 personas por accidentes ocupacionales, para una tasa de 2,4 por 100.000. El mayor número de muertes

por esta causa fue en el grupo de 50 a 54 años (10%). Asimismo, el mayor número de muertes por tipo de ocupación ocurrió en los operadores de máquinas de producción (19%) y en los artesanos (13%). En el año fiscal 1999–2000, la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, organismo responsable de proveer asistencia médica (incluso suministro de medicinas y hospitalización) a trabajadores que sufren accidentes o enfermedades ocupacionales, notificó 74.296 casos (44% en mujeres y 57% en hombres) de un total de 1.058.273 personas empleadas. De los casos notificados, 35% correspondió al sector público y 65% al privado. El monto de las compensaciones pagadas ascendió a US\$ 169,1 millones y se otorgaron 39.356 certificados de incapacidad, 1.022 (3%) de carácter permanente. Las lesiones que dieron lugar al mayor número de casos radicados fueron las contusiones (33%), las lesiones de la espalda (30%) y las heridas (18%).

La salud de los discapacitados

La Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos (OPPI) fue creada en 1985, con el propósito de servir como instrumento de coordinación para atender las necesidades de las personas con algún tipo de discapacidad. Para el año 2000 se estimó que había 153.598 personas con discapacidades visuales y 191.997 con problemas de desarrollo.

Datos obtenidos en centros pediátricos donde se atiende a niños con necesidades especiales de salud, muestran una disminución en la cantidad de menores de 21 años atendidos. En 1994–1995 recibieron atención 21.335 y 9.772 en 1999–2000; de estos últimos, 75% tenían 6 o menos años; 22% tenían de 6 a 17 años y 3%, 18 o más años.

Por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Las enfermedades infecciosas y parasitarias causaron 6% del total de muertes en 1999 y 7% en 1990. En 1999 la tasa de mortalidad fue de 43 por 100.000 habitantes (55 por 100.000 hombres y 31 por 100.000 mujeres). Las principales causas fueron la septicemia, que ocasionó 3% de las defunciones, y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que causó 2% de las muertes. En 1990 las principales causas de muerte fueron la infección por VIH/SIDA (4%) y la septicemia (2%).

En 1995 se confirmaron por laboratorio 2.046 casos de dengue y en 1996, 1.804. En el año 2000 se notificaron 2.543, de los cuales 807 resultaron positivos; se logró el aislamiento del virus en 270 de los casos, de los cuales 258 correspondieron a dengue-3, 8 a dengue-2 y 4 a dengue-1.

Enfermedades prevenibles por vacunación

En el año 2000 se notificaron 30 casos de tos ferina, 1 de sarampión, 4 de meningitis por *Haemophilus influenzae* y 313 de

hepatitis B; también se notificaron 2 defunciones por tétanos, ambas en hombres. En mayo de 2000, mediante un estudio realizado por la Sección de Vacunación, se encontró una cobertura anual de 88% en 1998 y mayor de 94% tanto en 1999 como en 2000 para la serie de vacunas DPT4, OPV3, Hib3 y MMR1 (figura 4). En los primeros meses del mismo año se hizo la transición de la vacuna de polio oral por la polio inyectable, la cual deja nulo el riesgo de contraer la enfermedad por la vacuna.

En enero de 1997 se volvió obligatorio vacunar contra la varicela a todos los niños a los 12 meses de edad. En junio de ese mismo año, el cumplimiento del esquema de vacunación se convierte en requisito para que los niños de 4 años ingresen a la escuela. Asimismo, desde enero de 2001 toda la población de 0 a 18 años de edad deberá tener tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B para poder ingresar en el sistema escolar de Puerto Rico. Además, también se incorporó al esquema de vacunación la nueva vacuna para el control de la pulmonía bacteriana (Pneumococcal Vaccine-Prevnar) en infantes de 2, 4, 6 y 15 meses de edad y en niños de 2 a 5 años con problemas de salud severos. Esto se logró gracias a una combinación de varias estrategias, entre las que se destacan: la colaboración del sector privado mediante el auspicio de campañas de promoción; puesta en marcha de sistemas de recordación para los padres; establecimiento de clínicas especiales de vacunación; creación del sistema electrónico de registro y seguimiento de los datos de vacunación de niños nacidos de 1992 en adelante; el componente de vacunación del Programa Federal de Alimentación Suplementaria a Madres, Infantes y Niños (WIC), que permite identificar la necesidad de vacunación de los participantes y el envío de los mismos a los centros de vacunación.

Enfermedades infecciosas intestinales

En 2000, la incidencia de infecciones intestinales por salmonela fue de 20 por 100.000 y la incidencia de shigelosis, de 1 por 100.000. En las últimas décadas no se han informado casos de cólera.

Enfermedades crónicas transmisibles

La tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó de 17 por 100.000 en 1997 a 9 por 100.000 en 1999. En 2000 se notificaron 174 casos de tuberculosis con una incidencia de 5 por 100.000 habitantes, lo que representa una disminución de casos de 15% en comparación con el año anterior. Desde 1997 disminuyeron los casos de tuberculosis cada año, y la reducción porcentual en las tasas de incidencia fue de 33% hasta 2000. La tasa de incidencia en hombres fue de 9 por 100.000 en 1997 y de 6 por 100.000 en 2000; en mujeres, fue de 5 por 100.000 en 1997 y 3 por 100.000 en 2000. En 2000, la distribución de los casos por grupos de edad mostró la mayor tasa (1,6 por 100.000) en el grupo de 25 a 44 años. La localización de la enfermedad fue pulmonar en 90% de los casos en 1996 y en 86% en 2000. Entre 1998 y 2000 aumentó el porcentaje de casos de tuberculosis en perso-

nas infectadas por VIH. En 1998, 27% de los casos de tuberculosis tenían SIDA, mientras que en el año 2000, 26% de los casos de tuberculosis tenían SIDA.

Rabia

Durante el año fiscal 1999–2000, la Secretaría Auxiliar de Salud Ambiental informó que se notificaron 8.245 mordeduras de animales. Se examinaron 202 animales (51% perros, 13% gatos, 31% mangostas y 5% otros animales, de los cuales 37% resultaron positivos a rabia. Pese a estas cifras, no se han registrado casos de rabia humana durante las tres últimas décadas. En 1999 se vacunó contra la rabia a 1.001 animales y se administraron 749 dosis de vacuna antirrábica para humanos.

VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual

La tasa de incidencia de SIDA disminuyó 23% entre 1990 y 2000, con tasas de 54 y 24 por 100.000 habitantes respectivamente (figura 5). En 1994, el SIDA ocupaba el cuarto lugar como causa de defunción y en 1999 descendió al decimotercero. En este último año se produjeron 610 muertes por SIDA (75% en hombres), para una tasa de 16 por 100.000 habitantes. Al 30 de abril de 2001 se habían confirmado 25.920 casos de SIDA, de los cuales habían muerto 16.301 (63%). Del total de casos diagnosticados, 25.525 eran adultos y adolescentes y 395 eran niños; 44% tenían entre 30-39 años y 25%, entre 40-49 años. El mayor factor de riesgo en los hombres fue el consumo de drogas (55%) y en las mujeres, el contacto heterosexual (59%).

Las tasas de incidencia de sífilis primaria y secundaria se incrementaron 21% entre 1999 y 2000 (3,8 y 4,6 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). La tasa de incidencia de gonorrea registró un incremento de 35% entre 1999 y 2000 (8 y 14 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). En 2000 se notificó casi el doble de infecciones por clamidia (71 casos por 100.000 habitantes) en comparación con 1999 (37 casos por 100.000 habitantes).

Enfermedades nutricionales y del metabolismo (diabetes mellitus)

La mortalidad por diabetes mellitus aumentó 17% entre 1990 y 1999; en 1999 fue la tercera causa de mortalidad, con una tasa de 56 por 100.000 habitantes (55 por 100.000 en las mujeres y 58 por 100.000 en los hombres). En ese mismo año la enfermedad comenzó a aparecer entre las primeras cinco causas de muerte en las mujeres de 50 a 54 años (20 por 100.000 habitantes) y presentó la mayor cantidad de defunciones en el grupo de 75 a 79 años (386 por 100.000). En los hombres de 55 a 59 años apareció entre las primeras cinco causas de muerte (117 por 100.000 habitantes) y el mayor número de defunciones fue en el grupo de 70 a 74 años (411 por 100.000).

Según datos del sistema de vigilancia de factores de riesgo del comportamiento (Behavioral Risk Factor Surveillance System) de Puerto Rico, la prevalencia de diabetes diagnosticada dismi-

nuyó de 11% en 1997 a 8,5% en 2000. En el mismo período la disminución en los hombres fue de 9,9% a 8,7% y en las mujeres, de 11% a 8,4%. En ambos años la prevalencia más alta correspondió al grupo de 65 y más años (25% en 1997 y 25% en 2000). Por otra parte, con datos provenientes del mismo sistema de vigilancia, en 1999 se efectuó un estudio para estimar la prevalencia ponderada de diabetes mellitus notificada por los mismos enfermos, así como identificar los factores determinantes asociados con la enfermedad en Puerto Rico. Se encontró una prevalencia de 9,6%, más alta entre individuos de edad avanzada, del sexo femenino, con bajo ingreso económico y bajo nivel de escolaridad, desempleados y cubiertos por un plan de salud. En los menores de 65 años se encontraron asociaciones significativas de la diabetes con presión alta, nivel alto de colesterol, obesidad y bajo nivel educativo; en los mayores de 65 años la única característica asociada significativamente con la diabetes fue pertenecer al sexo femenino. En el mismo estudio se encontró que 35% eran dependientes de insulina; 57% la usaban una vez al día; 14% medían su nivel de glucosa en sangre entre 1 y 3 veces al día; 18% habían escuchado sobre la prueba de hemoglobina glicosilada y de estos 72% se hicieron la prueba entre una y seis veces durante el año anterior al estudio. Alrededor de 42% informaron que durante el último año sus pies fueron examinados y 54% tuvieron un examen de fondo de ojo.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en Puerto Rico. La tasa de mortalidad por esta causa se incrementó de 205 por 100.000 en 1997 a 218 por 100.000 habitantes en 1999, año en el que representaron 29% del total. Las enfermedades del corazón presentaron la tasa de mortalidad más alta (139 por 100.000 habitantes), que en los hombres fue de 154 por 100.000 y en las mujeres, de 125 por 100.000. La enfermedad isquémica del corazón fue la que más muertes ocasionó en ambos sexos, con una tasa de 90 por 100.000 en hombres y 67 por 100.000 en mujeres. Las enfermedades del corazón comienzan a ser la primera causa de muerte en los hombres de 50 a 54 años y en las mujeres de 65 y más años.

Neoplasias malignas

En 1999, las neoplasias malignas fueron la segunda causa de muerte en Puerto Rico. La tasa de mortalidad por esta causa descendió de 118 por 100.000 en 1997 a 115 por 100.000 en 1999. Las neoplasias de órganos digestivos, genitourinarios y respiratorios en conjunto representaron 66% del total de defunciones por esta causa. La localización más frecuente fue en los órganos digestivos y el peritoneo, con una tasa de 37 por 100.000; de estos, 28% correspondió a los tumores de colon (13 por 100.000 en hombres y 8 por 100.000 en mujeres). En segundo lugar se ubicaron las neoplasias de órganos genitourinarios, con una tasa de 21 por 100.000 (63% en hombres y 38% en mujeres; la localización más frecuente en los hombres fue la próstata (24 por 100.000) y en las mujeres,

los ovarios (4 por 100.000). El tercer lugar lo ocuparon las neoplasias de órganos respiratorios e intratorácicos, con una tasa de 17 por 100.000; dentro de estos, las neoplasias de la tráquea y del pulmón registraron las mayores cifras (22 por 100.000 en hombres y 9 por 100.000 en mujeres). Las neoplasias malignas constituyeron la primera causa de mortalidad en las mujeres de 35 a 64 años, y la segunda causa de 65 años en adelante; en los hombres representan la segunda causa de defunción desde los 50 años.

Accidentes y violencia

Los accidentes fueron la cuarta causa de defunción en 1997 (42 por 100.000 habitantes), mientras que en 1999 descendieron al quinto lugar (33 por 100.000); en los hombres disminuyeron de 64 por 100.000 en 1997 a 53 por 100.000 en 1999 y en las mujeres, 21 por 100.000 a 14 por 100.000. En 1999, 48% de las defunciones por accidentes fueron a consecuencia de accidentes de transporte por vehículos de motor, de los cuales 22% afectaron al grupo de 15 a 24 años y 23%, al de 25 a 34 años. Los homicidios fueron la duodécima causa de defunción en 1999, con una tasa de 19 por 100.000 (34 por 100.000 en los hombres y 3 por 100.000 en las mujeres). Del total de los homicidios registrados, 89% fueron por arma de fuego (94% de estos en los hombres) y 63%, entre 15 y 29 años (92% en hombres). La tasa de mortalidad por suicidio registrada en 1999 fue 8 por 100.000 (14 por 100.000 en los hombres y 2 por 100.000 en las mujeres). Las tasas más altas de suicidios se registraron en el grupo de 65 y más años (35 por 100.000); en el de 20 a 64 (22 por 100.000), y en el de 10 a 19 años (4 por 100.000). El procedimiento más frecuente fue el ahorcamiento (62%), seguido por las armas de fuego (19%).

Salud mental

La tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento disminuyó de 12 por 100.000 en 1990 a 11 por 100.000 en 1999 (18 por 100.000 en hombres y 4 por 100.000 en mujeres). En 1999, los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas representaron 78% del total; de estos, los debidos al uso de alcohol representaron 66% (13 por 100.000 en hombres y 1 por 100.000 en mujeres).

La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción prestó 54.018 servicios integrados de tratamiento y recuperación en el año fiscal 1999–2000; de estos, 83% fueron en hombres y 17% en mujeres. Entre los servicios prestados, hubo 5.396 intervenciones por problemas de abuso del alcohol, 96% en hombres. Se encontró que, por lo general, las personas evaluadas en estos servicios están casadas, tienen empleos de tiempo completo y entre 25 y 54 años de edad. En el grupo de 35 a 44 años se encontró el mayor porcentaje de hombres en tratamiento (33%), seguido por los grupos de 45 a 54 años (24%) y de 25 a 34 años (22%); estos tres grupos representaron 83% de todos los casos atendidos, 95% de los cuales eran hombres. Los grupos de edad en ambos sexos con mayor consumo de alcohol fueron de 45 a 54 años (41%), de 35 a 44 (35%) y de 25 a 34 años (18%).

En 1999–2000 hubo 65.337 intervenciones por problemas de drogadicción (78% en hombres y 22% en mujeres). Entre las características de las personas evaluadas en estos servicios, se encontró que 51% tenían entre 10 y 12 años de escolaridad, 43% eran solteros y 49% eran empleados de tiempo completo. La distribución de hombres en tratamiento por grupos de edad fue 24% de 18 a 20 años; 27% de 21 a 24 años, y 27% de 25 a 34; de la totalidad de los casos atendidos, 92% correspondió a hombres. En ambos sexos, el grupo de 25 a 34 años de edad fue el de mayor consumo de drogas (34%); le siguieron los grupos de 35 a 44 años (22%) y de 21 a 24 años (17%).

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Gobierno de Puerto Rico inició en 1993 el proceso de reforma de salud, mediante un nuevo modelo de prestación de servicios médicos basado en la integración de los sistemas de salud biomédicos y biosociales. Los principios básicos de la reforma se orientaron a vigilar la prestación de servicios de salud por entidades públicas y privadas; eliminar la discriminación en la atención médica, asegurando el acceso de todo puertorriqueño a servicios de calidad; aumentar la eficiencia y la productividad del sector mediante servicios de salud administrados por terceros (cuidado dirigido), y redefinir la función gubernamental en términos de proveedor directo de servicios médicos a la población indigente.

Como parte del proceso de reforma, se promulgaron nuevas leyes y otras se modificaron o derogaron. Entre las leyes promulgadas están la Ley para Reglamentar el Proceso de Privatización de Instalaciones de Salud Gubernamentales y la Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico. La Ley 26, por la que se creó la Administración de Facilidades y Servicios de Salud de Puerto Rico en 1976, fue derogada en agosto de 1998 a fin de disolver la entidad jurídica e integrar sus poderes y facultades al Departamento de Salud.

En el marco jurídico mencionado, el Departamento de Salud delegó la administración y prestación de servicios directos, manteniendo la responsabilidad de velar por la prestación de servicios de salud, tanto en el sector público como en el privado.

El sistema de salud

Las instituciones públicas del sector salud en Puerto Rico forman parte del Departamento Sombrilla de Salud. Este Departamento está compuesto por el Departamento de Salud, que reglamenta y supervisa la prestación de servicios de salud por las entidades privadas; la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, que proporciona servicios de atención médica, emite certificados de registro para la fabricación, distribución y despacho de sustancias controladas y otorga las li-

cencias tanto para las instituciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de adictos a drogas y alcohol, como para los hogares sustitutos para enfermos mentales; la Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico, que se encarga de la prestación de servicios de salud, la educación y la investigación; la Corporación del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe, cuyo propósito es proporcionar los tratamientos más avanzados a los pacientes cardiovasculares de Puerto Rico y de las islas del Caribe, así como fomentar la enseñanza, la investigación y el desarrollo de los profesionales de la salud en esta área de especialización; por último, el Programa de Salud Correccional, que tiene la misión de prevenir, restaurar y mantener la salud física, dental y mental de la población penitenciaria bajo la custodia de la Administración de Corrección.

En 1996, con la reforma de salud fue creada la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico como una corporación pública con personalidad jurídica independiente. Está encargada de negociar y contratar seguros de salud de calidad para sus asegurados, particularmente para los indigentes; también debe establecer mecanismos de control dirigidos a evitar un alza injustificada en los costos de los servicios de salud y en las primas de los seguros.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

La Secretaría Auxiliar de Promoción y Protección de la Salud es responsable de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Entre las actividades realizadas en el año fiscal 1999–2000, se destacan la integración de las secciones de educación en salud y prevención de VIH/SIDA; el inicio de un proyecto para la prevención de la transmisión perinatal del VIH, así como para la detección de sífilis y VIH/SIDA en mujeres de edad reproductiva, con énfasis en usuarias de drogas inyectables, trabajadoras sexuales e inmigrantes ilegales en municipios seleccionados; la disminución de aproximadamente 50% en la incidencia de casos de defectos de tubo neural, con la campaña de ácido fólico; la inclusión de la condición de labio o paladar hendido en el Registro de Condiciones Congénitas, y la elaboración del Plan Estratégico 2000–2005 para la Promoción de Lactancia Materna en Puerto Rico.

Por otra parte, se realizan programas de prevención específica tales como educación a jóvenes diabéticos en campamentos de verano y conferencias sobre el control y los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. También hay programas de detección precoz de enfermedades, como el tamizaje de hipertensión arterial en la comunidad y las clínicas de diagnóstico de cáncer en la Región Norte de la Isla, en colaboración con las aseguradoras de la reforma de salud. La División de Madres, Niños y Adolescentes realiza visitas domiciliarias en las que proporciona servicios a niños y embarazadas.

Vigilancia epidemiológica

El sistema de vigilancia funciona mediante la notificación de enfermedades por parte de médicos, hospitales y laboratorios, tanto del sector público como privado. La información fluye a través de una red de información desde el nivel local al regional (en donde se dispone de una enfermera epidemióloga y un epidemiólogo); después pasa a la División de Epidemiología del nivel central y, finalmente, a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos.

El sistema de vigilancia consta de una fase de vigilancia activa y otra pasiva. La primera se lleva a cabo mediante un informe telefónico semanal en el caso de 17 enfermedades que pudieran ser causa de brotes, o diariamente para cualquier situación de urgencia. En el sistema de vigilancia pasiva, los epidemiólogos regionales registran semanalmente los datos de las enfermedades transmisibles (excepto rabia animal); también se incluye información sobre tuberculosis e infecciones de transmisión sexual que se reciben de los programas respectivos.

Prevención y control de la calidad del ambiente

Varias agencias, corporaciones y organismos públicos tienen a su cargo la reglamentación y fiscalización de las actividades relacionadas con la protección del ambiente. La Junta de Calidad Ambiental ha establecido por 30 años la política pública que rige a Puerto Rico, con el apoyo del Departamento de Recursos Naturales y la Agencia para la Protección del Medio Ambiente de los Estados Unidos (EPA).

Como parte de la Política Pública Ambiental de Puerto Rico se elaboraron leyes y reglamentos entre los que se destacan la Ley del Fondo de Emergencias Ambientales; la Ley para el Fomento de la Reducción de los Desperdicios Peligrosos; el Reglamento para el Control de la Contaminación Atmosférica; el Reglamento sobre Estándares de Calidad de Agua, y el Reglamento para el Control de la Contaminación por Ruido. Asimismo, en 1999 se aprobó el Reglamento para el Proyecto de Permisos y Certificación de Pintura con Base de Plomo y el Reglamento para el Proceso de Presentación, Evaluación y Trámites de Documentos Ambientales.

La Autoridad de Desperdicios Sólidos es una corporación pública facultada para proporcionar asistencia técnica y económica a los gobiernos municipales acerca del manejo y la disposición adecuada de los residuos sólidos. De acuerdo con estimaciones de esa dependencia, en 1998 se generaron casi 2.374.690 toneladas de residuos sólidos en la isla; de estas, gran parte se dispuso en vertederos municipales y solo 18% se recuperó para su reciclado.

La Autoridad de Acueductos y Alcantarillados de Puerto Rico está sujeta a todas las normas relativas a la calidad del agua dictadas por la EPA. Para octubre de 1999, 3.196.000 personas contaban con conexión domiciliar de agua potable. Asimismo, 1.674.000 personas tenían conexión domiciliar con el sistema de la red de alcantarillados. El número típico de horas por día de suministro de agua potable en zonas urbanas informado por la

Autoridad de Acueductos y Alcantarillados es de 24 horas. El porcentaje de sistemas de agua potable que usa la desinfección en las zonas urbanas es de 100%.

Programas de ayuda alimentaria

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.

El Programa Federal de Alimentación Suplementaria a Madres, Infantes y Niños en el año fiscal 1994–1995 alcanzó una matrícula de 197.663 participantes, incrementándose a 219.135 en el año fiscal 1999–2000.

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 1999–2000 se benefició a un promedio mensual de 425.435 familias. El total de fondos distribuidos ascendió a US\$ 1.100.000.000 (US\$ 222,61 mensual por familia).

Según el Departamento de la Familia, 132.397 (25%) del total de ancianos participaban en el Programa de Asistencia Económica durante el año fiscal 1999 y 131.397 (24%) durante el año fiscal 2000.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Antes del proceso de reforma, el sistema de salud en Puerto Rico se caracterizaba por ser una organización dual con un sistema público y otro privado. El sistema público prestaba servicios preventivos y curativos a toda la población y proporcionaba atención médica a las personas con escasos recursos económicos, en instituciones gubernamentales con personal asalariado. El Departamento de Salud prestaba servicios médicos y hospitalarios, por regiones y de acuerdo con niveles de complejidad (primario, secundario y terciario). Había seis regiones de salud, divididas en función de sus perfiles epidemiológicos; cada una cubría a 500.000 habitantes aproximadamente, con excepción de la región metropolitana que sobrepasaba los 800.000 habitantes. Las regiones estaban compuestas por dos o tres áreas, cada una con un hospital de área que proveía atención a nivel secundario, y cada hospital prestaba servicios a un grupo de tres a siete municipios. El centro de diagnóstico y tratamiento o el centro de

salud familiar en cada municipio proporcionaba atención primaria; el hospital de área o el centro de salud, atención secundaria; el hospital regional, atención secundaria y terciaria, y el Centro Médico de Puerto Rico era de nivel especializado o supraterciario, compuesto por una red de hospitales especializados.

Bajo la reforma de salud, el modelo de atención regionalizado se modificó para dar lugar a un modelo basado en la privatización de las instalaciones públicas; después se dividió al país en regiones, en las que el Gobierno financia un programa de seguro médico y el sector privado provee los servicios mediante un proceso de subasta. Para inicios de 2000, la Oficina de la Reforma de Salud informó que 77 municipios estaban disfrutando de este beneficio y únicamente faltaba incluir a los residentes de la ciudad capital para completar su extensión a todo el país. Para finales del 2000, la totalidad de municipios estaban incorporados al plan de salud de reforma, con lo que se logró 99% de asegurados y 1,8 millones acogidos al seguro del Gobierno de Puerto Rico, en 78 municipios.

Implantada la reforma de salud, el sistema de prestación de servicios de salud consta de instalaciones públicas, públicas privatizadas y privadas. Las instalaciones que ofrecen servicios de salud tienen que cumplir con los requisitos de acreditación de la Ley de Facilidades de Salud, la cual establece que el Departamento de Salud es la autoridad oficial responsable de la planificación de los servicios sanitarios. Según datos de la Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud del Departamento de Salud, para el año 2000 operaban en Puerto Rico 71 hospitales. De los 13 hospitales públicos, hay 5 generales, 3 especializados, 4 psiquiátricos y 1 de la Administración de Veteranos de los Estados Unidos. De los 45 privados, 39 son generales, 3 especializados y 3 psiquiátricos. Los 13 privatizados son hospitales generales. En los 71 hospitales hay 12.178 camas habilitadas y 10.050 camas en uso. Los hospitales públicos tienen un total de 3.043 camas habilitadas, 2.170 de ellas en uso. Los hospitales privados cuentan con 6.877 camas habilitadas y 6.194 de estas son camas en uso.

Recursos humanos

Según el registro de profesionales de la salud, en el trienio 1998–2001 había 64.890 profesionales, de los cuales 74% estaban activos en Puerto Rico y 3,6% en los Estados Unidos. En el mismo período, el sector público contaba con 45% de las enfermeras profesionales, 45% de las enfermeras auxiliares y 30% de los médicos, mientras que el sector privado tenía 55% de las enferme-

ras en ambas categorías y 70% de los médicos. De los 7.623 médicos activos en Puerto Rico, 70% trabajaban en el sector privado. El número de enfermeras profesionales fue de 6.007 en el sector público, 7.227 en el sector privado y 17 en trabajos voluntarios; de las 9.666 enfermeras auxiliares, 4.384 se encontraban en el sector público, 5.264 en el privado y 18 en trabajos voluntarios. Entre los trienios 1995–1998 y 1998–2001, la razón de médicos por 10.000 habitantes disminuyó aproximadamente 4% y la de enfermeras por 10.000 habitantes se redujo 5%. En 1999 la razón de dentistas por cada 100.000 habitantes fue de 2,5.

La mayoría de los profesionales de la salud egresan del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, integrante del sistema educativo del Estado; en esta institución se ofrecen programas educativos en ciencias de la salud, tanto de pregrado como de posgrado, se llevan a cabo actividades de investigación científica y se proporcionan servicios de atención médica. Hasta el año 2000 el Recinto de Ciencias Médicas había preparado 28.288 profesionales en ciencias de la salud, tales como médicos, odontólogos, doctores en ciencias biomédicas, maestros en salud pública y administración de servicios de salud, enfermeros y especialistas en tecnología médica.

Por otra parte, a fin de responder a las necesidades planteadas por la reforma de salud, se iniciaron las gestiones para modificar el proceso de formación de recursos humanos. Como resultado del análisis de la situación de la educación médica de posgrado a la luz de la privatización de los establecimientos de salud públicos, se formuló la Ley del Fondo para el Desarrollo de la Educación Médica de Puerto Rico. La Ley plantea la organización de la isla en regiones académicas, cada una con un hospital universitario, auspiciado por una escuela de medicina.

Gasto y financiamiento sectorial

Las principales fuentes de financiamiento son fondos provenientes del Estado (presupuesto general, asignaciones especiales, fondo de mejoras públicas), ingresos propios y fondos federales (de los Estados Unidos). El presupuesto total consolidado para la Sombra de Salud para el año fiscal 1999–2000 fue de US\$ 993,3 millones; de ese total, \$570,3 millones provienen de aportaciones federales. En el mismo año fiscal, el Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico, llamado también la Tarjeta de salud de la reforma, tuvo un presupuesto revisado de US\$ 1.045,8 millones y cubrió 1,8 millones de personas aseguradas en los 78 municipios. Estos fondos son asignados principalmente por el poder legislativo, los municipios y Medicaid (fondos federales).

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Puerto Rico, 1990-2000.

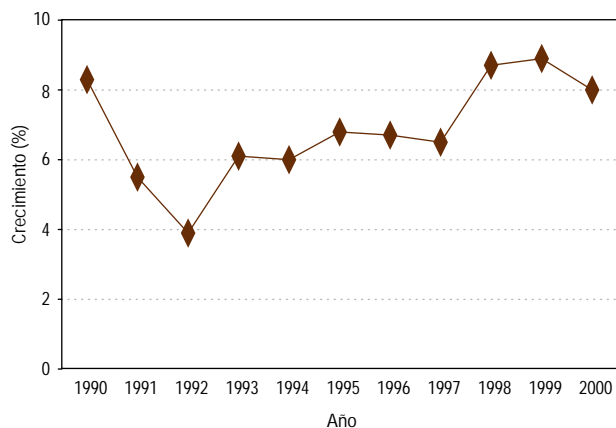


FIGURA 4. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Puerto Rico, 1999-2000.

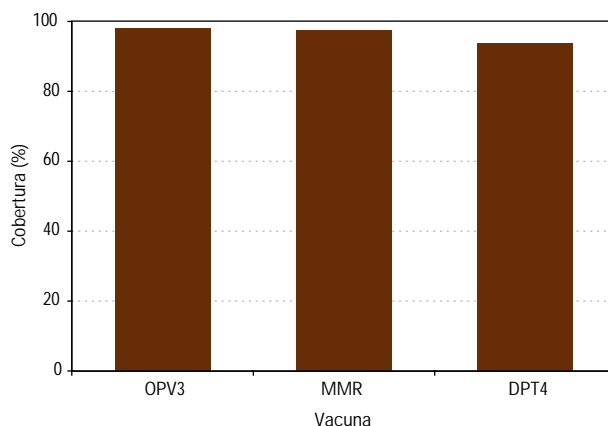


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Puerto Rico, 2000.

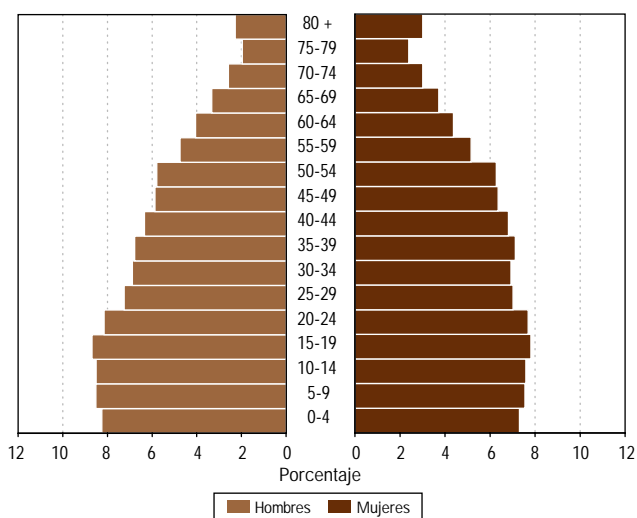


FIGURA 5. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Puerto Rico, 1990-2000.

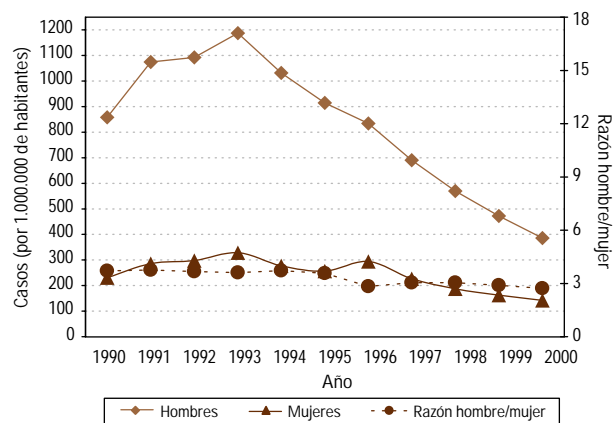
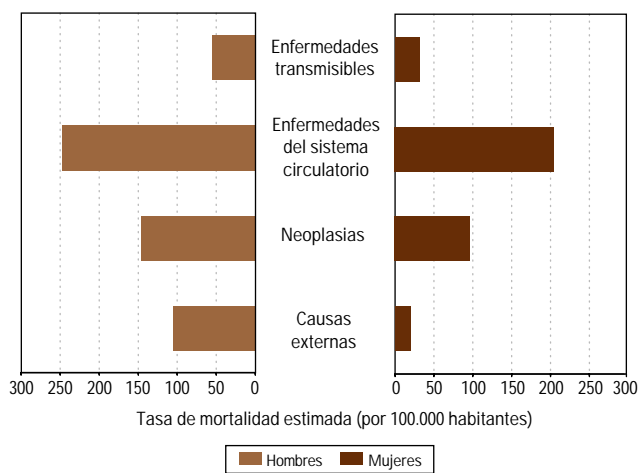


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Puerto Rico, 1999.



REPÚBLICA DOMINICANA

CONTEXTO GENERAL

La República Dominicana ocupa la parte oriental y 74% del territorio de la isla La Española, que comparte con Haití, y está situada entre el Mar Caribe y el Océano Atlántico. La República Dominicana tiene una extensión de 48.442 km², una población estimada de 8.396.164 habitantes para el año 2000 y una densidad poblacional de 173,3 habitantes por km². Está conformada por 30 provincias y el Distrito Nacional.

En mayo de 2000 se celebraron elecciones presidenciales y en agosto de ese año asumió el gobierno el Partido Revolucionario Dominicano (opositor del partido anterior), que cuenta con 97% de los síndicos (alcaldes) y tiene mayoría de representantes en el poder legislativo. El proceso de transmisión de poderes produjo lentitud en todas las esferas de trabajo del país; sin embargo, se lograron importantes avances legislativos, entre ellos la Ley General de Salud y la de Seguridad Social; las leyes fiscales y tributarias aumentaron la capacidad de gasto y de recaudación del Estado; se incrementó el presupuesto nacional para educación y salud; se creó el gabinete social y se pusieron en marcha acciones de compensación social; se crearon las Secretarías de Estado de Ambiente, Cultura y Educación Superior y Ciencia y Tecnología, y, mediante acuerdos de libre comercio, se logró la integración al Caribe y Centroamérica.

La economía estuvo basada en la agricultura durante décadas, pero a partir de los años setenta la minería comenzó a adquirir importancia con la exportación de ferroniquel, oro y plata. También se inició el rápido desarrollo de zonas francas industriales de exportación y el turismo, cuya infraestructura se concentra en las áreas costeras del norte y del extremo oriental del país. La tasa de cambio varió de 13,6 pesos dominicanos por dólar americano en 1996 a 16,3 en 2000. El país fue afectado por el huracán Georges en septiembre de 1998, lo que provocó pérdidas estimadas en US\$ 2.024 millones y además enfrentó el cumplimiento de los compromisos de pago de la deuda externa pública, cuyo monto total fue de 18,6% del producto interno bruto (PIB) en 2000.

Los indicadores macroeconómicos mostraron un crecimiento económico en el período 1996–1999; en ese lapso el PIB tuvo un crecimiento medio anual de 7,8% y en el año 2000 el crecimiento fue de 6,8% (figura 1). La expansión de este indicador se sustentó en el crecimiento experimentado en los sectores de minería (16,4%); hoteles, bares y restaurantes (16,1%); comunicaciones (14,1%); transporte (13,9%); comercio (13,3%); manufactura (12,3%); electricidad y agua (10,4%); agropecuario (6,8%), y construcción (6,4%). Se ha conformado una economía basada en el sector servicios e industria liviana; turismo, servicios financieros, comunicaciones, construcción, zonas francas y comercio. Desde 1996 el PIB anual per cápita experimentó un crecimiento paulatino y en el año 1999 fue de US\$ 1.887 (73.990 pesos dominicanos), lo que representó un incremento de 17% con respecto a 1998. La tasa de inflación varió de 4,0% en 1996 a 5,1% en 1999. Para el primer semestre de 2000 se registró un déficit presupuestario en el gobierno central, debido principalmente a un menor crecimiento de los ingresos fiscales por el aumento de los precios del petróleo.

En el período 1996–1999 la participación del gasto social en el gasto público total se mantuvo en promedio en 39%. El gasto social con respecto al PIB se ha mantenido en 6%. En promedio, el gasto en salud fue de 8,9% como porcentaje del gasto público total y de 22,8% como porcentaje del gasto social. La inversión pública en desarrollo social (salud, educación y asistencia social) fue de 5% del PIB. El salario mínimo real (en dólares estadounidenses constantes) en 1999 fue 20% superior al de 1980. El desempleo se redujo de 16,7% de la población económicamente activa (PEA) en 1996 a 13,9% de la PEA en 2000; 61% del aumento de empleo en 1996–1999 correspondió al sector informal. En 1997, la PEA ocupada en microempresas era de 28,4%, cifra que aumentó a 34% en 1998. Datos publicados por el Banco Central para 1998, indican que 43,9% de la PEA trabajaban por cuenta propia; 33,5%, en el sector privado; 10,8%, en el público; 5,3% eran trabajadores no remunerados y 3,4% laboraban en el servicio doméstico. La ocupación por género indicó una mayor participación de las mujeres en las categorías de servicio doméstico, sector público y trabajo no remunerado.

Con base en los datos de la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENIGH), la razón de ingreso 20% superior/20% inferior se redujo de 12,1 en 1992 a 10,4 en 1998. Esto se reflejó en el descenso del coeficiente de Gini, que pasó de 0,482 en 1992 a 0,456 en 1998. En 1998, 25,8% de la población dominicana (21,5% de los hogares) estaba por debajo de la línea de pobreza (US\$ 60 per cápita mensual), lo cual significó una disminución con respecto a 1992 (31,7% de los hogares); esto representaba 2,1 millones de personas pobres, de los cuales 3,9% eran menores de 10 años. La misma encuesta realizada en 1999 mostró que 45% de los hogares pobres no tienen agua intradomiliaria (acueducto); 64,8% utilizan letrinas para eliminar excretas; 64,2% no cuentan con servicio de recolección de basuras, y 50% tienen viviendas con paredes de madera o palma.

En 1999, se encontraban en el nivel urbano 66,5% de los pobres, comparado con 47,9% en 1992. De 1992 a 1999, la proporción de mujeres jefes de hogares pobres subió de 21,7% a 24%, mientras que la proporción de jefes de hogares pobres con menos de ocho años de escolaridad se redujo de 77,4% a 70,9% y la proporción de hogares pobres con siete o más miembros también disminuyó de 24,2% a 13,2%. En 1999, la pobreza fue de 12,5% en el Distrito Nacional, menor que en la zona rural (33,5%) y que en las demás zonas urbanas (18,6%). Las peores condiciones de vida en la zona rural se manifiestan en los hogares con jefes dedicados a la agricultura. La pobreza en hogares donde el jefe no tiene ningún nivel de escolaridad es de 37,8%, en contraste con 2,8% en hogares donde el jefe es universitario. El número de miembros del hogar presentó una correlación positiva con el nivel de pobreza: los hogares con más de seis miembros tienen un nivel de pobreza casi cuatro veces mayor que el de los hogares con menos de tres miembros (37,5% y 10,3%).

El informe sobre focalización de la pobreza identificó gran heterogeneidad al interior del país, por regiones de salud. En 1996, en todas las regiones se redujo la proporción de hogares pobres con respecto a 1993. En 1996 más de 75% de los hogares pobres se encontraron en las regiones Enriquillo y El Valle, esta última con el nivel más alto (47%). Entre las provincias que conforman las regiones también hay grandes contrastes, excepto en El Valle, donde todas las provincias presentaron porcentajes de hogares pobres superiores a 80%. En la región Yuma hubo grandes diferencias, pues el porcentaje de hogares pobres varió de 90% en la provincia El Seibo a 50% en La Romana. Se ha detectado una franja de pobreza a lo largo de la frontera con Haití; una franja de menor pobreza de norte a sur en la parte central del país, y una gran heterogeneidad en la mitad este, donde contrastan los altos niveles de pobreza de Sánchez Ramírez, Monte Plata, Samaná y El Seibo, con los niveles más bajos del Distrito Nacional, San Pedro de Macorís y La Romana, en el litoral caribeño. Considerando el número absoluto de hogares pobres, se destacan el Distrito Nacional y Santiago como los grandes polos de concentración de hogares pobres. Asimismo, se observa heterogeneidad intermunicipal en casi todas las provincias, excepto en las más pobres

(Eliás Piña, Bahoruco y El Seibo), que son relativamente homogéneas. En la ciudad de Santo Domingo (la parte urbana del Distrito Nacional), los barrios presentaron niveles de pobreza diferenciados que van desde 70% en Domingo Savio y La Zurza, hasta 2% en Piantini, La Esperilla, San Gerónimo y Los Cacicazgos.

En 1998 la tasa de alfabetización fue de 84,4% en los adultos mayores de 15 años (83,9% en mujeres y 85% en hombres); la tasa bruta de matriculación (en los niveles primario, secundario y terciario o bachillerato) fue de 73,5% (74,3% en mujeres y 72,7% en hombres); 13,5% de la población de 15 a 45 años tenía educación universitaria (18,4% en la zona urbana y 4,3% en la rural), y 15,6% de la población mayor de 15 años era analfabeta, cifra casi tres veces superior en la zona rural (25,6%) que en la urbana (9,9%).

De las personas que en las encuestas de hogares informaron haber demandado atención médica y odontológica, 46,8% lo hicieron en servicios públicos y 53,2% en establecimientos privados; 32% de la población cubrió con el presupuesto familiar los costos de la atención médica y odontológica, así como de los medicamentos, lo que constituye una pesada carga para los hogares pobres.

Para el año 2000 se estimó una población de 8.396.164 habitantes, según las proyecciones nacionales; 60,2% reside en la zona urbana y 39,8%, en la rural. La tasa de crecimiento natural se redujo de 20,6 por 1.000 en el período 1990–1995 a 18,6 por 1.000 en 1995–2000 y la tasa bruta de natalidad se redujo de 26,9 por 1.000 en el primer período a 24,5 por 1.000 en el segundo. La dinámica de la estructura de la población por edad muestra que en 1990–1995 los menores de 15 años representaron 36,4% de la población, y se redujeron a 33,5% en 1995–2000; el grupo de 60 y más años se incrementó de 6% en el primer período a 6,5% en el segundo (figura 2). En 2000, se estimó la esperanza de vida al nacer en 70,1 años (67,8 masculino y 72,4 femenino); la tasa global de fecundidad en 2,7 hijos por mujer, y el saldo migratorio en –1,4.

Mortalidad

La mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo para el período 1995–2000 se puede observar en la figura 3. La tasa bruta de mortalidad estimada para 1995–2000 fue de 6 por 1.000 habitantes; sin embargo, se estimó un subregistro de 42%, lo que limita el uso de las tasas de mortalidad para conocer la evolución de causas específicas y su distribución geográfica y social. La tasa bruta de mortalidad registrada en 1998 fue de 3,3 por 1.000 habitantes. Los estados morbosos mal definidos se redujeron de 57,4 por 100.000 habitantes en 1995 a 31,1 por 100.000 habitantes en 1998. Las defunciones registradas en 1998 certificadas por médico correspondieron a 83,8%. La mortalidad proporcional registrada por grupos de edad entre el período 1994 a 1998 fue de 21%. Para 1998 la mortalidad registrada en el grupo

de 1 a 4 años fue 2,4%; de 5 a 14 años, 2,1%; de 15 a 49 años, 23,8%; de 50 a 64 años, 16,3%, y de 65 y más años, 43,9%.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

El subregistro de muertes en menores de 1 año de edad en 1998 se estimó en 60% y fue mayor en la mortalidad neonatal, que en 1999 representaba más de 80% del total de muertes infantiles, principalmente la neonatal precoz. A partir de 1997, de acuerdo con las normas del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Infantil, las muertes infantiles son de notificación obligatoria antes de las 24 horas y deben ser investigadas. La tasa de mortalidad infantil estimada descendió de 47 por 1.000 nacidos vivos en el período 1990–1995, a 40 por 1.000 en 1995–2000; esta disminución fue sobre todo debida a la mortalidad posneonatal. Estos cambios se deben a una reducción de las muertes por enfermedades transmisibles, ya que entre 1994 y 1998 la proporción de muertes infantiles registradas por esta causa tuvo una reducción de 34%. En los mismos años, las afecciones originadas en el período perinatal aumentaron 31%; las causas externas ascendieron de 1,4% a 2,5%, y las neoplasias se mantuvieron en 2%. En 1998 las afecciones originadas en el período perinatal representaron 64,5% de las muertes notificadas al sistema de vigilancia; las transmisibles, 13%, y las enfermedades diarreicas agudas, 9,4%.

En los niños de 1 a 4 años, la mortalidad registrada en 1998 fue 2,4%. Las enfermedades transmisibles constituyeron la primera causa (40%), seguida por las causas externas (24,6%).

En 1999, según la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, las cinco principales causas de morbilidad en los menores de 1 año fueron las infecciones respiratorias agudas (668,8 por 1.000 menores de 1 año), las enfermedades diarreicas agudas (329,3 por 1.000), las parasitosis (138,5 por 1.000), la anemia (66 por 1.000) y las dermatitis (50,8 por 1.000). En los niños de 1 a 4 años las principales causas de morbilidad fueron las infecciones respiratorias agudas (221,2 por 1.000) y las enfermedades diarreicas agudas (69,4 por 1.000).

Según datos de la última Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) de 1996, 47,8% de los menores de 5 años tuvieron por lo menos un episodio de infección respiratoria aguda en las últimas dos semanas previas a la encuesta. Esta encuesta también informó que en los menores de 5 años la prevalencia de desnutrición crónica fue 10,7%; la de desnutrición global, 5,9%, y la aguda, 1,2%. El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica indicó que el grupo de edad más afectado por el dengue durante 1999 fue el de menores de 1 año, seguido por el de 1 a 4 años, con tasas de 45,2 y 28 por 100.000 niños, respectivamente.

La salud de la población en edad escolar primaria

La mortalidad proporcional registrada en el grupo de 5 a 14 años se ha mantenido estable. Las causas externas constituyen la primera causa de muerte y de 1986 a 1998 se incrementaron 35,8%; las enfermedades transmisibles son la segunda causa y en 1998 tuvieron un ascenso de 7,8% con respecto a 1986.

Este grupo tiene un gran riesgo de padecer dengue, después del de 1 a 4 años y de los menores de 1 año; la tasa de dengue notificada para 1999 en niños de 5 a 9 años fue de 27,3 por 100.000 niños de esa edad y en los de 10 a 14 años, de 18,4 por 100.000.

La salud de los adolescentes

Los resultados de la ENDESA–1996 sobre población de 10 a 19 años mostraron que había 12,5% de los hombres encuestados sin escolaridad; 34,3% con 1 a 4 años de primaria, y 37% con 5 a 8 años de primaria; en la población femenina de la misma edad había 7,7% sin escolaridad; 29,4% con 1 a 4 años de primaria, y 41,4% con 5 a 8 años de primaria. La tasa de fecundidad estimada en adolescentes de 15 a 19 años fue de 87 por 1.000 en la zona urbana y de 160 por 1.000 en la rural. La proporción de adolescentes que iniciaron la procreación aumentó de 18% en 1991 a 23% en 1996 (18,4% en la zona urbana y 30,6% en la rural) y fue más elevada entre las adolescentes sin educación (58,3%) que entre las que tenían nivel de secundaria (11,4%) o superior (5,2%). Los recién nacidos de mujeres menores de 18 años, con un intervalo intergenésico menor de 24 meses, tuvieron un riesgo de morir cuatro veces mayor que los nacidos de madres de más edad y con intervalos mayores. También se encontró que 32,7% de las adolescentes de 15 a 19 años ya habían iniciado su vida sexual, 12,2% antes de los 15 años.

La salud de la población adulta

Las personas de 15 a 59 años representaban 60% de la población en el año 2000. En 1998, la mortalidad proporcional registrada fue de 23,8% (14,4 por 1.000) y las causas de muerte más frecuentes fueron las externas (36,2%) y las enfermedades transmisibles (20,7%), debido básicamente al incremento de la mortalidad registrada por tuberculosis y SIDA (10,8 por 100.000, 8,4 en mujeres y 13,9 en hombres). En 1998, las primeras causas de muerte en mujeres en edad fértil fueron el SIDA (12,3% de las muertes), los accidentes de transporte (6,2%) y las enfermedades cardiovasculares (5,8%); en los hombres, los accidentes de transporte (17,5%), las demás causas externas (12,4%), los homicidios (11,1%) y el SIDA (10%).

En el grupo de 50 a 64 años la mortalidad registrada varió de 16,7% en 1994 a 16,3% en 1998. Las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de muerte y descendieron de 41,1% en 1994 a 37,7% en 1998; las neoplasias ocuparon el segundo lugar, con un valor de 19,1% en 1994 y 18,3% en 1998.

La ENDESA-96 (que incluye información del período 1993–1996) mostró la tasa de fecundidad más alta en el grupo de 20 a 24 años, con 199 nacimientos por 1.000 mujeres, 170 por

1.000 mujeres en la zona urbana y 261 por 1.000 mujeres en la rural, seguido por el grupo de 25 a 29 años con 157 por 1.000 mujeres (143 por 1.000 en la zona urbana y 186 por 1.000 en la rural). La tasa global de fecundidad fue de 2,3 nacimientos por mujer, 2,8 en la zona urbana y 4 en la rural. De las mujeres en edad fértil, 85% han usado anticonceptivos (61% métodos modernos y 24% métodos tradicionales); los métodos modernos más usados fueron la píldora (43%) y la esterilización femenina (29%).

Según datos de la ENDESA-96, tuvieron control prenatal 98,5% de las embarazadas, 98% de ellas con un médico; 93% recibieron atención prenatal antes de los seis meses y 88% informaron cuatro o más visitas. El parto se atendió en un centro de salud 96% de las veces (75% en públicos y 25% en privados). La tasa de mortalidad materna se redujo de 110 por 100.000 nacidos vivos en 1990 a 80 en 1999; las principales causas fueron toxemia, hemorragia y sepsis.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

La población mayor de 60 años representa 6,5% de la población total del país en 2000, con un índice de masculinidad de 97,5%. Cabe aclarar que los datos de mortalidad están tabulados para el grupo de edad de 65 y más años. Las primeras causas de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio, que mantuvieron la proporción de 52% tanto en 1994 como en 1998; todas las demás causas, que disminuyeron de 30% en 1994 a 22% en 1998, y las neoplasias (14,9% y 15,7%, respectivamente). Esta población vive en su mayoría en hogares multigeneracionales, menos de 10% viven solos y más de 90% son autosuficientes. Presentan las tasas más altas de analfabetismo (41,8%) y las coberturas de seguridad social más bajas (menos de 10%).

La Dirección General de Protección a la Vejez, de la Secretaría de Salud, coordina una red de 28 hogares con internado (4 estatales y 24 subvencionados), 2 hogares de día públicos y 13 privados. La mayoría opera en condiciones precarias, técnicas y financieras. La red Por una Vejez Digna agrupa organizaciones no gubernamentales que realizan labores de educación, promoción, prevención y atención de salud. Solo existe una unidad completa de geriatría, de difícil acceso para la población pobre, y otros tres hospitales incluyen personal especializado en esta área. En 1998 se promulgó la Ley de Protección a la Persona Mayor de 65 años, que se está reglamentando y podría sustentar la protección de quienes no estén amparados por la seguridad social.

La salud de la familia

No se dispone de información relacionada con la composición de los hogares. De acuerdo con la ENDESA-96, una mujer es jefe de familia en 27% de los hogares, en uno de cada tres en la zona urbana y en uno de cada cinco en la zona rural. Son unipersonales 8% de los hogares; 66% tienen entre dos y cinco personas, y 25%, seis o más personas. La mayoría (56%) de los menores de 15 años vive con ambos padres; 22%, con la madre; 5%, con el padre, y 14%, con ninguno de los dos; de estos, 30% tienen de 0 a

2 años; 40%, de 3 a 5 años; 16%, de 6 a 9 años, y 18%, de 10 a 14 años.

La salud de los trabajadores

El Instituto Dominicano del Seguro Social (IDSS) informó 6.083 accidentes del trabajo en el año 2000; de ellos, 5.233 se notificaron en el Distrito Nacional y 77% necesitaron hospitalización. El mayor número de accidentes se presentó en la industria manufacturera y en la de la construcción. El mayor riesgo de accidentes fue en los trabajadores con menos de un año en el puesto de trabajo. En el mismo año se notificaron 1.504 casos de enfermedades ocupacionales y las causas más frecuentes fueron las intoxicaciones por metales pesados (21,5%), la dermatosis profesional (14,8%), la hipertensión arterial (14,7%) y la lumbalgia por esfuerzo (12,6%).

La salud de la población fronteriza

La franja de mayor pobreza del país está localizada a lo largo de toda la zona fronteriza con Haití y en el informe de focalización de la pobreza se consideraron las siguientes medidas para responder a las necesidades básicas insatisfechas, cuantificadas con los datos del censo de 1993: mejorar las condiciones materiales de las viviendas; reducir el hacinamiento; mejorar la disponibilidad de agua potable, la disposición de los residuales líquidos y la recolección de residuos sólidos o basura; aumentar el suministro de energía eléctrica, los empleos productivos, las escuelas, el subsidio escolar y la escolarización de los adultos.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

El país está expuesto a huracanes por su ubicación geográfica y a sismos por la cercanía a una falla geológica ubicada en la cordillera central. Los desastres naturales más frecuentes son las inundaciones y son más vulnerables las zonas marginales de las ciudades. En términos de daños, el huracán Georges, que azotó gran parte del país en septiembre de 1998, ha sido el de mayor impacto en los últimos años pues provocó pérdidas económicas estimadas en US\$ 2.193 millones. Adicionalmente, las lluvias produjeron inundaciones y daños considerables y prácticamente toda la población fue afectada directa o indirectamente. Se notificaron 49.000 viviendas destruidas y 121.714 parcialmente destruidas; 28% de las escuelas, 87 establecimientos de salud y 6.000 habitaciones turísticas fueron afectados en algún grado; más de 500.000 personas fueron evacuadas y 301.266 de ellas fueron ubicadas en los 584 albergues habilitados. El sistema de vigilancia registró 239 muertes relacionadas con el huracán.

Enfermedades transmitidas por vectores

Los casos de malaria se incrementaron en 1998 y 1999, con posterioridad al huracán Georges. En 1997 se detectaron 816

casos, con un índice de láminas positivas (ILP) de 0,18 y un índice parasitario anual (IPA) de 100 por 100.000; en 1998 se detectaron 2.006, con un ILP de 0,44 y un IPA de 240 por 100.000; en 1999 se detectaron 3.589 casos, con un ILP de 0,52 y un IPA de 42,7 por 100.000; en 2000 el número de casos se redujo a 1.233, con un ILP de 0,21 y un IPA de 14,7 por 100.000.

Se han identificado dos patrones epidemiológicos de la malaria; el primero corresponde a la transmisión endémica, que abarca 34 municipios de 6 provincias, en los cuales habita 10% de la población del país y que han producido 80% del total de casos en los últimos 10 años. En estas zonas el comportamiento es estacional y está vinculado a los ciclos de producción agrícola y al movimiento migratorio de trabajadores temporales. El otro patrón se caracteriza por brotes epidémicos vinculados a la industria de la construcción en zonas con auge económico, que atraen a gran número de trabajadores migrantes de las áreas endémicas de la isla; corresponde a los 124 municipios restantes, donde vive 90% de la población.

A partir del año 2000, se intensificó la coordinación entre Haití y la República Dominicana y definieron un proyecto conjunto de eliminación de la malaria, para el cual solicitaron la cooperación internacional.

El dengue es endémico en el país. A partir de 1995 comenzó a organizarse la vigilancia, con inclusión de las pruebas serológicas y de aislamiento viral, y en 1997 se incorporó la estrategia de búsqueda activa de casos. En 1998 se detectaron 2.923 casos probables (tasa de 35,7 por 100.000 habitantes) y se confirmaron 1.118 (38,2%). En 2000 se notificaron 3.462 casos probables, 798 confirmados (23%), de los cuales 58 correspondieron a dengue hemorrágico, con seis fallecimientos. La incidencia aumenta entre los meses de junio y octubre, asociados con el período de lluvias, y desciende el resto del año. En el país habían circulado simultáneamente los serotipos 1, 2 y 4, pero a partir de julio de 2000 el serotipo 3 se volvió predominante. Los índices de infestación por *Aedes aegypti* son altos en el medio urbano (60%). Estudios realizados por el Centro de Control de Enfermedades Tropicales encontraron que el principal criadero del vector son los recipientes de almacenamiento de agua en las viviendas urbanas; estudios de laboratorio realizados por el propio Centro demostraron el efecto ovicida del cloro "untado" en las paredes internas de los recipientes de almacenamiento de agua.

En 2000 se inició una estrategia de prevención del dengue basada en la participación comunitaria, que incluye la aplicación de cloro en las paredes internas de los recipientes domiciliarios para almacenar agua. El uso de insecticidas a nivel comunitario y domiciliario ha sido reservado para situaciones de emergencia epidemiológica.

Con respecto a la filariasis linfática, en 1999 se comenzó a organizar un programa de control, que incluye la identificación de los focos mediante encuestas a escolares a nivel municipal, así como el tratamiento masivo de la población, una vez al año. Se

han identificado focos de schistosomiasis y de leishmaniasis cutánea, pero su frecuencia es muy baja.

Enfermedades prevenibles por vacunación

En 1985 se registró el último caso confirmado de poliomielitis. Entre 1994 y 1999 se notificaron 147 casos de parálisis flácida aguda, todos descartados. En octubre de 2000 se detectó un brote causado por un poliovirus derivado del virus (vacunal) Sabin tipo 1. De julio de 2000 hasta junio de 2001, se detectaron 104 casos de parálisis flácida aguda (3,4 por 100.000 menores de 15 años); de ellos, 14 se confirmaron por aislamiento del virus; 12 se clasificaron como compatibles con base en la revisión clínica; 62 fueron descartados y 16 estaban pendientes de clasificación. Los 14 casos confirmados procedían de Santo Domingo (3) y de las provincias de La Vega (6), Santiago (3), Monseñor Nouel (1) y Espaillat (1). La edad de los casos confirmados o compatibles varió de 9 meses a 14 años y el grupo de edad más afectado fue el de 1 a 4 años (0,9 por 100.000). Los familiares desconocían la situación vacunal de 5 de los 14 casos confirmados, 5 no habían sido vacunados y 4 habían recibido una dosis de vacuna de polio oral (OPV).

La cobertura nacional con tres dosis de OPV en menores de 1 año fue cerca de 80% en los últimos cinco años. En el municipio Constanza de la provincia La Vega, donde se detectaron la mayoría de los casos relacionados con el brote, la cobertura fue de 20 a 30% en menores de 5 años. Los días nacionales de vacunación se habían discontinuado hacia cinco años, pero durante 2000–2001 se realizaron tres campañas nacionales de vacunación antipoliovirus, con coberturas entre 97% y 100% (figura 4).

Después de dos años sin casos notificados, en 1997 se confirmó un caso de sarampión. A partir de diciembre de 1998 se inició un brote en el este del país, que se extendió a otras provincias en los dos años siguientes. En 1998 hubo 14 casos confirmados; 274 en 1999 y 253 en 2000. Los más afectados en 1999 y 2000 fueron los menores de 9 meses (14,4 y 15,3 por 100.000) y el grupo de 1 a 4 años (11,3 y 7,4 por 100.000). Las coberturas de vacunación en menores de 1 año en 1997 y 2000 variaron de 80% a 95%. Durante el año 2001 se notificaron 112 casos confirmados de sarampión, ninguno después de la campaña de vacunación antisarampión de seguimiento, realizada durante el primer semestre de ese año.

Entre 1997 y 2000 se detectaron 145 casos de difteria, con 36 defunciones. En 1999 y 2000, el grupo de edad más afectado fue el de 1 a 4 años, con una incidencia de 3,4 y 2,5 por 100.000, respectivamente. En la provincia de Santiago residían 31 (89%) de los casos notificados en 1999 y 39 (78%) de los registrados en 2000. Las coberturas nacionales en menores de 1 año, con tres dosis de DTP variaron de 74% a 80% en el período 1997–2000. Las coberturas de vacunación en la provincia de Santiago fueron de 67%, 56% y 81% en los años 1998, 1999 y 2000.

Entre 1997 y 2000 se registraron 82 casos de tos ferina, con un total de cuatro defunciones. En 2000 se registraron 49% de los

casos (40), 65% de los cuales (26) vivían en la provincia de Santiago; el grupo de edad más afectado fue el de menores de 1 año (15,1 por 100.000).

El tétanos neonatal no se presentó en 1997 y 1998; en 1999 se registró un caso y cuatro en 2000, con una tasa de letalidad del 100%. Dos de las madres no sabían su historia de vacunación y tres no habían sido vacunadas. Con respecto al tétanos no neonatal, entre 1997 y 2000 se notificaron 102 casos, con una tasa de letalidad de 26%. El grupo de edad más afectado en 2000 fue el de 1 a 4 años (1,24 por 100.000), seguido por el de 30 a 34 años (0,8 por 100.000). Se desconocen las coberturas con Td y TT en adultos.

La vigilancia epidemiológica de la rubéola se inició en 1999. En ese año se confirmaron 346 casos y en 2000, 818. Los grupos de edad más afectados en 1999 fueron el de 5 a 9 años (7,8 por 100.000) y el de 20 a 24 años (6,4 por 100.000). En 2000, el grupo más afectado fue nuevamente el de 5 a 9 años (21,4 por 100.000), seguido por el de 10 a 14 años (13,3 por 100.000). La vacuna contra la rubéola aún no ha sido introducida.

La vigilancia de las infecciones por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) se inició en 2000 en hospitales centinelas. Estudios de base poblacional sobre meningitis, realizados en 1998 y 1999, determinaron una incidencia anual de 14 por 100.000 en menores de 5 años en el Distrito Nacional. La vacunación contra Hib se inició en el año 2001. Para la hepatitis B no hay un sistema establecido de vigilancia; las coberturas de vacunación con terceras dosis en menores de 1 año variaron de 46% en 1997 a 68% en 1999.

Enfermedades infecciosas intestinales

En 1999 se realizó una encuesta nacional en población escolar para detectar parasitosis, seguida de campañas de desparasitación. Los resultados mostraron que 65,5% de los escolares estaban infestados; los protozoarios más frecuentes fueron *Blastomyces hominis* (27%), *Entamoeba coli* (26,7%) y *Giardia lamblia* (17,7%); entre los helmintos, los más frecuentes fueron *Trichuris trichiura* (5,5%), *Ascaris lumbricoides* (4,9%) y *Necator americanus* (2,3%). La encuesta se repitió en 2000 con fines de evaluación.

Enfermedades crónicas transmisibles

La tuberculosis (TB) presentó una tasa de incidencia en el año 2000 de 62,4 por 100.000 habitantes. La tasa de casos con baciloscopia positiva (BK+) fue de 34,3 por 100.000 habitantes. En ese año se notificaron nueve casos de meningitis tuberculosa en menores de 5 años. Se estima que más de 10% de los casos de TB son VIH positivos.

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis ha tenido una limitada capacidad para detectar los casos y completar los tratamientos. Se estima que en 1999 solo se detectaron alrededor de 60% de los casos y que solo 49,6% de ellos fueron curados; 16% de los casos presentaron resistencia a alguna de las drogas de primera línea y 4%, resistencia multimedicamentosa. En ese mismo año, las tasas de incidencia variaron entre las provincias;

las más altas fueron en San Juan (143,4 por 100.000 habitantes), La Romana (96,9), San Pedro de Macorís (85,2) y el Distrito Nacional (81,7).

A partir de 1999 se inició en tres servicios la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS); en 2000 se extendió a establecimientos seleccionados de cinco provincias y se planea extenderla progresivamente (en dos años) a los servicios de atención primaria responsables de 60% de la población nacional de más alto riesgo. La meta es lograr detectar al menos 70% de los casos estimados BK+ y curar 85% de ellos.

La lepra se ha reducido considerablemente y en 2000 la incidencia era menor a 3 casos por 100.000 habitantes. La ejecución del programa de control ha estado a cargo del Instituto Dermatológico, subsidiada por la Secretaría de Salud. Quedan muy pocas localidades con incidencia cercana a 10 por 100.000; la tendencia es hacia la eliminación como problema de salud pública en los próximos años.

Zoonosis

La rabia es la zoonosis más importante. La frecuencia de rabia en animales domésticos y humanos ha sido fluctuante, vinculada a la cobertura de vacunación anual en caninos. En períodos de baja cobertura o aumento del intervalo entre las dosis, tiende a aumentar el número de casos animales y aparecen casos humanos, debido a la existencia de focos silvestres en mangostas y a la abundante población canina en zonas urbanas marginales. Entre 1990 y 1997 se registraron 12 casos humanos, pero ninguno entre 1998 y 2000. En 2000 se registraron 64 casos en animales, de los cuales 32 fueron en caninos, 21 en mangostas y 11 en otras especies. La mayoría de estos casos en animales (59%) se localizaron en el Distrito Nacional, en San Pedro de Macorís y en Dajabón. Las coberturas nacionales de vacunación canina fueron muy bajas en 1999 (27%) y 2000 (menos de 5%). El país produce vacunas para uso humano y animal.

