

Salud en las Américas

2007 VOLUMEN II-PAÍSES



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

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.

Se publica también en inglés (2007), con el título:
Health in the Americas, 2007
Scientific and Technical Publication No. 622
ISBN 978 92 75 11627 X (Volume II–Countries)
ISBN 978 92 75 11622 9 (Two volume set)

Catalogación por la Biblioteca de la OPS

Organización Panamericana de la Salud
Salud en las Américas: 2007
Washington, D.C.: OPS, © 2007—2v.
(OPS, Publicación Científica y Técnica No. 622)

ISBN 978 92 75 31627 9 (Volumen II–Países)
ISBN 978 92 75 31622 8 (Obra completa, 2 volúmenes)

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

NLMWA110

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, 2007

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

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

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

CONTENIDO

	<i>Página</i>
<i>Prefacio</i>	v
<i>Nota a nuestros lectores</i>	vii
<i>Colaboradores</i>	viii
Anguila	2
Antigua y Barbuda	16
Antillas Neerlandesas	28
Argentina	38
Aruba	62
Bahamas	72
Barbados	88
Belice	102
Bermuda	118
Bolivia	132
Brasil	148
Canadá	174
Chile	196
Colombia	220
Costa Rica	242
Cuba	266
Dominica	286
Ecuador	298
El Salvador	318
Estados Unidos de América	340
Granada	360
Guadalupe, Guayana Francesa y Martinica	374
Guatemala	392
Guyana	412
Haití	432
Honduras	452
Islas Caimán	470
Islas Turcas y Caicos	480
Islas Vírgenes Británicas	490
Jamaica	504
México	524
Montserrat	546

Nicaragua	556
Panamá	584
Paraguay	608
Perú	630
Puerto Rico	652
República Dominicana	664
Saint Kitts y Nevis	680
San Vicente y las Granadinas	692
Santa Lucía	704
Suriname	716
Trinidad y Tabago	734
Uruguay	756
Venezuela	770
Frontera de Estados Unidos y México	786
<i>Siglas</i>	801

PREFACIO

El Secretariado de la Organización Panamericana de la Salud tiene la responsabilidad constitucional de informar a la Conferencia Sanitaria Panamericana sobre las condiciones de salud y sus tendencias en la Región de las Américas. Este es el propósito principal de la edición de 2007 de *Salud en las Américas*. Esta obra ofrece un informe general actualizado sobre la situación de salud en la Región y específicamente en los 46 países y territorios de las Américas, y narra y analiza los avances, obstáculos y desafíos de los Estados Miembros en sus esfuerzos para lograr una mejor salud para todos los habitantes del hemisferio.

Como agencia de salud, nuestra principal disciplina es la epidemiología, la cual nos permite medir, definir y comparar los problemas y condiciones de salud y su distribución en un contexto poblacional, espacial y temporal. Esta publicación aborda la salud como un derecho humano, tomando en cuenta los entornos de la persona y de la comunidad, y analiza los diversos factores críticos de orden biológico, social, cultural, económico y político que la determinan. Ese análisis revela la existencia de brechas, diferencias e inequidades que aún persisten en nuestra Región, en especial aquellas relacionadas con el acceso a los servicios básicos y de salud, la nutrición, la vivienda y las condiciones de vida, así como la falta de oportunidades de desarrollo humano, lo que hace que ciertos grupos de población sean más vulnerables que otros a las enfermedades y a los riesgos para la salud.

Es por eso que, además del enfoque específico y especializado del Secretariado en la descripción y análisis de los problemas de salud y de la consiguiente respuesta del sector salud en la Región, hemos intentado utilizar como eje de discusión el compromiso universal de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducción del hambre y la pobreza; promoción de la equidad de género en las oportunidades de educación; control y prevención de las enfermedades; gestión y desarrollo de la cooperación entre países, y creación y fortalecimiento de alianzas subregionales e intersectoriales, entre los gobiernos y la sociedad civil, como elementos esenciales para lograr una mejor salud de los pueblos de las Américas.

El proceso de producción de esta publicación ha sido arduo y complejo y representa el trabajo colectivo y los aportes técnicos de más de 500 funcionarios y expertos del Secretariado. Para la elaboración de esta edición se ha utilizado información de diversas fuentes oficiales y no oficiales, por lo que es posible que existan discrepancias en algunos de los datos. De igual manera, el nivel de calidad de la información en los países es variable y, en algunos, no fue posible obtener una desagregación de los datos en los niveles subnacionales que permitiera conocer las disparidades en el estado de salud de poblaciones específicas. Aún así, este panorama regional representa nuestro propósito de

seguir colaborando con los países para resolver la agenda inconclusa de las muertes prevenibles e innecesarias de madres y niños y otros grupos vulnerables de la población; para renovar los esfuerzos necesarios y mantener los importantes avances logrados, como la eliminación de enfermedades prevenibles por vacunación, y para enfrentar los desafíos del presente y del futuro como el VIH/sida, la tuberculosis multirresistente, la violencia juvenil y las nuevas formas del bioterrorismo, entre otros.

Acorde con nuestro anhelo de agregar valor a la información que suministramos a nuestros lectores, en esta edición de *Salud en las Américas* hemos introducido varias innovaciones que están descritas en la nota a nuestros lectores (ver la página siguiente), y hemos buscado destacar un tema de salud o la respuesta que el sector de la salud está dando a un problema específico en cada país o territorio de las Américas. Con la finalidad de alcanzar a un mayor número de lectores y de capitalizar los cambios en la tecnología para su beneficio, hemos decidido publicar esta obra tanto en formato impreso, como en CD ROM y en línea a través de Internet.

Junto con la descripción y el análisis de las condiciones de salud, hemos aprovechado esta edición de *Salud en las Américas* para presentar la perspectiva y los comentarios de 10 expertos de reconocido prestigio internacional sobre la “Agenda de Salud en las Américas 2008–2017”, una iniciativa de los países lanzada en coincidencia con la XXXVII Asamblea General de la OEA en Panamá, en junio de 2007, con el objetivo de desarrollar un trabajo integrado y colectivo en la próxima década, para lograr las metas de salud en la Región.

Finalmente, aseguramos que esta última de una serie de 14 ediciones de nuestra principal publicación cosecha los datos y presenta un razonamiento consciente con respecto a la salud en las Américas a través de análisis, perspectivas y contextos presentados de la forma más acertada, justa y fehaciente que ha sido posible. Es mi aspiración que esta edición 2007 de *Salud en las Américas* sirva como un recordatorio de que cada número y cada estadística representan la vida de una niña, un niño, una mujer, un hombre, en algún lugar de la Región. Deseo y auguro que la próxima edición de 2012 pueda reflejar los progresos y avances significativos de los países con su esfuerzo constante, colectivo y solidario para lograr una mejor salud y una vida más larga, plena y fructífera de todos los habitantes de nuestra Región, pero de manera especial, de aquellos grupos humanos más postergados y excluidos.

Mirta Roses Periago
Directora

NOTA A NUESTROS LECTORES

Esta edición de *Salud en las Américas* introduce varios cambios en relación a ediciones anteriores.

El Volumen Regional incluye un capítulo introductorio que presenta un panorama general del progreso alcanzado para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y las diversas fases del proceso cambiante de la salud —la agenda inconclusa, la protección de los logros en salud, y el abordaje de las amenazas emergentes, así como de la respuesta del sector salud, a nivel nacional e internacional a la situación de salud. Asimismo se añade un capítulo final que contempla una visión del futuro de la salud pública en la Región en el contexto de la Agenda de Salud para las Américas, 2008–2017, con comentarios de distinguidos expertos internacionales. Los capítulos 1 al 6 comienzan con un resumen ejecutivo, el cual se distingue del texto principal mediante un formato distinto. Se utilizan colores a través de todo el volumen para asegurar mayor claridad del material gráfico. Finalmente, dado que uno de los propósitos de la serie *Salud en las Américas* es dar seguimiento en el curso del tiempo a las tendencias regionales con respecto a las condiciones y los sistemas de salud, se complementa esta edición con citas de los Directores de la Organización, desde Hugh S. Cumming en los años veinte hasta Mirta Roses Periago en el siglo XXI, citas pertinentes a los temas de los distintos capítulos.

El Volumen de Países ofrece mapas de todos los países y territorios de las Américas, así como notas breves que resaltan algún desafío de salud y la respuesta al mismo del sector de salud nacional.

A través de los dos volúmenes, se introducen recuadros de texto con material adicional; se intercalan las figuras y cuadros ubicándolos tan próximos como sea posible a su mención correspondiente en el texto, y se incluyen referencias bibliográficas.

Esperamos que estas mejoras editoriales prueben ser tanto de interés como de utilidad para ustedes, nuestros lectores.

COLABORADORES

VOLUMEN DE PAÍSES

Anguila: Serene Carter-Davis (Coordinación), Byron Crape, Margaret Hazlewood, Bonnie Richardson-Lake, Thomas Yerg • **Antigua y Barbuda:** Rhonda Sealey-Thomas (Coordinación), Byron Crape, Margaret Hazlewood, James Knigh, Thomas Yerg • **Antillas Neerlandesas:** Renato Gusmao (Coordinación), Sonja Caffé, Byron Crape, Izzy Gerstenbluth, Thomas Yerg • **Argentina:** Enrique Vázquez (Coordinación), José Luis Castro, Hugo Cohen, Luis Roberto Escoto, Carla Figliolo, María Angélica Flores, Salvador García, Katy Iannello, José Antonio Pagés, Celso Rodríguez, Luis Eliseo Velásquez, Marcelo Vila, Claudia Vivas • **Aruba:** Alejandro López (Coordinación), Gregory Fung-a-Fat, Renato Gusmao, Sharline Kolman-Weber, Patricia L. Ruiz, Thomas Yerg • **Bahamas:** Yitades Gebre (Coordinación), Charlene Bain, Byron Crape, Merceline Dahl- Regis, Camille Deleveaux, Pearl McMillan, Linda Rae-Campbell, Thomas Yerg • **Barbados:** Pascal Frison (Coordinación), Veta Brown, Reeshemah Cheltenham Niles, Samuel Deane, César Gattini, Alejandro Giusti, Margaret Hazlewood, Carol Boyd-Scobie, John Silvi, Thomas Yerg • **Belice:** Guillermo Troya (Coordinación), Diana Beverly-Barnett, Emir Castaneda, Englebert Emmanuel, Margaret Hazlewood, Kathleen Israel, Sandra Jones, Ricardo Luján, Rony Maza, Nancy Naj, John Silvi, Lorraine Thompson, Thomas Yerg • **Bermuda:** Jacqueline Gernay (Coordinación), J. Cann, E. Casey, Janice Chang, Byron Crape, Ernest Pate, Marion Pottinger, John Silvi, Ana Treasure, Godfrey Xuereb, Thomas Yerg • **Bolivia:** Carlos Ayala (Coordinación), Dora Caballero, María del Carmen Daroca, Christian Darras, Percy Halkyer, Susana Hannover Saavedra, Henry Hernández, Martha Mejía, Juan Pablo Protto, Olivier Ronveaux, Diddie Schaaf, Ivelise Segovia, Marco F. Suárez, Jorge Terán • **Brasil:** José Antonio Escamilla (Coordinación), Zuleica Albuquerque, Paola Barbosa Marchesini, Roberto Becker, María Lúcia Carneiro, Luciana de Deus Chagas, Mauro Rosa Elkhoury, Rubén Figueroa, James Fitzgerald, Alejandro Giusti, Diego González, Adriana María P. Marques, Roberto Montoya, Marcia Moreira, José Paranaguá de Santana, João Baptista Risi Junior, Luis Fernando Rocabado, Rodolfo Rodríguez, Patricia L. Ruiz, Celsa Sampson, Rosa María Silvestre, Orenzio Soler, Valeska Stempliuk, Julio Manuel Suárez, Horacio Toro, Cristiana Toscazo, Enrique Vázquez, Matias Villatoro, Zaida Yadón • **Canadá:** Nick Previsich (Coordinación), Mara Brotman, Stephanie Blondin, Byron Crape, Kate Dickson, Jennifer Rae, John Silvi, Thomas Yerg • **Chile:** Alejandro Giusti (Coordinación), Oscar Arteaga, Paula Bedregal, Paula Margozzini, Juan Manuel Sotelo • **Colombia:** Roberto Sempértegui Ontaneda (Coordinación), Pier Paolo Balladeli, Sergio Calderón, Patricia de Segurado, Jose Pablo Escobar, Bertha Gómez, Susana Helfer-Vogel, María Cristina Latorre, Juan Guillermo Orozco, Magda Palacio, Rafael Pardo, Desiree Pastor, José Ruales, Isabel Cristina Ruiz, Martha Idali Saboya • **Costa Rica:** Humberto Montiel Paredes (Coordinación), Rosa María Borrell, Xinia Bustamante, Miryan Cruz, Catty Cuellar, Roberto Del Águila, Gerardo Galvis, Leonardo Hernández, Wilmer Marquito, Sandra Murillo, Shirley Quesada, Mayra Rodríguez, Carlos Samayoa, Javier Santacruz • **Cuba:** José Gómez (Coordinación), Adolfo Álvarez Blanco, Osvaldo Castro, Antonio González Fernández, Idalis González Polanco, Lea Guido, Gilda Marquina, Néstor Marimón Torres, Rolando Miyar, Gabriel Montalvo, Mario Pichardo, Daniel Purcallas, Ana María Sánchez Calero, Maritza Sosa, Rosa María Torres Vidal • **Dominica:** David Johnson (Coordinación), Byron Crape, Margaret Hazlewood, Paul Ricketts, Thomas Yerg • **Ecuador:** Miguel Machuca (Coordinación), Víctor Aráuz, Caroline Chang, Luis Codina, Delmin Cury, Jean Marc Gabastou, Carlos Roberto Garzón, Edmundo Granda, Irene Leal, Jorge Luis Prospero, Ana Quan, Rocío Rojas, Ángel Valencia, Diego Victoria • **El Salvador:** Gerardo de Cosío (Coordinación), Julio Armero Guardado, Eduardo Guerrero, Lucio Isaí Sermeño Hernández • **Estados Unidos de América:** MaryLou Valdéz (Coordinación), Mark A. Abdo, Roberto Becker, Byron Crape, Alicia Díaz, Ruth Katz, Ch'uya H. Lane, Sam Notzon, Thomas Yerg • **Granada:** Gabriel Clements (Coordinación), Carlene Radix, Tessa Stroude • **Guadalupe, Guayana Francesa y Martinica:** Henrietta Chamouillet (Coordinación), Chloé Chiltz, Thierry Cardozo, Jean-Pierre Diouf, Pascal Frison, Alejandro Giusti, Claire Lietard, Sylvie Merle, Michelle Ooms, Georges Para, Annick Vezolles, Fernando Zacarías • **Guatemala:** Enrique Gil Bellorin (Coordinación), Fernando Amado, Rosario Castro, Isabel Enriquez, América de Fernández, Maggie Fischer, Daniel Frade, Federico Hernández, Jaime Juárez, Hilda Leal, Joaquín Molina, Rodrigo Rodríguez, Juanita de Rodríguez • **Guyana:** Tephany Griffith (Coordinación), Enias Baganizi, Keith Burrowes, Byron Crape, Debra Francis, Hedwig Goede, Margaret Hazlewood, Kathleen Israel, Tamara Mancero, Teofilo Monteiro, Renee Franklin Peroune, Vaulda Quamina-Griffith, Luis Seoane, Bernadette Theodore-Gandi, Luis Valdes, Thomas Yerg • **Haití:** Michelle Ooms (Coordinación), Philippe Emmanuel Allouard, Gabriel Bidegain, Jean-Philippe Breux, Beatrice Bonnevaux, Vivianne Cayemites, Henriette Chamouillet, Philippe Doo-Kingue, Hélène Duplan-Prudhon, Karoline Fonck, Pascal Frison, Neyde Gloria Garrido, Alejandro Giusti, Carlos Gril, María Guevara, Marie-Charleine Heccdivert, Donna Isidor, Vely Jean-François, Siullin Clara Joa, Johann Julmiste, François Lacapère, Elsie Lafosse, Gerald Lerebours, Roc Magloire, Frantz Metellus, Christian Morales, José Moya, Françoise Ponticq, Jacques Hendry Rousseau, Patricia L. Ruiz, Malhi Cho Samaniego, Elisabeth Verluyten, Thomas Yerg, Fernando Zacarías • **Honduras:** Guillermo Guibovich (Coordinación), José Fiusa Lima, Raquel Fernández Pacheco, Lillian Reneau-Vernon • **Islas Turcas y Caicos:** Yitades Gebre (Coordinación), Tashema A. Bholanath, Cheryl Ann Jones, Jackurlyn Sutton, Rufus W. Swing, Thomas Yerg • **Islas Vírgenes Británicas:** Irad Potter (Coordinación), Byron Crape, Ronald Georges, Margaret Hazlewood, Tracia Smith-Jones, Thomas Yerg, Fernando Zacarías • **Jamaica:** Jacqueline Garnay (Coordinación), Roberto Becker, E. Casey, Janice Chang, Jacqueline Duncan, Sydney Edwin, Denise Eldemire-Shearer, Donna Fraser, Andriene Grant, Margaret Hazlewood, Erica Hedmann, Maureen Irons-Morgan, Everton G. Kidd, Peter Knight, Karen Lewis Bell, Andre McNab, Valerie Nam, Ernest Pate, Marion Pottinger, Lundie Richards, Ana Treasure, Earl Wright, Godfrey Xuereb, Thomas Yerg • **México:** José Moya (Coordinación), Gustavo Bergonzoli, Angel Betanzos, Verónica Carrión, Luis Castellanos, Jacobo Finkelman, Guilherme Franco Netto, Sergio Garay, Ivonne Orejel, Juan de Dios Reyes • **Montserrat:** Pascal Frison (Coordinación), Byron Crape, Lyndell Creer, Alejandro Giusti, Dorothea Hanzel, Margaret Hazlewood, Thomas Yerg, Fernando Zacarías • **Nicaragua:** Marianela Corriols (Coordinación), Reynaldo Aguilar, Sylvain Aldighieri, Mario Cruz, Maria A. Gomes, Socorro Gross, Silvia Narváez, Eduardo Ortiz, Cristina Pedreira • **Panamá:** Guadalupe Verdejo (Coordinación), Jorge Jenkins, Percy Minaya, Jorge Rodríguez, José Luis

San Martín, Ángel Valencia, Gustavo Vargas • **Paraguay:** Marcia G. Moreira (Coordinación), María Almirón, Gladys Antonieta de Arias, Javier Espíndola, Julio Galeano, Gladys Cecilia Ghisays, Epifania Gómez, Bernardo Sánchez, Isabel Sánchez, Carmen Rosa Serrano, Sonia Tavares, Javier Uribe • **Perú:** Fernando Gonzáles Ramírez (Coordinación), María Edith Baca, Gaby Caro, Rigoberto Centeno, Miryan Cruz, Miguel Dávila, Adrián Díaz, Luis Gutiérrez, Mario Martínez, Mónica Padilla, Manuel Peña, Germán Perdomo, Homero Silva, Hugo Tamayo, Washington Toledo, Mario Valcárcel, Gladys Zarate • **Puerto Rico:** Raúl Castellanos (Coordinación), Dalidia Colón, Byron Crape, Raúl Figueroa Rodríguez, Patricia L. Ruiz, Migdalia Vázquez González, Thomas Yerg • **República Dominicana:** Celia Riera (Coordinación), Gerardo Alfaro, F. Rosario Cabrera, Pedro Luis Castellanos, Dalia Castillo, María Antonieta González, Rosario Guzmán, Cecilia Michel, Raúl Montesano, Carlos Morales Castillo, Cristina Nogueira, Oscar Suriel, Selma Zapata • **Saint Kitts y Nevis:** Patrick Martin (Coordinación), Andrew Skerritt, Thomas Yerg • **Santa Lucía:** Pascal Frison (Coordinación), Adelaide Alexander, Dwight Calixto, Xista Edmund, Margaret Hazlewood, Alinda Jaime, Kerry Joseph • **San Vicente y las Granadinas:** Roger Duncan (Coordinación), Severlina Cupid, Kari da Silva, Anne de Roche, Sandra Grante, Margaret Hazlewood, Nykieska Jackson, Thomas St Clare, Anneke Wilson • **Suriname:** Elwine VanKanten (Coordinación), Roberto Becker, Gustavo Bretas, Byron Crape, Alma Catharina Cuellar, Margaret Hazlewood, Stephen Simon, Thomas Yerg • **Trinidad y Tabago:** Gina Watson (Coordinación), Roberto Becker, Carol Boyd-Scobie, Alma Catharina Cuellar, Byron Crape, Marilyn Entwistle, Margaret Hazlewood, James Hospedales, Leah-Mari Richards, John Silvi, Avril Siung-Chang, Thomas Yerg • **Uruguay:** Alejandro Gherardi (Coordinación), Mónica Col, Alejandro Giusti, Elizabeth Jurado, Patricia L. Ruiz, Roberto Salvatella, Enrique Vázquez • **Venezuela:** Alejandro López Inzaurrealde (Coordinación), Oswaldo Barrezueta Cobo, Renato Gusmao, Natasha Herrera, Marcelo Korc, Miguel Malo Serrano, Soledad Pérez Évora • **Frontera de los Estados Unidos y México:** Kam Suan Mung (Coordinación), Lorely Ambriz, María Teresa Cerqueira, Byron Crape, Sally Edwards, Luis Gutiérrez, Piedad Huerta, Guillermo Mendoza, Rosalba Ruiz, Patricia L. Ruiz, Thomas Yerg.

VOLUMEN REGIONAL

Panorama: Judith Navarro (Coordinación), Byron Crape, Anabel Cruz, Andrea DiPaola, Oscar Mujica, Alfonso Ruiz, Patricia L. Ruiz, John Silvi, Fernando Zacarías • **Capítulo 1:** Sofioleticia Morales (Coordinación), Marco Akerman, Alfredo Calvo, Rafael Flores, Saúl Franco, Guilherme Franco Netto, Alejandro Giusti, Elsa Gómez, Jorge Iván González, Antonio Hernández, Lilia Jara, Fernando Lolas, Jesús López Macedo, Enrique Loyola, Rocío Rojas, María Helena Romero, Patricia L. Ruiz, Rubén Suárez, Cristina Torres, Javier Vázquez • **Capítulo 2:** Gabriela Fernández (Coordinación), Raimond Armengol, Steven Ault, Alberto Barceló, Roberto Becker, Yehuda Benguigui, Keith Carter, Carlos Castillo Solórzano, Carolina Danovaro, Mirta del Granado, Amalia del Riego, Chris Drasbek, John Ehrenberg, Rainier Escalada, Saskia Estupiñán, Daniela Fernandes da Silva, Ricardo Fescina, Érika García, Andrea Gerger, Alejandro Giusti, Thomas Harkins, James Hospedales, Ithzak Levav, Marlo Libel, Silvana Luciani, Chessa Lutter, Miguel Machuca, Matilde Maddaleno, Sara Marques, Christina Marsigli, Rafael Mazín, Oscar Mujica, Monica Palak, Marta Peláez, Pilar Ramon-Pardo, Jorge Rodríguez, Rocío Rojas, Alba María Roperó, Roberto Salvatella, Roxane Salvatierra, Celsa Sampson, José Luis Sanmartín, Cristina Schneider, Juan Carlos Silva, John Silvi, Cristina Torres Parodi, Ciro Ugarte, Armando Vásquez, Enrique Vega • **Capítulo 3:** Samuel Henao, Enrique Loyola y Cristina Schneider (Coordinación), Adriana Blanco, María Teresa Cerqueira, Alberto Concha-Eastman, Vera Luiza Da Costa Siva, Diego Daza, Hernán Delgado, Luiz A. Galvão, Genaro García, Diego González, Eduardo Guerrero, Josefa Ippolito-Shepherd, Fernando Leanes, Jorge López, Mildred Maisonet, Maristela Monteiro, Sofioleticia Morales, José Naranjo, Mireya Palmieri, Mauricio Pardón, Enrique Pérez, Emilio Ramírez, Marilyn Rice, Eugenia Rodríguez, Celso Rodríguez, Alfonso Ruiz, Henry Salas, Rosa Sandoval, Víctor Saravia, Kerstin Schotte, Heather Selin, Homero Silva, Luz Maritza Tennessee, Ricardo Torres • **Capítulo 4:** Cristina Puentes-Markides (Coordinación), Gisele Almeida, Jorge Bermúdez, Jaime Canela Soler, Regina Castro, María de los Angeles Cortés, José Ramiro Cruz, Rafael Flores, Amparo Gordillo Tobar, Pablo Jiménez, Eduardo Levcovitz, Ramón Martínez, Carme Nebot, Abel Packer, Daniel Purcallas, Priscilla Rivas-Loria, Patricia L. Ruiz, Rubén Suárez Berenguela, América Valdés, Fernando Zacarías • **Capítulo 5:** Rebecca de los Ríos y Hugo Prado (Coordinación), Carlos Arosquipa, Alfredo Calvo, Mariela Canepa, Paul Mertens, Patricia L. Ruiz, Ciro Ugarte, Fernando Zacarías • **Capítulo 6:** Judith Navarro (Coordinación), George A.O. Alleyne, Stephen Blount, Paulo Buss, Nils Kastberg, Gustavo Kourí, Jay McAuliffe, Sylvie Stachenko, Muthu Subramanian, Ricardo Uauy, Marijke Velzeboer-Salcedo.

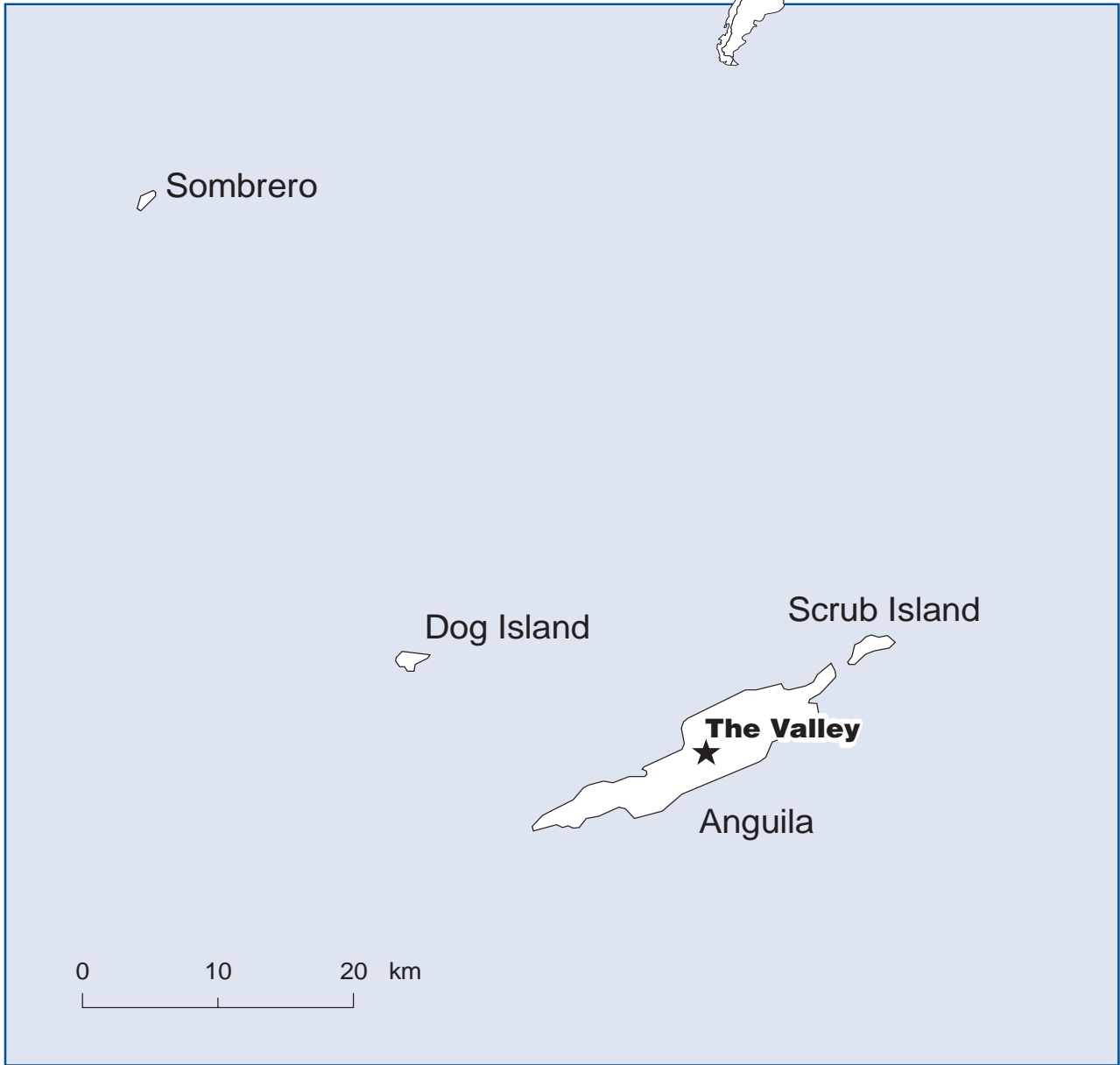
Grupo de Trabajo Interprogramático para Salud en las Américas 2007: Fernando Zacarías (Coordinación), Patricia L. Ruiz (Secretaría Técnica), Gustavo Bergonzoli, Carlos Castillo Solórzano, Anabel Cruz, Gerardo de Cosío, Amalia del Riego, Ricardo Fescina, Samuel Henao, Branka Legetic, Eduardo Levcovitz, Marlo Libel, Chessa Lutter, Miguel Machuca, Mildred Maisonet, Humberto Montiel, Hernán Montenegro, Sofioleticia Morales, Oscar Mujica, Judith Navarro, Armando Peruga, Alfonso Ruiz, Cristina Puentes-Markides, Alba María Roperó, Cristina Schneider, Javier Uribe, Enrique Vázquez, Gina Watson.

Edición y producción: Anabel Cruz (Coordinación), Leslie Buechele, Patricia De los Ríos, Andrea DiPaola, Mariether Fernández, Judith Navarro, Roberta Okey, Lucila Pacheco, Cecilia Parker, Alfonso Ruiz, Haydée Valero • **Promoción:** José Carnevali, Daniel Epstein, Mylena Pinzón, Evelyn Rodríguez, Eleana Villanueva • **Diseño gráfico:** Gilles Collette, Guenther Grill, Ajibola Oyeleye • **Sitio web:** Marcelo D'Agostino, Erico Pérez-Neto.

Coordinación general: Fernando Zacarías • **Coordinación técnica:** Patricia L. Ruiz.

Agradecemos la colaboración de los funcionarios y profesionales de los ministerios de salud y de otras instituciones gubernamentales, agencias internacionales, organizaciones no gubernamentales y otras entidades que generosamente proporcionaron datos e información para elaborar esta publicación. A pesar de que se han hecho los mayores esfuerzos para incluir a todos los colaboradores, es posible que hayan ocurrido errores u omisiones por los cuales nos disculpamos anticipadamente.

ANGUILA



Anguila, una pequeña isla de roca caliza en el Caribe Oriental, forma parte de las Islas de Sotavento en las Antillas Británicas y está rodeada por varios cayos situados a cierta distancia de la costa. Abarca una superficie de 91 km² y su terreno tiene poca elevación; la altura máxima de la isla es Crocus Hill, con una altitud de 65 m sobre el nivel del mar. El clima es tropical, con una temperatura media de entre 27°C y 30°C.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

Anguila está expuesta al riesgo de huracanes y recientemente ha sufrido tormentas violentas, la última de ellas en noviembre de 1999, cuando el huracán Lenny, de categoría 4, asoló las costas de la isla. El costo total calculado de los daños causados por este huracán fue de US\$ 65,8 millones. Los daños en el sector social sumaron US\$ 7,7 millones y en el sector salud, US\$ 410.410.

No hay una distinción entre asentamientos urbanos y rurales en la isla. Según la Oficina de Estadística del Ministerio de Hacienda, la población estimada en 2005 era de 13.000 habitantes, con cantidades casi iguales de hombres (49,2%) y mujeres (50,8%) (Figura 1). La capital, The Valley, es la zona más densamente poblada. Es fácil el acceso a los principales asentamientos gracias a una carretera troncal y a una red vial de caminos, algunos sin pavimentar.

El crecimiento del tránsito de vehículos ha exigido efectuar mejoras y expansiones en la carretera. En 2003 se repavimentaron los caminos y en 2004 se inauguró oficialmente la única carretera de Anguila.

Hay dos puertos marítimos y un aeropuerto. La expansión del aeropuerto Wallblake, iniciada en 2003, aumentó su extensión de 3.600 a 5.440 pies; se hicieron mejoras en la terminal, el sistema de control del tráfico aéreo, los servicios contra incendios y la seguridad antes de que se reabriera el aeropuerto en 2005. El principal puerto marítimo está situado en Sandy Ground, a donde llegan líneas navieras comerciales que operan desde Miami y Puerto Rico. El segundo puerto marítimo está en Blowing Point y cuenta con un servicio diario de transbordadores y barcos de carga que cubren la ruta entre San Martín y Anguila. No hay un sistema de transporte público y se utilizan con ese propósito taxis y autos de alquiler.

Anguila es un territorio británico de ultramar. Como tal, el Gobernador y el Vicegobernador son designados por la Corona. El Gobernador es responsable de las relaciones exteriores, la defensa, la seguridad interna y los servicios financieros internacio-

nales. El sistema de gobierno es una democracia parlamentaria al estilo de Westminster. De los 12 miembros de la Asamblea Legislativa unicameral, siete son elegidos por el voto directo popular. Las últimas elecciones se celebraron en 2005.

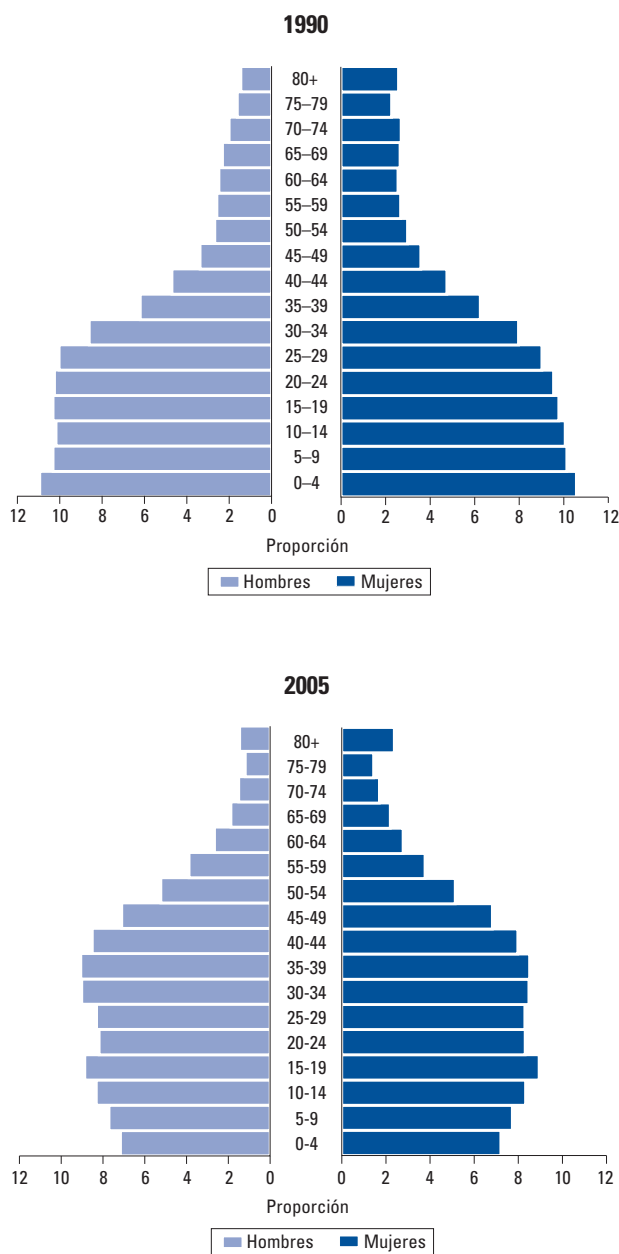
El Gobernador preside el Consejo Ejecutivo, integrado por el Primer Ministro, que es el jefe de gobierno, otros tres ministros y dos miembros ex officio, a saber, el Vicegobernador y el Procurador General. El Consejo Ejecutivo se ocupa de las funciones administrativas, políticas y fiscales del gobierno y rinde cuentas a la Asamblea Legislativa. Las políticas son formuladas en los diversos ministerios de gobierno, según las necesidades determinadas en sus distintos departamentos.

La misión del gobierno a partir de 2005 es promover una sociedad en la cual haya justicia y equidad para todos; proporcionar acceso universal y equitativo a un paquete básico de servicios sociales y comunitarios de calidad; llevar a cabo la ordenación ambiental con el fin de lograr la sostenibilidad a largo plazo, y promover un desarrollo robusto y sostenible como base para el desarrollo social de la comunidad.

La actividad económica continuó expandiéndose, con un crecimiento que pasó de -0,3% en 2000 a 3,3% en 2003. El producto interno bruto (PIB), medido en precios constantes de 1990, permaneció sin cambios en 2000 y 2002 (US\$ 69 millones) y subió a US\$ 70 millones en 2001. No hay un sistema de impuestos directos en Anguila. Además, no existe una regulación cambiaria y la moneda oficial, el dólar del Caribe Oriental, tiene una paridad fija de EC\$ 2,68 por dólar estadounidense. Con excepción del año 2000, la economía ha tenido un buen desempeño, con un crecimiento real del PIB que promedió aproximadamente 5% en 1997-2001.

En el Manifiesto del Frente Unido de Anguila para el período 2000-2005, se identificó al turismo como el principal motor del desarrollo económico. Se produjeron impresionantes avances en la industria turística, como la construcción de un centro turístico de cinco estrellas y un complejo de entretenimiento. Estos acontecimientos han tenido repercusiones importantes para el país, porque la escasez de mano de obra exige una estrategia cuidadosa si se desea evitar impactos sociales negativos y un considerable

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Anguila, 1990 y 2005.



aumento de la tasa de inflación. La industria hotelera y de restaurantes aportó aproximadamente 30% del PIB (US\$ 37.542.435) y emplea al 36% de la fuerza total de trabajo. En 2001 y 2002, el PIB per cápita fue de US\$ 7.646 y US\$ 7.498, respectivamente.

El sector de servicios financieros se ha concentrado en incorporar y administrar corporaciones empresariales internas. En 2005, la contribución al PIB del sector financiero fue de alrededor de 16% y la de la construcción, 12%. La agricultura, la minería y

la fabricación representaron juntas solo 7% del PIB. Después del turismo, el sector financiero fue el contribuyente más importante a la actividad económica general del país (US\$ 17,28 millones). El gobierno empleó a 29% de la fuerza laboral y la industria de servicios financieros a menos de 7%.

La banca comercial, las empresas de contabilidad, los bufetes de abogados, los administradores de empresas, los corredores de bolsa, las compañías fiduciarias y los agentes en el extranjero integran el directorio de servicios financieros de Anguila. No obstante, la mayoría de los activos financieros están concentrados en el sector bancario nacional. Hay cuatro bancos nacionales autorizados y hasta hace poco existían dos bancos internacionales. Según el Informe de País del Fondo Monetario Internacional para 2003, los depósitos en el sector bancario nacional a fines de 2002 ascendían a US\$ 292 millones, cifra que refleja un considerable aumento con respecto a los US\$ 182 millones captados en 1999. La proporción relativamente grande de depósitos de no residentes y en moneda extranjera contribuyó a la decisión de algunos bancos de establecer filiales en el exterior, a las cuales se transfieren esos depósitos. Se pretende que solo los depósitos en moneda extranjera efectuados por no residentes sean transferidos a los bancos en el extranjero.

El sector de servicios empresariales ha tenido la tasa más rápida de crecimiento en la industria extraterritorial de Anguila, debido a la facilidad y flexibilidad administrativas para la incorporación y a que no se cobran impuestos. En 2002 había 29 administradores de empresas y 12 compañías fiduciarias autorizados y 4.642 empresas y sociedades matriculadas. No se requiere el registro de las compañías fiduciarias. Hay una sola institución que se ocupa del negocio de valores en la isla y una sociedad de inversión de capital variable que opera una licencia fiduciaria.

Según el último censo nacional de población y viviendas, realizado en 2001, el número de viviendas era de 3.787, cifra que representó un aumento de 44,6% con respecto a 1992. En 2001, el promedio de personas por vivienda era de 3,1 y la densidad demográfica de 134 personas por km², según el Informe Estadístico de 2001 elaborado por el gobierno.

Una encuesta de evaluación de la pobreza efectuada en 2002 reveló que la tasa de desempleo había crecido ligeramente (de 6,7% en 2001 a 7,8% en 2002). Entre las mujeres, la tasa de desempleo se elevó de 7,0% en 2001 a 7,8% en 2002 y entre los hombres se mantuvo en 6% en ambos años. En 2001, había 100 viviendas construidas totalmente con madera y 98 construidas con madera y hormigón. En 1992, el número de viviendas construidas totalmente con madera era de 151. La mayoría de las viviendas se construyen con hormigón. Más de las tres cuartas partes de las viviendas tienen techos de hormigón y una quinta parte tiene techos de metal galvanizado.

El censo de 1992 mostró que las únicas fuentes de abastecimiento público de agua eran tomas públicas de agua o pozos o tanques públicos. Las fuentes privadas eran las cisternas y el agua se distribuía por tuberías. El 12,2% de las viviendas utili-

zaba fuentes públicas, un porcentaje mayor en comparación con 4,7% en 2001. En este año, 41% de las familias obtenían el agua principalmente mediante tuberías provenientes de embalses privados que llegaban hasta sus viviendas. El 33% extraía agua de cisternas no conectadas a sus casas y el resto de las familias usaba el abastecimiento público de agua, la cual llegaba por tuberías hasta sus patios o al interior de sus viviendas.

Los hoteles tienen su propia planta de desalinización. El gobierno también cuenta con una planta desalinizadora que, con un costo, abastece de agua a la isla. Como todos los pozos del gobierno han sido cerrados, la población no dispone de agua subterránea.

Según el censo de 2001, 93% de la población tenía inodoros. De un total de 3.787 viviendas, 144 contaban con letrinas de fosa. Había instalaciones para bañarse en el interior de las viviendas de 171 familias y 153 familias compartían con otras las instalaciones. El 96,6% de las viviendas tenía electricidad y en 3% se usaba querosén para la iluminación. La mayoría de las casas tenían acceso a la radio y la televisión.

La enseñanza escolar se imparte mediante un sistema educativo estructurado, que abarca desde el nivel primario al postsecundario. La educación escolar es obligatoria hasta los 17 años de edad. El país tiene 11 centros privados de educación preescolar, de los cuales 10 reciben un subsidio gubernamental. Entre 2004 y 2005, había 467 alumnos matriculados en preescolar. Hay seis escuelas primarias públicas y dos privadas distribuidas en la isla y dos centros de educación especial anexos a dos de las escuelas primarias más grandes. En el período 2000–2005, la matrícula escolar en las escuelas primarias públicas y privadas permaneció casi igual en cada año académico (1.489 alumnos en 2000–2001, 1.427 en 2001–2002, 1.462 en 2002–2003, 1.437 en 2003–2004 y 1.473 en 2004–2005). La relación de maestros y alumnos fue de 1:19, 1:17, 1:15, 1:14 y 1:14 en esos mismos años. En 2005, 48% de los alumnos de las escuelas primarias eran niñas.

La enseñanza secundaria se imparte en la Albena Lake Hodge Comprehensive School, situada en The Valley. El plan de estudios abarca áreas de materias académicas, técnicas y vocacionales. Entre 2004 y 2005, 1.058 alumnos estaban matriculados en el nivel secundario.

El Centro de Educación a Distancia de la Universidad de las Indias Occidentales y la Oficina de Educación Continua y de Adultos del Departamento de Educación imparten educación terciaria. La Oficina de Educación Continua y de Adultos ofrece programas de capacitación para maestros de los niveles primario y secundario y el Centro de Educación a Distancia ofrece una gama de programas de educación a distancia. Las becas y los préstamos oficiales facilitan el acceso a la educación terciaria.

La tasa de alfabetismo entre los adultos es de 95,4%, sin diferencias entre ambos sexos. Según la Encuesta de la Fuerza de Trabajo efectuada en 1999, 12% de los trabajadores (población de 15 y más años de edad) había recibido educación universitaria y 21% educación terciaria. Más de la mitad de los trabajadores de 20 a 34

años de edad habían obtenido por lo menos un certificado general de educación o un diploma del Consejo de Exámenes del Caribe.

Según los datos del cuerpo de policía, hubo cinco homicidios en el período 2001–2005: dos en 2002, dos en 2003 y uno en 2004; en 1996–2000 se registraron dos. Hubo 62 denuncias de casos de atentados contra el pudor y 90 casos de agresión y lesiones. No se registraron casos de violación u homicidio no culposos.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La tasa anual de crecimiento demográfico fue de 2,5% en 2005 y la tasa media anual de crecimiento vegetativo correspondiente al período 2001–2005, de 0,6%. La esperanza de vida al nacer era de 74,3 años para los hombres y de 80,3 años para las mujeres. La tasa de fecundidad en 2005 era de 1,7 hijos por mujer.

La tasa bruta de natalidad fue de 14,3 por 1.000 habitantes en 2005, con un promedio de 153 niños nacidos vivos en el período 2001–2005.

El número de nacidos vivos durante el período 2001–2005 fue de 182, 169, 141, 164 y 167, respectivamente. Se registraron 35 nacimientos de madres adolescentes (10–15 años de edad). Parece existir una tendencia descendente en el número de hijos de madres adolescentes: 35 en 2001, 30 en 2002, 22 en 2003, 25 en 2004 y 21 en 2005.

La inmigración aumentó, en particular la proveniente de otros países de habla inglesa del Caribe. Según el censo de 2001, estos inmigrantes representaron 15% de la población, un porcentaje mayor en comparación con 10% en 1992. Los ciudadanos estadounidenses constituyen el segundo grupo más grande de inmigrantes en el país y representaron 6% de la población en 2001, frente a 5% en 1992. La mayoría de las personas no naturales de Anguila son individuos en edad de trabajar y niños.

Las principales causas de mortalidad entre 2001 y 2005 fueron las enfermedades del sistema circulatorio (112 defunciones, que equivalen a 30,6% del total de defunciones); las neoplasias malignas (42, 11,5%); las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (27, 7,9%) y las causas externas (14, 3,1%).

Entre 2001 y 2005 hubo 294 defunciones (173 en hombres y 121 en mujeres). Se registraron 6 defunciones (2%) en niños menores de 1 año, 2 (0,6%) en el grupo de 1 a 19 años, 27 (9,2%) en el de 20 a 39 años, 46 (15,6%) en el de 40 a 59 años, 86 (29,2%) en el de 60 a 70 años y 127 (43,2%) en el de 80 años y más.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Según el censo de 2001, los niños de 0 a 4 años de edad representaban 18,9% de la población total. En el período 2001–2005 se registraron 829 partos y 10 mortinatos. Todos los nacimientos se producen en el hospital Princess Alexandra y son atendidos por profesionales sanitarios competentes. El número de defunciones

en niños menores de 1 año durante 2001–2005 fue el siguiente: dos defunciones en 2002, dos en 2003 y dos en 2005. No se registraron defunciones en 2001 y 2004. De las defunciones registradas, cuatro fueron por afecciones originadas en el período neonatal, una por insuficiencia cardíaca congestiva y otra por inhalación de humo y quemaduras. La mayoría de las defunciones infantiles se producen en el período neonatal. Entre los niños de 1 a 4 años de edad, solo se registró una defunción.

Los servicios de salud del lactante y el niño vigilan el crecimiento y el desarrollo, así como el estado nutricional de los niños menores de 5 años. Estos servicios se ofrecen en los cinco establecimientos de atención primaria de salud que hay en la isla.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Según el censo de 2001, los niños de 5 a 9 años de edad representaban 17,6% de la población. Mediante un programa de salud escolar se evalúa el estado de salud de los niños de ese grupo de edad. A los niños que ingresan por primera vez a la escuela primaria se les hace exámenes de la vista, de la audición y bucodentales, así como mediciones de la talla y el peso. Los exámenes se realizan nuevamente en el tercer grado y se hace seguimiento en el sexto grado. Se hacen exámenes ordinarios de sangre y los niños con concentraciones de hemoglobina de 10,5 mg/dl o menos son remitidos al médico para su tratamiento. Un oculista de San Martín presta servicios semanales en los consultorios a los niños que lo necesitan.

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

El inicio temprano de la actividad sexual, el embarazo de las adolescentes, el alcoholismo y el consumo de sustancias ilícitas son los principales problemas en estos grupos de edad. Según la Encuesta Nacional de Adolescentes realizada en 2002 a 1.225 estudiantes de escuelas primarias y secundarias, 21% de ellos eran sexualmente activos. La actividad sexual en las niñas se iniciaba a los 14 años de edad y en los varones, a los 10 o menos. Las relaciones sexuales forzadas parecen haber tenido gran influencia en la iniciación de la actividad sexual a edad temprana en los varones y las niñas. Según la encuesta, los adolescentes consumían con más frecuencia alcohol, cigarrillos y marihuana. Entre los adolescentes que habitualmente usaban estas sustancias, era algo más probable que sus padres tuvieran problemas de consumo de alcohol y drogas, violencia o salud mental. También había una correlación marcada entre el consumo habitual de alcohol y marihuana y el hecho de faltar a clases. El 14% de los adolescentes entrevistados informaron que habían portado un arma; la participación en pandillas también estuvo asociada con portar armas.

Entre los estudiantes entrevistados, 8% señaló que habían sufrido maltrato físico, la mayoría de ellos perpetrados por adultos que vivían con los jóvenes. Además, 6% indicó que habían su-

frido abuso sexual por parte de adultos ajenos a la familia. El estudio también mostró que 65% de los adolescentes sufrían depresión y 20% habían intentado suicidarse. No obstante, los datos de la Oficina de Estadística de Anguila indicaron que solo había habido dos casos notificados de maltrato infantil en el período 2001–2005, uno de ellos en 2002 y el otro en 2003.

En 2005, el Ministerio de Desarrollo Social estableció el servicio de libertad condicional, con la misión de crear programas de atención para menores de edad. El servicio comenzó a aceptar jóvenes de 10 a 17 años de edad en junio de 2005.

En el período 2001–2005, 15,8% del total de nacimientos correspondió a niños cuyas madres tenían entre 13 y 19 años de edad. El Programa de Educación para la Vida Familiar, que comenzó en las escuelas secundarias a fines de los años setenta, incluye la orientación por compañeros y la capacitación práctica. También se prestan servicios de planificación familiar para los adolescentes en esas escuelas. El número de nacimientos de madres de menos de 15 años de edad fue el siguiente: uno en 2001, uno en 2002, uno en 2004, tres en 2005 y ninguno en 2003.

Salud de los adultos (20–59 años)

Se registraron 74 defunciones (49 hombres y 25 mujeres) entre 2001 y 2005. Las principales causas de muerte fueron por enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias malignas y causas externas.

En 2002 se registró solo una defunción materna. La atención prenatal está a cargo de personal de enfermería en salud pública competente y de un obstetra-ginecólogo residente en los dispensarios de distrito durante la gestación. Aproximadamente 30% de las mujeres embarazadas que se atienden en consultorios prenatales los visitan por primera vez antes de la 12.^a semana de embarazo. Se distribuyen sistemáticamente suplementos de hierro, ácido fólico y vitaminas. En 2005, 22% de las madres que concurrían a los consultorios prenatales tuvieron concentraciones de hemoglobina por debajo del límite de 11 mg/dl, lo cual representa un aumento con respecto al 6,8% observado en 2004.

Según los datos proporcionados por los servicios de planificación familiar ofrecidos en los dispensarios en 2005, el número de usuarios inscritos era de 870 (65,4% usaron anticonceptivos orales, 24%, anticonceptivos inyectables y 8,7%, condones). Hubo 80 nuevos usuarios, que representaron 9,1% de los inscritos. Se insertó un total de ocho dispositivos intrauterinos en el período 2001–2005. En estas estadísticas no se tienen en cuenta las consultas a clínicas privadas.

Se realizaron pruebas de Papanicolaou en los dispensarios, pero la cobertura fue esporádica: 7 pruebas en 2003, 24 en 2004 y 48 en 2005. Los datos disponibles correspondientes al hospital Princess Alexandra revelan que se realizaron 132 exámenes cervicouterinos en 2000, 67 en 2001, 102 en 2002, 113 en 2003, 70 en 2004 y 78 en 2005. Las pruebas de Papanicolaou efectuadas en el sector privado no están incluidas en estas cifras.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Según el censo de 2001, 8,4% de la población tenía entre 60 y 79 años de edad (450 hombres y 508 mujeres) y 2% más de 80 años (100 hombres y 118 mujeres). En 2005 se registraron 13 defunciones en el grupo de 60 a 79 años (9 hombres y 4 mujeres) y las principales causas de muerte fueron la cardiopatía isquémica, la enfermedad hipertensiva, la diabetes mellitus y el cáncer de próstata. El número de defunciones de personas de más de 80 años fue de 37 (23 hombres y 14 mujeres) y las principales causas de muerte fueron los accidentes cerebrovasculares, la diabetes mellitus, el cáncer de estómago y de próstata y el infarto agudo de miocardio.

Los proveedores de atención primaria de salud ofrecen exámenes ordinarios y atención de enfermería a los ancianos que deben permanecer en sus hogares. El Consejo de Seguridad Social otorga pensiones por ancianidad a las personas mayores de 65 años, según las contribuciones aportadas. Mediante un acuerdo especial con el Departamento de Desarrollo Social, el Consejo de Seguridad Social otorga pensiones a personas de 69 años y más que nunca hicieron aportes a un plan de pensiones. Se efectúa una evaluación de las necesidades, con el fin de comprobar que la persona llena los requisitos para recibir la pensión. El Departamento de Bienestar Social, por conducto del Programa de Asistencia Médica, proporciona asistencia médica gratuita o parcialmente gratuita a las personas de este grupo de edad.

El hogar de ancianos Miriam Gumbs presta ayuda institucional a las personas de edad avanzada o indigentes. En 2004 comenzó a funcionar un establecimiento privado que cuenta con seis camas.

Salud de la familia

El informe de evaluación de la pobreza de 2002 reveló que en las familias pobres era ligeramente más alta la proporción de hombres así como más alta también la proporción de mujeres jefas de familia (42% frente a 33% en las familias no pobres). La proporción de familias pobres sin ningún hombre adulto también era más alta (25% frente a 20% en las familias no pobres). La pobreza afecta a las mujeres en una medida mucho mayor que a los hombres. Es más probable que los miembros de familias pobres estén empleados en los sectores de turismo y ocupaciones manuales y de servicios, que suelen ser los trabajos peor remunerados. En las familias pobres, la incidencia de diabetes e hipertensión es mayor y los embarazos de adolescentes son más frecuentes.

Una de las áreas prioritarias del Plan Estratégico Nacional de Salud de Anguila es la salud de la familia. Mediante programas integrales que abarcan la salud reproductiva, el desarrollo sano de los niños, el desarrollo de la salud de los adolescentes, la salud de los ancianos y los grupos de población vulnerables, abordando las necesidades de salud reales y potenciales de la población, se busca mejorar la salud y la calidad de vida. Estos servi-

cios se ofrecen mediante el sistema público y privado de atención de salud.

Salud de los trabajadores

El Departamento del Trabajo es responsable de vigilar e investigar los accidentes y lesiones que sufren los trabajadores y hacer cumplir la legislación concerniente a su salud. En 2004, el Consejo de Seguridad Social tenía registrados 11.025 empleados (54% hombres y 46% mujeres) y pagó US\$ 386.944,64 en concepto de gastos por enfermedad en 2004 y US\$ 449.904,79 en 2005. Hubo 2.076 y 2.573 reclamaciones en 2004 y 2005, respectivamente, algunas de ellas por lesiones.

Salud de las personas con discapacidad

No se cuenta con servicios especiales para las personas con discapacidad física, pero la Cruz Roja de Anguila, o las familias, proporcionan sillas de ruedas y otros dispositivos en cantidades limitadas. Existe también un servicio diario de transporte operado por la Cruz Roja, que lleva a las personas con discapacidad a los consultorios, actividades recreativas y de compras.

Según el censo de 2001, 601 personas padecían algún tipo de discapacidad desde hacía mucho tiempo (305 hombres y 296 mujeres). Los principales tipos de discapacidad registrados fueron discapacidades de las extremidades inferiores (108 casos, 18%), las extremidades superiores (51, 8,4%), de la conducta (50, 8,3%), cervicales o de la columna (33, 5,4%), del habla (32, 5,3%), déficit de la audición (29, 4,8%) y rendimiento deficiente en el aprendizaje (12, 2%).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

En el período 2001–2005 se registraron 49 casos de **dengue** y uno de **dengue hemorrágico**. En 2001, 2002 y 2003 se aisló el serotipo 3 del dengue y en 2002 se aisló el serotipo 2.

La elevada prevalencia del mosquito *Aedes aegypti*, que se reproduce en cisternas y hoyos en las rocas, representa una constante amenaza de brotes de dengue y dengue hemorrágico.

Según el laboratorio médico del hospital Princess Alexandra, no se notificaron casos de **malaria**, **fiebre amarilla**, **peste**, **enfermedad de Chagas**, **esquistosomiasis** ni **filariasis linfática** en el período examinado.

Enfermedades inmunoprevenibles

La cobertura de inmunización en los niños menores de 1 año fue de 100% con la vacuna BCG y la VPO en el período 2001–2004, y de 94% en 2005; de 100% con la vacuna pentavalente en

2001–2004 y de 97% en 2005; de 100% con la SRP en 2001–2004 y de 97% en 2005. Anualmente se celebra la semana de vacunación en el mes de abril.

No hubo casos confirmados de **poliomielitis, tétanos, tos ferina, rubéola, difteria** ni **sarampión** en el período 2000–2005.

A todas las mujeres embarazadas se les administra la vacuna contra el tétanos y la difteria.

Enfermedades infecciosas intestinales

Según la Oficina de Información Sanitaria del hospital Princess Alexandra, no se notificaron casos de **fiebre tifoidea, fiebre paratifoidea, shigelosis, intoxicación por alimentos** ni **amebiasis** en el período examinado. Según el laboratorio médico del hospital Princess Alexandra, se registraron seis casos de **necatoriasis**, tres de **ascariasis**, cuatro de **teniasis** y tres de **tricuriasis**. No se registraron casos de **anquilostomiasis** (provocada por uncinarias) en 2001–2005.

Enfermedades crónicas transmisibles

No se notificaron casos de **tuberculosis** ni **lepra** en el período 2002–2005.

Infecciones respiratorias agudas

No se notificaron defunciones provocadas por infecciones respiratorias agudas durante el período objeto de análisis. No obstante, hubo 12 defunciones causadas por enfermedades del aparato respiratorio en personas entre los 27 y los 100 años de edad.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

El laboratorio del hospital Princess Alexandra ha identificado 30 casos de VIH/sida desde que se detectó por primera vez el virus en Anguila en 1988. Los análisis de sangre revelaron 11 casos positivos al VIH en el período 2001–2005 (seis hombres y cinco mujeres) y todos pertenecían al grupo de 20 a 60 años. No hubo defunciones por sida durante el período.

Zoonosis

Según los informes agrícolas, no se registraron casos de **hantavirus, rabia, encefalitis equina venezolana, encefalopatía espongiiforme bovina** (enfermedad de las vacas locas) ni **fiebre aftosa** en el período 2000–2005.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Se registraron 21 defunciones de adultos causadas por **diabetes mellitus** y dos provocadas por **malnutrición proteinocalórica** en el período examinado.

Enfermedades cardiovasculares

Las principales causas de muerte en el período 2001–2005 fueron la **cardiopatía isquémica** (24 defunciones), las **enferme-**

dades cerebrovasculares (18 defunciones), el **paro cardíaco** (8 defunciones) y la **enfermedad hipertensiva** (7 defunciones).

Neoplasias malignas

Se registraron 58 defunciones en el período 2001–2005, cifra que representa un aumento de 23 defunciones con respecto al período 1996–2000. Las principales localizaciones fueron la próstata (17,2%), el estómago (8,6%), las mamas (6,8%), el recto (5,1%) y el colon (3,4%).

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud mental

La prevalencia de los trastornos mentales entre 2003 y 2005 fue de 147 casos, que incluyeron, entre otros, 79 casos de esquizofrenia, 22 de depresión, 17 de estados de ansiedad, 17 de trastorno bipolar y 6 de enfermedad de Alzheimer.