Se confirmaron casos y pequeños brotes de leptospirosis y se notificaron infecciones por toxoplasmosis en embarazadas en algunas zonas del país, así como infecciones por brucelosis en explotaciones agropecuarias.

VIH/SIDA

La incidencia anual de casos registrada entre 1995 y 1998 descendió de 6,4 a 3,9 por 100.000; se considera que el subregistro es elevado. En el año 2000 se estimó que 2,4% de la población en edad reproductiva era VIH positiva, lo que significa que más de 100.000 adultos viven con VIH/SIDA (40% de ellos mujeres); también se estimó que entre 1999 y 2005 habría alrededor de 29.000 nuevos infectados (5.000 menores de 5 años) (figura 5).

En 1998, el SIDA representó 3,7% de la mortalidad diagnosticada a nivel nacional. La epidemia ha evolucionado desde una concentración en los grupos tradicionalmente considerados de alto riesgo, hacia la población general; ese mismo año, 80% de los casos registrados correspondieron a heterosexuales. La relación

hombre/mujer es cercana a 1. Los casos registrados entre 1991 y 1998 se concentraron entre los 25 y 39 años (61%). La transmisión por transfusión sanguínea y por consumo de drogas es muy baja.

Infecciones de transmisión sexual

A partir de la información que proporcionaron mujeres encuestadas, se estimó la incidencia anual de algunas infecciones: sífilis, 300 por 100.000 habitantes; úlceras genitales, 2.300 por 100.000; herpes genital, 900 por 100.000; condilomas, 200 por 100.000, y clamidiasis, 620 por 100.000; la frecuencia de gonorrea y chancroide fue muy baja. De las mujeres entrevistadas, 26,9% informaron haber tenido alguna infección vaginal en el último año y 32,9%, alguna enfermedad transmitida sexualmente.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud de 1991 y 1996 indican que la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años se ha reducido. El porcentaje de niños con -3 o más desviaciones estándar del peso para la edad y de la talla para la edad fue superior en el área rural en ambos años. En 1996 se redujo el porcentaje de ambos indicadores en las áreas urbana y rural, así como la diferencia entre ellas. Los mayores déficits fueron en el indicador talla para la edad; en el área urbana se redujo de 3,1 en 1991 a 1,6 en 1996, y en la rural de 9,8 a 4,4. También hubo una reducción en todas las regiones del país, aunque en 1996 aún se observaban diferencias al interior del país y las Regiones VI (provincias de San Juan de la Maguana y Elías Piña) y IV (Pedernales, Independencia y Bahoruco) fueron las más afectadas (7,4 y 4,3 respectivamente). El déficit de talla para la edad en escolares se encontró cercano a 20%.

La desnutrición aguda detectada en menores de 1 año atendidos en establecimientos de salud descendió de 2,2% en 1994 a 0,75% en 1999; en el grupo de 1 a 4 años se redujo de 3,1% a 0,9%, y en el de 5 a 14 años disminuyó de 0,6% a 0,2%. El bajo peso al nacer ha descendido progresivamente y en el año 2000 fue de 7,3%. La ENDESA-96 encontró que 90% de los niños recibían lactancia materna al nacer; la duración promedio se incrementó entre 1991 y 1996 de 1,7 a 10,5 meses, y la proporción que recibió lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida aumentó de 50% a 71,5%.

Encuestas de micronutrientes en menores de 15 años realizadas en 1993 mostraron que 30% tenía déficit de hierro; 74% de yodo, y 19% de vitamina A. Desde entonces se estableció el programa de desayunos y meriendas escolares, cuya cobertura se ha ampliado progresivamente, y es obligatorio agregar yodo a la sal.

La diabetes es un problema con una tendencia ascendente. En 1986 representó 2,1% de las muertes diagnosticadas (7,1 por 100.000) y en 1998, 4,2% (12,3 por 100.000).

Enfermedades del sistema circulatorio

Representan más de 10% del total de las consultas, más de 6% de las urgencias atendidas en establecimientos de salud del país

y 80% de los ingresos hospitalarios no obstétricos en adultos. La prevalencia de hipertensión en adultos ha sido estimada, mediante encuestas, en 24% a nivel nacional. Constituyen la primera causa de mortalidad por grandes grupos y ascendieron de 29,4% (85,3 por 100.000 habitantes) en 1986 a 34,2% (103,56 por 100.000 habitantes) en 1998. En 1998, las principales causas de mortalidad diagnosticadas en la población general correspondieron a enfermedades isquémicas del corazón, con 11,3% (19,8 por 100.000 habitantes) y enfermedades cerebrovasculares, con 8,8% (15,5 por 100.000 habitantes); en 1986 estos mismos diagnósticos habían representado 7,1% (23,1 por 100.000 habitantes) y 6,6% (21,8 por 100.000 habitantes), respectivamente. La mortalidad diagnosticada por enfermedades hipertensivas varió de 2,6% (8,6 por 100.000 habitantes) en 1986 a 3,8% (5,1 por 100.000 habitantes) en 1998. En 1998, las enfermedades cardiovasculares representaron 37,5% del total de muertes diagnosticadas (112,1 por 100.000 habitantes) en el sexo masculino, mientras que en el sexo femenino constituyeron 44,2% (95,1 por 100.000 habitantes). En particular, las enfermedades isquémicas del corazón aumentaron en los hombres de 4,1% (13,4 por 100.000 habitantes) en 1986 a 11,3% (19,8 por 100.000 habitantes) en 1998.

Neoplasias malignas

Entre 1986 y 1998 la mortalidad registrada por esta causa ascendió de 9,4% (26,1 por 100.000 habitantes) a 13,1% (39,7 por 100.000). Las localizaciones más frecuentes en las personas que fallecieron en 1998 fueron próstata, 1,9% (5,9 por 100.000 habitantes); otros órganos digestivos y peritoneo, 1,8% (5,8 por 100.000); tráquea, bronquios y pulmones, 1,4% (4,4 por 100.000); estómago, 0,9% (2,8 por 100.000); mama, 0,8% (2,5 por 100.000); colon, 0,6% (1,8 por 100.000), y cuello del útero, 0,5% (1,57 por 100.000). En ese mismo año, las localizaciones más frecuentes en el sexo masculino fueron en próstata, 3,4% (11,8 por 100.000); otros órganos digestivos y peritoneo, 1,7% (5,9 por 100.000), y tráquea, bronquios y pulmones, 1,6% (5,5 por 100.000). En el sexo femenino, las localizaciones más frecuentes fueron otros órganos digestivos y peritoneo, 2,3% (5,8 por 100.000); mama, 1,9% (4,8 por 100.000); tráquea, bronquio y pulmón, 1,3% (3,2 por 100.000), y cuello del útero, 1,2% (3 por 100.000).

Accidentes y violencia

La mortalidad por este grupo de causas aumentó de 16,5% (26,4 por 100.000) en 1986 a 19,5% (34,2 por 100.000) en 1998. En el mismo período, la tasa de accidentes aumentó ligeramente (23 a 24,8 por 100.000), aunque disminuyó su proporción (68,5% a 61%); en los homicidios, aumentaron tanto la tasa (5,5 a 8,2 por 100.000) como la proporción (15,5% a 16,3%); en cambio, se triplicó la tasa de suicidios (2 a 7,5 por 100.000) y su peso proporcional (6% a 18,5%); otras causas externas no clasificadas disminuyeron de 9,2% a 0,3% del total de causas externas, por mejoras en la certificación y codificación.

Los registros de la Policía Nacional indican que las muertes por accidentes de tránsito se incrementaron 1% en 2000 con respecto a 1998.

Enfermedades emergentes y reemergentes

La incidencia registrada de la enfermedad meningocócica ha aumentado progresivamente, en la medida en que el sistema de vigilancia iniciado en 1996 se ha consolidado y el apoyo de laboratorio ha mejorado. En 1998 la tasa fue de 2,4 por 100.000 habitantes y en 1999 de 2,3 por 100.000 habitantes. Los menores de 9 años presentaron el mayor riesgo durante 1999, año en el que 80% de los contactos íntimos de los casos probables recibieron quimioprofilaxis antes de las 72 horas.

En el Distrito Nacional se ha implantado un sistema especializado de vigilancia epidemiológica de la meningitis bacteriana que detecta cerca de 600 casos probables por año, de los cuales se confirman 50% aproximadamente. En los menores de 5 años, la *Neisseria meningitidis* representa menos de 10% del total de meningitis bacteriana confirmada por laboratorio, menor que la frecuencia de *Haemophilus influenzae* tipo b (60%) y de *Streptococcus pneumoniae* (30%). En los casos de enfermedad meningocócica confirmados por el aislamiento de *N. meningitidis* ha predominado el serogrupo C (80%).

Las enfermedades transmitidas por alimentos han aumentado progresivamente su frecuencia e importancia en la medida en que ha aumentado el turismo nacional e internacional. La ciguatera por peces marinos es la intoxicación alimentaria más frecuentemente informada en brotes domiciliarios. Los estafilococos en productos lácteos han sido el agente más involucrado en brotes institucionales, sobre todo en escolares.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Durante el cuatrienio 1996–2000, las políticas de salud estuvieron asociadas con la modernización del Estado dominicano. Las principales acciones se orientaron hacia los procesos de descentralización y disponibilidad y seguridad de medicamentos, así como a los problemas de cobertura, organización, gestión y calidad de los servicios. Al mismo tiempo se avanzó en un conjunto de estrategias, principalmente en la atención primaria y la democratización del sistema de salud, a fin de mejorar la equidad y eliminar las exclusiones basadas en la capacidad adquisitiva, el lugar de residencia, el grupo étnico, el género, la edad, el estado de discapacidad o la condición de salud.

Simultáneamente se profundizó la reforma sectorial, orientándola a mejorar la organización; reducir la pobreza; modificar la asignación de recursos y el financiamiento, y a reordenar las funciones y responsabilidades de las instituciones del sistema de salud. Asimismo, la Secretaría de Salud estableció como prioridad la reducción de la mortalidad materna e infantil; inició un

nuevo modelo de atención; introdujo la política de desconcentración y descentralización de la gestión, y formuló un conjunto de normas de carácter programático, administrativo y de vigilancia epidemiológica.

La reforma del sector salud

La Secretaría de Salud y el gobierno central impulsaron un proceso de reforma sectorial y en 1997 establecieron un marco para su conducción, que incluía seis principios rectores: universalidad, equidad, integralidad, solidaridad, participación y sostenibilidad. El mismo año se creó la Comisión Presidencial para la Reforma del Sector Salud, cuyo objetivo era fomentar y desarrollar el proceso de reforma. Los principales integrantes de esta comisión son la Secretaría de Salud y el Instituto Dominicano de Seguros de Salud, así como otras entidades del poder ejecutivo, los gremios de salud, el Congreso de la República y representantes de la comunidad y del sector privado.

Los principales logros del proceso de reforma durante el período fueron el inicio de la desconcentración y descentralización en la gestión de la Secretaría de Salud, con la creación de las direcciones provinciales y regionales de salud; el incremento en la desconcentración de la gestión hospitalaria con la puesta en marcha del reglamento hospitalario; la creación de los consejos de administración hospitalaria, los comités de vigilancia de la mortalidad materna e infantil, y los comités de mejoría de la calidad de la atención; el establecimiento de un nuevo modelo de atención con énfasis en el primer nivel, pero que se extiende a la organización de las redes de servicio; la formulación y difusión de más de 24 normas de atención, incluso las de la vigilancia epidemiológica y la lucha antivectorial, en especial para el control del dengue y la malaria; el fortalecimiento de la promoción de la salud, no solo con la adopción de la estrategia de municipios y comunidades saludables, sino también con el énfasis en turismo y salud, y la creación de un decreto que norma la gestión, producción, distribución, comercialización, prescripción y venta de medicamentos, así como el proceso de registro. Estos avances han conducido al incremento en la autoridad de los gerentes para la toma de decisiones de carácter local, sin llegar a la autonomía.

Durante el período se formuló y aprobó la Ley de Reforma de la Seguridad Social, que establece la separación de las funciones de financiamiento, provisión y aseguramiento. El financiamiento de los servicios de salud sería sobre la base de la aportación del Estado para la población indigente y los trabajadores del sector informal, y en las cuotas obligatorias de los empleados y empleadores, tanto públicos como privados. Con estos aportes, se organizaría un seguro familiar de salud para todos los ciudadanos, con un plan básico universal obligatorio, el cual sería proporcionado por redes mixtas de proveedores, pagado por capitación y evaluado mediante indicadores de la mejoría de la situación de salud y de la accesibilidad, equidad, sostenibilidad y calidad de la

atención. La Ley General de Salud reglamenta la función rectora de la Secretaría de Salud y establece la estructura del Sistema Nacional de Salud, así como las bases de su funcionamiento y de la ejecución de las funciones esenciales de la salud pública. La aplicación de estas dos leyes implicará un reordenamiento del sistema de salud, proceso que se espera iniciar a mediados del año 2001 y completarlo en 10 años.

Se ha planteado la modernización de los procesos de adquisición, inventario y distribución de fármacos y suministros médicos, y se busca la estructuración de un sistema que responda a las necesidades de los proveedores. El Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE) de la Secretaría de Salud se transformaría en una central de apoyo para el manejo de solicitudes y la compra de medicamentos e insumos.

El sistema de salud

El sistema de salud está conformado por un subsector público y otro privado. El público está constituido por las instituciones dependientes del gobierno nacional, como la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y el Programa de Medicamentos Esenciales; por algunas instituciones descentralizadas que brindan servicios de salud, tales como el Instituto Dominicano de Seguros Sociales, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional (ISSFAPOL), el Consejo Nacional de Población y Familia, el Consejo Nacional de la Niñez y las municipalidades, que prestan servicios de salud ambiental. El subsector público está constituido por instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios con y sin fines de lucro; el marco legal que las rige está conformado por la Ley General de Salud, la Ley de Reforma de la Seguridad Social y otro conjunto de leyes (sobre selección y contratación del personal médico, bancos de sangre, transplantes, medicamentos y farmacias) y reglamentos (como el de hospitales).

La Secretaría de Salud ejerce la rectoría del sistema y proporciona servicios de salud a 75% de la población, la mayoría no asegurada; el acceso es gratuito, depende de la disponibilidad de la oferta, no requiere de previo aseguramiento y no hay garantía de acceso o de la calidad. El sector privado se concentra en los estratos económicos de mayor capacidad económica y en los últimos años se nota una tendencia a mejorar la infraestructura, introducir tecnología y organizarse en redes de provisión de servicios. Las organizaciones privadas sin fines de lucro, sobre todo los patronatos hospitalarios con subsidios del Estado, cuentan con un conjunto de centros y hospitales especializados para cáncer, rehabilitación, diabetes, enfermedades cardiovasculares y dermatológicas. En los hospitales públicos se espera que los pacientes contribuyan en forma voluntaria a la recuperación de costos, y frecuentemente deben financiar ciertos insumos y medicamentos complejos para su atención, a pesar de que el Programa de Medicamentos Esenciales provee fármacos e insumos básicos intrahospitalarios gratuitos.

Entre las modalidades de aseguramiento se pueden identificar los esquemas de prepago de carácter obrero patronal, como el IDSS (7%) y el ISSFAPOL (entre 2 y 3%), así como los seguros médicos privados, los seguros autogestionados y los proveedores privados (15% entre los tres). Los seguros prepagados privados tienen especificadas las prestaciones cubiertas, pero difieren según el asegurador; tienen un copago alto y varias exclusiones y carecen de estrategias o programas de manejo de riesgos, por lo que usualmente no cubren los gastos catastróficos. En general, el sector médico privado funciona a través del pago directo por servicios, en el momento de recibir la prestación.

El país participa en el Parlamento Centroamericano y en los foros del Caribe, en los acuerdos con Centroamérica para la armonización de la reglamentación farmacéutica y en varias organizaciones internacionales de salud.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Entre los principales avances en esta materia, se inició la formulación de normas, criterios y parámetros para la instalación y acreditación de establecimientos de salud; se completaron los reglamentos y manuales para laboratorios y bancos de sangre; se elaboraron las normas de buenas prácticas de la industria farmacéutica, las de insumos médicos y las de producción y protección de los alimentos. Asimismo, se aplica un registro obligatorio de medicamentos y de alimentos, se inspecciona regularmente la cadena de producción de alimentos y se vigila la calidad de las aguas de consumo humano. Sin embargo, todavía se requieren procesos de regulación para mejorar la calidad de la atención y procedimientos estandarizados para el control de calidad y el incremento de la bioseguridad.

La Dirección de Drogas y Farmacias de la Secretaría de Salud es responsable de la evaluación, registro y control de los medicamentos y de la acreditación de los establecimientos que se dedican a la producción y comercialización de medicamentos, para lo cual elaboró un compendio de normas nacionales. El control de calidad de los medicamentos y la inspección reglamentaria representan los puntos más débiles y se carece de un programa de vigilancia sanitaria de medicamentos con acciones de farmacovigilancia, notificación de reacciones adversas, retiro y restricción de medicamentos.

Durante el período 1996–2000 se produjo una importante mejora y ampliación de la infraestructura física y de equipo de la red de servicios de salud, tanto pública como privada, y se introdujeron nuevas y costosas tecnologías. Sin embargo, debido a que en este proceso participan tres dependencias (la Secretaría de Salud, la Oficina Nacional de Planificación de la Presidencia y la Oficina Nacional de Supervisores de Obras del Estado), hubo problemas de coordinación en la regulación, gestión y garantía de la seguridad, en la adquisición y uso de las tecnologías en salud, así como en la evaluación de las mismas.

El sector farmacéutico incluye 100 laboratorios privados con capital nacional principalmente y excelente control de calidad, dedicados al envase, fraccionamiento y procesamiento final de las materias primas importadas. Un laboratorio estatal produce las vacunas antirrábica y antibrucelosa (cepa 19) y antígenos para diagnóstico (PPD, antígeno bang) y vacunas aviares.

Para fortalecer las acciones ambientales en el nivel local a través de procesos participativos en el ámbito institucional y comunitario se ejecuta la atención primaria ambiental (APA), que incorpora tanto al sector salud como a los sectores de educación, ambiente y agua potable y saneamiento, entre otros. Se ha capacitado a los coordinadores de salud ambiental de las direcciones provinciales de salud de la Secretaría de Salud.

En el año 2000 fue promulgada la Ley General sobre Medio Ambiente y Recursos Naturales. La Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales tiene como propósito la conservación y mejoramiento de la calidad ambiental mediante el mejoramiento progresivo de la gestión, administración y reglamentación relativas a la contaminación del suelo, aire y agua. La Dirección General de Saneamiento Ambiental de la Secretaría de Salud participa en la gestión de riesgos en saneamiento del medio ambiente, por medio del control sanitario de la contaminación de aire, agua y suelo.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

En el año 2000 se promulgaron la Ley General de la Juventud y la Ley sobre el Consumo de Tabaco y se modificó la Ley de Tránsito para hacer obligatorio el uso de cinturón de seguridad y regular el número de pasajeros en vehículos de motor. Entre 1995 y 2001 se crearon la Dirección General de Promoción y Educación para la Salud y el Departamento de Municipios Saludables en la Secretaría de Salud y un Comité Interinstitucional de Apoyo a la Estrategia de Municipios Saludables; se comenzaron iniciativas como las Escuelas Promotoras del Desarrollo Humano en la Secretaría de Educación y otras sobre Municipios Saludables en varias partes del país, en algunos casos con apoyo de Universidades. Se diseñó un curso universitario de posgrado en comunicación en salud y se fortaleció el Círculo de Periodistas de la Salud.

La Secretaría de Salud creó el Programa de Atención Integral de Adolescentes, que en 2000 contaba con 37 servicios especializados y 5.000 multiplicadores adolescentes organizados. Mediante este programa se promueve la prevención de embarazos, de infecciones de transmisión sexual y SIDA, y del uso de drogas. La Secretaría de Educación creó el Programa de Educación Sexual y Familiar, cuyo contenido se va incluyendo progresivamente en la educación básica y secundaria.

Prevención y control de enfermedades

Los programas más avanzados son los del área maternoinfantil, que incluyen el de atención integrada a las enfermedades pre-

valentes de la infancia (AIEPI) y el Programa Ampliado de Inmunización (PAI); enfermedades transmitidas por vectores; zoonosis; tuberculosis; lepra; SIDA/ITS y, en menor grado, los de salud mental, salud oral y control de las enfermedades no transmisibles.

Se han revisado y publicado las normas nacionales de la mayoría de los programas, además de las normas de vigilancia epidemiológica y de la mortalidad infantil y materna, así como de los recién nacidos de alto riesgo. Se ha capacitado en la aplicación de la estrategia AIEPI al personal de los servicios de salud y de más de 30 organizaciones no gubernamentales que participan en acciones comunitarias relacionadas con esta estrategia. Cabe destacar la colaboración de más de 100 organizaciones comunitarias en las actividades para reducir la mortalidad infantil y materna, cuya primera etapa se ejecutó entre 1997–1999 y la segunda abarca el período 2000–2001.

Análisis de salud y vigilancia epidemiológica

La Dirección General de Epidemiología tiene la responsabilidad normativa del sistema de vigilancia, el cual es de carácter descentralizado y cuenta con una unidad de epidemiología en cada una de las direcciones provinciales de salud y áreas de salud, así como en cada hospital y en cada programa nacional. En el nivel central incluye unidades de vigilancia, análisis de la situación de salud y apoyo informático, además de que se aprobó la creación del Instituto Nacional de Epidemiología. Se cuenta con normas nacionales únicas, asumidas por la Secretaría de Salud, el IDSS y Sanidad Militar.

El sistema de vigilancia epidemiológica está integrado por un componente general y otro especializado; el primero consta de los subsistemas de alerta temprana (notificación obligatoria, puertos y aeropuertos, rumores), vigilancia microbiológica y vigilancia centinela; el segundo comprende las unidades de vigilancia en los programas de prevención y control. La unidad de Análisis de Situación incluye los sistemas de vigilancia de muertes infantiles y muertes maternas, así como el análisis de registros vitales, y produce informes analíticos periódicos.

Agua potable, alcantarillado y manejo de residuos sólidos

El servicio de agua potable y saneamiento es proporcionado por el Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (INAPA) y corporaciones regionales; además, mediante el programa de descentralización de acueductos rurales iniciado por el INAPA en 1997, se han creado más de 20 asociaciones de acueductos rurales, responsables de la gestión de los servicios de las comunidades. El Proyecto de Consolidación de la Reforma del Sector de Agua Potable y Saneamiento, elaborado por el Banco Interamericano de Desarrollo, está dirigido a transformar a las corporaciones regionales y a INAPA en empresas comerciales rentables.

Según la Evaluación Global de los Servicios de Agua Potable y Saneamiento 2000, 71,4% de la población contaba con servicios

de agua potable (por acueducto a menos de 500 m de la vivienda) en 1998, 83% en la zona urbana y 50,4% en la zona rural. La cobertura de sistemas de disposición de excretas es 89,5% a nivel nacional, y solo 20,1% cuenta con servicios de alcantarillado; el porcentaje de la población total servida en el área rural es del 78,7% y en el área urbana, 95,6%. La cobertura de tratamiento de aguas residuales es menor, solo 48% recibe tratamiento previo a su descarga.

Se estima que la cobertura del servicio de limpieza urbana es de 40% y la comunidad lo califica de deficiente o de mala calidad.

Prevención y control de la contaminación del aire

La Dirección General de Salud y Ambiente de la Secretaría de Salud, tiene a su cargo programas educativos, de prevención y de capacitación en calidad del aire, así como una división para la atención a quejas.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

El subsector público de salud, administrado por la Secretaría de Salud, está organizado en cuatro niveles de gestión: el nivel central, responsable de las normas y políticas; el regional (con nueve regiones de salud), cuya misión es de supervisión y apoyo a la gestión provincial; el nivel provincial de salud, con 30 instancias de gestión denominadas Dirección Provincial de Salud, a cargo de la administración de la función de provisión de la atención a través de las redes provinciales de salud; y el nivel local constituido por los hospitales y centros de atención directa a los usuarios; estos establecimientos se articulan en redes de atención provinciales, aplican los programas de atención y son apoyados técnica y administrativamente por el nivel central y regional.

Los servicios de salud están organizados en tres niveles de atención o de complejidad: el nivel primario, en el que básicamente se proporciona atención ambulatoria y comunitaria; el nivel secundario, de complejidad general o intermedia, constituido por los hospitales municipales y zonales con atención especializada básica, y el tercer nivel, de complejidad avanzada, compuesto por hospitales generales regionales y hospitales de referencia nacionales y especializados.

En el primer nivel existen alrededor de 1.099 establecimientos ambulatorios, de los cuales 474 son rurales. Su capacidad resolutoria es básica, los servicios son principalmente asistenciales y son proporcionados por médicos generales, auxiliares de enfermería, promotores comunitarios de salud y técnicos en salud ambiental y control de vectores. En este nivel se está elaborando un nuevo modelo dirigido a fortalecer la atención primaria de salud; con esta iniciativa se promueve la redistribución de recursos y el establecimiento, por cada 500 a 700 familias que habitan en un mismo territorio, de una Unidad de Atención Primaria, que están integradas por un médico general, un auxiliar de enfermería, un

supervisor de promotores y promotores voluntarios. Estas unidades son responsables de 25 actividades que constituyen la oferta básica de salud tales como prevención, promoción, atención de enfermedades y de urgencias, control de vectores y educación comunitaria en salud. En cada sector se organiza un comité de salud comunitario. En 2000, 16 provincias rurales estaban aplicando el modelo en beneficio de 80.000 familias pobres.

El segundo nivel está constituido por 126 establecimientos, con capacidad de entre 40 y 50 camas por unidad que cuentan con las cinco especialidades básicas: quirófanos, radiología, laboratorio, farmacia y ambulancia. Atienden territorios entre 20.000 y 50.000 habitantes. El tercer nivel está conformado por 42 hospitales generales y especializados, incluyendo los administrados por los patronatos.

En total la red pública tiene 1.099 establecimientos de primer nivel, 126 de segundo nivel y 42 hospitales especializados o de alta complejidad para un gran total de 1.267 establecimientos. El IDSS tiene 18 hospitales de tercer nivel, 3 de los cuales son de carácter regional y especializados, 25 policlínicas de segundo nivel y 211 unidades ambulatorias. Las Fuerzas Armadas tienen dos hospitales generales complejos y 57 dispensarios dispersos según se concentre su población.

Los servicios de salud mental se incrementaron durante el período. Al menos 10 hospitales asignaron camas para pacientes de salud mental y se crearon cinco unidades de intervención en crisis, cinco centros comunitarios y un hospital de día. La salud mental se incorporó a la atención primaria y los medicamentos para el tratamiento de las enfermedades mentales se integraron al cuadro básico. No obstante, persisten barreras de acceso, exclusión y de reinserción laboral de las personas con problemas de salud mental.

La atención de personas con discapacidad se proporciona en más de 310 establecimientos y centros de atención públicos y privados. Hay nueve hospitales públicos con servicios de terapia física y rehabilitación, la mayoría situados en Santo Domingo. La Asociación Dominicana de Rehabilitación es la institución mejor organizada; dispone de centros de atención en las provincias y ofrece la atención más integral y de mayor resolución. Existe un marco legal para la protección y promoción de las personas con discapacidades. Se estima que alrededor de 30.000 personas requieren la eliminación quirúrgica de cataratas, pero la oferta pública de esta operación es muy limitada.

Los servicios de laboratorio son cuantiosos y de gran complejidad, y la calidad se ha incrementado progresivamente. La calidad, seguridad y disponibilidad de la sangre tiende a mejorar continuamente, así como su regulación y supervisión. No obstante estos adelantos, de las 60.885 unidades de sangre captadas en el año 2000, solo 20% de las mismas fue donada voluntariamente. La sangre se tamiza 100% para VIH (0,42% de incidencia), hepatitis B/HBsAg (1,2% de incidencia), hepatitis C/VHC (0,64% de incidencia), sífilis (0,86% de incidencia) y virus linfotrópico para células T humanas (VLHT) I y II.

El Estado ofrece servicios de salud oral gratuitos, especialmente los de carácter preventivo y aquellos de baja complejidad y costo (como las extracciones) y se enfoca en la población infantil y materna. La cobertura para otro tipo de atención es baja y la suministra el sector privado.

Los servicios de salud se ofrecen en toda la red y están conformados por la atención prenatal, parto, posparto, planificación familiar, tamizaje y tratamiento del cáncer mamario y uterino, consejería en salud reproductiva, infecciones de transmisión sexual y SIDA. Se cuenta con hospitales públicos y privados especializados, pero hay problemas de organización y calidad de la atención. En el cuadro 1 se aprecia la disponibilidad de equipamiento del sector público y privado.

Insumos para la salud

En el país existen 51 farmacias hospitalarias, 1.937 farmacias comunitarias, 740 boticas populares (venta de medicamentos a bajo costo), 100 laboratorios nacionales de producción de medicamentos y 682 depósitos y distribuidoras. En 2000 el Gobierno destinó US\$ 14,28 millones para abastecer de medicamentos a hospitales, clínicas rurales y boticas populares. En 2000, el gasto total en medicamentos fue de US\$ 246.558.000 millones, a precio de venta en farmacias; la industria farmacéutica nacional aportó 30% y se importaron 70% de los productos. En el país rige un sistema de libertad de precios con vigilancia estatal.

La última edición del cuadro básico de medicamentos esenciales es de febrero de 1997 y contiene 222 fármacos y 392 formas farmacéuticas. El sistema de compras de medicamentos del sector público es centralizada y se realiza mediante el Programa de Medicamentos Esenciales.

En el mercado local circulan 14.182 productos registrados, de los cuales 1.760 (12,4%) corresponden a medicamentos genéricos. El registro de productos farmacéuticos tiene un arancel de US\$ 416 aproximadamente y dura 5 años. La importación, producción y comercialización de narcóticos y psicotrópicos se regula por medio de la Dirección Nacional de Control de Drogas.

La producción nacional de medicamentos, reactivos y equipo es muy básica y estos insumos son importados en su mayoría.

Recursos humanos

En 2000 el país contaba con 15.679 médicos (19 por 10.000 habitantes); 2.603 enfermeros profesionales (3 por 10.000); 12.749 auxiliares o técnicos de enfermería (15 por 10.000); 7.000 odontólogos (8 por 10.000), y 3.346 profesionales farmacéuticos. En la Secretaría de Salud hubo incrementos en algunas de las categorías profesionales entre 1994 y 2000: médicos, de 5.626 a 8.993; odontólogos, de 376 a 1.074; enfermeros y auxiliares, de 8.600 a 10.969, y farmacéuticos, de 372 a 496. No hay información sobre la distribución de los recursos humanos en los diferentes subsectores. Sin embargo, se estima que en las dos principales instituciones del sector (Secretaría de Salud e IDSS), el total de puestos de trabajo en 1999 ascendía a 59.194, incluidas todas las categorías profesionales, técnicas y administrativas.

Hay 15 universidades que forman profesionales de la salud y están reconocidas por el Consejo Nacional de Educación Superior; en ellas hay nueve escuelas de medicina, seis de enfermería profesional y técnica, cuatro de bioanálisis, siete de odontología y cuatro de farmacia. En los últimos cinco años han egresado de la universidad estatal 58,4% de los profesionales de la salud, con un promedio de 502 profesionales por año y con una tendencia al incremento, incluso enfermería, aunque el número de egresados de esta disciplina es muy bajo (70 por año) en relación con las necesidades del país.

Con respecto a la educación de posgrado, existen 53 programas de residencias médicas (38% con aval universitario), en 20 especialidades y 6 subespecialidades, que se llevan a cabo en 15 hospitales docentes. Cuatro universidades ofrecen cinco programas relacionados con la salud pública y tres cuentan con maestría en salud pública; también existe una especialidad en salud ocupacional, un posgrado en gerencia de salud y otros cursos relacionados con la salud maternoinfantil, los adolescentes, la comunicación en salud y la bioética.

Los programas de formación de técnicos de salud han registrado una reducción significativa por falta de puestos de trabajo, a pesar del déficit, y se eliminaron los programas de técnico en banco de sangre, técnico en prótesis y ortesis, y técnico en terapia física.

CUADRO 1. Equipamiento en el sector salud, República Dominicana, 1999.

Sector	Tipo de recursos			
	Camas censables (por 1.000 hab.)	Laboratorios clínicos (N.º)	Bancos de sangre (N.º)	Equipos de radiodiagnóstico (N.º)
Subsector público	1,6	179	32	110
Subsector privado	3,9	1.800	35	21
Total	2,0	1.979	67	131

Fuente: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana.

Investigación y tecnología en salud

No existe un consejo de ciencia y tecnología que facilite la formulación de políticas y la coordinación de estrategias nacionales articuladas para el desarrollo de la investigación. Las principales investigaciones en los últimos años se han producido en el Centro de Investigaciones en Salud Materna e Infantil, el servicio de infectología del Hospital Infantil Robert Reíd Cabral, algunas dependencias de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, el Centro de Control de Enfermedades Tropicales y la Dirección General de Epidemiología. En general, la investigación tiende a ser de carácter aplicado.

El número de instituciones de educación y del sector salud que proporcionan acceso a sus bases de datos bibliográficas mediante la Internet está creciendo en forma exponencial y se está promoviendo la utilización de metodologías desarrolladas por el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME). También se incorporaron las monografías sobre temas de salud producidas en el país en la base de datos sobre Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS).

La Asociación Dominicana de Editores de Revistas Biomédicas se ha consolidado y ha participado en la creación de la Biblioteca Virtual en Salud de la República Dominicana, así como en el proyecto SciELO (Scientific Electronic Library Online). Menos de la mitad de las ocho bibliotecas pertenecientes a la Red de Bibliotecas Hospitalarias disponen de acceso a Internet.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto total per cápita en salud en 1996 fue de US\$ 111 (6,5% del PIB) siendo el gasto público per cápita de US\$ 28 y el gasto privado de US\$ 83. Como no hubo cambios estructurales significativos durante 1997–2000, se estima que se ha mantenido estable durante el período (el gasto público equivale a 1,5% del PIB), situación que se modificará substancialmente al aplicar el nuevo marco legal.

El financiamiento del sistema de salud es de origen y predominio privado, ya que 55% del mismo procede directamente de las familias, 75% de las cuales carecen de alguna modalidad de aseguramiento o mecanismos de prepago. De acuerdo con el estudio de las cuentas nacionales de salud de 1997–1998 realizado por el Banco Central y la OPS, tanto el gasto público como el privado se concentran en las áreas urbanas, predominantemente en Santo Domingo, y se destinan principalmente a la atención especializada y hospitalaria. En el gasto directo de los hogares, los servicios ambulatorios representaron 59% del total (61% en medicamentos); los de hospitalización, 18%; los odontológicos, 13%, y los gastos preventivos diversos, 10%.

Los datos sobre el gasto en salud por objeto y tipo de prestador muestran que el sector público destina mayor proporción de su presupuesto al pago de salarios (64,5%); de igual manera, gasta relativamente más en atención curativa y en administra-

ción y relativamente poco en mantenimiento, lo que resulta en compra periódica de equipo. La Secretaría de Salud recibe 43% del gasto público, seguida por el PROMESE y el IDSS. La ejecución presupuestaria de la Secretaría de Salud en 1997 fue alrededor de 60% y en 1999 se incrementó a 80%. Las unidades descentralizadas subnacionales, como las provincias o municipios, prácticamente no realizan gastos en servicios de salud, pero sí en salud ambiental y residuos sólidos.

El estudio de las cuentas nacionales de salud reflejó que el Gobierno aporta 36% del gasto total por persona en el quintil más pobre y 19% en el quintil más rico; sin embargo, la mayor aportación no modifica sustancialmente las oportunidades de acceso y condiciones de vida de la población en pobreza. Las organizaciones sin fines de lucro gastan alrededor de US\$ 67 millones (7,7% del gasto total) y sus recursos provienen del gobierno central, del financiamiento internacional y del gasto de los hogares. Las diferencias en el financiamiento, el acceso, la utilización y el gasto son más marcadas según el lugar de residencia; entre los estudios nacionales que han explorado esta situación, sobresalen el Mapa de Pobreza de ONAPLAN y la Encuesta de Gasto Familiar del Banco Central, cuyos resultados indican que las poblaciones más afectadas se ubican en la frontera, el sur del país y en los cordones de pobreza de Santo Domingo y de la ciudad de Santiago de los Caballeros.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

La cooperación internacional sigue siendo muy activa en el país. Entre los cooperantes multilaterales se destacan la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, el Programa Mundial de Alimentos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Entre los cooperantes bilaterales se encuentra la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (US\$ 25 millones de 2000 a 2004). La Unión Europea inició en 2000 un proyecto de cuatro años de duración, con una aportación de 13,5 millones de euros. Es importante mencionar al Organismo Japonés de Cooperación Internacional (JICA), que apoya en equipo y formación profesional, y a un conjunto de organizaciones no gubernamentales internacionales como Medicus Mundi (España), CARE, CARITAS, Plan Internacional, Global LINKS y Visión Mundial, que colaboran en varios proyectos en el ámbito local.

Como apoyo a la consolidación y a las propuestas de reforma se formularon y aprobaron dos proyectos muy significativos, uno del Banco Mundial (US\$ 30 millones) dirigido a apoyar la gestión desconcentrada y descentralizada, y el otro del Banco Interamericano de Desarrollo (US\$ 75 millones), orientado a fortalecer institucionalmente a la Secretaría de Salud.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, República Dominicana, 1991–2000.

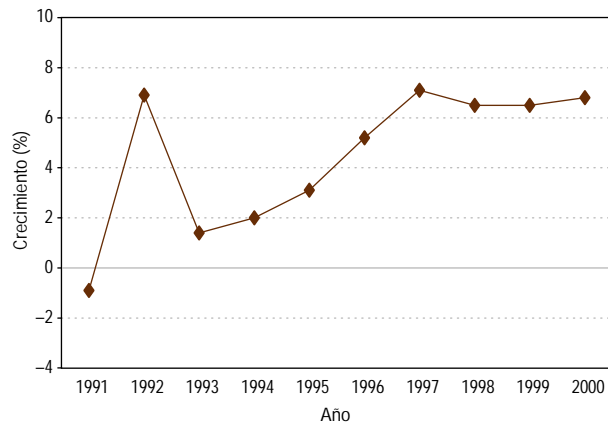


FIGURA 4. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año y en mujeres en edad fértil según vacuna, República Dominicana, 2000.

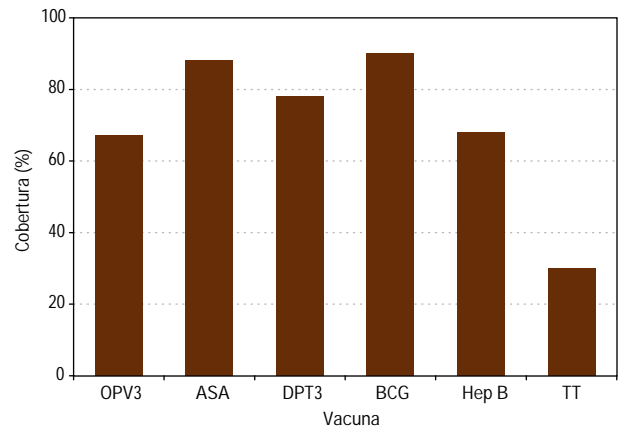


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, República Dominicana, 2000.

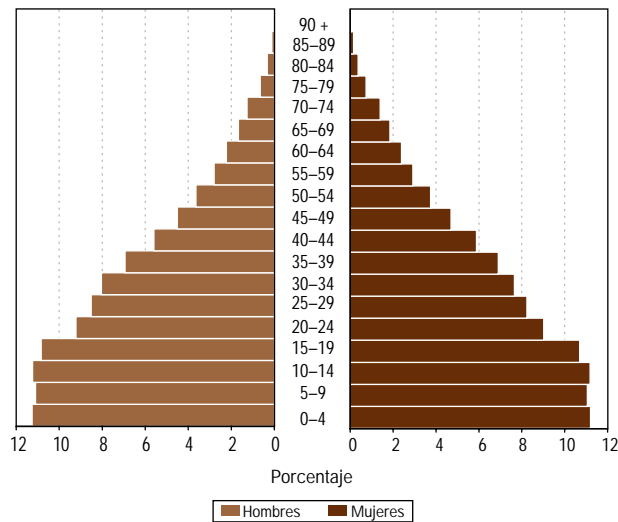


FIGURA 5. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, República Dominicana, 1994–2000.

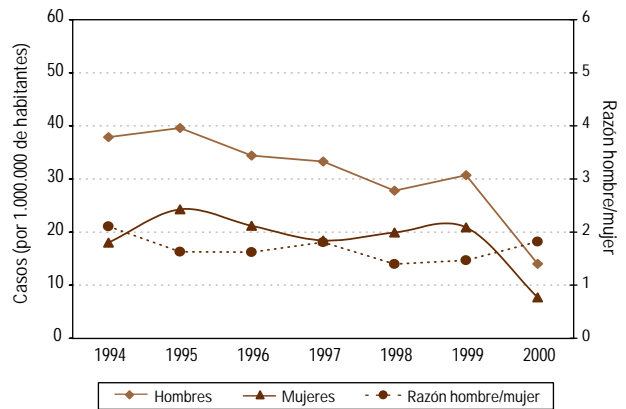
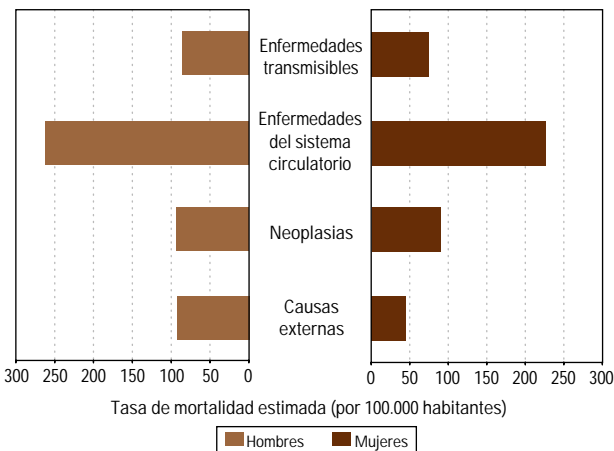


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, República Dominicana, 1995–2000.



SAINT KITTS Y NEVIS

CONTEXTO GENERAL

Saint Kitts y Nevis se encuentra en la parte septentrional de la cadena de Islas de Sotavento en la región oriental del mar Caribe. Saint Kitts (176 km²) y Nevis (93 km²), de origen volcánico, están separadas por un canal de 3 km en su punto más cercano. Hay transporte aéreo y marítimo entre las dos islas. Ambas tienen aeropuertos y atracaderos de barcos para cruceros. Son particularmente vulnerables a los huracanes y todas las instalaciones sufrieron daños considerables por causa de los tres huracanes de importancia ocurridos en el período 1996–1999.

Esta nación, compuesta por dos islas gemelas, logró su independencia en 1983. El Parlamento Federal, localizado en Saint Kitts, es el máximo órgano legislativo de decisión y se encarga de los asuntos externos y la seguridad nacional. Sin embargo, Nevis goza de gran autonomía y la Administración de la Isla de Nevis tiene la responsabilidad de dirigir los asuntos internos.

Por mucho tiempo, la secesión de Nevis de la Federación ha sido un motivo de conflicto entre las islas. En agosto de 1998 se celebró un referéndum sobre el asunto en Nevis y, como solo 61% del voto fue afirmativo en lugar de los dos tercios reglamentarios, no llegó a separarse.

Los arreglos de los servicios públicos en Nevis son paralelos a los de Saint Kitts. Cada Ministerio de Salud obra como órgano ejecutivo del Gobierno y tiene la responsabilidad particular de movilizar recursos para la promoción de la salud. Los presupuestos anuales de Saint Kitts y Nevis se preparan por separado, son aprobados por los organismos que establece la ley de cada isla y se ejecutan en forma relativamente independiente los unos de los otros. Sin embargo, esferas tales como el acceso a la ayuda internacional y la puesta en marcha de proyectos nacionales se gestionan obligatoriamente de consuno.

La meta del Gobierno es optimizar el uso de los recursos para lograr un crecimiento sostenible mientras se asegura la equidad. Para lograr esto, los esfuerzos se dirigen hacia:

- establecer un programa de inversión de capital y un marco legislativo y reglamentario para crear condiciones favora-

bles que permitan fomentar y facilitar el crecimiento impulsado por el sector privado;

- restituir los ahorros del sector público para financiar adecuadamente el programa de inversión de capital;
- reformar el sector público para incrementar la eficiencia;
- participar en el desarrollo apropiado de los recursos humanos;
- optimizar el uso de recursos para proporcionar debidamente los bienes y servicios públicos necesarios;
- reducir la vulnerabilidad económica mediante el fomento de la diversificación económica y una mayor inversión por parte de los agentes económicos internos y la consideración de la amenaza de huracanes en el programa de formación de capital.

Saint Kitts y Nevis tiene una pequeña economía abierta que produce una limitada gama de bienes y servicios, entre los que se encuentran azúcar, prendas de vestir, piezas para aparatos electrónicos, alimentos y bebidas, y que depende mucho de impuestos indirectos, tales como derechos de aduana. El turismo y los servicios afines, y en menor grado la pequeña industria manufacturera, se han convertido en campos clave de la actividad económica. Los servicios públicos, la banca, el seguro, la construcción, el turismo y el comercio mayorista y minorista han surgido como importantes contribuyentes al PIB. Como resultado de esta diversidad, la economía logró un nivel sostenido de crecimiento durante el período 1996–2000, a pesar del daño causado por los huracanes (figura 1). En términos nominales, el ingreso per cápita en Saint Kitts y Nevis aumentó de US\$ 4.869 en 1996 a US\$ 6.993 en 2000.

Los alimentos se importan, en parte por el nivel relativamente bajo de producción agropecuaria local y las exigencias de la creciente industria turística. La producción agropecuaria local se valoró en US\$ 3,5 millones en 2000 y las importaciones de productos alimentarios llegaron a un total de US\$27,1 millones (9,6% del PIB). En 2000 se estableció un comité de diversificación para evaluar la producción agropecuaria.

En el período 1980–1991, Saint Kitts y Nevis registró una tasa de crecimiento demográfico de –6,2%. En junio de 2000, la

población se estimaba en 40.410 habitantes, de los cuales 50,5% eran hombres y 49,5%, mujeres (figura 2). La tasa de dependencia era de 65%. Cuarenta por ciento de la población era menor de 20 años de edad y 11% mayor de 60 años.

Según una encuesta de las condiciones de vida realizada en el período 1999–2000, la tasa de desempleo era de 5,6% en Saint Kitts y de 8,6% en Nevis. Aproximadamente 31% de la población se consideraba pobre y 63% de los pobres tenían menos de 25 años de edad. En promedio, 60% de los pobres eran mujeres. Un informe sobre la encuesta de evaluación de la pobreza preparado en 1999 indicó que los pobres dependían de los centros de salud en mayor grado que el resto de la población (42%) y notificaban una menor incidencia de enfermedad (9,7%) que el resto de la población. La tasa de desempleo entre los pobres era mínima y la encuesta reveló que los subsidios del Estado en el sector salud ayudaban a contrarrestar el efecto de los salarios relativamente bajos en el acceso a la atención de salud.

Cerca de 57% de las personas en el mercado de trabajo no habían terminado los estudios secundarios. Sin embargo, el alfabetismo en las islas se estimó en 98%. La asistencia a la escuela es obligatoria hasta los 16 años de edad. Noventa y ocho por ciento de los estudiantes de primaria pasan a la escuela secundaria. En 1996 se matricularon 11.956 estudiantes en las escuelas públicas y privadas, lo que representa 92% de la población de 5 a 19 años de edad. En 2000, la matrícula escolar fue de 11.363 estudiantes. En el período 1999–2000 se matricularon 721 varones y 823 niñas en planteles de enseñanza preescolar.

Un sistema integrado de educación de nivel terciario ofrece capacitación académica, vocacional y profesional; la matrícula universitaria local fue de 422 estudiantes. El Ministerio de Asuntos de Género promovió la educación continua y la capacitación de las mujeres que habían abandonado la educación formal por causa del embarazo. El Estado aumentó la ayuda prestada a los estudiantes que buscan educación terciaria en el exterior. Más estudiantes tienen acceso a formación en instituciones distintas de la Universidad de las Indias Occidentales, particularmente de los Estados Unidos de América y Cuba, donde 12 alumnos siguieron estudios de medicina y 5 de otros campos afines en el período 1997–1999.

En el período 1996–2000 hubo 4.275 nacimientos, con un promedio anual de 855. En el período 1996–2000, la tasa bruta de natalidad alcanzó un promedio de 21 por 1.000 habitantes. La tasa media anual de fecundidad fue de 2,6 niños por mujer (de 15 a 49 años). No hay subregistro de los nacimientos.

Mortalidad

En 1996–2000 hubo 2.031 defunciones en Saint Kitts y Nevis, de las cuales 1.054 fueron de hombres y 977 de mujeres. En 1996 se registraron 393 defunciones (201 de hombres y 192 de mujeres) y en 2000, 358 (183 de hombres y 175 de mujeres). En el período 1996–1999, la tasa bruta de mortalidad alcanzó un prome-

dio de 10 por 1.000 habitantes, cifra que en 2000 se redujo a 9,0 por 1.000. Casi todas las defunciones (69% o sea 1.392) ocurrieron en el grupo de 65 y más años.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

La tasa de mortalidad infantil fue de 24,1 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1996 y de 12,7 por 1.000 en 1999. Durante el período 1996–2000 hubo 87 defunciones de lactantes. Siete de 20 defunciones de lactantes ocurridas en 1996 se debieron a prematuridad, 4 a asfixia neonatal, 2 al síndrome de dificultad respiratoria y 2 a anomalías congénitas. El síndrome de dificultad respiratoria, la asfixia y las anomalías congénitas fueron las principales causas de las 12 defunciones de lactantes ocurridas en 2000.

Las principales causas de las 20 defunciones de niños de 1 a 4 años en el período 1996–2000 fueron las infecciones respiratorias agudas y la gastroenteritis. En 1996 se registraron dos defunciones, una por gastroenteritis y otra por infección respiratoria aguda. En 2000 hubo dos defunciones por infecciones respiratorias agudas, una por gastroenteritis y otra por parálisis cerebral.

El bajo peso al nacer sigue siendo motivo de preocupación. Aproximadamente 9% de los niños nacidos en 1997, 13% en 1998 y 9,6% en 1999 tenían bajo peso al nacer.

La gastroenteritis y las infecciones respiratorias agudas fueron las principales causas de enfermedad de los niños de 0 a 4 años de edad. En 1996 se notificaron 219 casos de gastroenteritis, con 55 hospitalizaciones; en 1999 se notificaron 254 casos. Las principales causas de hospitalización de los niños de este grupo de edad fueron la gastroenteritis y las afecciones respiratorias agudas, incluso el asma.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

Los niños de 5 a 9 años representaron aproximadamente 10% de la población en 2000. En el período 1996–2000 se registraron cuatro defunciones: dos por afecciones neurológicas, una por ahogamiento y otra por septicemia, en este grupo de edad.

Las principales causas de morbilidad fueron la gastroenteritis y las infecciones respiratorias agudas. En el período 1999–2000 se notificaron 335 casos de gastroenteritis (161 en varones y 174 en niñas). En el mismo período se notificaron 25 casos de infecciones respiratorias agudas.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

Los adolescentes de 10 a 19 años comprendieron aproximadamente 20% de la población en 2000. En el período 1996–2000 hubo 11 defunciones en el grupo de 10 a 14 años; de ese número,

dos fueron por cáncer, dos por homicidios, una por ahogamiento y una por suicidio.

En ese período hubo 15 defunciones en el grupo de 15 a 19 años de edad. Tres defunciones se debieron a accidentes de transporte terrestre, tres a homicidios y una a electrocución.

En el período 1998–1999 se realizó una encuesta de salud de los adolescentes entre 341 estudiantes (50% hombres) en Saint Kitts y Nevis. La encuesta permitió llegar a la conclusión de que los adolescentes son vulnerables a problemas relacionados con la nutrición, las drogas, la violencia, la sexualidad y el abuso. En promedio, 96% de los estudiantes entrevistados alegaron que no habían usado cocaína, tabaco, marihuana, heroína ni cigarrillos. Cuarenta y seis por ciento notificaron consumo de alcohol una vez o algunas veces; el consumo de alcohol fue notificado sobre todo por los jóvenes de 16 a 19 años de edad.

Las tasas de embarazo en las adolescentes siguen siendo relativamente elevadas. De los 833 nacidos vivos en 1996, 5 fueron de madres de 10 a 14 años de edad y 155 de madres de 15 a 19 años de edad. En 2000, 2 de las madres de los 838 nacidos vivos tenían de 10 a 14 años, y 133, de 15 a 19 años.

La salud de la población adulta (20–59 años)

De las 397 defunciones registradas en el grupo de 20 a 59 años en el período 1996–2000, 232 fueron de hombres y 165 de mujeres. Las principales causas de las 86 defunciones ocurridas en 1996 fueron cáncer (14 defunciones), infarto del miocardio (10), accidentes y lesiones (9) y accidentes cerebrovasculares (7); en general, las defunciones tuvieron una distribución equitativa por sexo. En 2000 hubo 71 defunciones en este grupo de edad (41 hombres) con un patrón similar de causas principales. El SIDA fue también una importante causa de defunción en 2000 y representó siete defunciones. El cáncer de mama fue el más común en este grupo de edad y provocó cuatro defunciones en 1996 y cinco en 2000.

En 1996 hubo una defunción materna. En 1996, 3,2% de las madres que acudieron a los dispensarios de atención prenatal tenían bajas concentraciones de hemoglobina (< 9 g/dl), 33% concentraciones medianas (9–10 g/dl) y 64% concentraciones elevadas (\geq 11 g/dl). En 1999 se detectaron bajas concentraciones en 1,6% de las 431 mujeres que acudieron a los dispensarios de atención prenatal, 36% tenían concentraciones medianas y 63% concentraciones elevadas. En 2000, 0,7% de las 404 mujeres evaluadas tenían concentraciones bajas, 27% medianas y 73% elevadas.

Los datos proporcionados por el Hospital J. N. France, el principal centro hospitalario, indican que las cinco causas principales de morbilidad en el período 1996–1999 fueron diabetes mellitus, hipertensión, cardiopatía, gastroenteritis y neumonía. El abuso de alcohol y el asma también fueron importantes causas de morbilidad. Los accidentes de transporte terrestre, que ocuparon el octavo lugar entre las principales causas de morbilidad en 1996 y 1997, no estuvieron entre las 10 causas principales de morbilidad

en 1998 ni 1999; los patrones de morbilidad fueron similares en 2000. De un total de 709 ingresos en pabellones de atención médica, 145 (47 hombres y 98 mujeres) ocurrieron por causa de diabetes, 106 (41 hombres y 65 mujeres) por hipertensión, 47 (19 hombres y 28 mujeres) por cardiopatía isquémica, 85 (40 hombres y 45 mujeres) por otras clases de cardiopatía, 46 (24 hombres y 22 mujeres) por asma y 45 (22 hombres y 23 mujeres) por neumonía.

Según datos proporcionados por la Unidad de Planificación Familiar, hubo 4.482 usuarios de los servicios de planificación familiar en 1996, incluso 3.107 usuarios en el sistema público y 1.375 mujeres que utilizaron el servicio de la Asociación de Planificación Familiar, una entidad privada. Los anticonceptivos orales fueron el método escogido por 48% de las usuarias, los inyectables por 22% y el dispositivo intrauterino por 10%. Aproximadamente 20% de los usuarios utilizaron otros métodos, sobre todo condones.

Durante el período 1996–2000, el laboratorio público analizó 8.850 frotis de Papanicolaou. La detección del virus del papiloma humano (VPH) en frotis de Papanicolaou comenzó en 1999. Se detectaron siete casos de VPH en 1999 y 10 en 2000.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Las personas de 60 y más años representaron aproximadamente 11% de la población en 2000 y las de 80 y más años, 3%. Durante el período 1996–2000 hubo 1.505 defunciones de personas de 60 a 79 años de edad (746 de hombres y 759 de mujeres). En 2000 hubo 265 defunciones (134 de hombres y 131 de mujeres), cuyas principales causas fueron el accidente cerebrovascular (15 defunciones), el cáncer (22), el infarto del miocardio (18), la insuficiencia cardíaca congestiva (10) y la neumonía (7). Seis de las 16 defunciones de hombres causadas por cáncer se atribuyeron a cáncer de la próstata.

En 2000 hubo 146 defunciones de personas de 80 y más años (59 de hombres y 87 de mujeres). Las principales causas de defunción fueron el accidente cerebrovascular (31 defunciones, 8 de hombres y 23 de mujeres), el infarto del miocardio (23), la septicemia (17), el cáncer (11) y la neumonía (8). Cinco de las ocho defunciones de hombres causadas por cáncer se atribuyeron a cáncer de la próstata.

Las enfermedades crónicas no transmisibles y sus secuelas son importantes causas de morbilidad de los adultos mayores.

El Programa de Seguridad Social ofrece una pensión para las personas ancianas necesitadas, aunque no hayan contribuido al mismo. En 1999 se pagaron US\$ 1,5 millones a 1.225 pensionados.

La salud de los trabajadores

El trabajo infantil es casi desconocido. Los datos acopiados por el Departamento de Trabajo indican que las mujeres representaron 60% de las 5.459 personas empleadas en los principales servicios e industrias (es decir, en el sector privado en los cam-

pos de banca, seguro, turismo, servicios de aerolíneas, casas editoriales, manufacturas y servicios profesionales) durante el cuarto trimestre de 1998.

En su empeño por mejorar la salud de los trabajadores, el Ministerio de Salud celebró en 2000 consultas con un higienista especializado en salud ocupacional. La finalidad principal fue realizar una evaluación de la salud y la seguridad en el lugar de trabajo con miras a elaborar un protocolo para auditorías en el lugar de trabajo. Además, se estableció un proceso de evaluación de necesidades.

El Programa de Seguro Social pagó US\$ 822.050 en beneficios de enfermedad en 1999 y US\$ 816.061 en 2000. De un total de 4.473 reclamaciones hechas en 1999, 511 fueron por lesiones sufridas por 322 personas.

La salud de los discapacitados

Durante 1996–2000 se estableció en Saint Kitts un programa de detección temprana, intervención y estímulo para los discapacitados; se registraron como discapacitados 68 niños y adultos jóvenes. Por medio de visitas domiciliarias, una enfermera adiestrada del Ministerio de Salud ofrece estímulo a los niños y orientación, información y apoyo a los padres. En conjunto, una unidad especial de educación de Saint Kitts y otra similar de Nevis ofrecen educación a 112 estudiantes de 4 a 20 años. La gama de discapacidades de los estudiantes comprende impedimentos auditivos, autismo, síndrome fetal debido al alcohol, síndrome de Down, impedimentos visuales, hidrocefalia, parálisis cerebral y otras formas de discapacidad física y mental. Esas unidades emplean a 17 maestros y 12 auxiliares.

A los 15 años de edad comienza la formación para el empleo de las personas con discapacidades leves, que más tarde se incorporan a la fuerza de trabajo. El Ministerio de Educación emplea algunas de las personas con discapacidades más graves en una finca especial.

La Sociedad para las Personas Ciegas y con Impedimentos Visuales tiene un registro de unas 30 personas de 19 a 55 años de edad.

La salud de los indígenas y de otros grupos especiales

No hay grupos indígenas en Saint Kitts y Nevis. En el período 1996–2000 se trajeron unos 525 trabajadores de Guyana al año para trabajar en la industria azucarera. Se han incorporado al sistema local de atención de salud y, por ende, no hay datos separados sobre este grupo.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Entre 1996 y 2000, cuatro huracanes de importancia azotaron a Saint Kitts y Nevis y hubo inundaciones en Basseterre, la capital. En 1998, el huracán Georges causó cinco defunciones y cerca

de US\$ 402 millones de daños. En 1999, los huracanes José y Lenny causaron daños cuyo monto se estima en US\$ 3,8 millones y US\$ 42 millones, respectivamente. No hubo brotes importantes de enfermedad después de esos desastres. Sin embargo, se produjeron graves daños estructurales, incluso en varios centros de salud y en el Hospital J. N. France.

Saint Kitts y Nevis se vio afectada periódicamente por lluvias de ceniza como resultado de las erupciones volcánicas en la vecina isla de Montserrat que, según la comunidad médica, ha causado una mayor incidencia de problemas respiratorios e irritación de los ojos y la piel.

El Organismo Nacional de Administración de Situaciones de Desastre, regido por una Junta Directiva, coordina las actividades nacionales en ese campo. En la versión revisada del plan nacional para situaciones de desastre se estipula la participación del sector público, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales. El Consejo Nacional de Mitigación de los Desastres de Saint Kitts y Nevis, con la participación de los sectores público y privado y las organizaciones no gubernamentales (incluso las iglesias), se reúne por lo menos una vez por mes y ofrece dirección en materia de política relacionada con los sistemas de mitigación.

El plan para situaciones de desastre del Ministerio de Salud y Medio Ambiente aborda asuntos como el tratamiento de víctimas en masa, la vigilancia del suministro de agua, el saneamiento ambiental, la vigilancia epidemiológica y el mantenimiento de los establecimientos de salud. El plan tiene un componente institucional y otro comunitario.

Enfermedades transmitidas por vectores

En 1996 se notificaron seis casos de dengue (una tasa de 14,2 por 1.000 habitantes). En 1997 se notificaron cuatro casos, en 1999 dos y en 2000 seis. En el período 1996–2000 se notificó una defunción por dengue. La tipificación vírica hecha por el CAREC indica que durante ese período circularon dos tipos de dengue.

En 1999 hubo un caso importado de malaria. No se ha registrado ningún otro caso y no se encontró el mosquito *Anopheles* en Saint Kitts.

En 2000 se administraron 27 dosis de vacuna contra la fiebre amarilla. Durante el período 1996–2000, no se notificaron casos de fiebre amarilla, enfermedad de Chagas, peste ni esquistosomiasis.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Durante 1996–2000, la cobertura promedio de los niños menores de 1 año con las vacunas DPT, OPV y MMR fue mayor de 99% (figura 3). En 1997 se introdujo la vacuna BCG para los recién nacidos y en el período 1998–2000 la cobertura fue de 100%. En julio de 2000 se introdujo la vacuna pentavalente contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b; en ese año la cobertura fue de 12%.

En el período 1996–2000, no se notificó ningún caso de difteria, tos ferina ni poliomielitis. Entre 1997 y 2000 se notificaron

29 casos presuntos de sarampión, pero no se confirmó ninguno. En el período 1996–2000 se notificaron un caso de rubéola y dos de parotiditis.

Entre 1996 y 2000 se registraron 10 casos de hepatitis; no se sabe si todos estos fueron casos de hepatitis B. Trece de los 207 donantes de sangre sometidos a prueba en Saint Kitts en 1999 arrojaron resultados positivos en el examen de detección de hepatitis B; en 2000, 18 de los 232 donantes arrojaron resultados positivos. En 1997 se volvió a introducir la vacunación contra la hepatitis B después de haberse interrumpido por la pérdida de la vacuna ocasionada por un huracán en 1995; la cobertura media en el período 1998–2000 fue de 98%.

Entre octubre de 1999 y marzo de 2000 se realizó una campaña de vacunación en masa contra la rubéola. La población destinataria fueron 16.900 adultos de 15 a 39 años de edad; se logró una cobertura de 88%. En 1996 hubo una defunción por tétanos. No hay datos disponibles sobre *Haemophilus influenzae* tipo b.

Enfermedades infecciosas intestinales

No se notificaron casos de cólera en el período 1996–2000. Se subnotifican las infecciones parasitarias intestinales, ya que en el período 1996–2000 se registraron solamente cinco casos de giardiasis. En una encuesta de parasitología realizada en 1997 entre 250 estudiantes de la escuela primaria se determinó que la infección por *Trichuris* afectó a 27% de la población entrevistada. No se notificaron casos de infección por *Ascaris*, *Ancylostoma* ni *Necator* en el período en cuestión.

Enfermedades crónicas transmisibles

Se notificaron dos casos de tuberculosis en 1996. Diez de los 12 casos notificados en 1997 fueron nuevos. Después de este aumento del número de casos, se introdujo el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) y se contrató un coordinador para la lucha antituberculosa. En el período 1998–1999 se notificaron cinco casos nuevos; no se notificó ninguno en 2000.

No se notificaron casos de lepra en el período 1996–2000.

Infecciones respiratorias agudas

Entre 1997 y 2000 hubo 339 casos (152 varones y 187 niñas) de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. En la población mayor de 5 años de edad se notificaron 74 casos (30 hombres y 44 mujeres). Los datos del Hospital J. N. France indican que el asma fue una de las 10 causas principales de morbilidad. En 1996 ingresaron 21 hombres y 23 mujeres por causa de asma y en 2000, 24 y 23, respectivamente. En agosto de 1999 se estableció un consultorio para el cuidado del asma en el hospital y en 2000 se atendió a 108 pacientes en un total de 150 consultas.