Se registraron 26 casos nuevos de trastornos mentales en el período (9 en hombres y 17 en mujeres), que incluyeron 11 casos de estados de ansiedad, 6 relacionados con el consumo de sustancias ilícitas, 2 de trastornos de la alimentación, 1 de trastorno de la personalidad y 3 de esquizofrenia.

Salud oral

El examen de salud oral y el tratamiento correspondiente se realizan en la Clínica Dental y desde 2004, en la Policlínica Welches. El número de consultas en estas dos instalaciones fue de 8.533 en 2001 y 9.525 en 2005; la última cifra representa un ligero aumento con respecto a 1997–2000, período en el que el número de consultas varió de 9.030 a 9.369. La cantidad de extracciones de piezas dentarias disminuyó ligeramente entre 2001 y 2005 (de 827 a 802). La relación entre las extracciones y las obturaciones de piezas dentarias fue de 5,5:1 en 2005.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El Plan Estratégico Nacional de Salud, aprobado por el gobierno en 2003, está orientado por la idea de una “nación de individuos, familias y comunidades sanos y productivos”. Para concretar esta idea, el gobierno identificó 10 áreas prioritarias: desarrollo del sistema de salud; servicios de salud; desarrollo y gestión de recursos humanos; salud de la familia; alimentación, nutrición y actividad física; enfermedades crónicas no transmisibles; VIH/sida; enfermedades transmisibles; salud y medio ambiente; y salud mental y consumo de sustancias ilícitas. Estas áreas prioritarias son similares a las establecidas en la Cooperación en Salud en el Caribe, Fase II. El Plan establece metas estratégicas, objetivos, resultados esperados e indicadores para abordar las áreas prioritarias.

En 2002, el gobierno emprendió un ambicioso programa de reforma del sector salud. En un esfuerzo por hacer más eficiente el sistema de salud, en 2003 se creó por ley la Dirección de Sanidad de Anguila, para que asumiera la responsabilidad del suministro y la gestión eficiente de la atención primaria y secundaria de salud, el hogar de ancianos Miriam Gumbs, las clínicas de atención primaria de salud, incluida la clínica dental, la clínica de salud mental, todos los dispensarios y la unidad de promoción de la salud. La ley también estipula el establecimiento y el pago de honorarios y tarifas por los servicios de salud y las tarifas y honorarios por la atención a las personas. La Dirección de Sanidad, creada en enero de 2004, está bajo la dirección del Consejo Directivo, que se encarga del suministro de todos los servicios de salud; sus operaciones son guiadas por el Plan Estratégico Nacional de Salud 2003–2008. Las 11 funciones esenciales de salud pública se abordan en los programas de trabajo de la Dirección de Sanidad, que tiene la misión de proporcionar a la población atención de salud de calidad, asequible, eficiente, equitativa, sostenible y de fácil acceso. La misión se especifica en un acuerdo anual de servicios entre el Ministerio de Salud y la Dirección de Sanidad, mediante el cual se ceden recursos a la Dirección para que pueda cumplir sus funciones. Este enfoque estructurado de la planificación de los servicios permite asignar los recursos según las prioridades de salud establecidas por el Ministerio de Salud. En 2006 se distribuyó el primer borrador del manual de propósitos y procedimientos para la creación de un Fondo Nacional para la Salud.

Según el Libro Blanco del Reino Unido sobre Territorios de Ultramar de 1999, las cuestiones ambientales son responsabilidad de los gobiernos locales y el gobierno del Reino Unido apoya los esfuerzos locales. En concordancia con esta política, el Ministro del Reino Unido para Territorios de Ultramar y el Primer Ministro de Anguila firmaron la Carta del Medio Ambiente en 2001. En 2005 se creó el Departamento del Medio Ambiente, que depende de la Oficina del Primer Ministro. Su misión es proporcionar el marco jurídico e institucional para la conservación de la biodiversidad y la gestión ambiental, ejercer el liderazgo en la gestión de los recursos y abordar los impactos del rápido crecimiento en todos los sectores.

Desde su creación, el Departamento ha encomendado la redacción de cuatro leyes fundamentales, a saber, la Ley de Protección del Medio Ambiente, la Ley sobre el Patrimonio Cultural y la Biodiversidad Nacional, la Ley sobre el Comercio Internacional y las Especies en Peligro y la Ley de Servidumbre de Conservación. También formuló la Estrategia Nacional de Gestión Ambiental, que constituye un enfoque estratégico a largo plazo para lograr el desarrollo sostenible. Las otras leyes ambientales que están siendo revisadas son la Ley Nacional sobre Áreas Protegidas y la Ley y Reglamentación del Manejo y Conservación de las Pesquerías.

Se está redactando una ley sobre profesiones de la salud. La legislación futura reglamentará las profesiones de la salud y su

práctica, establecerá un consejo de profesiones de la salud y estipulará disposiciones para el registro y la concesión anual de licencias para los profesionales de la salud. Está también en trámite una ley de acreditación de los profesionales y los establecimientos de salud, así como la redacción de un manual para la vigilancia de las enfermedades transmisibles a nivel nacional. Se revisó la Ley de Salud Pública, ahora Ley de Saneamiento Ambiental. Son relativamente pocas las disposiciones que se aplican al sector privado.

Organización del sistema de salud

El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de velar por la salud de la población. En consecuencia, su misión es formular políticas, establecer normas y protocolos para la atención de salud, efectuar la vigilancia y la evaluación y determinar procedimientos técnicos para reglamentar las instalaciones públicas y privadas de salud. El Departamento de Protección del Medio Ambiente evalúa, supervisa, promulga normas, vigila y coordina la labor de otros componentes del sistema de salud y otros sectores en cuestiones relacionadas con la protección del medio ambiente, el saneamiento básico, la higiene de los alimentos, el control de vectores y la sanidad portuaria. El Ministerio de Salud conserva la Sección de Saneamiento Ambiental (llamada Departamento de Protección del Medio Ambiente desde 2005), el Laboratorio de Agua y la Sección de Garantía de la Calidad (ahora llamada Dirección de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud).

El sector público y el privado colaboran estrechamente en el suministro de la atención de salud, pero la responsabilidad de la atención de salud pública recae en el Ministerio de Salud. Desde la creación de la Dirección de Sanidad, el Ministerio de Salud está integrado por el Departamento de Desarrollo Social, la Prisión de Su Majestad, el Servicio de Libertad Condicional de Anguila, el Departamento de Protección del Medio Ambiente, el Laboratorio de Agua, la Oficina para la Coordinación Nacional del Control del VIH/sida y la Dirección de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud. Bajo la autoridad del Secretario Permanente y el Planificador del Desarrollo Social, cada departamento es responsable de sus propias actividades cotidianas.

La atención privada de salud es prestada por médicos generales y especialistas a aquellas personas que pueden pagar directamente al prestador o lo hacen por conducto de compañías privadas de seguros. Hay un establecimiento privado de salud con su propio laboratorio médico y desde 2001 cuenta con una filial de la única farmacia privada en la isla.

En 2003, el gobierno estableció tres metas principales para poner en práctica un sistema nacional de seguros de salud: equidad de acceso, contención de los costos y sostenibilidad. En 2005 se redactó un manual de propósitos y procedimientos.

Según el sistema de seguros existente, el gobierno otorga un seguro a todos los empleados públicos y las prestaciones de salud cubren los gastos dentro y fuera del país. Para poder cubrir al

gran número de trabajadores no ciudadanos de Anguila empleados en el sector hotelero, tres de los principales hoteles proporcionan un seguro de salud a sus empleados; dos de esos hoteles usan compañías de seguros registradas en el país y uno una compañía registrada en St. Kitts y Nevis.

En 2005 se estableció la Oficina del Programa Nacional contra el VIH/sida. Además, se está aplicando una política nacional para reducir la transmisión del VIH de la madre al niño.

Servicios de salud pública

El gobierno ha asumido el compromiso de utilizar la atención primaria de salud como instrumento clave para lograr la salud para todos. El primer punto de contacto con el sistema de salud es el médico de atención primaria de salud, que prescribe medicamentos o pruebas de diagnóstico, recomienda la hospitalización y remite pacientes a los especialistas. Desde 2005, la isla cuenta con tres distritos sanitarios, cada uno con un centro dirigido por una enfermera en salud pública competente. Además, para ampliar el acceso a la atención de salud para los empleados de hoteles, muchos de los cuales son inmigrantes, la Dirección de Sanidad ha creado otras tres zonas sanitarias y ha introducido horarios más amplios en los dispensarios en la zona occidental, donde están situados la mayoría de los hoteles. Los trabajadores inmigrantes reciben atención de salud, pero pagan el doble por todo tipo de tratamiento, excepto los medicamentos y los líquidos intravenosos.

En el Ministerio de Salud, la oficina de coordinación del control del VIH/sida organiza campañas de concientización del público y realiza seminarios y talleres. La oficina también distribuye condones como parte del programa de prevención y control del VIH/sida. Otras áreas de prevención y control de enfermedades atienden las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, la hipertensión y el cáncer.

La vigilancia de las enfermedades transmisibles está a cargo del oficial de vigilancia, los oficiales de sanidad ambiental y la enfermera de salud pública, que trabajan en los tres distritos sanitarios. Los funcionarios médicos tienen la obligación de notificar todos los casos de enfermedades transmisibles al Ministerio de Salud. El oficial de vigilancia procura que los datos del sector público y privado se proporcionen oportunamente y notifica semanalmente al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) el número de casos de fiebre y síntomas respiratorios, fiebre y síntomas neurológicos, fiebre y síntomas hemorrágicos, gastroenteritis y fiebre no acompañada de otros síntomas.

Las actividades de lucha antivectorial se concentran en el control de roedores y del mosquito *Aedes aegypti*. Las actividades de control de los mosquitos incluyen poblar de peces larvicidas las cisternas y los sitios donde se almacena agua, realizar inspecciones domiciliarias y tratar el agua. Los esfuerzos del mes dedicado a concientizar acerca del peligro que representan los mosquitos,

se complementan con actividades orientadas a todas las escuelas, desde el nivel preprimario al secundario.

La Sección de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud tiene un programa de lucha antivectorial que busca mantener un índice domiciliario anual de *Aedes aegypti* inferior a 5%, mediante la inspección y reducción de todos los sitios reales y potenciales de reproducción de los mosquitos; las inspecciones son apoyadas por nebulizaciones y sesiones educativas.

Está en marcha un programa para el control de roedores y se ponen cebos en los sitios donde hay alimentos, las escuelas y las instituciones públicas.

El Laboratorio de Agua del Ministerio de Salud vigila la calidad del agua en el país, incluida la de los principales hoteles situados a lo largo de la costa occidental de la isla. El agua se extrae de pozos profundos y se procede a su desalinización. Como se analizó en la primera sección de este capítulo, todos los pozos gubernamentales, de donde gran parte de la población obtenía el agua, han sido cerrados a causa de la contaminación. El gobierno desaliniza el agua y la distribuye con un costo. Quienes no pueden adquirirla, deben extraer el agua de cisternas o embalses.

Cada yate de recreo que atraca en Anguila tiene su propio agente en la isla, el cual es responsable de contratar a un recolector de basura para que elimine sus desechos.

El agua potable es suministrada por el Departamento de Abastecimiento de Agua, que tiene a su cargo la planificación, la construcción, el funcionamiento y el mantenimiento de la red de suministro de agua. No hay un sistema de alcantarillado y las aguas servidas se eliminan mediante fosas sépticas de infiltración.

El Departamento de Protección del Medio Ambiente se encarga del manejo de residuos sólidos. Para ese propósito, desde 2001 la isla ha sido dividida en cuatro zonas y la recolección de desechos domiciliarios se efectúa mediante contratistas privados. En cada zona, el contratista también se hace cargo de recolectar los desechos provenientes de establecimientos gubernamentales y la basura generada en las playas de la zona. El Departamento de Protección del Medio Ambiente también recolecta y elimina los desechos provenientes del hospital y los dispensarios, así como materiales biológicos peligrosos y los desechos voluminosos que se acumulan alrededor de los cubos de basura. Los hoteles, las empresas y los establecimientos comerciales son responsables del traslado de sus propios desechos hasta el sitio de relleno. El Programa de Limpieza de los Caminos continúa con el Departamento de Protección del Medio Ambiente y, en el transcurso de los años, ha disminuido considerablemente la basura acumulada a orillas de los caminos.

Anguila no tiene capacidad técnica para vigilar la calidad del aire y no se han establecido leyes para prevenir o controlar la contaminación atmosférica.

El Departamento del Trabajo y el Departamento de Protección del Medio Ambiente se ocupan de la salud y la seguridad laborales y reciben e investigan informes de accidentes industriales.

No existe una legislación sobre salud y seguridad laborales, pero el Departamento del Trabajo se basa en la Ley Modelo de la CARICOM sobre Seguridad e Higiene Ocupacionales y el Entorno de Trabajo. Desde 2004, la Dirección de Sanidad busca la acreditación del hospital por el Consejo Canadiense de Acreditación de los Servicios de Salud.

La salud y la seguridad laborales han sido abordadas mediante una evaluación del entorno de trabajo y se han mejorado muchas áreas desde que se efectuó la evaluación.

El Departamento de Abastecimiento de Agua trabaja junto con la Planta de Desalinización *Aqua Design* para proporcionar a la isla agua potable inocua y confiable. El Departamento también se hace cargo de la infraestructura hidráulica y la protección de los recursos hídricos en el país. No hay un sistema central de alcantarillado, pero el Departamento de Protección del Medio Ambiente trabaja en estrecha colaboración con la Oficina de Planificación del Primer Ministro para procurar que los nuevos sitios de construcciones residenciales tengan los sistemas cloacales requeridos (fosas sépticas de infiltración) y que los edificios gubernamentales y comerciales cuenten con plantas depuradoras mixtas.

El sitio de relleno en Corito debe ser renovado. Su vida útil se redujo de 18 a dos años después de que se hicieron allí excavaciones vinculadas con la expansión del aeropuerto Wallblake. Se ha recomendado escoger otro sitio de relleno; transitoriamente se mejorará el sitio actual.

El Laboratorio de Agua monitorea el agua alrededor de las costas de la isla para detectar estreptococos fecales y formula advertencias según proceda. No hay un monitoreo de la presencia de contaminantes orgánicos persistentes en los peces. Se siguen estrictamente las pautas para el empleo de plaguicidas elaboradas por el Departamento de Agricultura y se establecerá un consejo sobre plaguicidas.

Desde 2003, el Procedimiento para la Educación y Certificación de las Personas que Manipulan Alimentos ha desempeñado una importante función en el Programa de Protección y Control de Alimentos. Se insta a los establecimientos que venden alimentos a llevar registros de las personas que los manipulan como un instrumento para que los oficiales de salud ambiental verifiquen que los trabajadores han recibido la capacitación necesaria en seguridad de los alimentos; los establecimientos deben asegurarse de que sus empleados tengan permisos válidos. La Sección de Saneamiento Ambiental sistemáticamente inspecciona todos los establecimientos que venden alimentos. Se exige a quienes por primera vez se encargan de manipular alimentos que participen en un curso de adiestramiento; esas personas deben aprobar un examen de la Sección de Saneamiento Ambiental antes de recibir el permiso y también deben asistir a un curso educativo cada dos años para que se les renueven los permisos.

El programa educativo de la Sección de Saneamiento Ambiental para quienes manipulan alimentos incluye cursos sobre higiene personal, control de la temperatura, limpieza e higiene y

contaminación cruzada. Toda persona que manipule alimentos debe someterse a estudios coprológicos para detectar la presencia de huevecillos, quistes y parásitos. En el mercado se realizan inspecciones periódicas de los productos cárnicos, de aves de corral y peces y mariscos en colaboración con el Departamento de Agricultura. Se inspeccionan las instalaciones donde se manipulan alimentos para establecer su estado sanitario, determinar la comestibilidad de los alimentos almacenados, manipulados, preparados o fabricados, y asegurar que las personas que los manipulan tengan permisos vigentes.

Se usan comunicados de prensa, charlas radiofónicas y entrevistas televisivas para informar y educar a los consumidores y a las personas que manipulan los alimentos.

En colaboración con los principales supermercados y restaurantes de la isla, el Departamento de Desarrollo Social proporciona vales de alimentos a las familias e individuos que pueden necesitar esa ayuda. A los niños necesitados se les proporcionan comidas por conducto del sistema escolar. El Departamento también ha identificado la necesidad de un programa de comidas "rodantes" y actualmente colabora con la Cruz Roja y otros interesados para establecerlo; se ha presentado un proyecto al respecto al Ministerio de Salud para su aprobación. Por conducto de la Dirección de Sanidad, la enfermera principal de salud mental procura que las personas con problemas mentales reciban una comida cocinada cada día.

La Dirección de Sanidad colabora con los Departamentos de Protección del Medio Ambiente y la Salud en la formulación de políticas que aborden la prevención de enfermedades que pueden ser transmitidas de los animales a los seres humanos.

En octubre de 2004 se formuló una estrategia integral para la gestión de desastres, con el fin de abordar diversos peligros (huracanes, terremotos, tsunamis y otros desastres provocados por el hombre o riesgos tecnológicos, como los accidentes de transporte colectivo, los materiales peligrosos y la explosiones) que pudieran amenazar el desarrollo sostenible del país y el bienestar de su población. En 2005 se estableció una Oficina de Gestión de Desastres Nacionales, para proporcionar una organización eficaz de los preparativos, la gestión, la mitigación, la respuesta y la recuperación en casos de emergencias y desastres. En 2005 se aprobó la Ley de Gestión de Desastres y se formuló una política nacional de vigilancia para detectar el virus de la gripe aviar en aves y seres humanos. No se han notificado casos de gripe aviar.

Servicios de atención a las personas

Hay cuatro dispensarios y una policlínica distribuidos en los tres distritos sanitarios. Todos los dispensarios están ubicados de tal modo que sea fácil el acceso para toda la población. Los equipos de salud que proporcionan servicios en los dispensarios están integrados por médicos de distrito, personal de enfermería en salud pública, enfermeras-parteras de sala, enfermeras de

sala, auxiliares de salud comunitaria y auxiliares clínicos. Los servicios básicos proporcionados en los dispensarios incluyen servicios de salud materno-infantil, inmunización, planificación familiar, orientación nutricional, consultas diarias por un médico, tratamiento de enfermedades crónicas y educación para la salud. Desde 2005 se ofrecen servicios de farmacia en un dispensario de dos de los distritos sanitarios. Los pacientes de los dispensarios van al hospital Princess Alexandra para los servicios de laboratorio y rayos X.

Además de un médico residente, la policlínica tiene un consultorio dental, un consultorio de fisioterapia y una farmacia. Se ofrecen servicios de fisioterapia, odontología y oftalmología cada semana. También se presta toda una gama de servicios de salud infantil, que incluyen el monitoreo nutricional y del crecimiento y la evaluación del desarrollo y el tratamiento de las enfermedades prevalentes de la infancia.

Se ofrecen servicios de odontología complementados por una unidad móvil que lleva la atención odontológica a las escuelas primarias. Tres cirujanos dentales, tres auxiliares de odontología y tres asistentes constituyen el personal del consultorio odontológico. También existe un centro odontológico privado que ofrece una gama completa de servicios. El consultorio odontológico tiene un programa de cepillado de los dientes en cada escuela primaria. También se ofrecen charlas sobre salud oral en las escuelas, desde el nivel preescolar al secundario. Se ha establecido la celebración anual de una Semana de Conciencia de la Salud Odontológica para hacer que el público en general se preocupe más por su salud oral. En 2005 se inició un programa de sellado y se efectuó una encuesta sobre la excreción de flúor, que reveló que las concentraciones de flúor estaban por debajo del valor óptimo. En 2006 se puso en marcha un programa de fluoruración de la sal.

El programa de salud materno-infantil hace hincapié en la atención prenatal, la atención de los partos por parteras competentes y la vigilancia de la salud y el desarrollo del niño. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) es parte del Plan Estratégico Nacional de Salud 2003–2008 y constituye una prioridad para el Ministerio de Salud.

El Departamento de Educación emplea a dos enfermeras de salud escolar para asegurar la atención diaria de los estudiantes. Se celebra una reunión mensual entre el pediatra empleado por la Dirección de Sanidad y el equipo de salud escolar para analizar los problemas de salud escolar. Los servicios de salud escolar realizan exámenes de la audición y la visión, monitorean el estado nutricional y envían a consultorios a los niños con problemas para su tratamiento.

El hospital Princess Alexandra, con 36 camas, es el único hospital público en la isla. Sus servicios incluyen atención por accidentes y tratamientos de urgencia, atención ambulatoria y hospitalización, cirugía, obstetricia y ginecología, pediatría, medicina interna, radiología, hemodiálisis y patología. Desde 2004, los servicios de atención prenatal han sido transferidos a los dispensa-

rios; la atención prenatal comienza a las 36 semanas de gestación y continúa hasta el momento del parto.

La farmacia principal está situada en el hospital y presta servicios al sector público y al privado. Anguila no tiene establecimientos de atención terciaria. Los pacientes que necesitan este tipo de atención se envían a San Martín, Barbados, Trinidad y Tabago y otras islas del Caribe. Según los registros médicos del hospital Princess Alexandra, durante el período examinado se enviaron 164 pacientes a las islas mencionadas. De acuerdo con el Ministerio de Salud, en 2005 el costo estimado para el gobierno de esos envíos era de US\$ 95.760. Por ser Anguila un territorio británico de ultramar, se le concede anualmente atención para algunos pacientes en el Reino Unido. El hogar para ancianos Miriam Gumbs, un centro de atención geriátrica con 16 camas, presta asistencia institucionalizada a las personas de edad avanzada y a las indigentes; también hay un establecimiento privado de atención geriátrica que cuenta con seis camas.

No hay ningún laboratorio de salud pública en Anguila, pero el hospital Princess Alexandra tiene un laboratorio médico y hay un laboratorio médico privado en el Centro Médico Hughes. Las muestras que no pueden analizarse en el laboratorio público se envían a un laboratorio particular en Santa Lucía o al CAREC.

Los servicios de laboratorio realizan pruebas de diagnóstico para los establecimientos públicos y privados, así como la vigilancia y el tratamiento de los pacientes. El laboratorio médico del hospital procura que se disponga de reactivos e informa a la Dirección de Sanidad acerca de la adquisición y mantenimiento del equipo. Los servicios de laboratorio comprenden estudios ordinarios de hematología, química clínica, bancos de sangre y microbiología, la cual incluye parasitología, bacteriología y serología. Las muestras para estudios citológicos y virológicos se envían a otros países. Toda la sangre de las donaciones se examina para determinar la posible presencia de VIH, hepatitis B y sífilis. De los 150 donantes de sangre que fueron sometidos a pruebas en 2001, se registró un caso (0,7%) de hepatitis B. En 2002, de los 226 donantes, tres (1,3%) tuvieron resultados positivos para la sífilis. En 2003, de los 3.003 donantes de sangre, en cuatro (1,3%) se detectó sífilis y en dos (0,7%), hepatitis B. En 2004 se efectuaron pruebas a 238 donantes de sangre y uno (0,4%) tuvo resultados positivos para la hepatitis B. En 2005, de los 232 donantes, uno (0,7%) dio resultados positivos para la sífilis. En el período 2001–2005, los exámenes de sangre también revelaron que hubo 15 casos de hepatitis B y 26 casos de sífilis, un considerable aumento con respecto al período 1997–2000, cuando se detectaron 19 casos de sífilis.

Desde 1998 se prestan servicios de fisioterapia en el hospital. Después de que se estableciera la Dirección de Sanidad de Anguila en 2005, esos servicios fueron transferidos a la policlínica.

La atención de salud mental se presta básicamente mediante servicios comunitarios de enfermería, realizados por un equipo de enfermeras especializadas en salud mental. Los casos de urgencia de enfermos mentales se envían a un médico de distrito y

Agua potable para Anguila

Tradicionalmente, la fuente de abastecimiento de agua de gran parte de la población de Anguila provenía de pozos que eran propiedad del gobierno. Las aguas de estos pozos se contaminaron y el gobierno se vio en la necesidad de clausurarlos. Con el fin de salvar el gran vacío que dejara la falta de esta fuente de agua, el Departamento de Abastecimiento de Aguas de Anguila trabaja junto con la planta desalinizadora *Aqua Design*, para que la población de Anguila pueda contar con agua potable, a precio de costo.

los casos agudos se tratan en el hospital Princess Alexandra. Los pacientes con trastornos mentales graves son internados en la Prisión de Su Majestad, donde los visitan semanalmente un médico y un integrante del equipo de salud mental. Los pacientes que necesitan atención hospitalaria especializada son enviados a islas vecinas del Caribe por cuenta del Estado. Un psiquiatra visitante revisa la atención de los pacientes cada tres meses.

Se ha establecido una Asociación de Salud Mental para que actúe como órgano asesor del Ministerio de Salud. En 2003 se formuló una política de salud mental que incluye un conjunto de valores, principios y objetivos que servirán de guía para elaborar la ley de salud mental.

En 2004 se inició la construcción de un establecimiento de salud mental con la ayuda financiera del gobierno británico por conducto del Departamento para el Desarrollo Internacional.

El Ministerio de Salud se ha propuesto fortalecer los programas de salud mental y establecer un marco para proporcionar este tipo de servicios. Además, los planes contemplan la mitigación de las repercusiones de los trastornos mentales; la sensibilización del público en general acerca de los problemas de salud mental; el establecimiento de un sistema de información para los programas de salud mental y su suministro, y la reducción del consumo de sustancias ilícitas. Se han logrado mejoras mediante la educación y la orientación con respecto al consumo de alcohol y drogas, las visitas domiciliarias, el seguimiento de quienes abandonan el tratamiento, la educación y capacitación del personal de salud mental, las sesiones de orientación general para individuos y familias con trastornos mentales, y la vigilancia y evaluación. En el período 2003–2005 se ofreció orientación sobre el consumo de marihuana a cuatro pacientes, sobre el consumo de bebidas alcohólicas a tres pacientes y sobre el consumo de crack y cocaína a dos pacientes.

En 2002 se puso en servicio en el hospital una unidad de diálisis renal con cuatro equipos. Se trata a pacientes de Saint Kitts y Nevis, al igual que a visitantes de Estados Unidos de América. Un nefrólogo que se integró al equipo de salud en 2002 supervisa los aspectos médicos de la unidad de diálisis.

Se prestan servicios de salud reproductiva en los consultorios comunitarios, los consultorios de planificación familiar y un consultorio de salud de los adolescentes. Por conducto de la Asocia-

ción de Planificación Familiar se creó un grupo de ayuda por pares, con el fin de orientar a sus compañeros de la escuela secundaria en relación con la salud sexual y reproductiva. Se capacitó a 25 estudiantes como orientadores de sus pares, en un esfuerzo de colaboración entre miembros de la Asociación de Planificación Familiar y asesores sobre orientación escolar.

El hospital Princess Alexandra cuenta con equipo radiológico, que presta servicios a establecimientos públicos y privados. En el sector privado se realizan mamogramas. Los pacientes deben viajar a San Martín, Puerto Rico o los Estados Unidos de América para estudios de tomografía computarizada y resonancia magnética.

Promoción de la salud

La Sección de Promoción de la Salud de la Dirección de Sanidad colabora con el Ministerio de Salud y otros organismos gubernamentales, como el Ministerio de Educación y el Departamento de la Juventud y la Cultura, así como con organizaciones no gubernamentales vinculadas con la salud, para planificar, poner en práctica y evaluar la educación para la salud y promover actividades que fomenten la salud y el bienestar. Se han forjado alianzas con medios de comunicación social y hay programas diarios que difunden información relativa a la salud.

Se ha implantado un programa de educación para la salud y la vida en familia en las escuelas primarias y secundarias, el cual aborda la higiene personal, la educación sexual, el consumo de sustancias ilícitas, el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual y la nutrición; se incluyen sesiones sobre la violencia doméstica. Se introdujo en las escuelas primarias un día de meriendas saludables como forma de enseñar a los niños a ingerir comida sana. Los líderes de la comunidad participaron en la elaboración del Plan Estratégico Nacional de Salud 2003–2008.

El equipo de gestión de la Dirección de Sanidad realizó en 2004 y 2005 reuniones en varias comunidades, como una forma de obtener de ellas retroalimentación de información. Por último, en el proceso preparatorio para establecer la acreditación, que se inició en 2004, se incluyeron líderes de la comunidad en equipos de autoevaluación de los servicios de salud, que participaron en discusiones en grupo con quienes evaluaban la calidad de los servicios de salud.

Recursos humanos

La cantidad de personal de salud ha aumentado desde que se estableció la Dirección de Sanidad. Según el Departamento de Recursos Humanos de la Dirección de Sanidad, en 2005 el país contaba con 12 médicos, 3 dentistas, 40 enfermeras diplomadas, 4 farmacéuticos, 3 técnicos de laboratorio, 2 técnicos en rayos X, 10 auxiliares médicos para urgencias, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 dietista, 2 educadores en salud y 3 terapeutas dentales.

En 2005, el Centro Médico Hughes contaba con tres médicos, cinco enfermeras diplomadas, dos técnicos de laboratorio y un farmacéutico. También prestan servicios en esa institución nueve especialistas visitantes (siete hombres y dos mujeres), así como una enfermera anestesiista visitante.

El Departamento de Saneamiento Ambiental contaba con cinco oficiales ambientales (cuatro hombres y una mujer); dos de los cuatro oficiales de lucha antivectorial son mujeres. Los siete médicos del país trabajan en consultorios privados (cinco hombres y dos mujeres).

La formación de personal de salud se determina según las necesidades de dotación de personal del Ministerio de Salud y la Dirección de Sanidad, con el apoyo del gobierno. Se ofrece capacitación a personal del sector público y del privado. Como no hay instituciones de formación de personal de salud en el país, el personal se forma en diversas islas del Caribe, el Reino Unido y los Estados Unidos de América.

Se imparte educación continua local por conducto del Ministerio de Salud, la Dirección de Sanidad, organizaciones profesionales y organismos regionales e internacionales. La Organización Panamericana de la Salud otorga becas.

Tanto el sector público como el privado atraen a profesionales de la salud de todo el mundo. A los profesionales no naturales del país se les ofrecen contratos por dos años, renovables. El índice de movimiento del personal de salud es alto, en especial entre los médicos extranjeros.

Suministros de salud

Los medicamentos se obtienen por medio de los Servicios de Adquisición de Productos Farmacéuticos de la Organización de Estados del Caribe Oriental. Las farmacias se guían por el formulario regional del Servicio Farmacéutico de Adquisiciones. En 2005 se elaboró y se puso en uso un formulario nacional de medicamentos basado en el formulario regional. En 2004 se creó un Comité Farmacéutico y Terapéutico para revisar y mantener reservas adecuadas y vigilar los medicamentos esenciales y necesarios. Los medicamentos no incluidos en el formulario regional se obtienen principalmente de un distribuidor en Barbados.

Las vacunas para el Programa Ampliado de Inmunización se adquieren por conducto del Fondo Rotatorio de la OPS/OMS. Se cumplen estrictamente las normas y protocolos que rigen el pro-

grama de vacunación. Todos los reactivos se compran a diversas empresas del Caribe y los Estados Unidos de América.

La mayoría de los suministros y equipos de laboratorio se obtienen de empresas de Puerto Rico o los Estados Unidos de América. Se contrata a personal externo para el mantenimiento preventivo del equipo del hospital, el consultorio odontológico, los dispensarios y el laboratorio de agua. Las empresas vendedoras ofrecen cursos de capacitación en el uso del equipo.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

La Dirección de Sanidad adquirió equipo nuevo y el acceso a la Internet para su Oficina de Información Sanitaria en 2004. No hay legislación sobre la investigación en salud. La Oficina de Información Sanitaria colabora estrechamente con la Oficina de Estadística, la Oficina de Registros Médicos y el Oficial de Vigilancia para proporcionar los datos necesarios para la investigación. Anguila participó en una encuesta de salud del adolescente en 2002 y en una encuesta sobre el conocimiento del sida en 2003. Se realizó una encuesta sobre salud reproductiva en 2003, auspiciada por la Asociación Nacional de Planificación Familiar. En 2004 se efectuó una encuesta sobre satisfacción de los pacientes y otra sobre el flúor dental. Se hacen todos los esfuerzos posibles por poner en práctica las recomendaciones emitidas en las encuestas.

Gasto y financiamiento sectorial

El sector de salud pública depende del Ministerio de Desarrollo Social. En 2005 se asignaron al Ministerio US\$ 8.478.051, de los cuales el sector de salud pública recibió alrededor de US\$ 6.962.644 (82% del total). En 2005, la Dirección de Sanidad recibió US\$ 5.415.129 para su presupuesto ordinario de ese año. Según el Departamento de Finanzas de la Dirección de Sanidad, el gasto público en servicios comunitarios ascendió a US\$ 817.219 en 2005, mientras que los gastos en servicios ambulatorios y hospitalarios sumaron US\$ 2.592.881. Los gastos en medicamentos y otros suministros médicos equivalieron a US\$ 610.332 (11,2% del presupuesto de la Dirección de Sanidad). Los gastos por atención de salud en el exterior fueron de US\$ 146.810,67 (2,1%).

El financiamiento de los gastos de capital en el sector salud se mantiene en el Ministerio de Desarrollo Social y el equipo para la Dirección de Sanidad se paga con recursos del presupuesto para gastos de capital. En 2005 se asignaron US\$ 2.996.310 al sector salud y el gasto en equipo para la Dirección de Sanidad alcanzó un monto de US\$ 230.625 (7,6% del presupuesto de capital).

El sistema de atención de salud se financia mediante varios mecanismos, a saber, compañías de seguro, el plan gubernamental de seguro para empleados públicos y las tarifas que pagan los pacientes por los servicios. El Departamento de Desarrollo Social

paga a la Dirección de Sanidad por los servicios prestados a pacientes que no tienen capacidad de pago y a los residentes del hogar de ancianos Miriam Gumbs. La Prisión de Su Majestad paga los servicios prestados a los prisioneros y el Departamento de Educación paga los servicios prestados conforme al programa de salud escolar.

Las organizaciones no gubernamentales no aportan al financiamiento de la salud, pero pueden proporcionar ciertos servicios, como los de planificación familiar y educación sobre la diabetes.

Cooperación técnica y financiera en salud

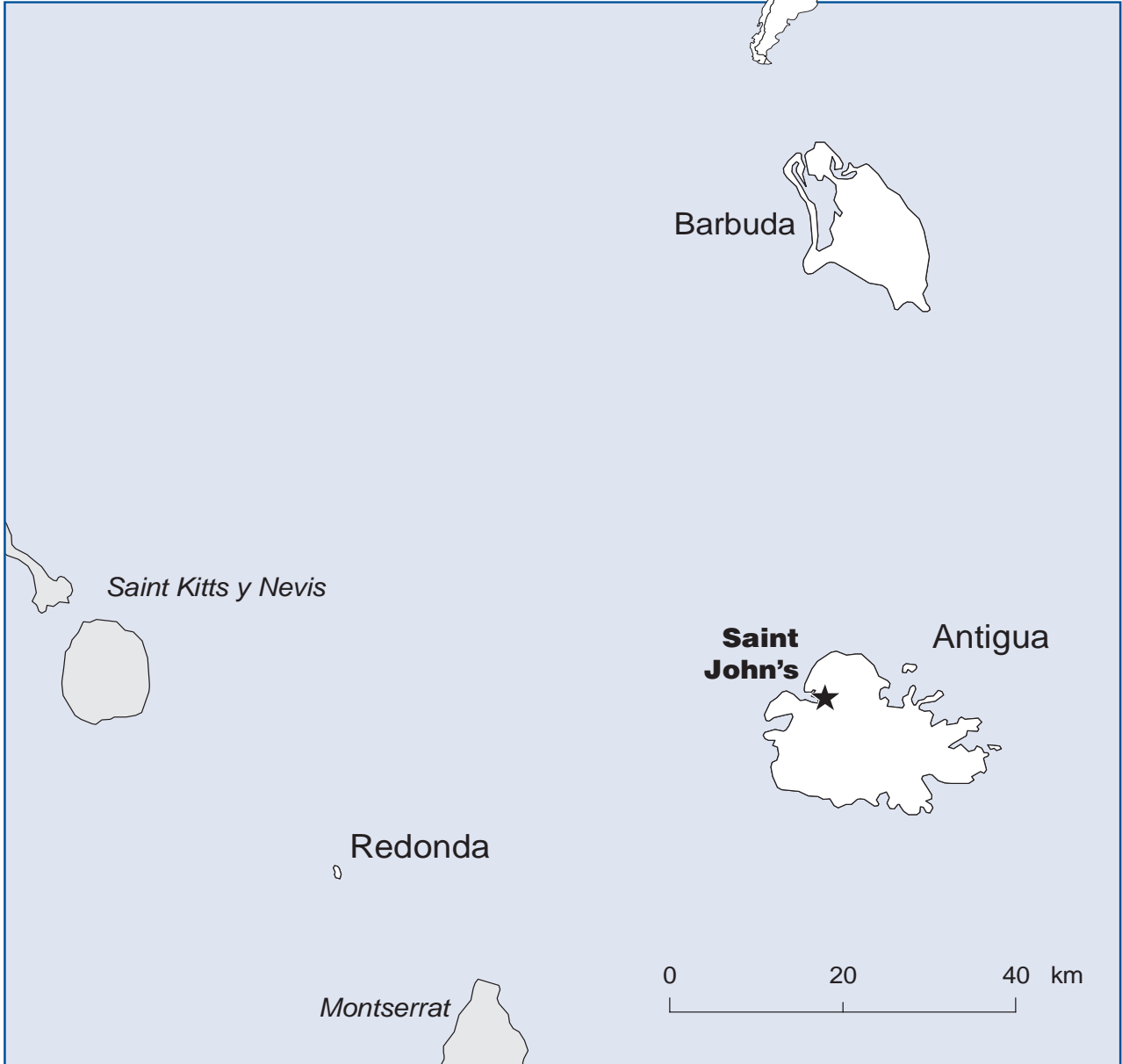
El Instituto de Salud Ambiental del Caribe, el Centro de Epidemiología del Caribe, la Organización Panamericana de la Salud, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe y la Agencia de Respuesta a Emergencias y Desastres del Caribe colaboran en la elaboración de políticas y legislación modelo y en las actividades de capacitación.

En 2002, el Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional, en colaboración con la OPS, proporcionó asistencia técnica al gobierno con el fin de organizar sistemas y mecanismos para la Dirección de Sanidad de Anguila, determinar los costos de los servicios y establecer una estructura de tarifas, formular leyes para reglamentar las operaciones y realizar el Plan Estratégico Nacional de Salud. En 2005, el Departamento para el Desarrollo Internacional proporcionó asistencia financiera para construir un laboratorio de agua y un establecimiento de salud mental para casos agudos en el terreno del hospital Princess Alexandra. La OPS proporciona asistencia técnica y capacitación.

Bibliografía

- Anguilla, Department of Primary Health Care; Pan American Health Organization. National Strategic Plan for Health in Anguilla 2003–2008.
- Anguilla Financial Services. Anguilla Commercial Online Registration Network; 2005.
- Anguilla, Ministry of Finance, Statistics Department. Anguilla Census; 2001.
- Anguilla, Ministry of Social Development, Anguilla Probation Service. Probation Service Report; 2005.
- Anguilla, Primary Health Care Department. National Adolescent Health Survey; 2002. Found at: <http://www.gov.ai/statistics/images/Adolescent%20Health%20Survey%20Summary%20Report.pdf>
- Anguilla United Front. Manifesto; 2005.
- Caribbean Cooperation in Health Secretariat. Caribbean Cooperation in Health Phase II: A New Vision for Caribbean Health. Office of Caribbean Program Coordination, Pan American Health Organization; 1999.
- Caribbean Development Bank; Government of Anguilla. Country Poverty Assessment: Anguilla. London; 2002.
- Hope-Ross, Penny. A Strategic Plan for the Statistical System of Anguilla, 2005–2009. Anguilla Statistics Department; 2004.
- Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 587).
- Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington, DC: OPS; 2005.
- Policy on reducing mother to child transmission of HIV in Anguilla; 2005.
- Summary of Hospital Obstetrical Statistics; 1990–2005.

ANTIGUA Y BARBUDA



La nación de Antigua y Barbuda está integrada por las islas Antigua, Barbuda y la diminuta isla rocosa deshabitada de Redonda, situadas en el centro del archipiélago de Sotavento del Caribe Oriental. La superficie total del país es de unos 440 km², de los cuales 280 km² corresponden a Antigua y 160 km² a Barbuda; Redonda tiene una extensión de 1,6 km².

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Antigua es una isla de origen volcánico; posee colinas de piedra caliza y valles ondulados hacia el norte y el este, planicies de baja altura en el centro de su territorio y superficies montañosas hacia el sudoeste; el pico más alto es Boggy Peak, que alcanza una altura de 402 m. Barbuda esta constituida principalmente por roca caliza y es relativamente llana. Antigua se enorgullece de sus 365 playas, una para cada día del año.

Estas dos islas carecen de grandes picos montañosos, y como consecuencia de esto y de la tala intencional de árboles realizada en la época colonial para el cultivo de caña de azúcar, las precipitaciones pluviales son sumamente escasas (de alrededor de 1.000 mm a 1.060 mm anuales). Además, alrededor de cada tres a siete años se producen sequías, la última de ellas en 2001, cuando solo se registraron 748 mm de lluvia. Los arroyos son escasos y no hay ríos. El exiguo nivel de lluvias en Antigua y Barbuda hace que dependan de plantas de desalinización para el abastecimiento de agua potable.

Determinantes sociales, políticos y económicos

Antigua y Barbuda se independizó de Gran Bretaña en 1981, adoptando un sistema de gobierno propio basado en el modelo de Westminster. Está gobernado por un Parlamento, cuyos miembros, elegidos por votación, representan los partidos de la mayoría y de la oposición. 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 18 ministros. Los asuntos de Barbuda competen al Consejo de Barbuda, creado por una ley del Parlamento en 1976 e integrado por 11 diputados y 2 miembros ex officio.

El crecimiento de la economía en 2003 fue de 3,2%, frente a 2,1% en 2002 y 1,5% en 2001. El producto interno bruto (PIB) per cápita a precios del mercado se elevó de EC\$ 24.859 en 2001 a EC\$ 27.575 en 2004. El PIB nominal a precios del mercado (expresado en millones) fue de EC\$ 1.918 en 2001, EC\$ 1.938 en 2002, EC\$ 2.036 en 2003, EC\$ 2.210 en 2004 y EC\$ 2.362 en 2005.

La economía depende enormemente del turismo para el ingreso de divisa extranjera, el empleo y las rentas del gobierno. El

turismo pareció recuperarse en 2002 después de sufrir una baja durante años, y las actividades turísticas crecieron 2,1% después de las caídas de 7,6% y 0,9% sufridas por el sector en 2001 y 2000, respectivamente. En 2001–2005, 12% del PIB correspondió al turismo. En 2005, la actividad turística se incrementó en 7%, denotando el influjo favorable del campeonato inglés de críquet al que se sumó el incremento del transporte aéreo entre los Estados Unidos y el Reino Unido.

El informe de 2006 de las Naciones Unidas señala que el gran desarrollo de la industria del turismo en 2002 se tradujo en el número de visitantes con estadía, que aumentó 1,7% después de haber sufrido una caída de 3,7% en 2001. El aumento de pasajeros de buques crucero que arribaron a las islas favoreció el resurgimiento de las actividades vinculadas al turismo (hotelería y restaurantes, por ejemplo) y contribuyó enormemente al aumento marginal del crecimiento económico. Se calcula que el sector del turismo emplea cerca de 25% de la fuerza laboral activa y origina casi 85% de los ingresos de divisa extranjera.

La producción agrícola se incrementó 2% en 2003, a pesar de que disminuyeron las cosechas por la prolongada sequía acaecida durante la primera mitad de ese año. El sector industrial creció 4% en 2003 gracias a la producción de bebidas, materiales para la construcción y mobiliario destinados al consumo doméstico. Los servicios financieros extraterritoriales tuvieron una importancia decisiva como estrategia para la diversificación de la economía. A fin de estimular las operaciones comerciales con el extranjero se aplicará una exención de impuestos durante 50 años a la mayoría de las clases de dividendos, intereses e ingresos por derechos pagados o percibidos por los inversores del extranjero. Las medidas tendientes a regularizar el sector provocaron una reducción del número de bancos extranjeros autorizados. Otros sectores que contribuyeron enormemente a la economía fueron el de la construcción, el comercio mayorista y minorista y los servicios del gobierno.

El índice provisional del Fondo Monetario Internacional señala que en 2000, la inflación fue prácticamente cero. La producción económica genuina creció 5,2% en 2004; este nivel de crecimiento positivo se atribuyó en gran medida a la sólida actividad económica relacionada con el turismo y sus actividades conexas, los servicios de transporte y la actividad bancaria y de seguros. Algunas de las fuentes de crecimiento económico en 2005 fueron

el desarrollo ininterrumpido de los sectores de la construcción, bancario y de seguros, y de la industria. A fin de consolidar la recuperación de la economía nacional, el gobierno puso en vigor un sistema de impuesto sobre los ingresos personales en 2005.

La tasa global de alfabetización en adultos fue de 88,5% en 2005 (88% para los hombres y 90% para las mujeres). La educación es gratuita y obligatoria entre los 5 y los 16 años de edad. La calidad de la educación terciaria siguió mejorando sostenidamente. En 2000, la Escuela de Enfermería y la Escuela de Farmacia pasaron a formar parte de la universidad estatal de Antigua (Antigua State College). El centro local de la Universidad de las Indias Occidentales (institución dirigida en forma conjunta por los gobiernos de habla inglesa del Caribe) ofrece estudios de postgrado. La Escuela de Medicina de la American University, que inauguró sus cursos en 2003, prepara a los estudiantes para rendir el examen de acreditación en medicina de los Estados Unidos de América y proporciona la base para realizar estudios de postgrado. La Universidad tiene la obligación de ofrecer un pequeño número de becas a los estudiantes de Antigua. En 2003 se inauguró el Hospitality Institute, una institución pública que imparte capacitación profesional para la industria hotelera y los restaurantes. El Instituto de Educación Continuada de Antigua y Barbuda fue creado en septiembre de 2005 con la participación conjunta del Proyecto de Capacitación para la Juventud, el Instituto Evening y el Programa Golden Opportunity. Este programa, cuya misión es la de impulsar la educación y el adiestramiento de los adultos a fin de capacitarlos para integrar la fuerza laboral, cuenta con el compromiso de la División de Educación Continua para Adultos, la División de Educación General y la División de la Industria y el Comercio.

Según el Censo de Población y Vivienda de 2001, 36.233 personas ocupaban puestos de trabajo en el país en el año 2000. El mayor número de empleos correspondía a la industria hotelera y gastronómica (5.081 personas empleadas, o sea 14% de todos los trabajadores). En el comercio mayorista y minorista estaban empleadas 4.846 personas (13,4% de la fuerza laboral); en la administración pública y en defensa, 4.376 personas (12,2%); en actividades de la construcción, 3.122 (8,6%), y en transporte, almacenamiento y comunicaciones, 2.808 (7,7%). El número de empleos ocupados por hombres (18.199) superaba levemente al de mujeres (18.046). El porcentaje de personas en edad de trabajar (15–24 años) dentro de la población creció de 61,3% en 2002 a 64,8% en 2005.

La vulnerabilidad de Antigua y Barbuda a las sequías sumada al abastecimiento inconstante de agua exige a los residentes recolectar y almacenar agua potable en cisternas, tambores y tanques durante la estación de lluvias. Estas prácticas favorecen la proliferación de mosquitos, y con ello vienen aparejados problemas sanitarios. Peor aún, la falta de abastecimiento regular de agua expone a la mala higiene e incrementa la posibilidad de enfermedades transmitidas por el agua. El Censo de Población y Vivienda de 2001 indicó que 75% de 20.437 hogares poseían instalaciones

de agua corriente en la casa; el resto dependía de grifos de la calle, pozos, tanques de agua o embalses privados sin intubación, para conseguir el agua necesaria. Solamente 2,4% de los hogares tenía inodoros con descarga conectados a un sistema cloacal; 70,2% tenían inodoros con descarga hacia sistemas sépticos; 25,3% utilizaban letrinas de pozo y en 2,1% de los casos no se sabía qué tipo de instalaciones sanitarias había.

En 2005, Antigua y Barbuda produjeron 83.988,429 toneladas de desechos sólidos, entre los que se incluyen los desperdicios producidos por los transatlánticos (634.720 kg, o sea 0,76%). La mayoría de los desechos recogidos se llevaban al vertedero de Cook. Un sitio ubicado en el distrito de Saint Peter se destina al depósito medido de desperdicios especiales, como medicamentos vencidos, sustancias químicas peligrosas y baterías electrolíticas de plomo. En 2005 se construyó en Plantation, Barbuda, un moderno establecimiento para rellenos sanitarios.

El gobierno está advertido de los peligros que entraña la manipulación de los alimentos en malas condiciones de higiene, en particular por parte de los vendedores ambulantes en oportunidad de las celebraciones anuales, cuando el país congrega a gran número de visitantes. En cada uno de los años comprendidos entre 2001 y 2005 se notificaron 195, 209, 243, 244, y 210 casos de enfermedades transmitidas por los alimentos, respectivamente.

Antigua y Barbuda están expuestas a sufrir huracanes en los meses de junio a noviembre. Entre 2001 y 2005 no se registraron huracanes ni daños por inundaciones.

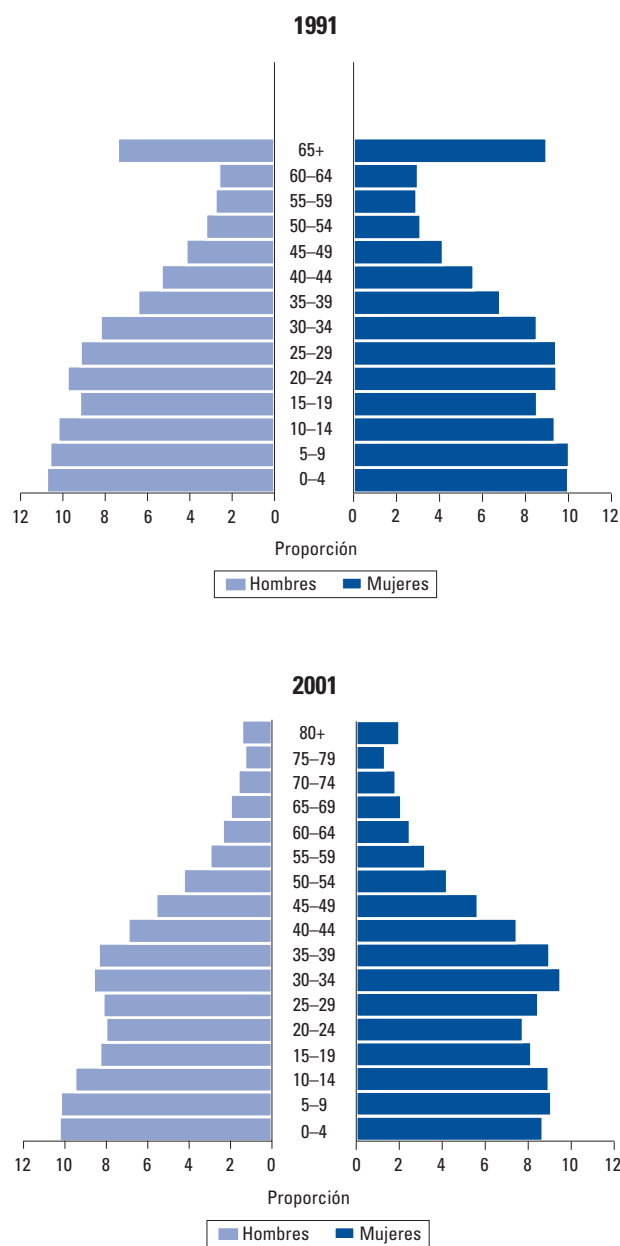
Demografía, mortalidad y morbilidad

El examen de los cálculos parciales de mitad de año durante 2001–2005 indica que hubo un crecimiento sostenido de la población, de 76.886 habitantes en 2001 (36.109 hombres y 40.777 mujeres) a 82.786 en 2005 (véase la figura 1). En 2001 habitaban 16.397 inmigrantes en Antigua y Barbuda, cifra que equivalía a 21,3% de la población. La mayoría de ellos provenía de Guyana (5.410 ó 7,0% de la población total), Dominica (3.966 ó 5,2%), Jamaica (3.335 ó 4,3%), Estados Unidos de América (2.194 ó 2,9%) y la República Dominicana (1.492 ó 1,9%). Antigua y Barbuda son sitios atractivos para numerosos inmigrantes que buscan trabajo. Dado el aflujo permanente de inmigrantes hace falta establecer ciertas normas a fin de organizarse ante esta población.

La tasa de crecimiento de la población fue de 1,9% en 2002 y 2003, y de 2,0% y 4,5% en 2004 y 2005, respectivamente. La población residente prevista para el año 2010 se calcula en 90.801 habitantes (42.642 hombres y 48.159 mujeres).

La población se distribuye en seis distritos: Saint John, Saint George, Saint Peter, Saint Phillip, Saint Paul y Saint Mary. Saint John es la capital y se divide en dos zonas de población importantes, la ciudad de Saint John, que alberga a 32% de la población, y Saint John Rural donde residen 27% de los habitantes. Barbuda tiene 1.325 habitantes (2% de la población total),

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Antigua y Barbuda, 1991 y 2001.



cifra que refleja un leve incremento en comparación con 1.252 en 1990-1991.

La densidad de población era de 175 habitantes por km² en 2002 y 188 habitantes por km² en 2005. En este último año, la densidad de población de Antigua era de 291 personas por km² y la de Barbuda, de 8 personas por km².

La esperanza de vida al nacer en 2005 fue de 71,9 años (69,5 para los hombres y 74,4 para las mujeres). La tasa bruta de natalidad promedio por 1.000 habitantes fue de 15,7 entre 2002 y 2004 y disminuyó a 14,7 en 2005. La tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes para cada uno de los años comprendidos entre 2002 y 2005 fue de 5,8 (444 defunciones), 5,8 (454 defunciones), 6,4 (516 defunciones) y 5,9 (485 defunciones). La mortalidad infantil descendió de 22 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 2004 a 16 por 1.000 nacidos vivos en 2005. La disminución de la mortalidad infantil se atribuye a los mejores servicios de atención prenatal e infantil. Las tasas de fecundidad fueron de 61,6, 62,6, 58,6, y 55,1 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 49 años de edad entre los años 2002 y 2005. No se notificaron defunciones maternas en 2002-2005. La razón de dependencia por edad fue de 38,7% entre 2002 y 2003, y de 35,1% entre 2004 y 2005.

El análisis de la situación y las tendencias sanitarias en 2001-2005 dejó ver que entre las causas más importantes de morbilidad y mortalidad se hallaban las enfermedades no transmisibles como cáncer, cardiopatías, diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad cerebrovascular y lesiones traumáticas accidentales e intencionales. Las causas principales de mortalidad infantil correspondían a afecciones originadas en el período perinatal.

Las cinco enfermedades transmisibles más comunes en 2002 fueron las infecciones agudas del tracto respiratorio, la gastroenteritis, la intoxicación por ciguatera, la varicela y las enfermedades transmitidas por los alimentos; en 2003, las enfermedades transmisibles más comunes fueron las infecciones respiratorias agudas, la gastroenteritis, la influenza, la intoxicación por ciguatera y las enfermedades transmitidas por los alimentos. Se notificaron 230 casos de sarna entre 2001 y 2005, y 725 casos de influenza entre 2001 y 2003.

En 2002 fallecieron 444 personas (431 por causas definidas). En 2002, las 10 causas principales de mortalidad en la población general fueron el cáncer (77 defunciones o 17,9% de todas las defunciones clasificadas por causa), las cardiopatías (68 ó 15,8%), la diabetes mellitus (52 ó 12,1%), la hipertensión (38 ó 8,8%), la enfermedad cerebrovascular (37 ó 8,6%), las lesiones traumáticas accidentales e intencionales (25 ó 5,8%), las enfermedades del aparato digestivo (24 ó 5,6%), las enfermedades respiratorias (22 ó 5,1%), ciertas afecciones del período perinatal (18 ó 4,2%) y VIH/sida (9 ó 2,1%).

En cada uno de los años comprendidos entre 2001 y 2004, las tasas de mortalidad infantil fueron de 17,5; 14,5; 21,6 y 16,1 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente. Las tasas de mortalidad en el período neonatal inmediato (antes de los 7 días de vida) en cada uno de los años del período de 2002 a 2005 fueron de 11,7; 10,5; 15,1 y 9,5 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente. La disminución de estas tasas entre 2004 y 2005 probablemente se deba a una mejor atención maternoinfantil. La cifra anual de partos en cada uno de los años comprendidos entre 2002 y 2005 fue de 1.222, 1.255, 1.287 y 1.246, respectivamente, y la de mortina-

tos en el mismo período, de 21, 14, 15, y 28 en cada uno de esos mismos años. Las cinco principales causas de mortalidad en 2004 fueron las mismas que en 2002.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Según el Censo de Población y Vivienda de 2001, los niños menores de 5 años constituían 9,4% de la población total. Hubo 1.201 nacidos vivos en 2002; de ellos, 91,8% nacieron en el hospital Holberton, el único hospital general de Antigua. Ese mismo año, 7,3% de los nacimientos se produjeron en el centro médico Adelin, el único hospital privado de las islas hermanas. Solamente 0,8% de los nacimientos se produjeron fuera del sistema médico de salud. En 2003 hubo 1.241 nacidos vivos; de ellos, 93% nacieron en el hospital Holberton, 6% en el Centro Médico Adelin, y únicamente 0,9% de los nacimientos se produjeron fuera del ámbito médico asistencial. Entre 2001 y 2004, el número de mortinatos que correspondió a cada uno de esos años fue de 21, 14, 15, y 29, respectivamente. La prevalencia de bajo peso al nacer (< 2.500 g) fluctuó entre 5,3% y 7,5% en 2001–2004.

Las defunciones neonatales representaban de 59% a 72% de todas las defunciones de lactantes ocurridas entre 2002 y 2005, con una mediana de 14 defunciones neonatales por año. En cada uno de estos años se produjeron 21, 18, 33 y 22 defunciones infantiles, respectivamente. En 2002 murieron 18 niños de 0 a 4 años a causa de determinadas afecciones originadas en el período perinatal; dos correspondieron a enfermedades del sistema nervioso central; una a enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de cardiopatía, y una a cada una de las siguientes afecciones: neumonía, anomalías congénitas y lesiones accidentales o provocadas. De las 18 defunciones clasificadas por causa en 2003, 12 se debieron a afecciones originadas en el período perinatal, cinco a anomalías congénitas y una a enfermedad del aparato digestivo. El porcentaje de lactantes alimentados exclusivamente con leche materna hasta las 6 semanas de vida fue de aproximadamente 36% en 2001–2004. La proporción de madres que mantenían parcialmente la lactancia materna hasta tres meses después del parto era más del doble de aquellas que alimentaban a sus hijos solamente con leche materna.

Varios centros de salud de todo el país ofrecen servicios de salud a los menores de 5 años de edad, como el control del crecimiento y del estado de desarrollo y nutricional y la inmunoprevención de enfermedades infantiles.

La cobertura vacunal contra DPT, sarampión y poliomielitis fue elevada en 2001–2005, alcanzando de 97% a 99% para la DPT y la vacuna antisarampión y de 93% a 99% para la vacuna contra la poliomielitis.

A partir de los indicadores de alimentación y nutrición, se sabe que 5,3% de los niños de 0 a 5 años padecían de anemia en

2002 y 2,7% en 2004. En 2001–2004, el porcentaje de niños con bajo peso (peso en función de la edad) no varió, y fue de alrededor de 1,3%. En ese mismo período, los casos anuales de gastroenteritis en niños menores de 5 años sumaron 713 en promedio, y en 2005 disminuyeron a 440.

En 2001 se internaron 471 niños en el hospital Holberton.

Ninguno de los lactantes hijos de madres positivas al VIH de entre 15 y 25 años, nacidos entre 2001 y 2005, tuvo resultados positivos en la prueba de detección.

Salud de los niños de 5 a 9 años

El Censo de Población y Vivienda efectuado en 2001 indicó que los niños en este grupo de edad representaban 9,6% de la población total de ese año. En 2000–2002 solo fallecieron tres niños de 5 a 9 años de edad.

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

Los niños y adolescentes de 10 a 14 años constituían 9,2% de la población total en 2001 y los adolescentes de 15 a 19 años, 8,2%. En este último grupo, 0,4% eran discapacitados. En 2002 hubo 170 nacidos vivos de madres adolescentes de 13 a 19 años de edad; de ellos, 14 (8,3%) nacieron de madres de 13 a 15 años, 43 (25%), de madres de 16 a 17 años y 113 (67%), de madres de 18 a 19 años. Los partos en mujeres adolescentes, especialmente en las de 13 a 16 años de edad se consideran de alto riesgo. En 2003, la cifra más elevada de nacidos vivos (209) se registró en el grupo de adolescentes de 13 a 19 años de edad. Ello se atribuye al notable aumento de la cifra de niños nacidos vivos entre las madres adolescentes de 16 a 18 años.

Salud de los adultos (20–59 años)

En 2001, 54,2% de la población total estaba constituida por este grupo de edad; la proporción de hombres era de 45,9% y la de mujeres, de 54,1%. El 0,9% de las personas de este grupo de edad presentaban algún tipo de discapacidad. Las principales causas de mortalidad por causas definidas entre las personas de 20 a 59 años de edad en 2000–2002 eran las siguientes: sida (30 defunciones o 9,8% de todas las defunciones en este grupo de edad); diabetes (19 ó 6,2%); cáncer de mama en la mujer (15 ó 4,9%); hipertensión (15 ó 4,9%) y cardiopatías y sus complicaciones (15 ó 4,9%). En el grupo de 25 a 29 años de edad, el número de mujeres con pruebas positivas para la infección por el VIH era mayor que el de hombres, con una proporción de 5 a 4. El impacto del VIH/sida en la población en edad de trabajar y en edad de estudiar es otro problema que causa inquietud. En 2002, 1,65% de la población adulta tenía VIH/sida, y de las 1.128 personas que se calcula que estaban infectadas con el virus, 99,7% tenían entre 15 y 49 años de edad.

El número de mujeres registrado que hicieron por lo menos cuatro visitas a las clínicas de atención prenatal hasta las 32 semanas de gestación en 2002 fue de 427, y de 489 en 2003. Según datos de las Naciones Unidas, el número de nacidos vivos en Antigua y Barbuda en 2000 era de 1.528 y cerca de la tercera parte de las mujeres embarazadas fueron atendidas ese año en las clínicas prenatales del gobierno. El país se ha propuesto lograr que por lo menos 90% de las mujeres embarazadas lleguen a término con concentraciones de hemoglobina en sangre de 11 g/dl o superiores, lo cual certificaría la ausencia de anemia. En 2001–2005, menos de 3% de las mujeres embarazadas a término estudiadas tenían concentraciones de hemoglobina por debajo de la meta fijada.

Los datos sobre salud maternoinfantil señalan que el método anticonceptivo más utilizado fueron los anticonceptivos orales; entre los otros métodos utilizados se mencionan los profilácticos, los anticonceptivos inyectables y los dispositivos anticonceptivos intrauterinos.

La cifra de personas con sobrepeso (IMC superior a 25) se elevó de 424 en 2002 a 549 en 2004, y el número de individuos obesos (IMC por encima de 30) aumentó de 450 en 2002 a 739 en 2004.

El informe del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas 2006 indicó indudables inequidades de género en el acceso a la educación terciaria. En la Universidad de las Indias Occidentales, apenas 20 de los 191 estudiantes de postgrado matriculados en el período lectivo 2003–2004 eran varones.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Según el Censo de Población y Vivienda de 2001, había 7.218 personas de 60 años y más (44,2% hombres y 55,8% mujeres). En el grupo de 90–94 años había 123 mujeres y 60 hombres; el número de mujeres de 94 años y más (22) era mucho mayor que el de hombres (8).

La edad fijada de retiro es a los 60 años en las dependencias del gobierno y muchas instituciones privadas. Los funcionarios de gobierno jubilados obtienen una gratificación por sus servicios, una pensión, o ambos beneficios, pero muchos de ellos buscan trabajo después de los 60 años para complementar estos ingresos. En 2001, 28,2% de la población de 60 años y más trabajaba en empleos remunerados. De la población adulta mayor, 6% se consideraban discapacitados; las causas más frecuentes de discapacidad en los ancianos eran la hemiplejía y la ceguera provocada por cataratas, glaucoma y diabetes.

Salud de la familia

Los informes del Centro de Orientación para los Niños y la Familia señalan que en 2001–2005 se notificaron 31 casos de abuso sexual. Llamativamente, 29 de las víctimas tenían entre 3 y 14

años. En ese mismo período se registraron 22 intentos de suicidio, de los cuales cinco fueron de niños y adolescentes de 3 a 14 años de edad. En 2003–2005, los casos vistos con más frecuencia en el Centro de Orientación para los Niños y la Familia fueron el abuso sexual, los problemas relacionados con la conducta, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el déficit de atención.

Un informe de las Naciones Unidas para el Desarrollo señala que entre los profesionales dedicados a la enseñanza predominan ampliamente las mujeres. En 2003–2004, 401 (88%) de los 458 maestros empleados en escuelas primarias estatales eran mujeres y 33 de los 37 cargos de directores eran desempeñados por mujeres.

De acuerdo con las estadísticas suministradas por la Dirección de Asuntos de Género, las líneas de ayuda telefónica (*hot-line*) recibieron 1.180 llamadas denunciando violencia doméstica entre 2001 y 2005. De estas llamadas, 82% eran efectuadas por mujeres, y la denuncia principal era el maltrato emocional.

Salud de los trabajadores

En 2001, el gobierno, conjuntamente con la Secretaría del sida, organizaciones públicas y privadas y los sindicatos de trabajadores, elaboró una normativa sobre el VIH/sida para ser aplicada en el ámbito laboral. Esta normativa estableció la responsabilidad y las medidas que debe tomar el empleador en el caso particular de empleados o de familiares de empleados que tienen la infección por el VIH.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Se notificaron dos casos importados de **malaria** en 2001 y 2004; los cuatro eran hombres. En 2001 hubo nueve casos de **dengue**; en 2002, cuatro y ninguno entre 2003 y 2005.

Enfermedades inmunoprevenibles

Desde 2002 hasta 2005 se notificaron anualmente entre 2 y 24 casos de infección por el virus de la **hepatitis B**. Hubo un único caso de **sarampión** en 2001 y se notificó otro caso en 2004.

No se notificaron casos de **parálisis flácida aguda**, **tétanos neonatal**, **fiebre** y **exantema** o de **papera** durante el período comprendido en el informe. Se cuenta con vacunas contra la fiebre amarilla para aquellas personas que viajan hacia zonas donde esta enfermedad es endémica. No se notificaron casos de **poliomielitis**.

Enfermedades infecciosas intestinales

En cada uno de los años comprendidos entre 2001 y 2005 se notificaron 284, 240, 276, 255 y 192 casos de **intoxicación** por

ciguatera, respectivamente. En 2002–2003, esta intoxicación ocupó el tercer y cuarto lugar en la lista de las principales causas de enfermedades transmisibles. La incidencia de **gastroenteritis** notificada en niños de 5 años y más continuó en descenso (1.067 casos en 2002 y 923 en 2005). Se registraron 1.101 casos de **enfermedades transmitidas por los alimentos** en 2001–2005, incluidos 53 casos de salmonellosis y 24 de shigellosis notificados en 2001. No se registraron víctimas de cólera.

Entre 2000 y 2001 seis personas tuvieron **fiebre tifoidea**.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 2001–2005 hubo 16 casos de **tuberculosis**; 5 de los enfermos eran reactivos al VIH. Los casos notificados de infección tuberculosa se elevaron entre 2004 y 2005. En 2001 se notificó un solo caso, cuatro en 2002, uno en 2003, cuatro en 2004 y seis en 2005. En 2004 se notificó un caso de **lepra** que respondió muy bien al tratamiento.

Enfermedades respiratorias agudas

La cifra de infecciones respiratorias agudas notificadas descendió de 19.175 en 1995–2000 a 16.056 en 2001–2005. Las infecciones respiratorias agudas encabezaron la lista de enfermedades transmisibles en 2002 y 2003, cuando afectaron a 5.888 y 6.115 personas, respectivamente. En 2002 se diagnosticaron infecciones respiratorias agudas en 275 lactantes y en 2003, en 259. Hubo 494 casos nuevos notificados de infecciones respiratorias agudas en niños de 1 a 4 años en 2002 y 689 en 2003. El número máximo de casos notificados en la población de niños de más de 5 años llegó a 5.200 en 2001. La incidencia varió entre 2003 y 2005, desde 3.239 casos en 2003 a 3.099 en 2004 y 4.202 en 2005. En 2004 se registró un caso de enfermedad de los legionarios.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

En 1985 se diagnosticó el primer caso de sida en Antigua y Barbuda, en un hombre homosexual. En 1985–2005, el total acumulativo de casos confirmados llegaba a 553. La forma más común de transmisión es el contacto heterosexual. De los 205 casos nuevos de sida en 2001–2005, 55,1% eran hombres y 44,9%, mujeres. La aparición de casos de sida aumentó de 32 en 2001 a 62 en 2005. Hacia fines de 2003, el Centro de Epidemiología del Caribe y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos) calcularon que 702 personas tenían VIH/sida en el país. Entre 2001 y 2005 fallecieron 50 personas a causa del sida; la mayoría de ellos (15) en 2001. De los 10 fallecidos en 2004, cinco eran hombres y cinco mujeres, todos ellos de 25 años y más. En 2005 murieron 10 personas (8 hombres y 2 mujeres de 20 años y más). Como parte del esfuerzo orientado a impedir la transmisión madre-hijo de la infección por el VIH/sida, se efectuaron pruebas de detección a 99% de las mujeres embarazadas. Se administraron fármacos antirretrovi-

rales en forma gratuita a las mujeres cuya prueba era positiva, así como también fármacos antirretrovirales y leches maternizadas para el lactante. A todas se les aconsejó no amamantar al bebé. Hacia fines de 2005, la cifra acumulativa de casos confirmados de infección por el VIH era de 553, de los cuales 22 eran niños de 0 a 9 años de edad.

En 2005, el Ministerio de Salud, Deportes y Asuntos de la Juventud, la Prisión de Su Majestad y el CAREC realizaron un tamizaje durante dos días para pesquisar la seroprevalencia del VIH entre los reclusos varones. El tamizaje tenía como meta determinar la tasa de prevalencia de la infección por el VIH, y apoyar el asesoramiento y la detección confidencial y voluntaria, la educación sobre profilaxis y la atención y el tratamiento de los reclusos varones con reacciones positivas al VIH. De 163 reclusos varones, 100 (61%) participaron en el tamizaje. La edad media de los participantes era de 32 años; el más joven de ellos tenía 15 años y el de mayor edad, 66 años. Tres de los reclusos a los que se les hizo la prueba de detección del VIH tuvieron resultados positivos, lo que indica una tasa de prevalencia de 3,0%.

Las tres enfermedades transmitidas por contacto sexual más comunes en el período comprendido entre 2001 y 2003 fueron la **sífilis** (195), la **candidiasis** (117) y la **gonorrea** (111).

Zoonosis

No hubo casos de enfermedades zoonóticas en 2001–2005.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Los datos estadísticos clínicos señalaron 898 casos nuevos de **diabetes mellitus** y sus complicaciones en personas de 20 años y más en 2002, y 1.009 en 2003.

Enfermedades cardiovasculares

Se registraron 4.822 casos nuevos de hipertensión y 214 casos de enfermedades cardíacas entre 2002 y 2003.

Neoplasias malignas

En 2002 se notificaron 58 casos nuevos de neoplasias malignas, de los cuales 33 (56%) eran hombres. Las principales localizaciones fueron la próstata (19), el estómago (5), el colon (2), el esófago (1), el hígado (1) y la vejiga (1). De los 25 (44%) casos nuevos de neoplasias malignas en las mujeres, las principales localizaciones fueron la mama (8), el colon (4), el hígado (3), el esófago (2), el pulmón (1) y la vejiga (1). En 2003 se diagnosticaron 59 casos de neoplasias (61% en hombres y 39% en mujeres). De los 36 casos de neoplasias malignas en los hombres, 50% se presentó en la próstata; en las mujeres, 26% correspondió al cáncer de mama y 26% al cáncer cervicouterino.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud mental y adicciones

En 2004 hubo 184 ingresos en el Hospital de Enfermedades Mentales (123 hombres y 61 mujeres) frente a 153 en 2005 (95 hombres y 58 mujeres). En 2001 se registraron 176 hospitalizaciones, 30% de las cuales (52) fueron por abuso de sustancias y psicosis. En 2003, 25 pacientes de 20 años o más ingresaron por primera vez a raíz del consumo de alcohol y drogas.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El gobierno considera que el acceso a los servicios de atención de salud es un derecho fundamental de todo ciudadano de Antigua y Barbuda. En 2004 se puso en práctica un programa para el cambio, bajo el lema de “Atención Médica de Calidad para Todos”. El programa se propone lanzar un plan nacional de seguros de salud, construir un establecimiento público de cuidados crónicos para mejorar el actual Instituto Fiennes, crear un subsidio de ayuda al discapacitado y reducir considerablemente los gravámenes de numerosos medicamentos de venta libre. El Programa también prevé un plan de subsidios para la vejez destinado a todos los ciudadanos mayores, acabar con la pobreza, mejorar las condiciones de vida de los pobres y los necesitados, proporcionar oportunidades equitativas a los que padecen minusvalías físicas y ofrecer mejores servicios públicos.

El período transcurrido entre 2001 y 2004 se caracterizó por los grandes progresos en materia de salud, entre ellos, haber puesto en servicio cuatro nuevos centros de salud. En 2005 se promulgó la Ley de Proyectos para la Copa Mundial de Críquet (Premios estímulo), con el propósito de incentivar la inversión y la construcción, en previsión a que el país sería la sede de la Copa Mundial de Críquet 2007. El aumento de los turistas con motivo del evento generaría empleo, pero al mismo tiempo podría sobrecargar la infraestructura sanitaria del país.

Organización del sistema de salud

El Ministerio de Salud supervisa el sistema de atención de la salud pública, la reglamentación y la prestación de servicios. El secretario permanente cuenta con la cooperación de personal técnico y administrativo para alcanzar las metas y objetivos fijados por el gobierno en materia de salud. El funcionario médico principal es el consejero técnico de mayor jerarquía del Ministerio y está a cargo de la coordinación de los servicios de salud en los hospitales y centros de salud.

El Ministerio de Salud es el proveedor primordial de los servicios de atención de la salud destinados al sector público. El hospital Holberton, de Antigua, cuenta con 141 camas y es el princi-

pal proveedor de los servicios públicos de atención médica para pacientes hospitalizados y ambulatorios. El Centro Médico Adelin, con 21 camas, es el único hospital privado de Antigua para pacientes hospitalizados. Los servicios de atención médica en Barbuda son proporcionados por el Instituto Hannah Thomas y el Instituto Fiennes, que cuentan con ocho camas y 100 camas, respectivamente.

El sistema nacional de salud se financia por conducto de los impuestos públicos y gravámenes que sostienen al Programa de Prestaciones Médicas, el cual proporciona medicamentos para diabetes, glaucoma, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y del corazón, anemia falciforme, lepra y locura declarada. Sus beneficiarios son los contribuyentes, las personas menores de 16 años y los que tienen 60 años cumplidos y más. Algunos empleados se inscriben en programas de seguro médico personales o privados. Los empleadores y el Departamento de Seguridad Social tienen a su cargo los subsidios por accidentes de trabajo y la atención médica de los trabajadores lesionados.

Servicios de salud pública

Los servicios primarios de atención de la salud en los distritos incluyen atención materno-infantil, educación sanitaria, saneamiento ambiental, salud mental comunitaria, nutrición, tamizajes para la pesquisa de diabetes e hipertensión y su tratamiento, control y vigilancia de enfermedades transmisibles y visitas de atención domiciliaria. En 2001–2004 se pusieron en servicio cuatro nuevos centros de salud que aplican una estrategia de trabajo en equipo para prestar servicios de atención sanitaria. El equipo está integrado por un médico residente, profesionales especializados en salud ambiental, personal de enfermería capacitado para la atención de la familia, enfermeras especializadas en salud pública, parteras de distrito y auxiliares clínicos. Las clínicas también ofrecen servicios de farmacia.

En 2001, el gobierno implantó una política nacional de atención, tratamiento y prevención de la infección por el VIH/sida, incorporando aquellos principios rectores que establecen el tipo de protocolos, prácticas y servicios que habrán de proveerse. El gobierno preparó un plan estratégico nacional de respuesta al VIH/sida para 2002–2005, a fin de orientar la respuesta del país frente a la creciente epidemia del sida. El plan admite que los esfuerzos realizados hasta ahora se centraron en torno al sector de la salud y que las soluciones para contener la epidemia y el impacto de la enfermedad exceden el ámbito de la salud. En 2004, el gobierno inició una campaña de asesoramiento y aceptación voluntaria de las pruebas de detección destinada a pacientes con VIH/sida. En 2005, la Secretaría del sida elaboró un manual de atención y tratamiento y otro de procedimientos a fin de garantizar la aplicación de un protocolo estandarizado para todos los grupos que ofrecen atención y tratamiento a las personas con VIH/sida. En 2005, la Secretaría nombró un coordinador de aten-

ción clínica como principal prestador del tratamiento para el VIH/sida, buscando así coordinar las prácticas de notificación y asegurar el adiestramiento sobre la enfermedad y el uso de los fármacos antirretrovirales. En 2001–2005, siete establecimientos de salud (todos los centros de salud y el hospital Holberton en Antigua y el hospital Hannah Thomas en Barbuda) comenzaron a proporcionar orientación y pruebas de detección voluntarias del VIH/sida. Otras iniciativas llevadas a la práctica entre 2003 y 2005 fueron el programa de promoción social del uso de profilácticos, la educación de la juventud en las escuelas, los programas destinados a garantizar inyecciones seguras en los ámbitos de la atención de la salud y los programas para hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, efectuar recuentos de CD4 cada tres meses y educar a la población para encarar las cuestiones de estigma social y discriminación.

El programa de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS, por sus siglas en inglés) aún forma parte integral de los servicios de salud comunitaria encauzados al tratamiento de la tuberculosis. Se pesquisan activamente los contactos de pacientes tuberculosos.

En 2003 se constituyó un equipo multisectorial encargado de formular un plan para combatir el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS, por sus siglas en inglés). En 2005, este equipo elaboró un anteproyecto para hacer frente a una posible pandemia de gripe.

La unidad informativa del Ministerio de Salud, que se ocupa de recolectar, analizar y difundir informaciones en materia de salud pública, todavía necesita afianzarse y mejorar. Las medidas de vigilancia de enfermedades están a cargo de un epidemiólogo nacional que depende de la División de Medicina del Ministerio. Se aplica una vigilancia activa de las enfermedades inmunoprevenibles. La isla cuenta con un único laboratorio de salud pública y cuatro laboratorios privados.

La Dirección Nacional de Gestión de los Desechos Sólidos tiene a su cargo la recolección, el almacenamiento, el transporte y la eliminación de desechos en Antigua y Barbuda; dicha dependencia comprende cuatro áreas programáticas principales: gestión, recolección, eliminación y educación pública. La Dirección realiza campañas periódicas de concienciación pública con las que colaboran activamente organizaciones gubernamentales y comunitarias, a fin de implementar planes para el tratamiento de residuos. Antigua y Barbuda deberán todavía enfrentar problemas como el incremento de la población, la mayor producción de residuos domiciliarios y la escasa superficie de terrenos aptos para la eliminación de desechos sólidos. El gobierno prosigue en la búsqueda de fuentes de financiamiento para un sistema central de alcantarillado.

Algunas de las medidas orientadas a garantizar la salubridad de los alimentos servidos en los hoteles o por los vendedores ambulantes son la concesión de licencias, la promoción de la salud y los programas de educación. Cuando se aproximan aconteci-

mientos populares importantes como el carnaval, la semana de la navegación y la temporada de críquet se lanzan campañas intensivas de educación. Los inspectores de sanidad del Ministerio de Salud son los encargados de realizar visitas periódicas para la verificación de la calidad en los departamentos de alimentos y bebidas de la industria hotelera y de los restaurantes. En 2005, el gobierno formuló un proyecto legislativo en materia de seguridad de los alimentos, salud animal y vegetal.

Servicios de atención a las personas

El hospital Holberton ofrece servicios generales y especializados de medicina interna, cirugía, ortopedia, obstetricia y ginecología, radiología y patología. El sector privado y especialistas venidos del extranjero brindan servicios de nefrología, oftalmología, neurología y oncología. Los servicios de rehabilitación comprenden fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y el lenguaje y terapia respiratoria; también se ofrecen servicios médicos de urgencia. El Centro Médico Adelin provee servicios ambulatorios y de hospitalización. Los habitantes de Barbuda recurren al hospital Hannah Thomas, un establecimiento de atención ambulatoria principalmente.

En la isla no existen ciertos servicios especializados, por lo cual los pacientes tienen necesidad de viajar a otras islas vecinas o a los Estados Unidos cuando deben someterse a estudios de diagnóstico por imágenes mediante resonancia magnética o a distintas modalidades de tratamiento entre las cuales se cuentan la radioterapia y la quimioterapia. Existen 26 clínicas médicas que refieren pacientes al hospital Holberton. Estas clínicas también mantienen otros centros de atención especializada para diabetes, hipertensión, asistencia prenatal, cuidado de la salud infantil y control de la natalidad. No se cuenta con un marco organizativo para la formulación e implantación de programas en salud mental. En consecuencia, el gobierno todavía recurre a la ayuda externa para mejorar y consolidar sus servicios de salud mental. La atención de los ancianos en instituciones geriátricas cuenta con el Instituto Fiennes, equipado con 100 camas, que está en vías de remodelación.

Promoción de la salud

Antigua y Barbuda cuentan cada una de ellas con un sistema propio de salud bucodental. En Barbuda, la atención de la salud dental depende del Consejo de Barbuda, que ha organizado un programa intensivo para el uso de enjuagues fluorados destinado a los escolares de 6 a 10 años del nivel primario. También cuenta con un programa de topicación con flúor para los niños de 3 a 5 años de edad. El Consejo contrató un odontólogo privado para organizar los programas mencionados y prestar servicios odontológicos básicos a la población general, como obturación de caries, limpieza dental, extracciones y procedimientos de endodoncia.

Antigua y Barbuda emprende la lucha contra el VIH/sida

La epidemia del VIH/sida está golpeando principalmente a la población económicamente activa de Antigua y Barbuda: de una población estimada de 1.128 personas con VIH/sida, prácticamente todas tienen entre 15 y 49 años de edad. Aún más, en el grupo de 25 a 29 años, la proporción de mujeres infectadas por el VIH es mayor que la de hombres. En respuesta, el gobierno elaboró, junto con varios organismos del sector público y privado y los sindicatos de trabajadores, una normativa sobre el VIH/sida para ser aplicada en el ámbito laboral. Esta normativa estableció las prácticas que los empleadores deben seguir en el caso particular de empleados o de familiares de empleados con VIH. Además, a fin de prevenir la transmisión de la infección de la madre al hijo, se efectuaron pruebas de detección del VIH/sida a 99% de las embarazadas, y se les entregaron antirretrovirales en forma gratuita a aquellas cuyas pruebas dieron resultados positivos.

La atención dental pública en Antigua depende del gobierno central. En 2002 se implantó un programa orientado al uso de enjuagues fluorados en las escuelas públicas y privadas del nivel primario. El Centro de Salud de Saint John es el que se ocupa de los servicios dentales básicos, como obturación de caries, limpieza dentaria, extracciones y tratamientos con flúor para estudiantes de hasta 17 años y personas de 60 años y más. Se ofrecen prestaciones de urgencia, extracciones y servicios de rayos X a personas de 18 a 59 años de edad.

Recursos humanos

Los profesionales que trabajan en la salud pública están bajo la dirección del Ministerio de Salud, Deporte y Asuntos de la Juventud. En el cuadro 1 se presenta el personal de salud por categoría. Dado que el personal médico del sector público es insuficiente, el gobierno intenta solucionar este problema mediante algunas iniciativas, entre las que se cuentan los acuerdos de cooperación técnica firmados con el Gobierno de Cuba. Mediante estos acuerdos, un conjunto de profesionales de la salud (anestesiólogos, radiólogos, internistas, un oncólogo, personal de enfermería, farmacéuticos y técnicos de laboratorio) procedentes de Cuba se trasladan a Antigua y Barbuda para ejercer sus funciones durante un período determinado, a fin de complementar al personal nacional de salud.

Suministros de salud

El Ministerio de Salud regula y controla los servicios farmacéuticos y los insumos médicos generales. El Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental da su ayuda al gobierno. Las vacunas se obtienen por medio del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud. Existe un formulario nacional de me-

dicamentos y un comité que regula la adquisición y el uso de los fármacos.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

La unidad de diálisis renal del hospital Holberton cuenta con cinco máquinas de diálisis y en 2005 dio servicios a 21 pacientes. El hospital tiene la única unidad de cuidados intensivos, que en 2004 fue equipada con nuevos ventiladores y monitores cardíacos. En ese mismo año, el sector privado adquirió un aparato de resonancia magnética destinado a estudios por imágenes, lo cual redundó en un menor número de personas que debieron viajar al exterior para acceder a este método diagnóstico. En 2004, el hospital Holberton recibió un equipo de ultrasonido Doppler, un nuevo equipo de ecografía y un tomógrafo para TC espiral.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto total promedio de salud en el período comprendido entre 2001 y 2005 representaba 12,6% del presupuesto nacional. Según los cálculos suministrados por Antigua y Barbuda sobre los ingresos y los gastos recurrentes de 2005, el gasto recurrente en salud durante 2004 fue de US\$ 27,9 millones y el gasto recurrente calculado, de US\$ 24,5 millones. De esta suma, 38% se asignó al hospital Holberton, 21% a la Junta Nacional de Salud (salud ambiental) y 14% a la División Médica General (atención primaria de salud).

Cooperación técnica y financiera en salud

Antigua y Barbuda reciben ayuda técnica de organizaciones internacionales, no gubernamentales y nacionales, en forma de subsidios, préstamos y cooperación técnica destinados al sector

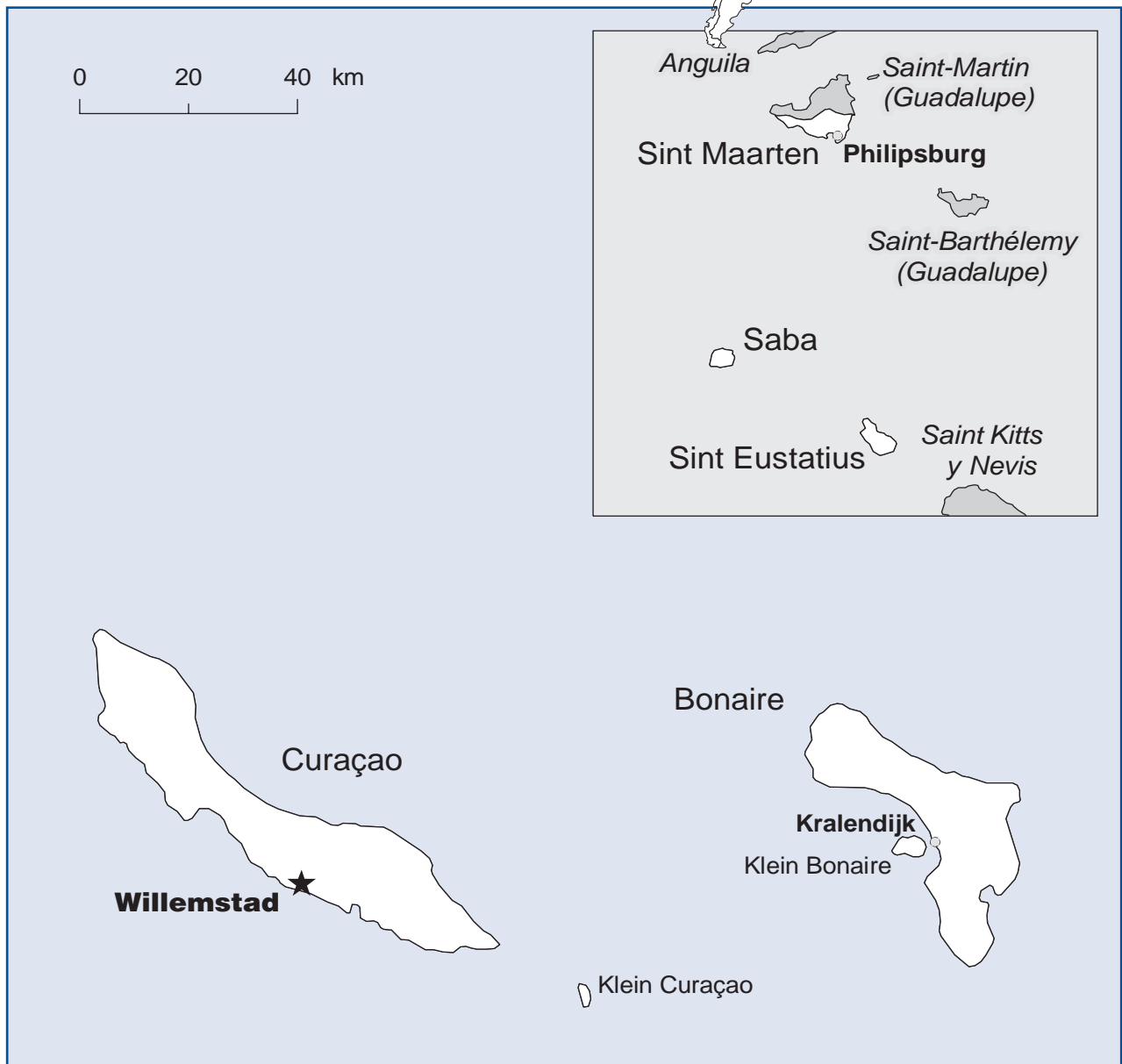
CUADRO 1. Personal de la salud y número de personas atendidas, Antigua y Barbuda, 2005.

Categoría	Total	Número de personas atendidas
Médicos	53	1.302
Cirujanos dentales	3	23.000
Anestesiastas	2	34.500
Nutricionistas/dietistas	2	34.500
Personal adiestrado de enfermería	175	394
Auxiliares de guardia	44	1.568
Técnicos médicos	5	13.800
Flebotomistas	1	69.000
Auxiliares de laboratorio	2	34.500
Técnicos de laboratorio	2	34.500
Fisioterapeutas	1	69.000
Radiólogos	7	9.857
Farmacéuticos	6	11.500
Técnicos de emergencias médicas	13	5.308
Primeros respondedores	3	23.000

de la salud. Entre estos organismos están el Departamento para el Desarrollo Internacional (Reino Unido), la Iniciativa de la Fundación Clinton para el VIH/sida, ONUSIDA, la Organización Internacional de Desarrollo (Estados Unidos), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos), el

Programa de las Naciones Unidas para la Evaluación de la Asistencia, la Organización Panamericana de la Salud, instituciones regionales de salud y la Organización Internacional del Trabajo. Entre los grupos nacionales se cuentan la Cruz Roja de Antigua y Barbuda, grupos con intereses particulares y clubes filantrópicos.

ANTILLAS NEERLANDESAS



Las Antillas Neerlandesas son un territorio autónomo del Reino de los Países Bajos. Están constituidas por cinco islas: Bonaire y Curazao, las islas meridionales de Sotavento, y Saba, San Eustaquio y San Martín, las islas septentrionales de Barlovento. San Martín es la parte meridional de una isla que se comparte con Francia, cuya parte septentrional se conoce como Saint-Martin. Las Islas de Sotavento están separadas de las Islas de Barlovento por 900 km. Las Antillas Neerlandesas tienen un clima tropical templado con una temperatura anual promedio de 27°C a 28°C. Las islas son generalmente escarpadas con interiores volcánicos. Curazao y Bonaire tienen un clima más árido que las tres Islas de Barlovento, que cuentan con una vegetación más frondosa y verde.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

Las Antillas Neerlandesas constituyen un territorio autónomo dentro del Reino de los Países Bajos; son responsables de todos los asuntos internos y defieren al Reino de los Países Bajos los temas relacionados con la defensa, la política exterior y algunas funciones jurídicas.

El gobernador de las Antillas Neerlandesas es el representante del Reino de los Países Bajos. El gobierno central de las Antillas Neerlandesas es una democracia parlamentaria, cuya sede se encuentra en Willemstad, la capital de Curazao. La oficina del gobernador también está en Willemstad. Cada isla también tiene su propio gobierno local, formado por un Consejo Insular y una Asamblea Legislativa. El Consejo Insular es el equivalente local de un parlamento central y, por lo tanto, el máximo cuerpo político de cada isla. Su consejo ejecutivo se conoce como *Bestuurscollege* y está compuesto por comisionados que supervisan diversos servicios gubernamentales, incluida la salud de la población. El *Bestuurscollege* de cada isla está encabezado por un Teniente Gobernador. Las islas están divididas en barrios y zonas administrativas.

Entre 2000 y 2005 se celebraron referendos en cada isla para determinar su estado en el futuro. Este proceso, que continúa conforme a lo establecido en estos escritos, ha iniciado efectivamente la división de las Antillas Neerlandesas. Los resultados de la votación han dado lugar a una serie de negociaciones y acuerdos mediante los cuales Curazao y San Martín podrían convertirse en entidades autónomas, y Bonaire, Saba y San Eustaquio, fusionarse con los Países Bajos. En la actualidad, el gobernador

del Reino de los Países Bajos y los gobernadores de las islas mantienen discusiones sobre los cambios funcionales y estructurales relacionados con el gobierno y la prestación de servicios.

Las Antillas Neerlandesas cubren un área combinada de 800 km². Saba es la isla más pequeña, con una superficie de 13 km², y Curazao es la más grande, con una superficie de 444 km². En 2004, Bonaire fue la isla con menor densidad de población (37 personas por km²) y San Martín, la más poblada (1.030 personas por km²).

El 85% de la población es negra mestiza, y el 15% restante son descendientes de blancos, amerindios y asiáticos. En 2001, la tasa de alfabetización general para la población de 15 años y más fue de 96%. Según los datos del último censo (2001), 72% de la población es católica, 20% es miembro de otras denominaciones cristianas, 1% es judía, 5% no profesa una religión y el 2% restante practica otras religiones o no especificó una afiliación religiosa.

Pese a que el holandés es el idioma oficial de las Antillas Neerlandesas, el inglés es el idioma que más se habla en Saba, San Eustaquio y San Martín, y el papiamento (una mezcla de palabras en portugués, español, inglés y holandés) es el idioma predominante en Bonaire y Curazao. De la población de las Antillas Neerlandesas en 2001, 65% hablaba principalmente papiamento, 16% principalmente inglés, 7%, principalmente holandés, 6%, principalmente español, 2%, principalmente criollo, 2% hablaba otros idiomas y 2% no hablaba un idioma principal específico.

El producto interno bruto (PIB) per cápita en 2005 fue de US\$ 17.888; el 84% del PIB correspondió a la industria del turismo y de los servicios. En 2004, la deuda externa de las Antillas Neerlandesas fue de US\$ 2,68 miles de millones, mientras que en ese mismo año, el PIB de la paridad del poder adquisitivo se

calculó en US\$ 2,8 miles de millones. Entre 2001 y 2004, el PIB creció casi 8%. En 2005, la industria representó 15% del PIB (refinamiento del petróleo en Curazao, instalaciones de transbordo de petróleo en Curazao y Bonaire y la industria ligera en Curazao) y la agricultura, 1% (aloe, sorgo, maní, vegetales y frutas tropicales). La moneda de las Antillas Neerlandesas es el florín antillano (ANG), cuya tasa de cambio fija en 2005 era de ANG 1,78 = US\$ 1.

El turismo y las actividades relacionadas constituyen la mayor fuente de empleo en las Antillas Neerlandesas. En 2005, Curazao, San Martín y Bonaire tuvieron 222.000, 462.000 y 68.000 turistas que pernoctaron en ellas, respectivamente. En ese mismo año, las embarcaciones turísticas atracaron 931 veces en las tres islas y trajeron un total de 1,8 millones de turistas.

En 2005, la tasa de desempleo calculada para las Antillas Neerlandesas fue de 16,3%, siendo Curazao la isla con la tasa más alta. Las tasas de desempleo para las mujeres fueron uniformemente más altas que para los hombres en todas las islas, y las tasas de empleo para los jóvenes fueron típicamente dos a tres veces más altas que las tasas generales.

Las tres islas, con 98% de la población total de las Antillas Neerlandesas, registraron diversos patrones y tendencias en las tasas de desempleo durante el período 2000–2005. En Curazao, donde residían casi tres cuartas partes del total de la población durante este período, la tasa de desempleo para la población económicamente activa aumentó de 14,2% en 2000 a 18,2% en 2005. En San Martín, la isla con casi un quinto de la población total, la tasa de desempleo se mantuvo en 13,4% durante el período; mientras que en Bonaire, donde reside solo 6% de la población, la tasa de desempleo para la población económicamente activa aumentó de 5,5% en 2000 a 8,9% en 2005.

Una encuesta sobre la evaluación de la pobreza que se realizó en 2004–2005 reveló que el porcentaje de hogares con un ingreso mensual muy bajo, equivalente aproximadamente a US\$ 280 (ajustado por la composición familiar), fue de 5% en Saba y 16% en Curazao, con un promedio total de 14% para las cinco islas de las Antillas Neerlandesas.

Un promedio total de 32% de los hogares informó que su ingreso era insuficiente para cubrir todos los gastos necesarios, con porcentajes que variaron de 27% en Bonaire a 50% en Saba.

La encuesta mostró que la desigualdad de ingresos más baja se registró en Saba, la isla con el ingreso por grupo familiar promedio más elevado, y Bonaire. En Saba y Bonaire, 20% de los hogares con los niveles de ingreso más altos tuvieron un ingreso seis veces más alto que el que se registró en el 20% de los hogares más pobres. La desigualdad de ingresos más alta, combinada con el ingreso por grupo familiar promedio más bajo, se observó en Curazao, donde 20% de los hogares con el ingreso más alto tuvieron un ingreso 14 veces mayor que el que se registró en el 20% de los hogares más pobres.

Según el censo de 2001, 22% de la población de 15 años y más no percibía ingresos (26% para las mujeres y 19% para los hom-

bres). El 28% de los hogares encabezados por mujeres vivían en la pobreza.

En 2002, la matrícula escolar secundaria fue de 78%. Ese mismo año, la duración promedio de la escolaridad para adultos de ambos sexos era de 14 años. En 2001, la tasa de alfabetización de adultos era de 96,3% (con tasas prácticamente idénticas entre hombres y mujeres).

Demografía, mortalidad y morbilidad

La Oficina Central de Estadísticas calculó que en 2005 la población de las Antillas Neerlandesas había aumentado de 175.652 habitantes (según el censo de 2001) a 185.513, de los cuales 53% eran mujeres. Curazao tiene la población más grande de las cinco islas, con 73,2% de la población total (135.822 habitantes), seguida de San Martín, con 18,9% (35.035), Bonaire, con 5,7% (10.638), San Eustaquio, con 1,4% (2.584) y Saba, con 0,8% (1.434).

En la figura 1 se muestra la estructura de la población por edad y sexo en 1990 y 2005.

La población de 2001 (175.652 habitantes) tenía aproximadamente 14.000 personas menos que la registrada en el censo de 1992. La disminución de la población en San Martín y Curazao compensó en exceso el crecimiento de la población observado en las otras tres islas. En 2001, 7,5% de la población total correspondía al grupo de 0 a 4 años, 24%, al de 5 a 19 años, 55,3%, al de 20 a 59 años y 13,2%, al de 60 años y más.

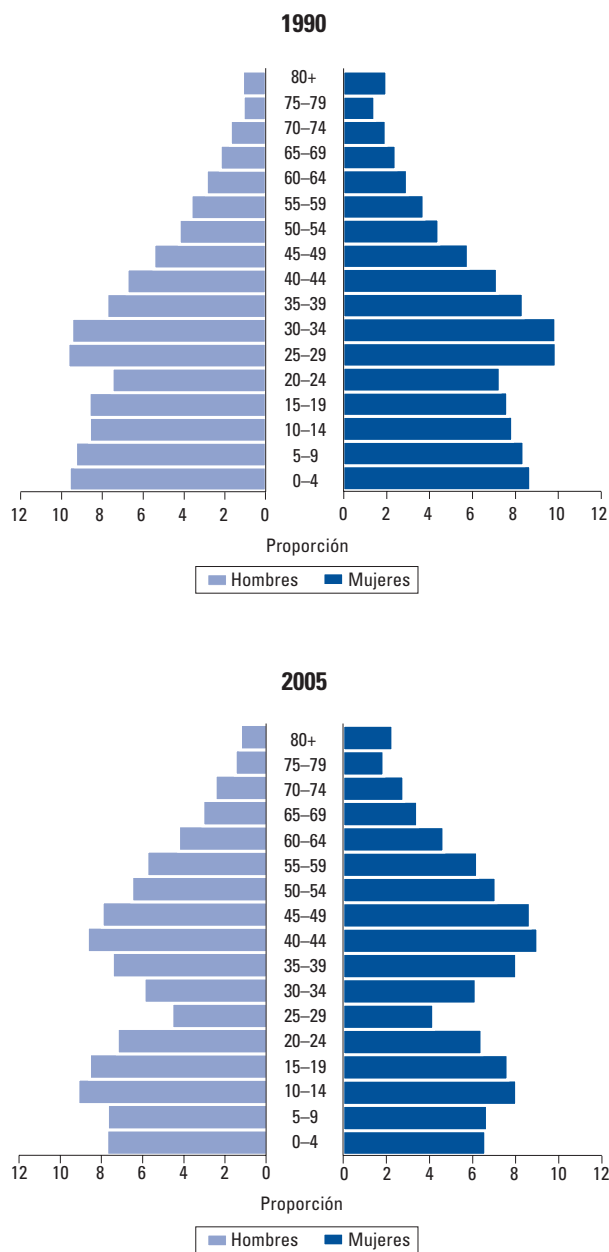
Entre los censos de 1992 y 2001 hubo un envejecimiento de la población, con una disminución de 13% en el grupo de 19 años y menos y de 25% en el de 20 a 39 años. Durante el mismo período, el número de personas de 40 años y más aumentó.

En 2001, una de cada cuatro personas que vivían en las islas había nacido fuera de las Antillas Neerlandesas. Curazao tuvo el porcentaje más bajo de personas nacidas en el extranjero (17%), y San Martín, el más alto (63%).

De las personas que informaron haber nacido en el exterior, la República Dominicana fue el país de origen más frecuente (18,7%), con 5% de la población total de las Antillas Neerlandesas. En menor proporción le siguen los nacidos en los Países Bajos (15,2% de todos los residentes extranjeros), Aruba (7,0%), Haití (6,9%), Colombia (5,6%), Suriname (5,2%), Jamaica (4,4%), Dominica (3,9%), Venezuela (3,2%), Guyana (2,8%) y Estados Unidos (2,5%).

En 2001, uno de cada cinco habitantes indicó que tenía intenciones de emigrar de las Antillas Neerlandesas, y la mitad de la población total no tenía decidido si emigraría o no. Durante el período 1998–2002, aproximadamente 15% de la población de Curazao emigró a otros países debido a la inestabilidad económica, lo que reflejó un éxodo intelectual importante de las personas mejor educadas y capacitadas. La mayoría de los que emigraron tenían entre 20 y 25 años, con una edad promedio al

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Antillas Neerlandesas, 1990 y 2005.



momento de la emigración de 24 años. Sin embargo, desde el año 2001, esta migración externa ha disminuido y al llegar al año 2005 se observaron signos de reversión.

Según el censo de 2001, 29% de la población de 30 a 59 años informó que no tenía una pareja, y 11% informó que no vivía con su pareja. En el caso de las parejas que informaron que vivían en

concubinato, el hombre era en promedio tres años mayor que la mujer.

La composición familiar general promedio era de aproximadamente tres personas. En Curazao y Bonaire, la composición familiar promedio era más grande, mientras que en Saba, San Eustaquio y San Martín se encontró que la mayor proporción de hogares estaban integrados por una sola persona. Los datos del censo mostraron una disminución en la tasa de fecundidad (de 2,4 niños por mujer en 1992 a 2,2 en 2001). También se observó un aumento en la edad promedio de la madre al momento del primer parto (de 24,5 años en 1992 a 25,5 años en 2001). En 2001, de cada cinco hogares, más de uno estaba a cargo de una sola persona con niños menores de 18 años; de estos, 94% estaban encabezados por mujeres. Casi 90% de los hogares encabezados por una sola persona estaban a cargo de uno de los padres.

Durante el período 2002–2004, la esperanza de vida al nacer era de 70,6 años para los hombres y 79,0 para las mujeres. La diferencia de más de ocho años en la esperanza de vida entre los hombres y las mujeres se atribuyó, al menos parcialmente, a diferencias en el estilo de vida y las conductas de riesgo. Por ejemplo, los hombres de 20 a 30 años estaban expuestos a un riesgo de muerte a causa de accidentes y violencia desproporcionadamente mayor que las mujeres del mismo grupo de edad.

Durante el período 1998–2000, la tasa bruta de mortalidad promedio anual para Curazao fue de 7,5 muertes por 1.000 habitantes, frente a 6,5 por 1.000 en 1998.

En 2000, las enfermedades crónicas no transmisibles figuraban entre las principales causas de mortalidad, y aproximadamente un tercio se debió a enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares y pulmonares. Las neoplasias malignas, la diabetes mellitus y las infecciones respiratorias agudas también estuvieron entre las 10 principales causas de muerte (las neoplasias contribuyeron aproximadamente con la cuarta parte del total de muertes); las localizaciones más frecuentes de las neoplasias fueron la próstata, el tracto digestivo y el tracto respiratorio. Las principales causas de muerte y las correspondientes tasas de mortalidad para Curazao durante el período 1998–2000 se muestran en el cuadro 1.

Según el censo de 2001, 5,1% de la población había padecido presión arterial alta, 3,5%, diabetes, 2,8%, asma y bronquitis crónica y 1,7%, problemas cardíacos. Las tasas de prevalencia de presión arterial alta, diabetes y problemas cardíacos aumentaron con la edad, mientras que la prevalencia del asma o la bronquitis crónica disminuyó con la edad. En el grupo de 14 años y más, las mujeres tuvieron una probabilidad 1,7 veces mayor de tener presión arterial alta y 1,4 veces mayor de tener diabetes en comparación con los hombres.

Para los hombres jóvenes adultos, las principales causas de muerte fueron el homicidio y las lesiones intencionales. El sida estuvo entre las tres principales causas de muerte para los hombres y las mujeres en el grupo de 25 a 44 años. Los adultos mayores de 60 años, las mujeres y las personas con ingresos por debajo

CUADRO 1. Principales causas de muerte y tasas de mortalidad relacionadas por 100.000 habitantes, Curazao, 1998–2000.

Causas	Tasa bruta de mortalidad promedio anual por 100.000 habitantes
Enfermedades pulmonares y otras enfermedades cardiovasculares	90
Enfermedades cerebrovasculares	70
Cardiopatías isquémicas	60
Neoplasias malignas de próstata	30
Diabetes mellitus	30
Infecciones respiratorias agudas	30
Neoplasias malignas del tracto digestivo, sin incluir el estómago y el colon	30
Neoplasias malignas del tracto respiratorio	20

de la línea de pobreza notificaron una mayor frecuencia de problemas crónicos de salud y un menor uso de los sistemas preventivos de salud.

En 2001, 15% de los hombres de 15 a 29 años y 30% de los hombres de 30 a 44 manifestaron que fumaban tabaco. Entre las mujeres, 6% del primer grupo de edad y 13% del segundo informaron que fumaban. La prevalencia general del consumo de tabaco para la población total fue de 13%.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

La tasa de mortalidad infantil calculada en 2005 fue de 4,0 por 1.000 nacidos vivos, lo que implicó una reducción respecto de la tasa de 1990 de 7,0 por 1.000. Según la Oficina Central de Estadísticas de las Antillas Neerlandesas, en 2005 había 13.378 niños de 0 a 4 años (7,2% de la población total). Durante la década pasada se ha registrado una disminución constante en el número de nacimientos por año. En 1998, el número de nacidos vivos fue de 3.111, frente a 2.357 en 2004. Este descenso se atribuye a un menor número de mujeres en edad reproductiva y a la reducción en la tasa global de fecundidad (de 2,6 en 1990 a 2,0 en 2000).

El número de muertes anuales durante el período 1998–2000 para el grupo de 1 a 4 años es bajo. En Curazao se registraron en promedio 4 muertes por año en este grupo de edad durante este período, siendo los accidentes y la sepsis las principales causas de mortalidad.

Salud de los niños y adolescentes (5–14 años)

En este grupo de edad, las causas externas constituyeron las principales causas de muerte. Durante el período 1998–2000,

aproximadamente 30% de las defunciones en este grupo de edad se debieron a accidentes de tránsito.

Según los datos del censo de 2001, los varones de 5 a 14 años sufrieron una mayor carga de enfermedades crónicas que las niñas del mismo grupo de edad, siendo el asma y la bronquitis las afecciones más frecuentes.

Salud de los jóvenes (15–24 años)

La tasa de mortalidad entre los hombres de más de 16 años ha aumentado notablemente, mientras que ha permanecido estable entre las mujeres. El homicidio es la causa principal de muerte, seguido de los accidentes automovilísticos. En Curazao se registraron 40 homicidios en hombres en este grupo de edad durante el período 1998–2000. No se notificó ningún caso de homicidio en mujeres. Los jóvenes de 18 a 25 años tienen una probabilidad tres veces mayor de estar involucrados en un accidente automovilístico grave que los conductores de más edad.

Entre las personas de 15 a 24 años, las mujeres son hospitalizadas más frecuentemente que los hombres, en especial por los embarazos y los partos. Según los datos del censo de 2001, aproximadamente 10% de todos los niños en las Antillas Neerlandesas son hijos de madres adolescentes. La razón principal de la hospitalización de los hombres en este grupo de edad se debió a fracturas. El asma y la bronquitis fueron las enfermedades crónicas de mayor prevalencia.

Conforme a un estudio que realizó la Junta Directiva de la Juventud de las Antillas Neerlandesas en el período 2002–2003, 18% de todos los jóvenes enfrentaban problemas sociales graves (por ejemplo, consumo de drogas y alcohol, adicción de los padres al juego, falta de guía o participación por parte de los padres, conflictos familiares) y otro 14% estaba en riesgo de tener estos mismos problemas. Los factores de riesgo relacionados con la juventud incluían la presión de los pares y la tolerancia respecto del comportamiento social negativo o la exposición temprana a este. Según el mismo estudio, un tercio de las jóvenes dijeron que conocían a una víctima de abuso sexual y 21% informaron que habían tenido relaciones con una pareja contra su voluntad.

En el período 2002–2003 se realizó una encuesta de estudiantes de las escuelas públicas de Curazao entre las edades de 13 y 18 años; notificaron ser sexualmente activos 43% de los varones y 28% de las mujeres y 51% de los varones y 25% de las mujeres informaron que siempre usaban condones.

Salud de los adultos (25–59 años)

Durante el período 1998–2000, las tasas de mortalidad a causa de accidentes y homicidios en el grupo de 25 a 44 años fueron más altas para los hombres. Entre las causas externas de muerte, la tercera causa principal en este grupo de edad fue el suicidio. Entre las mujeres de 25 a 59 años, la causa principal de muerte fue el cáncer de mama. La principal causa de muerte para los

hombres de 45 a 59 años fueron las cardiopatías isquémicas. En el caso de los hombres y las mujeres de 25 a 45 años, el sida se encuentra entre las tres principales causas de muerte. En este grupo, las mujeres también son hospitalizadas más a menudo que los hombres, siendo los embarazos y los partos las razones principales de hospitalización.

En 2002, las principales causas de hospitalización de los hombres fueron las fracturas y otras lesiones. En el grupo de 25 a 44 años, las migrañas y los dolores de cabeza crónicos, los problemas psicológicos y los mareos fueron las afecciones crónicas tratadas con mayor frecuencia, y en el caso de las personas mayores de 45 años, la hipertensión y la diabetes fueron las afecciones más comunes.

De acuerdo con el censo de 2001, 11% de la población de 45 a 64 años informó tener un diagnóstico de hipertensión y 8% informó un diagnóstico de diabetes; el número de mujeres que notificaron estas afecciones fue mayor que el de los hombres.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Si se comparan los datos de población del censo de 1992 con los de 2001, se puede observar que en este año la población general era más vieja; durante este período, los grupos de adultos mayores crecieron en número y porcentaje. En este grupo de edad, el número de hospitalizaciones fue el más alto. Las causas principales de hospitalización entre los adultos mayores fueron las enfermedades oculares, las enfermedades del tracto urinario y los riñones, y las neoplasias malignas.

Salud de la familia

En el período 2001 a 2005, aproximadamente entre 85% y 90% de todos los partos en las Antillas Neerlandesas tuvieron lugar en hospitales. Entre los años 1998 y 2000 se registraron 17 muertes fetales tardías por cada 1.000 partos.

El número promedio de muertes entre los niños de 0 a 12 meses se mantuvo estable (aproximadamente 10 muertes por año durante el período 1998–2003). Las principales causas de muerte para los niños menores de 1 año fueron las afecciones respiratorias y las deformaciones congénitas. Durante el período 1998–2000, Curazao registró una tasa de mortalidad perinatal de 23,5 por 1.000 nacidos vivos.

El número de muertes maternas en Curazao en 1996 y 1997 fue de 130 y 150, respectivamente, descendió a 43 en 1988 y aumentó a 47 en 2000.

Salud de las personas con discapacidad

Según los datos del censo de 2001, 8,5% de la población presentaba alguna discapacidad (visual, auditiva, física, mental o de otro tipo). En los adultos mayores de 60 años, el impacto de las discapacidades fue desproporcionado. Las discapacidades más

frecuentes entre las personas que no estaban internadas en instituciones fueron los trastornos oculares, seguidos de la capacidad limitada de realizar las actividades de la vida diaria y el deterioro auditivo.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

El **dengue** es endémico en la isla de Curazao. En la década pasada se identificaron los cuatro serotipos de dengue. Durante el período 2001–2005 predominaron los tipos 1 y 3 del virus del dengue; el tipo 4 no se ha visto desde el año 2000. Los patrones de circulación de los distintos serotipos se han asociado con los patrones del elevado tráfico de turistas desde los países vecinos, como Venezuela y Panamá. El número anual de casos de dengue confirmados en laboratorio entre 2001 y 2005 fue de 85, 280, 26, 163 y 132, respectivamente. Se registraron dos brotes de dengue durante el período de diciembre de 2001 a febrero de 2002 (231 casos) y durante el período de diciembre de 2004 a febrero de 2005 (121 casos). Entre los años 2001 y 2003 no se presentaron casos de **dengue hemorrágico**. Sin embargo, hubo cinco casos entre 2004 y 2005.

Enfermedades inmunoprevenibles

En 2004, la cobertura en las Antillas Neerlandesas de DPT, Hib y OPV/IPV fue de 88%. La cobertura de SRP fue de 75% en San Martín y de 95% en Curazao y Bonaire. La cobertura de DPT, OPV/IPV e Hib registrada en las islas varió (de 72% en San Martín a 100% en Saba). La cobertura de la vacuna contra la hepatitis B fue de 71% en San Martín y 95% en Bonaire.

Enfermedades crónicas transmisibles

Durante el período 2001–2004, la tasa de incidencia de la **tuberculosis** calculada en las Antillas Neerlandesas fue de 9,0 por 100.000 habitantes, lo cual representa una disminución respecto de la tasa calculada en 1990 de 11,0 por 100.000 habitantes. El último caso de tuberculosis se registró en Bonaire en 1999. San Martín notificó uno de los cuatro casos anuales de tuberculosis durante el período 2001–2005. La mayoría de los casos de tuberculosis en las Antillas Neerlandesas se registraron en Curazao (un promedio de 10 casos por año entre 2001 y 2005). En 2004 se aislaron cepas resistentes a la isoniácida (INH). La edad promedio al momento del diagnóstico de la tuberculosis era de 40 a 50 años; aproximadamente dos tercios de estos casos se presentaron en hombres. Cerca de la mitad de los casos anuales de Curazao son casos importados. La drogadicción y la infección por VIH son comorbilidades comunes en los casos de tuberculosis.

La **lepra** se mantiene en un nivel endémico bajo en las Antillas Neerlandesas. Entre los años 2001 y 2004 se registraron 11 casos

en Curazao y uno en Bonaire. Uno de los casos se importó desde Guyana. Durante este período, el número de casos nuevos de lepra por año se mantuvo entre dos y cuatro.

Enfermedades infecciosas intestinales

Los patógenos gastrointestinales aislados con mayor frecuencia fueron *Campylobacter* y *Salmonella*. Entre 2001 y 2005 se confirmó en laboratorio un número acumulado de 331 casos de **infección por *Campylobacter jejuni*** y un total de 559 casos de infecciones por *Salmonella*. La **infección por *Shigella*** también fue común durante este período, con un número acumulado de 168 casos aislados. Las **infecciones por *Yersinia* y *E. coli*** fueron poco comunes, con un caso aislado de cada una durante el período 2001–2005. Cerca de un tercio de los casos de **campilobacteriosis**, casi la mitad de los casos de **salmonelosis** y la mitad de los casos de **shigelosis** se registraron en niños menores de 5 años.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

El alcance del sistema de registro de las infecciones por VIH es limitado, ya que solo captura los casos de VIH a partir de las pruebas voluntarias que se realizan en el Hospital Santa Elizabeth y el Centro de Diagnósticos Analíticos, el principal laboratorio en las Antillas Neerlandesas. Entre los años 1985 y 2005 se registró un número acumulativo de 1.623 casos de VIH positivos (56,9% para los hombres y 43,1% para las mujeres). La mayoría de estos casos provienen de Curazao (65,5%) y San Martín (31,8%). El 65,7% de las personas seropositivas correspondió al grupo de 15 a 24 años. El modo principal de transmisión del VIH es a través del contacto sexual. Como resultado de un programa de prevención de la transmisión de la madre al hijo, la transmisión vertical del VIH es muy baja. El uso de drogas intravenosas es poco frecuente en las Antillas Neerlandesas, y la política estricta sobre la donación de sangre y el análisis de toda la sangre donada han contribuido a lograr que la seguridad de la sangre alcance los niveles deseados.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En 1996, 63% de la población adulta de Curazao tenía **sobrepeso** (índice de masa corporal mayor de 25 y menor de 30) o eran **obesos** (índice de masa corporal igual o mayor a 30); las prevalencias de sobrepeso y obesidad se registraron en las mujeres de entre 45 y 64 años y entre las mujeres de nivel socioeconómico más bajo. Un estudio sobre salud que se realizó en 2002 en todas las islas de las Antillas Neerlandesas, excepto en Curazao, mostró que más de 70% de la población adulta tenía sobrepeso o era obesa. Las mujeres en las cinco islas tenían una probabilidad de 32% a 93% mayor de ser obesas que los hombres. En 2002, uno de cada cuatro adultos en las Antillas Neerlandesas notificó que hacía ejercicio periódicamente.

Neoplasias malignas

Según datos del Registro de Cáncer de las Antillas Neerlandesas, las cinco localizaciones principales de los nuevos casos de cáncer (sin incluir el cáncer de piel no melanomatoso) en los hombres durante el período 1999–2003 fueron la próstata (40% de todos los casos de cáncer), el colon/recto (10%), los pulmones (8%), el estómago (4%) y la faringe/cavidad oral (3%). En las mujeres, las cinco localizaciones principales de los nuevos casos (sin incluir el cáncer de piel no melanomatoso) fueron las mamas (36% de todos los casos de cáncer), el colon/recto (13%), el cuerpo del útero (8%), el cuello del útero (6%) y el estómago (3%). El cáncer de ovario siguió de cerca al cáncer de estómago en las mujeres, también en 3%. El cáncer de piel no melanomatoso representó 14% de todos los casos de cáncer en los hombres y 13% de todos los casos de cáncer en las mujeres. Durante el período 1999–2003 se registró un total de 1.646 casos nuevos de cáncer en los hombres y 1.198 casos nuevos en las mujeres.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Curazao y Bonaire están al sur de la región caribeña afectada por huracanes y rara vez son amenazadas por estos. Sin embargo, Saba, San Eustaquio y San Martín con frecuencia son assoladas por huracanes. En agosto de 2000, el huracán Debby pasó por las tres islas y causó un daño mínimo. En julio de 2005, el centro del huracán Emily se desplazó a través de la región sudeste de las islas del Caribe y pasó aproximadamente a 180 km al norte de Curazao y Bonaire. Como consecuencia del huracán Emily, fuertes lluvias causaron la inundación de la cuenca de St. Peter en San Martín, con un saldo de dos muertes. El daño calculado ascendió a US\$ 700.000.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

Entre los años 1998 y 2000, el gobierno central de las Antillas Neerlandesas implementó un plan de reforma titulado “Governing Accord on the Program for Economic and Financial Recovery” (Gobernación conforme al programa para la recuperación económica y financiera). El plan requería la acción urgente en pos de la recuperación de la economía, la creación de trabajos, la reducción de la pobreza, la mejora de las condiciones sociales y las finanzas públicas, y el desarrollo de un programa integral para reducir el desempleo, la drogadicción y los delitos entre los jóvenes a través de medidas preventivas y sancionadoras. El fortalecimiento de la administración pública en el ámbito del gobierno central y en cada una de las islas fue una prioridad global.