Zoonosis

No se notificaron casos de rabia entre 1996 y 2000. Se notificaron siete casos de leptospirosis.

VIH/SIDA

En 1996–1997 se registraron 58 casos de infección por el VIH. En el período 1996–2000 se descubrió que dos donantes de sangre del grupo de 55 a 59 años estaban infectados por el VIH. La razón de sexos fue relativamente igual entre 1998 y 2000 (16 hombres y 18 mujeres). En el período 1996–2000 se registraron 26 defunciones por SIDA (17 hombres y 9 mujeres). Entre las defunciones por SIDA se incluyó un niño (menor de 5 años), hijo de una madre seropositiva; todas las demás defunciones por SIDA ocurrieron en el grupo de 20 a 59 años de edad.

Infecciones de transmisión sexual

En general, las infecciones de transmisión sexual se subnotifican en Saint Kitts y Nevis y la mayor incidencia en las mujeres puede indicar subutilización de los servicios de salud por parte de los hombres. En el período 1999–2000 se notificaron 288 casos (115 hombres y 173 mujeres) del síndrome de flujo genital, 22 casos del síndrome de ulceración genital, 10 casos de infección por clamidias, 14 casos de sífilis y 2 casos de gonorrea. Alrededor de 57% de los casos de sífilis ocurrieron en el grupo de 50 a 64 años de edad. Aunque no se notificaron casos de infección por *Trichomonas* en 1999, una revisión de los 1.697 frotis de Papanicolaou realizados en el Hospital J. N. France reveló positividad en 75 muestras sometidas a examen de detección de *Trichomonas*.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Según los datos de la Unidad de Nutrición, se evaluó un promedio anual de 1.832 niños menores de 5 años en los dispensarios de atención de salud infantil entre 1996 y 2000. El estado nutricional se mide con los criterios de talla y peso establecidos en la gráfica de crecimiento del CFNI. La malnutrición grave está casi ausente, pues solo registra niveles de 0,1% o menos. La malnutrición leve a moderada va en descenso y la obesidad, en aumento. En 1996, 6,7% de 1.831 niños examinados eran obesos y en 2000, 11% de 2.271. Este aumento del número de niños obesos es motivo de preocupación.

La tasa de lactancia materna exclusiva de los niños menores de 4 meses pertenecientes a un grupo de 946 niños evaluados en 1999 fue de 78%. La tasa de lactancia materna continua a los 12–15 meses de edad fue de 26%.

En 2000 se realizó una encuesta de evaluación de las necesidades de los pacientes con diabetes y enfermedades cardiovasculares entre 353 trabajadores (con una edad media de 35 años). Se descubrió que 8% eran diabéticos, dos tercios tenían concentraciones anormales de lípidos y dos tercios tenían peso excesivo. La diabetes fue la causa de ingreso de 98 mujeres y 47 hombres del total de 3.114 pacientes internados en el Hospital J. N. France en 2000. En 1998, 874 pacientes (672 hombres y 202 mujeres) se registraron en consultorios de atención de diabetes; un número desconocido de diabéticos recibió atención primaria de médicos privados.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares, particularmente la hipertensión, son una causa importante de morbilidad y mortalidad. De las 393 defunciones ocurridas en 1996, 114 (65 hombres y 59 mujeres) se debieron a hipertensión, infarto del miocardio y otras enfermedades cardiovasculares. En 2000, las defunciones por accidente cerebrovascular (51), infarto del miocardio (47) e insuficiencia cardíaca (47) comprendieron 41% del total de defunciones, con una razón de sexos de 0,99. Más de 60% de las defunciones por accidentes cerebrovasculares fueron de mujeres.

En 2000 fueron internadas en el Hospital J. N. France 248 personas (100 hombres y 148 mujeres) por hipertensión, cardiopatía isquémica y otras formas de cardiopatía. La encuesta de evaluación de las necesidades de los pacientes con diabetes y enfermedades cardiovasculares reveló que 50% de los hombres y mujeres eran hipertensos (según valores de 140/90 mmHg). El número de pacientes inscritos en dispensarios de atención de la hipertensión fue bastante constante en el período 1996–2000; en 1998 se registraron 265 hombres y 861 mujeres.

Neoplasias malignas

El cáncer fue una de las cinco causas principales de mortalidad entre 1996 y 1999 y representó 14% (282) de las defunciones en el período 1996–2000. En las defunciones de hombres se observó que la principal localización fue la próstata, con unos 12 casos anuales. El cáncer de mama fue el más común entre las mujeres y ocasionó cuatro defunciones en 1996, tres en 1997, seis en 1999 y siete en 2000. En el período 1996–2000 murió un hombre por cáncer de mama. Otras localizaciones del cáncer en las defunciones por esa causa fueron el colon, el estómago, el cuello uterino y el páncreas.

Accidentes y violencia

Las estadísticas de la policía correspondientes al período 1999–2000 muestran un total de 455 delitos violentos, 86% de los cuales se clasificaron como heridas y 2,6% como homicidio. Las estadísticas del principal hospital de referencia en el período 1998–2000 indican que de los 3.677 internados durante ese período, menos de 2% se debieron a heridas por agresión con objeto cortante y con disparo de arma de fuego.

En el período 1998–2000, el Departamento de Tránsito registró 925, 927 y 1.035 accidentes de transporte terrestre al año, respectivamente. El número de hospitalizaciones por accidentes también aumentó durante ese período y fue de 173 en 1998, 252 en 1999 y 308 en 2000.

Salud oral

Hubo 6.779 visitas de pacientes a la Unidad Dental de Saint Kitts en 2000 y se realizaron 3.106 extracciones y 1.668 restauraciones. Se atendieron 2.417 consultas de pacientes en la Unidad Dental de Nevis en 2000 y se realizaron 682 extracciones y 892 restauraciones.

Salud mental

El número de pacientes psiquiátricos registrados que acudieron a dispensarios de la comunidad en Saint Kitts fue bastante constante en el período 1996–2000, con un promedio de 224 al año. La esquizofrenia fue el diagnóstico más común y representó un promedio de 85 pacientes, seguida del abuso de sustancias (incluido el alcohol) en un promedio de 54 pacientes.

El Proyecto de Educación para la Resistencia al Abuso de Drogas (DARE) es un programa realizado principalmente por la Fuerza de Policía de Saint Kitts y Nevis, con aporte de educadores, personal de salud y la comunidad. Su objetivo es prevenir el abuso de sustancias entre los niños. En 1996, ocho escuelas primarias participaron en el programa, del cual egresaron 500 estudiantes. A fines de 2000, 30 escuelas habían participado en el programa, incluso escuelas secundarias y la unidad de educación especial, y 1.500 estudiantes habían egresado del mismo.

Enfermedades emergentes y reemergentes

Con excepción de un caso que afectó a un lactante en 2000, no se han notificado casos de meningitis meningocócica ni de otras enfermedades infecciosas emergentes o reemergentes.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

La reforma del sector salud

En Saint Kitts y Nevis se han hecho algunos intentos de reforma del sector salud. Las medidas adoptadas se destinan a lograr una mejor utilización de recursos limitados, crear condiciones para ampliar la capacidad de prestación de servicios de salud de buena calidad y reencauzar el sector salud hacia la atención primaria. Las medidas tomadas incluyen el desarrollo de la infraestructura orgánica, en parte como resultado del considerable daño que sufrieron las diferentes instituciones por huracanes sucesivos. Con arreglo a este programa, se han renovado dos hospitales principales y muchos de los 17 centros de salud de Saint Kitts y Nevis. También se renovó la Unidad Dental del Centro de Salud de Charlestown (Nevis), se construyó una nueva unidad dental en Newtown (Saint Kitts) y se equipó una unidad dental en el Hospital Mary Charles (Saint Kitts). Se ha modernizado el equipo en ambas islas, incluso el equipo tecnológico y de diagnóstico, y ahora se prestan servicios de mamografía y ultrasonografía.

El gasto ordinario del Ministerio de Salud ha aumentado casi al doble debido a la reestructuración orgánica y la creación de 19 puestos nuevos en las áreas de gestión de operaciones, administración de nivel intermedio y promoción de la salud. En 1996, la preparación del presupuesto dejó de concentrarse en asignación de fondos para partidas para convertirse en un presupuesto por programas.

Se hizo mucho hincapié en el establecimiento o la mejora de los programas de VIH/SIDA, promoción de la salud, recolección y

utilización de datos, vigilancia, salud ambiental y preparativos para situaciones de desastre.

Durante el período en revisión se pusieron en funcionamiento un servicio médico de urgencia, un consultorio de atención ocular moderno y plenamente equipado, una unidad de cuidados intensivos y un servicio de atención de salud a distancia, con componentes de telerradiología y educación médica continua.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El Ministro de Salud y Medio Ambiente se encarga de ejecutar las políticas y los programas del Gobierno Federal. El Ministerio de Salud abarca tres programas: Desarrollo de Políticas y Gestión de Información, encabezado por un Secretario Permanente; Servicios de Salud Comunitaria, a cargo de un Director, y Servicios Institucionales de Salud, administrado por el Director de Instituciones de Salud. El Médico Jefe y el Director de Servicios Comunitarios desempeñan sus funciones en el ámbito federal. La Unidad de Información de Salud de Saint Kitts acopia datos de ambas islas.

La Asamblea de la Isla de Nevis tiene mucha autonomía en cuestiones de salud en la esfera local. Un Ministro dirige el Ministerio de Salud de Nevis; el Ministro también tiene un Funcionario Administrativo Principal, conocido como Secretario Permanente.

Legislación sobre salud

La reforma legislativa fue un punto de enfoque en el período 1996–2000. En 1996 se promulgó la Ley sobre Empresas de Gestión de Desechos Sólidos de Saint Kitts y Nevis y en 2000 se introdujo una enmienda de la Ley sobre Recolección de Basura. Durante el período se prepararon proyectos de ley sobre salud mental y administración de las instituciones de salud pública de Saint Kitts. Se realizó el trabajo preliminar tendiente a la enmienda de la Ley sobre Farmacias, ciertos aspectos de la Ley sobre Salud Pública (particularmente en lo referente a la calidad del agua y la inocuidad de los alimentos) y la Ley de la Profesión Médica. Esta última, en virtud de la cual se establece la Junta de Medicina, se ha reformado para ampliar la jurisdicción de la Junta con el fin de incluir al personal de profesiones afines a las de la salud, como tecnólogos de laboratorio, dietistas, podiatras, quiroprácticos, nutricionistas y naturópatas.

Financiamiento

Está en consideración una propuesta para mejorar la recuperación de costos según la capacidad de pago. La finalidad de la propuesta es recuperar por lo menos 20% del gasto en atención de salud en lugar del 2% actual.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

En Saint Kitts y Nevis no existe un programa nacional de seguro médico. El Programa de Seguridad Social cumple algunas

de las funciones del seguro médico, incluso la provisión de beneficios por lesiones a sus miembros. Por ley, cada trabajador tiene la obligación de contribuir al programa y las reclamaciones de beneficios se pagan con certificación médica de la enfermedad o lesión. Las grandes empresas, y también el Estado, ofrecen seguro médico a sus empleados. Los empleados del sector público reciben cobertura médica por medio de la Compañía Nacional de Seguro del Caribe, cuyos beneficios incluyen medicamentos; exámenes de atención preventiva, como frotis de Papanicolaou, mamografía y exámenes de la próstata; atención psiquiátrica, hospitalización, incluso costos de intervención quirúrgica, anestesia, atención materna y médica; radiografía de diagnóstico; servicios de laboratorio; atención ocular y dental, y atención y viajes fuera del país. La Compañía Nacional de Seguro del Caribe es el principal asegurador local.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

En la actualidad, los mecanismos de reglamentación, tradicionalmente esbozados y aplicados en forma inadecuada se someten a un proceso de revisión y se ponen en práctica. La Oficina de Normas de Saint Kitts y Nevis se estableció en septiembre de 2000; entre sus objetivos están limitar las prácticas engañosas por parte de las empresas y proteger la salud de los consumidores. La educación de los consumidores, las medidas para asegurar el cumplimiento de los requisitos de rotulación correcta, la garantía de la calidad y la vigilancia del sistema de análisis de peligros en puntos críticos de control (APPCC) son algunas de las responsabilidades de la Oficina.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

La Junta de Medicina de Saint Kitts y Nevis regula el registro y la conducta de los médicos, oculistas, optómetras, dentistas y farmacéuticos, y supervisa la revisión ética de las prácticas clínicas y de investigación. El Consejo Local de Enfermería reglamenta los servicios de esa profesión.

Saint Kitts y Nevis es miembro de la Asociación de Consejos Médicos del Caribe, que aspira a normalizar el registro regional de profesionales de la medicina.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

La Unidad de Promoción de la Salud, establecida en 1996, se modernizó en 2000 para incluir el Programa de Vigilancia de la Nutrición, el Programa de Enfermedades no Transmisibles y el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA. El cuadro de personal se amplió con la contratación de un consejero y un especialista en medios de comunicación.

Los fines de la Unidad son sensibilizar más al público de los problemas de salud, habilitar a los particulares y las comunidades para asumir responsabilidad por su salud por medio de información y educación, y promover cambios en el medio físico y social para mejorar la salud pública. En febrero de 2000 se realizó en Saint Kitts un taller de capacitación titulado "Fortalecimiento de la capacidad nacional de promoción de la salud". La meta fue facilitar la elaboración de planes concretos, empleando métodos de promoción de la salud para abordar las cuestiones de salud de importancia local y formular recomendaciones para ampliar el uso del método de promoción de la salud para atender las dificultades en materia de salud. El proyecto de modos de vida saludables, que enseña hábitos apropiados de alimentación y ejercicio, es una de las actividades de promoción de la salud de la Unidad. Se ha concentrado en algunas escuelas primarias, donde hay maestros y funcionarios del departamento de deportes a cargo de la enseñanza particular.

El Ministerio de Salud ha ayudado al Ministerio de Educación a refinar el Programa de Educación para la Salud y la Vida de Familia. Se concentrará en toda la población escolar y se hará la modificación necesaria al plan de estudios del Colegio de Formación Pedagógica.

La Unidad de Promoción de la Salud, particularmente el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA, estableció extensas asociaciones con las organizaciones no gubernamentales e iglesias locales, muchas de las cuales han establecido sus propios comités de promoción de la salud.

Puesto que en la Encuesta de las Condiciones de Vida se descubrió que los hombres utilizan las instalaciones de salud menos que las mujeres, se realizó un estudio de grupos focales a fines de 2000 y está en marcha la organización de una campaña centrada en los hombres. Los objetivos de la campaña son ampliar los conocimientos que tienen los hombres sobre las enfermedades prevenibles y motivarlos a reconocer el valor de los exámenes médicos periódicos y a hacer los cambios necesarios en el modo de vida para reducir al mínimo el riesgo y la vulnerabilidad.

En 2000 se realizó una encuesta de grupos focales sobre educación comunitaria para adultos mayores. Su meta fue crear un programa comunitario de promoción de prácticas de control y tratamiento de la diabetes y la hipertensión, lo que conduce a una vida más productiva y de mejor calidad.

Prevención y control de enfermedades

En todos los centros de atención de salud se ofrecen pruebas de Papanicolaou sin costo alguno. También se ofrecen y promueven ampliamente los exámenes del antígeno específico de la próstata y la mamografía.

Se ha extendido a todo el país un programa de control del mosquito *Aedes aegypti*. El índice medio de infestación de viviendas se mantuvo alto: 11% en 1999 y 8,7% en 2000; los índices se elevan después de la estación de huracanes. Se prefiere la

reducción de las fuentes al tratamiento químico, aunque este último se utiliza de vez en cuando.

En diciembre de 1999, el Ministerio de Salud lanzó la Iniciativa Estratégica sobre el SIDA para el período 2000–2004, en la que estableció sus prioridades nacionales, entre ellas la formulación de políticas, programas y disposiciones legislativas; la reducción del riesgo y de la vulnerabilidad; el establecimiento de alianzas intersectoriales y comunitarias; la mejora del apoyo sanitario y social por medio de la prestación de servicios; el fortalecimiento de la vigilancia, y la movilización de recursos. La iniciativa exige la prestación de un conjunto mínimo de servicios básicos, incluso de orientación, farmacoterapia y, cuando sea necesario, atención domiciliaria y hospitalaria. En 2000 se realizó un análisis de la situación y respuesta del Programa Nacional del SIDA.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

En colaboración con la Universidad de Newcastle (Reino Unido), en 2000 el Ministerio de Salud realizó una evaluación de las necesidades de atención de enfermedades crónicas en Saint Kitts. La encuesta, que comprendió a 353 trabajadores (con una edad media de 35 años), se destinó a obtener información útil para la planificación de programas y la formulación de una política para el control de las enfermedades crónicas. La evaluación incluyó una encuesta de la prevalencia y los factores de riesgo de diabetes, hipertensión y enfermedad cardiovascular, así como un análisis de la prestación de atención en los centros de salud. En el estudio se estimó que 8% de la población entrevistada tenía diabetes y 50% hipertensión; la mitad de esas personas no había recibido ningún diagnóstico antes.

La vigilancia epidemiológica es inadecuada. Está en marcha un programa de vigilancia de la parálisis flácida aguda y de erupción cutánea y enfermedades febriles. El Sistema de Información de los Laboratorios de Salud Pública (PHILIS) es un método de aplicación de programas de informática que apoya las funciones de notificación de datos y análisis de enfermedades de interés para la salud pública. Ofrece una red para la transmisión semanal de información de los laboratorios de los Hospitales J. N. France y Alexandra a CAREC, por medio de la Unidad de Información de Salud de Saint Kitts.

El trabajo de laboratorio para la Oficina de Pesas y Medidas se realiza en un laboratorio multifuncional del Departamento de Agricultura. Este laboratorio también analiza la calidad del agua para el Departamento de Salud Pública.

Agua potable y alcantarillado

El número de casas con agua corriente aumentó de 66% en 1991 a alrededor de 94% en 2000. La utilización de fuentes públicas se redujo cerca de 6%.

El Departamento de Obras Públicas, del Ministerio de Comunicaciones y Obras, maneja el sistema de abastecimiento de agua. Se efectúa cloración del agua en forma regular en la fuente principal de La Guerite; sin embargo, las zonas rurales todavía no tienen agua clorada.

El Departamento de Salud Pública del Ministerio de Salud se encarga de vigilar la calidad del agua en todo el país. En 2000, la densidad media de bacterias coliformes fecales de la fuente principal fue de 0,4 MF/100 ml. A pesar de la falta de tratamiento, algunas fuentes rurales, tales como los pozos de Saint Paul y Profit, en realidad tuvieron medias menores de 0,2 MF/100 ml y 0,3 MF/100 ml, respectivamente. Sin embargo, en 2000, las fuentes de Wingfield y Franklands/Stoneforth tuvieron una densidad constantemente elevada, con medias de 29,3 MF/100 ml y 28,2 MF/100 ml, respectivamente.

El sistema de inodoros y fosas sépticas es el método más común de eliminación de excretas; las letrinas de pozo permiten atender solamente a 1,4% de las familias. Cerca de 95% de las familias tienen uso exclusivo de su propio servicio sanitario (inodoro o fosa séptica). Hay 17 plantas de tratamiento de desechos en el país, situadas sobre todo cerca de zonas comerciales y hoteles.

Manejo de residuos sólidos municipales

La Empresa de Gestión de Desechos Sólidos de Saint Kitts y Nevis (SWMC) se estableció en virtud de una ley promulgada por el Parlamento en 1997. En agosto de 2000 se firmó un memorando de entendimiento que permite el funcionamiento independiente de la SWMC con respecto a la empresa federal establecida en Saint Kitts. Este proyecto forma parte de un Proyecto de Gestión de Desechos Sólidos de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS) patrocinado por el Banco de Desarrollo del Caribe, el Banco Mundial y los gobiernos locales. Las metas de la SWMC son construir rellenos sanitarios en Lowground, Nevis y Conaree en Saint Kitts, y mejorar la gestión, recolección, almacenamiento, transporte, eliminación y tratamiento de los desechos sólidos y de los provenientes de los barcos. Estas funciones eran realizadas tradicionalmente por el Departamento de Salud Pública, que desempeñará una función de vigilancia a medida que continúe el desarrollo del proyecto y se logre su completa ejecución. Las actividades de información y educación públicas constituyen una importante actividad de la SWMC.

Actualmente se celebran discusiones sobre la evacuación de desechos peligrosos, incluidos los desechos de hospitales y centros de salud.

Programas de ayuda alimentaria

Un programa de ayuda alimentaria patrocinado por el Estado, iniciado en 1996, tiene dos componentes, a saber, alimentación escolar, administrada por el Ministerio de Educación, y actividades destinadas a las mujeres que necesitan atención prenatal, las madres lactantes y los niños, administradas por el Ministerio de

Salud. El programa de alimentación escolar de Saint Kitts está orientado sobre todo hacia los niños de 5 a 12 años e incluye a todas las escuelas primarias del sector público. También comprende un pequeño número de estudiantes de la escuela secundaria, según las necesidades. Se alimenta a unos 6.000 estudiantes por cerca de 195 días al año a un costo estimado de US\$ 654.955 anuales.

El programa de alimentación del proyecto de atención de salud maternoinfantil se destina a reducir o eliminar la desnutrición de los niños menores de 5 años y a mejorar el estado nutricional de la madre y del niño. Se redujo el número de raciones mensuales distribuidas por medio de este programa y el número de beneficiarios, de 1.750 a 750 durante el período en revisión. El programa de Saint Kitts cuesta unos US\$ 42.375 anuales. El programa de alimentación de Nevis se redujo de una forma aún más drástica después de 1996 y en 2000 se concentró en unas 49 personas a un costo de US\$ 3.378.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

En Saint Kitts y Nevis se prestan servicios de atención primaria y secundaria. La atención primaria de salud se presta por medio de 17 centros de salud (11 en Saint Kitts y 6 en Nevis). Los servicios prestados regularmente son atención de salud maternoinfantil, incluso salud escolar, planificación familiar y salud mental; atención y control de enfermedades crónicas, y servicios de salud ambiental, incluso control de la calidad de los alimentos y del agua, control de insectos vectores y saneamiento. Los servicios de salud comunitaria son prestados por funcionarios médicos de distrito, personal de enfermería de salud pública, de atención directa y de distrito, funcionarios de salud ambiental y trabajadores de salud de la comunidad. Los médicos particulares también prestan servicios de atención primaria, pero se desconoce el número de personas que acceden a estos.

El Hospital J. N. France, en Basseterre, Saint Kitts, es el principal hospital de referencia y presta atención a pacientes internados y ambulatorios en casi todas las principales especialidades. Sufrió graves daños debido a los cuatro huracanes de gran intensidad que azotaron a Saint Kitts y Nevis en el período 1996–2000 y están en marcha extensas actividades de reconstrucción. El número de camas se redujo de 150 en 1998 a 79 en 2000. A pesar de ello, el número de personas con acceso a este establecimiento fue bastante estable en el período 1996–2000, con 3.108 pacientes internados en 1998, 3.141 en 1999 y 3.114 en 2000. Esta estabilidad se logró por medio de una reducción del período medio de hospitalización de los pacientes del pabellón quirúrgico de 12 días en 1998 a 7 días en 2000 y de los pacientes del pabellón de atención médica de 10,2 días en 1998 a 7,2 días en 2000. La tasa de ocupación de camas fue de 65% en 1998, 90% en 1999 y 72% en 2000.

El Hospital Alexandra, un establecimiento de 54 camas ubicado en Charlestown, Nevis, presta servicios en las principales especialidades. En 2000 ingresaron 1.344 pacientes en el Hospital Alexandra, lo que representa una tasa de ocupación de 35%; el período medio de hospitalización fue de cinco días.

Los dos hospitales rurales de Saint Kitts, Pogson (22 camas) y Mary Charles (10 camas) prestan servicios de obstetricia, pediatría, atención médica y urgencia.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

El Hospital J. N. France ofrece servicios de diagnóstico, incluso de radiología, bioquímica, bacteriología, microbiología y banco de sangre. El Hospital de Alexandra tiene un laboratorio, un banco de sangre y servicios de rayos X (incluso ultrasonografía). Se prestan servicios de inmunología y virología a pacientes enviados por el CAREC.

Servicios especializados

Las actividades de promoción de la salud comunitaria se han ampliado para mejorar la asistencia oportuna a los dispensarios de atención prenatal y en 1997 se introdujo un servicio de atención obstétrica especializada en la comunidad. Se ofrecen consultas semanales de atención prenatal en los 17 centros de salud. Un número desconocido de mujeres embarazadas recibe atención prenatal exclusivamente de médicos privados. Se han introducido tarjetas de atención prenatal que contienen información relacionada con embarazos pasados y en curso, que las mujeres deben presentar en cada consulta, con el fin de mejorar la comunicación entre los dispensarios de distrito, los médicos particulares y los pabellones de maternidad. Todos los partos se atienden en los hospitales. Se promueve activamente la lactancia materna entre las madres con el fin de lograr la lactancia materna exclusiva en los cuatro primeros meses de vida. En la comunidad, el personal de enfermería de distrito visita regularmente 30 jardines infantiles, 39 planteles de enseñanza preescolar y 8 guarderías.

Los lactantes y los niños pequeños son grupos prioritarios escogidos para recibir servicios especiales de atención de salud. Se vigila regularmente el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años en los dispensarios de asistencia infantil. El personal médico y de enfermería de los distritos realiza un programa de salud escolar y todos los estudiantes son examinados en el momento del ingreso a la escuela a los 5 años de edad. El reconocimiento médico se concentra en exámenes de la vista, la audición, el crecimiento y el desarrollo, y el personal se asegura de la administración de todas las vacunas exigidas. Se enseñan hábitos para un modo de vida saludable como parte integrante del currículo en todas las escuelas primarias.

En septiembre de 1998, el Ministerio de Salud colaboró con la OMS en una encuesta para determinar el índice CPO-D (dientes perdidos, cariados, obturados), sobre todo en las escuelas primarias de Saint Kitts. En la encuesta se recomendó un programa de atención preventiva de salud dental escolar, que comenzó en

1999. Además, entre 1999 y 2000 se abrió un consultorio dental en una zona urbana y otro en una zona rural.

A todas las usuarias activas de métodos de planificación familiar, incluso a las nuevas madres, se les ofrecen exámenes de detección del cáncer cervicouterino como parte de su atención de salud regular.

Los ancianos están exentos de las tarifas cobradas a los usuarios en el sector público. El Hogar Cardin de Saint Kitts, una institución de 100 camas, y el pabellón geriátrico del Hospital Alexandra, con 24 camas, prestan atención geriátrica institucional pública. Ambos establecimientos ofrecen también algunos servicios de atención psiquiátrica, aunque el de Saint Kitts se dedica más a la atención de casos crónicos. Hay tres establecimientos geriátricos privados, uno en Saint Kitts con 17 camas y 2 en Nevis con un total de 42 camas.

En 2000, el Departamento de Asuntos Comunitarios y de Género de Saint Kitts puso en marcha un programa de asistencia comunitaria para los adultos mayores. Con arreglo a ese programa, se emplea a 12 trabajadores distribuidos por toda la isla para atender las necesidades de un mínimo de 206 personas de edad avanzada. Se hacen visitas por lo menos una vez por semana, pero pueden ser más frecuentes, según el grado de discapacidad. Los trabajadores tienen varios deberes, como bañar a los adultos mayores, cocinarles, darles los medicamentos recetados, recibir mensajes para ellos, cobrar los cheques del seguro social y comunicarse con los equipos médicos en caso de enfermedad.

En el Hospital J. N. France se construyó un nuevo pabellón psiquiátrico, aunque debido a los daños sufridos por el pabellón de atención médica durante los huracanes, se han compartido sus instalaciones con los servicios médicos. En 1998 hubo 10 camas psiquiátricas, con 54 internados y una tasa de ocupación de 55%. En 2000, hubo 7 camas psiquiátricas, con 51 internados y una tasa de ocupación de 31%.

El envío de pacientes para tratamiento por abuso de sustancias se hace por medio de la unidad psiquiátrica del Hospital J. N. France, de médicos particulares o del sistema de justicia penal. En 1998, un grupo de organizaciones no gubernamentales locales estableció la Fundación del Centro de Extensión. Este órgano sin fines de lucro abrió más tarde el Centro de Extensión, con asistencia financiera del Estado y del Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), con el fin de prestar apoyo a las personas y a los grupos con trastornos psicológicos y promover el desarrollo comunitario por medio del fortalecimiento de la capacidad. En el Centro se ofrece orientación continua.

Se agregaron varios nuevos servicios al Hospital J. N. France, entre ellos servicios médicos de urgencia, que comenzaron a prestarse en diciembre de 1999 con un complemento de dos ambulancias plenamente equipadas y ocho técnicos médicos de urgencia debidamente adiestrados. En febrero de 2000 se inauguró una unidad de cuidados intensivos de tres camas y en agosto de 1999 se establecieron consultorios de atención del asma en el departamento de consulta externa. Durante el período en revisión

se restableció el Departamento de Fisioterapia en el Hospital de Alexandra.

Entre 1999 y 2000, las consultas de atención oftálmica ascendieron casi al doble, de 2.761 a 5.281, tendencia que tal vez continuará debido a la expansión del consultorio de oftalmología en 2000, que ha pasado a ser un establecimiento completamente moderno.

En los centros distritales de salud se celebran consultas sobre diabetes e hipertensión una vez al mes.

Insumos para la salud

No se fabrican productos farmacéuticos y Saint Kitts y Nevis participa en el Servicio de Adquisición de Productos Farmacéuticos de la Organización de Estados del Caribe Oriental. En 2000, el Gobierno gastó unos US\$ 444.444 en medicamentos y vacunas para Saint Kitts y Nevis. Esta cifra representa 5,3% del presupuesto ordinario total para salud en ese país.

Un formulario nacional establece el tipo y la gama de medicamentos que deben comprar los servicios de salud pública. En el sector privado, dentro del cual funcionan seis farmacias registradas, hay una extensa lista de medicamentos. Los reglamentos sobre la importación de medicamentos y productos farmacéuticos se han establecido de conformidad con las normas de la OMS.

Las vacunas se compran por medio de la Unidad de Adquisición de Medicamentos del Gobierno Central.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso

En 1998 se agregaron técnicos en medicina de emergencia a las 21 categorías de trabajadores dentro del sector salud. Esta categoría comprende desde técnicos con formación superior en los Hospitales J. N. France y Alexandra hasta trabajadores de salud de la comunidad que prestan atención domiciliaria.

A fines de 2000 trabajaban en el sector público 37 médicos, 4 dentistas, 8 auxiliares dentales, 198 enfermeras, 65 auxiliares de enfermería/trabajadores comunitarios, 10 farmacéuticos/técnicos en farmacia, 12 tecnólogos/técnicos de laboratorio, 5 técnicos en radiografía, 21 técnicos en medicina de emergencia, 3 nutricionistas/dietistas, 4 educadores sanitarios, 17 funcionarios de salud ambiental (salud pública), 2 veterinarios y 11 auxiliares de veterinaria.

Había 11 farmacéuticos, 5 dentistas y 9 médicos que trabajaban exclusivamente en el sector privado. Además, siete especialistas médicos regionales hacen visitas mensuales y prestan servicios de radiología, ortopedia, urología, otorrinolaringología y neurología.

Formación del personal de salud

El desarrollo de recursos humanos ha sido una prioridad para el Ministerio de Salud y, como resultado, un mayor número de

personas ha tenido acceso a formación en el exterior. Además, en mayo de 2000 se estableció un departamento de educación formal en servicio en el Hospital J. N. France. El departamento aspira a impartir a las enfermeras por lo menos 30 horas de educación médica continua al año. Este departamento está separado de la Facultad de Enfermería, que es parte del colegio local, y que formó a varios estudiantes en el período 1996–2000. Se ofrece educación médica continua para personal de salud por medio de la colaboración en la prestación de servicios de salud a distancia de la Universidad de Dalhousie en el Canadá.

Se han registrado en Saint Kitts y Nevis tres facultades de medicina extraterritoriales, con un total de 66 estudiantes. Cada una tiene por lo menos dos cupos para estudiantes de Saint Kitts y Nevis. También hay una facultad extraterritorial de medicina veterinaria, en la que se matricularon 452 en 2000. Esta facultad concede cuatro becas a estudiantes locales.

Gasto y financiamiento sectorial

En Saint Kitts y Nevis, el gasto ordinario del Gobierno en salud alcanzó un promedio de 9,2% del total de desembolsos ordinarios en el período 1996–2000. Esto coloca a la salud en el cuarto lugar entre los principales beneficiarios de los recursos financieros del Estado, después de los sectores de hacienda, fomento y planificación (33%); comunicaciones y obras y servicios públicos (16%), y educación (12%).

El gasto en salud representó un promedio de 3,1% del PIB entre 1996 y 2000, cifra que constituye una leve baja en relación con el promedio de 3,5% registrado en el quinquenio precedente. El gasto per cápita en salud aumentó constantemente, de US\$ 189 en 1996 a US\$ 268 en 2000.

El Programa de Seguro Social concede beneficios por enfermedad y discapacidad a todos los trabajadores. El ingreso proveniente de las cuotas de los afiliados alcanzó un total de US\$ 11.738.024 en 1996 y US\$ 14.858.273 en 1999, 19% de los cuales fueron pagados por el Tesoro en nombre de los trabajadores del sector público en Saint Kitts. La Junta de Seguridad Social contribuye con US\$ 100.000 anuales al financiamiento de la salud, 70% de los cuales se destinan a Saint Kitts y 30% a Nevis.

Es difícil estimar el aporte del sector privado al financiamiento de la salud.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

La Unión Europea siguió apoyando el nuevo desarrollo del sector salud con financiamiento para la reconstrucción y el acondicionamiento de los Hospitales J. N. France y Alexandra. Para estos y otros proyectos, entre ellos las obras de reparación de los centros de salud que sufrieron daños durante los huracanes, se ha recibido asistencia financiera complementaria de organizaciones como el Banco Mundial, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Banco de

Desarrollo del Caribe (CDB), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Departamento para el Desarrollo Internacional (DPDI) del Reino Unido. El Banco Mundial y el CDB también contribuyeron al Proyecto de Gestión de los Desechos Sólidos.

A medida que el Gobierno continúa apoyando las iniciativas regionales de salud, particularmente la de Cooperación para la

Salud en el Caribe, se mantiene una estrecha colaboración con instituciones regionales e internacionales. Entre esas instituciones cabe citar al CAREC, la OPS, el PNUD y el UNICEF, que hicieron aportes de importancia al Programa de VIH/SIDA durante el período en revisión. La OPS también colaboró en el programa comunitario de promoción del control y tratamiento de la diabetes y la hipertensión.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Saint Kitts y Nevis, 1996–2000.

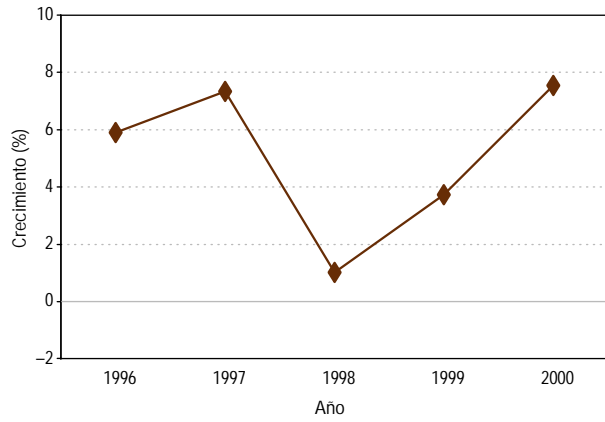


FIGURA 3. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Saint Kitts y Nevis, 2000.

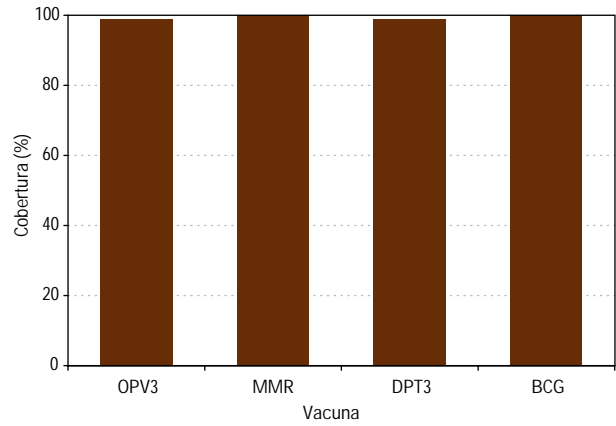
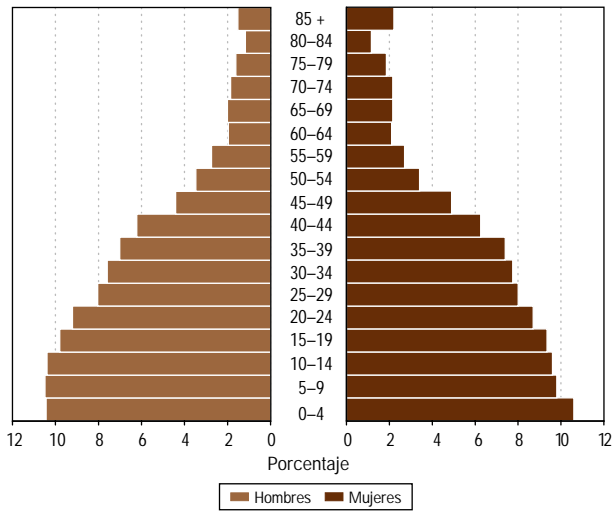


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Saint Kitts y Nevis, 2000.



SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS

CONTEXTO GENERAL

San Vicente y las Granadinas son un pequeño país del Caribe Oriental que consta de 30 islas, islotes y cayos, con una superficie total de 345 km². Las islas son parte del archipiélago de Barlovento de las Antillas Menores. San Vicente, donde residen 91% de los 111.638 habitantes del país (estimación de 1999), es la isla más extensa; 44% residen en comunidades urbanas y suburbanas. Las Granadinas comprenden las islas inhabitadas de Bequia, Mustique, Myreau, Canouan, Union Island y Palm Island. San Vicente está unida a las Granadinas por medios de transporte marítimo y terrestre, con atracaderos en todas las islas inhabitadas de las Granadinas y aeropuertos en cuatro islas.

San Vicente es de origen volcánico, con una cadena central de cordilleras y barrancos. El pico más alto es el volcán de La Soufrière (1.220 m), cuya última erupción ocurrió en 1979. Las Granadinas son principalmente una formación de coral. El país tiene clima tropical, con una temperatura media de 24 °C a 33 °C y es vulnerable a huracanes, tormentas tropicales, erupciones volcánicas y terremotos.

San Vicente y las Granadinas se independizaron de Gran Bretaña en 1979. Se rigen por una democracia parlamentaria al estilo de Westminster y se celebran elecciones cada cinco años.

El crecimiento del PIB real alcanzó un promedio de 3,2% anual en el período 1997–1999 (figura 1). En el mismo período, los servicios no turísticos registraron un aumento promedio superior a 4%, con importante aporte del comercio mayorista y minorista y de los sectores de comunicaciones, banca y seguro. El sector de turismo creció 4,5% en 1997, se redujo 4,2% en 1998 y creció de nuevo 9,1% en 1999. El sector agropecuario contribuyó 12,5% al PIB en 1998 y 11,3% en 1999. La fuerza de trabajo estuvo constituida por aproximadamente 66.873 personas, o sea 63% de la población en 1999.

Hay 60 escuelas primarias públicas y 6 privadas, y una escuela para niños con necesidades especiales; la matrícula anual en la escuela primaria alcanzó un promedio de 21.451 estudiantes de 5 a 15 años. Durante el período objeto de análisis, hubo un pro-

medio de 7.931 estudiantes matriculados en las 21 escuelas secundarias del país.

Las mujeres representaron 55.931 de la población estimada en 1999 y los hombres, 55.707. La población menor de 15 años representó 37% de la población y el grupo mayor de 65 años, alrededor de 6,5% (figura 2). La razón de dependencia en 2000 fue de 54,3 por 100 habitantes. La esperanza de vida llegó a un promedio de 68,7 años para los hombres y de 74,2 para las mujeres en el período 1995–2000. La tasa bruta de natalidad siguió reduciéndose gradualmente de 23,6 en 1995 a 19,5 por 1.000 habitantes en 1999. La tasa total de fecundidad fue de 2,8 niños por mujer.

Mortalidad

Hubo 3.184 defunciones en el período 1996–1999, con un promedio anual de 796. La tasa bruta de mortalidad alcanzó un promedio de 7,2 por 1.000 habitantes en comparación con 6,5 por 1.000 en 1992–1995.

En el período 1996–1999, las enfermedades del sistema circulatorio representaron aproximadamente 42% (1.333 defunciones) del total, las neoplasias malignas 16% (498 defunciones), las causas externas 6,7% (214 defunciones) y las enfermedades transmisibles 2,2% (71 defunciones).

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

El promedio de niños del grupo de 0 a 4 años de edad fue de 12.630 (un promedio de 11,3% de la población total) durante 1996–1999. Del total de nacidos vivos en este período (8.931), 4,1% tenían bajo peso al nacer (<2.500 g). La tasa de mortalidad infantil en ese período varió de 20,1 defunciones por 1.000 nacidos vivos a 24,6, lo que dio un promedio de 22 defunciones por 1.000 nacidos vivos. De las 197 defunciones de lactantes en el

CUADRO 1. Tasas de mortalidad neonatal e infantil, San Vicente y las Granadinas, 1996–1999.

Año	Nacimientos	Defunciones neonatales	Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	Defunciones infantiles	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)
1996	2.338	31	13,3	47	20,1
1997	2.311	43	18,6	52	22,5
1998	2.112	33	15,6	52	24,6
1999	2.171	30	13,8	46	21,2

Fuente: Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

período 1996–1999, 137 (70%) correspondieron a defunciones neonatales (cuadro 1), de las cuales 73 (53%) fueron de niños menores de 1 día.

De 1996 a 1999, las principales causas de defunción de lactantes fueron ciertas afecciones originadas en el período perinatal, con un promedio de 29 defunciones anuales, seguidas de anomalías congénitas, con un promedio de 10 defunciones anuales.

Hubo 45 defunciones en el grupo de 1 a 4 años en el período 1996–1999 (33 hombres y 12 mujeres). El VIH/SIDA y la neumonía causaron ocho defunciones cada uno y las anomalías congénitas, seis.

Las principales enfermedades que afectaron a este grupo de edad fueron las infecciones respiratorias agudas y la gastroenteritis. La cobertura de inmunización con las vacunas OPV3, BCG y DPT3 fue de 100% en 2000; la cobertura con la vacuna triple contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR) fue de 96% (figura 3). En el período de notificación no se observó ningún caso de enfermedades prevenibles por vacunación.

Entre 85% y 88% de los niños menores de 5 años registraron peso suficiente para su edad en el período 1996–1999, lo que representa una reducción de 90% en comparación con el período 1992–1995. La obesidad siguió aumentando de 6,8% en 1998 a 9% en 1999; 7% de los niños sufrieron desnutrición moderada en 1998 y 6% en 1999.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

En 1999 había 14.471 niños de 5 a 9 años de edad, que representaron 13% de la población. Los problemas de salud comunes identificados en este grupo de edad fueron afecciones de la vista, caries dental, enfermedades víricas, asma y *Tinea corporis*. Hubo un promedio de siete defunciones anuales en este grupo en el período 1996–1999.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

En 1999 había 27.181 adolescentes de 10 a 19 años, que representaron 24,3% de la población total. De ese número, 14.377

tenían de 10 a 14 y 12.804 de 15 a 19 años de edad. Hubo un promedio de 15 defunciones anuales de adolescentes en el período 1996–1999, que representó menos de 2% de las defunciones. El ahogamiento accidental y la sumersión fueron importantes causas de defunción en esos grupos de edad.

De los 2.171 nacimientos ocurridos en 1999, 12 (0,6%) fueron de niñas de 10 a 14 años edad y 450 (20,7%) de niñas de 15 a 19 años de edad. El embarazo, los accidentes y el abuso de drogas y alcohol son importantes problemas que afectan a esta población.

La salud de la población adulta (20–59 años)

El grupo de 20 a 59 años de edad representa aproximadamente 50% de la población total. Las condiciones de salud que afectan a los adultos guardan relación principalmente con el modo de vida, como el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, la hipertensión, la cardiopatía, la diabetes y el cáncer. En el período 1996–1999, las enfermedades transmisibles fueron la causa de defunción más importante. Las neoplasias malignas, particularmente del útero, del cuello uterino y de la próstata, representaron 491 (15%) de las 3.184 defunciones ocurridas durante ese período. Hubo 491 defunciones (15%) por enfermedades endocrinas y del metabolismo y afecciones del sistema inmunitario, 349 (11%) por cardiopatía isquémica, 325 (10%) por enfermedad cerebrovascular y 243 (7,6%) por enfermedad hipertensiva. Estas enfermedades representaron un total acumulativo de 1.899 defunciones o sea 60% del total.

Las enfermedades transmisibles ocasionaron 71 defunciones (2,2% del total) durante el período 1996–1999; la principal causa contribuyente fue la septicemia. Los accidentes, entre ellos el ahogamiento accidental (53 defunciones), fueron importantes factores contribuyentes a las defunciones por causas externas, seguidos de los homicidios (45 defunciones).

De los 2.887 frotis de Papanicolaou realizados en 1999, 64 (2%) revelaron anomalías. No hubo casos de cáncer invasor ni de adenocarcinoma.

Se registraron seis defunciones maternas en el período 1996–1999; la tasa promedio de mortalidad materna fue de 67,2 defunciones por 100.000 nacidos vivos.

Un estudio efectuado en 2000 reveló una tasa general de prevalencia de uso de anticonceptivos de 59%, un aumento en relación con el 11% registrado en una encuesta similar en 1980. El estudio de 2000 indicó que los métodos preferidos eran la píldora anticonceptiva (49%), los anticonceptivos inyectables (18%), los condones (75%) y la esterilización femenina (10%).

En 1999, 41.933 (70%) de las 59.899 consultas efectuadas a los dispensarios para atención de enfermedades no transmisibles fueron hechas por mujeres y 17.966 por hombres (30%).

La salud del adulto mayor (60 y más años)

En 1999 había 9.970 personas de 60 y más años, que representaron 8,9% de la población total. Del total de defunciones ocurridas en 1999, 60% fueron de personas de este grupo de edad. Este da cuenta de 25% de las consultas anuales a los dispensarios. Las principales enfermedades que afectan a esas personas son hipertensión, diabetes, cardiopatía y cáncer.

La salud de los discapacitados

Según la Sociedad de Personas con Discapacidades, alrededor de 1999 había aproximadamente 1.274 personas discapacitadas o impedidas, o sea 1,2% de la población total. Las afecciones más prevalentes son ceguera, retardo mental, sordera y mudez, parálisis cerebral, síndrome de Down, enfermedad mental, enfermedad de Parkinson, epilepsia, senilidad y deformidad por degeneración artrítica. En los establecimientos públicos de atención primaria y secundaria se prestan servicios de salud gratuitos a las personas con discapacidades o impedimentos.

El Ministerio de Educación administra la Escuela para Niños con Necesidades Especiales, que tiene 118 estudiantes. Además, varias instalaciones privadas ofrecen atención y actividades educativas para los discapacitados y apoyo psicológico y capacitación a los familiares.

Por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmitidas por vectores

El dengue es la única enfermedad transmitida por vectores que afecta a San Vicente y las Granadinas. En un brote de dengue ocurrido en 1998 hubo 62 casos confirmados en el laboratorio; en 1999 se confirmó solamente uno. No se notificó ninguna defunción. El serotipo dengue-2 fue el único virus identificado en las muestras analizadas que resultaron positivas.

La continua endemicidad del dengue se debe a la elevada prevalencia del mosquito *Aedes aegypti* en el país. En promedio, el índice de infestación de viviendas en el período 1996–1999 se estimó en 16,5% y el índice de Breteau en 26,9%, ambos muy superiores a la norma aceptada.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Se aplica inmunización contra sarampión, parotiditis, rubéola, difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis y tuberculosis; es preciso inmunizar por completo a los niños antes de su ingreso a la escuela primaria.

Se identificó un caso de rubéola en 1996 y otro en 1997; no se notificaron casos en 1998 ni 1999. En 1999, se efectuó una campaña de vacunación en masa contra la rubéola, centrada en personas de 20 a 40 años de edad. No se registraron casos de sarampión ni de parotiditis durante el período objeto de análisis, y no se han notificado casos de difteria, tos ferina ni poliomielitis en más de un decenio.

El único caso de tétanos notificado durante el período objeto de análisis ocurrió en 1997 en un hombre de 65 años que murió posteriormente.

La vigilancia sistemática de la meningitis causada por *Haemophilus influenzae* comenzó en enero de 1999; en ese año se notificaron seis casos, todos en niños menores de 5 años de edad. No hubo defunciones por esa causa. No se notificaron casos de meningitis meningocócica durante el período objeto de análisis.

En el período 1996–1999, se sometieron 8.444 muestras de sangre a análisis de detección de hepatitis C en el laboratorio nacional y 220 (2,6%) arrojaron resultados positivos. En enero de 1997 se inició un programa continuo de vacunación contra la hepatitis B para inmunizar a todos los trabajadores de salud, meta lograda en una proporción aproximada de 80%. También se inmuniza a los niños nacidos de madres infectadas por el virus de la hepatitis B.

Enfermedades infecciosas intestinales

El laboratorio nacional de salud somete a análisis de detección de parásitos intestinales y agentes infecciosos más de 4.500 muestras de materia fecal al año. Durante el período objeto de análisis, 407 muestras mostraron infestación por anquilostoma, 271 por *Trichuris trichiura* y 106 por *Ascaris lumbricoides*.

Enfermedades crónicas transmisibles

En el período 1996–1999 se notificaron siete nuevos casos de tuberculosis; los hombres representaron 80% de los casos. Hubo seis defunciones por tuberculosis en 1996, tres en 1998 y una en 1999, pero no se registró ninguna en 1997. En su mayoría, esas defunciones ocurrieron en el grupo de 70 y más años.

Se notificó un caso de lepra en 1997 y otro en 1998; no hubo ninguno en 1999.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas fueron la enfermedad transmisible más común en 1998 y 1999 y representaron 40% del total. Se hicieron 2.500 consultas anuales por causa de asma al Departamento de Accidentes y Urgencias del Hospital General de Kingstown; 45% de esas consultas correspondieron a niños menores de 10 años.

Zoonosis

No se notificaron casos de rabia durante el período objeto de análisis. Ha aumentado el número de casos confirmados de leptospirosis desde el resurgimiento de la enfermedad en 1995. Durante el período 1996–1999 se confirmaron 20 casos en el laboratorio, todos de hombres; no se notificó ninguna defunción.

VIH/SIDA

A fines de 1999 se habían identificado 408 casos de infección por el VIH. De ese número, 229 (56%) presentaron SIDA y 223 murieron. Las personas de 15 a 49 años representan 84% de las infecciones, con una razón hombre/mujer de 1,8:1. El principal modo de transmisión es el contacto heterosexual (59%). En 1998, la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas fue de 0,2%; ha aumentado el número de casos de transmisión de la madre al niño. En la figura 4 se presenta la incidencia de SIDA por sexo y la razón hombre/mujer para el período 1994–1999.

Infecciones de transmisión sexual

La gonorrea, con una incidencia anual de 88 casos en el período 1996–1999, es motivo de preocupación. Probablemente esta infección se subnotifica, puesto que muchos casos sospechosos no se presentan para investigación en el laboratorio.

Se realizan pruebas de VDRL regularmente para detección de sífilis en mujeres embarazadas y donantes de sangre. Durante el período objeto de análisis se sometió a prueba un promedio anual de 5.141 muestras de sangre, con un promedio anual de 302 (5,9%) muestras positivas. En 1999, la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas fue de 3,7%.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Los trastornos nutricionales han aumentado en los niños menores de 5 años. La malnutrición proteinoenergética en este grupo de edad aumentó de 4,3% en 1991 a 5,9% en 1999. En una encuesta realizada en 1996 se evaluaron las reservas de micronutrientes en una muestra de niños y mujeres embarazadas. La encuesta indicó que la concentración de vitamina A y beta-caroteno estaba dentro de la escala normal, pero que 41% de los niños de 1 a 4 años tenían deficiencia de hierro y 21%, de vitamina E. Alrededor de 19% de los de 5 a 19 años presentaban deficiencia de hierro, pero solo 2,6% tenían deficiencia de vitamina E.

Enfermedades del sistema circulatorio y diabetes

La diabetes, la hipertensión, la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de cardiopatía representan 7,9% (683 de 8.596) del promedio anual de admisiones en el Hospital General de Kingstown. De 68.469 consultas hechas a los dispensarios en 1999, 14.049 (21%) se debieron a hipertensión, 5.513 (8%) a la combinación de diabetes e hipertensión y 4.858 (7%) a diabetes. La hipertensión fue la causa principal de las consultas hechas a los dispensarios en todos los distritos de salud.

Neoplasias malignas

El promedio anual de casos diagnosticados de neoplasias malignas aumentó de 35 en el período 1992–1995 a 50 en el período 1996–1999. En las mujeres, el cuello uterino fue el principal sitio afectado por el cáncer y representó 106 casos en el período 1996–1999 (un aumento de 77% en relación con el período 1992–1995). El cáncer de mama ocupa el segundo lugar, con 43 casos (14 casos más que en el período 1992–1995). Asimismo, en los hombres, el número de casos de cáncer de próstata se duplicó de 12 en el período 1992–1995 a 24 en el período 1996–1999. Se diagnosticaron más casos de cáncer de la piel (26) que de cáncer de próstata en el período 1996–1999.

Accidentes y violencia

Hubo 214 defunciones por accidentes y violencia en el período 1996–1999. El ahogamiento y la sumersión causaron 53 defunciones (25%), y los homicidios y lesiones intencionalmente infligidas por otras personas, 45 defunciones (21%). Las defunciones por otras causas externas representaron 7% del total.

Los informes del Departamento de Accidentes y Urgencias del Hospital General de Kingstown mostraron que los accidentes de transporte terrestre dejan un promedio de 355 víctimas al año.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

El Gobierno reconoce la importancia de la salud en su búsqueda del desarrollo económico sostenible. De conformidad con eso, su meta es asegurarse de que la población tenga acceso a servicios de atención primaria de buena calidad a un costo mínimo y mejorar la prestación y calidad de los servicios de atención y el acceso a ellos.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

Se ofrecen servicios de salud en los niveles primario y secundario. Una red de 38 centros de salud distribuidos en nueve distritos sanitarios facilita la prestación de atención primaria. Cada centro de salud está dotado de un equipo básico formado por una enfermera-partera, de dedicación exclusiva, un ayudante de enfermería y un auxiliar de salud comunitaria. El equipo de salud también comprende un médico de distrito, un funcionario encargado del saneamiento ambiental, un educador para la vida de familia, un trabajador social y un farmacéutico.

Se presta atención secundaria en el Hospital General de Kingstown. Este es un hospital de referencia, con 209 camas, que cuenta con varias clases de atención especializada. Se ofrecen servicios especializados de atención de casos crónicos por medio del Departamento de Atención Ambulatoria. En cinco hospitales de distrito, que en conjunto tienen una capacidad de 58 camas, se

atienden los casos agudos que no requieren una intervención especializada. La atención psiquiátrica de casos agudos y crónicos se presta en el Centro de Salud Mental, donde hay cabida para 120 pacientes internados.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

Solamente las compañías privadas ofrecen cobertura de seguro médico. Un importante aspecto del sector salud es la introducción propuesta de un programa nacional de seguro médico, que proporcionaría acceso a un conjunto integral y bien definido de servicios de atención de salud.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

Todos los establecimientos de atención de salud pública son de propiedad y administración del Estado por medio del Ministerio de Salud, que fija las normas de atención y regula la práctica dentro del sector salud. El Ministerio de Salud, y en particular el Médico Jefe, orientan el funcionamiento de las instalaciones de atención de salud del sector privado.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

Todos los médicos deben estar acreditados y matriculados para el ejercicio profesional. Todos los profesionales de enfermería deben matricularse con el Consejo General de Enfermería.

Los mercados básicos en salud

Los productos farmacéuticos son vendidos principalmente por farmacéuticos privados, que deben matricularse en el Ministerio de Salud. El sistema de salud pública compra suministros por medio de los Servicios de Adquisición de Productos Farmacéuticos (PPS) de la Organización de Estados del Caribe Oriental.

La calidad del ambiente

Debido al reducido tamaño y a la limitada actividad industrial del país, los escapes de los vehículos causan la mayor parte de la contaminación del aire. En atención a las preocupaciones por la calidad del aire, en 1999 se eliminó gradualmente el suministro de gasolina con plomo.

La erosión de la capa superficial del suelo por causa de la deforestación, explotación agropecuaria y construcción se ha convertido en un problema. La Administración Central de Agua y Alcantarillado y la División de Silvicultura regulan las actividades relacionadas con el uso del suelo y la deforestación.

San Vicente y las Granadinas son parte del Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de Desechos Peligrosos y su Eliminación, y aunque no se ha promulgado ninguna ley para poner en práctica sus disposiciones, el país no acepta los desechos peligrosos.

La calidad de los alimentos

La Oficina de Pesas y Medidas, el Ministerio de Agricultura, el Ministerio de Pesca y la Unidad Veterinaria reglamentan la calidad de los alimentos.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

Se ofrecen servicios de promoción de la salud principalmente por medio de la Unidad de Educación Sanitaria del Ministerio de Salud. La Unidad transmite programas diarios de salud por la radio y produce una amplia gama de materiales audiovisuales y gráficos de promoción de la salud. Una red de educadores para la vida de familia de los Centros de Orientación a la Juventud realiza actividades en las escuelas; también se efectúan actividades de educación y promoción de la salud en el lugar de trabajo. Las actividades comunitarias se orientan sobre todo hacia los jóvenes que están fuera de la escuela, en quienes se concentra también la acción de los Dispensarios de Salud de los Adolescentes. Estos dispensarios ofrecen una amplia gama de servicios de promoción y protección de la salud. La Unidad también administra el Programa de Educación de los Padres de Familia, de alcance nacional, que tiene por objeto hacer que las mujeres adquieran aptitudes para la crianza de los hijos y la comunicación. Se realizan cinco programas al año en varias comunidades.

El Ministerio de Salud y Medio Ambiente, otros departamentos públicos, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y las iglesias han colaborado en la realización de programas de educación sobre el VIH/SIDA para personas, comunidades e instituciones. En noviembre de 2000 se nombró un Coordinador Nacional del SIDA. Se han tomado medidas para ampliar los conocimientos de los trabajadores de salud con objeto de que puedan suministrar información y apoyo a las personas VIH positivas, a quienes trabajan y viven con SIDA y a sus familias, y al público en general.

Prevención y control de enfermedades

La Unidad de Control de Vectores participa en programas de educación continua del público sobre dengue, que se concentran en regiones con alto índice de infestación de *A. aegypti*. También ha ampliado la vigilancia mediante la realización de inspecciones de las viviendas y el tratamiento de los criaderos.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

Casi todos los proveedores de atención, públicos y privados, realizan actividades de vigilancia epidemiológica. Toda la información se envía a la Unidad Epidemiológica para su ordenación y análisis, en coordinación con la Unidad de Información de Salud.

Los servicios de laboratorio de salud pública son prestados por el laboratorio del Hospital General de Kingstown.

Agua potable y alcantarillado

La Administración Central de Agua y Alcantarillado (CWSA) se encarga de vigilar los recursos hídricos, incluida el agua potable, y de prestar servicios de alcantarillado. Las principales fuentes de agua son las existencias subterráneas y de superficie; en las Islas Granadinas se utiliza un sistema de captación de lluvia. La Administración se encarga de vigilar la calidad del agua; el Departamento de Salud Pública también desempeña una importante función de vigilancia y reglamentación.

Más de 60% de las casas están conectadas al sistema municipal de abastecimiento de agua; el resto se encuentra a 1,5 km de distancia de una fuente pública, aunque recibe agua potable. Más de 60% de las viviendas tienen fosas sépticas, 39% cuentan con letrinas de pozo, y 1% disponen de servicios de uso común o carecen totalmente de ellos.

Manejo de residuos sólidos municipales

El principal relleno sanitario está localizado en San Vicente. En total, 64% de los hogares tienen servicio semanal de recolección de basura.

Protección y control de alimentos

Se realizan cursos prácticos para los manipuladores de alimentos dos veces al año en los centros distritales de salud, en los que se ofrece educación e información sobre la inocuidad de los alimentos. Todos los vendedores de alimentos deben asistir para recibir la certificación.

Programas de ayuda alimentaria

El Programa de Apoyo Nutricional, instituido por el Estado, ofrece una comida caliente a los niños expuestos a riesgo nutricional en todas las escuelas primarias. Unos 6.700 niños participan en el Programa de Alimentación Escolar.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

Se ofrecen servicios de atención de urgencias en el Hospital General de Kingstown y en 38 centros de salud. Se dispone de servicios de internación en los cinco hospitales de distrito y en el hospital principal. Cada centro de salud atiende de 1.200 a 3.000 personas y ofrece atención ambulatoria y de casos agudos. Se dispone de servicios de atención ambulatoria sin cita previa y por medio de sesiones semanales de consulta externa celebradas por médicos de distrito. Tres hospitales privados, con una capacidad conjunta de 24 camas, ofrecen atención a pacientes ambulatorios e internados.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

Se ofrecen servicios auxiliares de diagnóstico principalmente por medio del hospital principal de referencia. Las visitas mensuales a las comunidades rurales ofrecen la oportunidad de tomar muestras de sangre para fines de diagnóstico. La sangre que se envía a los bancos de sangre se toma solamente en el Hospital General de Kingstown. Hay dos laboratorios clínicos administrados por empresas privadas que ofrecen servicios al público.

El único banco de sangre del país es administrado por el laboratorio del Hospital General de Kingstown. Todos los donantes de sangre se someten a pruebas de detección de hepatitis B, VIH, sífilis y VTLH-1; en 1998 se agregó el examen de detección de hepatitis C.

Servicios especializados

Se ofrecen servicios de atención de salud reproductiva en todos los centros de salud. La Unidad de Planificación de la Familia realiza un programa integral en ese campo que proporciona servicios de información, educación y comunicación, y un programa de extensión comunitaria que hace hincapié en la salud reproductiva. Se ofrecen servicios de planificación familiar a diario y servicios de atención de salud infantil, prenatal y posnatal semanalmente. Alrededor de 88% de las mujeres embarazadas pueden acceder a centros de salud pública para recibir atención prenatal y el 12% restante recibe atención por medio del sector privado. Para interrumpir la transmisión del VIH de la madre al niño, se somete a prueba a todas las mujeres embarazadas y se ofrecen antirretrovíricos a quienes presenten resultados positivos. Un grupo de dispensadores de atención de salud debidamente capacitados atiende cerca de 99% de los partos. En el período posnatal se realizan regularmente frotis de Papanicolaou a todas las madres. Se asigna máxima prioridad a los exámenes de detección de cáncer y se realiza examen de la próstata a los hombres mayores de 35 años.

Los servicios de salud mental están centralizados y los servicios de atención de casos agudos se prestan solamente en el Centro de Salud Mental. Estos servicios se complementan con una sesión mensual de consulta externa en la mayoría de los distritos de salud y con visitas domiciliarias y comunitarias efectuadas por el personal del Centro de Salud Mental. Los servicios de salud mental se incorporan en los de atención primaria, y en el Hospital General de Kingstown hay 10 camas para la atención de casos psiquiátricos agudos. Los adultos mayores reciben atención domiciliar por medio de los Servicios de Gerontología, que también ofrecen atención a las personas con impedimentos mentales y físicos y a las abandonadas.

El Programa Nacional de Salud Escolar se concentra en los niños de 5 a 9 años de edad. Once enfermeras de familia se asignan a las 66 escuelas primarias del país; los servicios incluyen exámenes y tratamiento de defectos físicos y envío a servicios especializados.

La participación comunitaria sigue siendo una prioridad para la prestación de servicios de salud. Se promovió la activa participación de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud, por ejemplo, por medio de la creación de comités de personas diabéticas e hipertensas, equipos de salud y grupos de promoción de la lactancia natural. Además, con frecuencia cada vez mayor, las organizaciones no gubernamentales se convierten en aliados sociales para la planificación y ejecución de los servicios y programas de atención de salud.

Con el nombramiento del Coordinador de Educación para la Salud y la Vida de Familia en el Ministerio de Educación, en 2000 se restableció el programa correspondiente en las escuelas primarias y secundarias, que había estado inactivo entre 1997 y 1999.

Los programas de salud de los adolescentes se destinan a promover el desarrollo saludable y a prevenir y tratar sin demora los problemas de salud. En 1999 se establecieron dispensarios de atención de adolescentes, grupos de adolescentes y Centros de Orientación a la Juventud en varias comunidades de todo el país para impartir a ese grupo educación para la salud reproductiva y darle capacitación en aptitudes para la vida de familia y en general. También se han establecido programas de enseñanza sobre la crianza de los hijos para madres adolescentes. La atención de salud de los adolescentes se presta principalmente en los centros de salud distritales. Debido a la vulnerabilidad de este grupo a la toxicomanía, los accidentes, las infecciones de transmisión sexual y los trastornos emocionales, el Ministerio de Salud y Medio Ambiente delegó las responsabilidades específicas de salud del adolescente al Programa Nacional de Planificación Familiar en 1999.