Como resultado de este proceso de reforma, el gobierno central de las Antillas Neerlandesas identificó cuatro responsabilida-

des gubernamentales básicas: el desarrollo de una política general, la legislación, los asuntos internacionales, y el control y el cumplimiento de la ley.

Según estas reformas, se hicieron recortes en los gastos y el personal administrativo en el área de la atención de la salud. El plan conllevó la reestructuración del Departamento de Salud Pública e Higiene Ambiental en 2001. Desde 1977 a 2001, el Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente supervisó el Departamento de Salud Pública e Higiene Ambiental, la Inspectoría de Asuntos Farmacéuticos, el Hospital Psiquiátrico y el Laboratorio Nacional. Como parte del proceso de reforma, el gobierno central disolvió el Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, y lo reemplazó por un nuevo Ministerio de Salud Pública y Desarrollo Social. La legislación para este cambio se ratificó el 4 de enero de 2002. El nuevo Ministerio de Salud Pública y Desarrollo Social se reorganizó a los efectos de incluir una Junta Directiva de Salud Pública, una Junta Directiva de Desarrollo, una Oficina de Asistencia y una Inspectoría de Salud Pública. Esta última incluye distintas divisiones que supervisan la atención de la salud, la protección de la salud y los asuntos farmacéuticos.

Organización del sistema de salud

La administración de las actividades de la Junta Directiva de Salud Pública está a cargo del Director de Salud Pública. Según decreto legislativo, las áreas de responsabilidades de esta Junta Directiva incluyen la salud de la población; la atención de la salud personal; la salud de los animales; el medio ambiente; la vigilancia epidemiológica; la supervisión del estado de salud, los datos de mortalidad y las enfermedades seleccionadas, y la investigación para la determinación de políticas. Las tareas asignadas con el fin de cumplir con estas responsabilidades incluyen la conducción de investigación y vigilancia, el desarrollo de sociedades con otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la promoción de la colaboración interna, la determinación de políticas y regulaciones, la implementación de medidas orientadas a la reducción de costos, y la promoción del acceso igualitario a la atención de la salud y los servicios de salud efectivos y eficientes.

Como consecuencia de los referendos sometidos a voto de comienzos de la década, que expresaban la separación de las Antillas Neerlandesas, siguieron las discusiones entre las autoridades gubernamentales de todos los niveles sobre cómo minimizar el impacto de los principales cambios estructurales y funcionales con respecto a la atención de la salud, los servicios de salud pública y otros servicios públicos en las poblaciones locales.

En las Antillas Neerlandesas existen diferentes sistemas de seguro médico. Patrocinado por el gobierno, el Banco de Seguridad/ Seguro Social (SVB), que funciona en las cinco islas y tiene la oficina central en Curazao, brinda cobertura de seguro médico a todos los empleados de las organizaciones no gubernamentales y del sector privado. El Seguro Pro-Pobre es una cobertura médica que ofrecen los gobiernos de cada isla a los desempleados, las

personas que viven en condiciones de pobreza y los jubilados que no tienen seguro. El Seguro Médico de los Funcionarios Públicos es un seguro que ofrecen los gobiernos isleños territoriales a los empleados públicos. Los seguros médicos privados se ofrecen a la población con un ingreso anual que excede el salario máximo, lo que habilita su elegibilidad para acceder al seguro de SVB.

La cobertura de seguro médico que se registró en el censo de 2001 incluyó SVB (36% de la población cubierta), Seguro Pro-Pobre (16%), otro tipo de seguro financiado por el gobierno (15%), seguro privado (11%), cobertura por parte del empleador (7%) y otro (3%). El 11% de la población informó que no tenía seguro. Este segmento estaba desproporcionadamente distribuido entre las islas, y varió desde 3% de la población de Bonaire a 30% de la población de San Martín.

Servicios de salud pública

Según el censo de 2001, entre 89% y 98% de las viviendas en San Martín, Curazao y Bonaire cuentan con agua suministrada por plantas de desalinización y 94% y 97% de las viviendas de San Eustaquio y San Martín, respectivamente, cuentan con agua de cisternas o fuentes subterráneas. Curazao y San Martín tienen plantas de tratamiento de aguas residuales, mientras que el resto de las islas dependen principalmente de tanques sépticos.

La contaminación por pesticidas no es un problema en las Antillas Neerlandesas, puesto que la producción agrícola es baja. Los derrames de petróleo en las áreas portuarias siguen siendo una preocupación para el sistema de salud pública.

Servicios de atención a las personas

Las Antillas Neerlandesas disponían de 1.343 camas de hospital en octubre de 2001; de estas, 729 estaban en centros médicos y hospitales generales y el resto en instituciones especializadas, distribuidas de la siguiente manera: 200 camas en el Hospital Psiquiátrico; 160 en un centro de atención de casos crónicos; 117 destinadas a los niños con discapacidades; 75 destinadas a la rehabilitación de la drogadicción; 45 en una clínica quirúrgica y 17 en una clínica de maternidad. El 88% de estas camas estaban en Curazao, donde reside 73% de la población. En esa misma fecha, había 44 farmacias y 11 geriátricos con 700 camas uniformemente distribuidos en las cinco islas.

El Hospital Santa Elizabeth, en Curazao, es el más grande de todas las islas y está financiado por una fundación privada, propiedad de la Iglesia Católica; el gobierno suministra más de 80% de su ingreso en forma directa o indirecta. Entre otros servicios, cuenta con una unidad de descompresión para asistir a los buzos que sufren la enfermedad de descompresión por buceo. Varias clínicas privadas en Curazao brindan servicios médicos de satisfactorios a excelentes. En Bonaire, el Hospital San Francisco, que cuenta con 35 camas, también tiene unidades de descompresión para los buzos y un servicio de ambulancia aérea para transportar

Cambios en la infraestructura de los servicios de salud pública

Las Antillas Neerlandesas enfrentan una diversidad de problemas de salud pública que van desde el dengue y la epidemia de obesidad hasta las altas tasas de accidentes de tránsito. El nuevo Ministerio de Salud y Desarrollo Social, a través de su Dirección de Salud Pública, está a cargo de la vigilancia de enfermedades y los sistemas de monitoreo del estado de salud, con el objeto de brindar información sobre las respuestas y políticas para controlar eficazmente estos retos. Además de la prestación de los servicios básicos de salud en las cinco islas, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social brinda diversos servicios médicos especializados, principalmente en la isla más poblada: Curazao. Sin embargo, el Ministerio actualmente está atravesando cambios. Con la división de las Antillas Neerlandesas, iniciada con anteriores referendos en las islas, la infraestructura pública para la prestación de los servicios de salud preventivos y curativos en estos nuevos territorios autónomos va a requerir de transformación y adaptación a inevitables incertidumbres.

pacientes a Curazao y Aruba. El Centro Médico San Martín, con 79 camas, presta servicios de cirugía general. Los casos complejos se derivan a Curazao. El Centro Médico Beatrix Medical, con 20 camas y situado en San Eustaquio, y la Clínica Saba, con 14 camas y situada en Saba, son instituciones muy bien equipadas que proporcionan primeros auxilios. Los casos de cirugía son trasladados a San Martín. El Parque Marino de Saba también tiene una cámara de descompresión.

Recursos humanos

En octubre de 2001 había 333 médicos en ejercicio en las cinco islas, de los cuales 138 eran médicos generales que estaban razonablemente distribuidos. Se contaba con 216 paramédicos, 47 farmacéuticos y 9 parteras, cuya distribución era también razonablemente proporcionada. Sin embargo, había una distribución desproporcionada de médicos especializados (143, de los cuales 88% ejercía en Curazao); dentistas en ejercicio (60, 88% en Curazao); enfermeros titulados (676, 87% en Curazao); enfermeros auxiliares (467, 93% en Curazao); asistentes operativos (41, 85% en Curazao), y asistentes anestesiistas (14, 86% en Curazao).

Cooperación técnica y financiera en salud

Algunos de los principales colaboradores internacionales del Ministerio de Salud Pública y Desarrollo Social incluyen varias entidades de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, como el Centro de Epidemiología del Caribe y la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer.

Bibliografía

Arnell F. To be or not to be safe. A study on the determinants that influence the sexual behavior and condom use of the second-

ary school students of Curaçao [Thesis]. Health Science, Department of Health Education and Promotion, Curaçao Medical and Public Health Service, Epidemiology and Research Unit. September 2002–August 2003.

Boas GM. Rapport Quick Scan Kosten Gezondheidszorg, 2003. Curaçao Medical and Public Health Service, Epidemiology and Research Unit. Isolated gastrointestinal pathogens per year, 2007.

Deloitte and Touche. Quick scan of poverty alleviation programs Curaçao and Bonaire. Final report. Netherlands Antilles and Aruba. Version 1. 27 October 2005.

Directie Jeugd-en jongerenontwikkeling. Indicatoren voor probleemgedrag bij jongeren op de Nederlandse Antillen. Jeugdmonitor 2002/2003.

Fuchs G, Grievink L, O'Neil J, van Sonderen E, Gerstenbluth I, Alberts JF. St. Maarten health study; methodology and main results. Curaçao: Foundation for Promotion of International Cooperation and Research in Healthcare (ISOG); 2002.

Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). Tandheelkundig onderzoek Curaçao, 2001.

Grievink L, Fuchs G, O'Neil J, van Sonderen E, Gerstenbluth I, Alberts JF. The Bonaire health study; methodology and main results. 2002. Curaçao: Foundation for Promotion of International Cooperation and Research in Healthcare (ISOG); 2002.

Grievink L, Fuchs G, O'Neil J, van Sonderen E, Gerstenbluth I, Alberts JF. The Saba health study; methodology and main results. Curaçao: Foundation for Promotion of International Cooperation and Research in Healthcare (ISOG); 2002.

Grievink L, Fuchs G, O'Neil J, van Sonderen E, Gerstenbluth I, Alberts JF. The St. Eustatius health study; methodology and main results. Curaçao: Foundation for Promotion of International Cooperation and Research in Healthcare (ISOG); 2002.

Halabi Y. Tuberculosis [PowerPoint presentation], 2007. Epidemiology and Research Unit, Curaçao Medical and Public Health Service.

- Nederlandse Antillen, Centraal Bureau voor de Statistiek. Huishoudens in de Nederlandse Antillen. Publicatiereeks Census 2001.
- Nederlandse Antillen, Centraal Bureau voor de Statistiek. Huishoudens met zorgbehoevende kinderen. Publicatiereeks Census 2001.
- Nederlandse Antillen, Centraal Bureau voor de Statistiek. Modus Statistisch Magazine, Jaargang 7 (1).
- Netherlands Antilles, Bonaire Strategic Plan for HIV/AIDS Prevention 2002–2006.
- Netherlands Antilles, Central Bureau of Statistics. Demography of the Netherlands Antilles: an analysis of demographic variables (Census 2001 publications). CBS; 2005.
- Netherlands Antilles, Central Bureau of Statistics. Fourth Population and Housing Census. Netherlands Antilles 2001. Extended analysis of health and disability. April 2004.
- Netherlands Antilles, Central Bureau of Statistics. Statistical yearbook. Netherlands Antilles 2005. Willemstad (Curaçao): CBS; 2006.
- Netherlands Antilles, Curaçao. National Strategic Prevention Plan HIV/AIDS/STDs 2003–2008.
- Netherlands Antilles, Department of Preventive Health, Section Policy, Epidemiology and Prevention. St. Maarten's Strategisch HIV/AIDS Plan 2001–2005.
- Netherlands Antilles, Ministry of Public Health and Social Development, Directorate of Public Health. National Health Plan. Health sector reform conceptual framework [PowerPoint presentation], 2007.
- Netherlands Antilles, Ministry of Public Health and Social Development, Directorate of Public Health. [PowerPoint presentation]. Valencia, September 2007.
- Netherlands Antilles. (2002) National General Law for the execution of articles 13, 15, 16 and 17 of the Lands Ordinance of the Organization of the National Government, regulating the organization and tasks of the Directorate of Public Health and the Directorate of Social Development of the Ministry of Health and Social Development. 4 January 2002.
- O'Niel J, Gerstenbluth I, Aberts T, Heuvel van de W. Project Ontwikkeling gehandicaptenbeleid Nederlandse Antillen. Hoofdrapport, 2004.
- Organización Panamericana de la Salud. Netherlands Antilles. En: La salud en las Américas. Edición de 2002. Washington, DC: OPS; 2002.
- Pan American Health Organization/Caribbean Epidemiology Center. International evaluation of the Expanded Program of Immunization, Netherlands Antilles. 21 February–7 March 2005.
- United States Embassy in Netherlands Antilles. Available from: http://travel.state.gov/travel/cis_pa_tw/cis/cis_981.htm.
- United States of America, Bureau of Western Hemisphere Affairs. Background note: Netherlands Antilles. September 2006. Available from: <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/22528.htm>.
- United States of America, Centers for Disease Control and Prevention. Traveler's health. Available from: <http://www.cdc.gov/travel>.
- United States of America, Central Intelligence Agency. World factbook. Netherlands Antilles. Available from: <https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/nt.html>.
- Wijk van N, Gerstenbluth I. Statistisch overzicht van de gezondheidszorg Curaçao 1996–2000.
- World Health Organization. International travel and health. Geneva: WHO; 2007. Available from: <http://www.who.int/ith>.

ARGENTINA



La Argentina tiene una extensión de 2.791.810 km² en el continente americano y sostiene derechos de soberanía sobre 969.464 km² en el sector antártico. De norte a sur, la extensión continental es de 3.694 km, y la máxima de este a oeste es de 1.423 km. La longitud de su costa marítima sobre el océano Atlántico es de 4.725 km, y la de fronteras con países limítrofes (Chile, Bolivia, Paraguay, Brasil y Uruguay) es de 9.376 km.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Argentina es una república federal con sistema presidencialista, regida por una Constitución vigente desde 1853 y reformada por última vez en 1994. Los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial son independientes entre sí; el período de gobierno es de cuatro años. El país se divide geográficamente en cinco regiones: Noroeste (NOA), Nordeste (NEA), Cuyo, Centro o Pampeana, y Sur, que agrupan a 24 jurisdicciones (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sede del Gobierno nacional). Cada provincia cuenta con su propia constitución y elige a sus gobernantes.

Determinantes sociales, políticos y económicos

En la segunda mitad de la década de 1990 las transformaciones de la estructura productiva nacional y las sucesivas crisis externas no solo provocaron el aumento del desempleo y la pobreza, sino que condujeron a una creciente desigualdad en la distribución del ingreso de magnitud hasta entonces desconocida. A partir de 1998, como consecuencia de la caída del producto interno bruto (PIB), la pobreza y la desigualdad se profundizaron y la crisis económica que sobrevino llevó, a principios de 2002, a derogar el régimen de convertibilidad y a devaluar el peso argentino. Así, el ingreso anual per cápita pasó de US\$ 7.470 en 2000 a US\$ 3.670 en 2003 y a US\$ 3.580 en 2004 (1). No obstante, la Argentina está situada en el grupo de países con un índice de desarrollo humano (IDH) alto (0,849), que sube paulatinamente desde 1975, año en que dicho índice fue de 0,784 (2).

Los datos sobre pobreza e indigencia entre la población proceden de mediciones efectuadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Las cantidades de hogares y personas bajo la línea de pobreza se obtienen de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) iniciada en 1972, y que desde 2003 realiza trimestralmente el INDEC. La EPH se releva desde 2006 en 31 aglomerados urbanos (28 aglomerados hasta 2005) que incluyen las 23 capitales provinciales, representativos de seis regiones: Metropolitana, Pampeana, Noroeste, Nordeste, Cuyo y Patagónica.

Según los ingresos de los hogares se establece si sus integrantes están en condiciones de satisfacer sus necesidades esenciales alimentarias y no alimentarias. Para ello se utiliza una “canasta básica” de alimentos, bienes y servicios (indumentaria, transporte, educación, salud, etc.) considerados esenciales. Para calcular la proporción de hogares pobres se divide el número de los que no tienen ingresos que superen el valor de la canasta básica total por el total de hogares, y en el caso de la indigencia, la proporción de hogares cuyo ingreso no supera la canasta básica de alimentos, sin servicios ni otros bienes. La población bajo la línea de pobreza extrema (indigencia) aumentó durante la segunda mitad de la década de los noventa a un ritmo moderado: de 7,9% en 1995 a 9,6% en 2000, pero la crisis de 2001, la más profunda en la historia reciente del país y que afectó a las condiciones de vida de amplios sectores de la población, llevó esta cifra a más de 25% en 2002, según estimaciones de la Oficina Regional del Banco Mundial en la Argentina, que define el nivel de pobreza extrema por un ingreso menor de US\$ 1 por persona por día, un nivel inédito en el país. Esta alza del porcentaje de población indigente se debió al aumento de personas y familias sin ingresos, resultado del incremento de la tasa de desocupación, que entre 1990 y 2002 pasó de 6,1% a 21,5%, así como al deterioro del poder adquisitivo de los ya muy bajos salarios de quienes estaban ocupados.

A partir de 2003, y en el marco de un extraordinario superávit en la balanza comercial, el ordenamiento de las cuentas fiscales, la normalización del sistema financiero y la intervención cambiaria consiguieron frenar la dinámica explosiva que había mostrado la economía. Algunos trimestres consecutivos de crecimiento, la reevaluación moderada del peso argentino (\$Arg 2,90 = US\$ 1, en agosto de 2005), la reducción de los niveles de desempleo de 15,4% en el segundo semestre de 2003 a 12,5% en el primer semestre de 2005 (datos de la EPH), y una disminución de la pobreza de 14 puntos porcentuales entre el segundo semestre de 2003 y el segundo semestre de 2005, constituyen signos de mejoría económica. En este período, la pobreza se redujo en ambos sexos y en todos los grupos de edad, y disminuyó más fuertemente la población bajo la línea de indigencia en comparación con la que está bajo la línea de pobreza no indigente (Cuadro 1). La evolución del desempleo y la pobreza señala una mejoría que

CUADRO 1. Población de los 28 aglomerados urbanos según condición de pobreza, sexo y grupos de edad, Argentina, segundos semestres de 2003 y 2005.

Sexo y condición de pobreza	Grupos de edad									
	Total		0 a 13 años		14 a 22 años		23 a 64 años		65 años y más	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
Total (en miles)	23.163	23.410	5.870	5.553	3.585	3.669	11.054	11.735	2.654	2.453
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
No pobre	52,2	66,2	36,6	50,5	42,2	58,1	58,3	72,3	74,4	84,4
Pobre	47,8	33,8	63,4	49,5	57,8	41,9	41,7	27,7	25,6	15,6
No indigente	27,3	21,7	33,4	29,0	31,9	26,8	25,0	18,6	17,4	12,1
Indigente	20,5	12,2	30,1	20,5	25,9	15,1	16,7	9,1	8,2	3,6
Mujeres (en miles)	12.213	12.314	2.892	2.752	1.768	1.845	5.942	6.225	1.611	1.492
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
No pobre	53,5	66,8	37,0	49,8	44,3	59,8	58,4	72,0	75,2	85,5
Pobre	46,5	33,2	63,0	50,2	55,7	40,2	41,6	28,0	24,8	14,5
No indigente	26,5	21,1	33,0	28,8	31,0	25,8	24,7	18,6	16,6	11,2
Indigente	19,9	12,1	29,9	21,4	24,7	14,4	16,9	9,4	8,1	3,3
Varones (en miles)	10.950	11.096	2.978	2.801	1.817	1.824	5.113	5.510	1.043	961
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
No pobre	50,6	65,4	36,1	51,3	40,2	56,4	58,2	72,6	73,1	82,6
Pobre	49,4	34,6	63,9	48,7	59,8	43,6	41,8	27,4	26,9	17,4
No indigente	28,2	22,3	33,7	29,1	32,6	27,7	25,3	18,6	18,6	13,4
Indigente	21,2	12,3	30,2	19,6	27,2	15,9	16,5	8,8	8,4	4,0

Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares.

está en fase de consolidación si se tiene en cuenta la tasa de crecimiento del país, que se sitúa en torno a 9% anual.

En el país, la pobreza y la indigencia se distribuyen en forma muy desigual con disparidades entre las provincias y dentro de ellas que ponen de manifiesto condiciones básicas de vida muy diferentes en cuanto a la protección de los derechos sociales y económicos de los argentinos. Dos regiones del país (NEA y NOA) presentan tasas de pobreza en los conglomerados urbanos muy superiores al promedio nacional (Figura 1), tanto en lo que se refiere a los hogares como a las personas.

Un componente fundamental del deterioro social, que tiene relativa independencia de la evolución de la pobreza e indigencia, es la desigualdad en la distribución del ingreso. En el primer trimestre de 2006, el INDEC comenzó a publicar datos del ingreso per cápita familiar (es decir, el promedio de ingreso por persona del hogar). Los resultados indican que 20% de la población puede gastar entre 0 y \$Arg 140 (US\$ 45) al mes. El 10% más pobre de la población tendría un ingreso promedio de \$Arg 50 (US\$ 16) y el 10% más rico de \$Arg 1.823 (US\$ 590), lo que supone una brecha de ingreso de 36, medida de desigualdad que resulta de dividir el ingreso del decil más rico (10% de la población) por el del decil más pobre. El cuadro 2 presenta la evolución de la brecha de ingresos en el período 2003-2005.

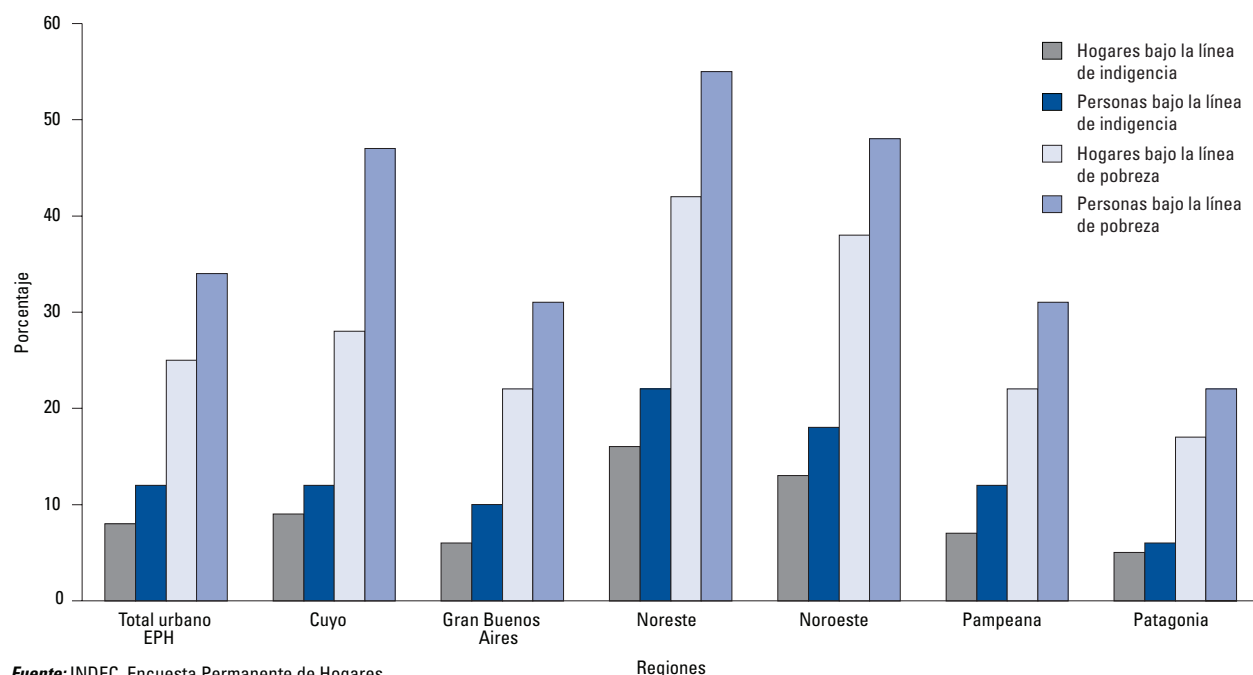
De acuerdo con una investigación realizada por el Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (CEDLAS) de la Universidad Nacional de La Plata, entre 1992 y 2005 se observó un crecimiento del coeficiente de Gini del ingreso per cápita familiar, que pasó de 0,45 a 0,50, según datos del primer semestre de

2005, en tanto que la participación del quintil más pobre en el conjunto del ingreso nacional bajó, en el mismo período, de 4,8% a 3,1%, y la del quintil más rico aumentó de 50,6% a 54,7% (3). Teniendo en cuenta estas dos medidas en un contexto de mejoría de los porcentajes de pobreza e indigencia, se puede concluir que la desigualdad es una de las cuestiones sociales más importantes que quedan por resolver.

A partir de 2003 el gobierno colocó la política de derechos humanos en un lugar central de la agenda de trabajo. Así, se encaró la anulación de las leyes de impunidad, la creación de la Unidad de Investigación en el ámbito de la Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad, la apertura del Espacio de la Memoria, en lo que fuera la sede de la Escuela de Mecánica de la Armada (ESMA), y se dio un nuevo impulso a las investigaciones sobre la suerte corrida por los miles de desaparecidos víctimas del terrorismo de Estado. No obstante, persisten en el país situaciones que afectan a los derechos humanos de grupos específicos de población, como los niños y jóvenes infractores de la ley penal, los pacientes psiquiátricos institucionalizados, así como casos de explotación infantil y denuncias de tortura y otros malos tratos de personas detenidas en comisarías o establecimientos penitenciarios.

El país ha mostrado avances en cuanto a la igualdad de género. A nivel institucional se destaca la incorporación de todos los tratados de derechos humanos a la Constitución Nacional, entre los que se cuenta la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, según su sigla en inglés); en 2006 el Congreso Nacional aprobó el Protocolo Facultativo de este tratado, por el cual las mujeres ar-

FIGURA 1. Incidencia de la pobreza e indigencia en el total urbano EPH y por región estadística, Argentina, segundo semestre de 2005.



Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares.

gentinas podrán reclamar internacionalmente el efectivo cumplimiento de sus derechos ante un organismo imparcial conformado por expertos. También en 2006 el Congreso Nacional sancionó la Ley N° 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica y la Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral. La Ley Nacional de Cupo N° 24.012/91 permitió incrementar la presencia de mujeres en cargos electivos en el ámbito del Poder Legislativo, que pasó de 1,4% en 1998 en la Cámara de Senadores de la Nación a 34,7% en 2001 y a 41,7% en 2003. Asimismo, la mayoría de las provincias han aprobado a su vez leyes locales que recogen los aspectos sustanciales de la ley nacional; así, la participación femenina en las legislaturas provinciales pasó de 22,2% en 2000 a 26,6% en 2004.

El gobierno reiteró en octubre de 2003 el compromiso de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Tras un comienzo lento, marcado por reestructuraciones de la unidad gubernamental encargada de coordinar los ODM, el gobierno concluyó en 2005 un informe de evaluación del proceso y redefini-

ción de algunas metas. Mientras tanto, se priorizaron los diferentes objetivos a nivel sectorial; así, por ejemplo, los ODM 5 (mejorar la salud materna), 6 (combatir el VIH/sida y otras enfermedades), 7 (garantizar la sostenibilidad del medio ambiente) y 8 (crear una alianza mundial) están plenamente identificados tanto en la agenda del Ministerio de Salud como en el Plan Federal de Salud 2004-2007. Por otra parte, surgió interés por los ODM a nivel subnacional, y provincias como Tucumán, Mendoza, La Rioja y San Juan fijaron sus propias metas para alcanzar los ODM, o están en proceso de hacerlo (Cuadro 3).

El país se encuentra próximo a dar cumplimiento al ODM 2 (lograr la educación primaria universal), como lo expresan la tasa neta de escolarización en la escuela primaria (98,1%), la de supervivencia en el quinto año/grado (90,7%), y la de alfabetización de las personas de 15 a 24 años de edad (98,9) (4). Según el INDEC (censos 1991 y 2001), la proporción de población analfabeta disminuyó de 3,7% en 1991 a 2,6% en 2001, con igual

CUADRO 2. Brechas de ingresos por medianas y promedios del ingreso per cápita familiar, total de 28 conglomerados urbanos (trimestres sin aguinaldo), Argentina, 2003-2005.

	2003		2004		2005	
	Trim. 4	Trim. 2	Trim. 4	Trim. 2	Trim. 4	Trim. 2
Mediana del 10° decil / Mediana del 1er. decil	31	29	27	27	24	24
Promedio del 10° decil / Promedio del 1er. decil	47	41	38	37	32	32

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares.

CUADRO 3. Objetivos de Desarrollo del Milenio seleccionados: indicadores y metas, Argentina, 2007, 2011 y 2015.

Indicador	Dato de referencia		Último dato disponible		Metas		
	Año	Valor	Año	Valor	2007	2011	2015
Mejorar la salud materna (ODM 5) TMM por 100.000 n.v.	1990	52,0	2004	40	3,7		1,3
% de nacidos vivos asistidos por médico o partera	1990	96,9	2004	99,0	99,0		99,0
Coefficiente de Gini para la TMM	1990	0,346	2004	0,303	0,344		0,311
Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6)							
Tasa de prevalencia de VIH en embarazadas entre 15 y 24 años (%)	2000	0,64	2003	0,39	0,35		0,32
Tasa de prevalencia de uso de preservativos en jóvenes de 15 a 24 años (%)			2003	61,0	67,0		75,0
Tasa de mortalidad por VIH/Sida (por 100.000 hbts.)	1990	0,9	2003	4,2	3,8		3,5
Tasa de incidencia de VIH/Sida (por 100.000 hbts.)	1990	17,0	2003	49	42,0		37,0
Tasa de morbilidad por TB (por 100.000 hbts.)	1990	38,1	2003	32,0			23,1
Tasa de mortalidad por TB (por 100.000 hbts.)	1990	4,26	2003	2,4	2,1		1,21
% de casos de TB detectados y curados con TAES	1989	64,6	2003	77,6	82,0		90,0
Tasa de mortalidad por paludismo (por 100.000 hbts.)	1990	0,0	2004	0,0	0,0		0,0
% de pob. de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prev. y tto.	1990	100,0	2004	100,0	100,0		100,0
Índice parasitario anual (por 1.000 hbts.)	1990	0,765	2004	0,057	< 0,1		< 0,1
% de provincias endémicas que certificaron la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas	2001	21,1	2004	26,3	42,1		100,0
Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente (ODM 7)							
Superficie cubierta con bosque nativo (%)			2002	11,60	11,2	11,3	
Superficie total del territorio protegido para mantener la biodiversidad (%)			2003	6,30	7,3	8,3	> 10
Toneladas equivalentes de petróleo para generar US\$ 1.000 del PIB			2003	0,2	0,2	0,2	—
Participación de las fuentes renovables en la OTEP (%)			2003	9,90	9,9	> 10	> 10
Población con acceso a agua potable de red pública (%)					80,8	82,4	> 84
Población con desagües cloacales (%)					47,9	51,5	> 55
Hogares en vivienda deficitaria en situación de tenencia irregular (%)			2005	6,4	5,6	4,8	3,9

porcentaje en hombres y mujeres, pero todavía existen importantes brechas en este indicador entre provincias. Así, las del nordeste (el Chaco, Formosa, Corrientes y Misiones) superan el 6% de personas analfabetas. Entre los mayores de 64 años el analfabetismo en el país alcanza 6,2%, porcentaje que se triplica en las provincias antes citadas (20,2%, 20,7%, 18,8% y 16,3% respectivamente), y aparece una brecha de 2 a 3 puntos porcentuales entre mujeres y hombres, favorable a estos últimos.

En 2001, aproximadamente 6% de la población total había alcanzado el grado universitario completo, dos puntos porcentuales más que en 1991. Si se considera la población mayor de 15 años, los hombres presentan mejores porcentajes en los niveles educativos medios o bajos (primario incompleto, completo y secundario incompleto), mientras que las mujeres superan a los hombres en el porcentaje de secundario completo, universitario incompleto y completo. Según datos del Censo Nacional de Población 2001 elaborados por la Dirección de Estadísticas Sectoriales del INDEC, 8,7% de la población mayor de 15 años alcanzó el nivel universitario completo (7,0% de los hombres y 10,3% de las mujeres). A juzgar por los datos de la EPH, en el segundo semestre de 2004 y solamente referido a los conglomerados urba-

nos, se observó mayor equilibrio en el nivel educativo entre hombres y mujeres, a excepción del universitario completo, que mantuvo la diferencia de 3 puntos porcentuales a favor de las mujeres. Datos de la Dirección de Estadísticas Sectoriales del INDEC basados en el Censo Nacional Docente 2004 del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación, señalan que el número de docentes que trabajaban en establecimientos de educación formal en 2004 alcanzó la cifra de 821.726, es decir, 25,3% más que en 1994. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005 indicó que 32,2% de los 311.000 hogares encuestados recibían algún tipo de ayuda alimentaria, con extremos entre 0,1% en la Provincia de San Luis y 50,3% en el Chaco.

De los hogares registrados en el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001, 96,6% utilizaban agua corriente de red, de los cuales 84,1% contaban con agua de red dentro de la vivienda y el restante 12,5% disponía de agua de red dentro de los límites de su terreno. La falta de abastecimiento de agua segura es preocupante en todo el territorio: aun en el Área Metropolitana de la Provincia de Buenos Aires se observan grandes deficiencias (5), no solo en zonas marginales sino también en áreas residenciales en las que todavía no se dispone de red pública de agua o,

cuando esta existe, no se asegura su calidad sanitaria. Es el caso del alto contenido de nitratos en el agua de red, cuyo consumo no se aconseja para lactantes, niños y mujeres embarazadas. Asimismo, la presencia de diversas sustancias tóxicas en las napas de agua utilizadas para el consumo humano agrava el problema en algunas localidades, por ejemplo, la contaminación por arsénico, cuya ingesta continua puede dar lugar a hidroarsenicismo crónico regional endémico (HACRE). Se ha determinado que 34% de los habitantes de la Provincia del Chaco se encuentran en riesgo de hidroarsenicismo, en La Pampa 45%, en San Luis 34,5%, en Santiago del Estero 24% y en Santa Fe 26,5% (6).

La tasa de delincuencia (que incluye cualquier tipo de delito: contra las personas, la integridad sexual, la propiedad, la libertad, el Estado y la comunidad, contra la Ley de Estupefacientes y leyes especiales) mostró tendencia ascendente en la última década, si bien se observó un descenso en 2003 respecto de 2002 (350,2 por 10.000 frente a 369,7 por 10.000), según la Dirección Nacional de Política Criminal del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. La misma fuente indicó que la población alojada en institutos carcelarios ha venido aumentando regularmente desde 1999 y llegó a 9.246 personas en 2003; sin embargo, el informe de 2005 de Amnistía Internacional señala una población reclusa de 62.500 personas, que se encontrarían en grave situación de hacinamiento.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La población de la Argentina proyectada para 2005 era de 38.592.150 habitantes. La tasa de crecimiento ha venido disminuyendo en forma sostenida en los últimos quinquenios: 1,3% en 1990–1995, 1,1% en 1995–2000 y 0,9% en 2000–2005. En estos dos últimos quinquenios se negativizó la tasa de migración neta (0,06% y 0,05% respectivamente). Entre 1980 y 2005 se observa un paulatino proceso de envejecimiento de la población: el índice de envejecimiento (población mayor de 65 años dividida por la población menor de 15 años, multiplicada por 100) pasó de 26,6 a 37,9, y el índice de Fritz (población de 0 a 19 años dividida por la de 30 a 49 años, multiplicada por 100) bajó de 161 a 143. Por lo tanto, la estructura poblacional del país ha cambiado, y ahora la población madura ha aumentado en relación con la población joven; sin embargo, la estructura de la población activa (la población de 40 a 64 años dividida por la población de 15 a 39, multiplicada por 100) era más joven en 2005 que en 1980 (índices de estructura de población activa de 63,5 y 67,2 respectivamente)¹.

La tasa de natalidad anual media por 1.000 habitantes ha venido descendiendo en forma sostenida desde el quinquenio 1980–1985 (23,1) hasta el quinquenio 2000–2005 (18,0), y se estima que esta tendencia se mantendrá al menos hasta el quinquenio 2010–2015. Igualmente, la tasa de mortalidad general por 1.000 habitantes experimentó una ligera disminución desde

1980–1985 (8,5) hasta 2000–2005 (7,9). El promedio de hijos por mujer descendió de 3,2 en el quinquenio 1980–1985 a 2,4 en el quinquenio 2000–2005, mientras que la tasa general de fecundidad pasó de 97,0 a 72,2 por cada 1.000 mujeres en el mismo período. Se estima que en el quinquenio 2010–2015 el número de hijos por mujer descenderá a 2,2 y la tasa general de fecundidad se situará en torno a 66 por cada 1.000 mujeres.

La esperanza de vida al nacer aumentó en los últimos 25 años. En el quinquenio 1980–1985 fue de 70,2 años (66,8 para los hombres y 73,7 para las mujeres) mientras que en el quinquenio 2000–2005 alcanzó una media de 74,3 (70,6 para los hombres y 78,1 para las mujeres).

En el período 2001–2005, la Capital Federal y las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, La Pampa, La Rioja, Neuquén, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz y Tierra de Fuego, fueron receptoras de emigración interna. En el mismo período, el saldo migratorio internacional fue de –70.000 hombres y –30.000 mujeres. En el censo de 2001 constaron 1.531.940 extranjeros empadronados en la Argentina (699.555 hombres y 832.385 mujeres). Más de 900.000 provenían de países limítrofes, gran parte de ellos (325.046) de Paraguay, seguido de Bolivia (233.464). De Europa se destacó la inmigración italiana y española, si bien responde a un proceso antiguo, ya que la mayoría supera los 65 años. Según datos del INDEC correspondientes a 2005, los pueblos indígenas con mayor población son el mapuche en la Patagonia, el kolla en Jujuy y Salta, el toba en el Chaco, Formosa y Santa Fe y el wichi en el Chaco, Formosa y Salta. Estos cuatro pueblos representan 53% de las 402.921 personas incluidas en la encuesta nacional. El resto de la población se repartió en otros 17 pueblos indígenas. En 2,8% de los hogares del país, al menos uno de sus miembros se reconoce como perteneciente o descendiente de un pueblo indígena.

Las tasas de mortalidad general ajustadas por edad son ligeramente superiores en las regiones más deprimidas del país, sobre todo en las mujeres. Las tasas ajustadas de mortalidad por tumores son más elevadas en las provincias y regiones con mejor nivel socioeconómico, situación que se invierte al observar la mortalidad por enfermedades infecciosas. Al analizar la razón estandarizada de mortalidad del período 1999–2001 se observaron razones elevadas estadísticamente significativas en los departamentos del NEA para enfermedades infecciosas y causas externas en ambos sexos, y para cáncer de útero en mujeres, mientras que los tumores tienen razones estadísticamente significativas altas en algunos departamentos de las provincias de Buenos Aires y Entre Ríos, y el suicidio en departamentos del centro y sur del país (7).

En 2004 la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio fue de 247,2 por 100.000 habitantes en hombres y de 229,0 por 100.000 en mujeres. Llama la atención el descenso brusco de las enfermedades cardiovasculares entre 1990 y 2004 y el ascenso de la mortalidad en el grupo “otras causas”. Expertos nacionales consultados coinciden en que si bien se observa un descenso de la mortalidad real por enfermedades cardiovasculares, gran parte

¹Los datos básicos de toda esta sección tienen como fuente al INDEC; los índices demográficos presentados son de elaboración propia, basados en aquellos.

CUADRO 4. Mortalidad por grandes grupos de causas, Argentina, 2004.

	Total		Grupo de edad									
			0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 59		60 y más	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Enfermedades del sistema circulatorio	90.993	31%	171	1%	37	4%	179	6%	11.798	22%	78.660	35%
Tumores malignos	54.956	19%	126	1%	126	15%	298	9%	13.558	25%	40.742	18%
Causas externas	18.094	6%	803	7%	320	39%	1 851	57%	9.757	18%	5.273	2%
Enfermedades infecciosas	13.343	5%	536	4%	51	6%	114	4%	3.241	6%	9.364	4%
Perinatales	5.538	2%	5 538	45%	—	—	—	—	—	—	—	—
Resto	89.374	30%	4 367	36%	262	32%	685	21%	12.024	22%	71.834	32%
Mal definidas	21.753	7%	681	6%	35	4%	122	4%	3.408	6%	17.394	8%

de esta diferencia obedecería a un cambio del hábito en la certificación médica que estaría incrementando la certificación de rutina de insuficiencia respiratoria, incluida en este informe en “resto de causas”. Esta práctica estaría enmascarando un volumen importante de causas mal definidas, problema que están abordando las autoridades de salud (Cuadro 4).

La tasa de mortalidad por tumores malignos se mantuvo estable tanto en hombres como en mujeres, según se verifica al comparar la tasa de 2004 con la de 1990. Las tasas de defunción por causas externas disminuyeron en ambos sexos en 2004 respecto de 1990, sin embargo, la mortalidad por enfermedades infecciosas aumentó en ese período. La mortalidad por afecciones originadas en el período perinatal se redujo prácticamente a la mitad entre esos dos años. El agrupamiento del resto de causas sí mostró un aumento en ese período, al igual que las mal definidas. La principal causa de mortalidad en el período 2002–2004 fue la insuficiencia cardíaca, seguida de la enfermedad isquémica del corazón en los hombres y las enfermedades cerebrovasculares en las mujeres. Las dos causas que ocasionaron mayor cantidad de años potenciales de vida perdidos (APVP) fueron las causas perinatales y las anomalías congénitas en ambos sexos. La tercera causa en hombres fueron los accidentes de tránsito, y en mujeres las enfermedades cerebrovasculares.

En un informe de un grupo de trabajo sobre la mortalidad —sujeto a revisión y aún no publicado—, se analizó la velocidad de cambio de los años potenciales de vida perdidos (APVP) entre 0 y 75 años para el período 1997–2003. En hombres, los APVP por enfermedad isquémica del corazón e insuficiencia cardíaca disminuyeron a razón de 4,3% y 6,2% anual, respectivamente. Se ha observado un aumento general de la mortalidad por septicemia, diabetes, infecciones respiratorias agudas, enfermedades del sistema urinario y, especialmente, por lesiones autoinfligidas (7,2% anual) y agresiones (5,7% anual). En las mujeres los APVP por tumores malignos de mama y útero disminuyeron 2,5% y 3,6% anual respectivamente. En ambos sexos, los APVP por desnutrición disminuyeron a un ritmo superior a 3% anual.

Las principales amenazas, ya sea naturales o causadas por el hombre, a las que el país se encuentra expuesto son: inundaciones (75%), tempestades (15,9%), incendios urbanos (7,4%), nevadas (5,2%) e incendios forestales o de vegetación (3,8%), además de los riesgos de terremotos, volcanes y desastres tecnológicos. Las inundaciones más importantes tienen lugar en la Cuenca del Plata, que incluye los ríos Paraná, Paraguay, Iguazú, Uruguay y sus afluentes principales y emisarios menores, y afectan a las provincias de Misiones, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, el Chaco y Santa Fe, y en la llanura pampeana, donde afectan a las provincias de Buenos Aires, La Pampa, sur de Santa Fe y sur de Córdoba.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Este grupo comprende 3.349.278 habitantes y representa 9,2% de la población del país. Entre 1990 y 2004, la mortalidad infantil descendió 43,8%. Aunque el peso de las muertes por causas evitables ha disminuido, todavía explicaban en el año 2000 casi dos de cada tres muertes infantiles. En 2003, 53% de las muertes infantiles se debieron a afecciones originadas en el período perinatal, 22% a malformaciones congénitas, 10% a afecciones del sistema respiratorio, 5% a enfermedades infecciosas y parasitarias y 3% a accidentes. En 2004, 57% de la mortalidad posneonatal era evitable mediante prevención y tratamiento adecuado, y 56% de la mortalidad neonatal por medio de diagnóstico y tratamiento oportuno durante el embarazo y el parto, y al recién nacido. En este mismo año se observaron diferencias entre provincias que van desde tasas de mortalidad infantil de 25,1 por 1.000 nacidos vivos en Formosa ó 21,8 en Catamarca, situadas en el NEA y NOA respectivamente, hasta 4,1 en Tierra de Fuego u 8,7 en la Capital Federal (8). El NEA es la región que presentó la tasa de mortalidad infantil más elevada en 2004 (20,0 por 1.000 nacidos vivos) y la región Patagonia la más baja (12,2 por 1.000 nacidos vivos). La

desigualdad en la distribución provincial de la mortalidad infantil, medida con el coeficiente de Gini, aumentó entre 1990 y 2002, y disminuyó nuevamente a partir de 2002. Un estudio clasificó la tendencia de la mortalidad infantil a nivel departamental en el período 1994–2003 en cinco categorías: marcadamente descendente, moderadamente descendente, indefinida, moderadamente creciente y marcadamente creciente (9). Se observan brechas mucho más importantes si se analiza la mortalidad infantil por nivel educativo de la madre. En efecto, en el trienio 2002–2004 el riesgo relativo de los nacidos vivos de madres analfabetas en comparación con los nacidos de madres con carrera universitaria completa fue de 15,1 (tasa de mortalidad infantil de 97,6 por 1.000 nacidos vivos en madres analfabetas y de 6,5 por 1.000 nacidos vivos en madres universitarias). Sobre la base de los datos ofrecidos por la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud, del Ministerio de Salud, se puede concluir que para el trienio 1995–1997 el riesgo relativo entre estos dos grupos fue de 10. El coeficiente de concentración en 2004, utilizando como variable socioeconómica el porcentaje de necesidades básicas insatisfechas (NBI), fue de $-0,103$.

En el país se mantiene para la mortalidad infantil la meta de los ODM fijada internacionalmente (en 2015 caída de las dos terceras partes de la tasa de 1990), y se considera la posibilidad de alcanzarla antes de ese año. En agosto de 2006 se publicó la tasa de mortalidad infantil de 2005 (13,3 por 1.000 nacidos vivos), que muestra un acercamiento hacia la consecución de esa meta.

También en los últimos 15 años se observó una reducción en la mortalidad de menores de 5 años que, entre 1990 y 2004, pasó de 29,6 defunciones por 1.000 nacidos vivos a 16,6 por 1.000 (o de 622,5 por 100.000 habitantes a 365,9 por 100.000 habitantes). En este caso, como en el anterior, el coeficiente de Gini mostró un aumento de la desigualdad entre las jurisdicciones, al pasar de 0,113 en 1990 a 0,132 en 2002, mientras que en 2003 fue de 0,120, lo que indica una ligera disminución. El gobierno asumió una meta adicional al firmar los ODM: la reducción de 10% de la desigualdad entre provincias en cuanto a la mortalidad infantil y en los menores de 5 años entre 1990 y 2015, medida con el coeficiente de Gini.

En 2004, las afecciones de origen perinatal y las anomalías congénitas ocasionaron 53% y 22% respectivamente de las defunciones en este grupo de edad, mientras que la influenza y neumonía fueron responsables de 4,0% y 4,2% respectivamente.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Este grupo de población, según el censo 2001, estaba integrado por 3.471.217 habitantes (9,6% de la población total). En 2004 se produjeron 831 defunciones en niños de 5 a 9 años, lo que supone una tasa específica de 23,9 por 100.000 habitantes, muy inferior a la de 1990, que fue de 33,5 por 100.000. Las causas externas siguen siendo la causa más común de defunción, con 38,5% de todas las causas, porcentaje que en hombres alcanzó

43,1%. Los accidentes de transporte fueron la causa más importante de muerte en este grupo, tanto en mujeres como en varones, seguidos de las malformaciones congénitas en las niñas y las neoplasias malignas del tejido linfático en los varones.

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

El grupo de 10 a 14 años estaba constituido en 2001 por 3.427.200 habitantes y el de 15 a 19 años por 3.188.304 (9,5% y 8,8% de la población total, respectivamente). Ese año se registraron un total de 3.249 defunciones (1.003 en el grupo de 10 a 14 años y 2.246 en el de 15 a 19 años), con tasas específicas de 0,29 y 0,67, respectivamente, y una razón hombre/mujer de 2,1:1. En el grupo de 10 a 14 años las causas externas ocasionaron 40,7% del total de defunciones, porcentaje que llegó a 63,5% en el grupo de 15 a 19 años. El suicidio alcanzó una tasa de 16,65 por 100.000 habitantes en el grupo de varones de 15 a 19 años. Para el grupo en su conjunto (10 a 19 años), en el período 2002–2004, la primera causa de muerte en hombres fueron los homicidios, y en mujeres, los accidentes de tránsito; la segunda causa en ambos sexos fue el suicidio. A diciembre de 2005 había 1.671 casos de VIH/sida registrados en el país en personas de 13 a 19 años, con una razón hombre/mujer de 1,96:1 en diagnosticados de sida y de 0,8:1 en VIH positivos.

La prevalencia de vida de consumo de bebidas alcohólicas en jóvenes de 12 a 15 años en 2004 fue de 38,7%, y de consumo de tabaco, 11,2%. En cuanto al uso de sustancias ilícitas, la prevalencia fue de 0,8%; la marihuana ocupó un lugar destacado en las preferencias de los jóvenes que consumen este tipo de sustancias (0,6%). La prevalencia en el año anterior al momento de la encuesta fue de 34,0% para el alcohol, 8,7% para el tabaco y 0,7% para las sustancias ilícitas. En lo que atañe al consumo durante el último mes antes de la encuesta, estos porcentajes fueron de 15,2%, 6,4% y 0,2% respectivamente (10).

De los adolescentes de 14 a 19 años de edad, 61,4% manifestaron haber tenido relaciones sexuales al menos una vez en la vida (68,4% de los hombres y 54% de las mujeres). La media, mediana y moda de edad de la primera relación es de 15 años (15,1 en las mujeres y 14,8 en los hombres). El 73,3% de los adolescentes utilizaron preservativo en la primera relación (11).

En 2004, se produjeron cinco defunciones en adolescentes de 10 a 14 años por problemas relacionados con el parto y 24 en el grupo de 15 a 19 años; el número de nacidos vivos de madres de 10 a 14 años fue de 2.629 y de 103.809 en el grupo de 15 a 19 años. De los nacidos vivos en 2004, 14,6% tenían madres menores de 20 años.

Salud de los adultos (20–59 años)

En 2001, el grupo de 25 a 59 años de edad estaba constituido por 17.952.174 habitantes (49,5% de la población total). Entre 1990 y 2004 se produjo un descenso en las tasas de mortalidad

por tumores en hombres y mujeres de estas edades, y un aumento de la mortalidad por enfermedades infecciosas. La primera causa de muerte en hombres en el período 2002–2004 fue la enfermedad isquémica del corazón y, en mujeres, la neoplasia maligna de mama; la segunda causa en ambos sexos fueron las enfermedades cerebrovasculares. En 2005, de las mujeres de 18 a 59 años con NBI, 72,7% tenían solamente cobertura pública de servicios de salud, mientras que en los hombres el porcentaje correspondiente fue de 67,8%. De las mujeres sin instrucción, 68,5% tenían solo cobertura pública de servicios de salud, frente a 9,8% en las mujeres que habían finalizado sus estudios universitarios; en los hombres los porcentajes fueron 64,8% y 9,6%, respectivamente. Las mujeres pobres (con NBI), si bien tienen una prevalencia de tabaquismo prácticamente igual que las que tienen satisfechas sus necesidades básicas (30,4% y 29,4%), presentan un porcentaje de abandono del tabaco mucho menor (7,9% y 13,9%); esta diferencia se acentúa si se compara la proporción de ex fumadoras entre mujeres sin instrucción (4,3%) y universitarias tituladas (17,3%). Sin embargo, en los hombres la proporción de fumadores entre los pobres (48,1%) es mayor que entre los que tienen cubiertas las necesidades básicas (37,5%). En ambos grupos, las proporciones de ex fumadores fueron de 15,1% y 17,6%, respectivamente. Entre los varones se mantiene la importante diferencia en la proporción de ex fumadores según el nivel educativo (13,0% en los carentes de instrucción y 23,8% en los universitarios titulados). Solamente 19,6% de las mujeres más pobres se habían realizado alguna vez una mamografía frente a 44,9% de las que tienen satisfechas sus necesidades básicas. La proporción de mujeres sin instrucción que habían realizado esta prueba fue de 17,5%, frente a 64,4% de las universitarias tituladas. En lo que atañe a la prevención del cáncer cervicouterino, se habían realizado la prueba de Papanicolaou 62,2% de las mujeres con NBI frente a 78,1% de las que tenían satisfechas sus necesidades básicas. El 57,2% de las mujeres sin instrucción se habían realizado algún examen de Papanicolaou mientras que la proporción correspondiente entre las universitarias tituladas alcanzó a 90,8%.

La proporción de mujeres no instruidas que no se cuidan en las relaciones sexuales fue de 39%, mientras que entre las universitarias tituladas fue de 29%. En los varones, el comportamiento respecto a los cuidados en las relaciones sexuales es similar al de las mujeres (28,7% y 26,9% con y sin NBI), pero es marcadamente peor si se considera el nivel educativo (55,4% en los no instruidos y 31,5% en los titulados universitarios) (12).

La mortalidad materna experimentó pocas variaciones en la última década (véase el cuadro 3), y la razón nacional se situó en torno a las 40 defunciones por 100.000 nacidos vivos. No obstante, sí hay diferencias entre las provincias, con valores mucho más elevados en las del NEA y NOA (Corrientes 104, La Rioja 136 y Jujuy 131), mientras que en la Capital Federal fue de 20 en 2004. El coeficiente de Gini fue de 0,303 en este año, lo que indica una marcada desigualdad en la distribución de la mortalidad ma-

terna entre las provincias del país. El coeficiente de concentración en 2004, utilizando como variable socioeconómica el porcentaje de NBI, fue de $-0,234$ (8).

Salud de los adultos mayores (60 y más años)

El porcentaje de personas mayores de 60 años en 2001 era de 13,4% (4.871.957 habitantes), el de mayores de 65 años era de 9,9% y el de mayores de 80 años, 2,1%. Entre 1990 y 2004 aumentó la mortalidad por enfermedades infecciosas y disminuyó la ocasionada por causas externas en ambos sexos. La insuficiencia cardíaca fue la primera causa de muerte en hombres y mujeres; la segunda causa fue la enfermedad isquémica del corazón en hombres y las enfermedades cerebrovasculares en mujeres. La esperanza de vida a los 65 años en hombres era de 14 años y en mujeres de 19 años, mientras que a los 80 años era de cuatro años en hombres y de seis en mujeres.

En 2001, 19,6% de las personas de 65 y más años vivían solas, 44,6% en hogares de familia nuclear (incluye la pareja sola y ambos cónyuges o uno de ellos con hijos solteros), 34,9% en hogares de familia extensos o compuestos y 0,9% en hogares no familiares, categoría que puede contener hogares de acogida de mayores y hogares geriátricos no identificados como tales. En mayo de 2002, 30,3% de los adultos mayores que habitaban en zonas urbanas vivían por debajo de la línea de pobreza. En 2001, 81,3% de la población mayor de 65 años tenía cobertura de salud por obra social, plan médico o mutual. Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles, en 2005, entre las mujeres de más de 60 años con NBI, 52,7% no tenían cobertura de seguridad social, frente a 11,3% en las mujeres sin NBI; 54,4% de las primeras percibían su salud general como regular o mala, frente a 40% de las segundas (12). De los mayores de 65 años residentes en zonas urbanas, 46,6% estaban afiliados al PAMI (institución de seguridad social de los jubilados), 12,5% no tenían ningún tipo de afiliación (ni al PAMI ni a ninguna obra social, seguro prepago o mutual), y el resto estaban protegidos por otras obras sociales o mutuales (combinación de PAMI y obra social o seguro prepago privado). Entre 2001 y 2005 se observó un aumento de la cobertura de salud de uno u otro tipo para los adultos mayores, de 6,2%, si bien en 2001 la información fue censal y en 2005 por encuesta. De este grupo de población, 12,7% requería ayuda de terceros para desarrollar actividades de la vida diaria o actividades instrumentales de la vida diaria (o actividades del día a día como la capacidad de hacer compras, preparación de alimentos, trabajo de casa, habilidad para manejar las finanzas)². En el grupo de 65 a 69 años, 5,4% necesitaba la ayuda de terceros, este porcentaje aumentó a 9,6% en el grupo de 70 a 79 años, y a 30,9% en los mayores de 80.

²Esta capacidad en los adultos mayores se mide con la escala IADL, desarrollada por M.O. Lawton y E.M. Brody, que evalúa el nivel de independencia, dependencia parcial o dependencia total.

Salud de los trabajadores

Las aseguradoras de riesgos del trabajo, encargadas de brindar cobertura médica a los trabajadores, denunciaron 494.847 accidentes en 2004, 19,4% más que en 2003; 83,5% son casos de accidentes en el lugar de trabajo, 0,16% de los accidentes causaron la muerte de la persona afectada (12% más que en 2003). La mayor accidentabilidad corresponde al rubro de la construcción, con un índice de incidencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (II AT/EP) de 165, que expresa la cantidad de trabajadores damnificados por el hecho o en ocasión del trabajo en un período de un año, por cada 1.000; le siguen las industrias manufactureras, con un II AT/EP de 116 y la agricultura, con un II AT/EP de 113; pero si se considera el índice de incidencia de fallecidos (IIf) —que expresa la cantidad de trabajadores damnificados que mueren por el hecho o en ocasión del trabajo en un período de un año, por cada 1 millón de trabajadores cubiertos—, la actividad con mayores muertes corresponde a la minería y canteras (IIf 600,6), seguidas por la construcción (IIf 317,1), y la agricultura (IIf 286,9). El mayor índice de accidentes laborales tiene lugar en la pequeña y mediana empresa (PyME) (13).

Debido a la crisis de 2001, muchos trabajadores formales perdieron su puesto e ingresaron a los circuitos informales, con una variación absoluta de 446.686 trabajadores que salieron del sistema de cobertura de las Aseguradoras de Riesgo del Trabajo (ART) (13). En consecuencia, un alto porcentaje de la población se quedó sin cobertura médica y debió acceder a los servicios de salud pública, que vieron así desbordada su capacidad de atención, crisis que se agravó aún más por la falta de insumos médicos.

De esta crisis, un sector quedó fuertemente establecido: el de los recuperadores urbanos de basura. Las condiciones laborales y sanitarias de este sector, que quedó ubicado fuera de los circuitos formales de los trabajadores, merecen especial atención. En este sentido, es preocupante el alto porcentaje de niños y adolescentes (50% del total de recuperadores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) que trabajan en las ciudades (14) expuestos a agentes infecciosos y a sustancias tóxicas, así como al riesgo sufrir accidentes, cortaduras y afecciones de la piel.

Se estimó que en 2001 trabajaban 4,7% de los niños de 5 a 14 años (6,6% de los varones y 2,9% de las mujeres) y que 3,6% lo hacían con cierta regularidad. Sin embargo, se apreciaron diferencias considerables según edad y sexo: en el grupo de 10 a 14 años trabajaban 7,8% de los niños, mientras que en el de 5 a 9 años, 1,7%; 65% de estos niños ayudaban a sus padres, familiares o vecinos y 35% trabajan en forma independiente del círculo social inmediato. Una de las principales consecuencias del trabajo infantil es la deserción escolar o la repetición de grados. De los niños que trabajaron durante el año, 7,1% no asistieron a la escuela, un porcentaje tres veces mayor que el de los que no trabajaron (2,1%) (4).

Un estudio sobre el comportamiento de los trabajadores sexuales en ciudades argentinas realizado en 2005 (15) indicó que la edad media de inicio en el trabajo era de 20,9 años, la cual se reduce tres años en los hombres y travestis. Las necesidades económicas, junto con la imposibilidad de conseguir otro trabajo, constituyeron las motivaciones mayoritarias para el inicio del trabajo sexual, mientras que, según el estudio mencionado, la necesidad de dinero para adquirir droga no tuvo relevancia entre los motivos de iniciación: 93,8% de los encuestados afirmaron usar siempre preservativo en las relaciones vaginales, 90,3% en las anales y solo 8,5% en las orales. De las personas encuestadas, 88,9% afirmaron haberse realizado alguna vez la prueba de VIH. Este porcentaje disminuyó a 78,4% en los hombres.

Salud de las personas con discapacidad

En el período 2002–2003, 7,1% de la población que vivía en localidades de más de 5.000 habitantes sufría algún tipo de discapacidad y 20,6% de los hogares de estas localidades albergaban al menos una persona con discapacidad. En las regiones de Cuyo (8,9%), Pampeana (7,9%) y NOA (7,6%) el porcentaje de población con discapacidad era superior al promedio nacional. De la población de 65 años y más, 28,3% sufría algún tipo de discapacidad. El 73,9% de las personas discapacitadas estaban afectadas por una sola discapacidad, 20,2% por dos y 5,9% por tres o más. El 32% de las discapacidades eran solo motoras, 14% solo visuales, 12% solo auditivas, y 12% solo mentales. No contaban con cobertura de seguridad social 38,4% de los afectados y apenas 14,6% tenían certificado de discapacidad (16).

Salud de los grupos étnicos

Las estadísticas sanitarias de la Argentina no discriminan la pertenencia étnica y eso impide contar con la información necesaria para realizar un diagnóstico preciso de la situación de salud de la población indígena. El Ministerio de Salud implementó el Programa Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, orientado al desarrollo de acciones específicas basadas en el respeto a la diversidad cultural. Las provincias en las que se ejecuta este programa son el Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta y Tucumán. El programa pretende fortalecer el papel de los agentes sanitarios, promover la creación de un espacio intercultural, sensibilizar a los equipos de salud, favorecer el mejoramiento, cuidado y protección del ambiente, desarrollar acciones de educación para la salud y mejorar la seguridad alimentaria y nutricional, así como coordinar acciones con otros programas ministeriales y organismos (17). El informe sobre la situación del VIH/sida en 2005 incluyó los resultados de un estudio de comportamientos y conocimientos sobre esta enfermedad en los pueblos originarios (18). El VIH se visualiza como un problema “de afuera, de los blancos”; el desconocimiento de la enfermedad y el rechazo al uso del preservativo están generalizados en esta población (19).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Desde 1966 no se registran casos de **fiebre amarilla** en el país, y a partir de 1998 los estudios serológicos realizados en muestras negativas para dengue y otras arbovirosis resultaron negativos para fiebre amarilla. En julio de 2001, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica alertó sobre la existencia de una epizootia iniciada dos meses antes entre monos aulladores, en territorio fronterizo del estado de Rio Grande do Sul, en el Brasil. La presencia de nichos ecológicos bien definidos, la falta de una vigilancia adecuada y las bajas coberturas de vacunación anti-amarilíca, se ponderaron como ejes fundamentales para un escenario de riesgo de fiebre amarilla selvática similar al de 1966. La presencia de índices elevados de *Aedes aegypti* en grandes ciudades cercanas a la frontera acrecentó el riesgo, por la posibilidad de urbanización de la fiebre amarilla. En respuesta, se intensificó la vacunación, lográndose 98,9% de cobertura en las zonas de riesgo. Los índices de infestación por *A. aegypti* se redujeron por debajo de 2% del índice de vivienda en las comunidades en el área de riesgo.

Desde 1997 hasta fines de 2005 se produjeron 2.799 casos de **dengue** y cinco brotes, en los años 1998, 2000, 2002, 2003 y 2004; durante este último año se notificaron 1.522 casos. Las provincias de Salta, Jujuy, Formosa y Misiones notificaron casos autóctonos. La Provincia de Salta contribuyó con 72,5% de los casos en ese período. Los 34 casos notificados en 2005 se consideraron importados de países vecinos. En el período 1998–2004 circularon los serotipos DEN-1, 2 y 3, en 1998 DEN-2, en 2000 y 2002 DEN-1, en 2003 DEN-1, 2 y 3 (en la Provincia de Salta), y en 2004 DEN-3. En abril de 2006 se declaró un brote de dengue en las provincias de Misiones, Formosa, Salta y Jujuy, con casi 300 sospechosos y 56 casos confirmados, concentrados en Puerto Iguazú. Se identificó el serotipo DEN-3.

Con respecto a la **enfermedad de Chagas**, desde el punto de vista del control de la transmisión de *Trypanosoma cruzi* el país presenta realidades muy diferentes que van desde zonas donde se ha alcanzado la interrupción de la transmisión hasta zonas con demostración fehaciente de transmisión vectorial a través de la notificación de casos agudos vectoriales y que requieren enérgicas acciones de control. Se estima que residen en zonas endémicas alrededor de 4.810.000 habitantes, en 962.000 viviendas, localizadas en 19 provincias, aunque concentradas en las zonas periurbanas y rurales. Los sectores más pobres de la población son los más afectados.

Las provincias han sido clasificadas en las siguientes categorías: siete provincias se consideran de alto riesgo (Formosa, Chaco, Santiago del Estero, Córdoba, La Rioja, San Juan y Mendoza), siete de mediano riesgo (Salta, Tucumán, Catamarca, San Luis, Santa Fe, Corrientes y Misiones), cinco de bajo riesgo (Jujuy, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén y Río Negro) en las que se ha cer-

tificado la interrupción de la transmisión vectorial, y el resto solo con riesgo de transmisión no vectorial. En 2004, los índices de infestación por *Triatoma infestans* intradomiciliario en las provincias de alto riesgo variaron de 5% a 26%. Aumentó la cobertura de control en bancos de sangre, hallándose una prevalencia de 3,2% (1%–13%). No se ha logrado optimizar la captación de la embarazada infectada y solo se detectan 15% de los 1.500 recién nacidos por año potencialmente infectados y pasibles de tratamiento. El principal indicador de impacto, la prevalencia en menores de 5 años, medido en 13 provincias, fue de 4,2%. Las metas futuras del programa de control de Chagas pueden verse en el cuadro 3.

En la actualidad la región endémica de **malaria** en el país comprende una zona de mediano riesgo, que abarca los departamentos de Orán y San Martín, en la Provincia de Salta, de unos 28.000 km², con un índice parasitario anual (IPA) inferior a 1%. La zona de bajo riesgo comprende el resto de la Provincia de Salta, Jujuy, Misiones y Corrientes. En 2000 se obtuvieron 440 muestras positivas, 215 en 2001, 125 en 2002, 124 en 2003, 116 en 2004 y 215 en 2005. Entre 50% y 75% de los casos son importados del exterior.

En el marco del Convenio de Cooperación Técnica Bilateral Argentina/Bolivia (ARBOL II), desde 1996 se llevan a cabo acciones de vigilancia y control con personal de la Coordinación Nacional de Control de Vectores en poco más de 140 localidades bolivianas fronterizas. En 2006 se registró un brote en la Provincia de Misiones, en el área de Puerto Iguazú, cercano a la triple frontera con Paraguay y el Brasil. Este brote se produjo simultáneamente con un brote de dengue clásico en la misma localidad. Se detectaron 14 casos de malaria. Las acciones de vigilancia y control realizadas por el programa nacional y provincial incluyeron el control vectorial por medio del rociado espacial de insecticidas, y la búsqueda activa en la población para descubrir casos no detectados por el sistema de salud.

Desde que el **hantavirus** comenzó a identificarse en el país, en 1992, se confirmaron 714 casos. La tendencia de la notificación es ascendente: en 2002 se llegó a 89 casos. En el país se han descrito varios tipos de virus Hanta relacionados con enfermedad en humanos: Andes; tres virus tipo Andes (Hu39694, Lechiguanas y Orán); Laguna Negra-like, y Bermejo. Se han definido tres regiones endémicas: norte (Salta, Jujuy), centro (Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos), y sur (Neuquén, Río Negro y Chubut). El aumento observado es a expensas de la región centro, donde se notificaron 60% de los casos, mientras que las regiones sur y norte se mantienen estables. El comportamiento de las poblaciones de roedores involucrados en cada zona de riesgo produce diferencias en la dinámica de la enfermedad entre las regiones, y eso se refleja en la aparición de casos con una estacionalidad propia de cada región, con aumentos de casos entre los meses de abril y junio para el sur y centro, y entre octubre y diciembre en el norte. Para la captación oportuna de casos se implementó, en una primera etapa en las provincias con casuística, la vigilancia del síndrome febril inespecífico. En 2004 y 2005 se identificaron zonas

nuevas como la costa del río Uruguay (Entre Ríos), el tramo norte del río Paraná en Misiones y la ciudad de Santa Fe.

En el período 1993–2005 se notificaron 1.747 casos de **fiebre hemorrágica argentina** y se confirmaron 641. En 1998 se produjo un pico en las notificaciones para luego iniciarse un descenso continuo hasta 2005, año en que se registró un nuevo aumento. La letalidad original de la fiebre hemorrágica argentina, que superaba 50%, se logró reducir a 30% con la estandarización del tratamiento de sostén, para luego bajar a 2%-12% con la disponibilidad del tratamiento específico (plasma inmune). El desarrollo de la vacuna a virus Junín vivo atenuado (Candid #1), eficaz para prevenir la enfermedad, y su aplicación en la población de más alto riesgo significaron un logro importante en la disminución de la incidencia, que en promedio, comparando períodos de 10 años prevacunales y posvacunales, disminuyó de 9,8 a 2,6 casos por 100.000 habitantes.

En el país, el virus de la **encefalitis de San Luis** se ha reconocido desde 1963. Análisis serológicos retrospectivos realizados en pacientes de la zona templada revelaron la aparición de enfermedades febriles agudas asociadas a este virus en 0,9% a 1,8% de los pacientes estudiados. Entre 2002 y 2004 solo se notificaron siete casos. En enero de 2005 se declaró un brote en la Provincia de Córdoba, con 55 casos (en la capital y Gran Córdoba fundamentalmente) y nueve defunciones. El virus se aisló en un lote de mosquitos *Culex quinquefasciatus* capturados en los peridomicilios de los casos. Durante 2006 se notificaron casos en las provincias de Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos.

Enfermedades inmunoprevenibles

El país continúa libre de **poliomielitis** y **sarampión**. El último caso de poliomielitis por poliovirus salvaje registrado fue en 1984 y el último caso de sarampión se notificó en el año 2000. Los indicadores regionales de vigilancia establecidos por la OPS se cumplen en general de manera satisfactoria y desde 1995 las coberturas de vacunación son superiores a 90%, aunque tanto los indicadores como las coberturas presentan alguna variación entre las provincias. Por ejemplo en 2004 las coberturas para DTP-Hib (difteria, tos ferina, tétanos y *Haemophilus influenzae* tipo b) alcanzaron un promedio nacional de 95,3%, pero dos jurisdicciones (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y San Juan) presentaron coberturas inferiores a 90%. Para la vacuna triple viral (sarampión, rubéola, parotiditis), el promedio del país fue de 100%, pero la Provincia del Chubut obtuvo una cobertura de 88%.

El **tétanos neonatal** ya no constituye un problema de salud pública tal como lo define la OPS (menos de 1 caso por 1.000 nacidos vivos), y los casos de tétanos en todas las edades disminuyeron de 220 en 1980 a 14 en 2005.

Con excepción de la **tos ferina**, prácticamente todas las enfermedades inmunoprevenibles muestran un marcado descenso en los últimos 10 años (1996–2005). Los únicos brotes de estas enfermedades que se han observado en el período 2003–2005 han sido de tos ferina en por lo menos cuatro provincias: Catamarca

y Neuquén en 2004, y Salta y Tucumán en 2005. Las tasas de ataque más altas se registran en el grupo de niños menores de 5 años, y se concentran en los menores de 1 año, aunque también se han notificado casos en adolescentes y adultos.

La vacuna contra la **rubéola** se introdujo en el esquema nacional de vacunación a partir de 1998, con dos dosis de la vacuna triple viral (al año de vida y al ingreso escolar). En 2003 se comenzó a vacunar con vacuna SR (doble viral: sarampión y rubéola) a todas las mujeres después del puerperio o post-aborto inmediato, y a los 11 años a todos los niños sin antecedentes de al menos dos dosis después del año de vida. Las coberturas alcanzadas desde la introducción de la vacuna se sitúan entre 90% y 100%. Con el propósito de eliminar el **síndrome de rubéola congénita** se efectuaría en septiembre y octubre de 2006 una campaña nacional de vacunación antirubeólica dirigida a todas las mujeres de 15 a 39 años, estimadas en 7.400.000, y a hombres en riesgo.

La Argentina está ubicada entre los países de endemidad intermedia con focos de alta endemidad para la **hepatitis A**, por lo que, en 2005, se introdujo la vacuna contra la infección por el virus de la hepatitis A en el esquema nacional de vacunación. Se aplica a todos los niños una sola dosis a los 12 meses de edad. Está prevista una evaluación para medir el impacto de esta estrategia y poder decidir si una segunda dosis es necesaria. Según datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, durante 2004 se notificaron 63.006 casos de hepatitis A y sin especificar (173,8 por 100.000 habitantes). Esto supuso un aumento respecto de 2003 (139 por 100.000 habitantes). En 2004 las regiones del NOA y Cuyo presentaron tasas superiores a la nacional (251 y 201, respectivamente).

Con apoyo de la OPS el país comenzó la vigilancia de **diarreas por rotavirus** en centros centinelas desde 2004. Resultados parciales indican que la enfermedad por rotavirus es un problema importante de salud pública en la Argentina. Se han realizado diversos estudios que analizan la carga de enfermedad por rotavirus en el país (20, 21, 22). La Autoridad Regulatoria Nacional ya registró la vacuna contra rotavirus y se está aplicando desde principios de 2006 en el sector privado, pero todavía no está prevista su incorporación a corto plazo en el esquema nacional.

Enfermedades infecciosas intestinales

Son escasos los datos de prevalencia de **parasitosis intestinales** en el país. Un estudio de 2002 realizado en Santa Fe, en zonas de marginalidad extrema, mostró una prevalencia de ascariasis en escolares superior a 80% (23).

Enfermedades crónicas transmisibles

En general, los casos de **tuberculosis** en todas sus formas han descendido, con 38,1 por 100.000 habitantes en 1990 y 29,1 por 100.000 en 2005. En este mismo año las provincias con tasas de notificación por cada 100.000 habitantes más elevadas fueron Salta (79,4), Jujuy (70,5) y el Chaco (48,2), y las más bajas Mendoza (7,9), San Juan y La Rioja (8,7 en cada caso).

En el bienio 2003–2004 el coeficiente de concentración, utilizando como variable socioeconómica las necesidades básicas insatisfechas (NBI) de los departamentos del país, fue de 0,22. El 20% de la población residente en departamentos con mayor porcentaje de NBI acumuló cerca de 35% de los casos de tuberculosis. En 2005, 85,3% de los casos correspondieron a formas pulmonares, 13,3% afectaron a menores de 15 años y, entre los casos pulmonares en mayores de 15 años, la confirmación bacteriológica fue de 72,6%. En el mismo año se notificaron ocho casos de meningitis tuberculosa en menores de 5 años, de los cuales siete residían en la Provincia de Buenos Aires.

En 2005, 3,9% de las personas con sida estaban co-infectadas con tuberculosis (445 casos de tuberculosis en 11.242 casos de sida), porcentaje muy similar al de 2003 y 2004 e inferior al registrado en 2001, año en que alcanzó el porcentaje más alto, 6,4%. La tasa de mortalidad por tuberculosis se redujo de 3,6 a 2,2 casos por 100.000 habitantes entre 1990 y 2004, lo que significó un descenso de 39,8%. Las provincias con la mayor mortalidad por 100.000 habitantes en el bienio 2003–2004 fueron Jujuy (9,0), Formosa (7,1), y el Chaco (6,1), y las que presentaron tasas de mortalidad menores fueron La Pampa (0,6), La Rioja (0,7) y Neuquén (0,9).

En 2003 se obtuvo información sobre el resultado del tratamiento de 78,5% de los enfermos tuberculosos con baciloscopia positiva. Entre ellos, la tasa de éxito fue de 76,6%, la de abandono 10,8% y la letalidad 6,9%. Hubo cinco jurisdicciones con tasas de abandono superiores al promedio nacional, entre ellas la Provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que concentraron 39% de los casos con baciloscopia positiva evaluados, con tasas de abandono de 14,4% y 12,8%, respectivamente. Las provincias de Formosa, Mendoza y Corrientes tuvieron tasas de abandono de 13,5%, 15,1% y 26,3%, respectivamente. El porcentaje de los enfermos con baciloscopia positiva que recibieron tratamiento acortado estrictamente supervisado -TAES (DOTS por sus siglas en inglés) fue de 57,8%, con un rango entre jurisdicciones comprendido entre 0% y 100%. En ocho jurisdicciones la cobertura de DOTS fue superior a 95%: las cinco de la región Sur (Tierra del Fuego, Santa Cruz, Chubut, Río Negro y Neuquén), el Chaco, Santa Fe y Córdoba. Por otra parte, cuatro jurisdicciones presentaron una cobertura de DOTS inferior a 40%: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Provincia de Buenos Aires, Misiones y Santiago del Estero, con valores de 33,9%, 31,3%, 23,6% y 0%, respectivamente. Los avances hacia las metas de los ODM relacionados con reducción de la tuberculosis pueden observarse en el cuadro 3.

La endemia de **lepra**, distribuida en 12 provincias principalmente del NEA, NOA y Centro, se caracteriza por su moderada magnitud. La tendencia de la detección de casos se estabilizó en la última década entre 450 y 500 casos nuevos por año, y la prevalencia decreció de 0,82 por 10.000 habitantes en 1997 (año que marcó el logro de la meta de eliminación como problema de salud pública) a 0,22 por 10.000 en 2005. En ese año el cociente prevalencia/detección fue de 1,5, mientras que en 1997 era de

5,3. Predominan las formas multibacilares en los mayores de 15 años, y se observó un número decreciente de casos con discapacidad grado 2 al momento del diagnóstico. La estrategia actual, con una prevalencia nacional inferior a 1 por 10.000 habitantes, da prioridad a la búsqueda activa de casos y a la estimación de la prevalencia oculta.

Infecciones respiratorias agudas

Durante el período 1997–2005 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica entre 800.000 y 1.000.000 de casos anuales de **síndrome tipo influenza**. Los años epidémicos fueron 1999, 2003 y 2004, y en ellos aumentaron las internaciones hasta el desborde, especialmente en los hospitales pediátricos. En 2005 se notificaron 959.046 casos de enfermedades tipo influenza, lo que significó una tasa de notificación de 2.644,9 por 100.000 habitantes. En ese mismo año, la vigilancia por laboratorio realizada sobre 22.480 muestras de pacientes con infección respiratoria aguda baja (IRAB) determinó 2,8% de diagnósticos positivos para **influenza A** y 0,5% para **influenza B** y en 2.436 muestras de pacientes con síndrome tipo influenza detectados en las unidades centinela, se obtuvieron 5,6% de FLU A y 1,1% FLU B.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Estimaciones realizadas durante 2005 por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos, Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (PNS) mostraron que aproximadamente 127.000 (valores extremos de 115.000 a 134.000) personas vivían con VIH/sida en la Argentina, de las cuales 60% desconocerían su situación serológica. Desde que se registró el primer caso en el país en 1982 hasta el 31 de diciembre de 2005, se notificaron al PNS un total de 30.496 casos de sida y 32.411 infectados por el VIH. Las principales características de la epidemia son las siguientes: 1) impacta cada vez más en mujeres, lo que incrementa el riesgo de transmisión vertical, y la mayor concentración de casos se presenta en edades sexualmente activas; 2) afecta fundamentalmente a los grupos en edades económicamente activas de ambos sexos, es decir entre los 25 y 34 años; 3) se transmite cada vez más por relaciones heterosexuales (55,6% de los casos en 2004), y 4) afecta a los sectores más pobres y de menor nivel de instrucción. La tasa de incidencia de la infección por el VIH por 100.000 habitantes muestra una tendencia creciente con valores de 1,5 en 1990, 4,03 en 2000, y 10,01 en 2004. La relación hombre/mujer para el sida pasó de 6,5:1 en 1990 a 2,4:1 en 2004; para la infección por el VIH fue de 1,3 hombres por cada mujer en 2004. La mitad de la población con sida tiene entre 25 y 34 años. Los niños menores de 13 años representaron 9,7% del total de casos registrados, y 94,8% de ellos tienen como causa la transmisión vertical. El sida se concentra en los principales núcleos urbanos: Gran Buenos Aires, Rosario, Córdoba y Santa Fe. La tasa de mortalidad por sida en 2004 fue de 3,8 por 100.000 habitantes.

CUADRO 5. Tasas* de sífilis congénita y otras infecciones de transmisión sexual por regiones, Argentina, 2002–2005.

	Sífilis congénita				Otras ITS			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
Centro	0,5	0,8	1,0	0,8	41,0	39,4	33,7	30,0
Cuyo	0,1	0,1	0,6	0,5	29,3	28,6	41,6	23,0
NEA	4,5	4,2	3,2	1,7	236,7	313,0	371,9	339,8
NOA	1,0	0,8	1,3	0,9	287,6	310,8	344,2	274,3
Sur	0,3	0,4	0,2	0,3	44,5	49,8	59,7	66,1
Total país	1,0	1,1	1,2	0,9	86,8	95,7	102,9	88,4

*Las tasas de sífilis congénita se expresan por 1.000 nacidos vivos y las de otras ITS por 100.000 habitantes.

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), Ministerio de Salud.

Con respecto a otras infecciones de transmisión sexual (ITS), en 2002 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica 675 casos de **sífilis** congénita; en 2003, 742 casos, y en 2004 y 2005, 838 y 583, respectivamente, lo que supone tasas entre 0,9 y 1,2 por 1.000 nacidos vivos. Las regiones más afectadas fueron el NOA y el NEA. En esta última, en el período 2002–2005, las tasas fueron 4,5 veces mayores que la tasa global del país; 3,7 veces en 2003, 2,6 veces en 2001 y 2,1 veces en 2005. Se presentan en el cuadro 5 las tasas de sífilis congénita y de otras ITS, por regiones, entre 2002 y 2005.

Zoonosis

Durante 2005 se elaboraron los programas para la prevención de la entrada en el país de la **influenza aviar** y de la **encefalopatía espongiiforme bovina**, y se realizó un simulacro de preparación para la contingencia, en el que participaron instituciones del sector público y privado. Se continúa ejecutando en todo el territorio nacional el programa de control de la **fiebre aftosa**, para mantener la categoría de libre con vacunación. La **rabia animal** sigue siendo un problema endémico en el norte, con casos notificados en perros y en bovinos en las provincias de Jujuy y Salta. En 2005 se notificaron 66 casos de rabia animal a nivel nacional (34 en bovinos, 16 en perros y gatos, ocho en murciélagos y ocho en otros animales).

En abril de 2006, y por primera vez en el país, se declaró un brote en equinos de **virus del Nilo occidental** (VNO) en la Provincia de Entre Ríos. La detección y el diagnóstico de laboratorio fueron rápidos y se activó el sistema de vigilancia. El país cuenta con recursos humanos y de laboratorio para el diagnóstico de infección por este virus.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005, del Ministerio de Salud, casi la mitad de las mujeres del país presentan sobrepeso u obesidad (Cuadro 6). Según un estudio que comprendió a cuatro ciudades del área central del país, entre 22,4% y 30,8% de las personas mayores de 20 años eran obesas, y entre 6,5% y 7,7% de ellas tenían **diabetes mellitus** (24).

Enfermedades cardiovasculares

Diferentes investigaciones sobre la presión arterial mostraron gran variabilidad en cuanto a la prevalencia de **hipertensión**. En un estudio realizado en Córdoba en población de 15 a 85 años de edad, la prevalencia fue de 29,9% y solo 13,0% de los hipertensos estaban tratados y normotensos (controlados) (25). En otro estudio que comprendió a cuatro ciudades del área central del país la prevalencia de hipertensión en mayores de 20 años osciló entre 27,9% y 43,6%; la hiperlipidemia varió entre 24,2% y 36,4% (24). En la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2005), aproximadamente una mujer de 10 a 49 años de cada cinco tiene el colesterol elevado.

Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles (2005), 56,8% de la población sin instrucción se midió alguna vez en su vida el colesterol, y de ellos, 44,4% manifestaron que lo tenían elevado. Las proporciones fueron 79,1% y 26% entre la población con formación universitaria completa. De los argentinos mayores de 18 años sin instrucción entrevistados, 49,2% manifestaron que no tenían la presión elevada frente a 72,7% de los universitarios titulados. De acuerdo con los datos de dicha Encuesta Nacional, 15,8% de la población mayor de 18 años sin instrucción manifestó que tenía la glucemia elevada frente a 5,3% de los titulados universitarios.

Neoplasias malignas

Entre 1997 y 2004, las defunciones por tumores malignos constituyeron la segunda causa de muerte, a continuación de las enfermedades del sistema circulatorio, y representaron entre 18% y 19% del total de las defunciones. Entre 1980 y 2001 se observó una disminución en la tasa de mortalidad por **cáncer de pulmón** de aproximadamente 1% anual en los hombres. Contrariamente, para las mujeres, en todas las regiones, salvo en Cuyo, donde las tasas se mantuvieron prácticamente constantes, se registró una tendencia creciente de alrededor de 1,5% anual. En cuanto al **cáncer de mama**, se observa que a partir de 1991 las tasas de mortalidad disminuyeron entre las mujeres menores de 65 años, mientras que a partir de 1980 aumentaron 1,6% anual entre las mayores de 74 años. En el país en general, y en especial en algunas provincias, el **cáncer del útero** constituye un grave

CUADRO 6. Deficiencias nutricionales y del metabolismo (%) por regiones, Argentina, 2005.

	Argentina	GBA	Cuyo	NEA	NOA	Centro	Sur
Bajo peso para la edad	3,8	3,3	4,0	5,8	3,9	3,7	2,6
Baja talla para la edad	4,2	3,7	3,5	4,8	4,0	4,9	3,6
Bajo peso para la talla	1,2	1,1	2,8	1,2	1,2	1,1	1,0
Alto peso para la talla	6,6	8,3	5,1	3,0	4,4	7,2	6,3
Anemia en niños de 6 meses a 5 años	15,9	17,9	10,0	22,1	14,0	13,8	15,6
Anemia en niños de 6 a 23 meses	33,2	34,9	23,5	33,2	44,0	30,1	30,9
Sobrepeso en mujeres de 19 a 49 años	24,9	24,8	24,4	20,2	28,1	24,9	26,5
Obesidad en mujeres de 19 a 49 años	19,4	18,2	15,9	21,1	20,4	20,5	22,6
Anemia en mujeres de 10 a 49 años	17,1	20,6	14,7	21,8	15,7	12,6	16,2
Colesterol >170 mg/dl en mujeres de 10 a 19 años	21,5	23,2	30,5	19,4	19,9	34,3	17,0
Colesterol >200 mg/dl en mujeres de 20 a 49 años	23,4	27,2	12,0	19,8	17,3	28,1	20,4

Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005.

problema de salud pública. Se observó una ligera disminución de la mortalidad por este cáncer desde 1991, a excepción de la región Noroeste, que presentó un leve crecimiento de 0,2% anual.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

La base de datos de los desastres ocurridos en la Argentina en los últimos años mostró un predominio de inundaciones. En las zonas vulnerables a inundaciones, los actores comunitarios deberían capacitarse en la gestión del riesgo para encontrar las soluciones más adecuadas de acuerdo al contexto natural, económico, social y político particular (26). El peor desastre natural de los últimos años fue sin duda la inundación de la ciudad de Santa Fe en abril de 2003, que dejó bajo el agua a más de 30% de la población de la ciudad, y produjo 75.036 evacuados, daños a 20.000 viviendas y la pérdida de 13% de las camas hospitalarias disponibles.

Violencia y otras causas externas

La Encuesta de Victimización del Ministerio de Justicia, realizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2003, mostró que 37,5% de los mayores de 14 años declararon haber sido víctimas de al menos un delito (mayormente delitos contra la propiedad), porcentaje inferior a los de 2000, 2001 y 2002, según la Dirección Nacional de Política Criminal.

El Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE) comenzó a funcionar en septiembre de 2004, y hasta junio de 2006 se habían incorporado paulatinamente un total de 36 unidades centinela. Los datos acumulados hasta esa fecha y referidos a un total de 27.836 accidentes indican que 81,3% son no intencionales, 10,4% intencionales por agresión, 1,7% autoinfligidos, y el resto no determinados. La mayoría de los accidentes se concentran entre los 15 y los 29 años de edad (34,6%) y entre los 30 y los 44 (19,6%); 68,4% son leves, 25,9% moderados y 5,7% graves. Se producen en hombres 66,9% de los accidentes, con una razón hombre/mujer de

2,02:1, y 0,56% de los eventos de lesiones determinan la muerte de la persona afectada, con una razón hombre/mujer de 2,8:1.

Salud mental y adicciones

No se dispone de datos epidemiológicos nacionales actualizados sobre salud mental, a excepción del resultado de la encuesta de discapacidades. En 2004, 7,8% de la población de 16 a 65 años había consumido alguna vez en su vida alguna sustancia psicoactiva ilegal, 2,1% lo hizo en el último año y 0,8% en el último mes. La marihuana y la cocaína son, en este orden, las sustancias más consumidas.

Salud oral

En base a experiencias previas favorables, tales como la reducción del índice CPO (dientes cariados, perdidos, obturados) de más de 40% en la Provincia de Santa Fe entre 1990 y 2000, desde 2005 se ha venido reactivando la política de fluoruración del agua para consumo humano en aquellas provincias donde se requiere. Se espera que en 2010 cerca de 50% de la población esté recibiendo agua fluorada. Por otro lado, se unificaron los criterios para efectuar un relevamiento epidemiológico en todas las jurisdicciones provinciales.

Síndrome urémico hemolítico

La tasa en menores de 5 años se situó en torno a 8,5 por 100.000 entre 1995 y 2000; a partir de 2001 nunca descendió de 10,4 y en 2005 alcanzó su nivel más alto (13,9). La letalidad se mantuvo estable en el período 1995–2005, con un promedio de 3,3%, un mínimo de 2,2% en 1998 y un máximo de 4,8% en 2001. En 2005 la letalidad fue de 3,4%. En este último año se notificaron 464 casos de síndrome urémico hemolítico, 62% de ellos menores de 2 años. La mayoría de los casos se presentaron en los meses cálidos (55%). Las provincias con mayor tasa de notificación hospitalaria por 100.000 niños menores de 5 años fueron La Pampa (34,4) y Neuquén (31,6).

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

Desde 2002 funciona un Consejo Consultivo como espacio para la discusión y el logro de acuerdos sectoriales en materia de salud a nivel nacional. Este Consejo está integrado por diversos actores del sistema de salud, incluidos representantes de organizaciones comunitarias, prestadores, financiadores, profesionales, universidades, instituciones y personalidades de reconocida trayectoria. El Consejo tiene a su vez cuatro comisiones permanentes: Recursos Humanos, Costos y Financiamiento, Tecnología, y Enfermedades no Transmisibles.

Por mandato constitucional las provincias son las entidades territoriales responsables del cuidado de la salud de la población. Los municipios, en especial los de mayor población y capacidad económica, también programan y llevan a cabo acciones de salud. La transferencia, a comienzos de la década de 1990, de un conjunto de hospitales e institutos especializados que estaban a cargo de la Nación, fue uno de los últimos pasos de la política de descentralización de los servicios de salud. La complejidad de este proceso determinó significativas diferencias, que se tradujeron en distintos grados de autonomía hospitalaria, de gestión administrativa y financiera, de política de recursos humanos y de tipo de servicios prestados a la población. Esta diversidad no permitió que hubiera un nivel único de cobertura de atención pública de salud para todos los habitantes. Además, la localización geográfica condiciona el acceso a las unidades públicas de salud.

En las provincias, el cumplimiento de las funciones esenciales en salud pública está a cargo de ministerios o secretarías de salud con diverso grado de desarrollo institucional, según el tamaño de la población y los recursos disponibles. Los servicios de salud se prestan a la población mediante redes de carácter público provincial, así como del sector privado. En las provincias de mayor población y recursos económicos los municipios administran servicios de salud de primer nivel de atención, y en algunos casos hospitales de mayor complejidad, aunque, proporcionalmente, muy pocos establecimientos asistenciales son de carácter municipal. Algunas provincias se encontraban en 2006 en un activo proceso de municipalización de los servicios del primer nivel de atención. En el sector de la seguridad social y en el sector privado existe una clara división de funciones, ya que las entidades responsables de administrar el financiamiento (obras sociales y aseguradoras) no suelen tener servicios propios y contratan estos últimos con prestadores públicos y privados en todo el territorio nacional.

Estrategias y programas de salud

Durante la emergencia social y económica que vivió el país a comienzos del período 2001–2005, se consolidaron los canales de diálogo entre los diversos actores en salud y los distintos niveles del Estado. El diálogo continuó en años posteriores, y finalmente,

en el Consejo Federal de Salud (COFESA), uno de los principales ámbitos donde se formulan las políticas sanitarias en forma consensuada entre las provincias y la Nación, se acordaron las bases del Plan Federal de Salud 2004–2007, presentado por el Presidente de la República en mayo de 2004. El plan estableció cuatro ejes de acción, considerando la estrategia de atención primaria de salud como el factor organizador del sistema. Se dio prioridad al fortalecimiento de la equidad en el acceso a la atención de salud, y a la promoción de la participación comunitaria en todos los niveles. Se establecieron metas que se complementaban con el acuerdo que la República Argentina firmó en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Organización del sistema de salud

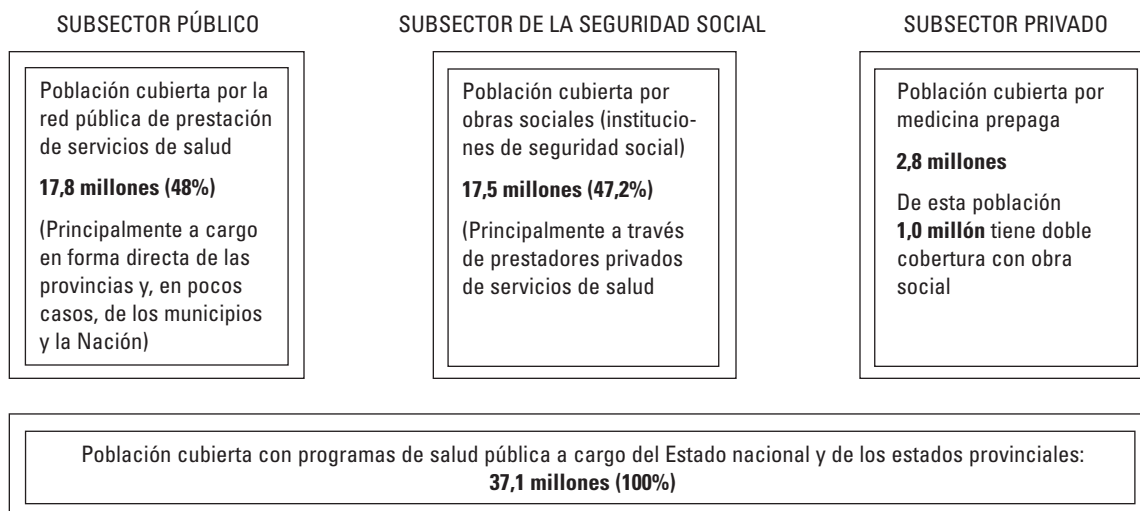
El sistema de salud tiene las características propias de un país federal en el que las jurisdicciones provinciales conservaron las atribuciones correspondientes a la rectoría y atención de salud en su territorio. El sistema está compuesto por tres subsectores: público, privado y de la seguridad social. Los dos últimos subsectores están muy relacionados entre sí, dado el alto grado de contratación de servicios de salud que hacen las instituciones responsables de la gestión de la seguridad social (obras sociales) con prestadores privados de servicios de salud de diferente tipo y tamaño (Figura 2).

Hacia 2006, el sistema de salud sufría un alto grado de segmentación y fragmentación que producía: articulación deficiente entre los subsectores, desigualdad en los niveles de financiación, inequidades en la calidad de la atención, y una variedad de barreras de acceso para algunos grupos poblacionales. Las obras sociales (instituciones de seguridad social) cubrían en 2003 a alrededor de 17,5 millones de personas (47,2% del total de la población), distribuidas en casi 300 entidades de distinta magnitud e importancia. Se estima que el subsector público cubría 17,8 millones (48%), y además la medicina prepaga cubría 2,8 millones de personas, de las cuales 1 millón tenían doble cobertura.

A lo largo de su historia, el sistema de salud se fue estructurando con defectos de eficiencia y equidad. La oferta heterogénea de coberturas afecta a los 24 sistemas públicos provinciales, cerca de 300 obras sociales nacionales, 24 obras sociales provinciales, varias decenas de sistemas de medicina prepaga, seguros privados de salud, y gran cantidad de mutuales, además del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, habitualmente identificado bajo la sigla PAMI. En 1993 se introdujo la “libre elección” de obras sociales nacionales por parte de los trabajadores vinculados a ese régimen, en el marco de un proceso de desregulación y búsqueda de eficiencia. La fragmentación y la falta de coordinación y articulación de este conjunto de instituciones han limitado la conformación de un sistema de salud solidario, eficiente y universal. La seguridad social, de esta manera, se gestiona por instituciones sumamente heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, la cobertura que

FIGURA 2. Esquema general y coberturas poblacionales estimadas en el sistema de salud, Argentina, 2001.

Población total: 37,1 millones



Fuente: Adaptado de: González García G., Tobar F. *Salud para los argentinos* 2003. Estimaciones basadas en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 (INDEC) y de la Encuesta de Calidad de Vida 2001 (Sistema de Evaluación y Monitoreo de Políticas Sociales [SIEMPRO], del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente).

brindan, los recursos financieros por afiliado, las modalidades de operación y las redes de servicios de salud que contratan para atender a sus afiliados.

El Ministerio de Salud es responsable de determinar los objetivos y políticas del sector y de ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme a las directivas que imparta el Poder Ejecutivo Nacional. Asimismo, el Ministerio efectúa la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud, y conduce la planificación global del sector en coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones. También tiene a su cargo el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica, de manera consensuada con las provincias, e interviene en la aprobación de los proyectos de establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas. Por intermedio de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), el Ministerio interviene en los aspectos relacionados con la elaboración, distribución y comercialización de productos vinculados directamente con la salud. La ANMAT es responsable de aplicar y velar por el cumplimiento de las disposiciones legales, científicas, técnicas y administrativas comprendidas dentro del mencionado ámbito de competencia.

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) es el ente de regulación y control de los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud (seguridad social). Por otra parte, en el Congreso de la Nación, las comisiones de Salud y Deporte del Senado y de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados,

son responsables de dictaminar sobre salud y acciones médico-sociales, higiene, sanidad, medicina preventiva y nutrición, subvenciones y subsidios a hospitales, sociedades, corporaciones o instituciones que desarrollan actividades inherentes a la salud.

Servicios de salud pública

El Plan Federal de Salud 2004–2007 establece la prioridad de la atención primaria y dispone una asignación creciente de recursos para acciones de promoción y prevención. Se plantea el avance progresivo hacia la descentralización de estas acciones en forma sistemática y organizada, y que sean los gobiernos locales los que concentren sus esfuerzos en desplegar esta estrategia a partir del desarrollo de políticas saludables, informando y modelando conductas.

En el país se ejecutan diversos programas nacionales orientados a la prevención y control de determinadas enfermedades que, por su importancia, requieren un abordaje especial por parte de las autoridades y de la sociedad civil. Se describen a continuación los principales programas y sus objetivos.

El Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos e Infecciones de Transmisión Sexual tiene como objetivos prevenir la transmisión sexual y perinatal; evitar la transmisión por sangre, hemoderivados, trasplantes y durante procedimientos invasivos; prevenir la infección entre usuarios de drogas; reducir el impacto individual, familiar y socioeconómico de la epidemia; reforzar el análisis de la situación y tendencia de la epidemia, y consolidar sus aspectos administrativos y de gestión. El

programa provee medicamentos antirretrovirales a las personas infectadas por el VIH.

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis está integrado a la estructura de salud del país, de manera que sus actividades se ejecutan por intermedio de los servicios de salud; consta de cuatro niveles (central, provincial, intermedio y local), con responsabilidades bien delimitadas: el nivel central se ubica en el Ministerio de Salud, asume esta responsabilidad el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni”, perteneciente a la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Dr. Carlos G. Malbrán”, con sede en la ciudad de Santa Fe; el nivel provincial tiene representación en las 23 provincias del país y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los objetivos de este programa son reducir la morbilidad y mortalidad por tuberculosis, la transmisión de la infección tuberculosa y la resistencia de *Mycobacterium tuberculosis* a los antimicrobianos; además, el programa se plantea como objetivos estratégicos fortalecer la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS, por sus siglas en inglés) en todas las jurisdicciones del país y concentrar esfuerzos en los departamentos prioritarios según la magnitud de la enfermedad.

El Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas, integrado por 19 programas provinciales, realiza actividades basadas en la promoción de la salud, la prevención y el diagnóstico y tratamiento específico de la enfermedad. El programa no contempla ninguna actividad referida a la rehabilitación, aunque sí procura mejorar el sistema de red hospitalaria en la atención de cardiopatías y trasplantes. Diferentes efectores planifican y ejecutan las actividades: agentes de las jurisdicciones nacionales y provinciales, profesionales sanitarios o promotores de salud, funcionarios municipales y líderes comunitarios, con el apoyo y supervisión de la comisión nacional de control de vectores.

El Programa Nacional de Desparasitación Masiva, lanzado por el Ministerio de Salud, inició por intermedio del Programa Remediar (que distribuye medicinas de forma gratuita a grupos vulnerables) una intensa campaña durante 2004-2005, que comenzó con la identificación de los focos más problemáticos en la Provincia de Santa Fe, para luego extenderse progresivamente al resto de las provincias afectadas. El programa distribuye mebendazol en zonas donde la población carece de los servicios sanitarios básicos.

El Programa de Control del Tabaco basa su estrategia en cinco aspectos centrales: restricción de la publicidad, incremento del precio de los cigarrillos, fuerte campaña de comunicación social, ambientes libres de humo y servicios para encarar el abandono del tabaco.

El Programa de Salud Renal, que ejecuta la Administración de Programas Especiales del Ministerio de Salud, está destinado a la prevención de las enfermedades renales y a la promoción de la salud en el ámbito de las obras sociales nacionales. Asimismo, conjuntamente con la Superintendencia de Servicios de Salud, la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de

Cardiología, ha desarrollado el Programa de Identificación de Factores de Riesgo y Prevención Primaria de Enfermedades Cardiovasculares, dirigido a varones de 30 a 49 años y a mujeres de 40 a 59 años.

El Programa Nacional Salud Sexual y Procreación Responsable fue establecido en 2002 mediante la sanción de la Ley 25.673. Este Programa en sus primeros años de implementación estuvo dirigido al fortalecimiento de los programas provinciales a través de acciones de asistencia técnica, capacitación y financiamiento de recursos humanos para reforzar los equipos existentes. Durante 2006 se logró el acceso gratuito a métodos anticonceptivos hormonales dispositivos intrauterinos (DIU) y preservativos, para 1.925.950 usuarias y usuarios del sistema público. También se aseguró la cobertura para usuarias del sistema de obras sociales y medicina prepaga mediante el Programa Médico Obligatorio (PMO).

El saneamiento básico sigue siendo un tema pendiente. Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001, solo 47,2% de los hogares censados tenían descarga de agua y desagüe a red cloacal, 24,2% tenían la descarga a cámara séptica y pozo absorbente, y el restante 27%, descarga directa a pozo o sin descarga de agua.

El Ente Nacional de Obras Hídricas de Saneamiento (ENOHSA), por delegación del Poder Ejecutivo Nacional, ha encarado la construcción de grandes obras de saneamiento básico en todo el territorio del país. En 1993, el Estado Nacional le confió a Aguas Argentinas la gestión de servicios de agua potable y desagües cloacales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 17 partidos del área metropolitana (donde habita un tercio de la población del país), y llegó a producir 3.100.000 m³ de agua por día. En marzo de 2006 se rescindió el contrato de concesión y el Estado argentino asumió la responsabilidad de prestación del servicio para lo cual realizó importantes inversiones y creó la empresa estatal Agua y Saneamiento de Argentina (AySA).

Existen poco más de 2.200 municipios a los que se ha asignado competencia primaria en la administración y provisión del servicio de manejo de los residuos domiciliarios. En algunos casos, el servicio de recolección y disposición final de residuos domiciliarios lo brinda el municipio, pero en muchos otros se ha tercerizado el servicio a empresas privadas. Según datos oficiales correspondientes a 2004, en Argentina se producen anualmente 12.325.000 toneladas de residuos domiciliarios, con una tasa media per cápita de 0,91 kg/día. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires se encuentra en el límite superior con una generación media de 1,52 kg/habitantes/día y Misiones en el límite inferior, con 0,44 kg/habitantes/día (5).

En 2004 el Gobierno nacional, por intermedio de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable, desarrolló la Estrategia Nacional de Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos (ENGIRSU), con objeto de realizar un diagnóstico de situación y analizar la posibilidad de proveer tratamientos y tecnología de disposición final ambientalmente adecuada para los residuos sólidos. En septiembre

de 2004 se promulgó la Ley 25.916 de gestión de residuos sólidos domiciliarios. Como anexo a la ENGRSU se presentó en 2005 la Estrategia Nacional de Residuos Peligrosos de Origen Doméstico, que tiene como objetivo abordar la problemática de estos residuos a partir de la toma de conciencia de la población mediante la promoción de la recolección diferenciada. En el transcurso de 2005, el Ministerio de Salud realizó el diagnóstico de la gestión de residuos de los hospitales asistidos por el Programa Materno Infantil y Nutricional (PROMIN), y reconoció grandes deficiencias, pero también identificó centros potenciales de referencia en cuanto a la gestión de residuos de establecimientos de salud mediante un adecuado plan de acción, que comenzó a ejecutarse en 2006.

La Ley 20.284 de 1973 estableció la norma de calidad del aire y los valores de alertas, de alarma y de emergencia. Esta ley nunca fue reglamentada y por ello su aplicación es relativa y poco operativa. El decreto 831/93, reglamentario de la Ley Nacional 24.051 sobre residuos peligrosos, determina niveles guía de emisiones gaseosas y calidad del aire, pero estos valores no han sido actualizados.

La Ley de Contaminación Atmosférica N° 1.356 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires establece la fijación de estándares de calidad de aire y la obligación del monitoreo continuo. Actualmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se realiza el monitoreo y control de fuentes contaminantes del aire, fijas y móviles. El polo petroquímico de Dock Sud, muy cercano a la ciudad, tiene aproximadamente 60 chimeneas por las que se liberan un promedio de 15 millones de metros cúbicos por hora de aire con diversos gases contaminantes. Un estudio reciente demuestra niveles altos de benceno, tolueno, plomo y dióxido de azufre (27), con concentraciones por encima de las recomendadas por la OMS.

Argentina es parte del Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos, el que se aplica en los países a través del Plan Nacional de Implementación (NIP) y se ejecuta por intermedio de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable. En 2004 se publicó el Inventario Nacional de Dioxinas y Furanos, y se identificaron los factores de emisión según las actividades y fuentes generadoras de estos tóxicos, y en 2002 se sancionó la Ley 25.670 de Presupuestos Mínimos para la Eliminación y Gestión de los Contaminantes Orgánicos Persistentes, que establece su eliminación total para 2010.

En 2003 fue necesario remover en la Provincia de Santiago del Estero el enterramiento clandestino de plaguicidas organoclorados (hexaclorociclohexano mayoritariamente) más importante conocido hasta el momento en el país. Los tóxicos habían sido enterrados en 1990 y se habían levantado 200 toneladas métricas de residuos a los que se dio tratamiento y disposición final.

Funcionan en el país 21 Centros de Información, Asesoramiento y Asistencia Toxicológica (CIAAT) que responden al Programa Nacional de Prevención y Control de las Intoxicaciones (PRECOTOX). La mayoría de estos centros se encuentran en las provincias más ricas y no solo asesoran sobre intoxicaciones por plaguicidas, sino también sobre medicamentos, sustancias y pro-

ductos químicos potencialmente tóxicos. En 2005 se desarrollaron dos estudios multicéntricos nacionales sobre la problemática de los agroquímicos y plaguicidas domésticos. En la Argentina funciona la Red Argentina de Toxicología (REDARTOX), que agrupa a asociaciones científicas, organismos gubernamentales y laboratorios especializados, y funciona con el soporte de la biblioteca virtual de salud y ambiente.

El Instituto Nacional de Alimentos (INAL) autoriza, registra, controla y fiscaliza alimentos por medio de 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 en la producción primaria, para el consumo interno y la exportación. Durante 2005, coordinadamente con la red de municipios saludables, que está experimentando un fuerte impulso en el país, se comenzaron a integrar iniciativas de desarrollo local centradas en los aspectos productivos y de inocuidad alimentaria. Estas iniciativas funcionan con programas integrados en los que intervienen los municipios, las provincias y la Nación, y en los que participan activamente los sectores privados y la sociedad civil, junto con organismos gubernamentales. Este proceso se ha visto acompañado por un fuerte desarrollo de microemprendimientos.

La Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias (DINESA) es el organismo rector en materia de prevención de desastres y mitigación de sus efectos negativos. Hay 1.287 establecimientos de salud en las provincias más expuestas a sismos, en las zonas de inundaciones 8.548, y en las zonas más afectadas por las nevadas, 2.220. No existe un plan de respuesta único ante los desastres naturales ya que cada provincia trabaja en la elaboración del suyo. Aproximadamente 30% de los hospitales cuenta con un plan de desastres. Existen equipos de respuesta ante los desastres, tanto a nivel nacional como provincial, y la DINESA posee también reservas propias de medicamentos esenciales y suministros para estos casos. Datos no publicados de la encuesta sobre preparativos y mitigación de desastres por parte del sector salud, que se sometieron a discusión en la Reunión Regional de Coordinadores de Desastres de la OPS en mayo de 2006, señalan que 42% de los hospitales construidos en los últimos cinco años garantizan su funcionamiento en caso de desastres, y 20% de los hospitales cuentan con estudios de vulnerabilidad estructural y no estructural.

A partir de 2002, el Ministerio de Salud trabajó en un Plan General de Contingencia para Pandemia de Influenza y SARS. Las actividades de vigilancia y control de la influenza se organizaron en torno a cinco ejes: a) vigilancia de la fiebre aviar; b) vigilancia por intermedio del SINAVE-SNVS [Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud] y unidades centinela de influenza y de la red de virus respiratorios; c) vacunas y antivirales; d) medidas de salud pública y e) comunicaciones.

La aprobación en 2005 del Reglamento Sanitario Internacional provee al país de un marco para enfrentar los nuevos desafíos de control de las enfermedades transmisibles.

Salud sexual y procreación responsable

A comienzos de 2001, una tercera parte de las muertes maternas en Argentina ocurrían a consecuencia de abortos practicados sobre embarazos no deseados; una de cada siete mujeres que fueron madres eran adolescentes, y dos tercios de los casos de sida notificados se contagiaba por relaciones sexuales sin protección. Por otra parte, los sectores más vulnerables de la población, los jóvenes, las mujeres y los grupos más pobres, se encontraban con serias dificultades para acceder a información relacionada con la procreación responsable. Además, existía la certeza de que casi la totalidad de causas de la mortalidad materna eran reducibles mediante acciones de prevención y la adecuada atención del embarazo y el parto.

Ante esa realidad, se tomaron trascendentales decisiones y se pusieron en marcha acciones tendientes a superar la situación. En octubre del 2002 se sancionó la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional Salud Sexual y Procreación Responsable, en el marco de un amplio consenso parlamentario, y con el apoyo de las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad en general. Este Programa en sus primeros años de implementación estuvo dirigido al fortalecimiento de los programas provinciales, a través de acciones de asistencia técnica, capacitación y financiamiento de recursos humanos para reforzar los equipos existentes. El Programa también adquirió y distribuyó en todo el país métodos anticonceptivos por valor de varias decenas de millones de pesos argentinos.

Durante 2006, cerca de dos millones de usuarias y usuarios del sistema público tuvieron acceso gratuito a métodos anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos (DIU) y preservativos. También se aseguró la cobertura para usuarias del sistema de obras sociales y medicina prepaga mediante el Programa Médico Obligatorio (PMO). También en 2006 el Congreso Nacional sancionó la Ley N° 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica y la Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral, y aprobó el Protocolo Facultativo de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), gracias al cual las mujeres argentinas podrán reclamar internacionalmente el efectivo cumplimiento de sus derechos ante un organismo imparcial conformado por expertos.

Servicios de atención a las personas

Todas las provincias, al igual que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuentan con una extensa red de servicios hospitalarios y ambulatorios compuesta por efectores públicos y privados. El número total de establecimientos asistenciales es de 17.845, y la cantidad de camas hospitalarias disponibles a nivel nacional es de 153.065 (cerca de la mitad es de propiedad pública y la otra mitad privada). De acuerdo con las necesidades locales, en los distintos subsectores y jurisdicciones se observa en los últimos años una diversificación de la oferta hacia nuevas modalidades de atención: atención ambulatoria, internación breve, hospital de día, atención domiciliaria, y otras. En el país hay un total de 14.534 establecimientos de salud sin internación (28).

En el sector público, los servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre se encuentran integrados a las redes de servicios de salud que gestionan mayoritariamente las provincias y, a veces, los municipios. En el sector privado, estos servicios también se ubican en los establecimientos asistenciales, aunque en algunas localidades existen unidades autónomas de apoyo diagnóstico que contratan servicios con las instituciones de la seguridad social. Desde 1983 se instituyó por ley un Programa Nacional de Sangre. El Ministerio de Salud de la Nación y las autoridades sanitarias provinciales promueven la donación voluntaria, en el marco del Plan Nacional de Sangre. En 2005 había en el país 578 centros de recolección de sangre, de los cuales 333

eran públicos y 245 privados. En ese mismo año, esos centros procesaron un total de 751.412 unidades de sangre. La tendencia actual es hacia la reducción y mejoramiento de la calidad de esos centros (en 1999 existían 781 centros) (29).

Las camas psiquiátricas en el ámbito público eran 15.916 en 2002. Hay iniciativas —con diverso grado de desarrollo, e incipientes en algunos casos— para impulsar procesos de reforma psiquiátrica en varias provincias y en la capital del país. La Ley 448/00 (Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires), que promueve la transformación del sistema de servicios basado en los hospitales psiquiátricos por uno integrado al sistema de salud general, no se ha podido aplicar hasta la fecha, por diversos motivos, principalmente de tipo corporativos. En términos generales se observa una progresiva sensibilización para la reforma psiquiátrica, y legisladores nacionales de diversos partidos están trabajando en proyectos de ley de salud mental. Es evidente aún la falta de una cobertura adecuada para las personas con trastornos mentales graves. Recientemente se han comenzado a diseñar diversas iniciativas para la promoción y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales, debido a su escasa observancia en el sistema hospitalario que es, en forma predominante, de tipo asilar.

El sistema de riesgos del trabajo brinda cobertura a 5,3 millones de trabajadores en relación de dependencia (Ley 24.557 sobre Riesgos del Trabajo, año 1995). Las aseguradoras de riesgos del trabajo son las encargadas de brindar cobertura médica a los

trabajadores. Para afrontar los accidentes y la mortalidad laboral, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo lanzó el Programa de Prevención de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en PyME (resolución SRT 1/05), que se sumó al ya establecido a fines de 2000, el Programa Trabajo Seguro para Todos, previsto para empresas con más de 50 trabajadores, y cuenta con un Centro de Información y Asesoramiento en Toxicología Laboral (PREVENTOX) que recibe consultas de todos los sectores de la comunidad.

Las condiciones de higiene y seguridad laborales se determinaron por medio de la Ley 19.587 (de 1972) y su decreto reglamentario 531/79 y modificatoria 1.338/96. Su reglamentación, muy completa, procura proteger al trabajador brindándole amplias condiciones de seguridad laboral. Un capítulo aparte mereció la actividad de la construcción, que se reglamentó mediante el decreto 911/96. A su vez, la Ley 19.587 se complementa con la Ley sobre Riesgos del Trabajo antes mencionada y su decreto reglamentario 1.278/00.

Promoción de la salud

En el país se están implementando iniciativas (como Adultos Libres en Actitud Saludable [ALAS] y Prevención del Infarto en la Argentina [PROPIA]) vinculadas a la universidad y a sociedades científicas que trabajan en el ámbito comunitario en la prevención de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Entre las iniciativas orientadas a reforzar la vigilancia y control de las enfermedades se encuentra el Programa de Vigilancia de la Salud y Control de las Enfermedades (VIGI+A), cuya función es colaborar con las acciones de salud pública mediante la provisión de la información necesaria para la adopción de decisiones vinculadas a la estructura y funcionamiento de los servicios, y de la referida a los riesgos que afectan a los distintos grupos de población. Así, se proveyó de los elementos normativos y de la infraestructura necesarios para el mejoramiento de la vigilancia, prevención y control de las enfermedades del programa, a todos los agentes del sistema de salud, y se desarrolló e implementó el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud y las Unidades de Análisis y Monitoreo de la Salud (UNAMOS). También se diseñó y ejecutó una estrategia nacional para el control del consumo de tabaco y se estableció una línea de base nacional para la vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles.

El Gobierno Nacional, la Sociedad Argentina de Pediatría, la Red Argentina de Toxicología, el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Asociación Argentina de Médicos por el Medio Ambiente pueden contarse entre los impulsores de un esfuerzo relevante en materia de salud ambiental, sobre todo a partir de 2003. Dentro de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud se constituyó una unidad coordinadora sobre salud ambiental infantil, integrada por representantes de la Dirección de Promoción y Protección de la Salud y de la Secretaría de Medio Ambiente, quienes trazaron el perfil de la

salud ambiental en la infancia y formularon los lineamientos del Programa Nacional sobre Salud Ambiental Infantil. Por su parte, el proyecto Salud de los Niños en la Argentina (SANA) tiene como uno de sus objetivos la protección de la salud de los niños a partir de la identificación de las amenazas ambientales a las que está expuesta la niñez. Se espera que los principales resultados del perfil SANA sean el desarrollo de un sistema continuo de recolección, análisis y comunicación de la información en esta materia, así como la realización de investigaciones de campo y la implementación de intervenciones en la comunidad.

Suministros de salud

La industria argentina de medicamentos se halla conformada por cerca de 250 laboratorios de capital nacional y extranjero. La Unidad de Investigación Estratégica en Salud, del Ministerio de Salud, indicó que hasta julio de 2006 se comercializaban cerca de 2.057 principios activos (con sus combinaciones), con unas 20.000 presentaciones diferentes. Según la misma fuente, en 2001 los laboratorios de origen nacional tenían una participación de algo más de 50% de las ventas locales y alrededor de 22% de la demanda interna de medicamentos se cubría con la oferta externa. En 2003, las importaciones de productos farmacéuticos sumaron US\$ 475 millones, de los cuales 6% correspondió a productos inmunológicos y fracciones de sangre, y 1,7% a vacunas. En 2001, las exportaciones de medicamentos representaron US\$ 266 millones. En 2005 la facturación de la industria farmacéutica fue en total de algo más de US\$ 2.000 millones, incluyendo impuestos. Según el INDEC, el gasto total en medicamentos en 2006 fue de aproximadamente US\$ 63 per cápita. De acuerdo con los datos de la encuesta familiar de hogares 1997 y de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS) 2003, los medicamentos suponen 46%–52% del gasto familiar promedio en salud, con marcadas diferencias entre los sectores de mayores (25%–35%) y menores ingresos (65%–73%).

En 2002 entraron en vigor la utilización de los medicamentos por su nombre genérico (Ley 25.649/02), la selección de los productos a ser financiados con recursos colectivos, y la provisión pública y gratuita de medicamentos esenciales a los pacientes ambulatorios a través del Programa Remediar. Este programa extendió la cobertura de medicamentos a unas 15 millones de personas que estaban total o parcialmente marginadas del sistema de salud. Se estableció un modelo de distribución de botiquines con 47 tipos de medicamentos a más de 5.300 centros de atención primaria. Una encuesta realizada en estos centros en 2003 permitió establecer que 82% de los beneficiarios del Programa Remediar estaban bajo la línea de pobreza y 84% no tenían cobertura de seguro de salud. En ese mismo año, algo más de 70% de las prescripciones se hacían con el nombre genérico.

Además de los controles previos regulares, la ANMAT analiza fármacos que ya están a la venta, mediante el Plan de Muestreo Horizontal, que evalúa 248 especialidades medicinales. Además

del Sistema Nacional de Farmacovigilancia que continúa vigente, la ANMAT ha implementado el Programa de Tecnovigilancia, que tiene como metas recoger, evaluar, fiscalizar y organizar la información sobre las fallas de los productos médicos. La implementación de este programa por parte de las empresas es requisito del reglamento de buenas prácticas de fabricación. La ANMAT ejecuta también un Programa de Pesquisa de Medicamentos Ilegítimos (PPMI) para combatir la comercialización irregular de fármacos. En 1997 se detectaron productos comercializados ilegalmente en 76,5% de los establecimientos inspeccionados, mientras que esa situación se registró en 24,5% de los locales pesquisados durante 2003.