La creciente población de edad avanzada estimuló el desarrollo y la iniciación de programas para promover y proteger su salud y bienestar. En 1998, el Ministerio de Salud y Medio Ambiente inició un programa para mejorar la integración de las personas mayores a la sociedad. Las actividades se realizan en estrecha colaboración con HelpAge International.

Hasta 1998 había solamente dos hogares geriátricos en el país: una institución residencial y de atención de salud con 120 camas administrada por el Estado y un establecimiento privado con 7 camas. Ulteriormente se amplió este último establecimiento y aumentó su capacidad a 20 camas. Además, se crearon otras dos instituciones privadas, con una capacidad total de 18 camas.

El Servicio Público de Atención Dental funciona en el dispensario central, localizado en el Hospital General de Kingstown, y en cinco dispensarios distritales. Los servicios comprenden atención dental preventiva y de restauración e intervenciones quirúrgicas orales menores y se concentran sobre todo en la población de edad escolar, cuyo principal problema fue la caries dental. Se designó un programa de educación de los niños y los padres de familia sobre las clases comunes de enfermedad oral, así como su prevención y control. Se ha introducido un programa de tratamiento con fluoruro en las escuelas primarias.

En el período objeto de análisis, las medidas para mejorar el estado nutricional de la población se concentraron en la promoción del consumo de alimentos producidos en la localidad, la mejora de las prácticas nutricionales de los niños y adultos, y el suministro de información sobre nutrición para los trabajadores de salud de ese campo y los subgrupos de la población destinataria. Se introdujeron programas de control dietético para los pacientes con diabetes e hipertensión. Se establecieron normas institucionales para el funcionamiento de los servicios de nutrición y alimentación.

Insumos para la salud

San Vicente y las Granadinas compran todos los medicamentos y el equipo por medio de los Servicios de Adquisición de Productos Farmacéuticos de la Organización del Caribe Oriental, que también se encargan del control de calidad. El Comité del Formulario Nacional de Medicamentos se reúne anualmente y presenta propuestas para actualizar el Formulario. Las vacunas se obtienen por medio del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, del Programa Ampliado de Inmunización (OPS), y el control de calidad se asegura con certificación del fabricante.

Recursos humanos

En el registro de médicos en ejercicio había 89 médicos y 5 odontólogos en 2000. De ese número, 56 médicos trabajan en el sector público (51 por 100.000 habitantes) y 26, exclusivamente en el sector privado. Siete médicos están matriculados como empleados de una institución académica privada, el Colegio de Medicina de Kingstown, que forma parte de la Universidad de St. George.

El registro del Consejo de Enfermería incluyó 398 enfermeras capacitadas de varias categorías (362 por 100.000 habitantes). Además, hay 42 auxiliares de enfermería diplomados, 45 auxiliares de salud comunitaria y 7 instructores de enfermería.

Los trabajadores de atención de salud reciben capacitación en el país y el exterior en instituciones regionales e internacionales. Se ofrece capacitación en enfermería en la Facultad de Enfermería de San Vicente, administrada por el Estado. Se hace hincapié en la educación médica continua en todos los niveles como estrategia para mejorar la eficiencia y la productividad; el Ministerio de Salud financia la organización y celebración de esas actividades. El Hospital General de Kingstown ofrece sesiones de educación médica continua y la asistencia a las mismas es parte de los deberes ordinarios de todo el personal médico.

Investigación y tecnología en salud

Se ha hecho hincapié en las actividades de investigación tanto en los distritos y comunidades como en el nivel central. Se exige que cada distrito de salud realice una actividad de

investigación al año. Los estudios se concentran en problemas de salud comunitaria identificados; en reuniones mensuales del personal comunitario se presentan su evolución y los resultados pertinentes.

Gasto y financiamiento sectorial

De 1995 a 1999, el gasto en salud alcanzó un promedio de ECS 31,13 millones al año, que representaron 3,9% del PIB. En 1999, el gasto en salud aumentó a ECS 37,34 millones, o sea 13% del gasto ordinario y 4,2% del PIB.

En 1999, la mayor proporción del presupuesto de salud —32,8%— se destinó a servicios hospitalarios, 12,2% a servicios de salud comunitarios y 13,1% a productos farmacéuticos. En 1999, los ingresos de las tarifas cobradas a los usuarios ascendieron a 2,2% del gasto total en salud, menos del 6% proyectado.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

Varias organizaciones regionales e internacionales prestaron asistencia financiera y técnica para ayudar al desarrollo del sector salud, entre ellas la OPS, CAREC, CFNI, CDB, CHEI, el Colegio de Medicina de Kingstown y el Banco Mundial.

Se prestó cooperación técnica en los campos de gestión de desechos sólidos, salud pública, expansión de hospitales y actividades de educación e investigación en materia de salud. El Banco Mundial y el CDB también proporcionaron apoyo financiero para el establecimiento de un programa de gestión de los desechos sólidos. El Colegio de Medicina de Kingstown prestó asistencia en forma de educación médica continua y asistencia en proyectos de investigación.

Durante el período 1997–2000, Cuba, Japón y Taiwán ofrecieron asistencia técnica en la capacitación de personal de salud y desarrollo de la infraestructura.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, San Vicente y las Granadinas, 1991–1999.

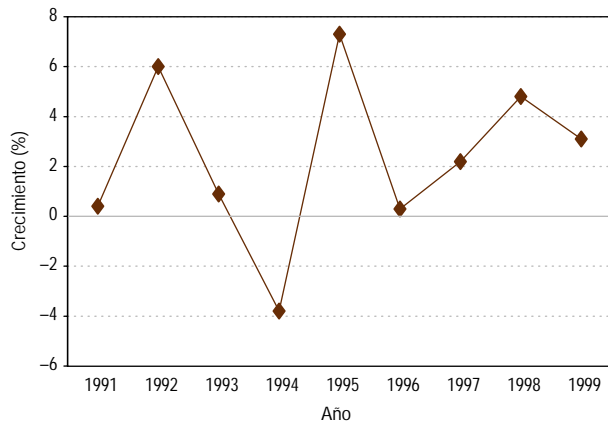


FIGURA 3. Cobertura de inmunización en la población de menores de 1 año según vacuna, San Vicente y las Granadinas, 2000.

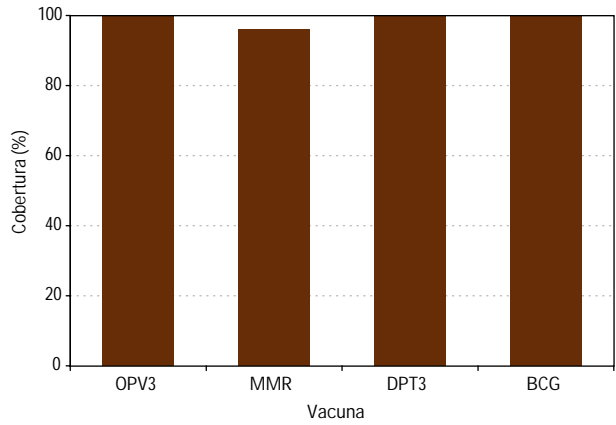


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, San Vicente y las Granadinas, 1999.

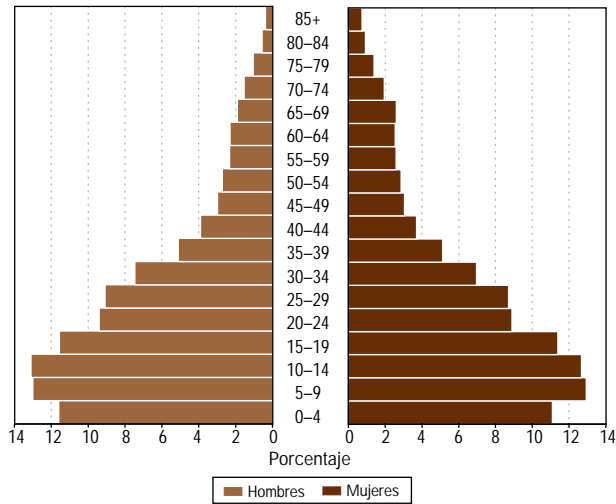
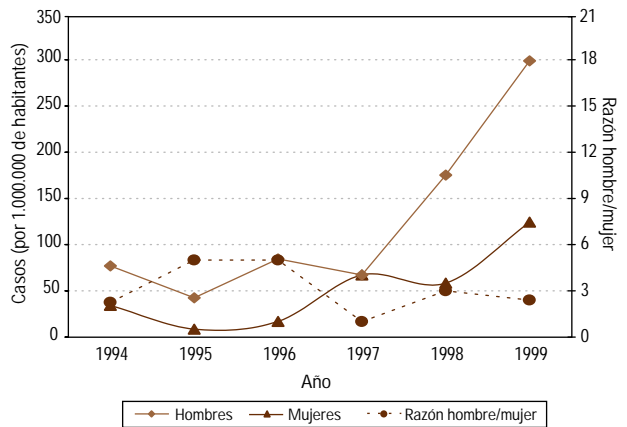


FIGURA 4. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, San Vicente y las Granadinas, 1994–1999.



SANTA LUCÍA

CONTEXTO GENERAL

Santa Lucía, con una superficie total de 616 km², es una pequeña nación insular situada en el mar Caribe. La estación lluviosa se extiende de junio a noviembre y la de huracanes, de julio a noviembre. Los huracanes son una continua amenaza para la agricultura y la infraestructura física de la isla.

Santa Lucía se independizó de Gran Bretaña en 1979. Se rige por un sistema de gobierno democrático inspirado en el modelo de Westminster y celebra elecciones parlamentarias cada cinco años. Es miembro de la Comunidad de Naciones, la Organización de Estados del Caribe Oriental y CARICOM. El PIB creció 2,2% en el periodo 1996–1999 (figura 1); el PIB per cápita fue de US\$ 2.785 en 1999. Aunque el idioma oficial es el inglés, una gran parte de la población, particularmente la de las zonas rurales, habla creole. Predomina la Religión Católica. Según el censo de 1991, 86% de la población es de ascendencia africana, 2,6% es originaria del Asia sudoriental y 9,6%, de ascendencia mixta. Los distritos meridionales de Vieux Fort y Laborie tienen la máxima proporción de personas de ascendencia mixta, que se sitúa en 22% y 18%, respectivamente. El distrito de Vieux Fort también tiene la máxima proporción de personas originarias del Asia sudoriental (8,7%).

La mayoría de la población vive en las zonas costeras y en las regiones menos montañosas del norte y del sur. Cerca de 39% reside en el distrito de Castries, donde está situada la capital del mismo nombre. La capital es el centro de la vida económica y política del país; el principal puerto marítimo, el aeropuerto más transitado, los principales centros comerciales y empresariales, y la sede del Gobierno y las dependencias administrativas centrales están localizados en la ciudad o en sus alrededores. El turismo y la infraestructura residencial del distrito septentrional de Gros Islet han logrado un alto grado de desarrollo en el último decenio, como resultado de la continua emigración interna hacia esa zona. El establecimiento de complejos industriales en el distrito de Vieux Fort, donde está localizada la segunda ciudad en importancia, ha llevado a fomentar la emigración hacia esa zona tam-

bién. En su mayoría, las comunidades y los poblados tienen buenas conexiones viales a los principales centros urbanos, aunque ese no es el caso de algunas otras comunidades, que pueden ser inaccesibles durante la estación lluviosa.

A mediados de 1999, la población total de Santa Lucía se estimó en 153.819 habitantes; la composición de la población por edad y sexo en 2000 se presenta en la figura 2. En el periodo 1980–1999, la tasa de crecimiento medio anual de la población fue de 1,8%. Las mujeres representaron 51% de la población total y las mujeres en edad de procrear (15–44 años), apenas un poco más de 25%. Santa Lucía tiene una población relativamente joven; cerca de 32% de la población total tiene menos de 15 años y solo 7,9%, 60 y más años. Las personas de edad económicamente productiva (15–64 años) comprenden 62% de la población. La razón de dependencia fue de 63% en 2000.

Los hombres comprendieron 53% de la población empleada (58.190) en el primer semestre de 1999, aunque en el grupo de 25 a 34 años fue mayor el número de mujeres que el de hombres empleados.

Entre 1992–1995 y 1996–1999, el número total de nacidos vivos se redujo de 14.741 a 12.842 y la tasa bruta de natalidad bajó de 26 a 21 por 1.000 nacidos vivos. La reducción del total de nacidos vivos se atribuyó en parte a un menor número de niños nacidos vivos por mujer menor de 35 años, que se redujo de 13.317 a 11.293. El número de niños nacidos de madres adolescentes disminuyó de 2.750 en 1992–1995 a 2.098 en 1996–1999. En relación con los embarazos de alto riesgo durante 1996–1999, las jóvenes de 10 a 14 años tuvieron 2.049 nacidos vivos (16% del total) y las mujeres de 35 y más años, 1.536 (12%). En promedio, la tasa global de fecundidad fue de 85 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 44 años y la tasa total de fecundidad, de 2,4 niños por mujer en el periodo 1995–1999.

La esperanza de vida al nacer aumentó dos años para los hombres (de 67 a 69 años) y las mujeres (de 72 a 74 años) en el periodo 1996–1999. La esperanza de vida a los 60 años aumentó un año para los hombres (de 16 a 17 años de vida restantes) y tres años para las mujeres (de 17 a 20 años de vida restantes).

Mortalidad

En el período 1996–1999 hubo 3.837 defunciones que, en promedio, dieron como resultado una tasa bruta de mortalidad de 6,4 por 1.000 habitantes. Las enfermedades del sistema circulatorio (38%) fueron la principal causa de muerte entre las defunciones por causas definidas (3.617) durante el período, seguidas de las neoplasias (16%) y las causas externas (9%) (cuadro 1). El número de defunciones de hombres fue mayor para la mayoría de los grandes grupos de causas. Las causas externas presentaron la mayor disparidad, con una razón hombre/mujer cercana a 3,7:1. Las defunciones por causas externas se concentraron en el grupo de 15 a 44 años (177 defunciones), con una razón hombre/mujer de 5,3:1.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 y 5–9 años)

En el período 1996–1999 se notificaron 176 defunciones de lactantes, número que representó una tasa promedio de mortalidad infantil de 14 por 1.000 nacidos vivos. De esa cifra, 128 defunciones ocurrieron en el período neonatal y 48 en el posneonatal. Las defunciones por ciertas afecciones originadas en el período perinatal (94) comprendieron 42 defunciones por crecimiento fetal lento, malnutrición fetal y prematuridad, 30 por infecciones respiratorias agudas y 22 por anomalías congénitas. Hubo 50 defunciones de niños de 1 a 4 años de edad, 10 debidas a anomalías congénitas, 9 a accidentes y 6 a enfermedades intestinales infecciosas.

Se registraron 31 defunciones de niños de 5 a 9 años de edad en el período 1996–1999, 11 de las cuales fueron ocasionadas por accidentes.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

En el período 1996–1999 hubo 27 defunciones de adolescentes de 10–14 años; 10 se debieron a accidentes y, de ese número, 7 fueron de varones. En el mismo período hubo 47 defunciones de jóvenes de 15–19 años. Los accidentes causaron 21 defunciones en este grupo de edad, 20 de las cuales fueron de hombres; 50% de las defunciones de hombres se debieron a accidentes de transporte terrestre. El ahogamiento accidental fue la causa de varias defunciones de adolescentes de 10 a 19 años.

La salud de la población adulta (20–59 años)

Hubo 975 defunciones de adultos en el período 1996–1999. Las tres causas principales de defunción fueron las neoplasias malignas (197 defunciones o 20% del total en este grupo de edad), los accidentes y efectos adversos (125 ó 13%) y la cardiopatía (120 ó 12%). Se registraron 593 defunciones de hombres y las causas principales fueron los accidentes (101 ó 17%), las neoplasias malignas (86 ó 15%) y la cardiopatía (70 ó 12%). Las principales causas de las 382 defunciones de mujeres fueron las neoplasias malignas (111 ó 29%), la cardiopatía (50 ó 13%) y las enfermedades cerebrovasculares (26 ó 7%).

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Hubo 2.524 defunciones de adultos de 60 y más años en el período 1996–1999. La cardiopatía (731 defunciones) y las neoplasias malignas (553) representaron 29% y 22% de las defunciones en este grupo de edad, respectivamente. Entre los hombres, la cardiopatía causó 372 defunciones, las neoplasias malignas 309 y las enfermedades cerebrovasculares 220. Entre las mujeres hubo 359, 244 y 233 defunciones, respectivamente.

El Estado prestó apoyo de varias formas a los adultos mayores, incluso con financiamiento para reparación de viviendas, ayuda para el pago de cuentas de servicios públicos, apoyo a programas de atención en el hogar, trabajo con organizaciones de beneficencia.

CUADRO 1. Total de defunciones por causas definidas, según grandes grupos de causas, Santa Lucía, 1996–1999.

Grandes grupos de causas	Defunciones por causas definidas					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Enfermedades del sistema circulatorio	1.370	37,9	671	34,6	699	41,7
Neoplasias malignas	583	16,1	325	16,8	258	15,4
Causas externas	337	9,3	265	13,7	72	4,3
Enfermedades transmisibles	226	6,2	129	6,7	97	5,8
Afecciones originadas en el período perinatal	95	2,6	51	2,6	44	2,6
Todas las demás causas definidas	1.006	27,8	498	25,7	508	30,3
Total de defunciones por causas definidas	3.617	100,0	1.939	100,0	1.678	100,0

cia para prestar servicios comunitarios y, en algunos casos, prestación de servicios médicos y suministro de medicamentos en forma gratuita (por ejemplo, a las personas que reciben asistencia pública). Sin embargo, esas personas representan solamente una pequeña proporción de los adultos mayores y, por consiguiente, casi todas carecen de los medios necesarios para sufragar el costo de los medicamentos y de la atención médica. Muchos adultos mayores no pueden acceder a los servicios de salud por causa de problemas de localización geográfica o de transporte. Hay auxiliares de salud que realizan visitas regulares a los adultos mayores en sus casas y sus comunidades.

En Santa Lucía hay sistemas de seguridad social formales e informales para los adultos mayores. Los tres tipos de seguridad social formal son el seguro social propiamente dicho, el sistema de pensiones para las personas no contribuyentes y la asistencia social. Los servicios de seguro social son prestados por medio del Programa Nacional de Seguro (NIS), que paga una pensión a las personas mayores de 60 años contribuyentes al mismo por un período mínimo de 10 años. Aunque se espera que los trabajadores autónomos contribuyan a ese programa, no se han inscrito muchos. Además de pagar pensiones a los adultos mayores, dicho programa hace aportes anuales a los hogares para ancianos.

Las principales formas de apoyo gubernamental a los adultos mayores son la administración de un hogar para ancianos en el Distrito de Soufrière y subvenciones anuales a residencias privadas para adultos mayores y al Consejo Nacional para Personas de Edad de Santa Lucía. A fines de octubre de 1999, el hogar para ancianos alojaba a 76 residentes (41 hombres y 35 mujeres) de 71 a 94 años de edad. Este establecimiento aloja a personas de todo el territorio de Santa Lucía, incluso a personas con discapacidad física y mental. Hay otras seis residencias para adultos mayores, administradas por organizaciones religiosas y por particulares que cuentan con alguna asistencia del Estado y de otros particulares e instituciones.

La salud de los trabajadores

La Oficina de Medicina del Trabajo y Seguridad Ocupacional se encarga de vigilar, investigar y aplicar la legislación sobre la salud de los trabajadores en Santa Lucía. Aproximadamente 60% de los trabajadores están cubiertos por el Programa Nacional de Seguro. Las lesiones representaron 85% de las reclamaciones presentadas, los traumatismos o fracturas en el trabajo 11% y las quemaduras 3%.

La salud de los discapacitados

El Consejo Nacional de Personas con Discapacidades presta servicios a aproximadamente 10.000 personas con discapacidades y a todas las organizaciones de discapacitados y de adultos mayores de Santa Lucía. Con asistencia del Cuerpo de Paz de los Estados Unidos de América, realiza visitas al terreno y presta servicios de suministro de prótesis, caminadores (para adultos mayores), sillas de ruedas y otros dispositivos de ayuda para su movilización.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

En 2000, la Ley sobre Preparativos para Situaciones de Desastre y Respuesta a los Desastres legalizó las medidas tomadas por la Organización Nacional de Gestión de Emergencia (NEMO), encargada de efectuar los preparativos nacionales para situaciones de desastre y de coordinar la respuesta en los ámbitos local, regional e internacional. La gestión de los desastres en Santa Lucía es una actividad voluntaria y NEMO es parte de una red de respuesta colectiva más extensa en esas situaciones. Santa Lucía es miembro del Organismo de Respuesta de Emergencia en Situaciones de Desastre en el Caribe.

En junio de 1998, un derrumbe ocurrido en Boguis, distrito de Castries, destruyó 12 casas y desplazó a 49 personas. En octubre del mismo año, una ola tropical desplazó a tres familias y causó una muerte. El costo total de los daños se estimó en US\$ 230.185. En total, 120 familias tuvieron que trasladarse después de un deslizamiento ocurrido en Marchand, un suburbio de la capital. El huracán Lenny azotó al país en noviembre de 1999 y causó extensos daños cuyo costo se estimó en US\$ 6,3 millones.

Enfermedades transmitidas por vectores

No se notificaron casos de fiebre amarilla en el período 1996–1999. Se aplica la vacuna contra la fiebre amarilla por solicitud y a los viajeros a zonas donde se ha comprobado que la enfermedad es endémica. Se notificaron tres casos de malaria en el período 1996–1999, dos en 1998 y uno en 1999; todos fueron importados. En el período 1996–1999, se notificó un total de 59 casos de esquistosomiasis, con un promedio de unos 15 casos al año.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Dentro del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se vacuna a los niños menores de 5 años contra difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, parotiditis, rubéola, poliomielitis y tuberculosis. No se notificaron casos ni defunciones por esas enfermedades en niños menores de 5 años en el período 1996–1999.

Se mantuvieron tasas elevadas de cobertura de inmunización (entre 88% y 100% de los niños menores de 1 año) en el período 1990–1999, y en ninguno de los grupos de edad pediátrica se notificaron casos de enfermedades prevenibles por vacunación. En el decenio de 1990, entre 86% y 100% de la población destinataria de lactantes terminó de recibir las dosis necesarias de las vacunas OPV, DPT y BCG. Las tasas de cobertura de inmunización en 2000 fueron de 70% con la vacuna DPT3, 70% con la OPV3, 91% con la BCG y 89% con la antisarampión (figura 3). Las tasas de cobertura con la vacuna BCG fueron mayores que las alcanzadas con las demás. Merece destacarse la alta cobertura con la vacuna BCG, ya que esta exige especial cuidado y debe ser administrada por personal adiestrado. Por consiguiente, la cobertura con la vacuna BCG puede

emplearse como una medida indirecta del acceso a los servicios de salud.

Enfermedades infecciosas intestinales

En el período 1996–1999 no se notificó ningún caso de cólera. Se notificaron tres casos de fiebre tifoidea, uno en 1996 y dos en 1999; 16 casos de salmonelosis, 9 de los cuales afectaron a niños menores de 5 años, y 70 casos de shigelosis, 35 de ellos en niños menores de 5 años. Se extrajeron nuevos casos de diarrea de los expedientes de los dispensarios de atención médica regular presentados a la Unidad de Epidemiología. Se notificaron 5.969 casos de diarrea en el período 1996–1999, que representaron cerca de 2% del total de consultas a los dispensarios de atención médica. Entre los niños menores de 5 años se notificaron 2.950 casos, que representan cerca de 49% del total de casos notificados y 5% del total de consultas en este grupo de edad.

Enfermedades crónicas transmisibles

El número de casos notificados de tuberculosis aumentó de 82 en 1992–1995 a 93 en 1996–1999, con una razón hombre/mujer de 1,7:1 en este último período. Parte de este aumento se atribuye a la existencia de un mejor sistema de notificación desde 1999, cuando se introdujo vigilancia activa y la estrategia basada en el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS).

Todos los casos ocurridos en 1992–1995 y 92% de los registrados en 1996–1999 fueron casos de tuberculosis pulmonar; los nuevos casos con resultados positivos en el frotis de esputo representaron 90% del total de nuevos casos de tuberculosis pulmonar. Las personas menores de 20 años constituyeron 12% de los casos registrados en el período 1996–1999, las de 20 a 59 años 69% y las de 60 y más años 14%. Aproximadamente 49% del total de los casos notificados en 1996–1999 se habían curado o habían terminado el tratamiento en 1999. Hubo 13 defunciones por tuberculosis en 1996–1999, una reducción en comparación con 27 en 1992–1995.

Se notificaron 37 casos de lepra en el período 1996–1999.

Infecciones respiratorias agudas

Se notificaron 629 casos de influenza —20% del total de los casos notificados de infecciones respiratorias agudas— en niños menores de 5 años en 1996–1999. Las infecciones respiratorias agudas causaron 80 defunciones, 79 de las cuales se debieron a neumonía. Se notificaron dos defunciones causadas por estas infecciones en niños menores de 5 años y 27 en adultos de 20 a 59 años; ninguna se notificó como influenza. Hubo 50 defunciones por infecciones respiratorias agudas en personas de 60 y más años, 22 (44%) de las cuales fueron de mujeres.

Zoonosis

No se han notificado casos de rabia en Santa Lucía en los dos últimos decenios. Se notificaron 40 casos de leptospirosis y 2 defunciones por esa causa en 1996–1999.

VIH/SIDA

En diciembre de 1999, un total acumulativo de 254 personas habían mostrado positividad en la prueba de detección de la infección por el VIH desde que se notificó el primer caso de SIDA en 1985. Cincuenta y tres por ciento (135 casos, 78 hombres y 57 mujeres) de todos los casos de infección por el VIH evolucionaron a SIDA y de esa cifra, 86% (116 personas, 64 hombres y 52 mujeres) habían muerto de SIDA a fines de 1999.

En el período 1985–1999, el número de casos notificados de SIDA aumentó continuamente en todos los grupos de edad, excepto en el de 60 y más años. La figura 4 muestra la incidencia de SIDA en Santa Lucía de 1994 a 1998. El número de casos de hombres se duplicó y el de mujeres se triplicó, con lo que se redujo la razón hombre/mujer de 2,2:1 en 1985–1989 a 1,4:1 en 1995–1999.

Aunque no se notificó el modo de transmisión del VIH en 54% de los casos registrados en el período 1985–1999, los datos disponibles indican que el modo de transmisión fue el contacto heterosexual en 35% de las personas seropositivas en quienes se notificó el modo de transmisión.

Enfermedades cardiovasculares

Hubo 731 defunciones por enfermedades cardiovasculares en el período 1996–1999, que representaron 19% del total de defunciones y 53% de las ocasionadas por enfermedades del sistema circulatorio. El paro cardíaco causó 268 defunciones por enfermedades cardiovasculares (37%), la cardiopatía isquémica, 174 (24%), la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón, 134 (18%) y la insuficiencia cardíaca, 153 (21%). Las enfermedades cardiovasculares causaron 359 defunciones (49%) de mujeres y 588 defunciones (80%) de personas de 60 y más años.

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas causaron 553 defunciones (14%) del total de defunciones en el período 1996–1999. De esa cifra, 309 fueron de hombres (56%). La razón general de defunciones hombre/mujer fue de 1,3:1, aunque la de personas de 60 y más años fue de 1,7:1, ya que los tumores malignos más frecuentes en los hombres se hacen más comunes con la edad, mientras que el cáncer de mama y cervicouterino en las mujeres ocurre a edad más temprana.

El cáncer de los órganos genitales fue el principal factor contribuyente a las defunciones por cáncer de personas de ambos sexos (31% en los hombres y 27% en las mujeres), seguido del cáncer del sistema digestivo (30% en los hombres y 25% en las mujeres). El cáncer de mama representó 8% del total de defunciones por cáncer y el cáncer de las vías respiratorias, 13%. Las tres localizaciones más comunes afectadas por el cáncer en las defunciones de hombres fueron la próstata (95), el estómago (32) y la tráquea, los bronquios y los pulmones (32); en el caso de las mujeres, la mama (44), el cuello uterino (43) y el estómago (19).

Accidentes y violencia

En el período 1996–1999 hubo 337 defunciones por causas externas (9,3% de las defunciones por causas definidas); de ese número, 235 defunciones se debieron a accidentes y homicidios. La razón general de defunciones hombre/mujer por causas externas fue de 3,7:1. Sin embargo, esa razón fue de 5,3:1 en la población de 15 a 44 años; este grupo de edad representó 56% del total de defunciones por accidentes y violencia en los hombres.

Las defunciones por accidentes representaron 70% del total de defunciones por causas externas en 1996–1999. Murieron más hombres que mujeres por causa de accidentes, con una razón de 5,1:1. Las defunciones por accidentes de transporte terrestre (98) fueron la causa más común de defunción por accidentes (42%). Alrededor de 60% de los muertos en accidentes de transporte terrestre fueron personas de 15 a 44 años de edad.

Las defunciones por ahogamiento accidental (37) representaron 16% de las defunciones ocasionadas por accidentes en el período. Casi todos los casos fueron de hombres (32), particularmente del grupo de 15 a 44 años de edad (19).

Los homicidios (61 defunciones) ocuparon el segundo lugar entre las principales causas externas de defunción en el período 1996–1999. La razón general de defunción hombre/mujer fue de 5,1:1. Sin embargo, casi todos los homicidios (40) ocurrieron en el grupo de 15 a 44 años de edad, con una razón hombre/mujer de 5,8:1. Ocurrieron 12 homicidios en el grupo de 45 a 59 años de edad.

Hubo 34 suicidios en el período 1996–1999, con una razón hombre/mujer de 5,8:1. La mayoría (21 de 62%) ocurrió en el grupo de 15 a 44 años de edad y la razón hombre/mujer fue de 9,5:1.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El principal objetivo de la Política Nacional de Salud del Ministerio de Salud, esbozada en su plan decenal para el sector para el período comprendido entre junio de 1993 y julio de 2003, es mejorar la calidad de los recursos humanos e incrementar su número. La política también aborda lo relacionado con el personal de salud, la recaudación de ingresos, el uso de la tecnología, el crecimiento de la población, los grupos vulnerables y expuestos a riesgo, el abuso de sustancias, la salud de los trabajadores, el medio ambiente, la infección por el VIH/SIDA, la participación comunitaria y otras cuestiones que afectan a la salud y al bienestar de la población. El plan del sector salud comprende estrategias de ejecución de las políticas formuladas por el Ministerio de Salud.

La reforma del sector salud

En septiembre de 1997 se nombró un Comité de Reforma del Sector Salud, encargado del diseño de esa reforma. El Ministerio

de Salud estableció una secretaría encargada de elaborar propuestas de reforma del sector salud que se presentarán al gabinete de ministros para su aprobación. El diseño de la reforma propuesta se elaboró a partir de investigaciones, negociaciones y consulta con los principales interesados y la comunidad en general. Los principales asuntos de reforma del sector salud comprenden descentralización de la administración y las funciones, integración de los diferentes niveles de atención, mejora del financiamiento y garantía de la calidad. La reforma del sector salud está orientada por los principios de participación de la comunidad, descentralización, colaboración intersectorial, adopción de decisiones basadas en pruebas, atención de buena calidad y fortalecimiento y sostenibilidad institucionales.

La Oficina de Planificación del Ministerio de Salud recibió el mandato de efectuar los ajustes necesarios al plan de ejecución propuesto y de elaborar un plan y una estrategia de comunicación junto con la Oficina de Educación para la Salud. Se elaboró un plan de ejecución a corto plazo y se autorizaron fondos para ese fin en el presupuesto para el período 2001–2002. Dicha Oficina, junto con los jefes de diferentes departamentos e instituciones dentro del Ministerio de Salud, se encarga de poner en práctica las reformas propuestas.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

Varios departamentos dentro del Ministerio de Salud se encargan de la ejecución de programas tales como educación para la salud, salud ambiental, servicios preventivos y servicios de atención hospitalaria y curativa. Los servicios de atención primaria de salud son prestados sobre todo en los 34 centros de salud y los 2 hospitales de distrito. Los servicios de atención secundaria y especializada se prestan en los tres hospitales generales y el hospital psiquiátrico. Aunque los usuarios pueden buscar atención en cualquier establecimiento, la administración y gestión de los establecimientos de salud se basan en la población de la zona de influencia.

La participación privada en el sistema de salud

Muchos médicos y dentistas trabajan en los sectores público y privado. En época reciente se ha empleado personal de enfermería en la industria hotelera y para atención en residencias privadas.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

Los principales tipos de seguro médico disponibles en Santa Lucía son el seguro médico privado para individuos y grupos y la cobertura del Programa Nacional de Seguro. Este programa paga una cuota anual al Ministerio de Salud para cubrir los gastos de hospitalización de sus afiliados. De conformidad con la Ley Nacional sobre Seguro, el programa citado está obligado a prestar

asistencia a los adultos mayores, los discapacitados y los necesitados, ya sea que estén afiliados al programa o no.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

Los Consejos de Medicina y Enfermería se encargan del registro y la vigilancia de los médicos y del personal de enfermería y la Junta de Medicina hace lo mismo con respecto a los dentistas, farmacéuticos y optómetras.

Los mercados básicos en salud

El uso de medicamentos recetados se realiza bajo la vigilancia del Farmacéutico Jefe del Ministerio de Salud.

La calidad del ambiente

La responsabilidad de la salud ambiental y la calidad del medio ambiente es compartida por varios órganos públicos y creados por ley. La Sección de Salud Ambiental, un departamento del Ministerio de Salud, se encarga de los servicios de inocuidad de los alimentos y del agua, control de vectores y saneamiento. La Autoridad de Agua y Alcantarillado tiene a su cargo la recolección, el depósito y la distribución de agua potable. La Junta de Control de Plaguicidas tiene la responsabilidad del registro y la autorización del uso de plaguicidas. La responsabilidad de la elaboración física de esos productos y de sus efectos para el medio ambiente recae en el Ministerio de Planificación.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

Dentro del Ministerio de Salud, la Oficina de Educación para la Salud se encarga de las actividades de educación y promoción, aunque en estas participan también otros ministerios y organizaciones no gubernamentales. El Ministerio paga a menudo el acceso a los medios de comunicación, pero se publica alguna información sobre salud por medio de los Servicios de Información del Estado. Los programas de educación para la salud y de promoción de la salud se concentran en el público en general y algunos se orientan particularmente hacia los padres de familia, maestros, estudiantes y grupos comunitarios.

Se publican regularmente artículos sobre salud en casi todos los diarios de Santa Lucía, al igual que suplementos especiales sobre algunas enfermedades de interés para ciertos grupos de población.

Prevención y control de enfermedades

Hay programas de prevención de enfermedades centrados en tuberculosis, lepra, infección por el VIH/SIDA, dengue (incluido el control de vectores), sarampión e infecciones de transmisión

sexual. La vigilancia, la gestión y el tratamiento de casos y los consultorios especiales para las infecciones de transmisión sexual son parte integrante de estos programas.

La meta general del Programa Nacional de Lucha Antituberculosa es identificar y curar todos los casos infecciosos de tuberculosis. En 1996 se estableció un Registro Nacional de Tuberculosis.

Para determinar la incidencia de cáncer en Santa Lucía se diseñó un sistema de ingreso de datos en un registro de cáncer basado en la población, establecido en la Sociedad de Lucha contra el Cáncer de Santa Lucía. Los datos para el sistema provienen de los laboratorios de diagnóstico de los dos hospitales generales de mayor importancia y del registro de defunciones del Ministerio de Salud.

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) vacuna regularmente a los niños menores de 5 años y a las mujeres embarazadas; entre los niños, los lactantes son el principal grupo destinatario.

En los dispensarios de atención prenatal se ofrecen exámenes de detección de anemia y cáncer cervicouterino a las mujeres embarazadas. Se vigilan los embarazos de alto riesgo, incluso de primíparas, y se administran suplementos de hierro y servicios de orientación, cuando se necesita. En los establecimientos de atención primaria de salud se ofrecen programas de detección del cáncer cervicouterino, de mama y de próstata. Casi todos los servicios de atención preventiva son gratuitos; se ofrecen a un costo nominal anticonceptivos y las vacunas exigidas para el ingreso a la universidad o contra la fiebre amarilla.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

El Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles vigila la infección por el VIH/SIDA, el sarampión, la erupción cutánea y las enfermedades febriles, la parálisis flácida aguda, el dengue, la tuberculosis y la leptospirosis, así como otras enfermedades transmisibles. Las principales fuentes de datos para el sistema son las consultas de atención médica celebradas regularmente en los 34 centros de salud y dos hospitales de distrito; dos laboratorios públicos y tres privados; los departamentos de atención de accidentes y los pabellones de atención médica de dos hospitales públicos generales, y un médico privado.

Protección y control de alimentos

La Unidad de Alimentos del Departamento de Salud Ambiental se encarga de la protección, el control y la inocuidad de los alimentos. Se realizan inspecciones de los establecimientos de servicios de preparación de alimentos y los centros de distribución mayorista por lo menos tres veces al año para vigilar la calidad y asegurar la inocuidad de los alimentos para la venta. Los manipuladores de alimentos deben someterse a examen por un médico certificado para obtener una patente de sanidad y a inspección dos veces al año para asegurarse de la validez de la patente.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

Se prestan servicios de atención ambulatoria de enfermedades en general en los consultorios de atención médica de los centros de salud y los hospitales de distrito y por medio de los departamentos de atención de accidentes o de urgencia de los hospitales generales. Se facilitan servicios médicos y farmacéuticos por lo menos una vez por semana en los centros de salud y los hospitales de distrito. Se ofrecen servicios de atención de salud materno-infantil, entre ellos la atención prenatal y posnatal y la inmunización infantil, en consultas de atención materno-infantil realizadas en los centros de salud y los hospitales de distrito. Además de los consultorios de medicina general, hay servicios especiales de obstetricia y ginecología, pediatría, cirugía, salud sexual y reproductiva y salud mental. Se ofrecen consultas especiales y servicios básicos a pacientes diabéticos e hipertensos en los establecimientos de atención primaria. Se ofrecen algunos servicios de atención primaria psiquiátrica a pacientes ambulatorios por medio de consultorios psiquiátricos en el hospital psiquiátrico de cada comunidad y en los establecimientos de otros siete distritos.

Se presta atención a pacientes internados en seis hospitales (cinco públicos y uno privado) de Santa Lucía. Entre estos se encuentran tres hospitales generales, dos hospitales de distrito y un hospital psiquiátrico. Los tres hospitales generales prestan atención secundaria a pacientes internados. Los dos hospitales de distrito disponen de camas para acomodar a los pacientes internados con problemas médicos, quirúrgicos y pediátricos de menor importancia y tienen pabellones de maternidad para atender los partos de poco riesgo; se presta también parte de la atención básica a pacientes internados con enfermedades crónicas. Santa Lucía tiene un centro de desintoxicación para pacientes toxicómanos y alcohólicos internados.

Insumos para la salud

Los medicamentos se obtienen por medio del Servicio de Compra de Medicamentos del Caribe Oriental. Todas las vacunas empleadas en el sector público se adquieren por medio del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas establecido por la OPS. Se ha creado un Comité Nacional de Compras para coordinar la adquisición de equipo biomédico.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso

El número de personas empleadas por el sector público ha aumentado desde 1985; el número de ciertas clases de personal

CUADRO 2. Personal de salud por categoría y por 10.000 habitantes, Santa Lucía, 1999.

Categoría	Número	Número por 10.000 habitantes
Médicos	81	5,8
Dentistas	13	0,9
Profesionales de enfermería	312	22,6
Farmacéuticos ^a	36	2,4
Trabajadores de salud ambiental ^a	18	1,2

^aDatos proporcionados por la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud de Santa Lucía.

Fuente: Indicadores básicos de salud 2001. OPS, Programa Especial de Análisis de Salud.

empleado en 1999 se presenta en el cuadro 2. El máximo aumento relativo correspondió a médicos, dentistas y educadores sanitarios. Este aumento puede reflejar la expansión en la clase de servicios ofrecidos, una mayor demanda y la disponibilidad y absorción de personal de salud debidamente adiestrado.

Formación del personal de salud

El Community College Sir Arthur Lewis, que ofrece formación en enfermería, partería, nutrición y dietética, es la única institución de Santa Lucía que forma personal de salud. Los auxiliares de salud comunitaria son formados por el Departamento de Enfermería Comunitaria. Otras clases de personal de salud deben seguir estudios superiores en instituciones regionales o internacionales. La formación del personal de salud está limitada por la falta de recursos financieros. El adiestramiento en servicio de los profesionales de salud es organizado a menudo por el Ministerio de Salud y otras organizaciones afines. Se han ofrecido cursillos sobre salud de los adolescentes y salud reproductiva por medio del Programa de Aprendizaje a Distancia de la Universidad de las Indias Occidentales. El Gobierno de Cuba concedió becas para la formación en medicina y otros campos relacionados con la salud. La Universidad de las Indias Occidentales también brinda capacitación en varios campos relacionados con la salud, entre ellos medicina, salud ambiental y educación para la salud, a profesionales de Santa Lucía.

Mercado de trabajo

Casi todo el personal de salud está empleado en el sector público. Tradicionalmente, los médicos, dentistas y farmacéuticos son los profesionales de salud más representados en el sector privado, pero en los últimos años un creciente número de empresas privadas ofrecen servicios de diagnóstico y atención ocular.

Gasto y financiamiento sectorial

Las principales fuentes de financiamiento del gasto ordinario del Estado son los impuestos y las tarifas cobradas a los usuarios. El Ministerio de Salud se encarga de establecer las tarifas cobra-

das a los usuarios en el sector salud pública. Puesto que los ingresos de todas las fuentes (excepto del Hospital Saint Jude) se depositan en un fondo consolidado, no benefician directamente al departamento ni al Ministerio que recaudó las tarifas. El Programa Nacional de Seguro hace un aporte anual al fondo consolidado para cubrir los gastos de hospitalización de sus afiliados. El presupuesto per cápita de Santa Lucía asignado a salud en 1999 fue de aproximadamente US\$ 120; el presupuesto de salud representó 4,3% del PIB.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

Durante el período 1996–1999, el sector salud recibió asistencia técnica y financiera de varios organismos externos y gobiernos extranjeros. El Fondo Europeo de Desarrollo (FED) proporcionó US\$ 740.741 para la rehabilitación y reconstrucción del Hospital Victoria. La Unión Europea financió varios proyectos, entre ellos importantes reparaciones a establecimientos públicos,

la construcción de un albergue para las víctimas del abuso, la compra de muebles y equipo, el Programa Integrado de Protección y Desarrollo del Niño y el cuidado de los adultos mayores. Estos fondos se facilitaron por medio de donaciones, cuyo total ascendió a US\$ 1.290.370. El Departamento para el Desarrollo Internacional (DPDI) del Reino Unido financió un nuevo Centro de Apoyo a la Mujer, y la Alta Comisión Británica, un invernadero para el Hospital Golden Hope. El Gobierno de Francia proporcionó financiamiento para la construcción del nuevo pabellón de maternidad, la compra de equipo para el Hospital Victoria y de programas y equipo de computación, y el pago de los servicios de un epidemiólogo francés para la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud. El Estado aportó US\$ 92.593 destinado a cubrir el costo de un estudio de factibilidad para la construcción de un nuevo hospital psiquiátrico. El Gobierno de China donó US\$ 14.815 al “Fondo Dorado” establecido por el Ministerio de Salud para recaudar fondos para la construcción del nuevo hospital psiquiátrico.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Santa Lucía, 1991–1999.

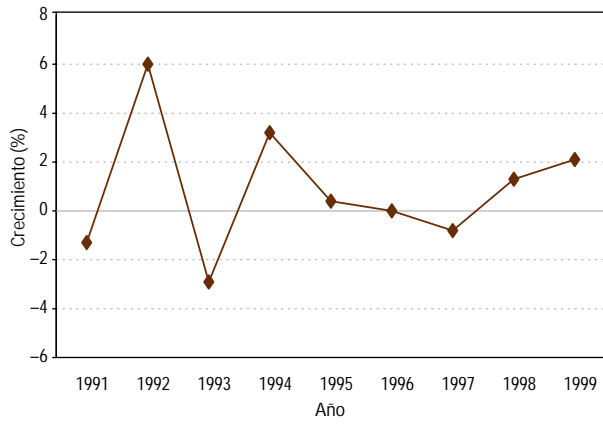


FIGURA 3. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Santa Lucía, 2000.

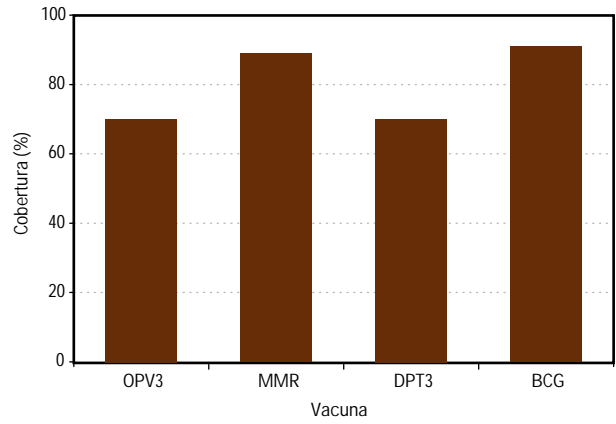


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Santa Lucía, 2000.

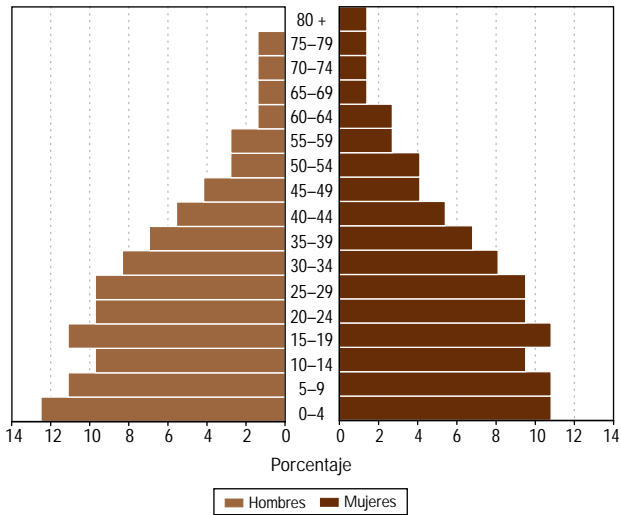
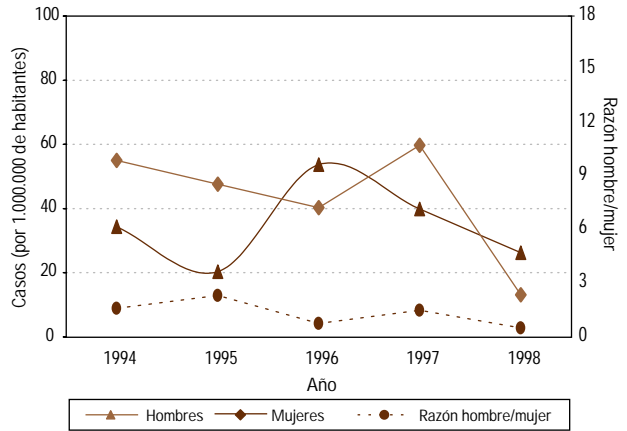


FIGURA 4. Incidencia de SIDA y razón hombre/mujer, Santa Lucía, 1994–1998.



SURINAME

CONTEXTO GENERAL

La República de Suriname tiene una superficie de 163.820 km² y está ubicada en la costa nordeste de América del Sur, limita al este con la Guayana Francesa, al oeste con Guyana y con Brasil al sur. El clima es tropical, la temperatura promedio anual es de 27°C y la humedad relativa oscila entre 80% y 82%.

La mayoría de la población vive a lo largo de una franja costera de 30 km de ancho que representa 10% del territorio nacional. Los dos distritos más urbanizados del país son Paramaribo y Wanica, que abarcan 0,4% del territorio y allí se concentra alrededor de 70% de la población. La densidad de población de los distritos en conjunto es de 464,3 personas por km². Por el contrario, el distrito de Sipaliwini es el más extenso del país (130.566 km²), pero su densidad de población es de solo 0,2 personas por km². La zona de selva tropical de Suriname se conoce como “el interior.”

El Gobierno de Suriname es una democracia parlamentaria, cuyo Poder Legislativo está constituido por la Asamblea Nacional, un cuerpo de 51 miembros elegidos. El Poder Ejecutivo lo ejerce el Presidente, nombrado por la Asamblea Nacional. El país está dividido en 10 distritos administrativos que se subdividen en 62 regiones, y cada una de ellas tiene sus propias autoridades.

En 1998, la Oficina de Estadísticas calculó en 11% la tasa de desempleo en las zonas urbanas; cifra que prácticamente había permanecido invariable con respecto a las observadas en 1996 y 1997. La tasa de crecimiento del PIB bajó drásticamente al pasar de 7% en 1995 a 2% en 1998. En 1999 se calculaba que entre 50 y 75% de la población vivía por debajo del umbral de pobreza.

La tasa total de alfabetización de la población mayor de 15 años es de 86%, pero en el interior del país llega solamente a 51%; esta tasa es de 93% en las zonas urbanas y de 87% en las rurales. En el grupo de edad comprendido entre 25 y 34 años se observan las tasas más altas de alfabetización (92%), que suelen disminuir en los grupos de edad más avanzada, hasta llegar a 63% en el grupo de las personas de 65 y más años. Comparada con la de las

mujeres, la tasa de alfabetización de los hombres es mayor en todos los grupos de edad (82,3%).

La ONU calculaba que la población de Suriname era de 409.000 habitantes en 1995, y que en el 2000 pasó a 417.000. En la figura 1 se presenta la estructura de la población por edad y sexo en el año 2000. De acuerdo con los datos del censo de 1990, aproximadamente 70% de la población vivía en las zonas urbanas situadas a lo largo de la franja costera. Setenta por ciento de la población está conformada por los grupos criollos y las personas con ascendencia indostana, seguidos por javaneses descendientes de trabajadores indonesios; otros grupos más pequeños son los chinos, libaneses, europeos y un número cada vez mayor de personas de etnicidad mixta. En el interior, la mayor parte de la población corresponde al grupo de los cimarrones (90%), descendientes de los esclavos prófugos, y al de los amerindios (10%), que es la población autóctona. Estas poblaciones viven a lo largo de los ríos en zonas remotas, accesibles solo por vía aérea o fluvial. En la mayoría de los casos, las comunidades tribales forman asentamientos de unas 100 a 4.000 personas y no tienen o cuentan con muy pocos servicios básicos de saneamiento, agua corriente o electricidad.

Desde 1996 hasta 1999, el promedio de crecimiento de la población fue de 1,3%, con un mínimo de 1,1% en 1996 y un máximo de 1,5% en 1999. La tasa total de fertilidad en el año 2000 fue de 2,2. En Suriname se lleva el registro de 95% de los nacimientos. En 2000, la tasa bruta de nacimientos fue de 19,5 por 1.000 y la tasa bruta de defunción fue de 6 por 1.000.

Mortalidad

Aproximadamente, 80% de todas las muertes que figuran en el registro civil son certificadas. Entre 1997 y 1999 hubo 6.631 muertes. Las 10 causas principales de defunción ocasionan 68% del total de las muertes por causas definidas. Las enfermedades del sistema circulatorio representaron 29,3% del total durante el período 1997–1999. Las muertes por causas externas durante el mismo período representaron 10,3%, mientras que para las

neoplasias la cifra fue de 8,4%. Las enfermedades originadas en el período perinatal representaron 5,2% de todas las muertes.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

Alrededor de 80% de todos los nacimientos tienen lugar en los hospitales. Aproximadamente 12% de los recién nacidos pesan menos de 2.500 gramos. De acuerdo con un estudio realizado en 1999, el bajo peso al nacer ocurre más frecuentemente en las mujeres que acuden menos de tres veces a la consulta prenatal, en madres adolescentes y en madres de origen indostano.

La Oficina Nacional de Salud Pública notificó que la tasa de mortalidad infantil en 1999 fue de 29 por 1.000 nacidos vivos, y una encuesta realizada en el año 2000 dio resultados similares. La mayoría de las muertes de lactantes son causadas por enfermedades originadas en el período perinatal (49%), seguidas por las malformaciones congénitas y las infecciones gastrointestinales y respiratorias. La tasa de mortalidad en los niños menores de 5 años fue de 32 por 1.000 en el año 2000.

De acuerdo con la información suministrada por los cuatro hospitales principales de Paramaribo, la tasa de mortalidad perinatal entre los años 1995 y 1999 fue de aproximadamente 30 por 1.000 anualmente.

La causa principal de muerte en niños de 1 a 4 años fueron las infecciones gastrointestinales (24%) y las causas externas (20%). La tasa de mortalidad en niños menores de 5 años se estimó en 37 por 1000 nacidos vivos.

En los niños del interior del país el retraso en el crecimiento (18%) es mayor que en los niños que viven en la zona costera. Entre los años 1997 y 2000, unos 125 niños en promedio fueron hospitalizados debido a la malnutrición.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–14 años)

Los accidentes y los traumatismos son la causa principal de muerte en este grupo. Uno de los requisitos para poder entrar a la escuela primaria (a los 6 años de edad) es haber recibido las vacunas indicadas de acuerdo con la edad.

La salud de los adolescentes (15–19 años)

La prostitución, el crimen y las drogas son problemas graves en las zonas desposeídas socialmente.

La salud de la población adulta (20–59 años)

La causa principal de muerte para el grupo de edad de 20 a 59 años, que representa 50% de la población, son los accidentes y los traumatismos seguidos por el VIH/SIDA y las enfermedades cardiovasculares. En el período 1997–1999, el SIDA fue la segunda causa principal de muerte para los hombres y la tercera para las

mujeres en el grupo de edad de 15 a 44 años. El cáncer se ubicó en los tres primeros lugares de causas de muerte entre las mujeres, mientras que en el caso de los hombres los tres primeros lugares correspondieron a las causas externas y a las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

En 2000, los anticonceptivos orales fueron los más utilizados (70%). Alrededor de 40% de las mujeres que viven en pareja utilizan anticonceptivos. De acuerdo con una encuesta, el uso de anticonceptivos en las zonas urbanas es de 51%, de 45% en las zonas rurales y de 7% en el interior.

Una encuesta sobre mortalidad materna realizada entre 1995 y 1999 reveló un promedio anual de 73 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad materna notificada por la Oficina de Salud Pública en 1999 fue de 108 por 1.000 nacidos vivos. En los años 1995–1999, las principales causas de mortalidad materna fueron los trastornos causados por la hipertensión, y las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Este grupo representa 7,6% de la población total, siendo el número de mujeres (16.239) ligeramente más alto que el de hombres (14.639). Las principales causas de muerte en este grupo son la hipertensión y las enfermedades del corazón seguidas por las enfermedades cerebrovasculares y las neoplasias malignas. La mayoría de las muertes por cáncer la ocasionan el cáncer del tracto gastrointestinal (27%), seguido por el de los órganos de la reproducción (17%), del sistema respiratorio (11%), de mama (9%), de la sangre y los tejidos linfáticos (9%), y de las vías urinarias (4%).

La salud de la familia

Se calcula que 40% de las familias están formadas por tres o cuatro personas. De los niños de 0 a 14 años, 62,2% viven con ambos padres; 22% viven solamente con la madre y 7% no viven con ninguno de sus padres. Sin embargo, en el interior, menos de 50% de los niños viven con ambos padres, 34% viven con la madre solamente y 12% con ninguno de los dos.

La salud de los discapacitados

El Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda coordina los programas especiales para los discapacitados. Además, las organizaciones no gubernamentales realizan actividades para ayudar a los ciegos, sordos, antiguos pacientes de lepra y a los niños con discapacidad mental y física. Un centro de rehabilitación del Hospital Académico presta servicios en Paramaribo a los pacientes enviados para la adaptación de prótesis, tratamientos de rehabilitación, terapia ocupacional y terapia del lenguaje.

La salud de los indígenas, de las poblaciones fronterizas y de otros grupos especiales

La Misión Médica, una organización sin fines de lucro financiada por el Gobierno, es la única encargada de prestar servicios de atención de salud a más de 50.000 cimarrones y amerindios

que viven en zonas del interior prácticamente inaccesibles. Los servicios de salud curativos y preventivos son gratis, lo que incluye el tratamiento y el transporte hasta el hospital de Paramaribo. Cada año se refieren entre 800 y 1.000 pacientes al hospital de Paramaribo. Se calcula que en Suriname puede haber entre 20.000 y 40.000 buscadores de oro (*garimpeiros*), que están expuestos al envenenamiento por mercurio, a la malaria, al VIH/SIDA y a otras infecciones de transmisión sexual.

Por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmitidas por vectores

Se han notificado entre 80.000 y 90.000 casos de malaria cada año y la mayoría en el interior, a lo largo de la frontera oriental y el río Marowijne. En las zonas endémicas, 40% de los casos correspondieron a niños menores de 5 años y 60% a niños menores de 14 años. La malaria debida a *Plasmodium falciparum* resistente a la cloroquina está generalizada, pero la resistencia a la quinina todavía no se ha establecido.

El número de casos notificados de dengue aumentó vertiginosamente al pasar de 3 casos confirmados en el laboratorio, en 1997, a 149 casos en 1998; todos se debieron al serotipo 1 del virus del dengue. No se notificaron casos de dengue hemorrágico ni de síndrome de choque del dengue en 1997, pero en todo el año 1998 hubo 60 casos, la mayoría de los cuales se presentaron en el mes de mayo. Cuando terminó la epidemia en el año 2000, se habían notificado y confirmado 406 casos. Durante los años 1998 y 1999 hubo 214 casos debidos a los serotipos 1 y 2. La epidemia de dengue ocasionó una muerte en 1998 y 15 en 1999. En la segunda mitad del año 2000 se inició una campaña de vacunación contra la fiebre amarilla.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Entre 1997–1999 hubo 6 casos de tétanos, 100 de rubéola y tres casos confirmados del síndrome de rubéola congénita. En el mismo período, y a nivel nacional, se efectuaron dos campañas de vacunación para niños y adultos. La cobertura con las vacunas DPT, OPV y MMR fue de aproximadamente 85%. La vacuna contra la hepatitis B todavía no se ha incluido en los programas de vacunación para niños.

Enfermedades infecciosas intestinales

Las infecciones por *Salmonella* aumentaron de 14 casos en 1995 a 87 en 1999. Por el contrario, el promedio mensual de infecciones por *Shigella* disminuyó de 20 casos en 1995 a 9 en 1999. En 2000, aproximadamente 4,5% de las 7.704 muestras de heces examinadas en la Oficina de Salud Pública resultaron positivas para helmintos, de los cuales 96,6% eran *Strongyloides*; otros helmintos identificados fueron *Trichuris*, *Ascaris* y *Enterobius*. El Gobierno ha iniciado una campaña para aumentar el control en los lugares de venta de comida.

Enfermedades crónicas transmisibles

Desde 1997 hasta 2000, el programa de tuberculosis de la Oficina de Salud Pública notificó un promedio de 87 posibles casos, de los cuales 53 fueron confirmados. En 1998 se confirmaron 2 casos, 9 en 1999 y 16 en 2000, todos en pacientes con VIH. Desde 1999 se hace la prueba del VIH a todos los pacientes con tuberculosis clínica.

El Servicio de Dermatología notificó 49 casos de lepra en 1997, 62 en 1998 y 50 en 1999; 30% de los casos notificados entre 1997 y 1999 correspondieron a niños de 0 a 14 años de edad.

Zoonosis

Los estudios serológicos realizados para la detección de *Trypanosoma cruzi* entre los donantes de sangre en 1997 y 1998 no revelaron casos positivos de enfermedad de Chagas.

En 1998 se registró un brote localizado de rabia en el interior, ocasionado por mordedura de murciélagos. Seis niños presentaron el cuadro clínico y uno fue confirmado por examen serológico; todos estos pacientes murieron.

Hubo 1.017 casos sospechosos de leptospirosis entre 1995 y 1999, de los cuales 191 se confirmaron por serología; 10 de dichos casos fueron mortales. De los casos confirmados, 70% se presentaron en el grupo de 16 a 45 años de edad.

VIH/SIDA

En 1997, el VIH/SIDA se situaba en el décimo lugar entre las principales causas de muerte, en 1998 llegó al noveno lugar, y en 1999 pasó a ser la octava causa. Entre 1995 y 1998 las tasas de mortalidad se triplicaron al pasar de 5,6 por 100.000 en 1995 a 9,3 en 1997, 16,3 en 1998 y 17,7 en 1999. Durante el período 1997–1999, el SIDA fue la segunda causa de muerte entre los hombres de 15 a 44 años de edad y la tercera causa de muerte entre las mujeres de ese mismo grupo de edad. En el período 1997–1999, la razón de muertes hombre/mujer fue de 2:1. En 1997 hubo 182 casos VIH positivos, 186 en 1998, 267 en 1999 y 285 en 2000. Los trabajadores del sexo, entre los que se ha observado una prevalencia de 20%, se encuentran particularmente expuestos al riesgo.

Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones gonocócicas prácticamente se duplicaron, pasando de 327 casos en 1998 a 629 en 1999. Hubo 67 casos de sífilis en 1998 y 233 en 1999; además, en 1999 se notificaron ocho casos de sífilis congénita. Con la finalidad de disminuir los contagios en el interior del país, en 1997 la Misión Médica inició un proyecto para fortalecer los servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual y el VIH. Las actividades de este proyecto se han programado por cinco años y finalmente pasarán a formar parte de las actividades regulares de las unidades de la Misión Médica.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La diabetes mellitus se encuentra en el séptimo lugar entre las causas subyacentes de muerte, con un total de 228 defuncio-

nes, lo que representó 3,4% de todas las muertes entre 1997 y 1999.

Enfermedades cardiovasculares

Por muchos años, las enfermedades del sistema cardiovascular han sido la principal causa de muerte, totalizando 18,7% de todas las defunciones en el período 1997–1999; de ellas, 89% correspondieron al grupo de 45 y más años. Las enfermedades cerebrovasculares se ubicaron en segundo lugar ocasionando 10,6% (704) de todas las defunciones durante el período mencionado.

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas fueron la cuarta causa de muerte, 554 en total, durante el período 1997–1999; una tercera parte de los casos correspondieron a cáncer del aparato reproductor (77% en mujeres y 23% en hombres). El cáncer cervicouterino fue el más común, seguido por el cáncer de mama. Cada año se diagnostican alrededor de 60 nuevos casos de cáncer cervicouterino; 64 en 1997, 57 en 1998, 52 en 1999 y 65 en 2000. También se registraron casos de cáncer del tracto gastrointestinal (27%), del sistema respiratorio (11%) y del sistema linfopoyético (9%).

Accidentes y violencia

Hasta 10% de las muertes registradas se deben a causas externas, principalmente a accidentes y violencia. La violencia es la primera causa de muerte de hombres y mujeres en las edades comprendidas entre 5 y 44 años. Los accidentes de transporte ocasionaron 25% de las muertes por causas externas (170 defunciones entre 1997 y 1999). El suicidio y los homicidios causaron 16% y 13% de las muertes, respectivamente.

Entre 1997 y 1999, el Ministerio de Justicia y Policía registró 214 accidentes mortales del transporte. Desde 1996 se ha registrado un promedio anual de 24.000 delitos, de los cuales 20% correspondieron a homicidios y agresiones violentas. Aproximadamente 2% de los delitos fueron agresiones sexuales, resultantes en 500 a 600 violaciones cada año.

Enfermedades emergentes y reemergentes

En 1998 hubo dos casos de meningitis meningocócica y cinco casos por *Haemophilus influenzae* tipo b. En 1999 se notificaron tres casos de infección por *Cryptococcus neoformans* y seis casos por *H. influenzae* tipo b. Se notificaron 8 muertes por meningitis en 1997, 11 en 1998 y 9 en 1999.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Para el Gobierno es una prioridad la prestación de atención de salud a los niños, las mujeres y los adultos mayores. El Ministerio de Salud tiene a su cargo velar por la disponibilidad, la accesibi-

lidad y la asequibilidad de los servicios de salud. Entre las funciones del Ministro se cuentan el establecimiento de políticas, la evaluación, la coordinación, la fijación de normas y valores, y la inspección.

Desde 1998, el establecimiento de las políticas gubernamentales de protección del medio ambiente se efectúa en tres niveles. El primero es el Consejo Nacional del Ambiente que, junto con la Oficina del Presidente, es el órgano encargado de elaborar y someter a consideración del Presidente las políticas ambientales; también asesora y dirige al Instituto Nacional de Desarrollo y Ambiente de Suriname en el establecimiento de prioridades para la acción ambiental. El Instituto, a su vez, funciona como la rama operativa del Consejo. Por último, se encuentran los ministerios que atienden los temas específicos del sector ambiental y trabajan en el establecimiento de políticas ambientales por medio de su participación en la Comisión Asesora Interministerial.

El Consejo Nacional sobre Salud Ocupacional se encarga de la formulación de un plan nacional de salud ocupacional y seguridad.

La reforma del sector salud

El sector salud lleva a cabo reformas para mejorar la salud y el bienestar general de la población. Concretamente, el sector tratará de corregir las repercusiones que tienen en la atención de la salud los problemas macroeconómicos, tales como el éxodo de personal calificado, la falta de medicamentos básicos, el deterioro de la infraestructura y los enormes déficits presupuestarios, particularmente en el nivel secundario de atención.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

Las instituciones fundamentales del sistema de atención de salud son la Oficina Central del Ministerio de Salud, la Oficina de Salud Pública y la Inspectoría. La Oficina Central y la Inspectoría son responsables de la planificación sanitaria general y fijan las normas, funcionan a nivel de la planificación general de salud y están a cargo de las inspecciones y la vigilancia; la Oficina se ocupa de la formulación de programas.

El Gobierno presta servicios de atención primaria para los pobres y los casi pobres en la zona costera por medio del Servicio Regional de Salud, que dirige 41 dispensarios en los ocho distritos costeros. Los dispensarios están encabezados por un médico y se agrupan en nueve zonas geográficas; uno de los médicos trabaja como coordinador de la zona. La Misión Médica, una organización no gubernamental que recibe un subsidio del Gobierno de Suriname, es el único proveedor de atención primaria de salud para más de 50.000 personas, amerindios y cimarrones, que viven en el interior. La Misión Médica administra 46 centros de salud; cinco médicos con 60 asistentes de salud supervisan los centros. Los asistentes provienen de comunidades del interior y

reciben un adiestramiento de tres años que es reconocido oficialmente por el Ministerio de Salud. La Misión identifica siete regiones en su sistema de prestación de servicios de salud, cada una supervisada y administrada por médicos.

El Gobierno también dirige programas verticales destinados a poblaciones o problemas de salud especiales, que incluyen programas relativos a las infecciones de transmisión sexual, lepra, atención dental para jóvenes, malaria e inmunización. El Gobierno también reconoce a algunas organizaciones no gubernamentales para que presten ciertos servicios de atención de salud, tales como la Fundación de Planificación Familiar (Stichting Lobi), que se especializa en salud reproductiva.

Los médicos generales que ejercen privadamente atienden a la gente que tiene el seguro médico estatal, algún seguro médico privado y a personas que no tienen ningún seguro. Las empresas grandes, como una compañía de bauxita que trabaja en el país, también tiene dispensarios de atención primaria que prestan servicios a sus empleados y sus familias. Otras empresas contratan a médicos generales según las necesidades.

Todos los hospitales están situados en la zona costera. Hay tres hospitales públicos —dos en la capital y uno en el distrito rural Nickerie— así como dos hospitales privados, ambos en la capital. Por medio de un convenio entre la Misión Médica y el hospital privado Diakonessen, los pacientes del interior reciben atención en el hospital; la atención de estos pacientes es pagada por el Ministerio de Asuntos Sociales.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

Hay tres tipos principales de seguro médico. En primer lugar, el Fondo de Seguro Médico del Estado (SZF) presta cobertura por medio de un conjunto integral de prestaciones de salud para aproximadamente 35% de la población, que incluye a funcionarios públicos y unos cuantos voluntarios que se han afiliado. El Fondo es financiado por impuestos sobre los sueldos, subsidios procedentes de los ingresos fiscales generales y primas voluntarias. Segundo, el Ministerio de Asuntos Sociales cubre los servicios de atención primaria y secundaria para los pobres y los casi pobres de manera gratuita. Esta modalidad abarca a casi 42% de la población. Finalmente, los planes de seguro médico de las empresas privadas y los planes de los seguros médicos privados cubren a aproximadamente 20% de la población. En el Hospital Académico, aproximadamente 37% de los pacientes ambulatorios estaban cubiertos por el seguro SZF y 36% por el seguro del Ministerio de Asuntos Sociales.

Todos los ciudadanos de más de 60 años reciben una pensión mensual del Gobierno por intermedio del Ministerio de Asuntos Sociales.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

El Ministerio de Salud controla y supervisa el registro y la certificación de los médicos, las parteras y los farmacéuticos;

además de recibir una licencia del Ministerio, los médicos deben obtener permiso del Director de Salud para practicar la medicina. El ejercicio de otras profesiones de salud no está sujeto a reglamentación.

Todos los medicamentos importados deben registrarse ante el Comité para el Registro de los Medicamentos, que depende del Gobierno; la oficina de Inspección Farmacéutica inspecciona todas las farmacias y cualquier industria productora de fármacos.

El Instituto Nacional para el Medio Ambiente y el Desarrollo tiene el mandato de hacer cumplir las normas para la calidad del medio ambiente. El Instituto es relativamente nuevo y tiene recursos limitados; en consecuencia, sus actividades han consistido básicamente en efectuar el inventario de los datos sobre el medio ambiente y el mejoramiento de la toma de conciencia acerca de la protección del medio ambiente. La Oficina de Salud Pública está a cargo del control de calidad de la salud ambiental.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

Además de las iniciativas a cargo del Gobierno, las organizaciones no gubernamentales han trabajado activamente para alcanzar ciertos resultados en materia de salud o para difundir información relacionada con temas concretos de salud. Por ejemplo, la promoción de la lactancia materna, que se realiza por medio de la Iniciativa Amigos del Niño, ha aumentado en el período en revisión, y se han creado grupos de apoyo de la lactancia materna. Aproximadamente, 13% de todos los niños son alimentados en forma natural exclusiva y 87% son amamantados parcialmente durante tres meses; no se observaron diferencias entre las zonas urbanas y rurales.

La Oficina de Salud Pública tiene un departamento de educación sanitaria que informa al público acerca de prevención de la malaria, el dengue, la leptospirosis, la fiebre amarilla y otras enfermedades transmisibles, así como acerca de prácticas de lactancia materna.

Prevención y control de enfermedades

Un programa de salud escolar en las escuelas primarias presta servicios de vacunación, exámenes médicos anuales y exámenes de la vista. Los problemas de salud se notifican a un médico.

La Junta de Control de la Malaria aplica la estrategia “Hacer retroceder el paludismo” en Suriname. La estrategia se basa en un enfoque multisectorial y multifacético, según el cual la Oficina de Salud Pública y la Misión Médica promocionan actividades de control de vectores, el rociado y el uso de tiendas rociadas con plaguicidas. Por ejemplo, un proyecto para promover el uso de mosquiteros rociados con plaguicidas en el interior del país, se apoyaba en grupos de mujeres de la localidad que distribuían los mosquiteros en la comunidad. Solo 5% de los mosquiteros se rociaban con plaguicida pero, considerando que 72% de los niños

menores de 5 años duermen protegidos por un mosquitero, el efecto potencial de esta iniciativa es muy grande.

Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública

La responsabilidad de la vigilancia le incumbe a la Unidad de Epidemiología de la Oficina de Salud Pública, que también tiene a su cargo el control y la investigación de los casos. La vigilancia de todas las enfermedades notificables incluye un sistema de vigilancia hospitalaria y sistemas de vigilancia centinela por teléfono.

En enero de 2000 empezó a funcionar un sistema de vigilancia para las muertes maternas.

Agua potable y alcantarillado

El agua potable del país la suministran la Compañía de Agua de Suriname y el Servicio de Abastecimiento de Agua del Ministerio de Recursos Naturales; el Ministerio de Desarrollo Regional aporta el apoyo logístico.

Aproximadamente 78% de la población del país está conectada a una tubería de abastecimiento de agua, y 13% tiene acceso fácil por medio de grifos en patios o lugares públicos. En las zonas urbanas, 91% de la población tiene agua potable que llega por tuberías a sus viviendas o patios. En las zonas costeras y en las rurales del interior el agua corriente llega a 50% de la población. La mayoría de las estaciones de abastecimiento de agua utilizan aguas subterráneas para el servicio; la segunda fuente más importante de agua potable es el agua de lluvia recogida durante la estación de lluvias. En la región costera, 65% de la población tiene agua corriente, pero en el interior solamente 18% de ella tiene acceso al agua por tuberías; aproximadamente 60% de la gente del interior utiliza agua de ríos o de arroyos. Cinco empresas privadas suministran agua potable a los pueblos que están cerca de sus lugares de operación.

En general, el agua de bebida no está desinfectada en Suriname. El único tratamiento que recibe el abastecimiento de agua en las zonas urbanas es la aireación y la filtración rápida para remover el hierro y el manganeso. En el interior, el agua por tuberías a menudo se extrae de ríos y se distribuye sin tratar. Todos los sistemas de distribución son deficientes debido al mantenimiento inadecuado, al robo del agua y a las fugas. La contaminación por mercurio derivada de las actividades mineras en el interior, así como el uso exagerado de plaguicidas para la agricultura en las zonas costeras, pueden representar una amenaza importante a la calidad del agua potable; este tipo de envenenamiento se ha observado en la fauna marina.

La responsabilidad del mantenimiento de la red de alcantarillado y de la eliminación de aguas servidas es compartida por el Ministerio de Obras Públicas, por intermedio de su División de Alcantarillado y Drenajes; la División de Control del Medio Ambiente, dependiente de la Oficina de Salud Pública, y el Ministerio de Desarrollo Regional, que da apoyo logístico.

Aproximadamente 80% de la población vive en hogares que cuentan con eliminación sanitaria de excretas (99% en las zonas urbanas y 76% en otras zonas costeras y en el interior). Las instalaciones más comunes son los inodoros con conexiones a un tanque séptico.

En el interior, 70% de la población no tiene medios sanitarios para la eliminación de excretas. La mayoría de la gente defeca en los ríos, los arbustos o los campos, lo que constituye una grave amenaza para la salud pública, considerando que 60% de la población también bebe el agua de estos ríos.

Manejo de residuos sólidos municipales

El Ministerio de Obras Públicas, por conducto de su Departamento de Residuos Sólidos, tiene a su cargo la recolección y la eliminación de la basura y otros desechos. Los sitios de desecho de residuos sólidos no autorizados son muy comunes en Paramaribo y en las zonas costeras y rurales.

Los desechos infecciosos y peligrosos procedentes del hospital del Gobierno se recogen y se depositan principalmente en un relleno sanitario de la compañía nacional de aluminio (SURALCO). Se construyó un incinerador para eliminar los desechos del hospital pero no funciona todavía; SURALCO está dando apoyo para la instalación de un nuevo incinerador en un hospital privado. Las clínicas que están fuera de la ciudad eliminan sus desechos en los vertederos o quemándolos.

Prevención y control de la contaminación del aire

La Oficina de Salud Pública está encargada de controlar la calidad del aire. Su actividad de inspección se destina a los empresarios en pequeña escala, tales como industrias y talleres pequeños que pintan y reparan automóviles. Desde 1999, en Suriname se vende únicamente gasolina sin plomo. Las compañías mineras multinacionales que trabajan en Suriname acatan las políticas y las pautas estrictas de emisión de partículas establecidas en sus sedes internacionales.

Protección y control de alimentos

La Oficina de Salud Pública es responsable de la protección y el control de los alimentos, que comprende la inspección de los restaurantes, los manipuladores de alimentos y las plantas procesadoras de alimentos. Un grupo de trabajo con representantes de los sectores gubernamental y privado ha puesto en práctica un programa de inocuidad de los alimentos que se ocupa de su manipulación y procesamiento. Suriname tiene un matadero nuevo de alta calidad.

Programas de ayuda alimentaria

Los programas de ayuda alimentaria los realizan principalmente las organizaciones no gubernamentales que recaudan fondos nacionales e internacionales para grupos específicos que viven en la pobreza. Además, se han emprendido proyectos de ayuda alimentaria en algunas escuelas elementales situadas

en barrios de bajo nivel socioeconómico, donde los niños reciben pan o una comida caliente como una forma de reducir la malnutrición.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

Suriname tiene solamente una unidad de atención médica de urgencia, ubicada en el Hospital Académico. En 1996 se registraron aproximadamente 34.000 consultas de urgencia, de las cuales 50% se debieron a accidentes.

En 1999 el Hospital Académico, cuya capacidad es de 402 camas, tuvo una tasa de ocupación de 70%. El Hospital Lands', que cuenta con 280 camas, ese mismo año tuvo una tasa de ocupación de 65%. La tasa de ocupación del Hospital Diakonessen, de 227 camas, fue de 52% y la del Hospital Nickerie, de 75 camas, fue de 68%. Todos los hospitales tienen servicios ambulatorios y hospitalarios. El Hospital Militar, con su equipo de cinco médicos, ha venido funcionando como un establecimiento ambulatorio para el personal del ejército y sus familias.

El sector privado presta servicios curativos fundamentalmente, mientras que el Servicio Regional de Salud, subsidiado por el Gobierno, y la Misión Médica ofrecen servicios curativos y preventivos.

Aproximadamente 60% de los niños visitan una clínica pediátrica en su primer año de vida. Alrededor de 80% de las consultas de niños menores de 5 años están cubiertas por el Servicio Regional de Salud, una organización de atención primaria de salud que ofrece este servicio gratis en la zona costera. El resto de las consultas de este grupo de edad las atienden las organizaciones no gubernamentales en las zonas urbanas y la Misión Médica en el interior del país.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

Cada hospital tiene su laboratorio, y un laboratorio privado también ofrece un número limitado de pruebas.

En 1999, el Banco Nacional de Sangre tenía 2.302 donantes permanentes registrados. Se tamiza la sangre de todos los donantes para detectar la presencia de VIH, VTLH, hepatitis B y C, malaria y sífilis. El Laboratorio Nacional de Referencia para el VIH (en la Oficina de Salud Pública) cuenta con los mecanismos de control de calidad para el VIH y el VTLH y tiene el apoyo de otros laboratorios internacionales de referencia. El Departamento de Microbiología del Instituto de Ciencias Médicas también participó en una iniciativa destinada a establecer los sistemas de control de calidad para la hepatitis B. El Banco Nacional de Sangre suministra toda la sangre necesaria para las operaciones de corazón abierto que se realizan en el Hospital Académico y que empezaron en noviembre de 1998. En 1999 se realizaron dos sesiones de cirugía de corazón abierto, y en cada una de ellas fueron intervenidos

entre 25 y 30 pacientes. El Banco de Sangre también suministra hemoderivados a los siete hospitales y a la Fundación para la Diálisis Renal. En 1998 se suministraron 5.615 unidades de hemoderivados, y en 1999 la demanda aumentó a 6.816 unidades.

Servicios especializados

El personal del Centro de Rehabilitación, que consiste en 11 paramédicos, maneja unas 7.000 consultas de pacientes cada año; también reciben servicios en el Centro 30 niños de la escuela para discapacitados. La mayoría de estos niños sufren de parálisis cerebral, encefalitis, miopatía, paraplejia, y osteogénesis imperfecta. De la población de pacientes que visita el Centro, 35% son hemipléjicos, 30% sufre de enfermedades de la columna y el resto ha sufrido parálisis, amputaciones, traumas múltiples y lesiones del aparato locomotor.

Los cinco hospitales ofrecen diversos servicios ambulatorios de especialistas. El Hospital Público Académico emplea a muchos de los especialistas y ofrece casi todo tipo de atención especializada. Algunos servicios de especialistas se ofrecen solamente en el Hospital Académico, por ejemplo, cirugía ortodóntica, pulmonología y oftalmología.

Los servicios dentales se prestan a todos los niños de la escuela primaria en la zona costera. Las clínicas dentales están situadas en las escuelas y en los dispensarios de los servicios regionales de salud. Hasta mayo de 2000, en los servicios de salud dental trabajaban 50 enfermeras dentales y 38 asistentes dentales.

El Centro Psiquiátrico de 280 camas es la única institución que ofrece atención de salud mental en Suriname. Hay asociaciones para pacientes de Alzheimer y sus familias. La organización no gubernamental "Ypsilon" brinda apoyo a las familias de personas enfermas con esquizofrenia.

Stichting Lobi promueve la paternidad responsable y aconseja acerca de métodos de planificación familiar y cuestiones de fertilidad; además, ofrece pruebas básicas de infertilidad y de tamizaje de cáncer cervicouterino. En el año 2000 se sometieron a pruebas de tamizaje para el cáncer cervicouterino 20.959 mujeres, de las cuales 112 presentaron resultados positivos a la prueba de Papanicolaou; de estos casos de cáncer, ocho se encontraban en etapas invasoras. Una tercera parte de las mujeres tenían de 40 a 50 años de edad, y 28% de ellas tenían entre 30 y 40 años. Hubo 59 frotis anormales de 8.741 mujeres sometidas a tamizaje en 1998 y 76 frotis anormales de 19.806 mujeres que se hicieron la prueba en 1999.

Una nueva unidad de gerontología establecida dentro de la Oficina de Salud Pública está destinada a mejorar la atención institucional y domiciliaria para los adultos mayores.

Insumos para la salud

Los medicamentos de la lista nacional de medicamentos los suministra la Empresa Farmacéutica del Estado, pero estas algunas veces no se encuentran fácilmente.

Esta empresa nacional importa 90% de todos los medicamentos, manufactura el restante 10% y su departamento de control de calidad efectúa el control de calidad. También maneja la mayor parte del mercadeo al público y al sector comercial. Por otra parte, recibe todas las vacunas por medio del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización (OPS) y luego las vende al sector comercial y al público. Casi todos los reactivos los importan la empresa y se venden luego al sector comercial y al público.

Recursos humanos

En 1994–1999 egresaron 64 médicos de la Facultad de Medicina de la Universidad Anton de Kom de Suriname. En mayo de 2000 había 194 médicos que trabajaban en el sector privado y en el de salud pública; la razón hombre/mujer era de 2:1. Además, trabajaban en el país 101 especialistas médicos. La razón hombre/mujer entre especialistas médicos era 6:1.

Las 41 clínicas del Servicio Regional de Salud tienen un personal de 50 médicos, 58 enfermeras diplomadas, 64 asistentes de enfermería y 12 parteras. El país también tiene 24 farmacéuticos, 34 fisioterapeutas, 35 dentistas, 698 enfermeras diplomadas, 440 asistentes de enfermería y 59 parteras en la práctica profesional en Suriname. Además, las parteras tradicionales atienden casi a 25% de las mujeres en el interior del país; cabe señalar que uno de los problemas de recursos humanos más graves en Suriname es la emigración del personal; por ejemplo, muchas enfermeras que han recibido su título de posgrado han dejado el país para trabajar en los Países Bajos o en las Antillas Neerlandesas, donde los salarios son mejores.

La formación continua en medicina se imparte por conducto de Skillslab en la Facultad de Medicina.

Investigación y tecnología en salud

Los proyectos de investigación financiados internacionalmente se ejecutan en el Ministerio de Salud o en otra institución gubernamental. La mayoría de los proyectos de investigación se limitan a encuestas, tales como encuestas de malnutrición o de mortalidad.

Gasto y financiamiento sectorial

Los costos per cápita de la salud han aumentado considerablemente al pasar de US\$ 43,60 en 1995 a \$74,24 en 1996 y

\$101,70 en 1997. En 1998, el gasto público representó una cantidad estimada en 3,5% del PIB (a precios del mercado), en comparación con 4,8% en 1997. Los costos de salud per cápita bajaron a una cantidad estimada en \$66,40 en 1998.

En 2000, se presupuestó la cantidad de Sf 47.500 millones (florines surinameses) para la atención de salud: a la atención preventiva y la curativa en conjunto se asignó 28%, a la atención secundaria 49%, a la compra de medicamentos 10% y a la capacitación y la educación, 1%.

En 1999, las instituciones de atención de salud recibieron del Gobierno la suma de Sf 8.700 millones. El subsidio principal (Sf 1.800 millones, o 21%) se asignó al Hospital Académico, mientras que la Misión Médica y el Servicio Regional de Salud recibieron aproximadamente Sf 1.500 millones, es decir, 17% cada uno. El Hospital Psiquiátrico recibió Sf 1.380 millones (16%) y el Hospital Lands, Sf 1.050 millones. Otras instituciones que recibieron subsidios fueron el Hospital Nickerie, Hospital San Vincentius, la Fundación del Servicio Dental para Jóvenes y la escuela de enfermería.

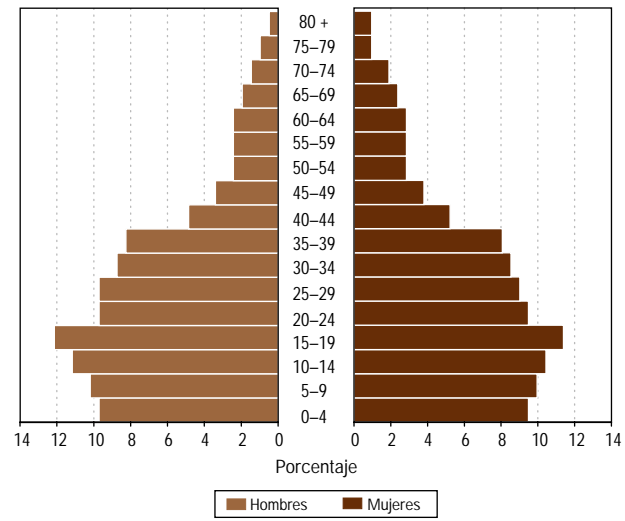
Cooperación técnica y financiera externa en salud

En noviembre de 1998, el Gobierno de Suriname y el Banco Interamericano de Desarrollo iniciaron un programa de cooperación técnica para apoyar la reforma del sector salud en Suriname y, con esa finalidad, el Banco concedió al país US\$ 2.750.000. Este proyecto ayudará al Gobierno de Suriname a formular y aplicar reformas de política para mejorar la eficiencia, la equidad, la calidad y la sostenibilidad financiera de la atención de la salud en Suriname.

La Unión Europea ha aportado recursos para fortalecer los servicios de tratamiento de ITS/VIH en el interior de Suriname. Se han hecho arreglos con el Reino de los Países Bajos, por intermedio del Fondo del Tratado Holandés, para la prestación de servicios especializados. El Fondo de Población de las Naciones Unidas financió un proyecto de salud sexual y reproductiva para los adolescentes.

Suriname recibe apoyo de la Federación Internacional de Planificación Familiar para Stichting Lobi. La Asociación Rotaria Internacional y los Gobiernos de Francia y los Estados Unidos de América han dado financiamiento para las actividades de “Hacer retroceder el paludismo”. La OPS, el PNUD y el UNICEF tienen programas en curso y financiamiento disponible para apoyar la cooperación técnica en diversas esferas del sector salud.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Suriname, 2000.



TRINIDAD Y TABAGO

CONTEXTO GENERAL

Trinidad y Tabago forman una república democrática insular gemela, situada a poca distancia de la costa del nordeste de Venezuela en el mar Caribe. Su superficie total es de 5.128 km², de los cuales 4.828 km² corresponden a Trinidad.

El país, que se independizó de Gran Bretaña en 1962, constituye una república desde 1976. El Poder Ejecutivo está constituido por el Primer Ministro y el Gabinete, y el Poder Legislativo, por el Parlamento. La legislatura es bicameral y está formada por una Cámara de Representantes electos y un Senado cuyos miembros son designados por nombramiento. La isla de Tabago goza de gran autonomía en virtud de la Ley de la Cámara de la Asamblea de Tabago. El sistema de gobierno local consta de 14 corporaciones formadas por dos ciudades, tres condados y nueve corporaciones regionales. Las corporaciones regionales son órganos elegidos con poder para asumir responsabilidad por las actividades gubernamentales en sus regiones particulares, principalmente por el mantenimiento y la higiene del medio general y de los edificios públicos, incluido el sistema de evacuación de desechos sólidos.

La economía se ha caracterizado por una marcada dependencia de la producción y exportación de petróleo y gas, pero el Gobierno trata de diversificarla. Esta dependencia tuvo graves consecuencias cuando bajaron los precios del petróleo en 1998 y el Gobierno tuvo que ajustar sus asignaciones presupuestarias —incluso las del sector social— y volver a examinar sus prioridades en vista del déficit de ingresos. A pesar de ese atraso, el dólar de Trinidad y Tabago no ha sufrido más bajas desde que se dejó flotar en 1993. En 2000, los sectores de petróleo y gas representaron 26% del ingreso público. Aunque el sector de energía sigue siendo el motor del crecimiento, los sectores distintos de los de petróleo y gas muestran un crecimiento sostenido, y en el período 1994–1999 se crearon unos 60.000 empleos.

El producto nacional bruto (PNB) de Trinidad y Tabago creció 5,1% en 1999, lo que representa un aumento en comparación con los valores de 4% registrados en 1998 y 2,9% en 1997 (figura 1). El sector petrolero y otros sectores crecieron en el período

1997–1999. La inflación fue de 3,7% en 1997 y se redujo a 3,4% en 1999.

Las reservas en divisas ascendieron a más del doble desde diciembre de 1995, de US\$ 652 millones a US\$ 1.700 millones en julio de 2000. El PNB per cápita fue de US\$ 4.520 en 1998, es decir, tuvo un aumento de 14% en comparación con la cifra de 1996.

La tasa de participación de la fuerza de trabajo no experimentó cambios trascendentales en el período 1997–1999, con una proporción de 45,9% a 46,6% en el caso de las mujeres y de 74,8% a 74,9% en el de los hombres.

En un estudio realizado por el Ministerio de Desarrollo Social en 1996 se observó que 35,9% de la población era pobre (con un umbral de pobreza de US\$ 100 per cápita). Dentro de los condados del país, la pobreza varió de 8,3% en Diego Martín a 56,3% en Río Claro/Mayaro. El máximo grado de pobreza se observó entre los desempleados, particularmente en las familias encabezadas por mujeres y en las de menor grado de escolaridad.

Durante el período 1997–1999, las mujeres representaron aproximadamente 40% de la fuerza de trabajo y los hombres, 60%. La tasa de desempleo masculino se redujo de 13,2% en 1996 a 10,9% en 1999, y la de desempleo femenino bajó de 19,4% en 1997 a 16,7% en 1999. No obstante, las mujeres tienen mayores tasas de participación en el sector informal y en los servicios públicos, donde tienden a ocupar puestos de oficina de baja categoría y a devengar menores salarios. El ingreso femenino fue menor en todos los grupos de ingresos en comparación con el de los hombres.

En 1997, la tasa oficial de alfabetismo de adultos (de 15 y más años) fue de 97,8%. El informe sobre el Estado Mundial de la Infancia preparado por el UNICEF en 1999 indicó que, en el período 1990–1995, 95% de los niños que ingresaron a la escuela primaria llegaron al quinto grado. El mismo informe señaló que la razón niños/niñas matriculados en la escuela secundaria fue de 66:79 en el período 1990–1996, y la razón neta en la escuela primaria, de 83:94 en el período 1993–1995. La mayoría de los estudiantes de secundaria son mujeres y más de 80% de los egresados de la universidad son mujeres.

En el período 1996–1999, la tasa de deserción de varones de la escuela primaria se redujo de 60% a 50% y la de niñas aumentó de 40% a 70%, en tanto que en la escuela secundaria se observó una reducción de la de varones de 100% a 80% y de niñas de 70% a 60%. Una política establecida en 2000 garantiza cupo en la escuela secundaria a todos los estudiantes que terminen la escuela primaria.

La confianza en la economía ha dado como resultado una afluencia de inversión extranjera sin precedentes, en particular en los sectores de energía y gas. A pesar de los indicadores favorables de crecimiento económico, las variaciones del índice de pobreza por condado indican que los beneficios del progreso económico no tienen una distribución equitativa.

Las principales raíces étnicas de la sociedad de Trinidad y Tabago se encuentran en África y la India, pero esta nación tiene también estrechos vínculos históricos y culturales con Gran Bretaña. Se estima que 39,6% de la población es de ascendencia africana, 40,3%, originaria del Asia sudoriental, 18,4%, de ascendencia racial mixta y el resto, de raza blanca, asiática y de otro origen.

A mediados de 1997 la población se estimaba en 1.274.799 habitantes, número que representa un aumento de 0,9% en comparación con la cifra de 1996. Cerca de 74% de la población es urbana. Es notable la aglomeración de grupos étnicos por localización geográfica: en las zonas rurales y en las más orientadas hacia la agricultura predomina la población originaria del Asia sudoriental.

La desaceleración de la tasa de crecimiento de la población se debe en parte a una baja de la tasa total de fecundidad, que se redujo de 2,1 en 1997 a 1,6 en 2000. La tasa general de fecundidad en 1997 fue de 52,2 nacimientos por 1.000 mujeres en edad reproductiva. También se redujeron las tasas brutas de natalidad por 1.000 habitantes, de 16,6 en 1997 a 13,5 en 2000. Como resultado, en los últimos 20 años la proporción de la población menor de 15 años se ha reducido a menos de 30%, en tanto que la proporción mayor de 60 años ha aumentado continuamente, a 6%. La razón de dependencia se redujo constantemente de 0,58 en 1995 a 0,52 en 1998 y a 0,47 en 2000. La esperanza de vida al nacer en 1997 —de 71,5 años para los hombres y 76,2 para las mujeres— aumentó a 72 y 76,7 años, respectivamente, en 2000, con una esperanza de vida conjunta de 74,3 años. Sin embargo, gran parte del aumento de la esperanza de vida al nacer se ha observado en el grupo menor de 15 años. En la figura 2 se presenta la estructura de la población por edad y sexo en 1997.

Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad fue de 7,2 por 1.000 habitantes en 1997 y de 6,0 por 1.000 en 2000. Se registraron 9.157 defunciones en 1997; de esa cifra, 55% fueron hombres. La mortalidad materna fue de 67,5 por 100.000 mujeres de 15 a 44 años en 1995 y

de 70,4 en 1997. Los niños menores de 1 año representaron 3,5% (316 defunciones) del total en 1997; los de 1 a 4 años, 0,6% (58 defunciones); los de 5 a 9 años, 0,4% (38 defunciones); los de 10 a 14 años, 0,5% (48 defunciones); los jóvenes de 15 a 19 años, 1% (92 defunciones); las personas de 20 a 59 años, 30% (2.715 defunciones); y las de 60 y más años, 64% (5.858 defunciones).

Del total de defunciones registradas en 1997, las enfermedades del sistema circulatorio representaron 3.658 (40%), las neoplasias malignas 1.297 (14,2%), las enfermedades transmisibles 851 (9,3%), las causas externas 569 (6,2%), ciertas afecciones originadas en el período perinatal 215 (2,3%) y los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos 187 (2,0%). En la figura 3 se presenta la mortalidad estimada, por grandes grupos de causas y por sexo, para el período 1990–1994.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

La tasa de mortalidad infantil se mantuvo estable durante el período 1995–1997 en 17,1 defunciones por 1.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad neonatal varió de 13,9 por 1.000 nacidos vivos en 1995 a 13,1 en 1997, y las defunciones por afecciones originadas en el período perinatal variaron de 19 en 1995 a 14 en 1997. Sin embargo, esa reducción puede deberse a errores de notificación o a un reducido número de defunciones. En el período 1995–1997, las principales causas de defunción neonatal fueron asfixia (49,6%), hipoxia (28%) y traumatismo del nacimiento (3,2%).

La tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años aumentó de 17,1 por 1.000 nacidos vivos en 1996 a 20 por 1.000 en 1999. En el grupo de 1 a 5 años, la tasa de mortalidad en 1998 y 1999 se estimó en 3 defunciones por 100.000 habitantes.

Según la gráfica de crecimiento para el Caribe, se estimó que 3% de los niños de 0 a 4 años estaban malnutridos y 3% tenían peso excesivo en 1998 y 1999.

De 1983 a 2000 se notificaron 418 casos pediátricos de infección por el VIH.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

La tasa de mortalidad de los niños de 5 a 9 años en 1997 fue de 32 por 100.000 habitantes. En ese mismo año, las principales causas de defunción (38) en este grupo de edad fueron las causas externas (40%), las neoplasias malignas (21%), las enfermedades transmisibles (21%) y las enfermedades del sistema circulatorio (3%).

En 1999, una encuesta de niños de 5 a 9 años de edad reveló que 24% eran obesos. Se ha establecido un programa nacional de alimentación escolar que atiende a los estudiantes según sus condiciones socioeconómicas y nutricionales.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

En 1997, la tasa de mortalidad fue de 36 por 100.000 habitantes en el grupo de 10 a 14 años y de 73 por 100.000 en el de 15 a 19 años. El suicidio ocupa el segundo lugar entre las principales causas de defunción por lesiones y es un grave problema en el grupo de 15 a 24 años, especialmente en las mujeres. Las principales causas de las 48 defunciones del grupo de 10 a 14 años en 1997 fueron las causas externas (46%), las neoplasias malignas (15%), las enfermedades transmisibles (10%) y las enfermedades del sistema circulatorio (4%). Las principales causas de las 92 defunciones del grupo de 15 a 19 años fueron las causas externas (44%), las enfermedades transmisibles (14%), las enfermedades del sistema circulatorio (8%) y las neoplasias malignas (6,5%).

En 1996, el número de niñas adolescentes con nueva infección por el VIH fue superior al de varones en proporción de 5 a 1 y el de casos de SIDA notificados, de 4,5 a 1. La razón hombre/mujer de jóvenes de 15 a 24 años con infección por el VIH es de 1:2, en comparación con 1:1,3 en todos los grupos de edad en conjunto.

En 1997, el grupo de 15 a 19 años de edad representó 14% del total de embarazos, con una tasa de fecundidad específica para la edad de 11,5 nacimientos por 1.000 habitantes en ese grupo. En el período 1996–1999, cerca de 0,5% del total de mujeres embarazadas que acudieron a los servicios de salud comunitaria eran menores de 15 años y entre 20% y 23% pertenecían al grupo de 15 a 19 años.

Una encuesta realizada en Tabago en 2000 por la Asociación de Planificación Familiar de Trinidad y Tabago indicó que el comienzo de la actividad sexual ocurría ya a los 12 años (25%) y que 50% de los jóvenes de 15 años tenían actividad sexual. Hasta 39,4% de los sexualmente activos no usaban ningún método anticonceptivo.

En una encuesta nacional hecha en 2000 entre jóvenes de la escuela secundaria de 13 a 15 años se observó que la edad de iniciación del tabaquismo era de 12 a 13 años en Trinidad y de 10 a 11 años en Tabago.

La salud de la población adulta (20–59 años)

En 1997, la tasa de mortalidad de los adultos de 20 a 59 años fue de 394 por 100.000 habitantes. Las principales causas de defunción en este grupo de edad fueron las enfermedades del sistema circulatorio (27,3%), las enfermedades transmisibles (17,4%), las neoplasias malignas (14,8%), las causas externas (13,7%) y los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (1,5%). El SIDA es un importante factor contribuyente a la mortalidad por enfermedades transmisibles.

En 1999, 93% de las mujeres fueron atendidas por personal capacitado durante el embarazo. En 1997, 99% recibieron atención institucional del parto por personal capacitado. De 1996 a 1999, 16,6% de las mujeres fueron atendidas en el primer semestre por una persona capacitada.

La prevalencia del tabaquismo es mayor en el grupo de 25 a 44 años de edad. Las cifras preliminares de la Encuesta Mundial del

Tabaquismo en los Jóvenes, realizada en 2000 en el grupo de 13 a 15 años por el Ministerio de Salud, mostraron que, en Trinidad, 31,8% de los encuestados respondieron que el padre fumaba y 2,7%, que la madre fumaba. En Tabago, esas cifras fueron de 18,6% y 0,9%, respectivamente.

Las estadísticas del Centro de Control y Tratamiento del Abuso de Sustancias revelaron que las personas de 25 a 44 años representaron 70% de los pacientes internados que recibieron atención en el período 1994–1997.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

La tasa de mortalidad en este grupo de edad fue de 5.058 por 100.000 habitantes en 1997. Las enfermedades del sistema circulatorio causaron 49,2% de las defunciones de este grupo de edad, seguidas de las neoplasias malignas (14,7%), las enfermedades transmisibles (4,8%), los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (2,3%) y las causas externas (1,7%).

Un pequeño estudio universitario realizado en 1998 en los hogares donde se atendía a personas ancianas mostró que la hipertensión, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, la senilidad y la enfermedad de Alzheimer eran los trastornos que más afectaban a esas personas. La muestra también reveló una dependencia total de 23% de los adultos mayores con respecto a sus dispensadores de cuidado (por ejemplo, para bañarse y alimentarse) y una parcial de 55%.

En el norte de Trinidad hay un establecimiento de salud pública que presta atención ambulatoria a los adultos mayores y varios centros de atención privados. En 1998, entre 710 pacientes que participaron en el estudio realizado en los centros de salud (edad media de 63,1 años), el número de mujeres con diabetes e hipertensión fue casi el doble que el de hombres.

La salud de los discapacitados

Una encuesta de 7.892 personas de 0 a 18 años de edad realizada en Trinidad mostró que 2,1% tenían alguna discapacidad. El grupo de 0 a 4 años representó 15,5% de las personas con discapacidad, el de 5 a 9 años 39,3%, el de 10 a 14 años 29,2% y el de 15 a 18 años 16,1%. Las discapacidades más comunes guardaron relación con el aprendizaje (25%), la vista (24%) y el lenguaje y la audición (18%). Los hombres representan 59% de los discapacitados y las mujeres, 41%.

Por tipo de enfermedad o daño*Desastres naturales*

Dos terremotos ocurridos en 1997 dejaron un herido y causaron daños a la propiedad por US\$ 3 millones. En ese mismo año se produjo una erupción de lodo de un volcán en Piparo, en la región meridional de Trinidad. Una inundación ocurrida en Trinidad en diciembre de 2000 dejó un herido.

Enfermedades transmitidas por vectores

No se notificaron casos de enfermedad de Chagas, esquistosomiasis ni peste durante el período objeto de análisis, ni se han notificado casos de filariasis linfática en más de un decenio. Aunque no se han notificado casos humanos de fiebre amarilla selvática desde 1979, se tomaron precauciones para reducir al mínimo la posibilidad de propagación de la enfermedad. El país puso en práctica la inmunización universal de los niños contra la fiebre amarilla, así como la “campaña de vacunación de seguimiento” para todos los grupos de edad. La cobertura con la vacuna contra la fiebre amarilla fue de 88% en el período 1996–1999. Los casos notificados de dengue alcanzaron un punto máximo en 1997 y 1998, con 1.779 y 2.854 casos, respectivamente; en 2000 se notificaron 211 casos. Hubo 14 defunciones por dengue hemorrágico en 1997, 13 en 1998, 13 en 1999 y 11 en 2000. Se identificaron tres serotipos circulantes del dengue —tipos 1, 2 y 4— en el período 1997–2000, lo que aumenta el riesgo de casos mortales.

Durante el período 1998–1999 hubo seis casos de malaria por *Plasmodium malariae*, seis por *P. vivax* (importados) y ocho por *P. falciparum* (importados). En 2000 hubo 12 casos de malaria, 5 casos importados y una defunción.

Enfermedades prevenibles por vacunación

No se registraron casos de difteria, sarampión, tétanos neonatal, poliomiélitis ni rubéola en el período 1998–2000. Se notificó un caso de tos ferina en 1997 y otro en 1998. Hubo 36 casos de parotiditis en 1998 y 28 casos en 1999. Se siguen notificando casos de tétanos, dos en 1998 y siete en 1999, sobre todo en personas mayores de 40 años. Hay sistemas especiales de vigilancia de parálisis flácida aguda, sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita. Los últimos casos confirmados de rubéola ocurrieron en 1997, y el último caso del síndrome de rubéola congénita se notificó en 1998.

Las vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se administran gratuitamente en los centros de salud, donde se aplican más de 90% de las inmunizaciones. Para ampliar la cobertura de inmunización, se suministran vacunas gratis a los médicos del sector privado para que las administren a sus pacientes. La cobertura fue elevada y estable en el período objeto de análisis; en 1999, entre los niños de 0 a 2 años la cobertura con la vacuna antipoliomielítica fue de 91%; con la DPT3, de 91%, y con la triple contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR), de 89% (figura 4). No hubo brotes de poliomiélitis, difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, parotiditis ni rubéola en el grupo pediátrico. En noviembre de 1999 se introdujo al PAI la vacuna contra *Haemophilus influenzae* (Hib) y en 2000, más de 70% de los lactantes habían recibido la tercera dosis de la vacuna. No se administra la vacuna contra la hepatitis B al grupo pediátrico. Sin embargo, es cada vez mayor el número de personas que solicita esta vacuna en los sectores público y privado. En 1998 y 1999 hubo 72 y 66 casos confirmados de infec-

ción por el virus de la hepatitis B en la población en general, respectivamente.

Enfermedades infecciosas intestinales

La gastroenteritis sigue siendo la segunda enfermedad notificada con más frecuencia a la Unidad Nacional de Vigilancia. El número de casos de gastroenteritis varió de 16.187 en 1996 a 19.796 en 1999, y la proporción de casos notificados aumentó 23,5% en el período 1997–1999. Un estudio de muestras de materia fecal enviadas para análisis de laboratorio en el período 1992–1999 mostró que el rotavirus fue la causa de 23,3% de los casos de gastroenteritis en los niños menores de 5 años en Trinidad.

No se notificaron casos de cólera durante el período objeto de análisis.

Enfermedades crónicas transmisibles

Un estudio retrospectivo de cohortes realizado en el período 1997–1998 reveló una tasa de incidencia de tuberculosis de 14 por 100.000 habitantes. Se estima que el promedio anual de casos fue de 198 en el período 1995–1999. La morbilidad notificada entre 1996 y 1997 indica un aumento de 22% de todas las formas de tuberculosis. Se notificaron cuatro casos de polifarmacoresistencia, confirmados por el Programa Nacional de Lucha Antituberculosa. Un estudio de una cohorte de 61 pacientes con resultados positivos en el examen del esputo, efectuado por el Ministerio de Salud, reveló que 66% habían terminado el tratamiento, 51% estaban curados, 8% habían dejado el tratamiento y 26% habían muerto. En 2000 hubo 198 casos de tuberculosis y 22 defunciones. De esos casos, 18,3% y 29,3% dejaron el régimen terapéutico en las fases primera y segunda, respectivamente; 57% de los casos se sometieron a análisis de detección del VIH y 33% arrojaron resultados positivos. En un estudio de una cohorte de pacientes tuberculosos, 50% de quienes murieron antes de terminar el tratamiento para combatir la enfermedad tenían infección simultánea por el VIH. La relación entre el VIH y la tuberculosis es motivo de preocupación y puede ser una carga abrumadora para el sistema de salud pública.

La prevalencia de lepra se estimó en 0,4 por 100.000 habitantes en 1999; en 1998 y 1999 se diagnosticaron 40 y 35 casos nuevos, respectivamente.

Infecciones respiratorias agudas

En el período 1997–1999 la influenza, cuya incidencia aumentó 36% en el período, fue la enfermedad notificada con más frecuencia a la Unidad Nacional de Vigilancia. Las infecciones respiratorias agudas causaron de 25% a 31% de las afecciones tratadas por el personal médico en los centros de salud en niños menores de 1 año durante el mismo período. También fueron la principal enfermedad de los niños de 1 a 4 años (30%–32%) llevados a los centros de salud, y representaron de 19% a 22% de las

afecciones del grupo de 5 a 19 años y de 8% a 9% de las de las personas de 20 y más años.

Zoonosis

Hubo brotes de rabia en vacas, cabras y ovejas en 1997 (63 casos), 1999 (3 casos) y 2000 (19 casos). También hubo un brote de brucelosis en mayo de 1998. El número de casos notificados de leptospirosis en los seres humanos se duplicó de 95 en 1997 a 1991 en 1999; los hombres se vieron más afectados que las mujeres en 1998 y las personas de 15 a 29 años fueron las más afectadas en 2000.

VIH/SIDA

La creciente incidencia del VIH/SIDA tiene la posibilidad de convertirse en una pesada carga para el sistema de atención de salud de Trinidad y Tabago. El número de nuevos casos de infección por el VIH se ha duplicado cada tres a cuatro años. La tasa de incidencia de SIDA en 1996 fue de 32,5 por 100.000 habitantes, a partir de los casos notificados, proporción cinco veces mayor que la tasa de 6,6 por 100.000 habitantes registrada en 1986. Cerca de 14% de todos los casos notificados entre 1983 y 1999 se detectaron en 1999; sin embargo, el número real de casos puede ser el doble de esa cifra por causa de notificación insuficiente, según una evaluación hecha por la Unidad Nacional de Vigilancia y el CAREC.

En 1999 hubo un número estimado de 7.800 personas con VIH/SIDA, entre ellas 2.500 mujeres de 15 a 49 años y 180 niños menores de 5 años. El número estimado de defunciones por SIDA en 1999 fue de 530.

Cuando comenzó la epidemia de VIH/SIDA en 1983, la principal forma de transmisión era la transmisión sexual, particularmente entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En la actualidad, el principal modo de transmisión es heterosexual. Más de 50% de las nuevas infecciones por el VIH ocurren en jóvenes de 15 a 24 años. La prevalencia del VIH en las mujeres de este grupo de edad es de tres a seis veces mayor que en los hombres de la misma edad y de dos a cuatro veces mayor que en las mujeres de todos los demás grupos de edad. La edad promedio de los hombres seropositivos (sin SIDA) es de 35 años y la de las mujeres, de 29 años. En 1997, 7% del total de nuevos casos de infección por el VIH ocurrieron en niños. El CAREC estimó que 108 lactantes contrajeron la infección por medio de transmisión de la madre al niño en 1999.

Las defunciones por SIDA aumentaron constantemente en el período 1990–1996. Hubo un aumento de 3% de 1996 a 1997. La mayoría de las defunciones fueron de hombres (66,3%). El número notificado de casos masculinos de SIDA es todavía mayor que el de casos femeninos, pero la diferencia es cada vez menor. En 1995, la razón hombre/mujer fue de 1,9:1 y en 1999 se redujo a 1,3:1 (figura 5). Setenta por ciento de los casos de SIDA ocurren en el grupo de 15 a 44 años de edad, para el que se ha convertido en la principal causa de defunción.

Toda la sangre recolectada en el Banco de Sangre se somete a examen de detección del VIH-1 y VIH-2. La prevalencia de infección por el VIH en los donantes de sangre se estimó en 0,7% en 1998 y 0,3% en 1999. En el período 1993–1996, la prevalencia del VIH entre las personas que acudieron a los dispensarios de atención de infecciones de transmisión sexual se estimó en 6,3%.

Infecciones de transmisión sexual

La tasa de incidencia de gonorrea en 1999 fue de 64 por 100.000 habitantes, cifra que representa una reducción al compararla con la tasa de 88,7 por 100.000 registrada en 1995. Un estudio de tres meses realizado en 1999 en dos dispensarios de atención de infecciones de transmisión sexual, que incluyó a 970 personas con una edad media de 29 años que acudieron a consulta, mostró que la máxima prevalencia de casos de gonorrea se registró en el grupo de 20 a 24 años de edad. La tasa de incidencia de sífilis en 1999 fue de 39 por 100.000 habitantes; hubo 423 casos en 1997, 464 en 1998 y 504 en 1999. La prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas fluctuó entre 2% en 1996 y 1,3% en 1998. Toda la sangre recolectada para transfusión se somete a examen de detección de sífilis.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) ha estimado que una familia que devengue el salario mínimo tendría dificultades para satisfacer las necesidades de nutrientes medidas por el “índice de costo de los nutrientes”. Varios hechos explican la situación en el país en cuanto a las enfermedades nutricionales y del metabolismo. Por ejemplo, la anemia en mujeres embarazadas se estimó en 21% en 1998. En ese mismo año, un estudio de 1.579 pacientes en los centros de atención primaria de salud pública mostró que la población de Trinidad de ascendencia india tenía más probabilidades de presentar diabetes que otros grupos étnicos. Además, 33% de los pacientes de Trinidad de ascendencia africana con diabetes también sufrían de hipertensión. La diabetes mellitus causó 10,6% de las defunciones de hombres y 14,2% de las de mujeres en 1997, lo que representó un total de 1.120 defunciones y fue la segunda causa de defunción en importancia en 1999.

En 1996–1999, 40% de los lactantes llevados a los centros de salud recibieron lactancia materna exclusiva durante un mes, 28% por lo menos durante dos meses y 21% por lo menos durante tres meses. En 1999, una encuesta realizada en las escuelas primarias en niños de 5 a 9 años de edad mostró que 8,5% tenían peso excesivo.

Enfermedades del sistema circulatorio

La cardiopatía fue la principal causa de defunción en Trinidad y Tabago durante el período objeto de análisis y representó 17% del total en 1997. Se reconoce que la prevalencia de 13% de diabetes y de 27% de hipertensión en la población de 35 y más años y la prevalencia de 21% de tabaquismo en la población mayor de

15 años son los factores de riesgo comunes que contribuyen a las enfermedades del sistema circulatorio. Las enfermedades del sistema circulatorio ocasionaron 37,6% del total de defunciones de hombres y 42,8% del de mujeres en 1997.

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas causaron 12% del total de defunciones en 1997 y representaron 21% de las defunciones de niños de 5 a 9 años, 15% de las de 10 a 14 años, 6,5% de las del grupo de 15 a 19 años, 15% de las de adultos de 20 a 59 años y 15% de las de personas de 60 y más años. Los datos del Registro Nacional de Cáncer y de la Oficina Central de Estadística indican que los sitios más comúnmente afectados por el cáncer en los hombres son la próstata (38%), los bronquios y pulmones, el colon, el estómago y la laringe. Las localizaciones tumorales más comunes en las mujeres son la mama (33%), el cuello uterino, el cuerpo del útero, los ovarios y el colon. El Centro Nacional de Radioterapia estimó que ya en 1999 se registraban 4.000 nuevos casos al año. Veintiséis por ciento de los 321 hombres que acudieron al centro en 1999 tenían cáncer de la próstata, 13% de los bronquios y pulmones, 7,2% del colon y 4,3% del recto. Aunque la máxima incidencia de cáncer de próstata ocurre en personas de 70 a 74 años, se observan casos y defunciones ya a los 45 años de edad. De las 484 mujeres que acudieron al Centro ese año, 40% tenían cáncer de mama, 22% del cuello uterino, 5,6% del útero, 4,3% de los ovarios y 3,0% del colon.

Accidentes y violencia

Los homicidios se redujeron 10% de 1997 (107) a 1999 (92). De 1996 a 1998, 73% de las víctimas de homicidios por causa de violencia doméstica fueron mujeres y de 82% a 88% de los autores fueron hombres.

De 1997 a 1999, las defunciones por accidentes de transporte terrestre aumentaron 43% (de 127 a 182) y los niños representaron 15% de esas defunciones en 1997 y 8% en 1999.

Enfermedades emergentes y reemergentes

Hubo 16 casos de enfermedad meningocócica en 1999, 12 de los cuales se confirmaron en el laboratorio; en 2000, hubo 19 casos, 8 de los cuales se confirmaron en el laboratorio. Casi todos los casos confirmados ocurrieron en la población menor de 19 años.

Salud mental

Aunque los usuarios de los servicios públicos de salud mental están inscritos, no se realiza una codificación específica de la morbilidad en esos establecimientos. Los datos disponibles indican que la tasa de incidencia de nuevos casos internados en el Hospital Psiquiátrico Nacional en 1999 fue de 2,6 por 1.000 habitantes. Las mujeres buscaron atención psiquiátrica principalmente por esquizofrenia y los hombres, por toxicomanía. Cuarenta por ciento de los niños enviados al Dispensario

Pediátrico de Orientación sufren los efectos de la separación, el divorcio o la emigración de sus padres.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El marco gubernamental de política a mediano plazo (2001–2003), formulado en 2000, comprende iniciativas que abarcan políticas monetarias, fiscales, ambientales y sociales y no únicamente más o mejores servicios de salud. En 2000, el Gobierno asignó más de US\$ 800 millones de su presupuesto de US\$ 2.200 millones a servicios sociales y seguridad nacional, y colocó la delincuencia, el VIH/SIDA, la violencia doméstica, la pobreza y la toxicomanía en un lugar importante del plan nacional de trabajo.

En 2000 se asignaron aproximadamente US\$ 160 millones al sector de salud pública. Esta suma representó 2,3% del PIB y 8,6% del gasto total del presupuesto nacional. En 1995 se asignaron al sector de salud pública 1,8% del PIB y 6,4% del gasto total del presupuesto nacional.

En junio de 2000, el Gabinete aprobó el establecimiento de un sistema nacional de seguro médico, introducido con carácter piloto, con el fin de aumentar el acceso equitativo de la población a su conjunto básico de servicios esenciales de salud.

La reforma del sector salud

Como resultado de la reforma del sector salud, en 1999 se autorizó una nueva estructura para el Ministerio de Salud y en 2000 se redujo el número de autoridades regionales de salud de cinco a cuatro. El programa de reforma tiene varias iniciativas para mejorar la cobertura eficaz de los servicios de salud y el acceso a los mismos, así como para abordar los campos problemáticos. Entre estos cabe citar los siguientes:

- La creación de un sistema nacional de seguro médico.
- El establecimiento de sistemas modernos de administración dentro de un modelo descentralizado de prestación de servicios de salud basado en una estructura regionalizada de salud.
- La modernización de los establecimientos de atención primaria en todo el país para ampliar la gama, cantidad y calidad de los servicios ofrecidos.
- La capacitación y el perfeccionamiento de todas las categorías de personal.
- La reorganización de los sistemas nacionales de información de salud y vigilancia.
- La reorientación de los programas hacia una administración integral de la enfermedad y el establecimiento de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

El Gobierno es el principal proveedor de servicios de salud. Esta responsabilidad se asume por medio de servicios y programas de salud basados en la población, tales como el Laboratorio de Salud Pública, la Inspección de Salud Pública, el Programa Nacional de SIDA, la División de Química de los Alimentos y Medicamentos, y los Programas de Lucha Antivectorial, Promoción de la Salud y Educación Sanitaria, y Nutrición y Metabolismo, entre otros.

La participación privada en el sistema de salud

No se conoce la contribución total de las asociaciones del sector privado con el Ministerio de Salud ni el porcentaje de la población que busca atención de salud exclusivamente en el sector privado. Sin embargo, en 1998, la Encuesta de Salud de los Adolescentes indicó que 45,5% de ellos acudían a un médico particular en busca de atención cuando se presentaba la necesidad.

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas

No hay ningún seguro médico público, pero varias compañías privadas ofrecen beneficios de servicios de salud. La forma más común de seguro particular es la cobertura del seguro médico colectivo proporcionada por los empleadores a sus empleados.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

El Ministerio de Salud tiene funciones de reglamentación relacionadas con los hospitales privados, definidas en la Ley de Hospitales Privados. Se estableció una Dirección de Gestión de la Calidad en el Ministerio de Salud con objeto de crear sistemas de apoyo para mejorar la calidad de la atención. Las cuatro autoridades regionales de salud se han embarcado en un programa de mejoramiento de la calidad destinado a los servicios de atención primaria y secundaria. En este programa se aborda la calidad técnica y reconocida, observada por medio de encuestas de satisfacción de los usuarios. Además, se celebran reuniones públicas de la junta con la comunidad y se ha establecido un sistema de respuesta a las quejas presentadas.

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

La reglamentación de los proveedores de atención de salud en los sectores público y privado se rige por las diversas leyes sobre profesionales de salud, tales como la Ley sobre la Junta de Farmacia, la Ley sobre la Junta de Medicina, la Ley de Inscripción de Profesionales de Enfermería y Partería, y la Ley sobre la Profesión Odontológica.

Los mercados básicos en salud

El Ministerio de Salud tiene un Formulario de Medicamentos que cubre el sector público y enumera unos 400 productos

farmacéuticos. Si bien el formulario no se ha actualizado en fecha reciente, la lista de medicamentos indispensables, esenciales y necesarios tomados del formulario se actualiza con regularidad y se usa para determinar las compras de medicamentos para el sector público. Se facilitan medicamentos al público gratuitamente por medio de los servicios de salud pública, aunque la demanda es mayor que la oferta.

La calidad del ambiente

Numerosos ministerios y entidades del sector público se encargan de la protección de la salud ambiental. En 1995 se estableció la Autoridad de Gestión Ambiental (EMA) con autoridad legislativa para coordinar y redactar nuevos reglamentos de control ambiental. Desde entonces ha redactado nuevas leyes, incluso el Certificado del Reglamento de Inspección Ambiental, que exige que las nuevas urbanizaciones y actividades busquen aprobación para funcionar en condiciones ambientales especificadas; el Reglamento de Contaminación del Agua, que regula los desechos de cualquier sustancia contaminante del agua y fija límites permisibles; la Ley sobre la Contaminación por Ruido, y las normas de las emisiones al aire y de la calidad del medio ambiente. El Ministerio de Salud también se encarga de vigilar la contaminación del aire y la contaminación sonora, aunque los sistemas de vigilancia establecidos son inadecuados.

A fines de 2000 se nombró la Comisión para la Gestión Ambiental con el fin de facilitar la ejecución de los reglamentos estipulados en las Leyes de la EMA.

La calidad de los alimentos

Los Ministerios de Salud y Agricultura reglamentan la inocuidad de los alimentos y el Ministerio de Salud y los gobiernos locales se encargan de vigilarla. Los servicios de laboratorio de inspección de los alimentos y del agua potable necesitan fortalecerse y son objeto de revisión. La Inspección de Salud Pública expide licencias y examina los expendios de alimentos; también vigila la situación del medio ambiente y rinde cuentas a la EMA y al Ministerio de Salud.

Evaluación de la tecnología sanitaria

El programa de reforma del sector salud comprende un plan para crear sistemas de evaluación y gestión de tecnología, con la capacidad correspondiente, incluso para la acreditación de los establecimientos de atención de salud.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud

La Dirección de Promoción de la Salud y de Salud Pública formula estrategias nacionales para actividades de promoción de la salud. En 2000, el Ministerio de Salud institucionalizó la observancia del Mes de la Promoción de la Salud (abril) para recalcar

la importancia de la estrategia en ese campo dentro del marco del programa de reforma del sector salud. Esta medida también busca ampliar la participación de las organizaciones comunitarias, no gubernamentales y gubernamentales para modificar los factores determinantes de la salud, como el modo y las condiciones de vida, y para introducir iniciativas saludables en las esferas nacional y regional.

Muchas de las iniciativas de promoción de la salud abordan causas de mortalidad y morbilidad relacionadas con el modo de vida. Las iniciativas comprenden formulación de políticas saludables, reorientación de los servicios de salud, habilitación de las comunidades para lograr el bienestar, creación de un entorno propicio, adquisición y ampliación de las aptitudes personales en pro de la salud, y creación de alianzas, especialmente con los medios de comunicación.

El establecimiento de mecanismos eficaces de colaboración intersectorial entre los sectores público y privado, las organizaciones no gubernamentales y otros organismos cuya actividad tiene un efecto en la salud representa un gran desafío. Se han creado consejos y comités nacionales para mejorar la coordinación multisectorial en campos relacionados con el abuso de alcohol y drogas, la promoción de la salud, la educación para la salud y la vida de familia, y otros. Las principales organizaciones no gubernamentales del país, como la Asociación de Planificación Familiar y la Asociación de Lucha contra la Diabetes, reciben subsidios del Estado para prestar servicios gratuitos a la población. Con ese fin, se ha establecido la iniciativa "Hospitales amigos del niño" en todos los hospitales de mayor importancia y el Comité Nacional de Promoción de la Lactancia Materna se ha empeñado en mejorar las prácticas correspondientes.

Prevención y control de enfermedades

Los exámenes de detección de enfermedades crónicas no transmisibles, sobre todo la diabetes, la hipertensión y el cáncer, se realizan en el nivel de atención primaria.

Agua potable y alcantarillado

Aunque 90% de la población tiene acceso a agua potable, solo 30% tiene suministro continuo 24 horas al día. Debido al reducido grado de distribución, alrededor de 66% de las familias deben almacenar agua en tambores, tanques, baldes y latas. Todavía se desconocen los efectos sanitarios de la contaminación y del suministro inadecuado de agua, pero a veces se notifican a la EMA y al Ministerio de Salud incidentes relacionados con estos problemas. Se ha establecido un programa de abastecimiento y distribución de agua financiado por el Estado. Durante el período objeto de análisis se inició la construcción de una nueva planta desalinizadora.

Los sistemas de recolección y tratamiento de aguas servidas no están bien establecidos. Faltan sistemas centrales de alcantarillado, excepto en los principales centros urbanos, y tanto estos como las plantas más pequeñas de tratamiento de aguas servi-

das, tienen un mantenimiento deficiente. Solo están en funcionamiento 32% de las plantas de tratamiento de aguas servidas en Trinidad y 19% en Tabago.

Manejo de residuos sólidos municipales

La falta de legislación nacional para reglamentar la recolección y evacuación de desechos es uno de los principales problemas que inhiben el debido control de los desechos peligrosos, incluso los provenientes de los establecimientos de atención médica. Los gobiernos locales tienen la responsabilidad de la recolección y eliminación diarias de los desechos sólidos del medio doméstico. Los desechos industriales y portuarios son recolectados por contratistas privados. Hay tres rellenos sanitarios principales administrados por una empresa estatal para la recolección de 85% de los desechos sólidos del país; otros ocho sitios de evacuación de desechos son administrados por las corporaciones regionales.

Prevención y control de la contaminación del aire

El desarrollo industrial y el crecimiento urbano han aumentado el grado de contaminación y de exposición humana a los peligros ambientales. Durante el período 1996–1999, dos escuelas del sur del país tuvieron que cerrar permanentemente por la presencia de gases venenosos provenientes de las actividades de exploración de petróleo. No es raro el cierre provisional de las escuelas por problemas relacionados con el abastecimiento de agua y por otros de saneamiento ambiental, pero se aborda según el caso.

En 1999 se examinó la concentración sanguínea de plomo en 200 niños que vivían en una zona de desecho de baterías de automóviles; 12 necesitaron tratamiento con quelatos para contrarrestar las altas concentraciones sanguíneas de plomo. Se trasladaron las familias a otro lugar y se removió el suelo contaminado.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

El sector salud está formado por un extenso sector público, que comprende nueve hospitales generales y una amplia red de unos 104 centros de atención primaria de salud en comunidades de todo el país. Sin embargo, las largas listas de espera y la escasez de personal y de existencias son los principales problemas.

Los usuarios de los servicios de salud pueden escoger de una amplia gama de servicios de proveedores públicos y privados, según el servicio y su capacidad de pago. Un limitado número de proveedores ofrece servicios de nivel terciario. La gama de servicios disponibles es mucho más amplia en las zonas urbanas que en las rurales.

Los servicios prestados a particulares comprenden atención de urgencia, ambulatoria e institucional para necesidades de

salud mental, médicas, quirúrgicas y otras especiales, como para el tratamiento de la tuberculosis y del abuso de sustancias. También se prestan servicios de radioterapia y atención geriátrica. Se ofrece atención secundaria y terciaria, así como atención dental, médica, de enfermería en el hogar y médico-social en la comunidad. Un equipo formado por cirujanos y personal de enfermería especializado en odontología presta servicios generales de atención dental en forma gratuita en los establecimientos de atención primaria de todo el país.

Las unidades de cuidados intensivos, incluso de atención neonatal, solamente funcionan en el sector público en los tres hospitales principales. En 2000 se estableció el Servicio de Salud de Urgencia para facilitar transporte rápido y gratuito a las personas que buscan traslado de urgencia a un hospital bajo la supervisión de personal capacitado. El transplante de órganos se ha limitado a unos pocos trasplantes de riñón en los sectores público y privado.

Los servicios del sector privado comprenden servicios de hospital, laboratorio, radiológicos, dentales y médicos. Sin embargo, una gran proporción de la población enfrenta barreras financieras de acceso a esos servicios. El Gobierno se ha embarcado en asociaciones del sector público con el privado destinadas a salvar esas barreras, por ejemplo, facilitando algunos medicamentos esenciales para tratar la hipertensión, la diabetes, el glaucoma y el asma a un costo reducido a las farmacias privadas, y proporcionando antirretrovirales como AZT para interrumpir la transmisión del VIH de la madre al niño. También se ofrecen servicios de operación de cataratas en los hospitales privados sin ningún costo para el paciente.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre

Se dispone de servicios de tomografía axial computarizada y hemodiálisis en los sectores público y privado; se prestan servicios de toma de imágenes por resonancia magnética solo en el sector privado.

Hay un Servicio Nacional de Transfusión de Sangre, con sitios satélite en los principales hospitales. Se encarga de examinar toda la sangre y los hemoderivados y de establecer normas para su recolección y distribución. La sangre se somete a exámenes de detección del VIH-1 y VIH-2, HbsAg, el virus de la hepatitis C, VTLH-1 y VTLH-2, y sífilis. Casi toda la sangre se obtiene de donantes electivos o de reemplazo y el resto de voluntarios.

Servicios especializados

La Asociación de Planificación Familiar de Trinidad y Tabago, la Sociedad Nacional de Lucha contra el Cáncer y, en forma limitada, algunos hospitales y centros de salud prestan servicio de examen de detección del cáncer.

El programa de salud escolar del Ministerio de Salud se orienta hacia los nuevos alumnos que ingresan a la escuela primaria (a los 5 años) y hacia quienes abandonan la escuela primaria (a los 11 años) y está a cargo del personal del centro de

salud. Se hace hincapié en la detección temprana de problemas auditivos, visuales, dentales y psicológicos identificados por el personal clínico y docente. Los niños que no están totalmente inmunizados reciben las vacunas necesarias en el momento del ingreso a la escuela.