Recursos humanos

El número de trabajadores en el ámbito de la salud y servicios sociales se estimó en aproximadamente medio millón de personas en 2004; en el sector público se desempeñaban 40% del total, con fuerte predominio femenino (70%). En la Ciudad de Buenos Aires, 54% de los médicos de 30 a 39 años eran mujeres. La población del país tiene un crecimiento anual de 1,6%, mientras que la población de médicos crece 3,5% por año. La distribución de los recursos humanos en salud es irregular, con gran concentración de médicos en los grandes centros urbanos. El promedio nacional es de 3,2 médicos por 1.000 habitantes. Alrededor de 65% a 70% son especialistas, y no se cuenta con el número necesario de médicos generalistas o médicos de familia.

El personal de enfermería (unos 80.000 profesionales entre enfermeros universitarios, auxiliares y empíricos) es insuficiente. La relación médico/enfermero, si se consideran solamente los enfermeros universitarios, es de 9,5 médicos por cada enfermero; si se suma el personal auxiliar y empírico de enfermería la relación continúa a favor de los médicos con una relación de 1,5 médicos por cada recurso de enfermería.

En cuanto a la formación médica de grado, hay en el país 25 facultades de medicina, 10 públicas y 15 privadas. Las universidades públicas tienen una aceptable distribución geográfica, mientras que las privadas están concentradas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Área Metropolitana del Gran Buenos Aires. En el cuadro 7 se presenta la dotación de profesionales por categorías seleccionadas en 2001.

En un estudio reciente (30) se identificaron numerosas cuestiones que caracterizaban en 2004 el campo de la formación y distribución de recursos humanos en salud en el país, tales como: a) desaceleración del ritmo de crecimiento de la oferta de carreras de salud; b) mayor participación de las instituciones privadas en la oferta de carreras, sobre todo en las que requieren baja inversión; c) menor ritmo de crecimiento de la demanda de estudios de medicina y expansión de otras carreras, entre las que se destacan nutrición y kinesiología; d) falta de políticas de promoción y estímulo a determinadas carreras con objeto de revertir el déficit marcado de algunas categorías profesionales (enfermería); e) distorsión en las

CUADRO 7. Dotación de profesionales por categorías seleccionadas, Argentina, 2001.

Carrera	No.	%
Bioquímica	19.774	6,5
Enfermería	12.614	4,2
Farmacía	21.177	7,0
Fonoaudiología	7.924	2,6
Kinesiología	11.908	3,9
Medicina	121.076	39,9
Nutrición	4.654	1,5
Obstetricia	3.931	1,3
Odontología	35.944	11,9
Psicología	46.931	15,4
Veterinaria	17.103	5,6
Total	303.091	100,0

Fuente: elaborado por Mónica C. Abramzón (OPS/OMS), con base en datos del Censo Nacional de Población, INDEC, 2001.

relaciones dentro del equipo de salud y especialmente en la relación médicos/enfermos; f) necesidad de establecer mecanismos de regulación para la formación de enfermería y otras tecnicaturas, dada la dispersión existente de instituciones; g) marcadas desigualdades en la distribución geográfica de todas las categorías profesionales; y h) inexistencia de sistemas de información permanentes de variables clave para el campo de recursos humanos en salud.

En 2005 se inició el Programa Médicos Comunitarios para orientar y fortalecer la formación en atención primaria de salud y en salud social y comunitaria, del recurso humano que trabaja en el primer nivel de atención. El programa busca ampliar la cobertura y calidad de la atención de los centros de asistencia médica mediante el fortalecimiento de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la participación social. En septiembre de 2006 se encontraban cursando estudios de posgrado en salud social y comunitaria 7.500 profesionales de la salud en las 24 jurisdicciones territoriales del país (60% de ellos eran médicos, y los demás, asistentes sociales, psicólogos, obstetras, personal de enfermería y otros). En este programa de formación en servicio participan 17 universidades del país que aplican planes de estudio, metodologías y materiales de instrucción similares.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

El Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) fue creado por decreto ley N° 1.291 de 1958, en respuesta a la percepción socialmente generalizada de la necesidad de estructurar un organismo académico que impulsara la investigación científica y tecnológica en el país. El CONICET está integrado por 116 institutos de investigación, Laboratorios Nacionales de Investigación y Servicios (LANAIS) y ocho centros regionales, y cuenta con 3.896 investigadores de carrera, 2.392 técnicos de la carrera de Apoyo a la Investigación, 3.023 becarios y un núcleo administrativo.

Por Resolución Ministerial N° 170 de 2002, se constituyó en el ámbito de la Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud del Ministerio de Salud, la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS), con el propósito de contar con asesoramiento permanente relacionado con los programas de investigación sanitaria, clínica, aplicada y básica en relación con las ciencias de la salud, y dar prioridad a los programas de investigación sobre vigilancia de la salud, prevención y control de las enfermedades prevalentes, y acciones de promoción de investigaciones sobre los problemas sanitarios del país.

La Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) disminuyó en seis años su presupuesto de investigación en 600% (considerando el valor dólar), y en el período comprendido entre 2002 y 2004 la disminución fue de 30%. La Argentina padece una notable atomización entre las instituciones dedicadas a la ejecución de la actividad científica y tecnológica. Por otra parte, instituciones creadas con un perfil eminentemente tecnológico, como el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI), la Comisión Nacional de Energía Atómica (CONEA) y la de Actividades Espaciales (CONAE), dependen de distintos ministerios o secretarías. Si bien en la práctica estas instituciones realizan también investigación básica, esta compartimentalización refleja la concepción original que separaba la función de creación de conocimiento de la del desarrollo tecnológico.

En 2003, 15,2% de los proyectos de investigación y desarrollo correspondieron al área de ciencias médicas (2.552). En 2002 se registraron en MEDLINE 1.976 publicaciones del país, 20% más que en 2000; 43% pertenecían al área de medicina clínica y 29% a ciencias básicas, mientras que salud pública y sistemas de salud alcanzó 9%. Según la Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT), entre 1996 y 2003 el porcentaje de gasto en investigación y desarrollo en salud humana se mantuvo estable entre 13,7% y 15,6%, si bien en términos absolutos, desde la salida de la convertibilidad peso-dólar el gasto en este campo se redujo a un tercio (de US \$165,4 millones en 2001 a US\$ 55,9 en 2002).

Gasto y financiamiento sectorial

En la década de 1990 si bien los recursos destinados al financiamiento del sector salud en el país eran elevados, se reconocía su uso ineficiente y la inequidad del gasto entre los subsectores. El gasto en salud como porcentaje del PIB fue de 7,7% en 1997 y de 7,3% en 2003. A fines de 2001, antes de la devaluación del peso, el gasto en salud por habitante se consideraba aceptable en comparación con otros países que habían alcanzado un nivel de cobertura casi universal. En 2000, ese gasto era de aproximadamente 651 dólares/habitante/año. Sin embargo, si se descontaba el gasto privado, la cifra se reducía a US\$ 383 anuales (31). En 2003, este gasto se redujo a US\$ 263 per cápita, como resultado de la fuerte devaluación de la moneda y la consiguiente modificación de la estructura de precios relativos. No obstante, el gasto de

los hogares representaba 44%. La Argentina perdió su posición de país con mayor gasto en salud per cápita de la Región.

Cooperación técnica y financiera internacional

En la cooperación internacional vinculada a la Ayuda Oficial al Desarrollo, la Argentina se considera un país de desarrollo intermedio y se encuentra en una paradigmática situación dual: siendo aún receptora de cooperación, a partir de 1992 se inició como oferente de cooperación técnica a otros países. Sin embargo, a pesar del desarrollo experimentado en algunos sectores del país en la década de los noventa, la Argentina demanda aún cooperación internacional, sobre todo en materia de reducción de la pobreza, producción y generación de empleo, salud, educación e investigación y desarrollo, así como para la reforma política y judicial. A partir de junio de 2002, el país ha pasado a ser nuevamente receptor-beneficiario de la asistencia técnica del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). La cooperación internacional se alineó con las prioridades del país y aceptó la reorientación de los préstamos hacia la compra de insumos y medicamentos y hacia la atención directa de poblaciones vulnerables, modalidades de cooperación en muchos casos sin precedente. Aun en este contexto, se efectuaron donaciones ante situaciones de catástrofe, como en el caso de la inundación que afectó a Santa Fe en abril de 2003, cuando la provincia contó con el apoyo de diversos donantes internacionales, entre ellos la Unión Europea.

La cooperación internacional, tanto de fondos como de asistencia técnica, que recibe la Argentina incluye cooperación multilateral, cooperación bilateral, y cooperación de organismos no gubernamentales internacionales, y descentralizada. La cooperación puede clasificarse por tipo: los fondos, que comprenden tanto los créditos como las donaciones, sin o con contraparte nacional, y la asistencia técnica, que incluye la recepción de técnicos y consultores de organismos internacionales y otros aportes, tales como el financiamiento para la realización de seminarios o la participación en encuentros internacionales. Paralelamente, también deben considerarse los programas derivados de las Cumbres Iberoamericanas, potenciados y ampliados en los últimos años, y que concretan la voluntad expresada en las reuniones de Jefes de Estado y de Gobierno, tendiente a la configuración de una cooperación específicamente iberoamericana.

Referencias

1. Banco Mundial. Disponible en: <http://devdata.worldbank.org/external/>. Acceso el 28 de julio 2006.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de Desarrollo Humano 2005.
3. Universidad Nacional de La Plata, Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales. Disponible en: www.depeco.com.ar/

- econo.unlp.edu.ar/cedlas/arg.htm. Acceso el 28 de julio de 2006.
4. Argentina, Presidencia de la Nación. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de País 2005.
 5. Argentina, Ministerio de Salud, Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable; Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Argentina 2006: Indicadores ambientales. Iniciativa latinoamericana y caribeña para el desarrollo sostenible. Indicadores de seguimiento. Buenos Aires; 2006.
 6. Argentina, Ministerio de Salud, Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable, Unidad de Investigación y Desarrollo Ambiental. Estudio multicéntrico CONAPRIS. Epidemiología del hidroarsenicismo crónico regional endémico (HACRE) en la República Argentina. Asociación Toxicológica Argentina. En prensa.
 7. Argentina, Ministerio de Salud. Atlas de mortalidad de la República Argentina. Buenos Aires: OPS; Universidad Nacional de Lanús; 2005.
 8. Argentina, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. Argentina 2006.
 9. Vega AL, Torcida S, Velázquez GA. Análisis de la evolución de la tasa de mortalidad infantil en los departamentos de Argentina. 1994–2003. *Revista Salud Colectiva*. 2006; 2(3). Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/public/saludColectivaNuevo/publicacion6/index.php>.
 10. Argentina, Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico; Instituto Nacional de Estadística y Censos. Segundo estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas. SEDRONAR; INDEC; 2004.
 11. Argentina, Ministerio de Salud, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS. Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/sida e ITS en la población adolescente. 2005.
 12. Argentina, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles, 2005. MSAL; 2006.
 13. Argentina, Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Informe estadístico accidentabilidad 2004 y evolución 2000–2004. Publicaciones anuario 2004.
 14. Gutiérrez AP, Koehs J, Schamber P, Suárez F. Informe sobre trabajo infantil en la recuperación y reciclaje de residuos. Organización Internacional de Migraciones; UNICEF; 2005.
 15. Argentina, Ministerio de Salud, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS. Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/sida e ITS en trabajadoras/es sexuales de Argentina. 2005.
 16. Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, 2002–2003. Encuesta Complementaria del Censo 2001. INDEC; 2004.
 17. Argentina, Ministerio de Economía y Producción, Secretaría de Política Económica; Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI). Primeros resultados. 2005.
 18. Argentina, Ministerio de Salud, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS. Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/sida e ITS en población aborigen. 2005.
 19. Boletín sobre VIH/sida en la Argentina. Año X, N° 24; 2005.
 20. Gómez JA., Sordo ME, Gentile A. Epidemiologic patterns of diarrheal disease in Argentina: estimation of rotavirus disease burden. *Pediatr Infect Dis Journal* 2002; 21(9).
 21. Giordano MO, Ferreyra LJ, Isa MB, Martínez LC, Yudowsky SI, Nates SV. The epidemiology of acute viral gastroenteritis in hospitalized children in Córdoba City, Argentina: an insight of disease burden. *Rev Inst Med Trop S Paulo* 2001; 43(4):193–197.
 22. Stupka J, Gómez J. Revisión sistemática de los estudios sobre frecuencia de patógenos asociados a diarrea en Argentina. Inédito.
 23. Lurá MC, Beltramino D, Carrera EF. Prevalencia de helmintosis intestinales en escolares de la ciudad de Santa Fe. *Medicina* 2002;62(1):29–36.
 24. de Serey MS, Gonzalez C, Giorgini D, De Loredó L, Braquinsky J, Cobenas C, et al. Prevalence of diabetes, obesity, hypertension and hyperlipidemia in the central area of Argentina. *Diabetes Metab* 2004 Sep;30(4):335–9.
 25. Nigro D, Vergottini JC, Kuschnir E, Bendersky M, Campo I, De Roiter HG, et al. Epidemiología de la hipertensión arterial en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Fed Arg Cardiol* 1999; 28:69–75.
 26. Herzer H, Celis A, Bartolomé M, Rodríguez C, Caputo G. El manejo de cuenca y su impacto en áreas urbanas: el caso de la llanura pampeana. Argentina. Documentos presentados en el III Congreso Latinoamericano de Manejo de Cuencas Hidrográficas. Arequipa (Perú): INRENA; FAO; 2003.
 27. Argentina, Ministerio de Salud, Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable; Banco Mundial. Plan de Monitoreo del Aire para el Área del Polo Petroquímico Dock Sud. Estudio o línea de base de concentración de gases contaminantes en atmósfera en el área de Dock Sud. Informe final. 2002.
 28. Argentina, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. Argentina 2005.
 29. Argentina, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Informe anual 2005 del Plan Nacional de Sangre.
 30. Abramzón MC. Argentina: recursos humanos en salud en 2004. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
 31. González GG, Tobar F. Salud para los argentinos. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 2004.

ARUBA



0 20 40 km



La isla de Aruba está situada en las coordenadas 12° 30' latitud norte y 70° longitud oeste, a 32 km al norte de la costa de Venezuela. Es la más pequeña y occidental de un grupo de tres islas de Sotavento neerlandesas, las “Islas ABC” de Aruba, Bonaire y Curazao. Aruba tiene 31 km de largo y 8 km de ancho y cubre un área de 180 km².

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

La capital de Aruba es Oranjestad y la isla se divide geográficamente en ocho distritos: Noord/Tanki Leendert, Oranjestad (Oeste), Oranjestad (Este), Paradera, Santa Cruz, Savaneta, San Nicolás (Norte) y San Nicolás (Sur). Tiene una temperatura promedio de 28 °C, refrescada por los vientos alisios del nordeste. La precipitación pluvial alcanza un promedio de 500 mm por año y se produce principalmente en octubre, noviembre, diciembre y enero. Aruba está fuera de la región afectada por huracanes y la mayoría de las veces sufre solamente leves efectos de las tormentas tropicales cercanas. Si bien el neerlandés solía ser el único idioma oficial, en el año 2004 el Parlamento de Aruba aceptó también como oficial el papiamento, idioma nativo utilizado exclusivamente en las islas ABC. Además, el inglés y el español son idiomas de enseñanza obligatoria en la escuela primaria y son hablados por gran parte de la población.

Determinantes sociales, políticos y económicos

Históricamente, Aruba era parte de las Antillas Neerlandesas, una federación compuesta por seis islas, junto con Bonaire, Curazao, San Martín, Saba y San Eustaquio. El 1 de enero de 1986, Aruba se convirtió en una entidad autónoma dentro del Reino de los Países Bajos, que ahora consta de tres constituyentes: Holanda, las Antillas Neerlandesas (cinco islas) y Aruba. Aruba tiene su propia Constitución, que se basa en principios democráticos occidentales. La Reina de los Países Bajos designa al Gobernador de Aruba, quien permanece en el cargo durante un período de ocho años y oficia como su representante. El Parlamento de Aruba consta de 21 miembros elegidos por sufragio universal; las últimas elecciones se realizaron en 2005, lo que constituyó el Parlamento actual formado por el partido social democrático (11 bancas), un partido demócrata cristiano (8 bancas) y dos nuevos partidos con una banca cada uno. El Gabinete está compuesto por un máximo de nueve ministros y está encabezado por el Primer Ministro. Aruba es autónoma en su administración y política, pero las cuestiones de defensa, las relaciones exteriores y las decisiones de la Corte Suprema son responsabilidad del Reino de los Países Bajos. A pesar de su estado independiente, Aruba man-

tiene vínculos estrechos económicos, culturales y políticos con Holanda y sus islas “hermanas”.

En 2005, el crecimiento estimado del PIB real fue de 3,2%, una leve contracción de la tasa de crecimiento estimada de 2004 de 3,5%; se estimó una nueva contracción de 2,4% para el 2006 (Cuadro 1). Si bien Aruba ha hecho grandes progresos hacia la mitigación de la pobreza, los datos disponibles sugieren que la desigualdad de ingresos todavía es considerablemente mayor que en los países con niveles de ingresos comparables.

Según datos del Banco Central de Aruba, la inflación era de 3,8% a fines de 2005 y de 2,8% el año anterior. Medida como un cambio porcentual promedio de 12 meses, la tasa de inflación se aceleró aproximadamente entre 1% y 3,4% en 2005, lo que refleja principalmente aumentos de precios del agua, la electricidad y la gasolina posteriores al aumento en los precios del petróleo en el mercado internacional. A fines de 2005, la economía global siguió mostrando una tendencia de crecimiento ascendente (Cuadro 2).

El principal motor económico es el sector de servicios, en el cual el turismo es la industria más importante. Según las cifras más recientes de la Autoridad de Turismo de Aruba, el número de visitantes que pernoctaron en la isla y de las noches que permanecieron en la misma aumentó 2,2% y 2,1%, respectivamente, durante los primeros 10 meses del año 2005, en comparación con 14,5% y 11,9% en el mismo período de 2004. El 73% de los turistas provienen de los Estados Unidos, seguidos de los de Venezuela (8,1%) y los Países Bajos (5,2%). En el período 2002-2004, el número de visitantes que pernoctaron en la isla se elevó de 642.627 a 728.157 y el número de cuartos de hotel de 6.831 a 7.226. En 2004, las tasas promedio de ocupación de los hoteles fueron de 80,7%.

La mayor tasa de desempleo (28%) en las últimas tres décadas se registró en 1985, con el cierre de la refinera de petróleo. En la década de 1980 y la primera mitad de la de 1990, la inversión acelerada en los sectores que requerían mucha mano de obra, como el de hotelería y construcción, y la reapertura de la refinera de petróleo, provocaron enormes presiones en el mercado laboral local y la población empleada se elevó 43% de 1991 a 2000. Muchos de los trabajos recién creados en la economía tuvieron que ser cubiertos por trabajadores extranjeros, y en el año 2000, 41% de la población en edad de trabajar no era arubana. A finales de septiembre de 2005 había 427 personas menos desempleadas

CUADRO 1. Producto interno bruto (PIB), Aruba, 2001–2005.

	2001	2002	2003	2004 ^a	2005 ^b
PIB nominal (millones de US\$)	1942,2	1954,9	2056,5	2182,3	2326,3
PIB real (1995 = 100; millones de US\$)	1637,7	1596,0	1620,6	1677,7	1731,4
PIB por persona (nominal en US\$)	21.140,0	20.951,0	21.632,0	22.346,0	23.139,0
Cambios porcentuales					
PIB nominal	2,2	0,7	5,2	6,1	6,6
PIB real (1995 = 100)	-0,7	-2,6	1,5	3,5	3,2
PIB por persona (nominal, florín arubano)	0,7	-0,9	3,2	3,3	3,5

^aEstimaciones preliminares del Banco Central de Aruba.

^bEstimaciones preliminares del Banco Central de Aruba y el Fondo Monetario Internacional.

Fuente: Banco Central de Aruba, Oficina Central de Estadísticas, Fondo Monetario Internacional.

CUADRO 2. Inflación, crecimiento y deuda, Aruba, 2002–2005.

	2002	2003	2004	2005
PIB real (1995 = 100; millones de US\$) ^a	1596,0	1620,6	1677,7	1731,4
Inflación, fin del período ^b	4,2	2,2	2,8	3,8
Inflación, promedio de 12 meses ^b	3,3	3,6	2,5	3,4
Crecimiento real (%) ^a	-2,6	1,5	3,5	3,2
Deuda interna (millones de US\$) ^c	410,0	431,2	494,1	516,5 ^d
Deuda externa (millones de US\$) ^c	510,7	413,8	477,5	532,7 ^d
Deuda total (millones de US\$) ^c	920,6	845	971,5	1049,2 ^d

^aBanco Central de Aruba, Oficina Central de Estadísticas, Fondo Monetario Internacional.

^bBanco Central de Aruba, Oficina Central de Estadísticas.

^cBanco Central de Aruba.

^dFin de septiembre de 2005.

(12,1%) situándose el número de personas desempleadas en 3.114, en comparación con el período correspondiente en 2004. Por consiguiente, la tasa de desempleo bajó de 7,2% en el tercer trimestre de 2004 a 6,2% en el período correspondiente en 2005. La mayoría de las personas no empleadas eran desempleados estructurales, dado el desequilibrio entre las necesidades de los empleadores y las destrezas y capacitación de las personas desempleadas. Inversamente, el número de personas empleadas se elevó a 47.350 (1.967 más), en gran parte por el aumento de personas empleadas por el sector privado (1.592 más, con un total de 41.036). El número de empleados públicos también aumentó a 6.314 (375 más). La población económicamente activa disminuyó levemente a 63%.

Demografía, mortalidad y morbilidad

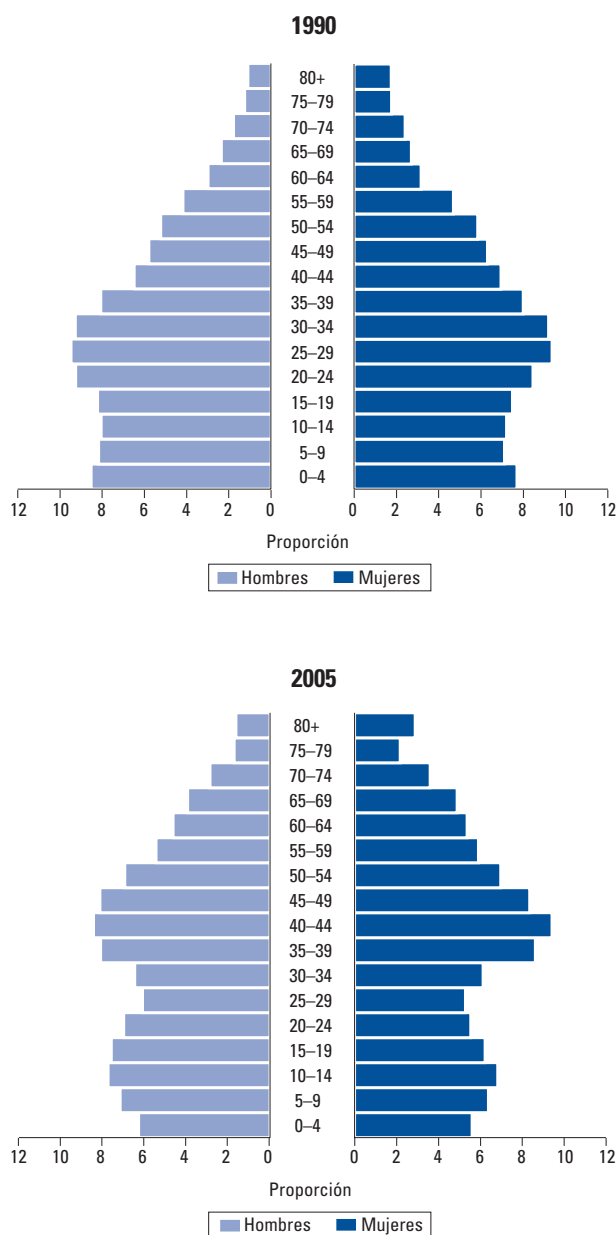
La población total aumentó 7,4% entre 2001 y 2004 (92.017 habitantes en 2001 y 98.829 en 2004), de los cuales 52,3% eran mujeres. En ese mismo período, el promedio de nacidos vivos fue de 1.228 y el número de defunciones registradas, de 482. En el año 2000, la población total del país era de 90.506 habitantes, cifra que representa un aumento de 35,7% en comparación con los datos de 1991 (66.687); el aumento de la población en los dos períodos se atribuye en parte al mayor número de inmigrantes

(3.076 en 2001 y 3.906 en 2004). De la población total en 2000, solo 66,1% nació en la isla. La densidad de la población aumentó constantemente de 501 habitantes por km² en 1999 a 549 habitantes por km² en 2004.

La tasa global de fecundidad en 2005 fue de 1,8. La tasa bruta de natalidad bajó de 14,3 por 1.000 habitantes en 2000 a 12,1 en 2004. En 2005, la esperanza de vida al nacer fue de 71,9 años (69,5 años para los hombres y 74,4 para las mujeres). Según el censo de 2000, la esperanza de vida al nacer para los hombres era de 70 años y para las mujeres, de 76 años, en cada caso aproximadamente un año menos que la esperanza de vida en 1991 de 71,1 años para los hombres y 77,1 años para las mujeres, según el censo de ese año (Figura 1). Los inmigrantes concentrados en grupos de edad de gran actividad económica son una contribución importante para la distribución de la población por edad. El porcentaje de personas de 65 años y más permaneció estable: 7% según el censo de 1991 y 7,3% según el de 2000. Sin embargo, se prevé un notable envejecimiento de la población, dado que la edad media aumentó de 32,9 a 33,9 años desde 1991; no obstante, la mayor parte del envejecimiento se disimula con la llegada de grandes grupos de trabajadores extranjeros en los últimos años, que en su mayoría son más jóvenes.

En el período 2000-2004, las tasas brutas de mortalidad se mantuvieron constantes (alrededor de 5 por 1.000 habitantes)

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Aruba, 1990 y 2005.



(Cuadro 3). Las probabilidades de defunción de los hombres de 55 a 70 años y de las mujeres de 60 a 70 años fueron significativamente más elevadas en 2000 que en 1991. En 2004, de un total de 499 defunciones, 36,3% fueron atribuibles a enfermedades del sistema circulatorio, 24,7% a neoplasias malignas, 7,8% a causas externas y 6,1% a enfermedades transmisibles. Entre 2000 y 2004, las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias malignas tuvieron el primer y segundo lugar entre las principales cau-

CUADRO 3. Tasas brutas de mortalidad, Aruba, 2000–2004.

Año	Población	Defunciones	Número de defunciones por 1.000 habitantes
2000	91.064	531	5,9
2001	92.676	435	4,7
2002	93.945	492	5,2
2003	96.207	501	5,2
2004	98.829	499	5,0

Fuente: Oficina Central de Estadísticas y Población, Registro Civil.

sas de muerte, mientras que las enfermedades transmisibles y las causas externas se alternaron entre el tercer y cuarto lugar.

La mortalidad por enfermedades transmisibles se mantuvo bajo control, pero la incidencia de enfermedades del sistema circulatorio y de neoplasias malignas crecieron significativamente, especialmente debido a estilos de vida no saludables, como los malos hábitos de alimentación y la falta de actividad (Cuadro 4).

Los datos más detallados de las causas de muerte en 2004 muestran diferencias entre los sexos (Cuadro 5). Las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias fueron las principales causas de muerte tanto en hombres como en mujeres; las causas externas representaron 12,1% del total de defunciones en los hombres y 2,3% en las mujeres. Las enfermedades transmisibles estuvieron en tercer lugar para las mujeres (8,1%) y en cuarto para los hombres (4,5%).

En los niños menores de 1 año, las afecciones originadas en el período perinatal causaron la mayor parte de las defunciones. En los grupos de 1 a 4 años, de 5 a 9 años y de 15 a 24 años, las causas externas fueron la principal causa de muerte. Las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias malignas fueron las causas más importantes de muerte en el grupo de edad de 25 a 64 años, seguidas de las causas externas; en este grupo de edad, las defunciones en los hombres, con más frecuencia, se debieron a enfermedades del sistema circulatorio y causas externas. En el grupo de 65 años y más, las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias malignas fueron las dos principales causas de muerte, seguidas de las enfermedades transmisibles.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

El número de defunciones en niños menores de 5 años en el período 2000–2004 varió de 7 en 2000 a 1 en 2004; las tasas de mortalidad infantil fueron de 5,4 por 1.000 nacidos vivos en 2002; 4,8 en 2001; 2,4 en 2003 y 0,9 en 2004. Según el Registro Civil, la tasa de mortalidad infantil en 1990 fue de 4 por 1.000 nacidos vivos y durante el período 1990–2004 fluctuó entre 1 y 8, con un promedio de 4 defunciones. En el período 2000–2004 se registraron 20 defunciones en este grupo de edad y

CUADRO 4. Causas de muerte como porcentaje del total de defunciones, Aruba, 2000–2004.

Causas	2000	2001	2002	2003	2004
Enfermedades del sistema circulatorio	34,8	30,3	34,5	35,6	36,3
Neoplasias malignas	22,9	21,7	25,7	27,9	24,7
Causas externas	6,7	8,7	9,6	8,5	7,8
Enfermedades transmisibles	7,3	9,6	7,6	4,7	6,1
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	9,2	6,4	5,1	4,3	2,9
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,4	0,6	0,6	0,2	0,0
Otras enfermedades	18,7	22,6	17,0	18,8	22,2

Fuente: Departamento de Salud Pública, Epidemiología e Investigación.

la causa más importante guardó relación con las afecciones originadas en el período perinatal (12 defunciones o 60% del total); las subcategorías de estas afecciones incluyeron trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (5 defunciones o 25% de todas las causas de muerte de niños registradas), seguidas de las malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas (3), fetos y recién nacidos afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo obstétrico (2) y trastornos respiratorios específicos del período perinatal (2). Otras causas importantes de muerte en niños fueron las causas externas, con un total de 2 defunciones.

En el período 2000–2004 fallecieron seis niños entre 1 y 4 años (tres niños y tres niñas). Las causas de muerte más importantes fueron las causas externas (lesiones y envenenamiento), con tres defunciones.

Salud de los niños de 5 a 9 años

En el período 2000–2004 se registraron ocho defunciones en este grupo de edad, de las cuales dos fueron por causas externas (lesión y envenenamiento) y dos por malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas.

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

Se registraron 10 defunciones entre los adolescentes de 10 a 14 años durante el período 2000–2004 (siete en hombres) y de estas,

cinco se debieron a causas externas. En el grupo de 15 a 19 años se registraron 14 defunciones (11 en hombres). Hubo nueve defunciones por causas externas (ocho por accidentes de transporte); solo una mujer falleció a consecuencia de estos accidentes.

En 2004, la tasa de fecundidad de adolescentes de 15 a 19 años fue de 37 nacidos vivos por 1.000 adolescentes de esta edad, considerablemente inferior a la tasa del año 2000 (51 nacidos vivos por 1.000) y la tasa de 1991 (58 nacidos vivos por 1.000).

Salud de los adultos y los adultos mayores

En 2004 se registraron 122 defunciones en el grupo de 20 a 64 años, de las cuales 89 fueron en hombres (73%) y 33 en mujeres (27%). Desde 2000 hasta 2004 no se notificaron casos de mortalidad materna. En 2004, las causas principales de muerte de hombres en este grupo de edad fueron los accidentes de transporte terrestre (10), el paro cardíaco (9) y la cardiopatía isquémica (7). En las mujeres, las neoplasias fueron la principal causa de muerte, principalmente el carcinoma de mama, con cuatro defunciones.

La tasa bruta de natalidad en 2001 era de 13,8 nacimientos por 1.000 habitantes, un porcentaje más bajo en comparación con la tasa de 18,5 en 1991. Las tasas de fecundidad específicas por edad en el año 2000 también fueron más bajas que las de 1991. Las tasas de fecundidad de mujeres en el grupo de edad de 20 a 24 años disminuyeron 40% desde 1991 hasta 2000. En las mujeres de 25 a 29 años y de 30 a 34 años, la disminución en las tasas de fecundidad también fue considerable (de 2,8 niños por mujer en 1991 a 1,85 en 2000). En el período 1991–2000, la edad media a la maternidad permaneció relativamente estable en los 27 años de edad. Según la Oficina Central de Estadísticas, la fecundidad de las mujeres arubanas está actualmente por debajo del nivel de sustitución generacional.

La Fundación para la Planificación Familiar, fundada en 1970 para promover una paternidad responsable, distribuye anticonceptivos al público general independientemente del estado civil; sin embargo, vale la pena destacar que desde 2000 hasta 2004, el número de usuarios disminuyó de 3.517 a 2.335. En 2004, del total de mujeres que usaba anticonceptivos, 60% prefería los anticonceptivos orales, 25% los inyectables, 11% los condones y el resto los dispositivos intrauterinos. En la actualidad, todas las

CUADRO 5. Causas de muerte como porcentaje del total de defunciones, por sexo, Aruba, 2004.

Causas	Hombres	Mujeres	Total
Enfermedades del sistema circulatorio	36,0	36,7	36,3
Neoplasias	22,5	27,6	24,7
Causas externas	12,1	2,3	7,8
Enfermedades transmisibles	4,5	8,1	6,1
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,0	0,0	0,0

Fuente: Departamento de Salud Pública, Epidemiología e Investigación.

mujeres tienen la posibilidad de disponer de un médico general, una partera o un ginecólogo para su atención prenatal. Antes de la introducción del programa del seguro médico general, que cubre las diferencias en los costos de los servicios de atención perinatal, las opciones eran más limitadas: las mujeres amparadas por seguro médico privado y las empleadas siempre podían elegir qué profesional de la salud querían que las asistiera durante el embarazo, pero las mujeres portadoras de tarjetas para personas pobres (tarjetas *pour pauvre*) podían optar solo por los servicios de una partera.

En 2004 se registraron 380 defunciones en el grupo de 60 años y más, de las cuales 196 fueron en hombres (52%) y 184 en mujeres (48%). Las principales causas de muerte en los hombres fueron la cardiopatía isquémica (19), las enfermedades cerebrovasculares (17) y la diabetes mellitus (13) y en las mujeres, las enfermedades cerebrovasculares (20), la diabetes mellitus (19) y la enfermedad hipertensiva (14).

Salud de la familia

Según el censo del año 2000, el país tenía una población de 90.506 habitantes, 29.264 hogares y un promedio de personas por hogar de 3,1; el promedio de personas por hogar en 1981 y 1991 era de 4,0 y 3,5, respectivamente. Desde 1991, el número de personas que viven en viviendas pequeñas (de 1 a 3 personas) ha aumentado, mientras que el número de personas que viven en viviendas más grandes (de más de tres personas) disminuyó. El número de hogares con familias nucleares (aquellas con una pareja casada con o sin hijos, un padre soltero con hijos o una madre soltera con hijos) aumentó de 9.800 a 13.693 (casi 40%) entre 1991 y 2000, pero como porcentaje del total de familias, disminuyó de 51% a 47%. El número relativo de hogares con familias grandes también disminuyó de 18% a 16%, así como también el número de viviendas colectivas (instituciones como hogares para personas mayores, jóvenes o personas con discapacidad física), de 20% en 1991 a 15% en 2000.

Salud de los trabajadores

El Centro de Salud Ocupacional para el sector público, Bedrijfsgezondheids Dienst, realiza controles de salud antes de la contratación para empleo y vigila a los trabajadores enfermos. El centro también es responsable de la prevención y el control de los riesgos ocupacionales, los aspectos educativos sobre la salud del trabajador, el registro de accidentes y las enfermedades ocupacionales. En 2003, el índice de ausentismo en el sector público fue de 4,7%, con un período promedio de ausentismo de 5,5 días. Las enfermedades más frecuentes que contribuyeron al ausentismo laboral fueron la influenza, los trastornos digestivos y las cefaleas. Las lesiones en el hogar, los accidentes de transporte y los accidentes ocupacionales fueron las causas que más contribuyeron al ausentismo relacionado con accidentes.

Salud de las personas con discapacidad

Según el censo de 2000, 5.034 personas (5,6% de la población) tenían discapacidades físicas o mentales; la más frecuente era la discapacidad motora (30,3%), seguida de la visual (20,6%). La prevalencia de discapacidad en los hombres fue un poco mayor (5,8%) que en las mujeres (5,4%). La Fundación para las Personas con Trastornos Mentales cuenta con la guardería infantil Bibito Pin para niños de 2 a 16 años; la escuela Dununman para niños de 8 a 18 años con dificultades de aprendizaje; la guardería Briyo di Solo para adolescentes y adultos de 16 años de edad o más; el Centro Man an Obra, una escuela que brinda la capacitación y las destrezas necesarias para un oficio, y el hogar Home Sjabururi, que ofrece atención permanente para adultos discapacitados. La Fundación Ambiente Felis, financiada por el gobierno y las contribuciones mensuales de los padres o familiares de los usuarios, brinda atención permanente para adultos con discapacidades mentales. Las tres discapacidades más comunes son el síndrome de Down, las discapacidades mentales graves (baja funcionalidad) y las discapacidades de diagnóstico dual (mentales y físicas, como sordera, ceguera y la imposibilidad de caminar); las enfermedades más comunes son la influenza, la epilepsia, la diabetes, la infección crónica de las vías respiratorias y los problemas cardíacos.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE LA SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

En 2001 se registraron 20 casos de **dengue**, 27 en 2002 y 33 en 2003. En 2004, la isla experimentó un brote de dengue 3 con 171 casos. A fines de 2005 se registró otra epidemia de dengue que duró seis meses; en esta ocasión se notificaron 3.880 casos al Departamento de Salud Pública, 42% de los cuales se confirmaron en el laboratorio; se observó un caso de **dengue hemorrágico** y se aislaron los serotipos 2 y 3. En Aruba se han observado todos los serotipos de dengue, con excepción del tipo 4. No se notificaron otras enfermedades transmitidas por vectores en el período de revisión.

Enfermedades inmunoprevenibles

Como parte del programa de vacunación del Reino de los Países Bajos (Cuadro 6), a todos los niños, desde los 3 meses hasta los 11 años, se les administran las vacunas contra la poliomielitis y la DPT (difteria, tos ferina, toxoide tetánico), el Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b), la parotiditis, el sarampión y la rubéola (SRP) y la poliomielitis y la DT (difteria, toxoide tetánico).

Enfermedades infecciosas intestinales

No hubo casos de **cólera** en el período de revisión. En 2004 se registraron 13 casos de **shigelosis** y 47 de **salmonelosis**.

CUADRO 6. Esquema de vacunación nacional, Aruba.

Vacuna	Edad de vacunación
DPT-Polio-Hib	3, 4, 5 y 12 meses
SRP	14 a 15 meses
DT-Polio	5 años
DT-Polio-SRP	10 a 11 años

Fuente: Servicio de la Salud Juvenil, Departamento de Salud Pública.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 2003 se registraron 12 casos de **tuberculosis pulmonar** y en 2004, 2; no se registraron casos de otras formas de tuberculosis. En 2003 se notificaron 19 casos de **sífilis** y en 2004, 11. No hubo casos de **lepra** en 2004.

Zoonosis

En el período 2001–2005 no se notificaron casos de rabia u otras zoonosis.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**Enfermedades nutricionales y del metabolismo**

Según una encuesta realizada en 1998 sobre los hábitos de alimentación y la actividad física de niños en edad escolar, 20% de los niños de 6 a 14 años no desayunaba antes de ir a la escuela, y a medida que crecían era menos probable que consumieran algo en la mañana. Alrededor de tres cuartas partes de los niños en edad escolar consumían una comida caliente todos o casi todos los días; los niños de la escuela primaria tendían a comer más frutas (46%) que vegetales (39%); el 45% de los niños consumía por lo menos una botella de bebida gaseosa por día; más de las tres cuartas partes consumía más de dos vasos de agua por día; 70% llevaba comida a la escuela y 65% llevaba bebidas, pero a medida que crecían era menos probable que lo hicieran.

En 2003, 80% de los hijos nacidos en último lugar eran alimentados con leche materna hasta cuatro semanas después del nacimiento y 24% de ellos eran alimentados exclusivamente con leche materna; después de las 17 semanas, 37% era alimentado con leche materna y 8%, exclusivamente con leche materna; a las 26 semanas, solo 15% era alimentado con leche materna y 3%, exclusivamente con leche materna. El estudio sugiere que los principales motivos por los cuales esta práctica se interrumpe son el escaso conocimiento práctico sobre el valor de la lactancia, la falta de confianza en sus beneficios y la negativa de los niños a ser amamantados.

El sobrepeso es otro tema que requiere atención especial. Una encuesta sobre mediciones antropométricas, realizada en 2001 por el Departamento de Salud Pública, indicó que solamente un cuarto de la población tenía un peso corporal normal; 16% tenía un leve sobrepeso; 19,5% tenía más que un leve sobrepeso, con riesgo para su salud y 38% era obesa (IMC = >30).

Según una encuesta de salud realizada en 2001 por el Departamento de Salud Pública, 5,7% de la población tenía **diabetes**. Simultáneamente con esa encuesta, se realizó un examen médico a una submuestra de los participantes de 20 años o más; los resultados mostraron que 13,2% tenía diabetes y otro 9,2% intolerancia a la glucosa. En 2002 se registraron 25 defunciones por diabetes y en 2004, 37.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades del sistema circulatorio son las principales causas de muerte. En 2001 se registraron 142 defunciones por enfermedades cardiovasculares y en 2004, 185.

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas son la segunda causa de muerte y en 2004 representaron 24,7% de las 499 defunciones registradas. Las principales neoplasias malignas para ambos sexos combinados fueron las de los órganos digestivos y el peritoneo, el estómago y el colon. En las mujeres, la causa principal de muerte por neoplasias malignas fue el cáncer de mama y en los hombres, el cáncer de pulmón.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD**Salud oral**

El Servicio de Atención Dental Juvenil cuenta con dos dentistas y un higienista, y trabaja estrechamente con el público, especialmente a través de jardines de infantes y escuelas elementales, a fin de proporcionar información sobre la atención dental a padres e hijos. El servicio de atención dental preventiva comprende programas semanales de enjuague con fluoruro realizados en jardines de infantes y escuelas elementales, y el servicio curativo de atención dental incluye la derivación de los niños en edad escolar a un dentista del gobierno.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD**Políticas y planes de salud**

La atención de salud en la isla se basa en regulaciones generales, especialmente la Ley de Salud Pública, que encomienda al Departamento de Salud Pública la organización de la atención de salud y la supervisión y promoción de la salud, y en regulaciones específicas, que tratan áreas diferenciadas de la salud pública, tales como las profesiones de la salud, la salud mental, la supervisión de drogas y narcóticos, la higiene y las enfermedades (Cuadro 7).

Organización del sistema de salud

El Departamento de Salud Pública, bajo la supervisión del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, se encarga de pro-

mover la salud pública así como también de la administración del laboratorio público. Ofrece servicios de atención de salud y dental a los jóvenes, de salud ocupacional, de control de la fiebre amarilla y el dengue, de inspección sanitaria y de alimentos, de promoción de la salud y educación sanitaria, de epidemiología e investigación, de psiquiatría social, de laboratorio público y de veterinaria.

El Servicio de Salud a la Juventud supervisa y apoya el crecimiento y desarrollo de los niños, incluida la vigilancia periódica de la vista, el oído, el peso, los dientes y el cabello de los niños de primero a quinto grado. Los niños en los que se detecta un problema son derivados a especialistas. Además, el país cuenta con tres instituciones residenciales que brindan atención temporal y educación a niños y jóvenes con problemas sociales, emocionales y de comportamiento: Casa Cuna Progreso, que recibe lactantes y niños hasta los 5 años de edad; Imeldahof, que se encarga de niños y adolescentes de 6 a 18 años, y Cas pa Hubentud, que ofrece servicios a personas entre 12 y 21 años. Los pacientes son referidos a estas instituciones por el Departamento de Asuntos Sociales y la Junta de Tutela.

Servicios de salud pública

La Unidad de Epidemiología e Investigación del Departamento de Salud Pública se encarga de recopilar, generar, procesar y analizar sistemáticamente información, con el objeto de difundir los datos sobre salud importantes para el desarrollo, la plani-

ficación y la evaluación de políticas. La unidad lleva a cabo la implementación de la vigilancia, las investigaciones de brotes y la recopilación de los datos necesarios para medir las evaluaciones de las necesidades y establecer políticas de atención de salud. La información obtenida también se utiliza para diseñar planes estratégicos para asuntos de salud como el sida, el dengue y la nutrición, así como también para investigaciones sobre la atención de salud y las actividades de promoción. Además, tiene a su cargo la publicación de *Epi-Alert* (boletín sobre epidemias o brotes en Aruba o en la región) e *Info-Epi* (información epidemiológica), brinda información a otras secciones dentro del Departamento de Salud Pública y a otros departamentos gubernamentales y no gubernamentales y realiza encuestas.

El Servicio de Atención Psiquiátrica Social ofrece servicios ambulatorios para pacientes psiquiátricos crónicos, medicamentos y tratamientos, y ofrece apoyo a pacientes y sus familias en su propio entorno.

Por ley, los proveedores de atención de salud deben notificar los casos diagnosticados o presuntos de enfermedades infecciosas al Servicio de Enfermedades Contagiosas del Departamento de Salud Pública, donde el personal de enfermería del servicio de salud pública se encarga del seguimiento de los pacientes. El Departamento de Salud Pública toma medidas de control para prevenir un posible brote.

El país no cuenta con una fuente natural de agua potable y tiene muy poca precipitación pluvial. La compañía de agua y energía, W.E.B. Aruba N.V., realiza la desalinización del agua marina para producir agua potable de muy alta calidad, la cual está garantizada por una serie de medidas de análisis por parte de la compañía y el laboratorio de salud pública.

La Cruz Blanca y Amarilla, una organización que presta atención domiciliaria de enfermería, brinda atención a madres recientes y sus niños, a diabéticos, pacientes terminales y otras personas que necesitan atención domiciliaria. También ofrece información y educación sobre temas de salud como la seguridad en el hogar, el cuidado de los niños, la diabetes y la vacunación.

El Hospital Dr. Horacio Oduber, la única institución en su género en Aruba, es un establecimiento privado y sin fines de lucro, administrado por una fundación. Construido en 1970 y situado en la parte noroeste de la isla, cuenta con 350 camas para pacientes hospitalizados y está bien equipado para proporcionar servicios altamente especializados de medicina interna, cirugía, cardiología, urología, ginecología y obstetricia, pediatría, otorrinolaringología, oftalmología, neurología, neurocirugía, ortopedia, dermatología, cirugía plástica y psiquiatría. En 2004 se atendieron en el hospital 11.700 pacientes y la tasa de ocupación fue de 88,7%; el promedio de duración de la estancia hospitalaria fue de 8,4 días. El hospital tiene además una sala de urgencias que funciona las 24 horas del día. Los servicios de atención ambulatoria disponen de salas de consulta para la mayoría de las especialidades y se ofrecen servicios de hemodiálisis y servicios auxiliares de fisioterapia, cuidado de heridas y radiología.

CUADRO 7. Leyes que regulan el funcionamiento de los sistemas y de las condiciones de la atención de salud pública, Aruba.

Regulación general
Ley de Salud Pública (1989)
Regulaciones específicas
Ley sobre la Práctica Médica (1996)
Ley sobre la Práctica Dental (1989)
Ley sobre la Autorización de Farmacéuticos y Auxiliares de Farmacias (1960)
Ley sobre Parteras (1999)
Ley Disciplinaria Médica (1957)
Ley de Salud Mental (1992)
Ley sobre Provisión de Drogas (1969)
Ley sobre Narcóticos (1960)
Ley sobre Protección de Alimentos (1995)
Ley sobre Enfermedades Contagiosas (1992)
Ley sobre Cuarentena (1992)
Ley sobre Importación de Animales Pequeños (1992)
Ley sobre Pesticidas (1961)
Ley sobre Matanza e Inspección (1996)
Ley sobre Entierros (1999)
Ley sobre Certificados de Defunción (1999)
Ley sobre Protección del Medio Ambiente (1995)
Ley sobre el Seguro Médico General (AZV; 1992)

La demanda de trabajadores extranjeros sobrecarga el sistema de salud

El auge de la industria hotelera y de la construcción en Aruba, que comenzó en la década de 1990, generó una escasez de mano de obra que requirió traer trabajadores de otros países. En el año 2000, el número de personas empleadas aumentó por encima de 40%, y dos de cada cinco personas en edad de trabajar eran extranjeros. La afluencia de una población no arubana más joven presenta desafíos para el sistema de salud, ya que por una parte tiene que afrontar los problemas de salud de los jóvenes, como las lesiones y las enfermedades infecciosas y por otra, atender las enfermedades y discapacidades de una población que envejece. Para hacer frente a estos desafíos, el Departamento de Salud Pública ofrece diferentes servicios y supervisa y coordina el trabajo de las organizaciones no gubernamentales en la provisión de servicios de atención de salud adicionales.

Servicios de atención a las personas

En los últimos años ha surgido una nueva tendencia de especialistas que establecen clínicas independientes (prácticas privadas y centros de médicos colaboradores en la misma especialización o en especializaciones relacionadas), en lugar de usar los servicios ambulatorios del hospital, aunque muchas de estas clínicas independientes se concentran en el área del hospital. Otra tendencia es el establecimiento de laboratorios clínicos privados, para los cuales se necesita crear programas con el fin de asegurar la calidad del equipo utilizado y de los exámenes que se llevan a cabo. Un centro privado de hemodiálisis, la Clínica Posada, presta principalmente servicios a turistas que visitan la isla, aunque la población local también hace uso de estos servicios.

Las organizaciones no gubernamentales (ONG), cuyo número está en crecimiento, prestan una variedad de servicios de atención de salud. El desafío para el Departamento de Salud Pública es asegurar la debida vigilancia de todos los servicios de estas organizaciones y fomentar la cooperación entre ellas. Además de los servicios infantiles que brinda el Departamento de Salud Pública, muchas ONG ofrecen servicios para los niños y los jóvenes, como albergue para niños maltratados o desamparados, actividades recreativas y oportunidades de empleo. Otras ONG atienden los intereses de pacientes con trastornos mentales, auditivos y visuales y con algún tipo de discapacidad física. Una nueva organización sin fines de lucro ofrece los servicios de centros de reinserción social para pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos y varias ONG brindan atención a las personas mayores. Conjuntamente, estas organizaciones administran tres hogares para personas mayores en Oranjestad, Savaneta y San Nicolás, con un total de 253 camas. En los próximos años, el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida al nacer plantearán demandas aún mayores y más cambiantes en el sistema de salud. Entretanto, la escasez de servicios de atención a largo plazo para las personas mayores ya es una realidad: en 2004, 85 personas figuraban en la lista de espera para obtener el ingreso a un hogar geriátrico.

Recursos humanos

En 2005 había aproximadamente un médico en la práctica general por cada 2.900 habitantes, un director general de salud pública por cada 16.500, un dentista por cada 4.000 y un psiquiatra o neurólogo/psiquiatra por cada 16.500 (Cuadro 8).

CUADRO 8. Personal de atención de salud, Aruba, 2005.

Médicos generales	34
Especialistas	66
Anestesiólogos	5
Directores Generales de Salud Pública	6
Dermatólogos	3
Ginecólogos	4
Internistas	8
Pediatras	6
Neurocirujanos	2
Neurólogos/psiquiatras	3
Psiquiatras	3
Oftalmólogos	3
Cirujanos ortopedistas	4
Radiólogos	4
Traumatólogos	2
Otorrinolaringólogos	4
Patólogos	0
Urólogos	1
Cirujanos plásticos	2
Cardiólogos	3
Nefrólogos	1
Gastroenterólogos	1
Oncólogos	1
Médicos empleados por el gobierno	18
Otros médicos	29
Otro personal de la salud	
Dentistas/ortodoncistas	25
Farmacéuticos	21
Veterinarios	9
Parteras	7

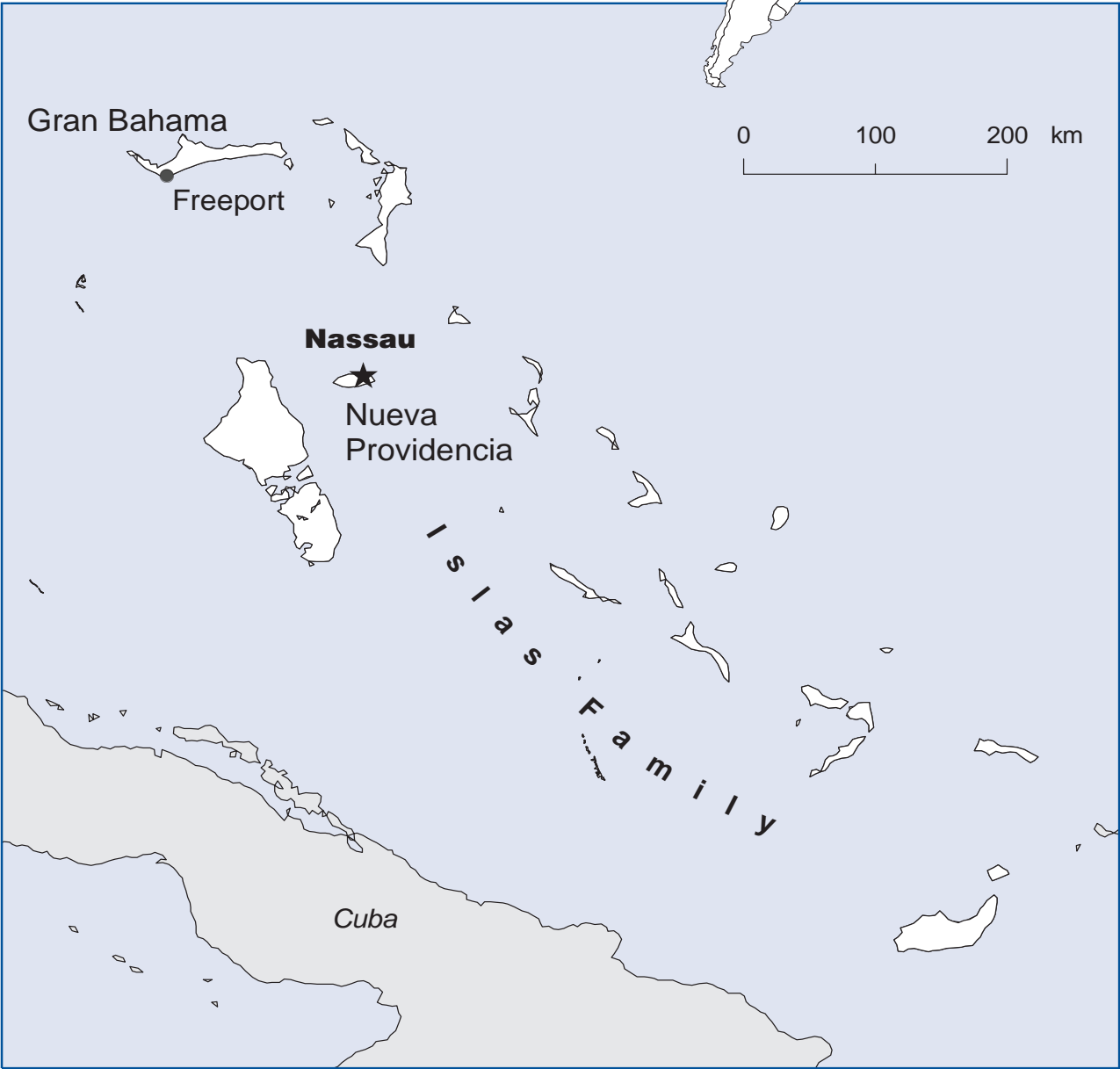
Fuente: Departamento de Salud Pública, Aruba.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

Además de la administración de datos epidemiológicos, la Unidad de Epidemiología e Investigación realiza investigaciones sobre la salud. Entre las actividades recientes se incluyen encuestas sobre hábitos de alimentación y actividad física entre los niños de la escuela primaria; encuestas sobre conocimientos, ac-

titudes, creencias y prácticas referentes al VIH/sida, nutrición y ejercicio en adolescentes; una encuesta nacional sobre la salud general de la población; estudios sobre el consumo de servicios médicos, e investigaciones sobre estilos de vida, como hábitos de alimentación, actividad física, tabaquismo, consumo de alcohol, etc., y comportamiento preventivo.

BAHAMAS



La Mancomunidad de las Bahamas es un archipiélago de alrededor de 700 islas y cayos que abarcan una superficie de 13.940 km² y están diseminados en el Océano Atlántico, a poca distancia de la costa sudoriental de la Florida y al nordeste de Cuba. Las actividades industriales de mayor importancia dentro de la economía nacional son, ante todo, el turismo, seguido de las operaciones bancarias y las inversiones internacionales.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

La población total del país en el año 2000 se estimó en 303.611 habitantes, cifra que representa un aumento de 19% en comparación con 1990; más de 95% de los habitantes residían en siete de las islas. Los dos centros principales de población son Nassau, la capital, situada en Nueva Providencia (210.832 habitantes) y Freeport, situada en Gran Bahama (46.994 habitantes). Las demás islas y cayos habitados se conocen como Islas Family. El país está dividido en cuatro regiones: Región 1 (Nueva Providencia y Gran Bahama); Región 2 (Ábaco, Andros, y Eleuterio); Región 3 (Exuma y Long Island) y Región 4 (otras islas del grupo Family).

Determinantes sociales, políticos y económicos

La Mancomunidad de las Bahamas se independizó del Reino Unido en 1973. Su sistema de gobierno es una democracia parlamentaria inspirada en el modelo de Westminster; cuenta con un Gobernador General que representa la monarquía, un poder legislativo bicameral que incluye un Parlamento elegido por votación y un poder judicial independiente. El gobierno está encabezado por un Primer Ministro. Las islas Family tienen un sistema local de gobierno integrado por varios consejos de distrito elegidos localmente y un consejo central presidido por un administrador de la isla que es un funcionario público nombrado.

En 2001 se realizó la Encuesta sobre las Condiciones de Vida en Bahamas (BLCS, por sus siglas en inglés) en 6.414 hogares, que fue la primera encuesta de su género efectuada en el país. Los datos sobre las condiciones generales de vida señalaron una enorme variación del estándar de vida entre las distintas nacionalidades. Los bahameses nativos, que forman 89% de la población, constituyen cerca de 88% de los que se hallan en el quintil más rico, y algo más de 84% del quintil más pobre. Para evaluar la pobreza, la encuesta utilizó los gastos del hogar per cápita como medida del bienestar. Este parámetro indicó que la tasa de pobreza es de alrededor de 9%, y que cerca de 5% de los hogares se hallan por debajo del límite de pobreza de US\$ 2.863 por per-

sona. Se utilizó como límite de pobreza un umbral absoluto de indigencia, dado que representa la mínima cantidad de dinero que hace falta para pagar una dieta adecuada y cubrir las demás necesidades. Cerca de 76% de los pobres habitan en las zonas urbanas densamente pobladas de Nueva Providencia y Gran Bahama. El país se destaca por las enormes desigualdades en la distribución de la población, que son reflejo de las grandes disparidades en los estándares de vida.

Según la encuesta BLCS, cerca de 62% de la fuerza de trabajo estaba empleada en el sector privado, 21% en servicios del gobierno y 17% trabajaba por cuenta propia. La explotación de menores no estaba generalizada en el momento de la encuesta; solamente 2,4% de los niños eran económicamente activos (menos de 1% de la fuerza laboral total) y todos provenían del quintil más pobre. Las cifras más altas de desempleo correspondieron a los jóvenes (12%), los pobres (11,6%) y las mujeres del quintil 1 (5,4%). Entre las diferentes nacionalidades, los haitianos tenían la tasa de desempleo más elevada (8% frente a la cifra promedio nacional de 4,6%).

La paridad con el dólar norteamericano se ha mantenido desde 1972. En 2005, el ingreso per cápita se calculó en US\$ 17.883. En el período 2000–2002, los ingresos provenientes del turismo y las actividades comerciales relacionadas con el mismo superaron 50% del PIB y en forma directa o indirecta, justificaban 60% de los puestos de empleo. El Ministerio de Turismo informó que 4,6 millones de personas visitaron las Bahamas en 2003; de ellas, 1,6 millones eran visitantes que hacían escala en las islas. En 2005, más de 5 millones de turistas visitaron las islas.