Recursos humanos

La distribución de los recursos humanos para la salud entre atención primaria y secundaria es motivo de preocupación, lo mismo que la escasez de personal en general; la escasez en los servicios de atención primaria es más grave que en los de atención secundaria.

La emigración y la jubilación del personal han dejado un gran vacío en los recursos humanos disponibles en el sector salud y han forzado al Gobierno y a las autoridades regionales de salud a conseguir profesionales extranjeros y a volver a contratar al personal de enfermería ya jubilado. Las estimaciones indican que en 1999 había 18,9 profesionales de enfermería por 10.000 habitantes, en comparación con 16,9 en 1992, y que en 1997 había 7,5 médicos por 10.000 habitantes, en comparación con 9,0, en 1992.

Se celebran programas de capacitación en servicio, seminarios y talleres en campos como gestión del cambio y de la calidad total.

Investigación y tecnología en salud

Las investigaciones de salud son realizadas principalmente por la Universidad de las Indias Occidentales y el Consejo de Investigaciones Médicas de la Comunidad del Caribe. En 2000 se realizaron ensayos de la fase 2 de una vacuna contra el SIDA.

Gasto y financiamiento sectorial

El sector público es financiado por medio de tributación general y cobro de tarifas a los usuarios. El monto del gasto del Ministerio de Salud aumentó aproximadamente 20% en el decenio de 1990, de US\$ 83,6 millones en 1991 a US\$ 105,6 millones en 1997. El gasto en atención primaria de salud representó 10,9% del gasto total por concepto de salud en 1997.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

El Ministerio de Salud también recibe financiamiento externo de fuentes bilaterales y multilaterales para la ejecución de proyectos, incluso para la reforma del sector salud. Los organismos externos que ofrecen cooperación técnica y financiamiento en el sector salud comprenden el ONUSIDA, el PNUD, la OPS/OMS y el BID, que es la principal fuente de financiamiento de la reforma del sector salud. Varios organismos bilaterales de desarrollo, como el CIDA y el GTZ, también hacen aportes por intermedio del CAREC.

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto nacional bruto, Trinidad y Tabago, 1993-1999.

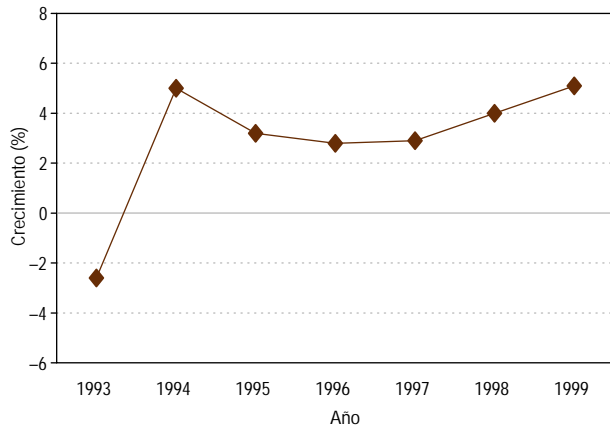


FIGURA 4. Cobertura de inmunización en la población de 0 a 2 años según vacuna, Trinidad y Tabago, 1999.

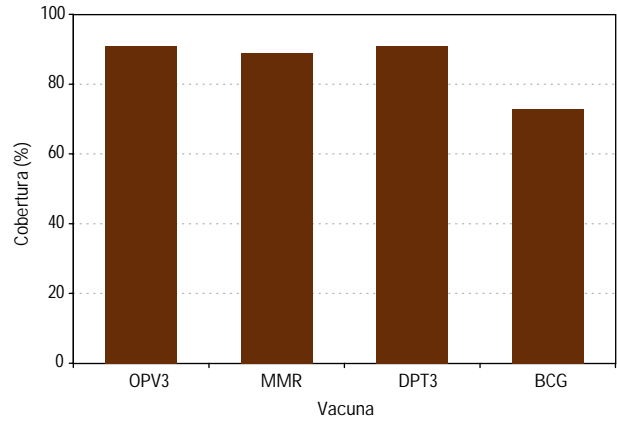


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Trinidad y Tabago, 1997.

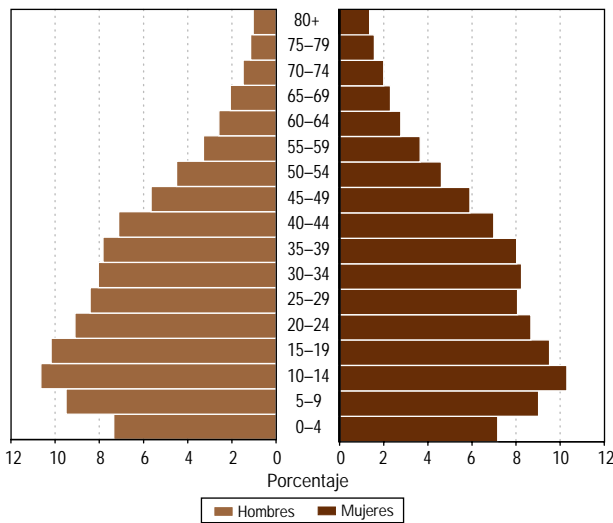


FIGURA 5. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Trinidad y Tabago, 1990-1999.

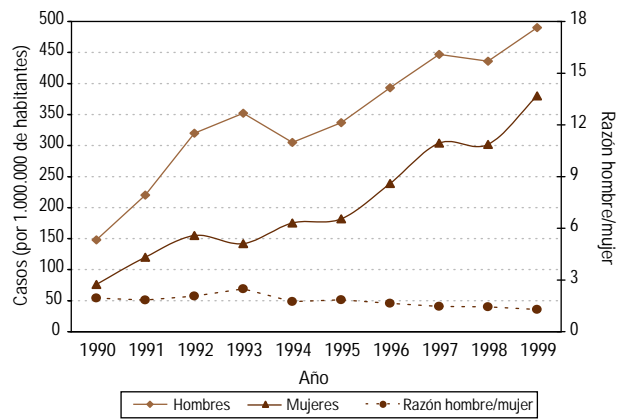
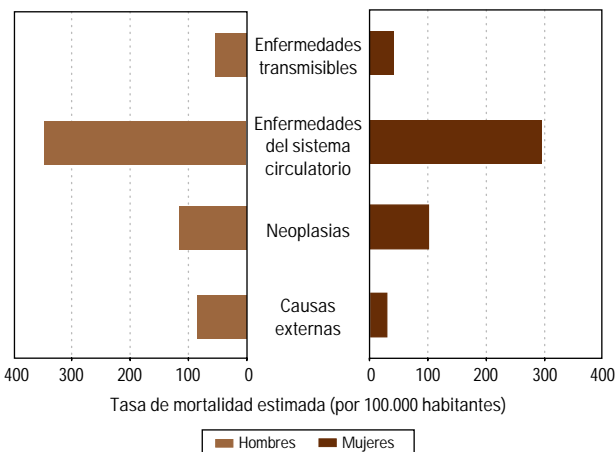


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Trinidad y Tabago, 1990-1994.



URUGUAY

CONTEXTO GENERAL

La República Oriental del Uruguay limita al oeste con la Argentina, al norte y al nordeste con la República Federativa del Brasil, y al este y al sur con el océano Atlántico y el Río de la Plata. Tiene una superficie terrestre de 176.215 km² y un área marítima de 125.057 km². El suelo es ondulado; tiene una altitud media de 117 m y una máxima de 514 m, y una franja costera de tierras bajas y fértiles. El clima es templado, con cuatro estaciones en las que ocasionalmente se presentan heladas y granizos, fuertes vientos, sequías e inundaciones. Las temperaturas mínimas y máximas medias anuales son de 12,0 y 21,8 °C; la máxima y mínima absolutas son de 40,1 y -4,4 °C. El promedio anual de lluvias en el país es de 1.320 mm/m².

La forma de gobierno es democrática representativa, con elección de autoridades cada cinco años. El gobierno nacional está compuesto por el Poder Ejecutivo, integrado por el Presidente y 13 Ministros; el Poder Legislativo, que tiene dos Cámaras, la de Senadores y la de Diputados, y el Poder Judicial, compuesto por la Suprema Corte de Justicia y los Tribunales y Juzgados. El Uruguay está dividido administrativamente en 19 departamentos, gobernados por una Junta Departamental (31 miembros) y un Intendente. El departamento de Montevideo es el más pequeño en superficie pero el de mayor población (alberga aproximadamente 40% de la población total del país).

Entre los procesos políticos más destacables durante el período 1997–2000 se incluyen las elecciones nacionales de octubre y noviembre de 1999 y las municipales de mayo de 2000, que se rigieron por la Constitución aprobada mediante un plebiscito obligatorio celebrado en 1996; por primera vez en la historia del país se utilizó el sistema de balotaje en las elecciones presidenciales. Existen cuatro partidos políticos representados en el Parlamento y la distribución de las bancas ha obligado a concretar acuerdos entre el partido gobernante (Colorado) y el Partido Nacional para lograr mayorías parlamentarias.

En 2000, y por segundo año consecutivo, la economía uruguaya continuó atravesando por una fase recesiva. En el bienio 1999–2000 la caída del ingreso nacional (6%) fue significativamente superior a la caída del PIB (4%). La variación porcentual

anual del PIB entre 1990 y 2000 se presenta en la figura 1. Además de estos factores, se destaca el impacto de las condiciones climáticas adversas sobre algunos sectores agropecuarios.

Mediante varios decretos del Poder Ejecutivo y de leyes dictados durante 1995 y 1996 se creó y reglamentó el Comité Ejecutivo para la Reforma del Estado (CEPRE), que está integrado por el Director de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el Ministerio de Economía y Finanzas y el Director de la Oficina Nacional del Servicio Civil. El cometido del CEPRE es implantar y dar continuidad al programa de modernización del Estado, y verificar el cumplimiento de las metas fijadas al respecto. El Comité estima imprescindible la formulación adecuada de los presupuestos quinquenales y su seguimiento como instrumento de la reforma del Estado.

La población económicamente activa (PEA) representa 61% (aproximadamente unos 2 millones de personas) del total de la población. La tasa de desempleo urbano en 2000 ascendió a 13,6%, una de las tasas de desempleo más altas en décadas.

La inflación (índice de precios al consumidor) anual a marzo de 2001 fue de 4,7%. En 1998 se logró reducir la inflación a menos de 10% (8,69%) por primera vez desde 1956. En 1999 este porcentaje fue de 4,17% y en 2000 de 5,05%. El Gobierno ha manifestado reiteradamente su propósito de mantener la inflación en estos valores a pesar de la coyuntura económica externa.

La población total del país asciende a 3.322.141 personas (estimación para el año 2000), con un índice de masculinidad de 93,9. El 91% de la población vive en centros urbanos, porcentaje que se distribuye entre un mínimo de 80% en un departamento (Tacuarembó) hasta un máximo de 97% en Montevideo y 94% en Maldonado. En el departamento de Montevideo reside 42% del total de la población; el 58% restante se distribuye en los otros 18 departamentos, de los que el de Canelones es el más poblado (14% del total) y Flores el de menor población (menos de 1% del total); los demás departamentos tienen cada uno entre 2% y 4% de la población del país.

La esperanza de vida al nacer en 2000 era de 74,5 años para ambos sexos, con una diferencia de ocho años entre sexos: 70,4 para los hombres y 78,4 para las mujeres. En casi la mitad de los hogares urbanos (49%) del país vive al menos una persona de 60 o más años de edad. Algo más de la mitad (54%) de los adultos

mayores residen en hogares integrados exclusivamente por personas de 60 o más años de edad. El 75% de los hogares unipersonales compuestos por un adulto mayor está integrado por una mujer.

La tasa bruta de natalidad es de 16,3 nacidos vivos por 1.000 habitantes, y la tasa bruta de mortalidad es de 9,5 por 1.000 habitantes. La tasa media de crecimiento anual es de 0,6%, mientras que la tasa global de fecundidad es de 2,3 hijos por mujer.

La distribución por edad de la población total del país muestra una población envejecida con una pirámide de población con forma de campana (figura 2). Sin embargo, existen diferencias entre los departamentos: Salto y Artigas, por ejemplo, tienen una población más joven que el resto del país.

En 2000, la distribución por grupos de edad era la siguiente: 0–14 años de edad, 25% del total de la población; 15–24 años, 16%; 25–60, 42%; 60 y más años, 17%. La población con 80 y más años de edad representa 3% y, dentro de este grupo, 67% son mujeres. La tasa de analfabetismo para la población de 10 y más años es de 3,1% (3,6% para los hombres y 2,6% para las mujeres), y de 2,8% en las áreas urbanas y 6,2% en las rurales.

En el Uruguay es obligatorio cursar nueve años de educación (seis de primaria y tres de secundaria o de educación técnica). La educación preprimaria, dirigida a niños de 3 a 5 años de edad, aún no es de carácter obligatorio, pero las autoridades están considerando esta posibilidad. En 1998, 8,6% de la población económicamente activa de 15 y más años tenía entre 0 y 5 años de instrucción, 75,8% entre 6 y 12 y 15,2% 13 y más años de instrucción, mientras que en 1981 esa proporción era de 21,3%, 69,2% y 9,5%, respectivamente.

Mortalidad

En 1999 la tasa de mortalidad infantil fue de 14,4 por 1.000 nacidos vivos, con una tasa de mortalidad neonatal de 8,5 por 1.000 y una de mortalidad posneonatal de 5,9 por 1.000.

En 1999 se produjeron 32.430 defunciones. Las principales causas de muerte en la población total fueron las enfermedades del sistema circulatorio (36%), las neoplasias malignas (23,1%) y los accidentes y efectos adversos (5,2%). Le siguieron en importancia la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (3,1%), las infecciones respiratorias y neumonía (3,0%), la diabetes mellitus (2%), las enfermedades infecciosas (1,8%), los suicidios y lesiones autoinfligidas (1,3%), las afecciones originadas en el período neonatal (1,3%), y otras causas (9,6%).

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

En 1999 hubo 56.006 nacimientos en todo el Uruguay, de los cuales 47% tuvieron lugar en establecimientos públicos y el 53%

restante en instituciones privadas, 37% en Montevideo y 63% en el resto del país. De esos nacimientos, 7,6% fueron de bajo peso (menor de 2.500 gramos). En 2000 hubo 52.720 nacimientos, de los cuales 7,5% fueron de bajo peso.

Las tasas de mortalidad infantil (neonatal y posneonatal) entre 1997 y 2000 fueron de 16,5 (8,9 y 7,6) por 1.000 nacidos vivos en 1997, 16,4 (8,7 y 7,7) en 1998, 14,4 (8,5 y 5,9) en 1999 y 14,1 (7,9 y 6,2) en 2000. En 2000, la tasa de mortalidad infantil fue de 14,6 por 1.000 nacidos vivos en Montevideo y de 13,7 en el resto del país.

En la población menor de 1 año, las malformaciones congénitas fueron la causa principal de muerte en 1999. La segunda causa fue la hipoxia intrauterina y otras dificultades y afecciones respiratorias del recién nacido.

En la población de 1 a 4 años de edad, las tres principales causas de muerte fueron los accidentes y efectos adversos (17,6 por 100.000 niños de 1 a 4 años), las anomalías congénitas (7,9 por 100.000) y las infecciones respiratorias agudas y neumonía (7,1 por 100.000). Las principales causas de egreso en el grupo de menores de 5 años en los hospitales del Ministerio de Salud Pública ubicados en el interior del país fueron las infecciones respiratorias agudas (36,6%) y las infecciones intestinales (10,1%).

La salud del niño en edad escolar primaria (5–9 años)

En 1999 los accidentes (con una tasa de mortalidad de 11,7 por 100.000 niños de 5 a 9 años), los tumores malignos (4,7 por 100.000) y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (1,8 por 100.000) contribuyeron con 68,4% de las defunciones de niños de este grupo de edad. Las principales causas de egreso hospitalario fueron las infecciones respiratorias agudas (20,2%) seguidas por los traumatismos (9,1%).

La salud de los adolescentes (10–14 años)

En 1999, los accidentes fueron la principal causa de muerte en el grupo de 10 a 14 años de edad (12,2 por 100.000 niños de 10 a 14 años), representando 45,2% del total de las defunciones en este grupo. La segunda causa fueron los tumores malignos (4,1 por 100.000), y los suicidios y lesiones autoinfligidas ocuparon el tercer lugar (1,5 por 100.000). Las principales causas de egreso hospitalario fueron los traumatismos (14,7%) y las enfermedades del sistema respiratorio (13,7%).

La salud de la población adulta (15–64 años)

De las 32.430 defunciones producidas en 1999, 22,9% ocurrieron en el grupo de 15 a 64 años. Las principales causas de muerte entre los 15 y 34 años de edad fueron los accidentes y efectos adversos (39,2 por 100.000). Entre los 35 y 64 años fueron los tumores malignos (196,6 por 100.000) seguidos por las enfermedades del sistema circulatorio (140,26 por 100.000).

En 1999 se registraron seis muertes maternas en todo el país. Se estima que hay subregistro, pero se desconoce la importancia exacta del mismo.

En la población adulta, 60% de los egresos de centros con internación del Ministerio de Salud Pública correspondieron a enfermedades relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, seguidas por los traumatismos (13,8% de los egresos).

La salud del adulto mayor (65 y más años)

Las principales causas de muerte en este grupo de edad fueron las enfermedades del sistema circulatorio (2.139 por 100.000 personas de 65 y más años de edad), los tumores (1.174 por 100.000) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, infecciones respiratorias agudas y neumonía (491 por 100.000). Asimismo estas mismas causas respondieron por 69% del total de enfermedades en este grupo de edad.

Las principales causas de egreso hospitalario fueron las enfermedades del sistema respiratorio (14%) y las enfermedades del sistema circulatorio (13%).

La salud de los discapacitados

No existe en el Uruguay un registro centralizado y completo de las personas con discapacidad, y la Comisión Honoraria Nacional del Discapacitado ha iniciado el proceso para mejorar la recolección y el análisis de datos. Dicha Comisión fue creada por Ley 16.095 de septiembre de 1989, la que además establece normas en materia de arquitectura, urbanismo, transporte y educación, con el fin de equiparar oportunidades para las personas discapacitadas. En el país se maneja la estimación aceptada internacionalmente de que un 10% del total de la población tendría algún tipo de discapacidad, cifra que incluye un 4% de discapacitados físicos.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Los desastres naturales que ocurren en el Uruguay son inundaciones o sequías, pero no se dispone de cifras oficiales de mortalidad o morbilidad relacionada con los mismos.

Enfermedades transmitidas por vectores

El Uruguay tiene un alto grado de control sobre la enfermedad de Chagas. Su principal vector, *Triatoma infestans*, estaba presente en dos terceras partes del territorio nacional, pero para 1997 el programa específico de lucha antivectorial, creado en 1972, reestructurado en 1983 e integrado en la Iniciativa de Control de Chagas del Cono Sur había logrado la eliminación o minimización de la infestación vectorial domiciliar. Sucesivas evaluaciones internacionales realizadas en 1998, 1999 y 2000 han certificado este logro alcanzado por el Uruguay, primer país endémico que interrumpe la transmisión. En la actualidad continúan las acciones de vigilancia y control en pos de la eliminación total de *T. infestans*.

Un problema potencial para el país es la reintroducción del mosquito *Aedes aegypti* con las posibles apariciones de casos de

dengue, ya que en 1997 fue detectado nuevamente después de haber estado ausente del país desde su erradicación en 1958. A través de un riguroso plan de control se ha logrado mantener la infestación en valores mínimos y restringida a zonas focales de ocho ciudades o pueblos, de las más de 70 que tiene el país, pese a la alta y dispersa infestación de *Aedes aegypti* y la activa transmisión de dengue que se registra en los países vecinos. En el Uruguay no hay transmisión autóctona de dengue.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Desde el inicio de los años ochenta no se notifican casos de poliomielitis, tétanos neonatal y difteria. En 1999 se registraron 34 casos de sarampión, 2 de parálisis flácida aguda, 3 de tos ferina, 3 de rubéola, 24 de paperas y 0 de tétanos no neonatal.

La cobertura de vacunación en menores de 1 año en 2000 fue de 99% para BCG, 88% para DPT3, 88% para OPV3 y 90% para la vacuna contra el sarampión (figura 3).

Tuberculosis

Los casos de tuberculosis notificados fueron 708 en 1997, 668 en 1998, y 627 en 1999. La prevalencia de VIH positivos entre pacientes tuberculosos fue de 1,3% en 1999.

Infecciones respiratorias agudas

La neumonía ocupa el séptimo lugar como causa de mortalidad infantil, el segundo en el período posneonatal y el tercero en los niños de 1 a 4 años. Un estudio anatomopatológico de muerte súbita del lactante llevado a cabo en Montevideo demostró en 115 autopsias que 65% de las muertes tenían una explicación, y en 33% de estas muertes explicables la causa había sido una infección de las vías respiratorias inferiores.

Entre 1998 y 2000, las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores fueron la principal causa de internación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (único centro de referencia pediátrico del país y que pertenece al Ministerio de Salud Pública), representando 25% de los egresos hospitalarios. En el año 2000 hubo 11.489 egresos, de los cuales 2.907 se debieron a neumonía y bronquiolitis.

Un estudio de prescripción de antibióticos para las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, asistidos en servicios ambulatorios públicos y privados, demostró en 1.425 observaciones que 74% de las consultas correspondían a infecciones agudas de las vías respiratorias superiores y que la faringitis era la causa principal para el uso excesivo de antibióticos.

El impacto de la neumonía bacteriana no se circunscribe únicamente a los niños sino que predomina en los extremos de la vida; *Streptococcus pneumoniae* es el principal agente etiológico.

Rabia y otras zoonosis

No se ha notificado la transmisión autóctona de rabia urbana desde 1966. Tampoco se ha notificado la presencia de casos de tuberculosis ni de brucelosis bovina. En el año 2000 no se notifica-

ron casos de brucelosis suina, enfermedad que se reintrodujo al país a mediados de los años noventa.

La leptospirosis es una endemia ocupacional y una epizootia en áreas focales del país dedicadas a la ganadería lechera y al cultivo de arroz o caña de azúcar; en 1998 se notificaron 13 casos (3 defunciones), 8 en 1999 (0 defunciones) y 23 en 2000 (5 defunciones).

VIH/SIDA

Desde 1983, año en que se notificó el primer caso al Programa de SIDA del Ministerio de Salud Pública, hasta el 31 de diciembre de 2000 se notificaron 1.583 casos de SIDA (una tasa acumulada de 50 por 100.000 habitantes). Los casos corresponden a personas de 0 a 87 años de edad, con predominio en el grupo de 20 a 34 años (55,3% del total de casos de SIDA), 78,1% en hombres y 21,9% en mujeres. Aproximadamente 80% de los casos se manifestaron en Montevideo. En la figura 4 se presenta la incidencia de SIDA según sexo y la razón hombre/mujer para el período 1994–1999.

Del total de casos, 67,5% se infectó por vía sexual, 28,6% por vía sanguínea y 3,9% correspondió a transmisión perinatal. Del total de los casos transmitidos por vía sanguínea, 95,3% se debió a uso de drogas inyectables, 2,9% a transfusiones sanguíneas y 1,8% se presentó en hemofílicos. Del total de casos acumulados desde 1983 hasta febrero de 2001, 40,4% ocurrió en heterosexuales, 33,3% en homosexuales, 22,6% en bisexuales y 3,7% en trabajadores sexuales (hombres y mujeres).

Por resolución de la Dirección General de Salud (1991), todas las instituciones privadas de salud están obligadas a brindar el tratamiento antirretroviral indicado por el médico, a todos los pacientes con VIH/SIDA afiliados a ellas. Por su parte, el Ministerio de Salud Pública ya lo brindaba en todos sus servicios.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Los problemas nutricionales más importantes son la obesidad y la desnutrición energético-proteica. Se desconoce la prevalencia de anemia nutricional y deficiencia de vitamina A.

Varios estudios muestran resultados similares con respecto a la prevalencia de la obesidad: 51% presentan algún grado de sobrepeso, 17% obesidad y 5% alto riesgo de sobrepeso.

Los hallazgos clínicos señalan que la deficiencia de vitamina A puede ser de importancia en niños menores de 2 años de edad y en embarazadas. El Instituto Nacional de Estadística, junto con la CEPAL y el BID, realizó en 1996 un estudio que puso de manifiesto un suministro adecuado de alimentos en los hogares, aunque reconoció la existencia de segmentos de población que presentaban carencias. Al mismo tiempo, los hogares con mayor poder adquisitivo presentaban consumos aparentes muy por encima de sus necesidades.

La yodación de la sal comenzó en 1953 en los departamentos del norte del país, desde donde se extendió hacia el sur. En 1999 se hizo obligatorio la inclusión de yodo en la sal fina y gruesa

para consumo humano, animal e industrial, y se realizan mediciones periódicas de yoduria a manera de control.

En Montevideo, la lactancia materna exclusiva durante el primer cuatrimestre de vida fue de 49% (1989) y 45% (1997), y para el primer semestre, de 39% (1989) y 37% (1997). En el resto del país las tasas de lactancia materna exclusiva durante el primer cuatrimestre fueron de 22% (1992) y 40% (1997), y para el primer semestre, de 15% (1992) y 32% (1997). Esto significa que la situación de la lactancia materna no se ha modificado en gran medida en Montevideo y parece haber mejorado en el interior del país.

Enfermedades del sistema circulatorio

Desde hace 45 años las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar como causa de muerte, con 34% del total de las defunciones en 1999. La tasa de mortalidad por estas enfermedades fue de 357 por 100.000 en 1995, y de 330 por 100.000 en 1999, cifras que indican un pequeño pero sostenido descenso en los últimos 10 años.

Las principales enfermedades son las enfermedades cerebrovasculares, con una tasa de 110 por 100.000 habitantes (3.626 defunciones) y las enfermedades isquémicas, con una tasa de 101 por 100.000 habitantes (3.327 defunciones). Las enfermedades cerebrovasculares y las isquémicas juntas representan 64% del total de las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio. De las muertes por enfermedades del sistema circulatorio, 91% se producen en mayores de 60 años.

En el período 1991–1995, la hipertensión arterial fue uno de los principales motivos de consulta en los servicios de salud. Se han hallado valores compatibles con hipertensión en aproximadamente 20% de la población adulta. Según estudios realizados en grupos especiales de población, los valores oscilaron entre 10% y 28%.

Neoplasias malignas

En un estudio sobre la mortalidad que abarcó todo el siglo XX, se concluyó que hasta los 29 años de edad las tasas de mortalidad por tumores en ambos sexos aumentaban con la edad, pero siempre a un nivel menor que con respecto a otros grupos de edad. Este estudio señaló que entre los 30 y los 59 años de edad las tasas de mortalidad por tumores disminuían en los hombres, para volver a aumentar a partir de los 60 años y especialmente después de los 75. En las mujeres, las tasas disminuían hasta los 79 años de edad, para volver a aumentar a partir de los 80. En general, las tasas de mortalidad por tumores eran menores en las mujeres que en los hombres, excepto en los menores de 50 años.

Entre 1996 y 1997 se produjeron en los hombres 13.506 defunciones por tumores, con una tasa estandarizada por edad de 325 por 100.000 hombres. Las localizaciones más frecuentes fueron pulmón, próstata, colon y recto, piel y estómago, en ese orden. Entre las mujeres, las defunciones por tumores fueron 12.482, con una tasa estandarizada por edad de 251 por 100.000 mujeres.

Las localizaciones más frecuentes fueron mama, colon y recto, cuello del útero, piel y pulmón. Alrededor de 50% de las defunciones por tumores ocurrieron en la capital, Montevideo.

Accidentes y violencia

Entre marzo de 2000 y marzo de 2001 murieron 322 personas como consecuencia de accidentes de tránsito. La cifra es sensiblemente menor que la registrada entre marzo de 1999 y marzo de 2000 (521 personas). Esta disminución parece responder al uso generalizado del cinturón de seguridad, a los nuevos diseños de los automóviles, a las reiteradas propagandas —dirigidas especialmente a los jóvenes— al control del alcohol espirado en los automovilistas y a la selección de un conductor sobrio para emprender el regreso de los sitios donde se consume alcohol.

El Ministerio de Salud Pública ha creado un Registro Nacional de Accidentes de Tránsito al que todas las instituciones asistenciales deben informar sobre las heridas y secuelas relacionadas con los accidentes de tránsito.

Salud oral

Por decreto del Poder Ejecutivo, a fines de 1999 se inició la producción y venta obligatoria de sal fluorurada en todo el país. En 1992 y en 1999 se realizaron dos encuestas que emplearon la misma metodología en niños de escuelas públicas, donde concurre 83% de los escolares del todo el país. Los resultados indicaron un índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) a los 12 años de 4,1 en 1992 y 2,47 en 1999.

Enfermedades emergentes y reemergentes

En el país se producen pocos casos anuales de síndrome pulmonar por hantavirus, fundamentalmente en la población rural que realiza tareas de labranza, limpieza de depósitos o acúmulo de productos. El roedor silvestre involucrado sería *Oligoryzomys flavescens*.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Se han fijado los seis objetivos principales siguientes en materia de salud para el período 2000–2005: fortalecer el funcionamiento gerencial de las instituciones públicas y privadas de salud; adecuar la oferta de prestaciones según las características epidemiológicas y necesidades de la población; universalizar la cobertura de salud de la población facilitando el acceso y la atención en los cuatro niveles de complejidad; mejorar la calidad de las prestaciones en los cuatro niveles de complejidad; racionalizar el uso de los servicios en los llamados Institutos de Medicina Altamente Especializada, y promover la participación de los usuarios de los servicios y de las instituciones de salud con el propósito de resolver los problemas en un clima de confianza y respeto a los derechos de los ciudadanos.

El Ministerio de Salud Pública ha establecido un programa, en acuerdo con las principales instituciones de salud, con el propósito de superar la crisis por la que atraviesan las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y mantener las fuentes de empleo. El documento, firmado en abril de 2001, prevé una mecánica de absorción y de protección de las fuentes laborales así como la redistribución de los afiliados. El modelo presentado por el Ministerio intenta adecuar los procedimientos administrativos y estructurales a la necesidad de las prestaciones, atender a la situación epidemiológica de la población beneficiaria (mayormente de edad avanzada) y subrayar la necesidad de un enfoque integral en la atención de la salud. Asimismo, señala la necesidad de preparar guías de prácticas clínicas y para la elaboración de contratos que regulen la relación del afiliado con cada IAMC, con miras a mejorar la gestión. Entre otras indicaciones se establece la incompatibilidad entre quienes deciden los destinos de una institución y quienes firman contratos con ella.

La reducción de los precios de los medicamentos al público es una de las prioridades establecidas por el Ministerio de Salud Pública. Dicho precio podría bajar significativamente, hasta 40%, si se efectiviza un acuerdo entre el Ministerio y las cámaras que agrupan a los laboratorios nacionales y extranjeros.

La reforma del sector salud

La principal preocupación del Gobierno es la cobertura y la sustentación del sistema mutual, lo que implica la reorganización de la gestión de las mutuales y de sus modelos de atención. A estos efectos, el Ministro de Salud Pública ha convocado a la llamada Comisión Intersectorial para el Fortalecimiento del Mutualismo.

El Ministerio ha realizado una serie de auditorías de gestión en las IAMC durante 2000 y principios de 2001, para analizar la situación patrimonial de las instituciones desde 1991 a 2000, los pasivos al 30 de julio de 2000, las características de la población afiliada a cada una de ellas, el perfil de endeudamiento y los gastos e ingresos de 1991 a 2002. Las auditorías reflejaron la situación de endeudamiento de las IAMC.

El sistema de salud

El sistema de salud del Uruguay se compone de dos sectores: el público y el privado. El sector público está integrado por las instituciones dependientes del Ministerio de Salud Pública —a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)—; la Universidad de la República (Hospital Universitario); la Sanidad de las Fuerzas Armadas; la Sanidad Policial; el Banco de Previsión Social; los servicios de salud de entes autónomos y descentralizados, y los servicios que prestan las 19 intendencias.

La ASSE, creada en 1987 (Ley 15.903), es un organismo dependiente del Ministerio de Salud Pública que administra la presta-

ción de asistencia médica a la población nacional carente de recursos. Puede emplear recursos propios o contratados. Como efector de salud, la ASSE tiene la mayor capacidad instalada del país en una amplia red de establecimientos de todos los niveles de complejidad. Dispone de 7.250 camas de internación (1.890 para pacientes crónicos) y otorga más de 5 millones de consultas anuales.

El Hospital Universitario, dedicado a la docencia médica, tiene una capacidad máxima de 650 camas, pero por problemas financieros se ha reducido a unas 450 camas. Brinda atención de segundo y tercer nivel a los usuarios de la ASSE, así como al resto de la población mediante el pago del arancel correspondiente.

El Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, que depende del Ministerio de Defensa, brinda atención médica al personal militar en ejercicio y retirado, así como a sus familiares directos. Tiene un hospital con 450 camas en Montevideo y enfermerías en las unidades militares del resto del país.

La Sanidad Policial depende del Ministerio del Interior y presta asistencia a funcionarios y ex funcionarios policiales, y sus familiares. Tiene un hospital con 132 camas en Montevideo y contrata servicios de la ASSE y servicios privados en el interior del país.

El Banco de Previsión Social es un ente estatal que centraliza la seguridad social. Además del subsidio monetario en caso de enfermedad o invalidez temporal, garantiza la asistencia médica a los afiliados activos del sector privado mediante la contratación de servicios de prepago. Cuenta con un servicio de atención maternoinfantil (para cónyuges e hijos de cotizantes sin cobertura privada), que presta en instalaciones propias ubicadas en Montevideo y Canelones (una unidad de perinatología y cinco policlínicas).

El Banco de Seguros del Estado cubre los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales. Presta asistencia directa en su hospital propio, que tiene 160 camas, y contrata servicios en el interior del país.

Los entes autónomos y los servicios descentralizados son organismos estatales y paraestatales que ofrecen servicios médicos propios a sus funcionarios y ex funcionarios.

Las 19 intendencias municipales de todo el país brindan servicios de atención ambulatoria a la población general.

El sector privado está integrado fundamentalmente por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), organizaciones privadas sin fines de lucro que se organizan y funcionan según las disposiciones de la Ley 15.181 y sus decretos reglamentarios.

Existen unas 48 IAMC que brindan asistencia médica a casi la mitad de la población mediante un seguro de salud integral de prepago. Estas instituciones pueden ser de tres tipos: 1) asociaciones asistenciales, inspiradas en los principios de solidaridad y que mediante seguros mutuos otorgan a sus asociados asistencia médica; 2) 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 3) 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 que compiten entre sí. El Estado ejerce algún control jurídico y técnico sobre ellas, pero tienen un alto grado de autonomía. El número de afiliados por cada una varía entre 10.000 y 270.000. Con el fin de mejorar su eficiencia, actualmente varias de las de menor tamaño han iniciado procesos de fusión, absorción o complementación entre sí o con las de mayor tamaño.

Existen además varios sanatorios privados, creados para prestar atención médica de tipo privado a sectores de altos ingresos, que en su mayoría se orientan a arrendar servicios a las IAMC y ofrecen seguros de cobertura parcial.

En cuanto a la cobertura, la ASSE atiende a 33,7% de la población, las IAMC a 46,6%, la Sanidad Militar a 4,2%, la Sanidad Policial a 1,8% y otras instituciones a 1,2%. No cuenta con cobertura formal 11,7% de la población y para 0,9% no hay datos.

Desde principio de la década de 1980 los seguros parciales de atención médica se encuentran en rápida expansión. Existen varios tipos que cubren riesgos específicos, tales como traslados en caso de emergencia, técnicas de diagnóstico, atención e internación quirúrgica, atención e internación médica y atención odontológica.

Los procedimientos de mayor complejidad, en general los más costosos, son brindados por los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), creados en 1979 por Ley 14.897. Estos pueden ser tanto públicos o privados y se financian a través del Fondo Nacional de Recursos, integrado por fondos provenientes del Estado, las IAMC, personas físicas e impuestos específicos. Este sistema cubre a 100% de la población del Uruguay, y la institución por la cual el paciente esté cubierto debe pagar el servicio. El Fondo cubre los siguientes procedimientos: cateterismos cardíacos, cirugía cardíaca, marcapasos, angioplastia, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, trasplante renal, diálisis renal, trasplante de médula ósea, tratamiento de quemaduras graves, litotricia percutánea y litotricia extracorpórea.

Las comisiones honorarias son instituciones de derecho público no estatal financiadas a través de impuestos. Se integran con delegados de instituciones públicas y privadas que incluyen gremios y organizaciones no gubernamentales. La Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes tiene como principal cometido combatir la tuberculosis en todo el territorio nacional, y hacerse cargo de todas las actividades de vacunación y de la detección selectiva del hipotiroidismo congénito. Otras comisiones honorarias se ocupan de la salud cardiovascular, la lucha contra el cáncer y la lucha contra la hidatidosis.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

La certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud

Todos los egresados profesionales universitarios deben obtener el título profesional de una institución reconocida oficial-

mente, registrarse en el Ministerio de Salud Pública, institución que habilita para el ejercicio profesional en el país, y registrarse en la Caja de Jubilaciones Profesionales, que al mismo tiempo representa la fuente de datos más confiable y actualizada.

Para poder ejercer en el Uruguay, los profesionales extranjeros deben tener un título habilitante otorgado por una universidad o institución reconocida por el Ministerio de Educación y Cultura.

La evaluación de la tecnología sanitaria

Si bien el área de tecnología médica se halla fuertemente regulada, el cumplimiento de la reglamentación es muy limitado.

En 1999, por medio de la Resolución 182/99, se estableció que la fabricación, registro, importación, comercialización, uso y contralor de reactivos para diagnóstico, equipamiento médico y dispositivos terapéuticos, son de competencia exclusiva del Departamento de Tecnología Médica de la Asesoría de Planificación. Por su parte, el Ministerio de Industria y Energía, a través de la Dirección Nacional de Tecnología Nuclear, tiene competencia en materia de equipos que emiten radiaciones ionizantes.

Salvo durante un breve período en la década de los ochenta, y a pesar de la copiosa legislación existente, no se ha realizado una evaluación de la tecnología sanitaria por parte del Ministerio de Salud Pública. El análisis de las solicitudes presentadas se ha concentrado fundamentalmente en la capacidad de pago de las instituciones compradoras, sin referencia a los planes o estrategias nacionales o regionales de salud, la efectividad de la tecnología en cuestión y su impacto sobre los costos de la atención.

Los conceptos de tecnología incluidos en la normativa existente se refieren básicamente a equipamiento médico; en 1999 se incorporaron los dispositivos médicos y los medicamentos, pero no los procedimientos. Una gran carencia de la normativa actual es que no incluye al sector público de atención.

El Ministerio se encuentra abocado a definir la organización y estructura de una unidad de evaluación de la tecnología sanitaria. Su cometido será brindar asesoría a la Dirección General de la Salud en su área de competencia, y apoyar los procesos de toma de decisiones de la División de Control de Calidad en materia de cobertura obligatoria y desarrollo de guías de práctica clínica, así como al área de registro de productos para la salud.

Organización de los servicios de salud pública

Promoción de la salud y prevención y control de enfermedades

En el área materno-infantil, el Ministerio de Salud Pública ha impulsado el desarrollo de actividades dirigidas a los recién nacidos con peso inferior a 1.500 gramos y a la muerte súbita de lactantes, especialmente las ocurridas en el hogar. A partir de 2001 se preveía dar asistencia profesional en forma gratuita a todas las mujeres asistidas en el sector público.

Agua potable y alcantarillado

En el Uruguay la cobertura de servicios de agua potable es alta (98% del total de la población). Existe un amplio programa de renovación técnica y ampliación de la cobertura, ejecutado por la Administración de Obras Sanitarias del Estado (OSE), que consiste en la instalación de plantas potabilizadoras móviles de diseño técnico propio, incluso hasta en poblaciones rurales de 200 habitantes.

La cobertura de saneamiento alcanza a 80% en el área urbana de Montevideo. En el interior urbano del país se brindan servicios a 50% de la población, y la OSE ha puesto en marcha planes de tratamiento de efluentes finales en grandes ciudades y ha propuesto otras soluciones adecuadas para poblaciones pequeñas. En el país, 46% de la población tiene conexiones a las redes de saneamiento y 48% elimina las aguas servidas "in situ". En Montevideo, el funcionamiento del emisario submarino ha determinado una mejor calidad de las aguas recreativas en las playas urbanas del Río de la Plata, y está en ejecución el Plan de Saneamiento III, que conectará a la red importantes áreas actualmente sin servicio. Con esta obra se espera lograr importantes mejoras en el estado de salud de la población beneficiaria.

Manejo de residuos sólidos municipales

El tema de los residuos sólidos urbanos genera un creciente interés de alcance nacional. Cuenta con el apoyo técnico, material y económico de la Dirección Nacional del Medio Ambiente a las intendencias municipales que tienen problemas operativos y de gestión, fundamentalmente en materia de disposición final adecuada.

Protección y control de alimentos

El Uruguay ha contado tradicionalmente con un alto nivel de higiene alimentaria. En 1994 se inició un proceso de coordinación y estructuración intersectorial de los recursos institucionales y técnicos en materia de protección de alimentos. Se formó la Comisión Nacional Asesora en Materia Alimenticia que actúa en la órbita del Ministerio de Salud Pública, con representantes del sector público nacional y municipal, de las cámaras empresariales de la industria y el comercio alimentario, y de organizaciones de consumidores. La comisión ejerce el máximo nivel de coordinación integrada del área. El Congreso Nacional de Intendentes Municipales, que agrupa a las 19 intendencias municipales en que se divide el país, mediante sus Direcciones de Bromatología, ha iniciado un proceso de tecnificación y gestión de calidad en materia normativa, de laboratorios, inspección y protección del consumidor, en el que la OPS coopera técnicamente mediante un convenio establecido. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmitidas por Alimentos, coordinado por el Ministerio de Salud Pública, tiene cobertura nacional. Han mejorado la identificación clínica, la notificación, el estudio, y las acciones de control y prevención de los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos notificadas en los últimos años.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

En el Uruguay existen 76 centros de colección de sangre, de los cuales 51 procesan sangre. La transfusión está regulada por una serie de leyes y decretos; el N.º 81/99 de 1999 es el que reglamenta en la actualidad el funcionamiento de los bancos de sangre y servicios de hemoterapia en el país.

Se realizan pruebas serológicas de carácter obligatorio para sífilis, enfermedad de Chagas, hepatitis B, hepatitis C, VIH-1 y VIH-2. En función de la normativa del MERCOSUR, estas pruebas serán ampliadas en breve para incluir Anti-HBc, Anti-HTLV-1 y Anti-HTLV-2, y también una segunda prueba basada en un principio diferente para VIH-1 y VIH-2.

Insumos para la salud

Existe un amplio marco legal que regula la importación, producción, distribución, venta y propaganda de los medicamentos. El Ministerio de Salud Pública controla los requisitos y exigencias para el otorgamiento del registro sanitario de aquellos medicamentos considerados necesarios, eficaces, seguros y producidos bajo condiciones que garanticen su calidad. También vigila las normas para la inspección de los laboratorios de producción, de los puntos de distribución y venta, y de los procesos de producción. Para cumplir con esta labor, el Ministerio cuenta con las unidades de evaluación y registro, de inspección (de fabricantes, importadores, distribuidores, y locales de venta y expendio), y de análisis de laboratorio para el control de calidad de los medicamentos.

El control de los medicamentos comprende las áreas de producción (licencia de fabricación, registro sanitario de productos y buenas prácticas de fabricación), y de distribución (habilitación del establecimiento, inspección del establecimiento y cumplimiento de buenas prácticas). Las actividades básicas de inspección se concentran en los laboratorios de producción o comercialización y en los productos, incluido lo relativo a rotulación y propaganda.

Varios factores obstaculizan en diferente grado el cumplimiento de estas funciones por parte del Ministerio de Salud Pública, entre los que se pueden mencionar la escasez de recursos humanos, la demora en los procesos administrativos y los intereses que se mueven en torno a la industria farmacéutica.

Recursos humanos

Al 31 de diciembre de 1999 había 12.486 médicos (39,5 por 10.000 habitantes), 2.613 licenciados en enfermería universitaria (8,2 por 10.000 habitantes) y 4.050 odontólogos (12,8 por 10.000 habitantes).

La formación de recursos humanos para la salud no está planificada. Además de la Universidad de la República, en los últimos años se han creado universidades privadas e institutos para la formación de médicos, enfermeros universitarios, odontólogos y auxiliares de enfermería. En general, hay exceso de médicos y carencia de licenciados en enfermería universitaria.

Investigación y tecnología en salud

La investigación sobre tecnología en materia de salud es escasa en el Uruguay, y se realiza fuera del Ministerio de Salud Pública. No se cuenta con registros para estimar el número de ensayos clínicos referidos a la evaluación de la eficacia y seguridad de nuevos procedimientos. Existen algunos trabajos del Centro de Informaciones y Estudios Sociales del Uruguay y del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina sobre evaluación de la tecnología sanitaria, pero como líneas de investigación aisladas y sin continuidad en el tiempo.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto per cápita en salud para 1998 ascendió a US\$ 697, y el gasto total en salud representó 10% del producto interno bruto. El gasto público (46%) y el privado (54%) fueron relativamente proporcionales. El gasto público en salud representó 14% del gasto general del Gobierno. Corresponden al sector público todos los gastos en promoción de la salud, prevención de enfermedades y vigilancia epidemiológica. En 1998, el sector privado gastó alrededor de cuatro veces más en medicamentos (US\$ 266 millones) que el sector público (US\$ 70 millones). Asimismo, el sector privado gastó US\$ 975 millones en remuneraciones personales mientras que el sector público gastó US\$ 223 millones.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

Tanto el Banco Mundial como el Banco Interamericano de Desarrollo cooperan con el Ministerio de Salud Pública, además de hacerlo con otras instituciones relacionadas con el área social. El cometido de esta cooperación se centra en el proceso de descentralización de los servicios de salud del Ministerio, la mejora de la identificación de los usuarios y la capacitación de los recursos humanos para la gestión de los servicios, entre otros aspectos.

El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con la OPS, prosigue con las actividades señaladas en el Convenio entre el Uruguay y la provincia de Emilia-Romagna, Italia, en el área de la salud mental. La Representación de la OPS en el Uruguay ha cooperado en varias oportunidades durante el período 1998-1999 con asesorías en el campo de gestión de los servicios de salud para el fortalecimiento del Hospital Universitario "Dr. Manuel Quintela".

FIGURA 1. Crecimiento anual del producto interno bruto, Uruguay, 1990–2000.

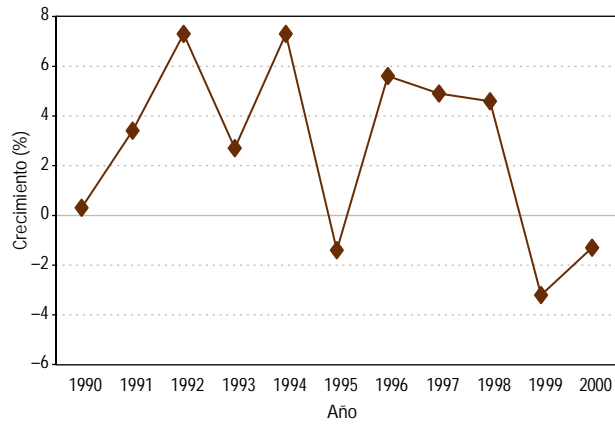


FIGURA 3. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año según vacuna, Uruguay, 2000.

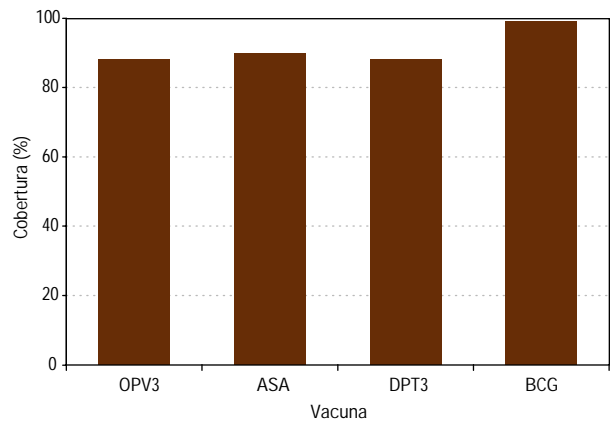


FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Uruguay, 2000.

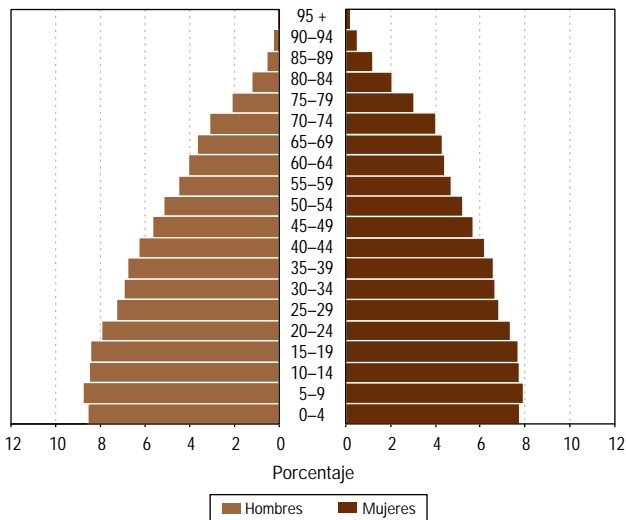
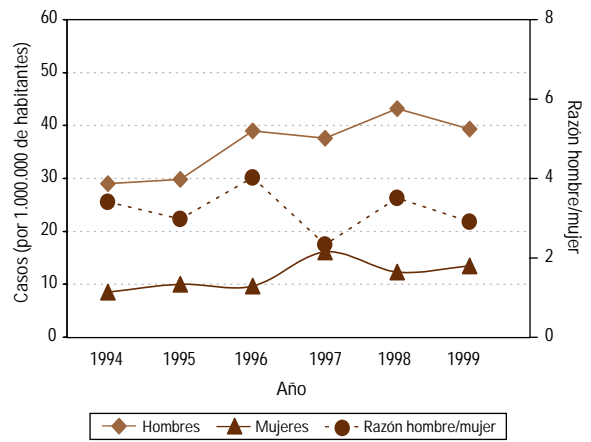


FIGURA 4. Incidencia de SIDA por sexo y razón hombre/mujer, Uruguay, 1994–1999.



VENEZUELA

CONTEXTO GENERAL

La República Bolivariana de Venezuela es una nación organizada según el sistema federal en 23 estados, un distrito capital y dependencias federales. Tiene una extensión territorial de 916.446 km² y una población estimada en 24.896.379 habitantes para el año 2000, con una densidad demográfica de 27,2 habitantes por km²; 33,2% de la población es menor de 15 años y 6,5% mayor de 60 (figura 1). La tasa de crecimiento demográfico fue de 2% anual en el período 1996–1999. Según el Censo General de Población de 1990, 53% de los habitantes viven en la costa norte, 24% en la zona fronteriza y 23% en la región central. El 85,1% de la población vive en zonas urbanas.

En 1999 la tasa de mortalidad general fue de 4,7 por 1.000 habitantes. La tasa de natalidad disminuyó progresivamente de 25,6 por 1.000 habitantes en 1996 a 24,3 por 1.000 en 1999. La tasa global de fecundidad se redujo levemente de 3 hijos por mujer en 1996 a 2,8 en 1999. Entre 1994 y 1999 las mujeres de 20 a 24 años de edad presentaban la tasa más alta de fecundidad (163,9 nacidos vivos por 1.000 mujeres), seguidas por la del grupo de 25 a 29 años (139,6 nacidos vivos por 1.000 mujeres). En el período mencionado se observa un descenso de la tasa en todos los grupos de edad, a excepción del grupo de 15 a 19 años, que presenta cifras variables. El saldo migratorio registrado en 1996 fue positivo (74.099); el saldo fue negativo los dos años siguientes, con cifras de -306.574 y -730.107, respectivamente.

Según el último censo indígena de 1992 y las proyecciones para el año 2000, la población indígena constaba de 371.815 personas (1,5% de la población total del país), distribuidas fundamentalmente en los estados Zulia (62,4%), Amazonas (14,4%), Bolívar (11,0%), Delta Amacuro (6,6%), Anzoátegui (2,2%) y Apure (1,9%). El 53,4% de la población indígena pertenecía a la etnia wayu, 7,6% a la warao y 6,0% a la pemón.

El desempeño económico del país durante la última década fue de bajo crecimiento, con episodios inflacionarios y recesivos recurrentes (figura 2). El producto interno bruto (PIB) per cápita en 1998 se estimó en US\$ 2.647 PPA (es decir, con paridad de poder adquisitivo). El 30% del presupuesto nacional se destinó al

pago de la deuda externa. La población que vive en condiciones de pobreza, según el índice de necesidades básicas insatisfechas, se mantuvo en 49% entre 1996 y 2000, y el porcentaje de población en extrema pobreza, en 21,7%. En 2000, los estados con mayor población bajo la línea de pobreza eran Delta Amacuro (71,6%), Apure (70,4%), Portuguesa (60,8%) y Sucre (60,5%), mientras que los que tenían menos población pobre eran el Distrito Federal (33,6%) y Miranda (38,2%).

La tasa de inflación bajó de 103% en 1996 a 13,4% en 2000. La población económicamente activa (PEA) en 1998 consta de 15.152.846 personas, de las cuales 9.727.275 (64,2%) tienen algún tipo de ocupación. La tasa global de desempleo bajó de 14,5% en el segundo semestre de 1999 a 13,2% en el mismo período de 2000; el desempleo masculino, en el mismo semestre y años, se redujo de 16,1% a 14,4%, mientras que el femenino pasó de 13,6% a 12,5%. El empleo formal pasó de 50,1% en el segundo semestre de 1998 a 47,0% en el mismo semestre de 2000, mientras que el empleo informal pasó de 49,9% a 53,0% en el mismo período.

La tasa de matriculación en la educación media, diversificada y profesional solo alcanza a 25% de la población con potencial para incorporarse. El analfabetismo entre los mayores de 10 años en 1998 fue de 6,2% (5,5% en hombres y 7,0% en mujeres). La inseguridad ciudadana y la delincuencia común son problemas prioritarios del Gobierno y de la sociedad. En el año 2000, 7.908 personas murieron a causa de agresiones. De acuerdo con el índice de desarrollo humano, el país ocupó el lugar 48 en 1997 y el 61 en 1999.

La esperanza de vida fue de 74,7 años para las mujeres y 68,9 años para los hombres en el quinquenio 1990–1995, y en el quinquenio 1995–2000 fue de 75,7 y 69,9, respectivamente. La esperanza de vida para ambos sexos fue de 71,8 y 72,8 en los respectivos quinquenios. En 1998 se observó una brecha de casi 10 años entre los estados más desarrollados y los menos desarrollados (73,6 en el Distrito Federal y 63,9 en Amazonas).

En 1999 se inició un proceso de transición política, jurídica, económica y social, orientado a poner en marcha un nuevo modelo de desarrollo que busca fortalecer el sistema democrático,

conseguir una sociedad más justa y consolidar una economía eficiente en el marco de la globalización. La transición política permitió el establecimiento de la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y el inicio de la reestructuración del Estado. Se incluye la creación del Poder Moral, que deberá estar compuesto por la Fiscalía, la Contraloría de la Nación y la Defensoría del Pueblo, para controlar a los otros poderes. El nuevo modelo supone un Gobierno comprometido con la formulación y gestión de políticas públicas racionales y equitativas, una activa participación social y una administración pública orientada a la prestación de servicios eficaces, con el fin de reducir la deuda social acumulada.

En materia de gasto social, el Ejecutivo Nacional, a través del Proyecto de Ley de Presupuesto del año 2001, definió las asignaciones presupuestarias de la administración central en relación con la política económica y social haciendo hincapié en la promoción de estrategias dirigidas al área social, orientando los recursos específicamente a la educación, la salud y la seguridad social. La promulgación de la nueva Constitución en 1999 planteó al país la necesidad de avanzar en un proceso de adecuación legislativa e institucional y establecer nuevas estrategias para realizar los cambios necesarios.

Mortalidad

En el quinquenio 1995–1999, la mortalidad por grandes grupos de causas fue de 162,3 por 100.000 habitantes para las enfermedades del sistema circulatorio, 63,8 por 100.000 para las neoplasias malignas, 55,3 por 100.000 para las causas externas, 53,6 por 100.000 para las enfermedades transmisibles y 22,4 por 100.000 para ciertas afecciones originadas en el período perinatal. La diferencia más notoria en el riesgo de morir según sexo se observó en las tasas por causas externas. La figura 3, que muestra las tasas de mortalidad por grandes grupos de causas y sexo para el período 1995–2000, revela esta diferencia con una tasa de 86,8 por 100.000 para los hombres y 26,1 por 100.000 para las mujeres (figura 3). El análisis de la mortalidad según los años potenciales de vida perdidos en 1999, situaba en primer lugar a los accidentes de todo tipo (15,8%), seguidos por las neoplasias malignas (8,1%), el suicidio y homicidio (6,8%) y las enfermedades del corazón (5,1%). Las enfermedades crónicas y los accidentes constituían las primeras causas de mortalidad, pero las enfermedades transmisibles seguían representando un problema de salud pública.

Los síntomas y signos mal definidos representaban 1,4% del total de defunciones registradas en 1999, valor levemente inferior al de 1,5% de 1995. En el período 1990–1997 el subregistro estimado de la mortalidad es de 2,4%; el subregistro de la morbilidad es aún mayor y varía de acuerdo con los diferentes eventos. Las enfermedades transmisibles en 1999 contribuyeron con 6,3% de la mortalidad por todas las causas, con mayor peso en los menores de 5 años (30%).

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0–4 años)

La mortalidad infantil muestra tendencia general descendente: de 121,7 por 1.000 nacidos vivos en 1940 pasó a 17,3 por 1.000 en el año 2000, con un descenso menor en el decenio de 1990. Se observan diferencias en las tasas de mortalidad infantil entre los estados: para el trienio 1996–1998 el estado Monagas presenta la mayor tasa (29,9 por 1.000 nacidos vivos), seguido por los estados Trujillo y Delta Amacuro (29,8 y 27,9 por 1.000, respectivamente), mientras que la tasa menor corresponde al estado Anzoátegui (7,0 por 1.000 nacidos vivos, aunque se reconoce que existe subregistro). La tasa nacional en el trienio mencionado fue de 20,9 por 1.000 nacidos vivos. En 1999 los estados con las tasas de mortalidad infantil más altas fueron Delta Amacuro (30,5 por 1.000 nacidos vivos), Amazonas (29,0) y Trujillo (27,7). Las causas más importantes de mortalidad registradas en 1999 fueron: 57% por afecciones en el período perinatal, 15% por anomalías congénitas y 12% por afecciones intestinales. La mortalidad por diarrea en los menores de 5 años disminuyó en 59% entre 1990 y 1996 (217,5 a 89,1 por 100.000 nacidos vivos) y la mortalidad por infecciones respiratorias agudas descendió en 36%.

En cuanto a la morbilidad, en 1998 y 1999 las enfermedades diarreicas y respiratorias ocuparon los primeros lugares y los estados más afectados fueron Sucre y Zulia. En 1999, 12% de los niños presentaron bajo peso al nacer. En los menores de 3 años se registra una alta prevalencia de anemia (alrededor de 50%), en tanto que en los menores de 2 años, según el indicador de peso para la edad, el déficit nutricional fue de 13% en 1999. En el estado Delta Amacuro este déficit se incrementó en 11,4%, al pasar de 15,2% a 26,6% entre 1998 y 1999.

La salud de la población en edad escolar primaria (5–9 años)

La educación básica venezolana incluye los seis primeros grados de la escuela primaria y tres primeros de la secundaria. En 1999 la mortalidad específica en el grupo de 5 a 14 años fue de 37,6 por 100.000. Las causas externas ocuparon el primer lugar, con una tasa de 16,8 por 100.000 habitantes, seguidas por las neoplasias malignas (5,3 por 100.000) y las enfermedades transmisibles (4,3 por 100.000). Los accidentes explicaron 88% de la mortalidad por causas externas; tanto los accidentes como los homicidios fueron más frecuentes en los varones que en las mujeres, con una razón de 2:1 para los accidentes y 1,9:1 para los homicidios. El suicidio tiene igual frecuencia en varones que en mujeres.

La salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

En el año 2000 aproximadamente 32% de la población tenía menos de 15 años de edad; siete de cada 10 pertenecían a un

hogar pobre y casi 40% del total de adolescentes de 15 a 17 años de edad estaban excluidos del sistema educativo formal. La tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años descendió en los últimos años de 97 a 87 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres, pero su contribución a la fecundidad total aumentó. La edad promedio del inicio de las relaciones sexuales es a los 14 años en los varones y a los 15 años en las mujeres. Los principales motivos de consulta de los adolescentes son los problemas psicosociales y familiares, y los diagnósticos más frecuentes son la disfunción familiar, conducta depresiva, bajo rendimiento escolar, intentos suicidas, alcoholismo y drogadicción, maltrato y abuso. El embarazo en la adolescencia constituye un gran problema para la sociedad y para los servicios de salud. Las primeras causas de mortalidad corresponden a accidentes y violencia y a suicidio y homicidio; las asociadas a la maternidad ocupan el séptimo lugar.

La salud de los adultos (20–59 años)

La mortalidad materna entre 1940 y 2000 presenta una tendencia general descendente, con una tasa de 172,4 por 100.000 nacidos vivos en 1940 y de 59,0 por 100.000 en 2000. Sin embargo, en las dos últimas décadas la velocidad de la pendiente se modificó: en el decenio de 1980 la tendencia de la mortalidad materna se revirtió, presentando un leve aumento, para luego desacelerarse en los años noventa. En 1999 la mortalidad materna fue de 59 por 100.000 nacidos vivos. Los estados con mayores tasas fueron Delta Amacuro (242 por 100.000 nacidos vivos), Trujillo (171) y Nueva Esparta (114). Las causas de defunción más importantes fueron las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio (50%); el edema, proteinuria y trastornos hipertensivos (35%), y el embarazo terminado en aborto (14%). La mayoría de estas causas son evitables, considerando que más de 90% de los partos reciben atención institucional en Venezuela. El 16% de las mujeres en edad fértil presentan anemia, porcentaje que aumenta a 22% entre la población más pobre. La cobertura de atención prenatal en 1997 fue de apenas 25,5%.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Esta población representaba 6,5% de la población total en 2000 y 46% eran hombres. Se espera que para el año 2025 la población de este grupo se triplique. En 1998 sus principales causas de mortalidad fueron las enfermedades del corazón (32%), las neoplasias malignas (18%), las enfermedades cerebrovasculares (12%) y la diabetes (8%). El riesgo de defunción por estas causas es mayor para los hombres, excepto en el caso de la diabetes. Las principales causas de morbilidad en ese mismo año fueron la hipertensión arterial, seguida del síndrome gripal, la diabetes, las infecciones urinarias y la artritis reumatoide.

La salud de los trabajadores

Los riesgos ocupacionales en el decenio de 1990 tendieron a incrementarse como consecuencia directa del empleo informal, la utilización de locales inadecuados e, incluso, el uso de la vi-

vienda como centro de producción. Aun con el subregistro existente, las enfermedades ocupacionales más frecuentes son la sordera industrial (hipoacusia laboral) y otras afecciones asociadas a ruido y vibraciones, intoxicaciones por sustancias químicas y trastornos musculoesqueléticos.

Los trabajadores menores de edad están protegidos por los artículos 247 a 273 de la Ley Orgánica del Trabajo, que les garantiza igual salario que a los adultos. Está prohibido el trabajo de los menores de 14 años y se requiere autorización legal de los padres o representantes para que los jóvenes de 14 a 16 años de edad puedan realizar una actividad económica; en todo caso, sus jornadas laborales no pueden superar las 6 horas diarias y 30 semanales y no pueden realizar trabajo nocturno. Según la revista *Mercado laboral, instituciones y regulaciones*, publicada por el Instituto de Estudios Superiores de Administración, la cantidad de mujeres que trabajan ha aumentado y el diferencial entre el ingreso promedio de las mujeres y los hombres se ha reducido. Ha aumentado también la presencia de menores de 10 a 14 años de edad en el mercado laboral. La mayoría de estos jóvenes trabajan por cuenta propia sin relación de dependencia, en contraposición con las normas legales establecidas.

La salud de los discapacitados

Se estima que 10% de población tiene algún tipo de discapacidad, disfunción o minusvalía. El artículo 81 de la Constitución Nacional hace referencia a la atención de este grupo especial, y sobre esa base se definió un plan nacional de prevención de discapacidades, atención y rehabilitación, que pone el acento en la atención comunitaria. Sin embargo, pese a haber sido pionera en el modelo de rehabilitación basado en la comunidad, Venezuela no ha logrado consolidar este modelo en el sistema de atención integral de salud.

La salud de los indígenas

Según el último censo indígena realizado en 1992, esta población consta de 371.815 habitantes (1,5% de la población total) pertenecientes a 38 etnias, entre las cuales se encuentran las wayúu (53,4%), warao (7,6%), pemón (6%), añú (5,5%), yanomami (4,7%), guajibó (3,6%) y piaroa (3,6%). El conjunto de estas etnias totalizan 84,4% de la población indígena; los estados donde se concentran son Zulia (62,4%), Amazonas (14%), Bolívar (11%) y Delta Amacuro (6,6%). Los pueblos indígenas viven en condiciones de vulnerabilidad, exclusión social y pobreza extrema; el Gobierno no ha normalizado el régimen de tenencia de estos pueblos y reciben escasos servicios sociales. En efecto, en 1992, más de 50% de estas comunidades no tenían agua potable ni servicios de disposición adecuada de excretas; 65% carecían de escuelas accesibles y 72,8% de los servicios ambulatorios rurales ubicados en las poblaciones indígenas no tenían médico. No se cuenta con información más actualizada, pero se sabe que son atendidos por auxiliares de medicina simplificada y que reciben visitas médicas en forma periódica. Sus principales afecciones,

según datos parciales provenientes de investigaciones de determinadas etnias, son la tuberculosis, malaria, parasitosis, desnutrición y trastornos diarreicos y respiratorios. Las limitaciones de acceso geográfico, cultural y económico agravan los problemas que suponen estas enfermedades. La Asamblea Nacional reserva tres curules para los representantes aborígenes y existe una comisión permanente para tratar asuntos indígenas.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Los desastres de mayor impacto (terremotos, inundaciones, deslaves) se han producido sobre todo en la región costera norte, que es la más densamente poblada. También han ocurrido desastres tecnológicos, de origen químico principalmente, en el sector de petróleo y petroquímica. En 1999 las lluvias y deslaves provocaron una verdadera tragedia nacional, que puso de relieve el planeamiento urbano inadecuado del país y la limitada capacidad de respuesta institucional. Aproximadamente 17% del territorio venezolano forma parte del sistema de áreas bajo régimen de administración especial (ABRAE), que asegura la protección del ambiente. Existe una Ley Penal del Ambiente y un cuerpo de reglamentos y normas en proceso de actualización.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. La zona de transmisión abarca 23% de la superficie del país, está por debajo de 600 metros sobre el nivel del mar y en ella viven alrededor de 720.000 personas. Desde 1996 la zona malarica comprende 45 municipios, la mayoría ubicados en los estados Sucre, Bolívar, Amazonas, Barinas, Delta Amacuro, Apure y Táchira. En el año 2000 se notificaron 30.234 casos autóctonos, 38,3% más que en 1996 (21.852), concentrados fundamentalmente en los estados Sucre, Bolívar y Amazonas, que presentaron 91,5% de los casos, asociados a factores migratorios, socioculturales, geográficos y técnicos, así como a la resistencia a algunos insecticidas detectada en los estados Sucre y Barinas. Esta tendencia ascendente desde 1996, sobre todo en el estado de Sucre, coincide con los ajustes que acompañaron a la descentralización del programa de control y que se caracterizaron por una integración deficiente a nivel local, coordinación inadecuada, recursos y actividades de control no priorizados, dificultades en el diagnóstico y tratamiento de los casos, y supervisión, asesoría y evaluación insuficientes. Los adultos jóvenes del sexo masculino han sido siempre los más afectados. En el año 2000 los casos de malaria por *Plasmodium vivax* constituyeron 84% de los casos notificados y los causados por *P. falciparum*, 15,6%, con predominio en los estados Bolívar y Amazonas. En estos últimos estados se registraron 75% de las 24 defunciones por malaria; el 25% restante, pese a haberse registrado en otros estados, muy probablemente se originaron en Bolívar y Amazonas.

Dengue. El dengue clásico y el dengue hemorrágico se comportan de manera endemoepidémica en todo el país. En los últimos años han circulado simultáneamente los serotipos 1, 2 y 4, a los que se sumó el serotipo 3 a partir de 2000. El año 1998 fue el de mayor incidencia, con 37.586 casos notificados (31.863 de dengue clásico y 5.723 de dengue hemorrágico); en los años siguientes el número de casos disminuyó progresivamente a 21.101 casos en 2000 (18.915 clásicos y 2.186 hemorrágicos). En 1999 se registraron 31 defunciones, y en 2000 los índices de infestación de *Aedes aegypti* en casas y depósitos se mantenían altos (20,7% y 10,3%, respectivamente). Las dificultades que plantea la prevención de esta enfermedad residen fundamentalmente en la insuficiencia y mal uso de los recursos, la falta de evaluación de las intervenciones para el control del vector, la escasa participación de la población en la eliminación de los criaderos y el saneamiento ambiental inadecuado.

Fiebre amarilla. No se notificaron casos de esta enfermedad entre 1980 y 1997; sin embargo, en 1998 se presentó un brote en un pueblo indígena yanomami, con 15 casos y cuatro defunciones, en la región de Parima, Amazonas. En 1999 murió por fiebre amarilla un turista extranjero, probablemente infectado en la región de Canaima, estado Bolívar. El sistema nacional para la vigilancia y control de esta enfermedad se ha ido fortaleciendo y es más estricto en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, en particular en cuanto a la exigencia de vacunación antiamarilla a viajeros procedentes de países infectados.

Enfermedad de Chagas. Es considerada de riesgo para unos 6 millones de personas que viven en 198 municipios de 14 entidades federales, en un territorio de 101.488 km². Históricamente los estados más afectados han sido Trujillo, Lara, Portuguesa y Barinas, debido a sus características geográficas de pie de monte, con zonas cafetaleras y viviendas de paredes de bahareque (adobe) y paja, que favorecen la infestación de *Rhodnius prolixus*, principal vector intradomiciliario. La aplicación de insecticida y el mejoramiento de las viviendas disminuyó la prevalencia de enfermedad de Chagas, que era de alrededor de 45% en los años cincuenta, a menos de 10% en la década del noventa. Los estados con mayores tasas de prevalencia para el período 1992–2000 fueron Carabobo (35,7%), Lara (15,8%), Anzoátegui (9,9%), Portuguesa (9,7%), Táchira (9,5%) y Cojedes (8,9%). En el año 2000 el índice de seroprevalencia fue de 8,3%, con predominio en las regiones occidental y central, y el índice de seroprevalencia en los menores de 10 años fue de 1%, mientras que en el período 1996–1999 se mantuvo por debajo de 1%, lo que significa que la transmisión está aumentando en la población que no había nacido cuando la prevalencia de la enfermedad era elevada. Los indicadores entomológicos de infestación de *R. prolixus* han venido ascendiendo de un índice domiciliario de 0,7% en 1990 a uno de 5,2% en 2000, el más alto de la década. Asimismo, los índices

parasitológicos presentaron un incremento notable en este período, pasando de un índice de infestación domiciliar de *Trypanosoma cruzi* de 0,04% a 0,5%, con mayor índice de seroprevalencia en los menores de 10 años. Debe atribuirse la máxima urgencia al Programa de Chagas para lograr el control efectivo de las áreas chagásicas del país.

Esquistosomiasis. Esta enfermedad se concentra en una zona de la región centro-norte del país, de aproximadamente 15.000 km² de extensión (1,6% del territorio nacional) y una población de 1.690.970 habitantes en riesgo, que residían en los estados Aragua, Carabobo, Miranda, norte de Guárico y Distrito Federal. Fuera de esta área endémica, el caracol (*Biomphalaria glabrata*) que sirve de huésped intermediario ha sido identificado en los estados Monagas (Caripe), Cojedes (Tinaquillo), Lara (Valle Anzoátegui) y Portuguesa (Biscucuy y Chabasquén). Debido a dificultades administrativas y presupuestarias del Programa de Control de la Esquistosomiasis, disminuyeron las actividades de control en el período 1995–2000 en comparación con 1990–1994, lo que afectó la pesquisa y tratamiento en el huésped susceptible (hombre), así como en la eliminación del huésped intermediario (caracol). En estos mismos períodos se observó un incremento de los índices de positividad por los métodos coprológicos en 3,9%, por la técnica de ELISA en 34,1% y por la prueba de precipitina circumoval en 20,3%.

Oncocercosis. De la población en riesgo de oncocercosis en la Región, 18,3% habitan en Venezuela, que es el tercer país en incidencia de esta afección. Existen tres focos de esta enfermedad: Nordoriental, Norcentral y Sur, en los que hay 609 comunidades endémicas registradas; 76,3% están en el foco Nordoriental. La población elegible para recibir tratamiento masivo con ivermectina en dos rondas anuales durante 10 años es de 84.492 personas. En el año 2000, el cumplimiento de las dos rondas de tratamiento fue de 10,3%, y en el primer semestre de 2001 se alcanzó en la primera ronda 7,3% de cumplimiento, lo que pronostica que, por más esfuerzos que se hagan, la cobertura al concluir 2001 será inferior a la del año anterior. Esto se debe a que el programa operaba bajo la responsabilidad del Instituto de Biomedicina, con fondos de un préstamo del Banco Mundial y con muy escasa participación de otras instancias del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y, al agotarse los fondos, las operaciones de tratamiento disminuyeron.

Leishmaniasis cutánea. Es endémica en todo el país, excepto en el estado Nueva Esparta, y más frecuente en hombres de 15 a 44 años dedicados a labores agrícolas. En el año 2000, 92% de los 2.528 casos registrados presentaba la forma cutánea localizada. Los estados con tasas de incidencia más altas que la media nacional (10,5 por 100.000 habitantes) fueron Mérida, Trujillo, Lara, Sucre, Táchira, Cojedes y Anzoátegui.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Las actividades de inmunización antipoliomielítica incluyen la vacunación rutinaria y una jornada anual de vacunación; la cobertura de esta vacuna fue de 87% en 1999 y de 86% en 2000. Con respecto al sarampión, en 1999 y 2000 se han cumplido los indicadores de calidad de la vigilancia del programa de eliminación del sarampión. No obstante, después de no haberse registrado casos de esta enfermedad desde 1997, en 2000 se notificó un brote en el estado Zulia (tres parroquias del municipio Maracaibo y una del municipio Mara) con 22 casos confirmados, realizándose entonces vacunación casa por casa en los municipios afectados y búsqueda activa de focos. En 1998 se notificaron 30.353 casos de rubéola, en 1999, 11.394 y en el año 2.000, 12.609. Asimismo, en 1998 se informaron 17.981 casos de parotiditis, 6.582 en 1999 y 6.044 en el año 2000. En 1998 se llevó a cabo una jornada nacional de vacunación con la vacuna triple viral (contra sarampión, paperas y rubéola) y se alcanzó una cobertura nacional de 92% en los niños de 1 a 4 años. En 1999 la cobertura fue de 80% y en 2000 aumentó a 84% en los niños de 1 año.

Con respecto al tétanos neonatal, en 1998 hubo siete casos, cuatro en 1999 y dos en el año 2000 (el estado Zulia notificó 50% de los casos hasta 1998). Gracias a la vacunación de las mujeres en edad fértil en los municipios de mayor riesgo, no se registró ningún caso de tétanos en 1998, mientras que en 1999 se notificó un caso y en 2000, también un caso. La cobertura de vacunación antitetánica en la población de mujeres en edad fértil de los 43 municipios de riesgo alcanzó a 95,7% en 2000 (figura 4). Los casos de tétanos notificados fueron 46 en 1998, 45 en 1999 y 51 en 2000. No se han comunicado casos de difteria desde 1992. La tendencia de la tos ferina es estable, con 502 casos en 1999 y 499 en 2000. Por problemas de disponibilidad del producto, la cobertura con la vacuna triple DPT (difteria, tos ferina, tétanos) fue de solo 38% en 1998, situación que mejoró en 1999, cuando la cobertura alcanzó a 78% y en 2000, con 77%.

En 1998 se notificaron 684 casos de hepatitis B, 709 en 1999 y 985 en 2000. La vacunación con BCG presentó una cobertura nacional promedio por encima de 95% en 1999 y 2000, al aumentar de 86,2% en 1994 a 99,5% en 2000 (figura 4). A partir de 1998 se modificó el esquema básico de vacunación, sustituyéndose la vacuna antisarampionosa por la triple viral. En 2000, en el Programa Nacional de Inmunizaciones se puso en marcha el Sistema de Vigilancia de Neumonías y Meningitis en menores de 5 años, con nueve centros centinelas. Ese año se incluyeron en el Programa nuevos biológicos, tales como las vacunas contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), contra la hepatitis B y contra la fiebre amarilla en los niños de 1 año y menores, aunque las coberturas respectivas resultaron inferiores a 50%, en parte debido a retrasos de distribución. Se han aplicado nuevas estrategias de vigilancia y control para la rubéola y para la meningitis y neumonía producidas por Hib.

En 2000 se mantuvo la tendencia con respecto a la ausencia de casos confirmados de poliomielitis (último caso en 1989) y difteria (1992), y se utilizó por vez primera el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización de la OPS para la compra de vacuna contra el sarampión y la rubéola, por lo que este mecanismo deberá extenderse a otros biológicos y jeringas, lo que permitirá garantizar calidad a menor costo. Se han detectado deficiencias en la cadena de frío, componente primordial de una inmunización eficaz. Este programa no cuenta con recursos humanos suficientes y hay necesidad de capacitación a nivel local. Asimismo, es necesario actualizar las normas técnicas.

Cólera

Después de su aparición en 1991, el cólera se mantuvo hasta 1993. En 1994 y 1995 no se notificaron casos, pero en 1996 se registraron 268. En 1997 hubo una epidemia con 2.551 casos, equivalente a una tasa de incidencia de 11,2 por 100.000 habitantes. En 1998 la bajó a 1,3 por 100.000 habitantes y en 1999 fue de 1,6 por 100.000 habitantes. En 1999, 64% de los casos se concentraron en Sucre, 14,2% en Delta Amacuro, 13,8% en Nueva Esparta y 2,6% en los estados Miranda y Anzoátegui. La mayoría de los casos de cólera en 2000 se presentaron en el estado Sucre, lo que significó 80,7% de la incidencia anual; Delta Amacuro contribuyó ese año con 9,3%; Nueva Esparta con 4,3%, y entre Monagas y Anzoátegui aportaron 2,1%. En 1999 se produjeron siete defunciones, cuatro en Sucre, una en Delta Amacuro y dos en Monagas (letalidad de 1,8%). En el año 2000 se registraron cuatro defunciones, todas en el estado Sucre, que ha sido el más afectado en los dos últimos años, seguido por Delta Amacuro y Nueva Esparta.

Enfermedades crónicas transmisibles

Tuberculosis. La tuberculosis pulmonar bacilífera y las demás formas de esta afección han variado poco en los últimos años, pues las tasas registradas fueron de 15,6 y 26,1 por 100.000 habitantes en 1991 y de 15,0 y 25,2, por 100.000 respectivamente, en 2000. En 1999 y 2000 se registraron ocho casos de meningitis tuberculosa en menores de 5 años, cinco en el estado Zulia, además de una muerte en esas edades por tuberculosis miliar en 1999. En el estado Zulia la cobertura de la vacuna BCG registrada en 1999 fue de 84,7% y en 2000 de 107,0%, indicador que debe discriminarse más para precisar los municipios y comunidades de mayor riesgo que expliquen la alta incidencia de meningitis tuberculosa y de la forma miliar de la enfermedad en menores de 5 años en ese estado. De 1994 a 2000 el porcentaje de sintomáticos respiratorios de 15 años y más de edad identificados descendió de 6,9% a 3,6%, valor inferior al 5% de captaciones esperadas, mientras que las baciloscopias realizadas en este grupo aumentaron de 29,1% a 53,2%. La proporción de casos positivos en primeras muestras examinadas en sintomáticos respiratorios por baciloscopia disminuyó de 5,9% a 3,9%, cifra que aún está por encima del 2% es-

perado por el Programa Nacional. La proporción de baciloscopias positivas en 1999 fue de 1,5%, índice considerado aceptable. En la evaluación del tratamiento en 1999, se notificaron 81,8% curaciones, 9,0% abandonos, 0,2% fracasos, 4,6% transferencias y 4,4% defunciones (729). Además del crecimiento demográfico y las migraciones, en la aparición de la tuberculosis está influyendo la coinfección con el VIH/SIDA. En el grupo de 15 a 49 años se presentó un promedio de siete defunciones por cada año de edad, cifra muy parecida al promedio de ocho defunciones por año para todas las edades. Esto denota la influencia que tiene el VIH/SIDA en la mortalidad de jóvenes y adultos menores de 50 años.

Lepra. La lepra dejó de constituir un problema de salud pública en 1997. La prevalencia en el año 2000 fue de 0,6 por 10.000 habitantes. El problema persiste en los estados Cojedes, Portuguesa, Barinas, Apure y Trujillo. La detección de casos nuevos es más frecuente a medida que aumenta la edad, y es mayor en el sexo masculino, con predominio en zonas rurales y en urbanizaciones no consolidadas. La forma multibacilar es la más prevalente.

Zoonosis

Las acciones de prevención, control y erradicación de estas enfermedades deben realizarse en forma coordinada entre los sectores de salud y agricultura y esto aún no se ha logrado en Venezuela, lo que retrasa la consecución de algunos objetivos.

Rabia. El número de estados que notifican casos de rabia canina en Venezuela pasó de 11 en 1991 a 2 (Táchira y Zulia) en 2000, pero el promedio anual de casos se mantuvo en cerca de 100. Entre 1991 y 2000 el promedio anual de casos de rabia humana disminuyó de tres casos a uno. Los casos registrados en esos años ocurrieron en el área metropolitana de Maracaibo, prácticamente último reducto de la enfermedad en el país, lo que justifica su mejor atención. Los focos de rabia selvática, que se registran más en la región central del país, han disminuido de un promedio de 160 anuales en los tres primeros años del decenio de 1990, a uno de 30 por año para los últimos tres años de dicho decenio. Esto puede atribuirse sobre todo a la elevada cobertura de vacunación de bovinos, que alcanza a cerca de 40% de los 11,8 millones de cabezas cada año.

Encefalitis equina. La última gran epizootia de encefalitis equina venezolana ocurrió en 1995, cuando se registraron 99 rebaños de caballos afectados y se enfermaron cerca de 12.500 personas. La cobertura de vacunación de animales en 2000 alcanzó a cerca de 60% de la población equina en las zonas de riesgo, lo que, en caso de producirse una epizootia, resultaría insuficiente para evitar casos humanos. La definición imprecisa de responsabilidades, en especial la vacunación de animales, dificulta el logro de las coberturas necesarias.

Leptospirosis. Esta enfermedad registró índices crecientes y en zonas más amplias. Ha habido 46 casos de leptospirosis humana en 11 estados en 1991 y 411 casos en todo el país en 2000. La enfermedad se mantuvo en forma persistente en los bovinos (300 casos en 2000, en 16 estados).

Teniasis y cisticercosis. El complejo teniasis/cisticercosis solo está identificado como un problema de salud pública en el estado Lara, único que cuenta con programa de control de la enfermedad y donde se ha registrado una cantidad creciente de casos entre 1996 y 2000 (de 3 a 138). Entretanto, es probable que esta situación sea similar en los estados que no ejecutan un programa similar y donde es común que haya cerdos y otros animales fuera del corral. El país no tiene encefalopatía espongiiforme bovina, y las características de su explotación ganadera le confieren un nivel de riesgo despreciable.

Fiebre aftosa y estomatitis vesicular. Los focos anuales de fiebre aftosa se están reduciendo en forma gradual, de 20 focos en 1991 y 1992, a cuatro en 1999 y 2000, probablemente como consecuencia de la efectividad del programa; la estomatitis vesicular pasó de 11 focos al año a un promedio de 29 en este mismo lapso.

VIH/SIDA

En el período 1983–1999 se registraron 8.047 casos y 4.726 defunciones, y se estima un subregistro de alrededor de 80%. Según información del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), 62.000 personas eran portadoras del VIH en todo el país en 1999. Al analizar la incidencia acumulada se comprueba que la vía de transmisión más frecuente es la sexual, con 90,3% de los casos (homosexuales 41,5%, heterosexuales 31,7% y bisexuales 17,1%), seguida por la sanguínea, con 4,3% (por uso de drogas intravenosas 2,0%, en hemofílicos 1,3% y por transfusiones 1,0%), la vertical (perinatal) con 3,1% y la mixta con 2,3%. Hay un marcado predominio de casos en el sexo masculino, aunque la tendencia en mujeres es ascendente. La razón hombre/mujer fue de 10:1 en 1990 y 5:1 en 1999. En 50% de los casos la enfermedad se contrajo entre los 15 y los 24 años. El grupo de edad más afectado por el SIDA es el de 25 a 34 años. Los estados con mayores tasas de morbilidad son el Distrito Federal (167,8 por 100.000 habitantes) y Nueva Esparta (37,5 por 100.000). En 1999 se registraron 1.243 defunciones, con una media anual de muertes 2,4 veces mayor en el grupo de 15 a 49 años que en cualquiera de los otros grupos de edades.

Es imprescindible contar con un sistema de vigilancia epidemiológica que actúe en forma articulada con la red del sistema de información del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, para lograr una integración más efectiva entre el nivel local y el programa nacional. El Ministerio ha destinado fondos para atender la demanda de medicamentos en las personas con VIH/SIDA.

Infecciones de transmisión sexual

La incidencia estimada de infecciones de transmisión sexual en 1999, por agente causal, fue: por *Chlamydia trachomatis*, 2.215,5 por 100.000 habitantes (2.424,3 femeninos y 2.009,2 masculinos), con una prevalencia para ambos sexos de 1.840,6 por 100.000 habitantes (2.450,3 femeninos y 1.238,3 masculinos, una proporción de 2:1); por *Neisseria gonorrhoeae*, con una incidencia de 1.404,6 por 100.000 habitantes (1.271,2 en los hombres y algo mayor en las mujeres: 1.539,6) y una prevalencia en ambos sexos de 424,7 por 100.000 habitantes (285,7 en los hombres y 565,4 en las mujeres, con una proporción mujer/hombre de 2:1).

La incidencia de sífilis para ambos sexos fue de 816,1 por 100.000 habitantes (728,4 en hombres y 904,9 en mujeres). La prevalencia total para esta enfermedad fue de 1.022,0 por 100.000 habitantes (1.130,9 en mujeres y 914,3 en hombres). La tasa de incidencia de sífilis adquirida registrada por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social en 1999 fue de 33,7 por 100.000 habitantes. Se tamiza 100% de la sangre para transfusión en Banco de Sangre, y en 1999 se encontró un índice de infección para sífilis de 1,03%. En 1999 el Ministerio notificó 24 defunciones por sífilis congénita en todo el país, lo que representa una tasa de 0,04 por 1.000 nacidos vivos.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Los grupos más afectados por desnutrición general en el año 2000 fueron los menores de 2 años (11,7%), 2 a 6 años (22,4%) y 7 a 14 años (24,4%). El 24% de los preescolares que asisten a las escuelas públicas presentan déficit nutricional y los valores más altos se registran en Barinas (33,5%), Monagas (32,1%), Apure (32%), Portuguesa (31%) y Guárico (30,1%). La tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales en menores de 1 año aumentó de 39,7 por 100.000 nacidos vivos en 1989 a 60,3 por 100.000 en 1999. La prevalencia de exceso de peso en menores de 15 años aumentó de 8,5% en 1990 a 11,3% en 2000. En cuanto a los micronutrientes, 16,5% de las mujeres en edad fértil presentaban anemia y 34,7% deficiencia de hierro, con valores de 22% y 39%, respectivamente, en las mujeres más pobres. La incidencia de anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas fue de 41% y en niños menores de 3 años, de 51%. La mortalidad por deficiencias nutricionales afectó más al grupo de menores de 1 año, con una tasa de 60,3 por 100.000 nacidos vivos. Según los datos disponibles, no hay pruebas de deficiencia de vitamina A. En el año 2000 Venezuela fue certificada como virtualmente libre de desórdenes por deficiencia de yodo. En 1999 la disponibilidad en los mercados de alimentos con proteínas, hierro, vitaminas A y C, tiamina y niacina fue de suficiencia plena (superior a 110%); sin embargo, la de calorías, riboflavina y calcio fue de insuficiencia crítica (menor a 90%).

La diabetes mellitus ocupó en 1999 el quinto lugar entre las principales causas de defunción en el ámbito nacional (5,5%), pero el cuarto lugar (7,4%) en las mujeres. La tasa de mortalidad ese año fue de 23,8 por 100.000 habitantes, 22,9 en los hombres y

26,9 en las mujeres. El mayor riesgo de morir por esta causa correspondió a las mujeres de 60 y más años (282,3 por 100.000) en comparación con los hombres de esas edades (222,1 por 100.000). En 1999 la incidencia de diabetes mellitus de tipo 2 alcanzó 87,9%, la de tipo 1, 10,6%, y los otros tipos, 1,5%. Las complicaciones crónicas más frecuentes en el año 2000 fueron: neuropatía periférica (38%), nefropatía (25,7%), pie diabético (23%), retinopatía (19%), insuficiencia vascular periférica (13,2%) e infección urinaria (6,9%). En las diferentes entidades federales, la prevalencia de diabetes mellitus registrada por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social varía de 0,18% en Mérida a 16,8% en Zulia, lo que denota la inconsistencia en el registro y consecuentemente en el desarrollo del programa.

Enfermedades del sistema circulatorio

Estas enfermedades ocuparon el primer lugar entre las causas de muerte en 1999 (21%); más de la mitad ocurrieron por infarto agudo del miocardio. Las enfermedades hipertensivas explicaron 1 de cada 10 defunciones. La tendencia para las enfermedades isquémicas ha sido ascendente, no así para las hipertensivas, lo que hace suponer un subregistro de esta causa. El grupo de edad de mayor riesgo es el de 40 a 60 años de edad. El sexo masculino sigue siendo el más afectado, así como las mujeres en edad posmenopáusicas.

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas ocuparon el segundo lugar entre las principales causas de muerte en 1999 (14,3%), con predominio de los órganos digestivos, principalmente el estómago, en ambos sexos. En las mujeres, el cáncer de cuello del útero constituye la segunda causa (tasa de 13,1 por 100.000 mujeres), y el mayor riesgo se presenta entre los 25 y 64 años (202,6 por 100.000 mujeres); le sigue el cáncer de mama (tasa de 8,8 por 100.000 mujeres), sobre todo a partir de los 30 años y con mayor proporción entre los 45 y 59 años de edad. En los hombres, el cáncer de bronquios y pulmón ocupó el segundo lugar (tasa de 11,4 por 100.000 hombres), seguido del de próstata (tasa de 11,0 por 100.000 hombres); el grupo de mayor riesgo es el de 50 años y más, con una tasa de 74,9 por 100.000 hombres. Se estima que más de 80% de los pacientes oncológicos no reciben tratamiento para el dolor ni cuidados paliativos adecuados. El principal problema del programa de prevención y control del cáncer de cuello del útero reside en la calidad del diagnóstico citológico.

Accidentes y violencia

En 1999 los accidentes y la violencia contribuyeron con 12,5% al total de las defunciones. Los accidentes de todo tipo ocuparon, en el mismo año, el cuarto lugar entre las principales causas de muerte (7,5%), con una tasa de 32,8 por 100.000 habitantes, 51,0 en hombres y 16,1 en mujeres. La evolución de la mortalidad por esta causa muestra un descenso de 17% en el período 1989–1998. Sin embargo, en los menores de 15 años constituye

la primera causa de muerte para ambos sexos. La mortalidad por accidentes de transporte representa 60% de la mortalidad por accidentes de todo tipo y ocupa el tercer lugar para los hombres y el sexto para las mujeres; la mayor proporción de accidentes se registró en Zulia (15%), Carabobo (8,9%) y el Distrito Federal (8,5%). En 1999, 5% de las muertes se debieron a suicidios y homicidios, lo que representa el séptimo lugar de la mortalidad general y el cuarto lugar para los hombres. La tendencia de la mortalidad por estas causas es ascendente, y la mayor parte se debe a los homicidios, con una tasa de 11,7 por 100.000 habitantes en 1998 y 16,9 en 2000. En 1999, el grupo de mayor riesgo fueron los hombres de 15 a 44 años de edad (430,2 por 100.000) y la mayor mortalidad por estas causas se registró en Zulia (17%), Carabobo (15,9%), Aragua (11,8%) y Distrito Federal (7,0%). Según las cifras de mortalidad registradas hasta el primer semestre de 2000, la mortalidad por suicidios y homicidios pasó del séptimo lugar en 1999 al quinto en el período señalado de 2000. En este último año, la mortalidad por homicidios contribuyó con 83% (8.022) a las defunciones por suicidios y homicidios, mientras que en 1999 su contribución fue de 76% (5.974), lo que representa un incremento de 34,3%.

En cuanto a la violencia intrafamiliar, entre 1998 y 2000 se realizaron un promedio de 4.000 denuncias al año, y para finales de 2001 se esperaba triplicar esta cifra. En el servicio telefónico 800MUJER, del total de llamadas recibidas entre 2000 y 2001, 57,7% correspondieron a violencia contra la mujer y la familia. Cabe mencionar que del total de casos conocidos de este tipo de delitos, en 1997 la violación representó 47% del total, dato relevante en la medida en que se reconoce un alto subregistro de este delito. El Gobierno ha dado alta prioridad a este problema y el INAMUJER, una organización nacional de mujeres venezolanas, le asigna más de 70% de su presupuesto.

Salud oral

De acuerdo con información publicada en 1998 la prevalencia de caries dentales en dientes temporales o primarios antes de los 6 años de edad fue de 3; en dientes permanentes el promedio del índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) entre los 6 y 8 años de edad fue inferior a 1; sin embargo, a partir de los 15 años alcanzó valores de 3, y hacia el final de la adolescencia, de 5 o más (región nordoriental y Guayana). El 15% de los niños de 6 a 15 años tienen algún grado de fluorosis dental, y los valores en el campo duplican los de las zonas urbanas.

Tabaquismo

La prevalencia de fumadores adultos, según estudios nacionales efectuados por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y la Fundación Antitabáquica de Venezuela, descendió de 39,8% en 1984 a 30% en 1996, pero en jóvenes menores de 15 años se ha casi triplicado para los mismos años de 2,7% en 1984 a 7% en 1996; el aumento es más significativo en el sexo femenino. El

consumo per cápita de cigarrillos, según datos oficiales del Ministerio de Hacienda, ha caído de 1.893 unidades en 1984 a 897 unidades en 1996. Si bien las políticas de control de tabaquismo aprobadas en 1981 han producido una baja del consumo, es necesario fortalecer la legislación referente a los menores de 15 años, en particular la prohibición total de la publicidad. De acuerdo con la Encuesta Global de Tabaco de la Organización Mundial de la Salud de 1999, la exposición al humo ambiental de tabaco en jóvenes escolares de 13 a 15 años en cuyos hogares otras personas fuman, es de 40%.

Enfermedades transmitidas por alimentos

Pese al subregistro que impide conocer la real magnitud del problema, entre 1996 y 2000 se evidenció un aumento de 63% en el número de brotes y se cuadruplicaron los casos de enfermedades transmitidas por alimentos. En 56,4% de las veces se logró identificar el agente contaminante (*Staphylococcus aureus* en 72,8% de los casos y niveles elevados de histamina en los alimentos en 14,7%). En 2000, la mitad de los casos ocurrieron en los hogares y 22,8% en las escuelas; 48,4% se presentaron en los estados Vargas y Miranda y en el Distrito Federal.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El marco legal establecido por la Carta Magna ha posibilitado la elaboración de una propuesta de ley orgánica de salud, pendiente de aprobación por la Asamblea Nacional, que recoge las orientaciones de política y establece las normas para su institucionalización. La política de Gobierno, y en particular la de salud, la ejecutan los organismos gubernamentales específicos y el Consejo Federal de Gobierno, entidad encargada de la planificación y coordinación de políticas y acciones orientadas a la descentralización y transferencia de competencias del Poder Nacional a los estados y municipios. Este Consejo está presidido por un vicepresidente ejecutivo e integrado por los ministros, gobernadores, alcaldes de cada estado y representantes de la sociedad organizada.

En 1990 se inició la descentralización de los servicios de salud del entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a los estados; a fines de 2001 se habían descentralizado 17 entidades federales y faltaban los estados Apure, Barinas, Cojedes, Guárico, Amazonas, Delta Amacuro y Vargas. En 1999 se fusionó el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social con el Ministerio de la Familia, creándose el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, que es el órgano rector del sector salud y cuyas funciones son la regulación, formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud y desarrollo social; la integración de las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos del Sistema Público Nacional de Salud; la atención integral de salud a todos los sectores de la población y

en especial la de bajos recursos, y la promoción de la participación ciudadana.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social ha asignado alta prioridad a la reestructuración del nivel central, la aplicación de un modelo de atención integral a la población, y la creación de un Sistema Público Nacional de Salud. Al mismo tiempo, busca trascender el aspecto médico de la salud orientando las acciones hacia el desarrollo social.

El Plan Estratégico de Salud y Desarrollo Social (2000–2006) pretende garantizar la atención integral a la población, en particular a los grupos vulnerables en situación de riesgo, prevenir y controlar la morbilidad y mortalidad prevalente, y garantizar el funcionamiento eficiente, efectivo, equitativo y solidario del sistema de servicios de salud y desarrollo social.

La reforma del sector salud

El Poder Ejecutivo cuenta con un organismo de alta jerarquía mediante el cual ejerce sus funciones de rectoría y coordinación en el sector social y de la salud, denominado Gabinete Social e integrado por los ministros de Salud y Desarrollo Social, que lo preside, de Planificación y Desarrollo, de Educación, Cultura y Deportes, de Producción y Comercio, de Ambiente y Recursos Naturales y de Ciencia y Tecnología. Con objeto de promover la intersectorialidad del sistema público de salud y garantizar el desarrollo de una política integral, el anteproyecto de la ley orgánica de salud contempla la creación del Consejo Nacional Intersectorial de Salud que coordinará las actividades del sector, incluidas las de los diferentes organismos, tanto oficiales como no gubernamentales. Este Consejo actuará en forma coordinada con la Secretaría Técnica del Consejo Federal de Gobierno (Artículo 185 de la Constitución) y las funciones en el ámbito descentralizado las ejercerá a través de los Consejos Intersectoriales Estadales y Municipales. La creación de estos consejos intersectoriales hará posible el establecimiento de mecanismos de coordinación en el ámbito técnico capaces de contribuir a fortalecer el papel rector del Ministerio de Salud y Desarrollo Social en el desarrollo de sus políticas. En los últimos 12 años el país ha realizado cinco grandes esfuerzos de macrorreforma. Por distintas razones, las tres primeras reformas resultaron infructuosas y limitadas. La discusión de las reformas de 1999 se postergó para la Asamblea Nacional de 2001, que habría de tratar la ley marco para la reforma del sector salud en Venezuela.

Con el propósito de promover el desarrollo social, la salud integral y el poder ciudadano de la población, en particular de los grupos excluidos, se definió para 2001 una asignación y distribución de los recursos financieros destinada a: 1) ejecutar, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud y Desarrollo Social, políticas orientadas a establecer la igualdad y la justicia social asegurando la atención de necesidades sociales especiales, y disminuir la violencia, la delincuencia y el uso indebido de dro-

gas mediante el fortalecimiento y modernización de la red ambulatoria y hospitalaria; la atención de enfermedades transmisibles y no transmisibles; el saneamiento ambiental, y la atención a la emergencia social y a los grupos vulnerables y excluidos. Las prioridades son la asistencia maternoinfantil, el combate y erradicación de enfermedades, la accesibilidad a los servicios hospitalarios, la infraestructura social y la atención a la emergencia social. 2) Incrementar la participación ciudadana mediante el fortalecimiento y consolidación de redes sociales en cada nivel de la comunidad para constituir un nuevo modelo de gestión pública. 3) Fortalecer la rectoría, la integración y el desarrollo de las instituciones adscriptas.

La propuesta de ley orgánica de salud que, como ya se mencionó, habría de tratarse en la Asamblea Nacional de 2001, tiene por objeto desarrollar y hacer efectivo el derecho constitucional a la salud. Así, regulará todo lo concerniente a la salud integral individual y colectiva, el desarrollo de un ambiente saludable, la organización y funcionamiento del sector salud, el financiamiento, la prestación de servicios y los productos para la salud, así como los deberes y derechos de las personas, la responsabilidad de los distintos sectores en materia de salud, las actividades de los trabajadores de la salud y de los establecimientos, sean públicos o privados, así como la relación entre ellos. La misma normativa establecía que para el logro del derecho constitucional a la salud, el Sistema Público Nacional de Salud se rija por los principios siguientes:

Universalidad: todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, para lo cual se garantizará su acceso a los servicios y programas de salud sin discriminación alguna y en condiciones de igualdad efectiva.

Equidad: serán reconocidas y atendidas las distintas necesidades de los grupos de la población con objeto de reducir las desigualdades de salud asociadas a la ubicación geográfica, la clase social, el género, la etnia y otras categorías de población.

Solidaridad: para el logro del bienestar común y la salud colectiva, todas las personas y sectores contribuirán con el funcionamiento del sistema de acuerdo con sus capacidades.

Unicidad e integración social: se promoverá la cohesión social, la conciencia y la organización ciudadana estableciendo el derecho a la salud como objetivo común basado en una concepción única, participativa y solidaria del Sistema Público Nacional de Salud.

Gratuidad: no se permitirán cobros directos a las personas en los servicios de salud prestados en el Sistema Público Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto en la Constitución de la República y dentro de los términos establecidos en esta ley.

Participación: la comunidad organizada participará en el diseño de las políticas, planes, proyectos, programas, normas y reglamentos de salud, así como en la ejecución y evaluación de la gestión en salud.

Integralidad: las políticas, planes y programas de salud se diseñarán y ejecutarán de manera holística e intersectorial, en

procura de una mejor calidad de vida y por ende del bienestar colectivo. A su vez, los servicios de salud realizarán acciones integrales orientadas a promover la salud y evitar accidentes, así como a la medicina preventiva, la restitución de la salud y la rehabilitación.

Pertinencia cultural y lingüística: las políticas, planes, servicios y programas de salud se diseñarán y ejecutarán considerando la diversidad cultural nacional y reconociendo el carácter multiétnico, pluricultural y multilingüe del Estado.

Calidad, eficacia y eficiencia: todos los servicios del Sistema Público Nacional de Salud deben brindarse en forma oportuna, adecuada y continua mediante la utilización eficaz de sus recursos y con arreglo a criterios de máxima calidad y reconocida validez para el cumplimiento efectivo de las metas trazadas en las políticas y planes de salud.

El sistema de salud

Organización institucional del sector

En 1990 se inició el proceso de transferencia (descentralización) de los servicios de salud del entonces Ministerio de Sanidad a los estados. De acuerdo con la información del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, en marzo de 2001 todos los estados habían suscrito convenios de descentralización con el ente rector, excepto Guárico y Portuguesa, donde aun estaban en proceso de negociación. Los convenios suscritos permitieron la transferencia financiera y de recursos humanos, pero no así la transferencia de bienes muebles e inmuebles.

El sector salud está constituido por el sector público, integrado por múltiples instituciones que operan de manera no integrada, centralizada y desconcentrada, y por el sector privado. El sector público está formado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, el Instituto de Previsión de Asistencia Social del Ministerio de Educación, el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas y la Alcaldía Mayor (antes Gobernación del Distrito Federal). La red de establecimientos públicos de salud contempla diferentes niveles de atención y se encuentra distribuida a lo largo de todo el país.

En Venezuela, más de 2.400 instituciones trabajan en el campo de la salud. Pertenecen tanto al sector público como privado, incluidas las organizaciones no gubernamentales. El sector público lleva el peso de la prestación de los servicios de salud a la población.

En la Constitución y en la propuesta de ley orgánica de salud se establecen instancias de coordinación intergubernamental que facilitarán la construcción del sistema político de salud. Existen notorias insuficiencias en la cobertura de los servicios de salud; mientras amplios grupos de población carecen de acceso a estos servicios, o tienen un acceso muy restringido, algunos cuentan con múltiple cobertura de varios servicios. La capacidad de resolución de la red es insuficiente, las listas de espera para

cirugías y atención ambulatoria especializada son extensas y es frecuente la carencia o insuficiencia de algunos insumos esenciales para la atención de las personas. La red no incluye planes de mitigación y prevención de emergencias y desastres. Para dar respuesta a estas situaciones, se ha puesto en práctica un nuevo modelo de atención integral de salud en el nivel ambulatorio.

Legislación sobre salud

La Constitución establece las bases para perfeccionar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del sector salud. Así, el artículo 83 establece que la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo ha de garantizar. Con este propósito, en el artículo 84 se ordena la creación de un Sistema Público Nacional de Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, que tendrá carácter intersectorial, descentralizado y participativo, y estará integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. En el artículo 85 se estipula que el financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud es obligación del Estado. Por último, el artículo 86 señala que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.

Modalidades de aseguramiento

Como ya se señaló, existen notorias insuficiencias en la cobertura de los servicios de salud, ya que mientras extensos grupos de población carecen de acceso a estos servicios o tienen uno muy limitado, algunos cuentan con múltiple cobertura de varios servicios. En 1997, 15.665.235 personas (65% de la población) tenían algún tipo de aseguramiento. El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales es la institución con mayor cobertura, pues alcanza a 57% del total de la población asegurada, entre titulares y beneficiarios. El Ministerio de Salud y Desarrollo Social y las entidades federales tienen la obligación de proteger a los grupos de población que no disponen de otro tipo de aseguramiento público (35%); no obstante, en la práctica, la red ambulatoria del Ministerio atiende a cerca de 80% de la población.

Organización de las acciones de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social regula y controla los establecimientos públicos y privados que prestan servicios de salud, para lo cual ha diseñado mecanismos de registro, habilitación y clasificación. La Asamblea Nacional trató en las sesiones de 2001 la creación de un organismo responsable de la acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de salud. Las instituciones han efectuado medidas de control tales como la instalación y adecuación tecnológica de plantas industriales. Asimismo, se ha planteado como meta la eliminación del uso de

la gasolina con plomo para el año 2005 y se promueve el uso del gas y de gasolina sin plomo para los vehículos automotores.

Los mercados básicos en salud

La Contraloría de Salud Colectiva es una competencia del Sistema Público Nacional de Salud que se ocupa del registro, análisis, inspección, vigilancia y control de los procesos de producción, almacenamiento, comercialización, transporte y expendio de bienes de uso y consumo humano, así como de los equipos, materiales, establecimientos e industrias destinados a actividades relacionadas con la salud. La importación, fabricación, elaboración, transporte, almacenamiento, comercialización y suministro, aun bajo la forma de donación de los bienes regulados, están bajo el control del Ministerio de Salud y Desarrollo Social en todo lo concerniente a la protección de la salud colectiva.

El Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel es el órgano del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de apoyo científico y tecnológico, responsable de los análisis y evaluaciones de la calidad y seguridad de los alimentos, medicamentos, cosméticos, reactivos y materiales con fines de diagnóstico y tratamiento, y de cualquier otro producto de consumo y uso humano o con potencial efecto sobre la salud.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social aplica un sistema de regulación de productos farmacéuticos para certificar su calidad, seguridad, eficacia, tolerancia, pureza y estabilidad, mediante el registro, la autorización previa, la vigilancia, y el control e inspección de los productos, establecimientos y profesiones relacionadas.

La calidad del ambiente

Según la legislación venezolana las acciones de regulación, monitoreo, normalización y control de la calidad ambiental posee organizaciones rectoras tales como el Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. El primero, por medio de la dirección general de calidad ambiental, y el segundo a través de su dirección general de salud ambiental y contraloría sanitaria. No obstante, varias organizaciones del Estado poseen diversas competencias en este sector, como es el caso del Ministerio de Infraestructura en materia de vivienda, y el Ministerio de Energía y Minas en cuanto a la seguridad química.

Los servicios de saneamiento ambiental ejecutan las acciones orientadas al logro, conservación y recuperación de las condiciones saludables del ambiente para preservar la salud del individuo y la colectividad. Estas acciones incluyen el control, disminución y erradicación de factores biológicos, físicos, químicos y de otra índole presentes en el ambiente que sean perjudiciales para las personas. Todas ellas se realizan en estrecha coordinación con el Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales; asimismo, se coordinan acciones con el Ministerio del Trabajo en lo que corresponda a sus atribuciones en esta área.

Compete al Ministerio de Salud y Desarrollo Social ejercer la regulación sanitaria de la disposición final de órganos, tejidos,

embriones, fetos, cadáveres y partes de seres humanos; así como de la disposición de los desechos generados en los establecimientos de salud a fin de evitar la propagación de enfermedades y el daño ambiental. Además, corresponde a este Ministerio definir las políticas, planes, programas de saneamiento ambiental, establecer las normas técnicas de saneamiento, coordinar, controlar y supervisar la ejecución de las políticas y programas y el cumplimiento de las normas nacionales y estatales. Las Direcciones Estadales y Municipales de Salud y Desarrollo Social son las encargadas de ejecutar los programas de saneamiento ambiental establecidos por el organismo rector.

La calidad de los alimentos

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social es responsable del registro de todos los alimentos en el país, que en 2001 llegaban a 90.000, y de controlar su inocuidad en todas las etapas desde la producción industrial hasta el punto de consumo. No hay control de la presencia en los alimentos de sustancias contaminantes de uso veterinario (hormonas, antibióticos, etc.), ni existen medidas que regulen los alimentos genéticamente modificados. A partir del año 2000, este Ministerio empezó a establecer el sistema de control de calidad de los alimentos denominado análisis de peligros, riesgos y puntos críticos de control y, conocido como HACCP, por su sigla en inglés.

Organización de los servicios de salud pública

Las Direcciones Estadales de Salud y Desarrollo Social, en sus respectivos ámbitos de competencia, aplican las políticas sanitarias nacionales; diseñan, ejecutan y evalúan los planes y programas de salud de los estados; gestionan y procuran fuentes de financiamiento; asignan los recursos provenientes de los niveles nacional y estadual, y tienen a su cargo la prestación de los servicios y programas de salud. Cada Dirección integra así en un solo organismo, dentro de su jurisdicción, la actividad de todos los establecimientos públicos y de otras instituciones afines del campo de la salud que reciben financiamiento del Estado.

Las Direcciones Municipales de Salud y Desarrollo Social gestionan los servicios de promoción integral de la salud, prevención de accidentes, medicina preventiva y saneamiento ambiental, a su cargo, y administran los recursos asignados para tales fines. Todo ello de acuerdo con las características y capacidades particulares de cada municipio conforme a la ley y a los convenios de transferencia de servicios y programas, cuando ellos existan. Cada dirección municipal debe contar con una representación permanente de la comunidad organizada en su cuerpo directivo; igual provisión se tomará a nivel parroquial.

La vigilancia sanitaria ambiental es incipiente y debe fortalecerse, ya que carece de la suficiente capacidad en materia de laboratorios, recursos humanos capacitados e investigación. El sistema nacional de información en salud recolecta y analiza la

información sobre epidemiología, programas y servicios de salud, costos y gastos.

Los recursos hídricos son abundantes (más de 1.000 millones de m³) y se estima que los volúmenes aprovechables de aguas superficiales llegan a 93.000 millones de m³ y a 22.312 millones de m³ en aguas subterráneas. La cobertura de distribución de agua potable pasó de 77% en 1996 a 84% en 2000; las zonas no cubiertas son principalmente las rurales, indígenas y urbanas no consolidadas. En relación con la calidad del agua, operan 125 plantas de potabilización, mayormente ubicadas en los sistemas que dan servicio a las ciudades. Esta infraestructura se considera suficiente en cuanto a capacidad instalada. Sin embargo, la vigilancia y control del servicio en las zonas rurales es deficiente y por ende la calidad de las aguas distribuidas es dudosa.

En cuanto a las aguas servidas, en el año 2000, 73% de la población poseía servicios con disposición adecuada, concentrándose el déficit, como ocurre con el agua potable, en las zonas rurales, indígenas y urbanas no consolidadas. De un total estimado de 76 m³ de aguas servidas que se vierten por segundo, solo 10% recibe tratamiento. La inversión pública anual en el sector no supera a 0,2% del PIB en los últimos cinco años. Para 2001, con recursos adicionales del orden de US\$ 88,9 millones que significaron un aumento presupuestario de 26,7% para el sector, se consolidó un Plan Nacional de Saneamiento. El agua no contabilizada, que alcanzó un promedio nacional de 62% en 1999, constituye un aspecto fundamental y de gran incidencia en el déficit financiero del sector.

En materia de residuos sólidos, 72% de los municipios carece de infraestructura para su disposición sanitaria y el país no cuenta con rellenos de seguridad para los materiales peligrosos, incluidos los residuos hospitalarios. Esta situación, sumada a una generalizada gestión inadecuada, ha planteado una urgencia legislativa y se está elaborando el marco legal que permita dar respuesta a esta problemática. El monitoreo atmosférico se realiza mediante una red instrumental que ha detectado un incremento en los niveles contaminantes, sobre todo en las concentraciones de material particulado, en las zonas industriales de los estados Zulia y Bolívar. Hay investigaciones que señalan una asociación de enfermedades respiratorias con el aumento de contaminantes en el aire.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual

Los establecimientos prestadores de servicios y programas del Sistema Público Nacional de Salud se organizan bajo la modalidad de red sanitaria en función de niveles de atención y grados de complejidad, cobertura geográfica, sectorización poblacional y capacidad resolutoria. Estos establecimientos son los hospitales y los servicios ambulatorios, los centros de especialidades, las

maternidades, los bancos de sangre y otros servicios públicos debidamente habilitados, registrados, y acreditados en el Sistema Público Nacional de Salud. Todos los establecimientos públicos de salud deben formar parte de una red.

Los establecimientos ambulatorios y hospitalarios pertenecientes al Sistema Público Nacional de Salud están organizados con arreglo a su nivel de complejidad y capacidad resolutoria, y actúan de manera coordinada entre sí en la red pública de salud correspondiente para prestar servicios a la población respectiva. Para tal fin, se constituyen al menos tres niveles de atención, en cada uno de los cuales se incluyen los distintos establecimientos de salud pertenecientes a cada red, ascendiendo de menor a mayor complejidad en la escala de niveles. Las disposiciones reglamentarias y las resoluciones determinan la adscripción de los establecimientos, sus características y forma de funcionamiento en cada nivel de atención.

En el nivel primario existen 4.804 establecimientos ambulatorios públicos, de los cuales 4.605 (96%) pertenecen al Ministerio de Salud y Desarrollo Social. No se dispone de información sobre la cantidad de organizaciones no gubernamentales que actúan en el nivel primario de atención ni de los establecimientos ambulatorios privados. Los hospitales de la red de establecimientos públicos suman 296: 214 dependientes del Ministerio o de las gobernaciones, 33 del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, 13 del Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas, 3 de Petróleos de Venezuela, 29 del Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología, 2 de la Corporación Venezolana de Guayana, 1 de la alcaldía de Miranda y 1 de la Policía Estatal de Caracas. El sector privado cuenta con 344 hospitales (315 instituciones lucrativas y 29 fundaciones benéficas). En el año 2000 fueron censadas 40.675 camas en el ámbito público gubernamental (17,6 camas por 10.000 habitantes), y de estas, más de 50% se ubicaban entre el Distrito Federal y los estados más desarrollados.

Pese a la cantidad aparentemente adecuada de establecimientos ambulatorios y hospitalarios, la capacidad de resolución de la red, como ya se mencionó, es precaria, hay largas listas de espera para la atención quirúrgica y ambulatoria especializada, y a menudo faltan insumos esenciales para la atención individual. Como forma de solucionar esta situación se constituyó una comisión nacional coordinadora del abordaje de la problemática hospitalaria, que goza de relativa autonomía y cuenta con apoyo político y financiero. Se identificaron los principales problemas y se diseñaron proyectos para atenderlos que plantean soluciones en el corto, mediano y largo plazo. En el corto plazo se contrataron servicios privados y se establecieron convenios con países amigos, lo que permitió aliviar las necesidades de atención inmediatas que la red oficial no resolvía. Adicionalmente, el Gobierno asignó una partida extrapresupuestaria importante para equipar o fortalecer la infraestructura en hospitales seleccionados y se formuló una propuesta de marco legal y administrativo para fomentar la autonomía de gestión.

Insumos para la salud

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social regula y fiscaliza todo lo relacionado con la gestión de los medicamentos, desde su fabricación hasta su utilización por los pacientes. La oferta nacional está atendida por productores locales e importadores. La producción nacional como porcentaje del abastecimiento total decreció de 95% en 1995 a 45% en 2000. El gasto total en medicamentos se incrementó en los últimos años, pasando de US\$ 1.200 millones en 1998 a US\$ 1.600 millones en 2000. Sin embargo, el acceso, indirectamente referido por un indicador de consumo como es el número de unidades per cápita, disminuyó pasando de 18 unidades per cápita en 1977 a 13 en 2000. Del gasto total en medicamentos en el año 2000, 34% (US\$ 547 millones) correspondió al sector público. El 15,2% del gasto en salud, ejecutado a través del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, está dedicado a la adquisición de medicamentos. El Ministerio elabora un documento sobre la política nacional de medicamentos, fundamentado en el aseguramiento del acceso a los medicamentos esenciales.

Recursos humanos

En 1999 la razón de médicos por 10.000 habitantes era de 19,7, mientras que para el personal de enfermería era de 7,9. Del total de médicos del país, 46,8% trabajaba a tiempo completo o parcial en el sector público (Ministerio de Salud y Desarrollo Social e Instituto Venezolano de los Seguros Sociales); no se dispone de información sobre los que trabajan en otras instituciones públicas. En 1998, 50,5% de los médicos registrados eran especialistas y 49,5% eran médicos generales. No obstante, su distribución en los estados evidencia la falta de equidad del sistema, ya que 55% de los médicos trabajaban en los cinco estados de mayor ingreso per cápita.

Según la Oficina de Planificación del Sector Universitario, en 1997 existía oferta de formación con nivel de licenciatura en los siguientes campos: 10 en medicina, 8 en enfermería, 7 en odontología, 4 en farmacia, 3 en nutrición, 5 en bioanálisis y 4 en veterinaria. La oferta de formación con nivel de técnico superior comprendía: 19 programas en enfermería, 3 en fisioterapia, 3 en salud ocupacional, 1 en atención cardiopulmonar, 1 en información sanitaria, 1 en ingeniería sanitaria, 2 en citotecnología, 2 en terapia del lenguaje, 1 en trabajo social, 2 en administración de hospitales, 2 en gerencia de servicios, 1 en radiología y 1 en gerontología. El Consejo Nacional de Universidades, dependiente del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, otorga permiso de funcionamiento a todos los programas de formación en el país, incluidos los del campo de la salud, y está trabajando para lograr que se inicien procesos de acreditación.

La oferta para el nivel de técnicos medios es la siguiente: 4 programas en administración de servicios, 3 en puericultura, 2

en registros y estadísticas de salud, 2 en laboratorio clínico, 2 en traumatología y ortopedia, 1 en electromedicina y 1 en inspección sanitaria. La Dirección de Educación Media Diversificada y Profesional del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes otorga el permiso de apertura y la acreditación de estos cursos. No se dispone de información actualizada sobre matrículas y egresos en el campo de ciencias de la salud.

Según datos del Consejo Nacional de Universidades, Oficina de Planificación del Sector Universitario, correspondientes a 1997, la oferta de cursos de formación de posgrado se refiere a los niveles de especialización, maestría y doctorado: en el nivel de especialización hay 167 programas; en el nivel de maestría, 53 programas, y en el de doctorado, 20 programas. No existen registros de la matrícula y egresos de los posgrados.

De acuerdo con información proveniente de la Unidad de Capacitación del Proyecto Salud 2001, en el período 1997–2000, en el marco de los proyectos de fortalecimiento del sistema de salud y con apoyo técnico de la OPS, se desarrolló un Plan Nacional de Capacitación que contó con financiamiento del Banco Mundial. En este lapso se realizaron 143 cursos con un total de 2.816 participantes provenientes de los 24 estados del país. Los contenidos de los cursos fueron: epidemiología, salud maternoinfantil y promoción social, gerencia de servicios de salud, atención integral y aspectos tecnológicos de la gestión en salud. La proporción de personal que recibe capacitación es pequeña, sobre todo en las regiones, y descuida las categorías de personal administrativo y de servicio.

El nivel medio de la remuneración del médico general del Ministerio de Salud y Desarrollo Social es de US\$ 1.000 por mes. El nivel medio de la remuneración del médico especialista de este Ministerio es de US\$ 1.200. Cabe destacar que hay diferencias sustantivas (entre 10% y 20%) entre la remuneración de los profesionales del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y las Gobernaciones.

La mayoría de las áreas de desarrollo de recursos humanos en salud y desarrollo social deben reforzarse en el país, en particular el sistema de información y la definición de una política integral de recursos humanos coherente con la política de salud. La certificación de la idoneidad de los profesionales la proporciona la respectiva entidad formadora o universidad. El registro y el otorgamiento del número de matrícula profesional se realiza obligatoriamente en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, en la Dirección de Contraloría Sanitaria, para las siguientes categorías de profesionales: médicos, enfermeros graduados y técnicos superiores en enfermería, odontólogos, farmacéuticos, nutricionistas y bioanalistas. La regulación de la práctica profesional se realiza actualmente a través de la acción de los colegios y federaciones de colegios de profesionales, con énfasis en la práctica de las especialidades médicas, por medio de la comisión de credenciales y con normas y reglamentaciones específicas. Según la propuesta de la ley orgánica de salud, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social tendrá a cargo la regulación, vigilancia, fiscali-

zación y control de la práctica de los profesionales y técnicos de la salud, sobre la base de los principios de la buena práctica, la ética, la enseñanza, la investigación y de nuevas propuestas de gestión de personal. Con el propósito de establecer los criterios y mecanismos para la recertificación se creará una comisión conformada por los Ministerios de Salud y Desarrollo Social (coordinación), de Educación, Cultura y Deportes, de Ciencia y Tecnología, las universidades nacionales, las academias nacionales y las sociedades científicas.

Investigación y tecnología en salud

El Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICYT) coordina en el ámbito nacional la promoción y gestión de la ciencia y la tecnología. Dependientes del CONICYT, pero con autonomía de gestión, existen fundaciones de ciencia y tecnología que funcionan en 10 estados del país. Con la creación del Ministerio de Ciencia y Tecnología en 1999 el CONICYT y las otras entidades están experimentando un proceso total de reestructuración y redimensionamiento de sus funciones.

En el Ministerio de Salud y Desarrollo Social funciona la Dirección de Investigación en Salud, dependiente de la Dirección General de Investigación y Educación, que se encuentra en el organigrama bajo la dependencia del Viceministerio de Salud. Por otra parte, existen nueve centros e institutos adscriptos al Ministerio, entre cuyas funciones principales se cuenta la de realizar investigación en salud. De acuerdo con información del CONICYT, en 1990 el área de la salud utilizó 34% de los recursos totales y en 1993 utilizó solamente 20,3%.

En 1998, dentro del Programa de Subvenciones a Proyectos de Investigación Científica, sobre un total de 1.553.000.000 bolívares (equivalentes a US\$ 2.875.926) el área de tecnología y ciencias médicas utilizó 46,4% de los recursos. En el Programa de Desarrollo Tecnológico, sobre un total de 988.000.000 de bolívares (equivalentes a US\$ 1.829.629) los proyectos destinados a la salud obtuvieron 6,1% de los recursos. De 140 becas anuales para la formación de investigadores, 12 correspondieron al sector salud (8,6%).

En 1990 las actividades de investigación en salud se centraban en la investigación biomédica básica y clínica (88%) y solo 12% se orientaban a proyectos y trabajos en salud pública. Si bien no se cuenta con datos actualizados, al parecer la tendencia es descendente, es decir que las políticas y prioridades, así como las fuentes de financiamiento para la investigación en salud no se encuentran bien definidas y esta debilidad es mayor en lo que se refiere a la investigación de políticas, sistemas y servicios de salud. Los cursos de posgrado se orientan a la formación de especialistas (68,7% de los programas) más que a la investigación (8,6% son programas de doctorado), y no se atiende en forma adecuada el sistema de gestión del personal de investigadores.

No existen todavía políticas regulatorias definidas sobre desarrollo, adecuación e incorporación de tecnologías en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. La incorporación de tecnologías se realiza sin un proceso de estudio y validación previos. La adecuación, cuando se realiza, obedece a necesidades coyunturales y específicas de algunos programas o servicios.

Gasto y financiamiento sectorial

El financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud es solidario e integral. Está constituido por los presupuestos fiscales nacionales, estatales y municipales en salud, los ingresos de los estados y municipios destinados a la salud, las transferencias provenientes de otros subsistemas de la seguridad social, los aranceles específicos, los recursos obtenidos de la recuperación del costo por los servicios de registro, y la Contraloría de Salud Colectiva.

La participación del gasto público en salud en el presupuesto nacional aumentó de 8,6% en 1995 a 11,6% en 2000. El gasto total en salud como porcentaje del PIB ha tenido tendencia oscilante desde 1995, cuando se ubicó en 2,6%, para descender a 2,0% en 1996, ascender a 2,7% en 1997 y mantener ese ascenso hasta 2000, cuando fue de 3,0%. Igual situación se observa para el gasto público per cápita, que fue de US\$ 34,1 en 1995, descendió a US\$ 23,8 en 1996 y subió a US\$ 62,2 en 2000. El gasto en salud del Gobierno central como porcentaje del PIB descendió de 1,5% en 1995 a 0,8% en 1996 y ascendió a 1,3% en 1999. El gasto privado aumentó en mayor proporción que el gasto público y representó en 1999 más de 50% del total (1,6% del PIB). El 6,6% del Presupuesto Fiscal de la Nación del año 2001 le fue asignado al Ministerio de Salud y Desarrollo Social (US\$ 2.108.150.100). De este monto, 74% (US\$ 1.560.031.000), se transfirió a organismos adscritos al Ministerio y a los estados. La asignación per cápita osciló entre US\$ 76 (Apure) y US\$ 24 (Miranda), lo que pone de relieve el esfuerzo por privilegiar la equidad en el proceso. No obstante, 70% del presupuesto se destina a la red de hospitales, 20% a asistencia primaria y 10% restante a la gestión del sistema.

El presupuesto general del país en 2001 fue de US\$ 32.063.954.400 y contempla un aporte de US\$ 13.129.166.000 para el sector social, de estos, 16,1% se asignó al Ministerio de Salud y Desarrollo Social (US\$ 2.108.149.200). Las partidas presupuestarias asignadas a este Ministerio representan 6,6% del presupuesto total del país.

Cooperación técnica y financiera externa en salud

El aporte total de la cooperación externa al presupuesto de salud en el año 2001 fue de US\$ 82,6 millones, equivalente a 3,9%

del presupuesto del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Del aporte total de US\$ 82,6 millones de la cooperación externa en 2001, US\$ 72,3 millones (88%) llegaron al país a través de préstamos y US\$ 10,3 millones (12%) vía donaciones o cooperación multilateral, específicamente del Sistema de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano.

Los préstamos (US\$ 72,3 millones) fueron para los campos de modernización y fortalecimiento del sector salud, apoyo a la iniciativa de gestión social (Banco Interamericano de Desarrollo), reforma de los servicios de salud, fortalecimiento y modernización del sector salud en Caracas (Banco Mundial), inversión y desarrollo social (Corporación Andina de Fomento), manejo de desechos hospitalarios (Plan Hispano-Venezolano), e inversión social y desarrollo urbano (Bonos de la Deuda Externa).

El aporte de la cooperación multilateral en 2001 fue de US\$ 10,3 millones, de los cuales el Sistema de Naciones Unidas contribuyó con US\$ 9,3 millones, distribuidos de la siguiente manera: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) con US\$ 2.159.992 destinados a gobernabilidad democrática, desarrollo humano (pobreza), desarrollo local, ambiente, gestión de la cooperación y otras demandas; Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) con US\$ 831.600 destinados al Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva en poblaciones rurales, a género y empleo, educación en salud sexual y reproductiva para conscriptos de las Fuerzas Armadas Nacionales, red de población, género, apoyo de proyectos, Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA, una organización no gubernamental), y gestión de proyectos; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) con US\$ 210.000 para el proyecto de política, para información, apoyo a organizaciones no gubernamentales y para medicamentos genéricos; Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) con US\$ 982.500 para el proyecto de Desarrollo Rural, Seguridad Alimentaria y Desarrollo Agrícola; Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) con US\$ 1.652.000 para el proyecto de atención médica y ayudas específicas a refugiados; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con US\$ 1.746.362 para políticas públicas, movilización y comunicación, desarrollo local, el Programa de la Región Andina (ProAndes) y del Amazonas; y OPS/OMS, US\$ 1.741.000 para cooperación técnica en todas las áreas de la salud pública. Adicionalmente, el Instituto Interamericano de Cooperación Agrícola (IICA) contribuyó con US\$ 450.000 para las áreas de producción animal y vegetal, inocuidad, comercio de alimentos e investigación agropecuaria, y la Organización de Estados Americanos (OEA) con US\$ 40.000 para cursos internacionales de salud.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Venezuela, 2000.