Las actividades financieras representaron 15% del PIB. En 2003 había 284 bancos y sociedades fiduciarias autorizadas para operar dentro de las Bahamas; la amplia mayoría de ellas eran sucursales, subsidiarias o afiliadas a grandes instituciones bancarias de América del Norte y del Sur y de Europa Occidental. Según el registro de compañías de seguros, en 2003 poseían licencia para operar 163 compañías, corredores y agentes de seguros. De estas compañías, 137 operaban en el sector doméstico y 26 actuaban como aseguradoras externas.

A pesar de tener un PIB per cápita alto, existían enormes desigualdades en la distribución de la riqueza y la mayor parte de

esta se concentraba en los principales centros comerciales y turísticos del país situados en un reducido número de islas. El PNB creció de US\$ 15.447 per cápita en 1999 a US\$ 16.756 en 2002.

La tasa de alfabetización entre los adultos en 2005 era de 95,8% (95,0% para los hombres y 96,7% para las mujeres). El sistema escolar cuenta con 147 escuelas públicas y 42 escuelas privadas independientes. El sistema educativo oficial incluye escuelas primarias para todas las edades, secundaria intermedia (grados 7º a 9º) y avanzada (grados 10º a 12º). Las escuelas independientes (en su mayoría administradas por la Iglesia) y privadas son supervisadas por distintos órganos del gobierno. Sin embargo, dichas escuelas funcionan en gran medida dentro del marco que establece la Ley de Educación de 1996, que reglamenta el funcionamiento de las escuelas públicas, las cuales, en muchos casos reciben subsidios del gobierno. La educación primaria y secundaria es gratuita y universal en todo el país, y la asistencia escolar es obligatoria desde los 5 años hasta los 16 años de edad. La inscripción de niños en el nivel preescolar para todo el ámbito nacional fue de 85% (51% para los pobres y 91% para los que no eran pobres). El país continuamente enfrenta el problema de garantizar un sistema educativo equitativo para todos los estudiantes. Según la encuesta BLCS 2001, 68,5% de las personas menores de 25 años estaban matriculadas en algún tipo de institución educativa (guarderías, escuelas primarias o secundarias, o la universidad); más de 75% tenían de 5 a 16 años de edad, y 52% eran varones. Existen en el país instituciones educativas internacionales y locales que ofrecen sus servicios en el país, la mayoría de ellas en Nueva Providencia, aunque hay otros centros en algunas de las islas más extensas del grupo Family.

El crimen y la violencia fueron motivo importante de preocupación para la salud pública en el período 2001–2005. Los informes anuales de la policía señalan problemas graves con el tráfico de narcóticos, sobre todo de cocaína y marihuana, así como con el número creciente de armas cortas y livianas que ingresan ilegalmente al país destinadas a usos criminales.

La Empresa de Abastecimiento de Agua y Alcantarillado se ocupa del suministro municipal de agua corriente en las Bahamas. La producción de agua potable en los sistemas municipales y privados se controla habitualmente, y el Programa para el Control de la Calidad del Agua del Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental efectúa análisis bacteriológicos y bioquímicos para asegurar su calidad. Los resultados de estos análisis se entregan a las empresas proveedoras y se utilizan para estudiar las tendencias, determinar posibles problemas con el suministro y aconsejar mejoras. Durante 2001–2005, cerca de 96,4% de la población total tuvo acceso al suministro de agua corriente mediante conexiones domiciliarias y otros medios de provisión de agua corriente adecuados. La provisión de agua potable en las islas Nueva Providencia y Family se obtiene mediante instalaciones que extraen el agua de fuentes subterráneas. La población que no cuenta con sistemas de agua corriente depende de pozos y tanques de lluvia. En las zonas rurales, pese a que puede con-

tarse con agua limpia y saludable, existen algunos inconvenientes que no han podido solucionarse debido a limitaciones operativas, de recursos y técnicas. En 2000, el gasto medio mensual de cada hogar para el consumo de agua fue de 0,8%.

La mayor parte de los hogares residenciales cuenta con inodoros con descarga (16%) o conectados a un pozo ciego o cámara séptica (82%). Cerca de 4,5% de las viviendas poseen letrinas de pozo, mientras que 1,1% carecen de inodoros o retretes en la vivienda.

Los vertederos regionales de desechos de Nueva Providencia reciben anualmente más de 181.000 toneladas de residuos sólidos. La elevada tasa de producción de residuos en las Bahamas es consecuencia de su enorme dependencia de las importaciones, que por lo general tienen abundante embalaje; de la falta casi total de iniciativas de reciclado para reducir los componentes de papel, plástico y metal, y del enorme volumen de desechos que produce la industria del turismo.

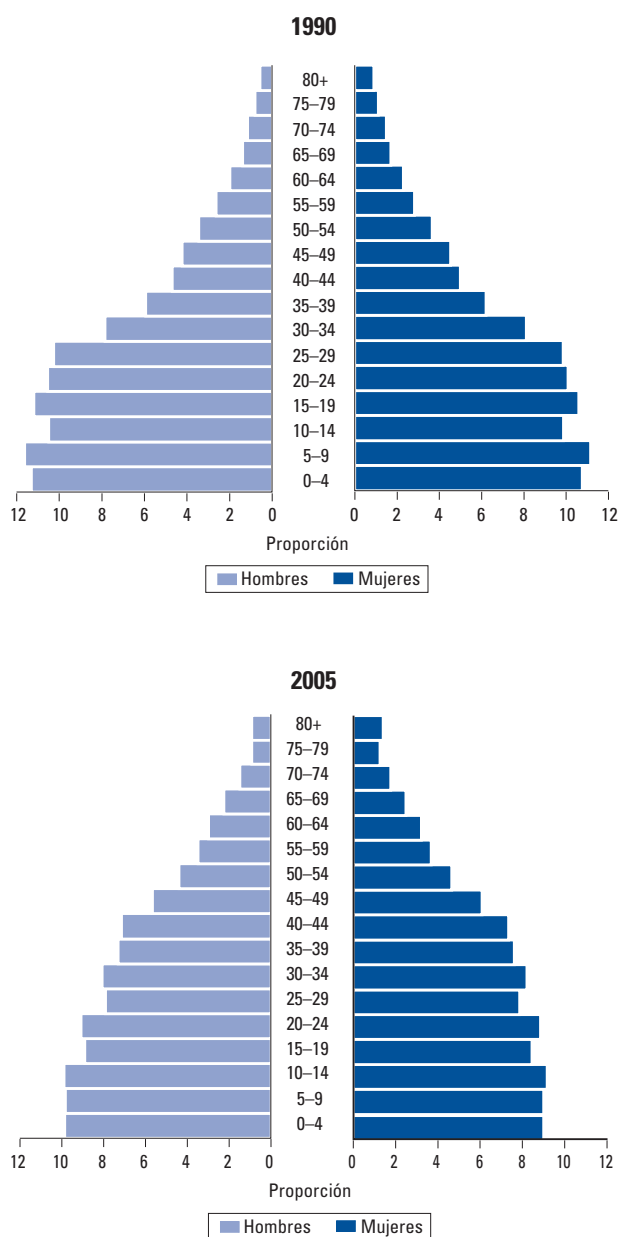
El Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental controla la inocuidad de los alimentos que se expendan al público para consumo, por medio de inspecciones de las carnes en los mataderos, la obtención y el análisis en el puerto de ingreso de muestras de alimentos envasados importados, y las inspecciones sanitarias de los establecimientos que trabajan con alimentos. Los brotes de intoxicaciones por ingerir moluscos, que son un problema sanitario grave, han ido disminuyendo en forma sostenida en los últimos cinco años gracias a que se pusieron en práctica distintas estrategias multisectoriales, entre ellas, la puesta en vigor en 2004 de la capacitación obligatoria en seguridad de los alimentos para todas las personas que manipulan alimentos.

La temporada anual de huracanes en las Bahamas se extiende del 1º de junio al 30 de noviembre. El Organismo Nacional para el Manejo de Situaciones de Emergencia es el encargado de la planificación frente a situaciones de desastre inminente y la organización de la respuesta luego de ocurridas. A lo largo del período de estudio, las Bahamas sufrieron cuatro huracanes y varias tormentas tropicales que causaron grandes devastaciones como consecuencia de las inundaciones y los vientos. El huracán Michelle, que azotó la región noroeste de las Bahamas en 2001, causó cuantiosos daños materiales; también se notificaron varios casos de personas con síndrome de estrés postraumático. Los huracanes Jeanne y Frances en 2004 ocasionaron cuantiosos gastos en razón de los gravísimos destrozos de infraestructura en Gran Bahama y Ábaco. Los costos provocados por el huracán Francis se calcularon en 7% del PIB del país para ese año. En 2005, el huracán Wilma ocasionó extensos daños materiales en Gran Bahama.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La pirámide de población (Figura 1) muestra la transición de una población predominantemente joven a una menos joven, debido a la disminución de las tasas de fecundidad y el aumento de

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Bahamas, 1990 y 2005.



la esperanza de vida. Las razones diferenciales por sexo fueron más marcadas en los ancianos que en los demás grupos de edad; por cada 1.000 mujeres había solamente 708 hombres. En 2001, la esperanza de vida era de 76 años para las mujeres y de 70 años para los hombres. La razón hombre/mujer en el país era de 95:100. La tasa de crecimiento anual de la población disminuyó de 2,2% en 1980 a aproximadamente 1,9% en 2002.

En 2003, 28,4% de los habitantes eran menores de 15 años y 5,2% tenían 65 años y más. La razón de dependencia por edad fue de 62,1%. El 50,5% de la población total eran mujeres. Las mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años) representaban 55,3% de la población femenina y 28% de toda la población. En el período 2001–2005, la tasa global de fecundidad permaneció bastante estable (2,3 hijos por mujer). Las tasas de fecundidad específica para la edad en los grupos de 15 a 19 años y de 20 a 24 años en 2003 fueron de 46,1 y 96,5 por 1.000 mujeres, respectivamente.

La tasa de mortalidad de lactantes fluctuó entre 12,7 por 1.000 nacidos vivos en 2001 y 17,3 en 2004; la mortalidad en menores de 5 años disminuyó de 0,5 por 1.000 niños en 1999 a 0,4 en 2003. Hubo una defunción materna en cada uno de los años 2003 y 2004. La tasa bruta de natalidad se mantuvo en 16 por 1.000 habitantes en 2003. Entre los años 2001 y 2004, la tasa bruta de mortalidad aumentó de 5,4 a 5,7 por 1.000 habitantes y en 2003 descendió a 5,2 (1.649 defunciones). La esperanza de vida al nacer se mantuvo en constante crecimiento y en el período 1999–2001 era de 73 años (69,9 años para los hombres y 76,4 para las mujeres). En 2003, las tasas de mortalidad específicas para la edad fueron más altas para los hombres en todos los grupos de edad.

Entre 2001 y 2003 hubo 6.600 defunciones y las enfermedades cardiovasculares representaron 58% del total (31,8% para las mujeres y 26,2% para los hombres). Las lesiones e intoxicaciones o envenenamientos representaron 15,9% de las defunciones (4,0% para las mujeres y 11,9% para los hombres).

Los datos de la encuesta BLCS 2001 indican la existencia de un desplazamiento permanente de las poblaciones rurales periféricas hacia zonas urbanas más desarrolladas. El porcentaje de la población que habita en las Islas Family se redujo de 16,5% en 1990 a 14,9% en 2000, lo que obedece, en gran medida, a la emigración hacia Nueva Providencia o Gran Bahama (Región 1) en busca de mejores oportunidades de trabajo.

La mayor parte de los que migraban eran personas jóvenes y la mitad de ellos, tanto hombres como mujeres, tenían menos de 25 años de edad. Los hombres representaban 64% de los emigrantes internos. La constante afluencia de migrantes internos provenientes de la Región 1, así como la llegada de inmigrantes extranjeros y el florecimiento de la industria turística, con el tiempo pondrán una carga excesiva al sistema de salud.

El enorme ingreso de inmigrantes también crea otros desafíos para las condiciones sociales y económicas del país. Los datos sobre inmigración demuestran la existencia de dos modalidades migratorias: un grupo más pobre que busca oportunidades de trabajo y un grupo de edad mediana con mayor poder adquisitivo que llega a las Bahamas para ocupar puestos de trabajo mayormente profesionales. Los emigrantes más pobres muestran una tendencia a incrementar la demanda de servicios sociales del país, entre los que se incluyen las instituciones públicas de salud y las escuelas. Los emigrantes con mayor riqueza prefieren recu-

rrir a las instituciones privadas (de salud, educación, etc.), pero aun así, sus hábitos de consumo imponen nuevas demandas sobre los recursos públicos, como los servicios eléctricos y el sistema telefónico.

Los inmigrantes que ingresan al país indocumentados tienden a habitar en condiciones deficientes en zonas marginadas superpobladas, creando graves preocupaciones en cuanto al saneamiento ambiental y la posibilidad de enfermedades transmisibles, sobre todo, dado el crecimiento de la densidad de población de Nueva Providencia.

La población de origen haitiano, apenas por encima de 6% en el censo de 2000, constituía más de 14% de las personas clasificadas en el quintil más pobre. Dentro de los grupos que inmigraron a las Bahamas en los cinco años anteriores a la encuesta BLCS 2001, cerca de 84% de los haitianos tenían un ingreso per cápita inferior a US\$ 8.524 y constituían el grupo de inmigrantes más numeroso (33%). Otros grupos de inmigrantes estaban constituidos por personas provenientes del Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y otras islas y territorios del Caribe.

Las enfermedades crónicas no transmisibles representaron 45% de todas las defunciones registradas. La hipertensión, la diabetes, la cardiopatía coronaria, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y las lesiones traumáticas fueron las primeras causas de mortalidad y morbilidad en las Bahamas.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En el período 1999–2001, la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 15,8 por 1.000 nacidos vivos en 1999 a 12,7 por 1.000 en 2001, y se elevó a 17,2 en 2003 y levemente a 17,3 en 2004. La tasa de mortinatalidad aumentó de 9,5 por 1.000 nacidos vivos en el período 1999–2001 a 15,4 en 2003. En 2003, las defunciones de lactantes representaron 3,3% del total de defunciones (en 2004 se registraron 89 casos). Según el Sistema de Información Perinatal, la prevalencia del bajo peso al nacer (<2.500 g) fluctuó de 8,5% en 1999 a 11,2% en 2003.

Según los datos de la encuesta BLCS 2001, cerca de 74% de los niños de hasta 24 meses de edad se alimentaban con leche materna. Entre 2002 y 2004 no hubo ningún caso de transmisión del VIH de la madre al hijo por parte de madres que recibían tratamiento antirretroviral.

Según el Plan Estratégico Nacional de Servicios de Salud 2000–2004, al menos 98% de los niños que ingresaban a preescolar o a la escuela primaria habían sido inmunizados contra las enfermedades prevenibles de la infancia.

Entre 1999 y 2000 fallecieron 72 niños menores de 5 años por causas definidas. Las afecciones originadas en el período perinatal representaron 38,9% de las defunciones, seguidas por las malformaciones congénitas (12,5% de todas las defunciones). Siete

niños fallecieron en accidentes de transporte terrestre (9,7% de todas las defunciones dentro de este grupo de edad).

En 2003 se notificó un total de 10 defunciones en preescolares de 1 a 4 años de edad. Esta cifra indica una disminución de 33% en comparación con 15 defunciones en 2001. Las enfermedades respiratorias se hallaron entre las causas principales de muerte en los niños de este grupo de edad en 2001 y 2003. Entre las demás causas de muerte están la muerte accidental por inmersión, las malformaciones congénitas y las anomalías cromosómicas y la cardiopatía de origen pulmonar. Entre 2001 y 2003, las enfermedades respiratorias agudas fueron la causa principal de hospitalización de los niños de este grupo de edad. Otras causas importantes fueron las lesiones traumáticas, las intoxicaciones o envenenamientos, las enfermedades infecciosas intestinales, el retraso del crecimiento fetal, el bajo peso al nacer, la prematuridad y otras afecciones del aparato respiratorio. El abuso de menores en el grupo sumamente vulnerable de niños de 1 a 4 años de edad todavía es motivo de preocupación, pese a que la cifra de casos notificados disminuyó de 612 a 526 (14%) entre 2002 y 2003. El abandono y el maltrato físico representaron los tipos más comúnmente notificados de abuso, a los que correspondió 42% y 32%, respectivamente, de todos los casos. El abuso sexual y el incesto representaron 23% de los casos denunciados.

Los resultados de la encuesta BLCS 2001 mostraron que las enfermedades respiratorias son un problema importante de salud en los niños menores de 5 años. A lo largo de las cuatro semanas que precedieron a la encuesta, las enfermedades más comunes fueron la tos, los resfríos y la mucosidad nasal (41%), seguidos por diarrea (6,6%) y asma (2,4%). La incidencia de diarrea en los menores de 5 años de edad fue de 7,8%. La encuesta también permitió conocer que la tasa más elevada de retraso del crecimiento se concentraba en la población de los más pequeños y disminuía a medida que aumentaba la edad. El valor *z* de la razón de talla en función de la edad evidenció que 15% de los niños de 2 a 4 años de edad presentaban un riesgo enorme de sufrir retraso del crecimiento. Los valores *z* generales de la relación peso/talla (consunción) que reflejan el estado nutricional actual, señalan que la posibilidad de desnutrición aumentaba a medida que los niños crecían. Ambos valores *z*, de peso para la talla y de talla para la edad, indicaban que la prevalencia máxima de desnutrición correspondía a las islas urbanizadas de la Región 1 y la más baja, a las Islas Family menos desarrolladas de la Región 4.

Salud de los niños (5–9 años) y de los adolescentes (10–19 años)

Entre 1999 y 2000 se registraron 25 defunciones en el grupo de 5 a 9 años de edad y 53 en el grupo de 10 a 19 años. En este último grupo, las principales causas de muerte fueron los homicidios, con 13 defunciones (26%) y los accidentes de transporte terrestre, con 12 defunciones (24%).

En 2003 fallecieron 23 niños y adolescentes entre las edades de 5 y 14 años. Las principales causas de muerte fueron las causas externas, entre ellas, las agresiones con lesiones o los homicidios, la muerte por inmersión o sumergimiento, la exposición a humo o incendios y los accidentes de transporte terrestre. Estas causas representaron 43,5% de todas las defunciones en este grupo de edad. En 2001, la causa principal de muerte en el mencionado grupo fue la infección por el VIH/sida (28,6% de todas las defunciones), seguida por los accidentes de transporte terrestre (14,3%).

En 2003, los tres diagnósticos principales de egreso hospitalario entre los niños y adolescentes de este grupo de edad fueron las lesiones traumáticas (13,2%) y las infecciones agudas respiratorias (12,7%) e intestinales (11,5%), que representaron 37,4% de los diagnósticos de egreso hospitalario. Las lesiones traumáticas y las infecciones respiratorias también fueron la causa principal de morbilidad en niños y adolescentes de 5 a 14 años de edad en 2001 y 2002. Se notificaron 8 defunciones por el VIH/sida en este grupo de edad entre 1999 y 2003.

Salud de los adolescentes (15–24 años)

Entre 2001 y 2003 se registraron 172 defunciones en este grupo de edad. Las causas externas, sobre todo los accidentes de transporte terrestre (21,5%) y los homicidios (18%), dieron cuenta de casi la mitad del número total de defunciones (48,3%), con una razón hombre/mujer de 5,2:1 y 4,2:1, respectivamente.

En este mismo período se produjeron 412 abortos, 53,9% de los cuales fueron espontáneos, en 29,1% no se especificaron las causas y 10% se debieron a embarazos ectópicos. Los trastornos mentales, principalmente el abuso de alcohol y drogas, figuraron como diagnóstico primario de 2,5% de los egresos hospitalarios en pacientes de ambos sexos. En 2003, 9 niñas de 10 a 14 años dieron a luz (menos de la mitad de los 20 partos registrados en 1994 para el mismo grupo de edad). La tasa de natalidad de las niñas de 10 a 14 años fue de 0,6 por 1.000 mujeres y la de las adolescentes de 15 a 19 años, de 23 por 1.000 mujeres. Según la encuesta BLCS 2001, 5,6% de las niñas y adolescentes de 10 a 19 años usaban anticonceptivos.

Se notificaron 3 defunciones por VIH/sida en el grupo de 15 a 19 años de edad durante el período 1999–2003. Una encuesta realizada en 2002 sobre el consumo de drogas entre los estudiantes de escuelas secundarias señaló que la droga más difundida entre los estudiantes de 10° y 12° grado era el alcohol. El 3,5% de los estudiantes de 10° grado y el 1,9% de los estudiantes de 12° grado fumaban tabaco. La prevalencia del consumo de marihuana aumentaba con la edad y fluctuaba de 6,7% entre los estudiantes de 10° grado a 7,7% en los de 12° grado.

Según la encuesta, 68% de los jóvenes y adolescentes de 16 a 24 años habían completado los estudios secundarios, mientras que 32% no tenían ningún título académico (de escuela secundaria, vocacional o de otra institución reconocida). Los jóvenes

de los quintiles más pobres abandonaban los estudios antes que los jóvenes de los quintiles más ricos, y sus calificaciones también eran inferiores.

Salud de los adultos (20–64 años)

En el período 1999–2000 se notificaron 1.433 defunciones en este grupo de edad, de las cuales 1.416 se debieron a causas definidas. Las cinco primeras causas de muerte fueron las infecciones por el VIH/sida (33,7%); las agresiones con lesiones u homicidio (6,7%); la cardiopatía isquémica (5,9%); los accidentes de transporte terrestre (5,5%); y la diabetes (5,5%). Las principales causas de muerte en los hombres fueron el VIH/sida (34%), las agresiones con lesiones u homicidio (9,2%), los accidentes de transporte terrestre (7,3%), las cardiopatías isquémicas (6,5%) y la cirrosis y otras hepatopatías (3,3%). En las mujeres, las causas principales de mortalidad fueron el VIH/sida (33%), la diabetes (5,7%), el cáncer de mama (4,8%) y las cardiopatías isquémicas (4,2%).

En 2003, la tasa de mortalidad específica para la edad en las mujeres de 25 a 44 años fue de 2,6 por 1.000 habitantes y en los hombres, de 3,7 por 1.000. Entre las mujeres de este grupo de edad, las tres causas principales de mortalidad fueron el VIH/sida, la cardiopatía pulmonar y el cáncer de mama (50% de todas las defunciones de mujeres). Otras causas fueron la enfermedad hipertensiva (3%) y la cirrosis y otras hepatopatías (3%).

Según los datos obtenidos de los egresos hospitalarios en 2003, entre las causas principales de morbilidad en el grupo de 25 a 44 años estaban las complicaciones obstétricas del embarazo, el parto y el puerperio (40,4% de todos los egresos hospitalarios registrados ese año), las enfermedades infecciosas y parasitarias (7,8%) y el carcinoma *in situ*, las neoplasias benignas y las neoplasias de pronóstico desconocido o incierto (3,3%). Los trastornos mentales, las lesiones traumáticas y las intoxicaciones o envenenamientos se hallaban también entre las cinco principales causas de morbilidad consignadas en el hospital Rand Memorial de Freeport durante ese mismo período.

Los principales diagnósticos de egreso hospitalario en los hospitales públicos para el grupo masculino de 25 a 44 años de edad en 2003 fueron las lesiones traumáticas (28,2%), los trastornos mentales (7%), el VIH/sida (6,7%), otras afecciones del aparato digestivo (6,1%), las infecciones respiratorias agudas (3,5%) y las enfermedades hipertensivas (3,2%).

En 2003, las principales causas de morbilidad de las mujeres de 45 a 64 años de edad fueron las enfermedades causadas por la hipertensión (8,7% de los diagnósticos de egreso hospitalario), seguidas por afecciones del sistema digestivo (8,1%), lesiones traumáticas e intoxicaciones o envenenamientos (6,7%) y carcinoma *in situ* (6,6%). En el período 2001–2002 también fueron causas importantes de morbilidad en este grupo de edad las neoplasias benignas, las enfermedades causadas por la hipertensión, la diabetes mellitus y las afecciones del aparato digestivo. La

píldora anticonceptiva fue el método anticonceptivo más utilizado por las mujeres (47%), seguido por la esterilización femenina (19,7%) a la que recurrían sobre todo las mujeres de mayor edad. Otros procedimientos incluían las medicaciones inyectables (16,1%), los condones (9,1%) y otros métodos modernos (6,5%).

Los grupos que presentaban mayor obesidad eran el de 31 a 50 años (cerca de 35%) y el de 51 a 60 años (33%), mientras que el grupo de adultos jóvenes de 21 a 30 años era preponderantemente el que tenía el peso corporal más saludable.

Salud de los adultos mayores (65 años y más)

Las causas más comunes de morbilidad en los pacientes hospitalizados de 65 años y más fueron la hipertensión, las lesiones traumáticas, las intoxicaciones o envenenamientos, las enfermedades cerebrovasculares (accidente cerebrovascular, infarto de miocardio), la neumonía, las infecciones urinarias, la diabetes mellitus y el cáncer. Otras afecciones de este grupo de edad fueron artritis, cataratas y glaucoma, demencia, depresión e hipoacusia. En 2003, las causas principales de muerte fueron la hipertensión, la diabetes mellitus, la enfermedad cerebrovascular, las cardiopatías isquémicas, el cáncer de próstata, las infecciones urinarias, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades malignas de otras localizaciones.

Salud de la familia

Los hogares encabezados por mujeres representaban una fracción importante del total de hogares en las Bahamas y sus tasas de pobreza duplicaban las de los hogares encabezados por hombres. En los hogares encabezados por mujeres, el número de hijos era mayor y la carga de dependencia económica era más elevada que en los hogares encabezados por hombres. Sin embargo, las mujeres pobres jefas de familia tenían mayor grado de educación que los hombres pobres jefes de familia. En los hogares pobres, 33% de todos los jóvenes de 19 a 24 años de edad no tenían ocupación alguna (no trabajaban ni participaban en ninguna forma de capacitación que los preparase para conseguir empleo) y en los hogares que no eran pobres, superaba el 20%. Cerca de 50% de los niños pobres de 2 a 5 años de edad estaban por debajo o por encima del peso normal.

La tenencia de la vivienda (propia, del gobierno, alquilada, sin pagar alquiler), así como las condiciones de la misma variaban enormemente entre los hogares pobres y los que no lo eran. Cerca de 70% de las viviendas del país tenían menos de dos personas por dormitorio y 90%, menos de tres. El 22% de los hogares pobres tenían menos de dos personas por dormitorio y 50%, más de tres.

Los resultados de la encuesta BLCS 2001 indican que las personas que pertenecían a hogares de los quintiles de más alto consumo contaban con cobertura de salud amplia; solo 20,1% de

quienes pertenecían al quintil más pobre tenían cobertura médica, a diferencia de 76% de los que pertenecían al quintil más rico. Según la información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública en 2003, las personas con ingresos más altos tenían más probabilidades de contar con planes integrales de seguro médico, mientras que las personas con ingresos más bajos, que adquirirían seguros con primas más económicas, sufrían mayores deducciones.

Salud de las personas con discapacidad

Según datos de la encuesta BLCS 2001, cerca de 6% de la muestra de población estudiada ($n = 6.414$) tenía algún tipo de incapacidad física o mental. De ellos, 68,5% padecían discapacidad relacionada con la vista, el oído o el habla; 18,2% discapacidad de los miembros y 13,3% discapacidad mental. El 3,7% de los niños menores de 5 años y 17,6% de los ancianos eran discapacitados.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La **malaria** no es endémica en las Bahamas a pesar de la existencia del vector (el mosquito *Anopheles*). Entre 2000 y 2003 se notificaron diez casos importados de malaria. No hubo casos de fiebre amarilla en el período 2001–2003 a pesar de la existencia del vector (*Aedes aegypti*). En 2003 se produjo un brote de **fiebre del dengue** que provocó 180 casos, predominantemente por los serotipos 2 y 3; no se notificaron defunciones a causa de la infección. Anualmente se notifican a la Unidad de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública aproximadamente 700 casos de sarna.

Enfermedades inmunoprevenibles

El 98% de los niños que ingresaron a preescolar entre 2003 y 2004 estaban vacunados contra **sarampión, rubéola y paperas; difteria, pertussis y tétanos; poliomielitis, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b**. Desde 2000, la cobertura vacunal para la primera y la tercera dosis de todas las vacunas fue superior a 90%, con excepción de la vacuna contra la hepatitis B, que comenzó a aplicarse en 2001 como componente de la vacuna pentavalente. Esta vacuna contribuyó significativamente al Programa Ampliado de Inmunización en las Bahamas. En el período 2001–2005 se notificaron tres casos de meningitis por *H. influenzae*. No se confirmó ningún caso de poliomielitis, difteria, sarampión o tétanos neonatal. El éxito se atribuye a que los niños son vacunados habitualmente, a las campañas de inmunización dirigidas a los adultos y a la capacitación permanente de todos los profesionales que brindan servicios médicos.

La figura 2 ilustra la cobertura de vacunación de niños menores de 2 años durante el período 1995–2004.

En 2001 se produjo un brote de hepatitis A, con 46 casos. En 2002 se notificaron cinco casos esporádicos, uno en 2003 y tres en 2004. En el período 2002–2003 se registraron seis casos de hepatitis B sintomática.

Enfermedades infecciosas intestinales

Entre los años 2001 y 2003 hubo tres brotes de **intoxicación por ingestión de moluscos**. Se registraron de 122 a 312 casos anuales como consecuencia de la manipulación de los alimentos en condiciones deficientes por parte de los expendedores de estos frutos de mar; ninguna de las víctimas falleció a causa de la intoxicación. Las enfermedades transmitidas por los alimentos y la gastroenteritis son diagnósticos que todavía representan un desafío. La incidencia de enfermedades transmitidas por los alimentos en el período 2001–2003 fluctuó de 318,2 a 417,2 por 100.000 habitantes. La cifra de casos de **gastroenteritis** entre 2001 y 2004 varió de 2.521 a 4.904. Se notificaron 564 casos de envenenamiento por ciguatera entre 2002 y 2003 y 214 casos en 2004. El envenenamiento por ciguatera es un problema sanitario importante al que la población se expone con frecuencia dado que consume grandes cantidades de peces venenosos, como barracuda. En el período 2001–2004, los casos de **salmonelosis** notificados cada año fluctuaron entre cuatro y 28; pese a ello no se asociaron a brotes epidémicos.

Enfermedades crónicas transmisibles

En el período 2001–2004 se notificaron entre 44 y 47 casos de tuberculosis y la mayor incidencia se registró en el grupo de 25 a 49 años de edad. La tasa de coinfección de **tuberculosis**/VIH permaneció elevada (39% en 2002 y 32% en 2003). Siete personas fallecieron por esta causa en 2002 y ocho en 2003. Siete de cada 10 personas con tuberculosis eran bahameses y una de cada

cuatro, haitianos. La razón hombre/mujer fue de 2,1:1 en 2001 y de 1,2:1 en 2003.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas ocuparon el segundo lugar entre los diagnósticos de egreso hospitalario (12,7%) de niños y adolescentes de 5 a 14 años de edad en el período 2001–2002. En 2003, estas enfermedades figuraban como diagnóstico de egreso hospitalario de 388 mujeres y 371 hombres.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

La epidemia del VIH se vigila por conducto de encuestas de seroprevalencia en los distintos grupos de población (embarazadas que asisten a los consultorios de cuidados prenatales, aquellos que asisten a los consultorios para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), donantes de sangre, presidiarios y pacientes con tuberculosis). La figura 3 muestra las tasas de prevalencia de tres de estos grupos de población registradas en los años 1994 a 2005.

En diciembre de 2005, el número total acumulado de casos de infección por el VIH era de 10.479. La cifra anual de nuevas personas con resultados positivos en las pruebas de detección del VIH descendió 56,1% (de su nivel máximo de 659 nuevos casos positivos en 1994 a 289 en 2003) y este cambio fue más acentuado en el grupo de 20 a 49 años de edad. La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas se redujo de 4,2% en 1994 a 2,8% en 2005. El porcentaje de personas tratadas por ITS que resultaban positivas a las pruebas de detección del VIH disminuyó de 7,2% a 5,8% entre 1995 y 2005. La subnotificación de los casos de

FIGURA 2. Cobertura de vacunación (%) de niños menores de 2 años, Bahamas, 1995–2004.

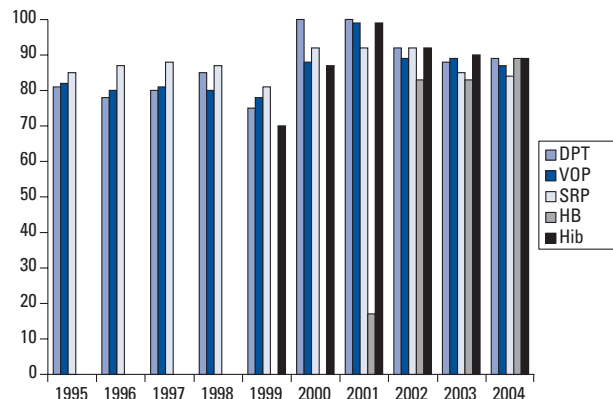
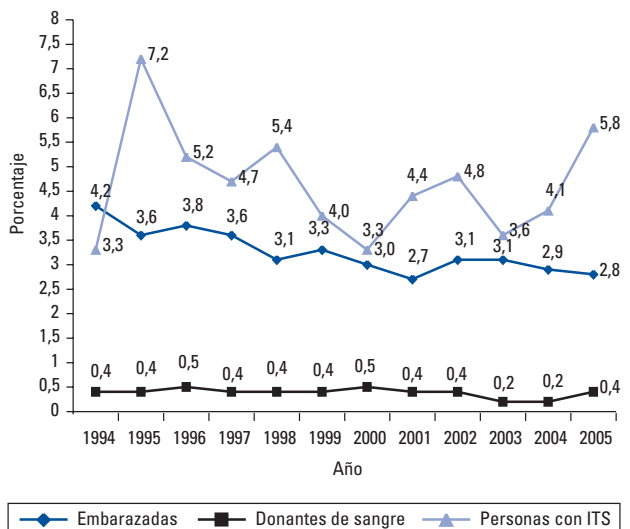


FIGURA 3. Prevalencia de la infección por el VIH en mujeres embarazadas, donantes de sangre y personas con ITS, Bahamas, 1994–2005.



transmisión parenteral (inyecciones) del VIH es todavía un problema no resuelto.

La prevalencia del VIH en los donantes de sangre era de alrededor de 0,4% en 2005 y su valor más bajo fue en 2003 (0,2%). Las tasas de infección en la población carcelaria disminuyeron de 3,4% a 2,5% entre 2002 y 2004. Entre 1996 y 2003 se registró una disminución de la mortalidad por sida en ambos sexos y el porcentaje de defunciones notificadas descendió de 18,4% a 11,8%; esto último coincidió con el mejor acceso a servicios médicos de calidad, a una mayor capacidad de diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas, así como a los mejores costos y disponibilidad de las medicaciones antirretrovirales.

Zoonosis

No se registraron casos de enfermedades zoonóticas durante el período 2001–2005.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La Encuesta sobre Factores de Riesgo y Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, realizada por el Ministerio de Salud en 2005, señaló que el **sobrepeso** y la **obesidad** eran factores de riesgo de gran importancia en la población. La prevalencia general de ambos trastornos fue de 70,6%; la tasa más baja se registró en Nueva Providencia (68,7%). En Gran Bahama, la prevalencia fue de 73,7% y en las Islas Family, de 76,9%. Asimismo, la selección del tipo de dieta fue un factor de riesgo sumamente importante; el 47,1% de los encuestados consumía menos del equivalente de una ración diaria de frutas, 51,1% consumía menos del equivalente de una ración diaria de verduras y 80,1% menos del equivalente de una ración diaria de legumbres. El 62,0% afirmó practicar algún tipo de actividad física moderada o intensa la mayoría de los días. El 37,5% restante reconoció que la práctica de actividad física era escasa o prácticamente nula.

La prevalencia de diabetes notificada por el enfermo fue de 7,0%, mientras que la prevalencia de diabetes clínicamente comprobada fue de 9,2%. Al igual que la hipertensión clínicamente comprobada, la diabetes clínicamente comprobada también tenía una prevalencia más baja en los hombres (8,6%) que en las mujeres (9,6%).

Enfermedades cardiovasculares

La Encuesta sobre Factores de Riesgo y Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles 2005 señaló que la prevalencia de hipertensión clínicamente comprobada era de 37,5%, algo más baja en los hombres (37,0%) que en las mujeres (38,4%). La prevalencia de **accidente cerebrovascular**, **cardiopatía** y asma notificados por el enfermo era de 1,1%, 3,2% y 6,1%, respectivamente. En relación con las demás regiones, la prevalencia de estas

enfermedades en las Islas Family era uniformemente más elevada que a nivel nacional (2,5% para el accidente cerebrovascular y 7,8% tanto para las cardiopatías como para el asma).

Neoplasias malignas

La prevalencia del cáncer de próstata en hombres de 40 a 70 años de edad era de 1,0% y la del cáncer de mama en mujeres de 15 a 74 años, de 1,3%; la prevalencia de cáncer cervicouterino en este último grupo fue de 0,8%. El cáncer colorrectal afectaba a 0,7% de las personas de 50 a 74 años de edad de ambos sexos.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud oral

En el año escolar 2004–2005, 2.566 alumnos de 6° grado de las escuelas públicas de Nueva Providencia (24 escuelas de un total de 26) fueron sometidos a examen bucodental; de ellos, 82% no presentaban caries. En ese mismo período se examinaron 2.106 niños de 1er grado; el 55,6% no presentaban caries. El índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D) fue de 1,54 para los alumnos de 6° grado y de 3,48 para los de 1er grado.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

Los objetivos principales de las autoridades nacionales en cuanto a políticas monetarias y fiscales siguen siendo preservar la estabilidad de la macroeconomía, mejorar todos los aspectos inherentes a la competitividad económica y estimular el desarrollo sostenible por parte del sector privado a corto y mediano plazo. Un objetivo fundamental es lograr la diversificación de la economía, lo cual se podrá conseguir con el fortalecimiento del nexo intersectorial entre el sector del turismo y el resto de la economía, y mejorando la infraestructura de las Islas Family a fin de promover su desarrollo económico.

En 2002 se designó una comisión independiente de expertos, orientada a determinar la posibilidad de crear un sistema nacional de seguro de salud. La comisión presentó su informe al Gabinete en 2004, a partir del cual se ordenó la elaboración de un plan de implementación, y a finales de 2005 se presentó un informe financiero. Durante los años 2001 a 2005, el gobierno mejoró el acceso a la atención médica de calidad de las personas con VIH/sida, eliminando la barrera de los costos. La atención se concentró en garantizar la adecuada integración en los niveles de formulación de políticas, planificación y servicios; esta estrategia se aplicó con éxito a la salud maternoinfantil, la prevención de enfermedades transmisibles y la salud oral. Actualmente los estudiantes de medicina deben realizar una rotación obligatoria en el Departamento de Salud Pública del Ministerio de Salud.

El gobierno fortalece el sistema de salud a fin de responder en forma óptima a las necesidades de los ciudadanos

La concentración de los principales centros comerciales y turísticos del país determina la distribución de la población y las inequidades en la distribución de la riqueza. Asimismo, la migración de los bahameses desde las zonas económicamente más desfavorecidas a las más beneficiadas y la afluencia de inmigrantes, predominantemente de origen haitiano, sobrecargan los servicios de atención de salud. Con el propósito de satisfacer las necesidades de atención de salud de todos los residentes, el Ministerio de Salud está llevando a cabo un proceso que tiene como objetivo reforzar el sistema de salud, y cuyo elemento principal es el Plan Nacional Estratégico de Servicios de Salud (2000–2004). El Plan, que prevé organizar un sistema nacional integrado de prestación médica, se propone alcanzar 13 objetivos estratégicos, pero dando prioridad a la promoción y la protección de la salud, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles, la protección del medio ambiente, la eficiencia de los sistemas de atención y el mejoramiento de la gestión de los servicios sanitarios.

Entre 2001 y 2005, el Ministerio de Salud colaboró con distintos organismos en la proposición de políticas que incidan favorablemente en la situación de la salud en el país. Ello culminó en la Ley de Salud y Seguridad Laboral (2002) y la creación del Organismo de Planificación para Casos de Emergencia Nacional en 2004.

En el período 2001–2005 se introdujeron diversas reformas bajo la dirección del Ministerio de Salud. El Plan Estratégico Nacional de Servicios de Salud 2000–2004 ofrece un marco para fomentar un sistema nacional de atención médica mejor e integrado. El Plan tiene por meta impulsar la colaboración y participación multisectorial, y fortalecer las alianzas entre los sectores público y privado y la población en general. El Plan revisado consiste en 13 objetivos estratégicos, cada uno con un propósito principal, indicadores fundamentales, resultados esperados y responsables de las acciones. El Plan da prioridad a la promoción y la protección de la salud, la atención y el tratamiento del VIH/sida, la prevención y el control de enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles, la protección del medio ambiente y su sostenibilidad, la eficiencia de los sistemas que brindan servicios de salud y el mejoramiento de la gestión estratégica.

En diciembre de 2002 se efectuó una revisión de mitad de período del Plan, a fin de preparar la implementación en 2003 del Plan revisado, lo cual daría la posibilidad de realizar los ajustes indispensables y prestar particular atención a las cuestiones de más preocupación, entre ellas, el creciente número de defunciones por enfermedades no transmisibles, la muerte de adolescentes por homicidios y accidentes de transporte terrestre, la influencia negativa del abuso de alcohol y drogas sobre el aumento de las tasas de homicidios y agresiones con lesiones, y la creciente amenaza que representa la violencia doméstica para la salud pública. Otras cuestiones de gran importancia eran el estado de la legislación vigente de salud, la reglamentación de la certificación

profesional, la infraestructura sanitaria y el financiamiento de la salud y los sistemas de información sobre la salud pública. En 2001, el Sistema Nacional de Información sobre la Salud adquirió bases de datos sobre mortalidad y egresos hospitalarios que permitieron agilizar el procesamiento de datos y mejorar el análisis de la situación de la salud pública.

En el área de salud ocupacional, además de la aprobación de la Ley de Salud y Seguridad Laboral en 2002, se aprobaron otros dos estatutos de trabajo ese mismo año. El primero otorgaba a las mujeres una licencia de 12 semanas por maternidad y el segundo, la licencia por paternidad sin goce de sueldo a partir del nacimiento de un hijo, durante la enfermedad del niño o de la madre, o en ambos casos. Además, la Ley del Trabajo de 2002 prohíbe la discriminación en el lugar de trabajo de quienes tienen la infección por el VIH.

Los resultados de la evaluación de las funciones básicas de salud pública efectuada en 2002 mostraron que el rendimiento del sistema nacional de salud estuvo por debajo de la media en todos los niveles, excepto en la promoción de la salud y la actividad empleada en la elaboración de leyes y normas. Un análisis más profundo reveló que en ninguno de los niveles del sistema de salud existen procesos reglamentarios de evaluación y que la utilización de los recursos institucionales instalados y de los sistemas de información de gestión es deficiente o ineficaz.

Organización del sistema de salud

El modelo de organización de la atención médica siempre fue centralizado, basado principalmente en los fines curativos y las enfermedades, y todas sus funciones (financiamiento, provisión de servicios médicos y reglamentación) eran desempeñadas por el Ministerio de Salud. El sistema de provisión de servicios de atención de salud está integrado por instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro. El sector de la salud que depende

del gobierno está constituido por cuatro grupos principales de servicios: el Ministerio de Salud, el Departamento de Salud Pública, el Departamento de Saneamiento Ambiental y la Administración de Hospitales Públicos. Se está analizando la organización y la gestión del Departamento de Salud Pública y dentro de este marco se dio comienzo, entre los años 2001 y 2003, a un proyecto piloto de salud de alcance regional en el sudeste de las Bahamas, que busca mejorar la calidad de los servicios de salud pública. La Administración de Hospitales Públicos tiene a su cargo los tres hospitales dependientes del gobierno (Princess Margaret, Rand Memorial y el Centro de Rehabilitación Sandilands), además de los servicios de salud pública de Gran Bahama.

El Sistema de Salud del Hospital de Médicos es el principal proveedor de servicios privados de hospitalización mediante un hospital situado en Nassau, Nueva Providencia, que cuenta con personal y equipamiento para brindar atención médica primaria, secundaria y terciaria. Otra institución privada que ofrece hospitalización es el Lyford Cay Hospital. La Sociedad del Cáncer, la Asociación para la Diabetes, la Asociación de Cardiología de las Bahamas, la Asociación para la Familia y la Fundación de Lucha contra el sida, entre otras organizaciones no gubernamentales, prestan servicios adicionales de atención ambulatoria, y comunitarios. A todos los trabajadores, tanto del sector público como del privado, se les exige, por ley, participar en el Plan de Seguro Nacional, que otorga a sus contribuyentes subsidios por enfermedad, discapacidad o fallecimiento, además de pensiones por retiro, lesión ocupacional, maternidad y supervivencia; hay otras compañías que también ofrecen seguros de salud privados. Un pequeño porcentaje de trabajadores están inscriptos en un plan de seguros administrado por un asegurador privado, que tiene el respaldo de la Unión de Servicios Públicos de las Bahamas. La modalidad de los seguros de salud colectivos ha demostrado ser una opción interesante para muchas personas.

Servicios de salud pública

El Departamento de Salud Pública tiene a su cargo los servicios de atención primaria de la salud en Nueva Providencia y las Islas Family. Estos servicios se brindan a través de una red de establecimientos de atención primaria que abarcan desde el nivel I (centros de salud de alta complejidad) al II (centros de salud principales) y el III (dispensarios o consultorios satélites). Algunos de los establecimientos mencionados ofrecen visitas domiciliarias de enfermeras de salud pública, para brindar cuidados primarios básicos y efectuar el seguimiento. El Departamento también se ocupa de apoyar la elaboración de políticas públicas del Ministerio de Salud y la gestión de más de 14 programas nacionales de salud.

A fin de incrementar la eficacia del gerenciamiento del programa, el Departamento de presupuesto otorga subsidios anualmente a los servicios de salud materno-infantil, el Programa Am-

pliado de Inmunización, los servicios nutricionales, la vigilancia de enfermedades (generales, transmitidas por vectores, agua y alimentos, programas de prevención de ITS y control de la tuberculosis) y la capacitación y el desarrollo (profesionales, médicos, personal de enfermería y auxiliares de salud y personal administrativo u otro personal de apoyo).

Entre 2003 y 2004 se pusieron en vigor protocolos para 90% de la totalidad de las enfermedades conocidas y sometidas a vigilancia y control. Se aplicó uniformemente en todas las islas el plan de tratamiento acordado directamente observado (DOTS, por sus siglas en inglés) para el control de la tuberculosis. Se creó un dispensario especializado para la atención de nuevos casos de diabetes utilizando la modalidad de trabajo en equipo para el manejo del paciente, y se elaboraron tratamientos y protocolos para los pacientes con asma con el objeto de implementarlos en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. A fin de hacer frente a los problemas relacionados con el VIH/sida y las ITS se amplió el programa para la prevención de la transmisión madre/hijo y se comenzaron a prescribir medicamentos antirretrovirales como parte del programa de tratamiento integral ofrecido a todos los pacientes que asisten a establecimientos públicos. Durante el período 2001–2005, el Ministerio de Salud preparó pautas para regular esta modalidad integral de atención y tratamiento, condujo programas de educación pública y otorgó un millón de dólares para la adquisición de drogas antirretrovirales.

En 2001 y 2002, el gobierno recibió apoyo técnico para implementar la documentación de informaciones fundamentales operativas y de datos dentro del marco de una estrategia a largo plazo para fortalecer el sistema de información de salud pública. En diciembre de 2003, el Departamento de Salud Pública inició los planes para la implementación, en forma piloto, de un sistema automatizado de archivo de historias clínicas e informes de salud de los usuarios (IPHIS, por sus siglas en inglés). El IPHIS permite mantener datos del proveedor de servicios de salud en materia de intervenciones, rastreo, seguimiento, tratamiento de casos e informes, y fue puesto en vigor en cuatro lugares de Nueva Providencia y Gran Bahama. Se espera que el IPHIS mejore la calidad, la recolección y el análisis de datos de salud pública en el futuro.

El servicio nacional de laboratorios tiene como meta fundamental el fortalecimiento de los servicios del sector a fin de mejorar la labor de tratamiento de casos y de prevención y control de enfermedades. El Comité para el Fortalecimiento de los Laboratorios Médicos Nacionales, con representación de los laboratorios tanto públicos como privados, coordina las actividades para un proyecto subregional en el ámbito nacional, que está siendo puesto en práctica por intermedio del Centro de Epidemiología del Caribe. Uno de los componentes del proyecto insta a establecer un sistema nacional de información de los laboratorios.

Los principales laboratorios de salud pública están localizados en los hospitales Princess Margaret, de Nueva Providencia y Rand Memorial, de Gran Bahama. Estos laboratorios brindan servicios

dentro de las especialidades de análisis clínicos, microbiología, inmunología, banco de sangre, patología quirúrgica, citología y hematología. El principal de ellos, en el hospital Princess Margaret, efectúa un promedio de 700 pruebas diarias. Las muestras de laboratorio procedentes de las Islas Family se transportan hasta los laboratorios Princess Margaret o Rand para su estudio.

El gobierno implantó un programa para la recolección de grandes volúmenes de desechos, proporcionó vertederos e inició un programa nacional de educación y toma de conciencia sobre el problema de los desechos sólidos. El Vertedero Regional de Nueva Providencia recibe más de 181.000 toneladas de desechos sólidos cada año.

El problema de los vehículos abandonados se abordó mediante el Programa de Remoción de Vehículos Abandonados del Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental. En 2001, aproximadamente 7.200 vehículos abandonados se extrajeron de propiedades vacantes, garajes al borde de las carreteras y a lo largo de los caminos públicos de Nueva Providencia. El metal compactado de los vehículos (8.121 toneladas) se exportó a los Estados Unidos para el reciclado. En 2002, el programa se amplió para abarcar la isla más extensa del grupo Family y se recogieron otros 4.000 vehículos que fueron aplastados y exportados.

El Departamento también tiene a su cargo el control de las empresas embotelladoras de agua a fin de garantizar las condiciones sanitarias adecuadas y la calidad de la producción. La Empresa de Abastecimiento de Agua y Alcantarillado analizó las condiciones de todos los sistemas municipales de tratamiento de aguas cloacales a fin de introducir todas las mejoras necesarias.

Se fortaleció el servicio para el manejo de riesgos dependiente de la Administración de Hospitales Públicos y se impulsó la cooperación entre los organismos de salud pública y la Junta Nacional de Seguros. La revisión del Plan Estratégico Nacional de Servicios de Salud 2003–2004 prevé la tarea de favorecer el fortalecimiento del Programa de Salud y Seguridad Laboral, los servicios de atención de salud para los trabajadores y de elaborar y poner en práctica programas de capacitación sobre seguridad ocupacional.

En 2002 se trató de conseguir la autorización del Gabinete para enmendar la sección de la Ley de Salud Pública que regula la manipulación de alimentos. En noviembre de 2003, el Departamento de Salud Pública comenzó a instrumentar el nuevo programa de capacitación “Servir alimentos aptos para el consumo” dirigido a los empleados de la industria alimentaria y en 2004 se hizo obligatorio que todas las personas que manipulan alimentos asistan a un curso de cuatro horas de duración. Desde que comenzó el curso, ya han participado 85% de las personas registradas en actividades que involucran la manipulación de alimentos y cinco de ellas obtuvieron el título de instructores. Entre 2001 y 2003 se revisó la Ley de Mercado Público de Carnes y Mataderos, que se consideró adecuada sin otras enmiendas. Se presentó un proyecto de reglamentación para la cría de aves de corral y se

pondrá en práctica un programa de Análisis del Riesgo y Punto de Control Crítico basado en la práctica de inspecciones, que regirá para las industrias dedicadas a las aves de corral y otros rubros de la alimentación. Se incorporaron enmiendas a la reglamentación de importación de carnes comprendida bajo la Ley de Enfermedades Contagiosas de los Animales, a fin de amparar a las Bahamas contra la introducción de la encefalitis espongiforme del ganado vacuno y la fiebre aftosa. Las enmiendas de la ley hicieron hincapié en cuestiones relacionadas con la evolución tecnológica, la situación de las enfermedades en el país y las enfermedades emergentes.

En 2001 se asignó un conjunto de centros de salud a la asistencia de víctimas de huracanes y se los equipó para responder a quienes requieran tratamiento médico en el momento que sigue inmediatamente al huracán. Se capacitó al personal del Departamento de Salud Pública del Ministerio de Salud y la Administración de Hospitales Públicos en las técnicas empleadas por el Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios (SUMA), así como en el tratamiento médico en situaciones de desastre. En agosto de 2002 tuvo lugar un taller sobre preparación para situaciones de desastre y se propuso un Plan Nacional para Situaciones de Desastre.

La emergencia del síndrome respiratorio agudo grave puso de relieve la necesidad de tomar medidas activas a fin de combatir las enfermedades transmisibles emergentes que podrían ingresar al país por el sistema portuario. Los informes sobre la presencia del virus del Nilo Occidental en una de las Islas Family llevaron a emprender una estrategia integral para pesquisar brotes. Los Ministerios de Salud y de Agricultura se mantienen en estado de gran alerta para enfrentar la amenaza de influenza aviar en pájaros y aves de corral y una pandemia de gripe en humanos.

Servicios de atención a las personas

En 2003 existían cinco hospitales públicos y privados, con 1.068 camas en total (35 por 10.000 habitantes). Además se contaba con 55 centros de salud o dispensarios (9 en Nueva Providencia, 5 en Gran Bahama y 41 en las Islas Family), 59 dispensarios o consultorios satélite distribuidos por todo el país y 286 establecimientos privados de salud que ofrecían servicios de atención primaria y diagnóstico.

En 2001 se inauguró un centro de salud equipado con los máximos adelantos médicos que abastecería la zona centro y sur de Nueva Providencia. Es el mayor de cerca de 115 dispensarios de la comunidad y el único establecimiento público de salud que ofrece servicios de oftalmología, laboratorio, radiología y audiología. Este centro mantiene un consultorio de nutrición que semanalmente atiende a los escolares expuestos al riesgo de sufrir obesidad.

La isla Gran Bahama cuenta con su propia red de dispensarios de servicios de salud pública y el Rand Memorial Hospital. Los dispensarios hacen derivaciones al hospital Rand, que a su vez re-

fiere los pacientes al hospital Princess Margaret en Nassau cuando carece de los servicios necesarios en su propio establecimiento.

A comienzos de 2002 se fundó un Comité Nacional de Salud Mental y entre 2000 y 2002 se desarrolló una nueva red encargada de organizar la creación y puesta en práctica de programas e intervenciones en salud mental.

En 2003 se inauguró el Programa Nacional para la Prevención de la Enfermedad Dental de las Islas Family; numerosos profesionales dentales viajaron a Islas Family a fin de proporcionar tratamiento dental primario, secundario y terciario, incluso prótesis dentales. Ese mismo año se comenzó un Programa Nacional para el Sellado de Caries incorporado al Programa Nacional de las Islas Family para la Prevención de la Enfermedad Dental.

En 2001 se creó una clínica para el control del neurodesarrollo para el tamizaje de niños desde las 6 semanas de vida hasta los 5 años de edad que tengan riesgo de sufrir trastornos del neurodesarrollo. En el período 2001–2005, el Departamento de Servicios Sociales impulsó un programa básico de formación destinado a las personas que atienden a discapacitados, incluido entre los servicios de educación continua y los cursos de extensión de la Universidad de las Bahamas. En 2003 se inició un Programa de Educación en la Paternidad, a fin de preparar a las parejas que esperan un hijo en lo que se refiere al proceso del parto y las técnicas básicas de los cuidados del niño y la lactancia materna.

Promoción de la salud

El Plan Estratégico Nacional de Servicios de Salud 2003–2004 revisado define la promoción de la salud como la estrategia que conduce a la adopción de políticas públicas y conductas individuales saludables. Se espera que esta estrategia tenga como resultados el apoyo a los programas nacionales de salud, el fortalecimiento de las estrategias de comunicación, la elaboración de políticas públicas saludables, el mejoramiento de la colaboración intersectorial y el desarrollo de la capacidad.

En 2005 culminó el Plan Nacional Trienal de Acción para la Promoción de la Salud, y actualmente la División de Educación Sanitaria del Ministerio de Salud está incluida dentro del presupuesto del Ministerio. Todos los miembros del personal de la División participaron al menos en una de las actividades importantes que forman parte de la educación continua para la promoción de la salud. Se preparó una nueva carrera de estudio para ocupar puestos nuevos o ya existentes dentro de la División de Educación Sanitaria.

Recursos humanos

La escasez de personal de enfermería en el sector público, así como su reclutamiento y retención, fueron temas de gran importancia durante el período 2001–2005. En 2002, el Ministerio de Salud adoptó un plan de incentivo mediante el cual incrementó el patrocinio y los estipendios para los estudiantes de enfermería,

promovió las oportunidades para acceder a la educación continua y dedicó especial atención a fomentar entre los estudiantes de la escuela secundaria la opción de enfermería como carrera. Se creó un Grupo de Tareas de Enfermería que condujo a la elaboración de un Plan Estratégico de Enfermería más global en las Bahamas. En el período 2001–2003, 66 estudiantes recibieron capacitación de enfermería. Se brindó capacitación de enfermería especializada en diálisis y psiquiatría a fin de satisfacer la creciente necesidad dentro de estas áreas. Se estableció la especialización médica de postgrado en medicina de familia, obstetricia, ginecología y medicina interna, en colaboración con la Universidad de las Indias Occidentales.

El cuadro 1 muestra el número total de profesionales de la salud clasificados por categorías y la razón por cada 10.000 habitantes en el período 2002–2003.

Suministros de salud

El Ministerio de Salud está a cargo de la regulación y el control de los servicios farmacéuticos. Según la encuesta BLCS 2001, los pacientes ambulatorios tendían a adquirir sus medicamentos en establecimientos tanto públicos como privados. Los datos sobre las ventas de medicamentos efectuadas por ambos tipos de establecimientos mostraron que, en promedio, las mujeres gastaban más que los hombres en este rubro.

El gobierno adquiere las vacunas, agujas y jeringas destinadas al sector público mediante el Fondo Rotatorio de la OPS. La Oficina Nacional de Medicamentos de las Bahamas se encarga de llevar el registro de los distribuidores de medicamentos y de las drogas que estas empresas distribuyen. No existe un sistema de registro de los fármacos individuales. Existen prácticas en vigor para la conservación eficaz de la cadena de frío a fin de asegurar la viabilidad de las vacunas hasta el momento de despacharlas a los centros de salud y los dispensarios. El inventario nacional de drogas incluye aproximadamente 600 productos farmacéuticos.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

Las unidades mejor equipadas tecnológicamente y los equipos de mayor tecnología se concentran en Nueva Providencia, dentro de establecimientos tanto públicos como privados. Se cuenta con dos unidades para diálisis, una de ellas en el hospital Princess Margaret y la otra en el Rand Memorial. Dos unidades de cuidados intensivos están instaladas en Nueva Providencia y una unidad en Gran Bahama. Existen dos unidades de cuidados intensivos neonatales en New Paradise, una funciona en el hospital Princess Margaret y la otra en el Hospital de Médicos.

Los trabajos de investigación realizados durante el período 2001–2003 incluyeron el diseño de un cuestionario para la sección de salud de la encuesta BLCS 2001 y una encuesta sobre drogas realizada en las escuelas secundarias en 2002. La Unidad de Planificación Familiar del Ministerio de Salud colaboró con el

CUADRO 1. Profesionales de la salud del sector público y privado y razón por 10.000 habitantes, Bahamas, 2002–2003.

Categoría	Total	Razón por 10.000 habitantes
Médicos	523	16,8
Dentistas	79	2,5
Administradores de hospitales	35	1,1
Trabajadores sociales	128	4,0
Nutricionistas/dietistas (matriculados)	15	0,5
Enfermeras/auxiliares de enfermería	840	26,9
Enfermeras inscritas/enfermeras con capacitación clínica	508	16,3
Radiólogos	43	1,4
Tecnólogos y técnicos de laboratorio	119	3,8
Farmacéuticos/despachadores	133	4,2
Técnicos en farmacia	7	0,2
Fisioterapeutas	30	0,9
Terapeutas ocupacionales	8	1,0
Auxiliares de dentista	131	4,0
Inspectores de salud pública y medioambiental	72	2,0
Estadísticos	4	0,1

Fuente: Informe Anual del Director Médico.

Departamento de Estadística del Ministerio de Finanzas para incorporar preguntas decisivas en la encuesta BLCS 2001, que reflejaran el grado de conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la planificación familiar.