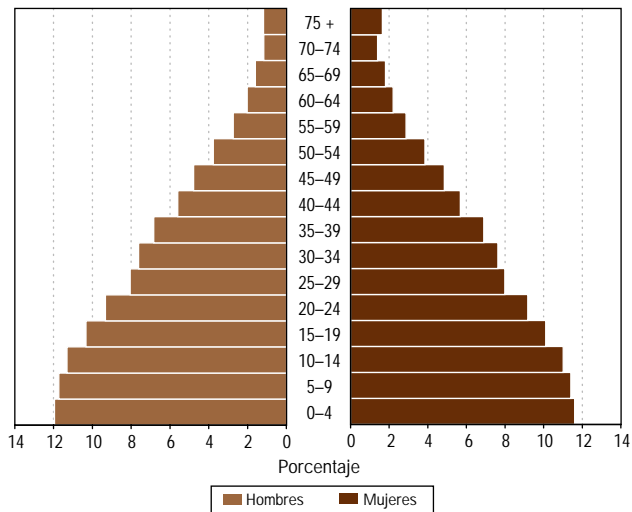


FIGURA 3. Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo, Venezuela, 1995-2000.

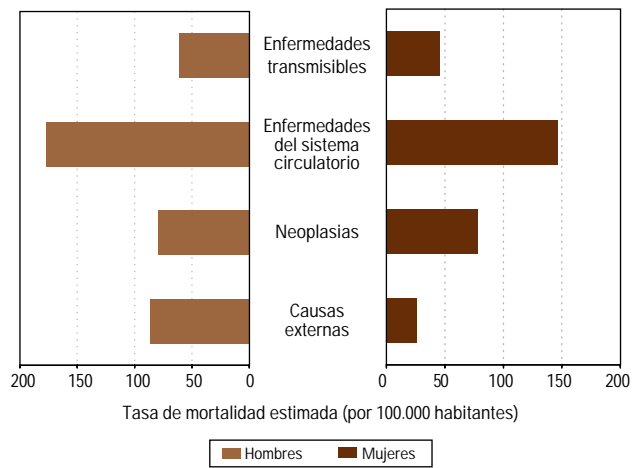


FIGURA 2. Crecimiento anual del producto interno bruto, Venezuela, 1990-2000.

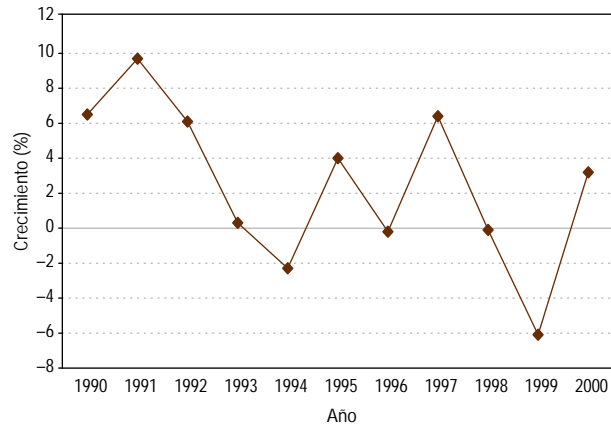
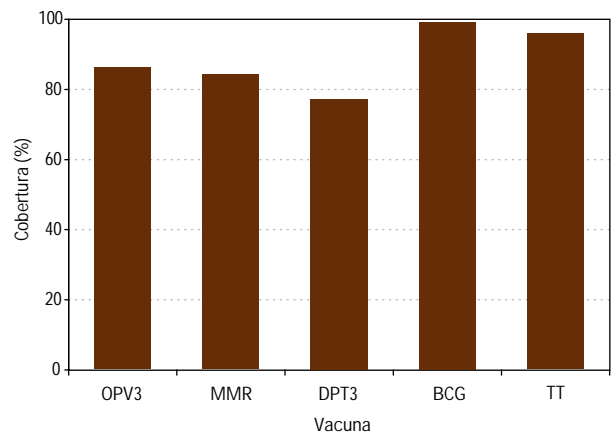


FIGURA 4. Cobertura de inmunización en la población menor de 1 año y en mujeres en edad fértil según vacuna, Venezuela, 2000.



FRONTERA DE ESTADOS UNIDOS Y MÉXICO

CONTEXTO GENERAL

La línea fronteriza entre Estados Unidos y México tiene una extensión de 3.141 kilómetros (1.952 millas), desde el Golfo de México hasta el Océano Pacífico. En 1983, mediante el Acuerdo de Cooperación Fronteriza del Medio Ambiente (mejor conocido como el Acuerdo de La Paz), la franja fronteriza quedó definida legalmente en 100 kilómetros o 62 millas a cada lado del límite político (aproximadamente 250.000 millas cuadradas).

Comparten la frontera seis estados de México (Tamaulipas, Nuevo León, Coahuila, Chihuahua, Sonora y Baja California) y cuatro de los Estados Unidos (Texas, Nuevo México, Arizona y California); en 1997 había 74.353.816 habitantes en los 10 estados. La población de la franja fronteriza, distribuida en 48 condados estadounidenses y 88 municipios mexicanos (incluidos los 14 pares de las ciudades hermanas), era de 17,9 millones de habitantes en 2000, 63,7% en el lado estadounidense.

Las principales ciudades mexicanas (Tijuana, Ciudad Juárez y Mexicali) concentran algo más de 50% de la población en la frontera mexicana; en la americana, la población hispana continúa en crecimiento y, según el censo de 2000, la población hispana llegó a 40%, 92% de la cual es de origen mexicano. La distribución de la población hispana a lo largo de la frontera difiere, aunque llega a 84% en Texas. Este mosaico demográfico incluye a 25 naciones de indígenas estadounidenses con tierras y pueblos dentro o cerca de la frontera.

La elevada migración y las altas tasas de natalidad (26,1 nacidos vivos por 1.000 habitantes en el lado mexicano y 18,9 por 1.000 en el estadounidense) produjeron en la década de los noventa una tasa de crecimiento de la población de 4,5% anual promedio en el lado mexicano y de 2,4% en el lado estadounidense, ambas superiores a las respectivas tasas nacionales. En algunos condados y municipios la población ha crecido considerablemente entre 1980 y 1990: 45% en Santa Cruz (Arizona), 41% en Doña Ana (Nuevo México), 62% en Tijuana (Baja California), 59% en Nogales (Sonora) y 40% en Ciudad Juárez (Chihuahua).

Aproximadamente la mitad del crecimiento demográfico en esta área fronteriza se debe a migraciones, la mayoría de las cua-

les son consecuencia del establecimiento de plantas de manufactura o maquiladoras en el norte de México. Debido al mismo fenómeno migratorio, 33% de los habitantes en el lado mexicano son menores de 15 años, mientras que 4% son mayores de 65; esta estructura poblacional es muy diferente de la nacional; en el lado estadounidense de la frontera, 25% son menores de 15 años y 12%, mayores de 65.

Los Estados Unidos es uno de los países que registra el mayor número de inmigrantes. Entre 1920 y 1998 ingresaron legalmente 64,6 millones de personas, 660.477 de ellas en 1998. En los últimos nueve años la mayoría de los inmigrantes han provenido de México, el Caribe, América Central y América del Sur; en 1998, por ejemplo, 19,8% procedían de México y 42,9% de las otras regiones. La mayoría de los inmigrantes mexicanos y centroamericanos constituyen una fuerza laboral importante, ya que 67,9% se encuentran dentro del grupo de 15–39 años; 72,5% de ellos son trabajadores agrícolas e industriales, y prestadores de servicios.

El intenso flujo migratorio hace que esta sea la frontera más transitada del mundo; en 1998 cruzaron legalmente más de 400 millones de personas, cuatro veces la población de México. Las ciudades fronterizas que registran el mayor número de ingresos son San Diego, El Paso y Laredo. De los 131.575 mexicanos que migraron legalmente a los Estados Unidos en 1998, 99% lo hicieron por la frontera y los principales estados de residencia fueron California (47,2%), Texas (17,4%), Illinois (7,7%), Washington (3,1%) y Arizona (2,4%).

Por otro lado la inmigración ilegal está en aumento; en 1999, la Patrulla Fronteriza de los Estados Unidos registró algo más de 1,6 millones de detenciones de inmigrantes ilegales. Las principales operaciones de esta organización están ubicadas en San Diego (California); El Paso y McAllen (Texas), y Tucson (Arizona). La mayoría de los inmigrantes de la frontera proceden de áreas pobres, están en busca de oportunidades de trabajo y tienen limitada educación. Los hispanos indocumentados tienen las mayores tasas de carencia de seguro médico (64%) y aquellos con cobertura acuden a los servicios principalmente para consulta de problemas obstétricos e infecciones de transmisión sexual.

El desarrollo económico en la zona de frontera entre México y los Estados Unidos se ha acompañado de un alto intercambio comercial, pero ha promovido la migración y también ha aumentado el deterioro en las condiciones ambientales físicas y sociales.

El Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC) entre Canadá, los Estados Unidos de América y México, que entró en vigencia en 1994, aumentó la inversión extranjera a lo largo de la frontera entre México y los Estados Unidos, incrementó el comercio entre los dos países y abrió oportunidades para la creación de nuevos empleos. Desde 1994, el comercio total (exportaciones más importaciones) de los Estados Unidos con México ha aumentado 78% y en 1997 alcanzó US\$ 180.000 millones. En 1998 México sobrepasó a Japón como el segundo socio comercial de los Estados Unidos; las exportaciones de mercancías de los Estados Unidos a México llegaron a US\$ 71.000 millones en 1997 y a US\$ 87.000 millones en 1999, principalmente en productos electrónicos y electrodomésticos, plásticos y goma, y metales básicos. De las exportaciones mexicanas, 76% van a los Estados Unidos; en 1997 representaron US\$ 86.000 millones y más de 40% provinieron de los seis estados fronterizos mexicanos. Sin embargo, la Comisión Internacional de Comercio (EUA) calcula que en 1997 al menos 45% de productos importados de México a los Estados Unidos contenían partes y componentes hechos en este último país. Estos productos incluyen vehículos automotores y equipos de cómputo, telefonía, radio, aire acondicionado y electrodomésticos.

El Programa Maquiladora ha desempeñado una función importante en el crecimiento económico a lo largo de la frontera. Las maquiladoras son las fábricas ensambladoras de productos establecidas en México por las filiales de empresas extranjeras, principalmente de los Estados Unidos. En 1999 había 2.868 plantas de maquila en la frontera entre México y los Estados Unidos, que empleaban a aproximadamente 1,8 millones de personas. La mayoría de estas plantas de maquila están ubicadas en Tijuana, Baja California, y Ciudad Juárez, Chihuahua. Esta industria representa la segunda fuente más grande de ingresos de exportación en México.

En ambos países, la zona fronteriza tiene un porcentaje más pequeño de población ocupada en la agricultura; sin embargo, en algunos condados fronterizos, principalmente en el Valle Bajo del Río Grande (Texas) y el Condado Imperial (California), la agricultura es una fuente importante de empleo.

De las 318 zonas metropolitanas en los Estados Unidos, las seis más pobres se ubican a lo largo de la frontera; se calcula que cerca de 55% de la población fronteriza en este país vive en la pobreza, aunque solo cerca de 8% está por debajo del umbral de pobreza en San Diego, California. La población en situación de pobreza está concentrada en los nuevos asentamientos llamados "colonias", formados por las migraciones continuas de México a los Estados Unidos. Las colonias, que carecen de servicios de saneamiento básico y tienen muchos problemas de salud, son comunes en ambos lados de la frontera; se estima que solamente a

lo largo de la frontera entre Texas y México hay más de 1.800, con más de medio millón de personas, 98% hispanos. Los estados fronterizos mexicanos tienen tasas de pobreza considerablemente inferiores al promedio nacional, excepto Tamaulipas, cuya tasa es cercana al promedio nacional. En general, la distribución del ingreso en estos estados tiende a ser más equitativa que en el resto de México, lo cual es más evidente en el nivel municipal.

Adicionalmente, el crecimiento acelerado de la población y la industrialización en la franja fronteriza han generado mayores desafíos para la protección del ambiente. Los contaminantes del aire, agua y suelo afectan a las poblaciones de ambos lados de la frontera. La mayoría de las ciudades hermanas sobrepasan los estándares de calidad del aire (en especial de partículas PM-10, dióxido de azufre, ozono y monóxido de carbono) y el volumen de desechos sólidos se ha incrementado significativamente, debido al gran número de plantas maquiladoras.

Prioridades, programas e instituciones binacionales de salud

Los dos países han creado mecanismos para mantener buenas relaciones en la frontera y superar los obstáculos en la colaboración binacional, principalmente mediante acuerdos o convenios cuya aplicación se ha visto limitada por las diferencias en el financiamiento del sector salud, así como por las dificultades para transferir recursos de un país a otro. Los gobiernos federales de cada país definen las prioridades de salud nacionales. Las metas de salud de los Estados Unidos están basadas en el Plan Estratégico del Departamento de Salud y Servicios Sociales y prácticamente siguen el Programa Nacional de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades conocido como *Healthy People 2010* (Gente Sana 2010), que propone 25 objetivos para atender a las diferentes necesidades y problemas de las comunidades estadounidenses de la frontera con México. Las prioridades nacionales de México se basan en el Programa Nacional de Salud.

Con la creación de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, se ha intentado unificar los criterios para el abordaje binacional de los problemas de salud y el establecimiento de prioridades para ambos lados de la frontera. Como resultado de las deliberaciones de la Comisión, se desarrolló el documento "Frontera Saludable 2010" que establece objetivos a 10 años para el fomento de la salud y la prevención de enfermedades en la región fronteriza. Este programa está integrado por los 20 elementos comunes de los 46 indicadores de salud de México y de los 25 objetivos del programa *Healthy People* de los Estados Unidos. Estos objetivos comunes representan las áreas prioritarias y, adicionalmente, servirán de guía en la adjudicación de recursos para la salud y ayudarán a promover proyectos de salud binacionales.

Los 20 objetivos comunes incluidos en el programa "Frontera Saludable 2010" están agrupados en 12 áreas, cada una de las

cuales posee un conjunto específico de objetivos, que incluyen: asegurar el acceso a la atención primaria o servicios básicos de salud; reducir la mortalidad por cáncer de mama y del cáncer cervical; reducir tanto la mortalidad como la hospitalización por diabetes; mejorar el acceso al servicio de drenaje y reducir las hospitalizaciones debido a envenenamiento agudo con pesticidas; reducir la incidencia de VIH/SIDA; expandir la cobertura de inmunizaciones para los niños, además de reducir la incidencia de hepatitis y tuberculosis; reducir la mortalidad causada por choques de vehículos automotores así como la mortalidad infantil a causa de lesiones; reducir la mortalidad del recién nacido debido a defectos congénitos, mejorar la atención prenatal y reducir las tasas de embarazo adolescente; reducir la mortalidad por suicidio; mejorar el acceso a la atención de la salud oral; reducir la tasa de hospitalización por asma, y aumentar la capacidad de investigación relacionada con la salud.

Comisión Binacional México-Estados Unidos. En 1977, los gobiernos de los dos países crearon un mecanismo de consulta que en 1981 se convirtió en la Comisión Binacional México-Estados Unidos. La Comisión es un foro regular de reuniones entre funcionarios de los gabinetes de gobierno para discutir aspectos relevantes para la política de los dos países. Existen 14 grupos de trabajo entre los cuales figura el grupo de salud, establecido en 1996, el cual tiene seis áreas prioritarias de trabajo: inmunizaciones, salud de la mujer y salud reproductiva, uso del tabaco, salud de la población migrante, adicciones y envejecimiento.

Comisión Internacional de Límites y Aguas. En 1889 se creó el organismo binacional más antiguo, la Comisión Internacional de Límites (IBC, por sus siglas en inglés), con el propósito de establecer las reglas para determinar el límite entre los Estados Unidos y México. En 1944, los dos países firmaron el Tratado de Aguas, para fortalecer la autoridad de la IBC sobre la frontera de tierra y extender su autoridad a la frontera de agua. Por lo tanto, el IBC se convirtió en la Comisión Internacional de Límites y Aguas (IBWC). En los años setenta, los Estados Unidos y México negociaron los procedimientos bilaterales para tratar el saneamiento fronterizo.

Comisión para la Cooperación Ambiental de América del Norte y organismos asociados. La Comisión para la Cooperación Ambiental de América del Norte, la Comisión de Cooperación Ecológica Fronteriza (COCEF) y el Banco de Desarrollo de América del Norte (BDAM) se crearon en 1993 con el TLC. La primera vigila y ejecuta el Convenio del Área Ambiental del TLC. La COCEF y el BDAM trabajan con las comunidades en la ejecución y financiamiento de las actividades para contrarrestar los retos ambientales que podrían resultar del mayor comercio entre los Estados Unidos y México. Los Comisionados del IBWC participan en las Juntas Directivas del

COCEF, y el IBWC presta apoyo administrativo, técnico y logístico al COCEF.

Programa Frontera XXI. Este programa empezó a conformarse desde 1983, cuando los dos países firmaron el Acuerdo de La Paz con el fin de proteger y mejorar el ambiente de la frontera; en 1995 se estructuró el Programa Frontera XXI bajo el liderazgo de la Agencia para la Protección del Medio Ambiente (EPA) de los Estados Unidos y de la entonces Secretaría de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca (desde el 30 de noviembre de 2000 es la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales). Posteriormente se involucraron otras agencias del Departamento de Agricultura y el Departamento del Interior de los Estados Unidos, la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Secretaría de Salud de México, así como las secciones estadounidense y mexicana de la IBWC, la COCEF, el BDAN, los gobiernos locales y municipales y los departamentos de salud y medio ambiente locales de los estados fronterizos y estados tribales.

El Programa Frontera XXI divide la región en cinco áreas geográficas: Texas-Tamaulipas; Texas-Coahuila-Nuevo León; Texas-Nuevo México-Chihuahua; Arizona-Sonora y California-Baja California. Las actividades se desarrollan mediante nueve grupos de trabajo sobre aire; agua; desechos sólidos y peligrosos; planes de contingencia y emergencias; manejo de recursos de información; recursos naturales; aplicación de leyes y reglamentos; prevención de polución, y salud ambiental. El último grupo se relaciona más con la salud pública e incluye las siguientes iniciativas: capacitación avanzada, desarrollo de un centro de control de venenos, evaluación de niveles de plomo en los niños, alertas binacionales en salud ambiental, pesticidas y niños, aplicación de sistemas de información geográfica, vigilancia de defectos del tubo neural e intercambio de alertas de salud fronteriza

Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. Desde comienzos de la década de los ochenta las instituciones públicas y privadas de los dos países, tanto locales como estatales, promovieron la creación de un organismo para tratar los problemas fronterizos relativos a la salud pública. En octubre de 1994, el Congreso de los Estados Unidos promulgó la ley de creación de la sección americana y en 1999 el Presidente nombró a los comisionados, incluyendo a representantes de los gobiernos estatales y del sector privado. La sección mexicana fue creada en octubre de 2000 y el acuerdo de constitución de la Comisión se firmó en noviembre del mismo año. Las metas clave del acuerdo son concretar un enfoque local de salud fronteriza, que pueda trascender cambios políticos; crear un mecanismo de participación para profesionales, salubristas y otros interesados en el mejoramiento de la salud fronteriza; fomentar la participación social y comunitaria; servir como catalizador de cambio; promover el compromiso político; aumentar los recursos para la frontera, y estimular la responsabilidad personal en salud.

Conferencia de Gobernadores Fronterizos. Estas reuniones se realizan cada año y mantienen una agenda en donde se plantean problemas de salud y se logran consensos para la ejecución de programas conjuntos en los estados fronterizos.

Diez Contra la Tuberculosis. Esta iniciativa, emprendida en 1995 por los jefes estatales de salud de los 10 estados fronterizos, tiene como objetivo principal el control y la prevención de la tuberculosis en la región. Diversas agencias de salud federales, locales, internacionales y no gubernamentales también participan en esta iniciativa, la cual realiza sus actividades en cuatro áreas principales: capacitación de profesionales, tratamiento de pacientes, vigilancia epidemiológica e infraestructura de laboratorios.

Los Diez Contra la Tuberculosis es un ejemplo de la asociación de los dos gobiernos federales, los 10 gobiernos estatales y varias organizaciones interesadas, tales como la Asociación Americana del Pulmón, la Asociación Médica de Texas, la Red de Clínicos para Migrantes (*Migrant Clinicians Network*) y la Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. La Oficina de Campo de la OPS de la Frontera México-Estados Unidos, en el Paso, Texas, fue creada a solicitud de los dos gobiernos en 1942. Desde entonces, la Oficina ha promovido y acompañado la mayoría de las iniciativas en salud y protección del ambiente en toda la extensión de la frontera, y ha fungido como un mediador neutral para la solución de problemas binacionales. Las prioridades de cooperación técnica son fijadas por los gobiernos federales, que periódicamente definen la estrategia de cooperación en coordinación con la Secretaría de la OPS.

Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (AFMES). En 1943, la AFMES se creó como una asociación de afiliación sin fines de lucro y la Oficina de Campo de la OPS en El Paso actuaba como su Secretaría. Al principio sirvió de foro para tratar los temas de salud en la frontera y articular las prioridades e iniciativas federales, estatales y locales. La AFMES está conformada por los consejos binacionales de salud, los grupos de la conferencia y los comités permanentes. Convoca a una reunión cada año, la cual es organizada alternativamente por las ciudades fronterizas de cada país. Actualmente, la Asociación tiene cerca de 600 miembros.

Grupo de Contacto de Alto Nivel. En 1996 se firmó un memorando de entendimiento entre la Administración de los Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias y la Oficina de Política Nacional de Control de Drogas para financiar estas actividades, que recibieron inicialmente cuatro subvenciones por US\$ 1,6 millón para California, Texas, Arizona y Nuevo México. Estos estados han establecido mecanismos para la prevención del abuso de sustancias en 12 comunidades fronterizas, que trabajan en colaboración con las comunidades mexicanas fronterizas respectivas.

Mecanismo de Enlace Fronterizo. Esta iniciativa surgió del Departamento de Estado de los Estados Unidos y de la Secretaría de Relaciones Exteriores de México. Su propósito es favorecer la cooperación bilateral sobre la base de la descentralización de la toma de decisiones, delegando autoridad a las instancias consulares fronterizas para la solución de los problemas cotidianos.

SITUACIÓN DE SALUD

Mortalidad

Durante el período 1995–1997 se registraron 177.909 defunciones en las comunidades hermanas de ambos lados de la frontera, lo que correspondió a una tasa cruda de mortalidad de 5,8 por 1.000 habitantes. De ese total, 61.104 defunciones se registraron en las comunidades hermanas de México (4,7 por 1.000 habitantes) y 116.805 en el lado estadounidense (6,7 por 1.000 habitantes), 43% mayor que la tasa en el lado mexicano. Sin embargo, la tasa de mortalidad estandarizada por edad fue 6,0 por 1.000 habitantes en la franja mexicana y 4,4 en la de los Estados Unidos (27% menor). La tasa de mortalidad general estandarizada por edad para toda la región fronteriza fue 5 por 1.000 habitantes.

En el período 1990–1997, la tendencia de la mortalidad por todas las causas y por grandes grupos de causas, tanto en hombres como mujeres, fue a la disminución. La mortalidad por enfermedades transmisibles también tendió a disminuir en el mismo período en el lado mexicano de la frontera, pero en el estadounidense aumentó en los hombres entre 1993 y 1995. La mortalidad por tumores, por ciertas afecciones originadas en el período perinatal y por causas externas presentó una disminución apenas perceptible. Las anomalías congénitas fueron la segunda causa de muerte, en ambos lados de la frontera, en niños menores de 1 año y de 1 a 4 años de edad, particularmente debido a las anencefalías cuyas tasas por 10.000 nacidos vivos son superiores en los estados fronterizos de los dos países que las tasas nacionales respectivas. El cuadro 1 muestra las principales causas de muerte en la frontera México-Estados Unidos en el año 2000.

En el período 1995–1997, al igual que en 1992–1994, las enfermedades del corazón fueron la principal causa de muerte en la frontera. En las comunidades hermanas mexicanas hubo 11.209 defunciones por esta causa (18,7% de las muertes por causas definidas); en contraste, la mortalidad fue tres veces mayor en las comunidades hermanas de los Estados Unidos con 33.420 defunciones (29,8%). Dentro de esta categoría, la enfermedad isquémica del corazón representó 67% de las defunciones en el lado mexicano y 64% en el de Estados Unidos. En la frontera mexicana, las enfermedades del corazón representaron 4.966 defunciones femeninas (20,6% de defunciones femeninas por causas definidas) y 6.242 defunciones masculinas (17,4% de defunciones masculinas por causas definidas). En la frontera estadouni-

CUADRO 1. Principales causas de muerte, frontera México-Estados Unidos, 2000.

Estados Unidos	México
1. Enfermedad del corazón	1. Enfermedad del corazón
2. Neoplasias malignas	2. Neoplasias malignas
3. Enfermedades cerebrovasculares	3. Accidentes
4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4. Diabetes mellitus
5. Accidentes	5. Enfermedades cerebrovasculares
6. Influenza y neumonía	6. Homicidios
7. Diabetes mellitus	7. Enfermedades del hígado y cirrosis
8. Enfermedades del hígado y cirrosis	8. Influenza y neumonía
9. Suicidio	9. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
10. VIH/SIDA	10. Nefritis y nefrosis

dense, las enfermedades del corazón registraron una pérdida mucho mayor: 17.656 defunciones masculinas (29%) y 16.764 defunciones femeninas (30,6%).

Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad para las enfermedades del corazón en el período 1995–1997 fueron de 128,5 por 100.000 hombres y de 121,5 por 100.000 mujeres en las comunidades hermanas de México; estas tasas fueron 32,7% y 11,6% más altas que las tasas nacionales correspondientes para México. En contraste, las tasas estandarizadas por edad en las comunidades hermanas de los Estados Unidos (123,5 en los hombres y 113,5 en las mujeres) fueron 20,8% y 21,5% más bajas, respectivamente, que los datos nacionales de los Estados Unidos por sexo. Las comunidades hermanas de los Estados Unidos tuvieron tasas más bajas para hombres y mujeres (4% y 6,6%, respectivamente), que sus contrapartes en México.

Los tumores malignos se clasificaron como la segunda causa de muerte en cada lado de la frontera, con un total de 7.388 muertes en las comunidades hermanas de México y 26.657 en las de los Estados Unidos. En las comunidades fronterizas de México, los tumores malignos representaron 12,3% de todas las defunciones por causas definidas y la proporción se duplicó (23,1%) en el lado estadounidense. La revisión de estas defunciones por el sitio del tumor indica que, en la frontera de México, 16,9% fueron tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón; 17,3%, los de los órganos digestivos y del peritoneo; y 9,1%, los tumores malignos de cuello uterino, útero, cuerpo uterino y partes no especificadas. En la frontera de los Estados Unidos, los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón alcanzaron 25,5% y los de mama (en mujeres) representaron 8,3% del total.

Los accidentes y efectos adversos se clasificaron como la tercera causa de muerte en las comunidades hermanas de México con 6.346 defunciones (10,6% de las defunciones por causas definidas). En contraste, este grupo fue la quinta causa de muerte en la frontera de los Estados Unidos con 5.507 defunciones (4,8%). Sin embargo, en los hombres de la frontera de los Estados Unidos, los accidentes fueron la tercera causa de muerte con 3.879 defunciones (6,4% de las defunciones masculinas). En el sexo masculino del lado mexicano, los accidentes se clasificaron en segundo

lugar con 5.048 defunciones (14%). En las mujeres de las áreas fronterizas mexicanas, las defunciones por accidentes fueron la quinta causa principal con 1.295 defunciones (5,4% de defunciones femeninas). Sin embargo, en las mujeres de la frontera de los Estados Unidos, los accidentes no se notificaron como causa principal de muerte. Los accidentes por vehículo de motor representaron 32,4% de todas las defunciones debidas a accidentes en el lado de México y 45,2% en el lado estadounidense. También es interesante señalar que los accidentes y efectos adversos fueron la principal causa de muerte de 1 a 45 años en ambos lados de la frontera.

La tercera causa de muerte en las comunidades de la frontera de los Estados Unidos fueron las enfermedades cerebrovasculares con 8,051 defunciones y una tasa estandarizada por edad de 27,3 por 100.000 habitantes. Esta causa también se clasificó en tercer lugar como una causa principal de la mortalidad femenina con 4.662 muertes (31,7 por 100.000) y ocupó el cuarto lugar como causa de mortalidad masculina con 3.389 defunciones (23,1 por 100.000); todas las comunidades fronterizas de los Estados Unidos mostraron un exceso de mortalidad femenina por enfermedad cerebrovascular.

En las comunidades mexicanas de la frontera, la diabetes mellitus fue la cuarta causa de muerte en el período 1995–1997, con un total de 5.706 defunciones que representaron 9,5% de las defunciones por causas definidas. La diabetes fue también la cuarta causa de muerte en los hombres con 2.602 defunciones registradas (7,2%), pero ocupó el tercer lugar en las mujeres del área fronteriza mexicana con 3.104 defunciones (12,9%). La tasa de mortalidad por diabetes estandarizada por edad fue 63,5 por 100.000 (54,4 en hombres y 73,1 en mujeres). En comparación, la mortalidad por diabetes corresponde a una quinta parte en las áreas de la frontera de los Estados Unidos, con una tasa estandarizada por edad de 12,9 por 100.000 habitantes.

En las comunidades de la frontera de los Estados Unidos, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) fue la cuarta causa de muerte con 6.046 defunciones, 5,2% del total de las defunciones por causas definidas. En el sexo masculino, la EPOC se clasificó en quinto lugar con 3.097 defunciones (5,1% de las

defunciones masculinas) y en el sexo femenino ocupó el cuarto lugar con 2.949 defunciones (5,4% de las defunciones femeninas). La tasa de mortalidad por EPOC estandarizada por edad fue de 20,4 por 100.000 habitantes (20,5 en hombres y 20,1 en mujeres). En el área fronteriza de México la EPOC no fue una de las cinco principales causas de muerte, con 1.757 defunciones (2,9% de las defunciones); sin embargo, la tasa estandarizada por edad (20,2 por 100.000 habitantes) fue 2% menor que en la frontera de los Estados Unidos. La razón hombre/mujer indica que la mortalidad por EPOC es predominante en el sexo masculino, en ambos lados de la frontera.

El análisis de la tasa de mortalidad general en los 10 estados fronterizos para el año 1998 muestra que Texas registró un total de 142.605 defunciones, con una tasa de mortalidad ajustada por edad de 475,3 por 100.000 habitantes (la más alta para el lado estadounidense de la frontera) y una tasa de mortalidad infantil de 6,4 por cada 1.000 nacidos vivos. En el lado mexicano de la frontera, Chihuahua presentó la tasa de mortalidad general más elevada con 5,2 por 1.000 habitantes (6,1 por 1.000 en los hombres y 4,3 por 1.000 en las mujeres); el número de defunciones en menores de 1 año de edad fue de 1.265, también el más alto para el lado mexicano de la frontera.

En 1999, hubo 146.649 defunciones en Texas, con una tasa de mortalidad ajustada por edad de 897,7 por 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad infantil fue de 6,2 por 1.000 nacidos vivos (2.160 defunciones). En el lado mexicano, Chihuahua presentó la tasa de mortalidad general más elevada con 5,1 por 1.000 habitantes (15.514 defunciones), 6,0 por 1.000 en hombres (9.013 defunciones) y 4,3 por 1.000 en mujeres (6.501 defunciones). El número de defunciones en menores de 1 año fue de 1.284, también la más alta entre los estados fronterizos mexicanos.

Para el año 2000, en el lado mexicano de la frontera, la tasa de mortalidad ajustada por edad más elevada correspondió al estado de Baja California con 4,7 defunciones por 1.000 habitantes.

Las enfermedades del corazón fueron la principal causa de mortalidad general en los 10 estados de la frontera tanto en 1998 como en 1999. En este último año, Texas notificó 57.071 defunciones por enfermedades cardiovasculares, con una tasa ajustada por edad de 360,3 por 100.000 habitantes. En el lado mexicano, Nuevo León presentó el mayor número de defunciones por enfermedad isquémica del corazón (2.374 defunciones) y Baja California tuvo la tasa más elevada (95 por 100.000 habitantes).

La tasa de mortalidad más elevada en la frontera por accidentes de tráfico con vehículo de motor se notificó en Sonora, con 18,5 defunciones por 100.000 habitantes en 1999.

Sin ser una de las principales causas de muerte, la tuberculosis es una de las enfermedades que más estimula la cooperación entre los dos países. En 1999, el mayor número de defunciones por tuberculosis pulmonar en el lado mexicano se registró en Nuevo León (175 casos) y la tasa más elevada de mortalidad por tuberculosis pulmonar correspondió a Baja California (8,7 muertes por 100.000 habitantes). Baja California también notificó en

este mismo año un total de 234 defunciones por SIDA, con una tasa de mortalidad de 9,4 por 100.000 habitantes.

Morbilidad

Las tasas de morbilidad para algunas enfermedades muestran también diferencias entre las comunidades fronterizas, sus respectivos estados y el resto de cada país. Tal es caso de la tuberculosis y el SIDA, cuyas tasas de incidencia en algunas localidades son el doble de las que se presentan en el resto de ambas naciones.

Tuberculosis

En el período 1998–1999, se notificaron 11.575 casos de tuberculosis en los cuatro estados fronterizos del lado estadounidense (32,2% del total nacional). California presentó el mayor número de casos en ambos años, con un total de 3.852 en 1998 y 3.606 en 1999. En 1998, tanto California como Texas superaron la tasa nacional de 6,8 por 100.000 habitantes con tasas de 11,8 por 100.000 y 9,2 por 100.000 respectivamente. En 1999, otra vez California y Texas superaron la tasa nacional de 6,4 casos por 100.000 habitantes, con tasas de 10,9 y 8,2 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. En el lado mexicano, para el mismo período de 1998–1999, los seis estados fronterizos notificaron un total de 8.802 casos de tuberculosis pulmonar (25,2% del total nacional). Nuevo León tuvo el mayor número de casos, con 1.336 en 1998 y 987 en 1999. La tasa de incidencia anual más elevada entre los estados fronterizos para 1998 y 1999 correspondió a Tamaulipas, con tasas de 38,5 y 34,5 por 100.000 habitantes.

VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual

En el lado estadounidense, el mayor número de casos de SIDA para el período 1997–1999 correspondió a California, con un total de 17.784 casos. En el lado mexicano, Baja California notificó el mayor número de casos de SIDA en 1998 (190) y la tasa de incidencia más elevada (8,1 por 100.000 habitantes). En 1999, Tamaulipas notificó el mayor número de casos nuevos de SIDA, con un total de 55 casos y una tasa de 2,0 por 100.000 habitantes.

En el grupo de infecciones de transmisión sexual, el mayor número de casos de gonorrea en el lado estadounidense fue notificado por Texas, tanto en 1998 (32.932 casos, tasa de 166,7 por 100.000 habitantes) como en 1999 (32.680 casos, tasa de 163,0 por 100.000). En el lado mexicano, el mayor número de infecciones gonocócicas genitourinarias en ambos años se notificaron en Baja California, con un total de 531 nuevas infecciones (22,6 por 100.000 habitantes) en 1998 y 622 casos (26,7 por 100.000 habitantes) en 1999. En relación a la sífilis primaria y secundaria, el estado con mayor número de casos del lado estadounidense fue Texas, con 429 casos y una tasa de 2,2 por 100.000 habitantes en 1998 y 459 casos de sífilis primaria y secundaria, y una tasa de 2,3 por 100.000 habitantes en 1999. Del lado mexicano, en 1998 Nuevo León notificó el mayor número de casos de sífilis adqui-

rida (108 casos), y la tasa más elevada correspondió a Tamaulipas con 3,4 por 100.000 habitantes. En 1999, Chihuahua notificó el mayor número de casos (124) y la tasa más elevada de sífilis adquirida (4,1 por 100.000 habitantes).

Enfermedades transmitidas por vectores

El dengue es la enfermedad vectorial de mayor preocupación en la frontera de México y Estados Unidos, ya que el mosquito vector *Aedes aegypti* continúa propagándose en varios estados. En el lado estadounidense, California notificó el mayor número de casos de dengue en 1998 con un total de 28 casos y Texas en 1999 (69 casos). En la frontera mexicana, Tamaulipas y Nuevo León son los estados en donde se localiza la mayor proporción de casos de dengue clásico, seguidos de Sonora y Coahuila. En 1998, Tamaulipas notificó el mayor número de casos con un total de 5.873 y una tasa de 221,7 por 100.000 habitantes. En 1999, Nuevo León notificó 11.478 casos de dengue clásico junto con la tasa más elevada, correspondiente a 301,3 por 100.000 habitantes.

De todos los tipos de paludismo notificados en el lado estadounidense de la frontera, California notificó el mayor número, con 217 casos en 1998 y 218 casos en 1999; todos fueron casos importados. En el lado mexicano, Chihuahua notificó mayor número de casos de paludismo, con 244 en 1998 y 126 en 1999.

Hepatitis infecciosa

En cuanto a la morbilidad por hepatitis infecciosa, California notificó 4.178 casos de hepatitis A en 1998 y 3.439 en 1999, lo que correspondió al mayor número de casos presentados en el lado estadounidense. En la frontera mexicana, Tamaulipas notificó 1.164 casos de hepatitis A en 1998 y una tasa de 43,9 por 100.000. En 1999, también Tamaulipas notificó el mayor número de casos (1.250) y la tasa más elevada (46,3 por 100.000 habitantes).

Con respecto a la hepatitis B, en el lado estadounidense Texas presentó el mayor número de reportes en 1998 con 1.960 casos, seguida por California con 1.445 casos; en 1999, California notificó 1.234 casos. En la frontera mexicana, Chihuahua notificó el mayor número de casos (49) y Sonora, la tasa más elevada de hepatitis B (2,2 por 100.000) en 1998. En 1999, los 75 casos de hepatitis B notificados en Sonora representaron el mayor número de casos para el lado mexicano, lo mismo que la tasa de 3,4 por 100.000 habitantes.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Las enfermedades inmunoprevenibles han decrecido en la frontera, dadas las excelentes coberturas de vacunación que alcanzan 100% en el lado mexicano y 69% en el estadounidense. A nivel estatal, no se notificó ningún caso de sarampión en el lado mexicano de la frontera ni en 1998, ni en 1999. En el lado estadounidense, en 1998, Arizona y California fueron los únicos estados que notificaron casos de sarampión, 11 y 10 respectivamente. En 1999, California notificó 17 casos; Texas, 7; Arizona, 1, y Nuevo México, ninguno.

El mayor número de casos de parotiditis en 1998 y 1999 correspondió a California, con 110 y 95 casos respectivamente. En el lado mexicano, Nuevo León registró los niveles más elevados tanto en 1998 (7.741 casos, tasa de 211,9 por 100.000 habitantes) como en 1999 (3.628 casos y tasa de 95,2 por 100.000 habitantes).

El número de casos de rubéola notificados por los cuatro estados estadounidenses en 1998 fue de 95, de los cuales 89 fueron en Texas; en 1999 hubo 27 casos en total. En contraste, en el lado mexicano Tamaulipas presentó el mayor número de casos en 1998, con un total de 8.181 casos y una tasa de 308,8 por 100.000 habitantes; en 1999, Coahuila tuvo el mayor número de casos de rubéola, con 1.754 casos y una tasa de 74,6 por 100.000 habitantes.

Los casos de tos ferina notificados en el lado estadounidense en 1998 y 1999 fueron ampliamente superiores en California que en los otros estados fronterizos, con 1.085 y 1.144 casos, respectivamente. En el lado mexicano, en 1998 Tamaulipas informó 19 casos, seguido por Baja California con 10 casos. En 1999, a Baja California le correspondieron 6 casos, seguido por Sonora y Tamaulipas con 5 casos cada estado.

Enfermedades infecciosas intestinales

Al considerar la salmonelosis en el lado estadounidense el mayor número de casos se registró en California tanto en 1998 (4.724) como en 1999 (4.208), seguido de Texas con 3.401 casos en 1998 y 2.198 en 1999. En el lado mexicano, Coahuila notificó 17.279 casos de paratifoidea y otras salmonelosis y una tasa de 757 por 100.000 en 1998; en 1999, hubo 15.952 casos nuevos y una tasa de 678,4 por 100.000, seguida por Tamaulipas en ambos años. California y Texas también notificaron el mayor número de casos de shigelosis en el lado estadounidense, en ambos años; cada uno presentó más del doble de los casos de Arizona y Nuevo México juntos. En el lado mexicano, Nuevo León tuvo 791 casos de shigelosis y una tasa de 21,7 por 100.000 en 1998. En 1999, Tamaulipas ocupó el primer lugar con 472 casos y a Sonora le correspondió la tasa más elevada de 16,2 casos por 100.000 habitantes.

El mayor número de casos de amebiasis intestinal en el lado estadounidense de la frontera fue en California, con 700 casos en 1998 y 599 en 1999. La morbilidad por esta enfermedad fue notoriamente superior en el lado mexicano. A Coahuila, el estado que más casos notificó, le correspondieron 17.279 casos y una tasa de 757 por 100.00 habitantes en 1998 y en 1999 presentó 15.952 casos y una tasa de 678,4 por 100.000 habitantes. A Tamaulipas le correspondió el segundo lugar en cuanto a casos de amebiasis intestinal, en el mismo período.

Rabia

En la franja fronteriza no se han notificado casos de rabia humana desde 1996, aunque hay informes de casos en otras áreas de los estados fronterizos; por ejemplo, en Chihuahua se registraron dos casos causados por murciélagos hematófagos en 1999 y

uno en el condado Amador del Estado de California en el 2000, transmitido por murciélago insectívoro. Desde 1996 no se reportaban casos de rabia canina en las ciudades fronterizas mexicanas. En las ciudades fronterizas de los Estados Unidos, la rabia canina también ha sido controlada.

La rabia doméstica está íntimamente relacionada con la rabia en los reservorios silvestres terrestres. En la frontera se observan tres reservorios principales: los zorros, los zorrillos y los murciélagos insectívoros. La rabia en zorrillos está en crecimiento y se puede notar la evolución de una epizootia en los estados fronterizos estadounidenses. En el año 2000, Texas notificó 550 zorrillos positivos, número superior a cualquier cifra en 15 años. Hay que mencionar el esfuerzo realizado por Texas en el control de la rabia transmitida por zorros y coyotes, mediante la distribución aérea de cebos que contienen paquetes de la vacuna recombinante de la glicoproteína del virus rábico, que entre 1994 y 1998 logró una reducción significativa de la rabia en estas especies y, como consecuencia, una reducción de la rabia en el perro. El costo de esta operación es alrededor de US\$ 4 millones por año.

Diabetes mellitus

La diabetes ocupa el sexto lugar como causa de muerte a nivel nacional en los Estados Unidos y el tercero en México. En la frontera, la diabetes ocupa el cuarto lugar en el lado mexicano y el séptimo en el estadounidense. Como se puede observar en el cuadro 2, la tasa de mortalidad por diabetes en muchos condados y municipios fronterizos es mayor que la tasa nacional. Es importante señalar que la mayoría de las tasas de mortalidad presentadas en esta tabla, muestran una tendencia al aumento. En el lado estadounidense la tasa de mortalidad es mayor en mujeres, como en el lado mexicano.

En respuesta al creciente número de personas que padecen diabetes en ambos lados de la frontera, la Organización Panamericana de la Salud (mediante su Oficina de Campo en El Paso, Texas), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y la Secretaría de Salud de México iniciaron en 1998 el Proyecto de Colaboración entre Estados Unidos y México para la Prevención y el Control de la Diabetes en la Frontera. Además, intervienen las autoridades estatales de salud y agencias no gubernamentales de ambos lados de la frontera. Este es un proyecto de cinco años de duración, que incluye dos etapas: un estudio para conocer la prevalencia de la diabetes, los factores de riesgo y el acceso a los servicios de salud y una intervención, con la cual se busca mejorar y fortalecer el acceso y la calidad de los servicios de salud para los habitantes de la zona fronteriza que padecen diabetes tipo 2.

Adicciones

México informó que 23.835 pacientes fueron tratados en nueve zonas fronterizas del noroeste del país entre 1994 y 1999. La información proviene principalmente de los registros de ingreso a los programas de tratamiento de drogadicción y sirve

para vigilar las tendencias del uso de drogas a lo largo de la frontera y para apoyar la planificación y la ejecución de los programas de tratamiento de drogas y los servicios de prevención.

La heroína fue la droga ilícita más generalizada a lo largo de la frontera, principalmente en la parte occidental de ambos países. En México, el consumo de heroína ocasionó la mitad de todos los ingresos a programas de tratamiento en Ensenada y entre 79% y 88% en Tijuana, Ciudad Juárez y Mexicali. El abuso de cocaína fue menos prevalente que el abuso de heroína en las zonas fronterizas. El más alto porcentaje de ingresos por uso de cocaína, de 23% a 32%, se encontró en el condado de Hidalgo en Texas, y en Nuevo Laredo y Chihuahua.

Los resultados de una encuesta escolar entre estudiantes de El Paso, Texas, indicaron que 16% del undécimo grado y 20% del duodécimo habían probado el crack. En los condados fronterizos de Hidalgo y Cameron (Texas), encontraron que de 11% a 13% habían consumido el crack. En 1998–1999, el más alto porcentaje de ingresos para el tratamiento por marihuana estuvieron en Chihuahua, Monterrey y Nuevo Laredo en México y en el condado de Hidalgo en Texas, con una variación de 32% a 48%. El uso de inhalantes no fue tan común, con el porcentaje más alto de ingresos en El Paso (24%) y Laredo (18%) y Monterrey (21%).

Los programas de tratamiento de abuso de sustancias a lo largo de la frontera prestaron servicios a los adictos y sus familias, y realizaron programas para prevenir el uso de drogas de jóvenes y adultos. Los servicios de tratamiento incluyen la identificación y la referencia de casos; el tratamiento de la drogadicción; el tratamiento a largo plazo, y el seguimiento.

SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD DE LOS ESTADOS FRONTERIZOS

Hay importantes diferencias en la manera en que los dos países prestan servicios de atención de salud. Por ejemplo, el sistema de atención de salud en los Estados Unidos se caracteriza por un modelo de demanda, mientras que el modelo mexicano se centra en la oferta. Además, la atención de salud es un derecho fundamental para los mexicanos y el gasto sanitario es de 1,1% del producto nacional bruto (PNB) total; en contraste, en los Estados Unidos se basa en el pago de honorarios por servicios prestados, con un gasto en salud de 15% del PNB total.

Cobertura y utilización de los servicios de salud

En las jurisdicciones sanitarias que limitan con la frontera de los Estados Unidos, 59% de los habitantes cuentan con derecho a la seguridad social; la distribución de la cobertura según institución de salud revela que 52% de la población es derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 4% del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 2% de instituciones de seguridad social de los gobier-

CUADRO 2. Tasa bruta de mortalidad por diabetes, frontera México-Estados Unidos, 1992–1994 y 1995–1997.

Estado/condado	ESTADOS UNIDOS		Estado/municipio	MÉXICO	
	Tasa (por 100.000 habitantes)			Tasa (por 100.000 habitantes)	
	1992–1994	1995–1997		1992–1994	1995–1997
Estados Unidos	20,8	23,1	México	33,3	37,1
California	13,2	16,4	Baja California	35,7	37,1
San Diego	10,6	13,9	Tijuana	31,1	32,7
Imperial	10,7	11,0	Mexicali	43,0	47,9
Arizona	17,6	21,5	Sonora	36,3	39,3
Yuma	20,6	16,9	San Luis Rio Colorado	45,4	50,4
Santa Cruz	12,8	17,1	Nogales	37,1	35,0
Cochise	21,2	24,0	Agua Prieta	31,9	28,8
Nuevo México	24,4	24,8	Chihuahua	35,9	42,0
Luna	43,4	34,4	Ascención	20,2	37,9
Doña Ana	23,8	30,3	Ciudad Juárez	49,7	51,0
Texas	23,3	24,6	Coahuila	46,2	49,2
El Paso	25,6	29,4	Piedras Negras	66,0	62,3
Maverick	30,6	39,4	Nuevo León	32,6	33,3
Webb	32,5	42,5	Anáhuac	50,1	43,3
Cameron	30,0	34,3	Tamaulipas	39,6	42,5
			Nuevo Laredo	56,4	50,8
			Matamoros	45,0	40,7

Fuente: OPS. Perfiles de Mortalidad de las Comunidades Hermanas en la Frontera México-Estados Unidos 1992–1994, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1999.

OPS. Perfiles de Mortalidad de las Comunidades Hermanas en la Frontera México-Estados Unidos 1995–1997, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 2000.

nos estatales y 1% está amparado por los servicios de salud de Petróleos Mexicanos, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina; 35% no tiene cobertura y 6% no especificó si la tiene.

En cuanto a los estados fronterizos de los Estados Unidos, 77% de la población estuvo cubierta por algún seguro médico en 1999: 62% por seguros privados, 12,3% por Medicaid, 12,4% por Medicare y 3,9% por otro tipo de seguro gubernamental. Debido a la falta o insuficiencia de seguro de salud para gran parte de la población de los Estados Unidos, varios estudios han documentado que aproximadamente 30% de la población de la frontera estadounidense cruza al lado mexicano para recibir atención médica y 60% para los servicios de salud oral. Aproximadamente 60% de población hispana compra los medicamentos en el lado mexicano, ya que cuestan de 40% a 50% menos que en los Estados Unidos.

La utilización de los servicios de salud por la población de los seis estados fronterizos de México muestra diferencias con la cobertura del sistema nacional de salud y revela la importancia del sector privado. En esta región, 48,9% acudieron al IMSS; 27,9%, a la atención privada; 13%, a la Secretaría de Salud; 5,7%, al ISSSTE; 3,1% a los servicios de los gobiernos estatales y 2,42%, a ninguna institución.

Recursos para la salud

En los estados fronterizos de México hay 2,09 médicos por cada 1.000 habitantes, de los cuales 59,7% trabajan en el sector público y 40,3%, en el privado. La tasa de personal de enfermería por 1.000 habitantes es de 2,6; labora en instituciones públicas 83,5% y el resto (16,5%) en privadas. En 1999, los estados fronterizos de los Estados Unidos contaron en promedio con 0,84 médicos por 1.000 habitantes; 0,47 odontólogos y 6,4 enfermeras registradas.

En los estados fronterizos mexicanos, en 1999 había 1,25 camas censables por 1.000 habitantes, 74,6% del sector público y 25,8% del privado. La cifra de consultorios por 100.000 habitantes fue de 67,4, de los cuales 77,5% pertenecen al sector público y 22,5% al privado. En 1999, 84% del total del presupuesto para la salud se ejerció en instituciones de salud para población asegurada (90% en el IMSS) y correspondió a US\$ 21,2 por derechohabiente. El restante 16% fue ejercido en instituciones para población abierta o no derechohabiente y se gastó US\$ 4,76 por persona. Las aportaciones federales y estatales del Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social Municipal fueron de US\$ 18,79 por persona en los estados fronterizos. En cuanto el presupuesto ejercido por categoría programática, 71,2% se dedicó a atención médica, 18% a servicios compartidos y menos de 0,3% a las acciones de salud pública.

Los estados fronterizos estadounidenses cuentan con 138.314 establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud y asistencia social, para una población de 58.504.535 habitantes. Del total de establecimientos, 102.164 (73,9%) son servicios ambulatorios; 1.233 (0,9%), hospitales; 10.928 (7,9%), casas y albergues para cuidado de enfermos, y 23.989 (17,3%), establecimientos de asistencia social. Por cada 100.000 habitantes hay 76,5 consultorios médicos, 43 consultorios dentales y 4 laboratorios médicos y de diagnóstico.

El gasto por la prestación de servicios de salud y asistenciales en 1997 en los estados fronterizos estadounidenses fue de poco más de US\$ 174.816 millones, lo que significa un gasto per cápita de US\$ 2.988. De este total, 55% correspondió a los establecimientos asistenciales sujetos al impuesto federal de ingreso, que constituyen 86,7% de todos los establecimientos. En estos últimos, 73,8% de lo facturado fue por concepto de servicios ambulatorios, mientras que en las instituciones exentas del impuesto, 69,2% de los ingresos se originaron en el rubro de hospitales. En ese mismo año, el Departamento de Salud y Servicios Sociales (responsable de asegurar el acceso a la atención de salud básica de los grupos de bajos ingresos, los que carecen de seguro médico y las comunidades identificadas como médicamente subatendidas) aportó casi 533 millones de dólares en la zona fronteriza.

Promoción de la salud

La iniciativa Ciudades Hermanas Seguras y Saludables tiene como objetivo mejorar la coordinación de las actividades orientadas a resolver los problemas de salud de la frontera. Para ello, se propone la creación de una red de pares de comunidades que trabaje en pro de la salud fronteriza y fomente la participación social y de los diferentes sectores. La OPS ha colaborado en la gestión y el apoyo técnico de la iniciativa mediante su promoción, la sensibilización de las autoridades municipales, estatales y federales para que participen en la iniciativa y la apoyen, y la convocatoria de los diferentes sectores de las comunidades fronterizas. En su función técnica, la Organización ha capacitado a los líderes de las comunidades fronterizas (incluyendo a los responsables del sector salud) en metodologías de planificación local participativa y ha fungido como el secretariado de la red.

A la fecha, cinco regiones de la frontera están participando en la iniciativa: Reynosa, Tamaulipas-McAllen, Texas; Ciudad Juárez, Chihuahua-El Paso, Texas-Las Cruces, Nuevo México; Brownsville, Texas-Matamoros, Tamaulipas; Nogales, Sonora-Nogales, Arizona, y Presidio, Texas-Ojinaga, Chihuahua. Los resultados paralelos de la iniciativa han sido: la inclusión del tema de salud a la agenda política de los alcaldes; la creación o el fortalecimiento de mecanismos para difundir los reglamentos locales de salud; la formulación de normas en favor de la salud al nivel local, y la identificación de la función de los diferentes sectores y de la comunidad en la solución de los problemas bifronterizos, dentro del marco de los planes de acción.

Ambiente y salud

En la región de la frontera, la compleja interacción entre la rápida industrialización, el crecimiento poblacional, la migración y la pobreza constituye un desafío importante para mantener la integridad del ambiente y la salud. Una proporción importante de hogares no tienen acceso a sistemas de agua, alcantarillado o disposición de desechos. Otros problemas graves son la exposición a pesticidas, debido a la intensa actividad agrícola en la zona, y los niveles excesivos de ozono, que se han asociado con el asma y otras enfermedades respiratorias.

Agua y alcantarillado

Muchos de los problemas ambientales y de salud pública en la zona fronteriza se relacionan con que los sistemas de agua potable y alcantarillado son insuficientes y la infraestructura para el tratamiento de aguas residuales es inadecuada. La disponibilidad de agua en la frontera es limitada, tanto para la creciente población humana (que pasó de 10,6 millones en 1995 a un estimado de 17,9 millones en el año 2000), como para la vida silvestre en la región. Varias iniciativas binacionales centran sus esfuerzos en el desarrollo de infraestructura ambiental, prevención de la contaminación de agua, planeación de cuencas, monitoreo de la calidad del agua, capacitación, educación ambiental y uso razonable del agua mediante la participación pública.

El porcentaje total de población con agua potable en la región fronteriza de México fue 88% en 1995 y 93% en 2000. Según la Comisión Nacional del Agua (México) 12% de esta población carecía de agua potable en 1997, debido a que muchos de los proyectos de infraestructura hidráulica se encontraban en la fase de preproyecto. En las ciudades fronterizas más importantes de los Estados Unidos, la mayoría de la población cuenta con servicio de agua abastecida por sistemas públicos y privados. Sin embargo, esto no sucede en las pequeñas comunidades no incorporadas, llamadas colonias, que se encuentran principalmente en Texas. Un estudio de la Universidad de Texas A&M informó que 50% de los 350.000 residentes de las colonias no tienen acceso a agua potable.

En la frontera mexicana se estima que el porcentaje de la población con sistemas de drenaje fue 69% en 1995 y 75% en 2000, aunque muchas de estas conexiones son viejas y han excedido su vida útil. En contraste, la población total de las principales ciudades fronterizas estadounidenses tienen servicio de alcantarillado, lo que no sucede en las pequeñas comunidades rurales.

Aire

La calidad del aire en la frontera se ha deteriorado como consecuencia de la creciente industria, el tránsito vehicular y el polvo procedente de las calles y carreteras sin pavimentar. La contaminación por partículas PM10 incluye especialmente el polvo levantado por los fuertes vientos. Más de la mitad de las emisiones totales de compuestos orgánicos volátiles son producidas por fuentes móviles (ej. automóviles, camionetas y autobuses), que

también son responsables de los excedentes de monóxido de carbono en las áreas urbanas. Aproximadamente un tercio del total de las emisiones de COV proceden de fuentes de área (productos de consumo, talleres de pintura automotriz y gasolineras).

El grupo de trabajo sobre aire del Programa Frontera XXI ha concentrado sus esfuerzos principalmente en tres áreas geográficas: 1) Tijuana, Rosarito, y el condado de San Diego; 2) Mexicali y el condado Imperial; y 3) Ciudad Juárez y los condados de El Paso y Doña Ana. Este grupo también trabaja sobre los problemas de congestión vehicular y la relación entre la generación de energía y la calidad del aire en toda la frontera.

Residuos sólidos y peligrosos

En la región fronteriza de México existen 5 rellenos sanitarios para la disposición permanente de residuos sólidos municipales, localizados en Tijuana, Nogales, Ciudad Juárez, Nuevo Laredo y Matamoros. En los Estados Unidos hay 27 rellenos sanitarios en Texas, 10 en Arizona, 18 en California y 4 en Nuevo México.

El mayor volumen de los residuos peligrosos exportados a México desde los Estados Unidos tiene un alto contenido de zinc y residuos de estaño-plomo provenientes de acumuladores usados y baterías de plomo. En este país existe un solo confinamiento, localizado en Monterrey, Nuevo León, que recibe más de la mitad del total de residuos peligrosos enviados para México cada año para su reciclaje. Este confinamiento recicla polvos de hornos de acereras localizados en los Estados Unidos.

En los estados fronterizos de México existen 23 compañías autorizadas para reciclar residuos peligrosos, de las cuales siete

son para solventes usados, cinco para metales, cuatro para tambores usados, tres para lubricantes usados y cuatro para manejo integrado de la preparación de combustible alternativo. Es importante aclarar que esta información abarca a las empresas localizadas en los estados fronterizos mexicanos y que no necesariamente se encuentran dentro de la región fronteriza, en la que no existen sitios de disposición final de residuos peligrosos. En la frontera estadounidense existe un confinamiento de residuos peligrosos, localizado en Westmoreland, California; sin embargo, a nivel nacional, los Estados Unidos tienen un exceso de capacidad para el confinamiento de residuos peligrosos.

Formación de recursos humanos y tecnología

Los 10 estados fronterizos que conforman la frontera México-Estados Unidos cuentan, en conjunto, con 55 universidades orientadas a la formación de recursos humanos en áreas de la salud o vinculadas a esta. La existencia de 16 departamentos o escuelas de posgrado en salud pública es un buen reflejo de la cantidad y el grado de especialización de las instituciones académicas de la región fronteriza. También existen 21 centros de investigación especializados en asuntos fronterizos o binacionales, cuyas líneas de investigación incluyen o se relacionan con la salud. Además, hay 20 Centros Colaboradores de OPS/OMS en los estados fronterizos estadounidenses; sin embargo, solo 9 de ellos desarrollan actividades relativas o aplicables a la frontera, 3 en México y 6 en los Estados Unidos.

PRINCIPALES SIGLAS UTILIZADAS EN ESTA PUBLICACIÓN

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	CEHI	Instituto de Salud Ambiental del Caribe
AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional	CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CEPAL)
AEV	Años de esperanza de vida	CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe (NU)
AEVG	Años de esperanza de vida ganados	CEPIS	Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (OPS)
AEVP	Años de esperanza de vida perdidos	CFNI	Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (OPS)
AIDIS	Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental	CHRC	Consejo de Investigación de Salud del Caribe
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia	CIDA	Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional
AIF	Asociación Internacional de Fomento (Banco Mundial)	CIE-9	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, Novena Revisión
ALAESP	Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública	CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión
AMPES	Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Cooperación Técnica	CILA	Comisión Internacional de Límites y Aguas
APPCC	Análisis de peligros y puntos de control crítico	CIOMS	Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas
APVP	Años potenciales de vida perdidos	CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (OPS)
ASA	Vacuna antisarampionosa	COSALFA	Comisión Sudamericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa
AVAD	Años de vida ajustados en función de la discapacidad	CPC	Coordinación de Programas en el Caribe
BCIE	Banco Centroamericano de Integración Económica	CPOD	Índice de dientes cariados, perdidos, obturados
BID	Banco Interamericano de Desarrollo	CSIH	Sociedad Canadiense para la Salud Internacional
BIREME	Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (OPS)	CWWA	Asociación de Agua y Aguas Residuales del Caribe
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial)	DANIDA	Cooperación Danesa para el Desarrollo
BM	Banco Mundial	DIU	Dispositivo intrauterino
CAF	Corporación Andina de Fomento	DOTS	Tratamiento breve bajo observación directa
CAREC	Centro de Epidemiología del Caribe (OPS)	DPDI	Departamento para el Desarrollo Internacional (RU)
CARICOM	Comunidad del Caribe	DPT	Vacuna triple contra la difteria, la tos ferina y el tétanos
CARMEN	Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles	ECDS	Servicio de Medicamentos del Caribe
CDB	Banco de Desarrollo del Caribe	ECRI	Instituto de Investigación en Atención de Urgencia
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA)		

ECV	Enfermedades cardiovasculares	OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
EEE	Encefalitis equina del este	OIM	Organización Internacional de Migraciones
EEO	Encefalitis equina del oeste	OIT	Organización Internacional del Trabajo
EEV	Encefalitis equina venezolana	OMC	Organización Mundial del Comercio
ELISA	Ensayo de inmunoabsorción enzimática	OMS	Organización Mundial de la Salud
EPA	Agencia para la Protección del Medio Ambiente (EUA)	ONG	Organización no gubernamental
ETS	Enfermedades de transmisión sexual	ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación	OPS	Organización Panamericana de la Salud
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos	OSDI	Organismo Sueco de Desarrollo Internacional
FED	Fondo Europeo de Desarrollo	OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
FHD	Fiebre hemorrágica del dengue	PAHEF	Fundación Panamericana de la Salud y Educación
FIC	Fondo Interministerial del Caribe	PAI	Programa Ampliado de Inmunización
FMAM	Fondo para el Medio Ambiente Mundial	PALTEX	Programa Ampliado de Libros de Texto
FMI	Fondo Monetario Internacional	PANAFTOSA	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (OPS)
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas	PCB	Bifenilo policlorinado
GTZ	Organismo Alemán para la Cooperación Técnica	PEA	Población económicamente activa
Hib	Vacuna contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	PFA	Parálisis flácida aguda
IDH	Índice de desarrollo humano	PGC	Proyecto de Garantía de la Calidad
IICA	Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura	PIB	Producto interno bruto
ILP	Índice de láminas positivas	PLAGSALUD	Aspectos Ocupacionales y Ambientales de la Exposición a Plaguicidas en el Istmo Centroamericano
IMC	Índice de masa corporal	PMA	Programa Mundial de Alimentos
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (OPS)	PNB	Producto nacional bruto
INPPAZ	Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (OPS)	PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
IPA	Índice parasitario anual	PNUFID	Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas
ISCA	Iniciativa de Salud Centroamericana	PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
IRA	Infecciones respiratorias agudas	PPME	Iniciativa para los Países Pobres Muy Endeudados (Banco Mundial-FMI)
IRM	Imaginología por resonancia magnética	PYMES	Pequeñas y medianas empresas
ITS	Infecciones de transmisión sexual	RELAB	Red Latinoamericana de Biología
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo	REPAMAR	Red Panamericana de Manejo Ambiental de Residuos
JICA	Organismo Japonés de Cooperación Internacional	REPDISCA	Red Panamericana de Información en Salud Ambiental
LAMM	Iniciativa para la Reducción de la Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe	RESSCA	Reunión Especial del Sector Salud de Centroamérica
LILACS	Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (OPS)	RESSCAD	Reunión del Sector Salud de Centroamérica y la República Dominicana
MASICA	Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano	RILAA	Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos
MedCarib	Literatura del Caribe en Ciencias de la Salud	RMN	Resonancia magnética nuclear
MERCOSUR	Mercado Común del Sur	SciELO	Biblioteca Científica Electrónica en Línea (OPS)
MMR	Vacuna triple viral contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis	SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
NORAD	Agencia Noruega para el Desarrollo Cooperativo	SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos	SIREVA	Sistema Regional de Vacunas (OPS)
OEA	Organización de los Estados Americanos	SRC	Síndrome de rubéola congénita
OECD	Organización de Estados del Caribe Oriental		

SUMA	Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios	UNISDR	Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres
TAC	Tomografía axial computarizada	USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA)
TC	Tomografía computarizada	USDA	Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Td	Toxoides diftérico	VDRL	Laboratorios de investigación de enfermedades venéreas
TLC	Tratado de Libre Comercio de América del Norte	VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
TT	Toxoides tetánico	VLHT	Virus linfotrópico humano de células T
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura	VOP	Vacuna antipoliomielítica oral
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia		