En 2005, el Ministerio de Salud también completó la Encuesta sobre Factores de Riesgo y Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Gasto y financiamiento sectorial

La atención de la salud es financiada por el gobierno, el seguro de salud privado, las tarifas que pagan los usuarios de establecimientos públicos y privados, el seguro social de salud (componente de accidentes de trabajo) y fuentes externas. El gasto total ordinario en salud para el ejercicio económico 2001–2002 fue de US\$ 148.271.603; en 2002–2003 se calculó en US\$ 155.261.671. El gasto de salud dentro del gasto total real ordinario fue de 15% en 2002–2003. En el ejercicio económico 2001–2002, cerca de 69% del presupuesto de salud se asignó a los servicios de atención médica y la mayor parte se destinó a las instituciones. En el ejercicio económico 2003–2004, la distribución de los gastos de las distintas divisiones del Ministerio de Salud indicó que 65% fue asignado a todas las áreas de la Administración de Hospitales Públicos, 18% al Departamento de Saneamiento Ambiental, 10% al Departamento de Salud Pública y 7% a la sede del Ministerio de Salud. En 2001, el seguro privado de salud invirtió US\$ 102 millones y el desembolso total per cápita en 2000 fue de US\$ 309.

Cooperación técnica y financiera en salud

Entre las organizaciones que proporcionaron cooperación técnica y financiera directa para los proyectos de salud están la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), que es la única agencia de las Naciones Unidas que cuenta con un representante permanente en las Bahamas, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Organización de los Estados Americanos, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el VIH/sida, la Oficina de la Comisión Europea para la Ayuda Humanitaria, la Fundación Clinton, el Gobierno de Cuba, el Hospital para Niños Enfermos de la Universidad de Toronto, la Universidad McGill, la Universidad del Sur de Florida y la Embajada de los Estados Unidos. Brindaron apoyo también la Comunidad del Caribe (CARICOM), la Alianza Pancaribeña de Lucha Contra la Infección por el VIH/sida (PANCAP) y la Agencia de Respuesta a Emergencias y Desastres del Caribe (CDERA).

Bibliografía

- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Finance, Department of Statistics. Bahamas Living Conditions Survey (BLCS) 2001. Nassau; 2004.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Finance, Department of Statistics. Report of the 2000 Census of Population and Housing.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health. Annual Report of the Chief Medical Officer 2001–2003; April 2005.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health. Chronic Noncommunicable Diseases Prevalence and Risk Factors Survey; 2005.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health. Communicable Disease Surveillance Manual; August 2005.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health, Department of Oral Health. Annual Report 2004.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health, Department of Public Health. Communicable Disease Surveillance Report; 2004.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health, HIV/AIDS Center; 2006.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health. Mid-term Report on the National Health Services Strategic Plan 2000–2004; Revised National Health Services Strategic Plan 2003–2004.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health. National Health Services Strategic Plan 2000–2004.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health. Secondary school drug prevalence survey; 2002.

Commonwealth of the Bahamas, Office of the Registrar of Insurance Companies. Data; 2003.

Commonwealth of the Bahamas, Public Health Information System. Project charter and implementation strategy, version 1.0; November 2005.

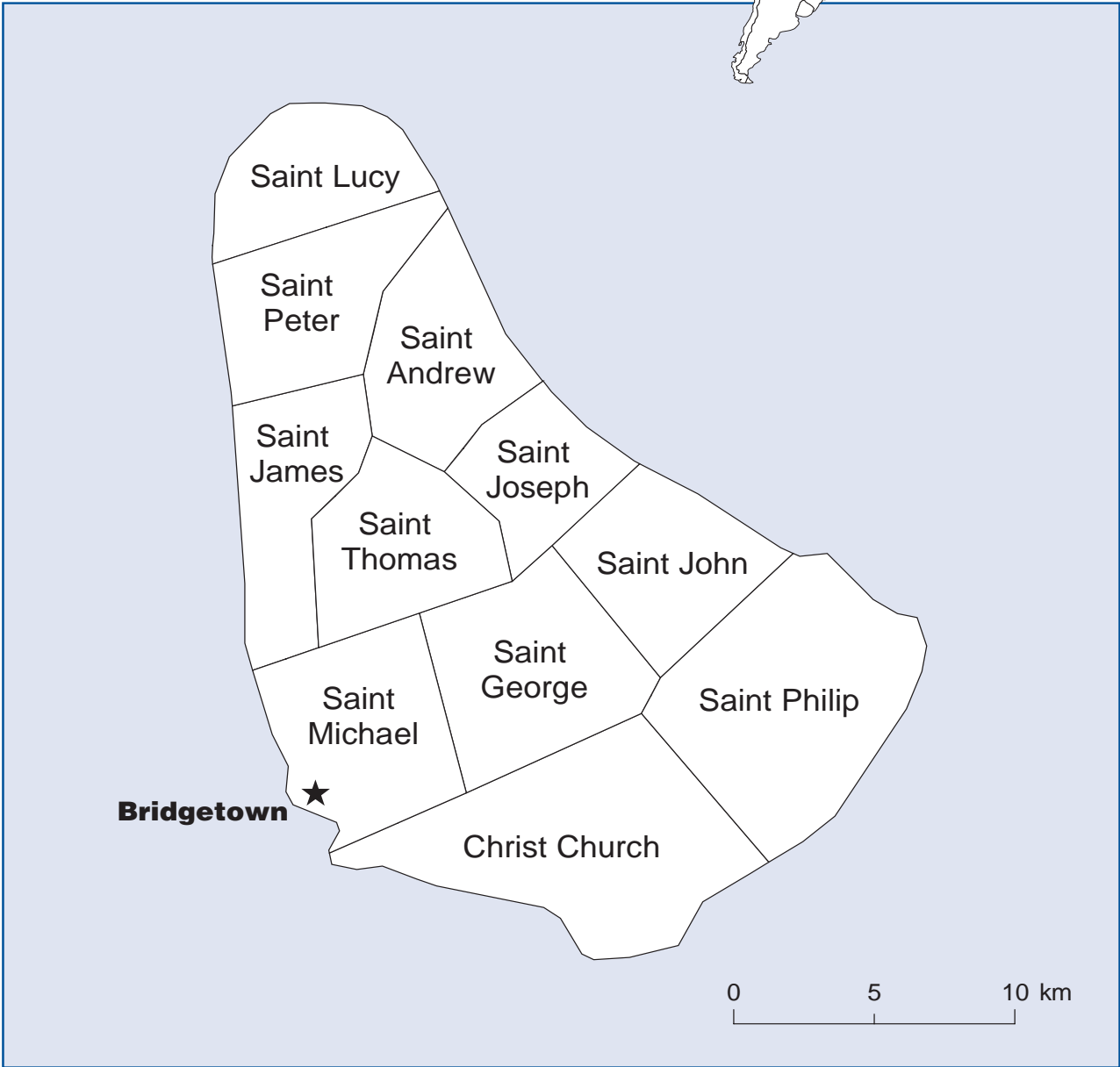
Pan American Health Organization. Country Cooperation Strategy (Draft); 2006.

Pan American Health Organization. Health Services System Profile (Draft); 2006.

Project of the Department of Statistics of the Commonwealth of the Bahamas, the United Nations Population Fund, and the Caribbean Community. CAR/94/PO6. P. 10.

United Nations Development Program and United Nations Population Fund. Draft country program document for the Bahamas 2006–2010; February 2005.

BARBADOS



Barbados es el país más oriental del Caribe. La isla de coral tiene 34 km de largo y 23 km de ancho y abarca una extensión terrestre de 430 km². El país es mayormente llano y su punto más alto se encuentra apenas por encima de los 334 m.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

La temperatura promedio es de 27 °C. Las precipitaciones anuales son de aproximadamente 1.524 mm y la temporada de lluvias es entre junio y noviembre. Durante estos seis meses se intensifica la vigilancia de los huracanes y la planificación consiguiente para caso de desastres.

Barbados está dividido en once parroquias. La capital, Bridgetown, es el área más densamente poblada. La ciudad cuenta con un sistema de transporte público y una red de carreteras, con autopistas que conectan el aeropuerto, Bridgetown, el puerto marino, las áreas industriales y las zonas turísticas situadas a lo largo de las costas oeste y sur. El número de pasajeros que arriban al aeropuerto del país continúa en aumento así como también el de los cargamentos aéreos. Durante el período informado, el puerto marino mantuvo un desarrollo significativo, lo que ha facilitado la expansión del mercado de cruceros.

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, con 21 miembros designados, y el Gobernador General, que es el Jefe de Estado. La Constitución prevé un Gabinete, que está formado por los ministros y es presidido por el Primer Ministro; dicho Gabinete es el principal órgano político. La Corte de Justicia del Caribe ha reemplazado al Consejo Privado como corte de apelaciones de última instancia del país.

Determinantes sociales, políticos y económicos

Entre los años 2002 y 2005, Barbados experimentó un crecimiento anual sostenido de 3% del producto interno bruto (PIB), un bajo déficit fiscal de 2,5%, reservas internacionales netas con cobertura de importación de seis meses (en el contexto de un régimen de tasa de cambio fijo y estable con una paridad de US\$ 1/BDS\$ 2) y estabilidad de precios. El desempleo descendió 9,6% en 2005.

Luego de registrar un crecimiento económico sostenido entre 1995 y 2000, la economía experimentó una desaceleración en 2001, como resultado de la ralentización mundial por las repercusiones negativas de los ataques a los Estados Unidos del 11 de

septiembre de 2001. Las industrias de bienes transferibles se vieron severamente afectadas y la rentabilidad en el turismo bajó casi 6%. Las manufacturas y la agricultura sufrieron una merma de aproximadamente 8% y 6%, respectivamente. Para mitigar los efectos de la recesión global, el gobierno emprendió una política fiscal de expansión, que limitó la extensión de la caída económica, pero aumentó el déficit del gobierno central de 1,5% del PIB en 2000 a 3,6% en 2001 y a 6,4% en 2002.

A pesar del descenso de la actividad comercial, el PIB subió alrededor de 0,5% en 2002, principalmente debido a un aumento de 7,7% en la construcción y de 6,5% en los servicios del gobierno.

La economía se afianzó aún más en 2003, con una expansión aproximada de 1,9%, mayormente por el aumento del turismo (6,9%) y de la agricultura no relacionada con la industria azucarera (2,2%), así como por el crecimiento en la construcción y en los servicios minoristas. En 2003 arribaron 559.000 cruceros al país y en 2004, 721.000, lo cual representa un aumento de 29%. Este éxito ininterrumpido en el mercado de cruceros se debió en gran parte al incremento en el número de barcos que eligieron a Bridgetown como puerto base. Los pasajeros de cruceros a Barbados durante el primer trimestre de 2004 provenían principalmente de Estados Unidos (67%), el Reino Unido (13%) y Canadá (11%). Durante el segundo trimestre de 2004, 72% de los pasajeros de cruceros eran de origen estadounidense.

El consumo de los pasajeros de cruceros aumentó alrededor de 35% (de US\$ 13,1 millones durante el primer trimestre de 2003 a US\$ 17,6 millones en 2004). Los visitantes estadounidenses gastaron aproximadamente US\$ 12,4 millones. En 2005, 547.534 turistas pasaron al menos una noche en Barbados, la mayoría de ellos provenientes del Reino Unido (202.764) y los Estados Unidos (131.005) (1). Se crearon nuevos puestos de trabajo a medida que la economía cobró impulso. La tasa de inflación en 2005 fue de 2,4%.

El gobierno está comprometido a erradicar totalmente la pobreza antes de 2015 (el primero de los Objetivos de Desarrollo del Milenio). Un estudio sobre la pobreza realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo en 1996–1997 calculó la línea de pobreza del país en US\$ 2.752, aproximadamente US\$ 7 por persona por día. En 2002, aproximadamente 38% de los pobres vivían en la parroquia urbana más grande, St. Michael. El 20% vivía en parroquias rurales. En 2005, había aproximadamente 35.000 personas viviendo por debajo de la línea de pobreza.

Según el informe económico y social de Barbados de 2004–2005, las condiciones del mercado laboral habían mejorado, con una tasa de desempleo anual estimada de 9,8%, frente a 11% en 2003. El empleo como porcentaje de la fuerza laboral en 2004–2005 fue de 91,3% y de 90% en 2003.

En 2004 había 14.300 personas desempleadas (1.700 personas menos que en 2003). El número de mujeres desempleadas bajó de 8.900 en 2003 a 7.500, con un descenso en la tasa de desempleo de 12,6% en 2003 a 10,6%. El número de hombres desempleados se mantuvo en aproximadamente 6.700 en 2004, lo cual representa un descenso en comparación con 7.100 en 2003. La tasa de desempleo en los hombres bajó de 9,6% en 2003 a 9%.

Entre 2003 y 2004, la fuerza laboral aumentó de 145.500 a 146.300 (75.000 hombres y 71.300 mujeres). La fuerza laboral activa era de 132.000 personas (2.500 personas más que en 2003).

La tasa de participación laboral general fue de 69,5%, frente a 69,2% en 2003, lo que representó un incremento de 0,3%. Las tasas de participación masculina y femenina aumentaron 0,2%, para alcanzar 75,3% y 64,2%, respectivamente.

Según el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo de 2005, Barbados tenía una tasa de alfabetización de 98%, que se atribuye a que la educación pública es gratuita desde el nivel pre-primario hasta el nivel universitario. Entre los años 2001 y 2005, la matrícula en las escuelas primarias era de 100%, y la educación permaneció obligatoria para las edades de 5 a 16 años. Para asegurarse de que todos los estudiantes pudieran participar activamente, se puso a disposición el programa de alimentación escolar en escuelas primarias y un plan de préstamo de libros de texto, así como transporte subsidiado, subsidio para uniformes, becas para escuelas secundarias, y un amplio rango de subsidios y becas para el nivel terciario. El desempeño de las mujeres en el sistema educativo ha mejorado: las niñas muestran un nivel superior en relación con los varones en las principales materias, como inglés, matemáticas, estudios sociales y ciencias integrales, y la tasa de abandono escolar en las escuelas primarias y secundarias es menor en las mujeres que en los hombres.

En 2004 se destinaron aproximadamente US\$ 206,2 millones (17% del presupuesto nacional) a la educación y al sector de deportes (US\$ 1,3 millones más que en 2003). Más de la mitad de la inversión en la educación y los jóvenes se utilizó para apoyar la continuidad del programa del sector educativo, que apuntaba a mejorar el entorno de aprendizaje a través del mantenimiento de instalaciones, el aprovechamiento de las habilidades y herramientas educativas y el uso de tecnología computacional.

El gobierno siguió dando apoyo a las iniciativas para la reforma de los planes de estudio, el establecimiento de la Agencia Nacional de Acreditación, la Universidad de Barbados, y la expansión del acceso a la educación infantil temprana.

El país tiene escasez de agua, ya que cuenta con solo 170 metros cúbicos de agua potable per cápita por año. No obstante, el país tiene cobertura universal de agua potable y 99% de las viviendas recibe el agua a través de tuberías; el 1% restante tiene

acceso a través de grifos comunitarios. Al tener acceso total al agua potable, Barbados ha alcanzado el Objetivo 7, Meta 10 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Toda la población tenía acceso a redes de alcantarillado y tratamiento de aguas negras.

El país no sufrió ningún desastre natural durante el período de revisión, pero la amenaza de huracanes ha crecido en los últimos cuatro años y el país sufrió inundaciones en las zonas bajas de los distritos costeros. No hubo heridos ni muertes causadas por desastres naturales.

Demografía, mortalidad y morbilidad

En 2005, la ONU calculó la población en aproximadamente 270.000 personas. El censo nacional de población realizado entre 2001 y 2005 muestra una variación no mayor a 2.000 personas (o menos de 1%) en comparación con el cálculo de la ONU. La figura 1 muestra la estructura de la población según grupos de edad en 1990 y 2005 (los datos de 2005 se obtuvieron del último censo realizado en el año 2000). En ella se puede observar que 52% de la población total en 2005 eran mujeres. El 21,5% correspondía a la población menor de 15 años.

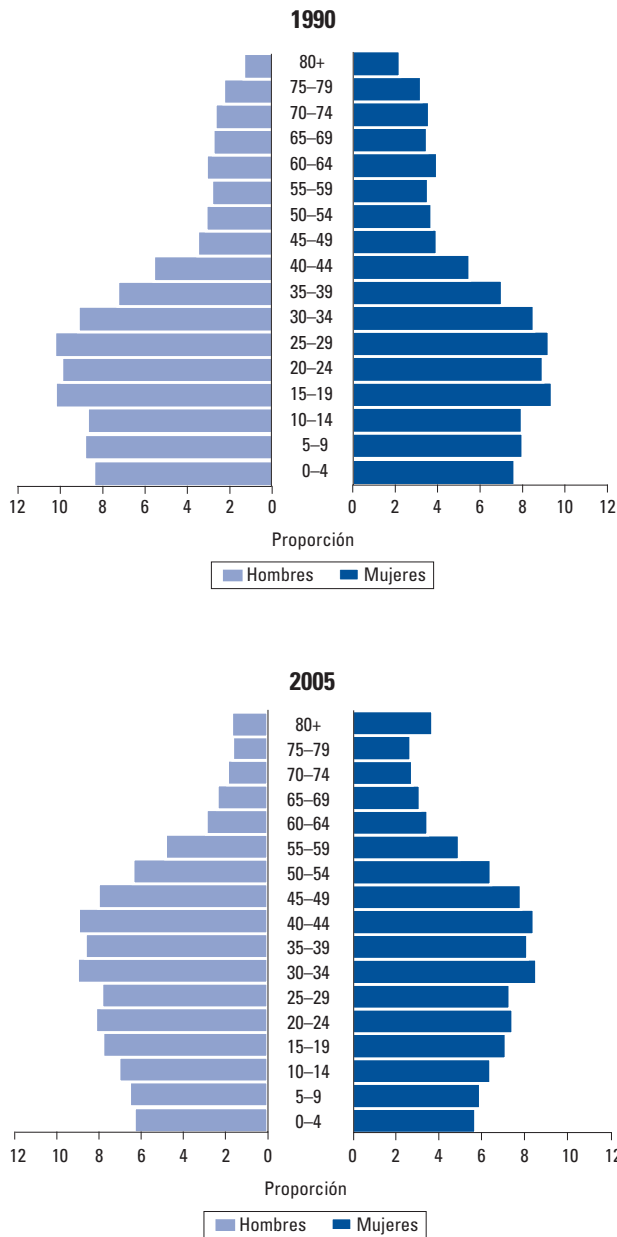
La tasa bruta de natalidad en 2005 era de 11,8 por 1.000 habitantes y la tasa bruta de mortalidad de 8,3 por 1.000. Ese mismo año, las mujeres en edad fértil (15–49 años) representaban 52% de la población femenina total, con una tasa de fertilidad de 1,5 niños por mujer. La esperanza de vida al nacer era de 72,3 años para los hombres y 78,9 años para las mujeres. La tasa de mortalidad infantil era de 14,3 en 2003. La mayor parte de la población se concentra en las parroquias de Saint Michael, Christ Church y Saint Philip.

La migración fue el factor que más contribuyó a la variación poblacional. En 2003, Barbados tenía una de las más grandes concentraciones inmigratorias, con al menos 12,3% del total de inmigrantes caribeños en la región. Además, con la introducción e implementación total del Mercado y Economía Únicos del Caribe, este movimiento libre de la fuerza laboral afectó al sistema de atención médica.

Las enfermedades crónicas no transmisibles continúan siendo las principales causas de morbilidad y mortalidad. Según la información provista por policlínicos y consultorios de atención ambulatoria, la hipertensión, la diabetes y otros trastornos del sistema circulatorio fueron las patologías más vistas y tratadas en adultos de 45 a 65 años, mientras que el impacto de los accidentes de tránsito, la violencia y el VIH/sida se observó más frecuentemente en adultos de 20 a 44 años.

En 2002 hubo 2.215 defunciones por causas definidas y 2.436 en 2003; se registraron solo 75 (3,3%) defunciones por causas mal definidas y 71 (2,8%) por causas desconocidas. En 2002, el número de defunciones por todas las causas fue de 2.290 (1.118 hombres y 1.172 mujeres). El grupo de 65 años y más tuvo el mayor número de defunciones (932 mujeres y 748 hombres), se-

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Barbados, 1990 y 2005.



guido por el de 5 a 49 años (281) y el de 50 a 64 (272). Se registraron 57 defunciones en menores de 5 años.

En 2003 se notificaron 2.507 defunciones por todas las causas (la diferencia en cuanto al número de defunciones entre hombres y mujeres era mínima); en el grupo de 65 años y más se registró el mayor número (1.822), seguido por el de 50 a 64 años (322) y el de 5 a 49 años (299). Se registraron 53 defunciones en niños menores de 5 años. En 2002, las 10 principales causas de muerte

fueron la diabetes mellitus (221), las enfermedades cerebrovasculares (205), las enfermedades de circulación pulmonar y otras formas de cardiopatías (198), las enfermedades hipertensivas (162), las cardiopatías isquémicas (150), la neumonía (132), las neoplasias malignas de los órganos digestivos excepto el estómago (114), las neoplasias malignas de próstata (102), la septicemia (55), y el sida (42). En 2003, las principales causas de muerte fueron las enfermedades de circulación pulmonar y otras formas de cardiopatías (257), la diabetes mellitus (246), las enfermedades cerebrovasculares (207), las cardiopatías isquémicas (180), las enfermedades hipertensivas (159), las neumonías (143), las neoplasias malignas de los órganos digestivos excepto el estómago (115), las neoplasias malignas de próstata (101), la septicemias (74) y el sida (30).

En el año 2000 se registraron 1.680 defunciones (932 mujeres y 748 hombres), de las cuales 40 correspondieron al grupo de 15 a 24 años (25 hombres y 15 mujeres). Las causas principales de muerte en los hombres fueron los homicidios (5), los accidentes automovilísticos (3), las enfermedades de circulación pulmonar y otras enfermedades cardiacas (3) y el ahogamiento y sumersión accidental (3). Hubo una muerte por sida en este grupo de edad. Las principales causas de muerte en las mujeres fueron las enfermedades del sistema musculoesquelético y tejido conectivo (3), otros accidentes (2), las enfermedades hipertensivas (1) y la septicemia (1).

Las causas principales de muerte en los adultos fueron las enfermedades de circulación pulmonar y otras formas de cardiopatías (256 defunciones y una tasa de 94 por 100.000 habitantes); las enfermedades cerebrovasculares (207 y una tasa de 76 por 100.000); la diabetes mellitus (246 y una tasa de 90 por 100.000); las enfermedades hipertensivas (159 y una tasa de 59 por 100.000); la neumonía (143 y una tasa de 53 por 100.000); las neoplasias malignas de órganos digestivos excepto el estómago (115 y una tasa de 42 por 100.000); las neoplasias malignas de próstata (101 y una tasa de 37 por 100.000); la septicemia (74 muertes y una tasa de 27 por 100.000); las neoplasias malignas de mama (57 y una tasa de 21 por 100.000), y el sida (30 y una tasa de 11 por 100.000).

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Los niños de 1 a 4 años representaban aproximadamente 6,8% de la población total en 2003. Se registraron 63 defunciones en niños menores de 5 años, de los cuales 50 eran lactantes (32 defunciones neonatales y 18 postnatales). La tasa estimada de mortalidad infantil era de 14,3 por 1.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad específica en niños de 1 a 4 años fue de menos de una defunción por 1.000 habitantes en 2003.

Ese mismo año, las principales causas de mortalidad en este grupo de edad fueron las afecciones originadas en el período pe-

rinatal (37), las anomalías congénitas (6), la neumonía (3), el VIH/sida (3) y el síndrome de muerte súbita infantil (2).

El bajo peso al nacer (< 2.500 g) continúa siendo motivo de preocupación; en 2004 se registraron tasas de 12,7% y en 2005, de 13,9%.

La tasa de mortalidad perinatal en 2003 era de 14,8 por 1.000 nacidos vivos. Durante el período 2001–2005 hubo fluctuaciones y la tasa más alta se registró en 2001 (22 por 1.000 nacidos vivos).

Según el informe de 2002–2003 del Médico Jefe, rara vez ingresaron al pabellón pediátrico niños menores de 5 años por motivos de malnutrición; sin embargo, la obesidad infantil aumentó.

Entre 2001 y 2004, las coberturas de vacunación fueron las siguientes: de 91% para VPO, de 92% para DTP/HIB y de 93% para SRP. Se monitorea el crecimiento y desarrollo de los niños que reciben tratamiento en las clínicas del gobierno.

Salud de los niños (5–14 años)

En 2003, el grupo de 5 a 14 años representaba 14,7% de la población total (7,4% para los varones y 7,3% para las mujeres). Durante 2003 se registraron cuatro defunciones en este grupo de edad: una por enfermedad viral, una por leucemia, una por enfermedad del sistema nervioso y una por neoplasia maligna de localización no especificada. Las tasas de mortalidad específica para este grupo de edad fueron de 20 por 100.000 habitantes en 2002 y de 10 por 100.000 en 2003.

El número de partos entre mujeres menores de 15 años varió de 41 en 2001 a 6 en 2003. El número de embarazos interrumpidos se redujo a la mitad (de 8 en 2001 a 4 en 2003).

La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo y Juventud de 2002 reveló que la edad promedio para el inicio de consumo de tabaco era de 11 años para los varones y de 13 para las mujeres.

Como parte de los requisitos para ingresar a la escuela secundaria, los niños reciben un refuerzo de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la poliomielitis a los 11 años, y la segunda dosis de la vacuna contra SRP. El estado de salud general de este grupo es bueno. Entre 2002 y 2003 no se registraron muertes por VIH/sida en este grupo de edad.

Salud de los adolescentes (15–24 años)

En 2003, los adolescentes de este grupo de edad representaban 14,7% de la población total (15,5% para los hombres y 13,9% para las mujeres). Durante 2002 se registraron 34 defunciones y entre las causas están los homicidios y las lesiones infligidas intencionalmente por otras personas (9), los accidentes automovilísticos (5), las enfermedades del sistema urinario (4), y el VIH/sida (2). En 2003 se registraron ocho defunciones, cuyas causas fueron las enfermedades del sistema músculo esquelético (3), otros accidentes (2), las enfermedades de circulación pulmonar y otras formas de cardiopatías (1), los accidentes causados por incendios y llamas (1) y los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas (1).

En 2003 se registraron 1.499 partos en mujeres de 15 a 24 años (43% de los partos en todas las edades) y 178 embarazos interrumpidos (41% de los embarazos interrumpidos en todas las edades). Según las estadísticas de los servicios de salud materno-infantil, 1.030 personas nuevas aceptaron servicios prenatales en 2001 y 914 en 2003.

El aumento de la violencia y el uso de drogas ilegales es una gran preocupación. Este grupo corre riesgos por la violencia, las conductas desviadas, la sexualidad precoz, los trastornos de salud mental, el abuso de sustancias y al enfrentar problemas por depresión y estrés psicosocial. Las drogas más usadas fueron la marihuana, el alcohol y, en menor medida, la cocaína. El aumento en el consumo de drogas ha tenido repercusiones económicas, por las horas de productividad perdidas en la fuerza laboral y el aumento de los costos de la atención de salud; este aumento en los costos se debe a los tratamientos que reciben las personas con problemas relacionados con el consumo de drogas, quienes además en algunas ocasiones se encuentran en un alto riesgo de contraer enfermedades, como el VIH/sida u otras infecciones de transmisión sexual. Esta última consecuencia podría convertirse en una seria amenaza para la salud pública.

En 2002 se registraron dos defunciones en este grupo de edad por VIH/sida y en 2003, solo una.

Una encuesta sobre los factores de riesgo y la promoción de la salud en Barbados realizada en 2002, sugería que la edad promedio en la que los fumadores actuales empiezan a fumar es alrededor de los 16,5 años. Sin embargo, otros estudios sugieren que el hábito de fumar puede comenzar incluso a edades más tempranas. Los resultados de las encuestas de 1999 y 2002 muestran que si bien más de 30% de los estudiantes habían fumado en algún momento, solo 1% se consideraban fumadores regulares (cotidianos).

Las principales causas de enfermedad y muerte en este grupo de edad fueron los homicidios, los accidentes automovilísticos y otros accidentes; se registraron 34 defunciones en 2002 y 25 en 2003.

El embarazo en adolescentes continuó siendo un problema serio. En 2002, 18% del total de partos correspondieron a adolescentes y en 2003, 16%. Se registraron 619 partos en adolescentes en 2002 y 573 en 2003. Del número total de abortos en 2002, 16% (514) correspondió a adolescentes; este porcentaje se incrementó a 19% (432) en 2003.

En 2004 Barbados tenía un centro de desarrollo infantil con 2.740 registros.

Salud de los adultos (25 a 64 años)

En 2003, los adultos de 25 a 64 años representaban 52% de la población (52% para los hombres y 51% para las mujeres). La tasa global de fecundidad en 2005 era de 1,5 niños por mujer de 15 a 44 años. Los datos de la Asociación de Planificación Familiar de Barbados indican que los métodos de planificación familiar preferidos por los adultos en 2003 y 2004 eran los anticonceptivos orales e inyectables. Las mujeres asistieron a los servicios

prenatales a partir de la duodécima semana de gestación, y a partir de esa fecha recibieron con regularidad servicios para la atención de su salud y del crecimiento fetal, así como para prevenir complicaciones médicas durante el embarazo. Se registró una muerte materna en 2002, dos en 2003, y ninguna en 2004 y 2005.

Durante 2003 fallecieron 84 personas de 25 a 44 años. Las principales causas de muerte en este grupo fueron las enfermedades de circulación pulmonar y otras formas de cardiopatías (6), la neumonía (6), y los homicidios y lesiones infligidas intencionadamente por otras personas (5).

En 2003 fallecieron 103 personas de 45 a 64 años, y las causas principales fueron la diabetes mellitus (13), otras neoplasias malignas (9), las neoplasias malignas del cuello del útero (8), las enfermedades hipertensivas (8) y las enfermedades de circulación pulmonar y otras formas de cardiopatías (8).

Según las estadísticas de morbilidad del sistema de atención de salud primaria, las afecciones tratadas dentro de este grupo de edad incluyeron la hipertensión, la diabetes mellitus y los trastornos del sistema circulatorio. La clínica para hombres de la Asociación de Planificación Familiar de Barbados, una organización no gubernamental, notificó un aumento de visitas de usuarios nuevos (de 250 en 2003 a 356 en 2004). El número total de visitas en 2004 fue de 955 (60% más que las 597 en 2003).

Salud de los adultos mayores (65 años y más)

En 2003, la población de 65 años y más representaba 12% de la población total (10% para los hombres y 14% para las mujeres). En ese año se registraron 840 defunciones en personas de 65 años y más, y las principales causas fueron la diabetes mellitus (131), las enfermedades cerebrovasculares (112), las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de cardiopatías (109) y las enfermedades hipertensivas (87).

Con una población anciana cada vez mayor, los desafíos para la prestación de servicios de salud y otros servicios sociales fueron importantes, especialmente para las personas de 75 años y más. Cerca de 4% de los ancianos viven en instituciones, y el resto en sus casas, solos o con familiares.

Salud de la familia

El promedio familiar en el país es de 3,5 personas. Más de 80% de las familias tienen servicio telefónico y 90% tienen electricidad. El Departamento de Bienestar Social notificó que los problemas familiares advertidos están relacionados en su mayoría con asuntos de manutención familiar (455 casos en 2003 y 1.118 en 2005). Se registraron 55 casos de violencia doméstica en 2003, 330 en 2004 y 191 en 2005.

La sección de servicios familiares del Departamento de Bienestar Social continuó brindando servicio profesional en la intervención y manejo de problemas individuales y familiares, así como ayuda a personas en situaciones disfuncionales. En 2004 se investigaron 2.465 casos y en 2003, 851.

El Programa de Iniciación para Padres procesó solicitudes de madres que buscaban ayuda para la manutención de sus hijos. El propósito del programa es proteger y preservar la familia, brindar a los padres los recursos necesarios para participar significativamente en el desarrollo de sus hijos, y promover una mejor relación entre los padres. Un total de 1.150 hombres recibieron asesoramiento en 2004 y 1.066 en 2003. En 2004, 3.345 menores de 16 años recibieron subsidios monetarios y en 2005, 3.357.

La Junta de Cuidado Infantil procesó cerca de 2.000 consultas, reportes y quejas correspondientes a 2.300 niños en 2005. Aproximadamente 900 eran nuevas alegaciones por abuso.

El Programa de Asistencia Nacional respondió a las necesidades materiales de la gente mediante el pago de servicios públicos y alquileres y la entrega de cupones de emergencia para alimentos, prótesis dentales, audífonos y el cuidado y apoyo a personas con VIH/sida.

Salud de los trabajadores

Las estadísticas del Departamento de Seguro Nacional, que es la institución de seguridad social y principal proveedora de prestaciones por enfermedad y lesiones en Barbados, mostraron que al final de 2004 se habían recibido 72.489 reclamos, lo cual representa una disminución de 16,5% con respecto al año anterior. El 70,3% del total de los reclamos recibidos fueron por enfermedad, seguidos por los de lesión en el lugar de trabajo. Todos los accidentes laborales fueron notificados e investigados por el Ministerio de Trabajo.

Salud de las personas con discapacidad

En el año 2000 había 13.142 personas con una discapacidad o disfunción mayor; de ellas, 537 (4%) eran menores de 5 años y 4.714 (35%) tenían 65 años y más. Un total de 2.868 eran mujeres (21%) y 1.846, hombres (14%). La pérdida de la visión fue la discapacidad más común entre hombres y mujeres (2.446 casos).

En 2005, 3.000 niños estaban registrados en el Centro de Desarrollo para Niños. Se realizó una capacitación en terapia recreativa para mejorar la prestación de servicios en esa institución.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

En 2004 se registraron 566 casos de **dengue**, con dos muertes confirmadas. El serotipo 3 fue el único serotipo identificado ese año. Se presentaron 474 casos de dengue en 2005.

La **malaria** no es endémica en Barbados; se registraron tres casos importados entre 2003 y 2005, pero ninguna muerte a causa de esta enfermedad.

En 2004, el número de casos de **leptospirosis** aumentó en parte debido a fuertes lluvias fuera de estación. Se notificaron

30 casos y dos defunciones ese año, y 22 casos y una defunción en 2003. La mayoría de los casos fueron de personas que trabajaban a la intemperie. Se registraron 21 casos de leptospirosis a fines de 2005.

No hubo casos de **fiebre amarilla, enfermedad de Chagas, esquistosomiasis o filariasis linfática**.

Enfermedades inmunoprevenibles

Gracias al éxito del Programa Ampliado de Inmunización, durante el período 2001–2005 no hubo casos de **poliomielitis, tétanos neonatal, sarampión, rubéola ni síndrome de rubéola congénita**. En 2005, la cobertura de vacunación para VPO fue de 91%, de 92% para la DTP/HIB y de 93% para SRP. En 2004 se administró la vacuna contra la varicela al personal en riesgo en el Ministerio de Salud.

Enfermedades infecciosas intestinales

No se registraron casos de **cólera** o **helmintiasis** durante el período. Los casos de **enfermedades transmitidas por los alimentos** aumentaron de 62 en 2003 a 173 en 2004 y a 226 en 2005. En 2004 se notificaron 40 casos de infección por **campylobacter** (el número más alto de casos registrados desde 2000) y 15 en 2003. No se notificaron casos de **shigelosis** en 2004; en 2003 se registraron cinco casos. El descenso gradual de los casos de shigelosis se asoció al aumento en el uso de instalaciones sanitarias para la eliminación de los desechos fecales.

Enfermedades crónicas transmisibles

El Hospital Queen Elizabeth notificó 20 casos de **tuberculosis** en 2004 y 13 casos en 2003; de estos, cuatro fueron coinfecciones por VIH y nueve fueron casos importados; se registró un caso en un niño de 2 años. En 2005 se notificaron 12 casos de tuberculosis, uno de ellos resistente a las drogas. El aumento en el número de casos de tuberculosis está relacionado con la coinfección por el VIH y un aumento de casos importados. La facilidad de migración y el aumento de la esperanza de vida de las personas con VIH, debido al Programa de la Terapia Antirretroviral Altamente Activa, afectarán el control de la tuberculosis. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el número total de casos de tuberculosis continúa siendo bajo.

A fines de 2005 se confirmaron 12 casos de **lepra**. De estos, dos eran casos activos importados de otros países del Caribe y se estaban tratando activamente.

Infecciones respiratorias agudas

En 2002 se registraron 132 defunciones por **neumonía**, de las cuales 112 (85%) correspondieron al grupo de 65 años y más. En 2003 se registraron 143 defunciones por **neumonía** y 60 correspondieron a ese mismo grupo de edad. El **asma** fue una causa importante de morbilidad; la mayoría de los casos se presentaron durante la estación de lluvias en todos los grupos de edad. El promedio de pacientes con asma tratados en el departamento de ur-

gencias del Hospital Queen Elizabeth fue de 10.030, de los cuales aproximadamente 3,8% ingresaron al hospital. En 2003 se registraron 431 ingresos por asma y 406 en 2004.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Hasta marzo de 2005 se habían registrado 34 casos nuevos de VIH, frente a 60 casos notificados para el mismo período en 2004. De las personas que resultaron VIH positivas, la mayoría (54%) tenían de 20 a 44 años. El número más alto de personas con VIH tenía entre 30 y 34 años. A fines de marzo de 2005 había 22 casos nuevos de sida; se registraron 35 casos en el mismo período en 2004. Durante 2005 se registraron menos casos de sida, pero el número de defunciones a causa de esta enfermedad aumentó de cinco a fines de marzo de 2004 a nueve a fines de marzo de 2005.

Todas las embarazadas que asistieron a los consultorios de atención prenatal recibieron asesoramiento y fueron sometidas a las pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH. En 2003 se notificaron 5.360 casos de infecciones de transmisión sexual.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En 2001 se registraron 25 defunciones por **trastornos endocrinos y metabólicos** (24 en personas de 65 años y más). En 2003 se registraron ocho defunciones (siete en personas de 65 años y más). Se registraron cuatro casos de malnutrición proteínocalórica en 2001, uno entre personas de 35 a 44 años y tres entre personas de 65 años y más. Se registró un solo caso en 2003 en el grupo de 45 a 64 años. Como parte del Programa de Salud Materno-infantil, los niños menores de 5 años son supervisados para detectar y tratar problemas de sobrenutrición y desnutrición.

La encuesta sobre consumo de alimentos y antropometría de 2000 mostró que 30% de las mujeres eran obesas y que 58% tenían sobrepeso. El 29% de los hombres tenían sobrepeso y 10% eran obesos. La prevalencia de la **obesidad** aumentó, principalmente debido a la adopción de un régimen de alimentación rico en grasas y a un modo de vida sedentario. Cada vez hay más niños que tienen sobrepeso, especialmente entre los 11 y 17 años. En 2000, la prevalencia calculada del **sobrepeso** entre los preescolares fue de 3,9%.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades de la circulación pulmonar y otros tipos de enfermedad cardíaca se encuentran entre las tres primeras de las cinco principales causas de muerte; en 2002 causaron 256 muertes y en 2003, 198. Las otras causas de muerte fueron la **cardiopatía isquémica** y la **enfermedad hipertensiva**; la primera causó 150 muertes en 2002 y 180 en 2003, y la segunda causó 162 muertes en 2002 y 150 en 2003. El número de egresos hospitala-

rios por enfermedades cardiovasculares en los años 2000, 2001 y 2002 fueron de 1.092, 1.373 y 1.763, respectivamente.

Neoplasias malignas

El **cáncer de próstata** siguió siendo una preocupación en el período 2000–2004. En el año 2000 se registraron 63 casos de cáncer de próstata. Ese mismo año hubo 102 defunciones por cáncer de próstata (24,2% del total de defunciones por neoplasias malignas). El **cáncer de mama** causó 51 defunciones (12,1% del total de defunciones por neoplasias malignas). Se registraron 49 defunciones (11,6%) por **neoplasias malignas de los órganos digestivos y el peritoneo**, 46 (10,9%) por **neoplasias malignas del colon** y 32 (7,6%) por **neoplasias malignas del estómago**.

En 2004 se efectuaron 79 derivaciones por cáncer de mama, 34 por **cáncer de cuello del útero** y 39 por cáncer de próstata. En 2005, las cifras fueron 112, 19 y 41, respectivamente. La mayoría de los casos de cáncer de mama y de cuello del útero se registraron en mujeres de 30 a 69 años. En el caso del cáncer de próstata, la mayoría de los casos se registraron en hombres de 50 a 89 años.

El menor número de los casos de cáncer de cuello del útero puede atribuirse a las mejoras del tamizaje, tanto en el sector público como en el privado. Por el contrario, el aumento en los casos de cáncer de próstata señala la necesidad de revisar y fortalecer los programas relativos a la salud masculina.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Violencia y otras causas externas

El Informe Económico y Social de Barbados del año 2004–2005 mostró una disminución de 3,9% en los delitos notificados, por encima de una disminución de 17,3% en 2003. El número total de delitos en 2004 fue de 9.435, lo que representa una disminución de 388 casos en comparación con el año 2003. Como resultado del éxito de las políticas y los programas de la fuerza policial del país, disminuyeron los casos de delitos de alta gravedad y los relacionados con la propiedad. Se han implementado programas comunitarios de políticas de vigilancia, tales como custodia del vecindario, establecimiento de destacamentos y la realización de perfiles comunitarios. Sin embargo, el fuerte consumo de drogas ilegales, la predisposición a utilizar la violencia para solucionar conflictos, el uso de armas de fuego para cometer ciertas ofensas y el alto número de delinquentes juveniles, en especial varones, aún representan un desafío para la fuerza policial del país.

Salud mental

La mayoría de los pacientes que fueron atendidos en la unidad de salud mental del Hospital Queen Elizabeth, con capacidad para 8 pacientes, fueron admitidos debido a trastornos del estado de ánimo, de los cuales 20% presentaba algún tipo de trastorno psicótico. El 80% de los pacientes eran mujeres y entre 15% y

20%, niños o adolescentes. El promedio de permanencia en el lugar fue de 10 días.

Se admitieron casi 1.000 pacientes anuales en el Hospital Psiquiátrico; de ellos, entre 200 y 250 fueron hospitalizados por primera vez (60% eran varones y 70% ingresó de manera involuntaria). En 2004, 1.035 personas ingresaron al Hospital Psiquiátrico. La tasa de ocupación de camas durante ese año fue de 82%. En 2005, el número de muertes disminuyó (fallecieron 13 personas). Tanto en 2004 como en 2005 hubo un promedio de 13.000 consultas ambulatorias. Los servicios ambulatorios se prestaron en el sector público y a través de médicos generales en el sector privado.

Contaminación ambiental

Los resultados de las pruebas del agua subterránea y el agua de manantial tomadas por el Departamento de Protección Ambiental en 2001–2005 demostraron que las mediciones de sólidos disueltos, cloruros, conductividad eléctrica, pH y nitratos no excedían las normas de la Organización Mundial de la Salud. De todas maneras, los valores altos de nitrato en las aguas de Barbados parecen indicar que se han visto afectadas de manera adversa por las actividades agrícolas.

Salud oral

Se ofrecieron servicios para la detección de problemas de salud oral y una correcta intervención a los niños en edad escolar hasta los 18 años. Los adultos mayores y los niños de hasta 16 años contaban con un servicio de urgencias, que ofrecía extracciones sin costo. En el Hospital Queen Elizabeth se ofrecían servicios limitados de atención a problemas bucales y maxilofaciales.

Entre 2001 y 2003 se realizaron 53.567 consultas en las clínicas de salud dental del sistema de atención primaria; de estas, 20.226 (37,8%) fueron por profilaxis, 9.426 (17,6%) por extracciones, 9.192 (17,25%) por obturaciones y 98 (0,18%) por tratamientos de conducto. En ese mismo período se realizaron de 15.000 a 20.000 visitas a los policlínicos por motivos de salud oral. Todas las clínicas dentales del sector público utilizaron técnicas de tratamiento perfeccionadas, como por ejemplo el uso de material que libera flúor.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

La visión del gobierno para lograr una población sana consiste en facultar a las personas, las comunidades y las organizaciones en la consecución de la salud y el bienestar, en el marco de un sistema de salud que garantice una prestación equitativa de atención médica de calidad. A su vez, esto contribuirá plenamente al continuo desarrollo económico, cultural, social y ambiental de Barbados. Con este objetivo, la política nacional de salud está basada en el principio de que la atención médica es un derecho fundamental de todo ciudadano.

El plan estratégico de salud de Barbados para el período 2002–2012 se desarrolló con miras a reformar el sistema de salud. La estrategia para lograrlo es ofrecer servicios de calidad que revisitan un mayor nivel de eficiencia, eficacia, sustentabilidad financiera, equidad y participación social. El plan, diseñado con aportes provenientes del sector salud y externos a este, trata 10 áreas de prioridad y engloba numerosas estrategias e indicadores de mediciones.

El plan representa un cambio de un modelo médico a un modelo de atención más orientado hacia los usuarios, con mayor hincapié en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la plena colaboración de los interesados. Sus estrategias incluyen programas para grupos vulnerables, como las personas con discapacidades y las que tienen estilos de vida alternativos, que pueden ser reticentes de recurrir al sistema de atención médica formal. La nueva dirección estratégica exige más colaboración con organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias, la sociedad civil y el sector privado. Además, contempla un nuevo marco regulador con mecanismos de vigilancia. Gracias a estas reformas, ahora el gobierno tiene nuevas posibilidades de forjar asociaciones y fortalecer las alianzas existentes con organizaciones no gubernamentales, para ofrecer apoyo, especialmente en la atención, la información de promoción y la educación. Hay aproximadamente 45 organizaciones no gubernamentales relacionadas con la salud y organizaciones comunitarias registradas. A fin de facilitar la implementación de la reforma, el Ministerio continuó agregando progresivamente enmiendas a la Ley de Servicios de Salud y reglamentaciones.

En Barbados existen grupos empobrecidos, por lo que desde 1999 el gobierno ha iniciado un programa para erradicar la pobreza, fortalecido por la formación del Ministerio de Transformación Social.

En junio de 2004, el Gabinete aprobó una política nacional de salud mental para guiar la reforma de la prestación de servicios de salud mental.

En 2005, la legislatura discutió maneras de tratar las enfermedades transmisibles, la protección y el control de los alimentos, la preservación y el transporte de restos humanos, y el control de los animales. En especial, el gobierno introdujo una ley para fortalecer el control de los alimentos importados. Se crearon políticas para vigilar las enfermedades y la higiene institucional. En 2005 se comenzó a preparar una ley integral sobre el manejo de desechos sólidos. Ese mismo año se preparó una política nacional preliminar a favor del medio ambiente y el embellecimiento del país; también se desarrollaron pautas mínimas de atención en centros residenciales para personas con trastornos relacionados con el abuso de sustancias. Dichas pautas se entregaron a las autoridades gubernamentales responsables para que se realice un proyecto de ley.

La Ley de Servicios de Salud y sus reglamentaciones prevén la regulación integral de todos los temas relacionados con la salud

pública. Mediante esta ley, el gobierno reglamenta y supervisa los nuevos proyectos de desarrollo y otras actividades comerciales e industriales, específicamente con respecto a su impacto en la calidad del agua potable, la calidad de las aguas cercanas a la orilla, el tratamiento de los desechos líquidos y sólidos, el tratamiento de los desechos peligrosos, y la contaminación a causa del ruido y el aire. El gobierno mantiene un programa de inspección de los alimentos en los puertos de entrada, y supervisa a los procesadores de alimentos locales, las tiendas, los supermercados, los restaurantes y otros comercios, para asegurar que los alimentos destinados al consumo humano cumplan con las normas mínimas.

Organización del sistema de salud

Según el Artículo 12 de la Ley de Servicios de Salud de 1969, el Ministerio de Salud es responsable de la salud de la población de Barbados y es el organismo que presta la atención médica. El Ministerio ejerce la función rectora, que incluye definir la visión del sector salud: marcar una dirección estratégica, las políticas, las reglamentaciones, las normas y las pautas. El Médico Jefe es el responsable en el Ministerio de los asuntos técnicos.

El Ministerio de Salud es el principal proveedor de servicios de atención médica del sector público y presta atención aguda, secundaria y terciaria en el Hospital Queen Elizabeth, que cuenta con 554 camas. El Hospital Queen Elizabeth brinda servicios de medicina, cirugía, pediatría, obstetricia y ginecología, atención de urgencias y accidentes, psiquiatría, y oncología, entre otros. Las subespecialidades que se ofrecen incluyen cirugía cardiovascular, neurocirugía y ortopedia. Además, para las personas que necesitan servicios médicos que no están disponibles en la isla, hay un plan de asistencia médica. El Hospital Queen Elizabeth también es un hospital escuela, y está asociado con la Facultad de Medicina e Investigación Clínicas de la Universidad de las Indias Occidentales. Los servicios de salud mental se ofrecen en el Hospital Queen Elizabeth, en una unidad con capacidad para 8 pacientes, y en el Hospital Psiquiátrico, con capacidad para 627 pacientes. El Hospital Psiquiátrico brinda servicios hospitalarios, ambulatorios y comunitarios, además de servicios ambulatorios limitados en ocho policlínicos. Asimismo, dos centros privados ofrecen servicios residenciales de rehabilitación a aquellas personas con trastornos relacionados con el abuso de sustancias. El gobierno tiene un acuerdo con estos centros para que brinden atención médica. El gobierno también opera cuatro instituciones de atención de largo plazo, con una capacidad total de 706 camas, para la atención residencial de los adultos mayores. Por medio de un acuerdo entre el gobierno y el sector privado, el gobierno puede ofrecer atención a 300 adultos mayores más.

Los servicios del sector privado de atención médica siguen expandiéndose para incluir fertilización in-vitro, tratamientos con células madre, medicina alternativa y complementaria, cirugía estética y diálisis renal. Hay unos 50 hogares para ancianos y re-

sidencias para adultos mayores en el sector privado que proveen atención de largo plazo para personas de 65 años y más.

Según los cálculos, entre 20% y 25% de la población cuenta con seguros de salud privados. Las cooperativas de crédito, los sindicatos y las organizaciones de magnitud comercializan los paquetes de seguros de salud.

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, el agua potable, la calidad del aire, el manejo de los desechos sólidos y líquidos, el control de los vectores de enfermedades, y el manejo de los desechos peligrosos. Además, las enfermeras de salud pública, en colaboración con los funcionarios de salud ambiental, mantienen la vigilancia en los puertos aéreos y marinos de las enfermedades que figuran en el Reglamento Sanitario Internacional, e investigan los casos de las enfermedades que deben notificarse.

La seguridad de los medicamentos y su eficacia, así como el funcionamiento de las farmacias y de los laboratorios farmacéuticos son responsabilidad de los inspectores de medicamentos que hacen cumplir las normas para el control. Tres inspectores trabajan junto con el Departamento de Policía y el Ministerio de Salud en los asuntos relacionados con los narcóticos y las sustancias controladas. Mediante un equipo de inspección multidisciplinario formado por un enfermero de salud pública, un funcionario de salud ambiental, un inspector de medicamentos y un nutricionista, se hace cumplir la legislación existente y se supervisan las operaciones de los hospitales privados y de los hogares para ancianos y las residencias para adultos mayores. Hay una disposición para incorporar otros profesionales, según sea necesario.

Servicios de salud pública

Los servicios de atención médica primaria se brindan en ocho policlínicos y dos clínicas satélite estratégicamente ubicadas para permitir el fácil acceso. Estos policlínicos y clínicas ofrecen servicios de salud materno-infantil y para los adolescentes, así como también servicios de salud mental, dental, nutrición, medicina general y salud ambiental.

Gracias a los recursos adicionales dedicados a la lucha contra el VIH/sida, la respuesta del sistema de atención médica para el VIH/sida ha cambiado radicalmente. Además de implementar modelos de buenas prácticas para el tratamiento y la supervisión, mediante los análisis de laboratorio de los pacientes, el gobierno ofrece apoyo psicológico a través del programa de asesoría y atención domiciliaria. A finales del año 2004 se invirtieron US\$ 5,6 millones en el programa, frente a US\$ 7,7 millones en 2003 y US\$ 6,9 millones en 2002.

Para reducir el número de casos de tuberculosis, el programa de control de esta enfermedad fue modificado y fortalecido con la

introducción de la iniciativa de tratamiento acortado directamente observado (DOTS), así como con el establecimiento de lazos más cercanos con el programa de VIH/sida.

En 2004, el Departamento de Bienestar entregó subsidios de asistencia nacional a 180 personas con VIH/sida; además, 183 personas recibieron otro tipo de ayuda, como vales de comida, muebles, vestimenta y prótesis dentales. El gasto total de estos subsidios de asistencia nacional fue de US\$ 125.256.

La Sociedad del Cáncer de Barbados lanzó un proyecto de tamizaje del cáncer de mama, para promover la detección precoz y reducir la muerte prematura debido a esta enfermedad.

Durante 2004, 320 personas fueron evaluadas y derivadas según los resultados de la evaluación. El Ministerio de Salud designó a un médico de los policlínicos para que visitara el Centro de Desarrollo Infantil, con el objetivo de abordar la rehabilitación de las personas con discapacidades mentales.

Los médicos están obligados, por ley, a notificar al Ministerio de Salud todos los casos de enfermedades transmisibles incluidas en la lista reglamentaria de los servicios de salud. El epidemiólogo nacional dirige un equipo responsable de la vigilancia de las enfermedades transmisibles. Dicho equipo se compone de funcionarios de salud ambiental y enfermeros de salud pública, que trabajan en colaboración con laboratorios de salud pública y del sector privado, y con el laboratorio de leptospirosis.

El gobierno conoce la importancia de un ambiente sostenible para lograr el bienestar económico y social del país, por lo que mantiene su compromiso de coordinar programas de trabajo de desarrollo sostenible. Con el objetivo de ayudar a proteger la frágil ecología del lugar, el Departamento de Protección Ambiental supervisa periódicamente el agua subterránea, el agua de manantial y el agua cercana a la playa.

Se realizó una vigilancia activa en busca del mosquito *Anopheles* en las ciénagas, como medida de prevención para evitar la transmisión de la malaria. En 2004 se destinaron US\$ 1,35 millones al programa de control de vectores para la vigilancia de aquellos asociados con la propagación de la enfermedad. El Programa para el Control de Mosquitos apuntaba a las especies *Aedes*, *Culex* y *Anopheles*.

En 2005, la Unidad de Administración de la Zona Costera hizo un estudio de las playas en los lugares más importantes. Ese mismo año, la Unidad colaboró con la Universidad de las Indias Occidentales en un proyecto de control de la temperatura, diseñado para ayudar a establecer un perfil a largo plazo de la temperatura de las aguas costeras de Barbados. En 2005 se invirtieron US\$ 2,65 millones en un programa de infraestructura costera.

La sección de control de contaminación marina del Departamento de Protección Ambiental investigó 30 quejas en relación con la contaminación por aceite, olores, aguas residuales y drenajes cloacales, así como el vertido de los derivados del petróleo. En 2005 se anexó al Departamento de Protección Ambiental una sección para el manejo de los desechos sólidos y los mate-

riales peligrosos. La Unidad de Desechos Sólidos dirigió un taller de capacitación para presentarles a los docentes varias herramientas de educación, entre ellas una guía para educar sobre el manejo de desechos sólidos. Otros materiales incluyeron una serie de folletos, información sobre un sitio Web relacionado con los desechos sólidos, el juego “Waste Buster” (Cazador de desechos) y el libro de historias educativo “Timmy Turtle and the Litterbugs” (Timmy Turtle y las personas que ensucian).

La Dirección de Abastecimiento de Agua de Barbados suministra agua potable a los hogares en todo el país (aproximadamente 99% de las viviendas); el resto se abastece mediante fuentes públicas. La estrategia de suministro de agua implica el uso de pozos de agua profunda y la desalinización del agua salobre. En 2004 se consumieron 54 millones de metros cúbicos de agua y en 2005 se supervisaron nueve pozos de suministro público y dos agrícolas. Además, todos los pozos registraron valores promedios de pH aceptables, que rondaban de 6,97 a 7,46. Se analizaron las muestras de agua subterránea sobre la base de 21 parámetros de suministro de agua. Los cinco parámetros que describieron mejor la calidad del agua fueron seleccionados para un análisis detallado. Los parámetros seleccionados eran sólidos disueltos totales, cloruros, conductividad eléctrica, pH y nitratos. En 2005 se controlaron siete fuentes de agua públicas, y las concentraciones totales promedio cumplían con las normas de la OMS.

Ese mismo año, en una iniciativa orientada a determinar si las aguas eran seguras para bañarse, se agregaron cinco playas al régimen de muestreo del programa de control del agua recreacional. Se toman muestras semanales, que se analizan para detectar coliformes fecales y enterococos.

El gobierno está comprometido a 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. La ciudad de Bridgetown y el área de la costa sudoeste del país están conectadas a los sistemas de alcantarillado. El principal objetivo de las conexiones de alcantarillado de esas áreas era que las aguas cercanas a las playas tuvieran niveles bacteriológicos conformes a los estándares internacionales, y reducir la contaminación química que afecta a los arrecifes, la vida marina y las playas.

Se analizó el efluente de las plantas de tratamiento de aguas residuales en busca de indicadores como nitrógeno total, fósforo total y la demanda de oxígeno químico. Se están realizando estudios de factibilidad para ofrecer servicios de alcantarillado en la costa oeste. No obstante, los hoteles de esta área operan plantas compactas de tratamiento de aguas residuales.

El gobierno ha dado prioridad al manejo de los desechos sólidos con miras a reducir la cantidad de basura en las corrientes de desechos y resolver las preocupaciones del vertido ilegal de basura. El Banco Interamericano de Desarrollo financió un programa de manejo integral de los desechos sólidos, que incluía una instalación de compostaje y una para almacenar los desechos químicos. Se darán incentivos para estimular el reciclaje.

La División de Salud Ambiental del Ministerio de Salud es responsable de inspeccionar todos los alimentos destinados al consumo humano. En 2003, la División inspeccionó 24,8 millones de kg de carne vacuna, carne de aves y pescado (alimentos locales e importados). Se determinó que 2,1% de dichos alimentos no estaban en condiciones de ser consumidos por humanos, por lo que no fueron aprobados. El servicio de inspección de los puertos examinó todos los alimentos que ingresan por allí, y tomó muestras para realizar un análisis bacteriológico, químico y organoléptico. También inspeccionó y controló el manejo de los alimentos preparados para la exportación a cruceros y aviones, y la emisión de los certificados correspondientes. Se inspeccionaron todos los negocios de venta de alimentos y los restaurantes. Además, se supervisó la eliminación de los alimentos no aprobados.

Se siguieron vigilando los establecimientos de servicios de venta de comida a domicilio, autorizados de acuerdo con la Ley de Servicios de Salud, entre ellos hoteles, restaurantes, panaderías, almacenes, supermercados, plantas de procesamiento de alimentos y vendedores ambulantes. Se aprobaron permisos temporales para los vendedores ambulantes que venden comida en ferias y festivales. Cada año, el Ministerio de Salud ofrece cursos de capacitación a todas las personas que manipulan comida, como estrategia para prevenir las epidemias de enfermedades transmitidas por los alimentos.

El gobierno implementó un programa de comedores escolares para ofrecer comidas diarias a un precio accesible a los estudiantes de las escuelas primarias. La Junta de Bienestar, la Sociedad de la Cruz Roja de Barbados, organizaciones religiosas y otras organizaciones no gubernamentales brindaron ayuda alimentaria a los necesitados. En el sector público, el Consejo Nacional de Asistencia designó varias personas para ayudar a los ancianos que viven solos a preparar la comida. El Ministerio de Salud colaboró con un programa de banco de alimentos para las personas con sida, que se abastece de alimentos donados por el público en general. Barbados cuenta con un programa destinado a preparar al país en caso de desastres naturales o provocados por el hombre. Este programa está orientado a la comunidad, pero a cada sector se le asignan obligaciones y responsabilidades particulares.

El plan del Ministerio para la prevención de la influenza aviaria se desarrolló en 2005, en aras de mejorar la vigilancia en los puertos de entrada y las ciénagas. El objetivo era detectar enfermedades en todas las aves, incluidas las migratorias y las salvajes, establecer medidas profilácticas para las poblaciones en riesgo, y la correcta educación del público.

Servicios de atención a las personas

Los servicios ambulatorios se prestan tanto en el sector público como en el privado. Entre abril de 2004 y marzo de 2005 se realizaron alrededor de 3.000 cirugías en el Hospital Queen Eli-

zabeth. En 2001 hubo 105.286 consultas ambulatorias, en 2002, 98.171 y en 2003, 96.310. En el Departamento de Accidentes y Urgencias y en la Clínica de Atención General Ambulatoria se realizaron 44.048 consultas en 2001 y 47.050 en 2003.

En lo que respecta al sector público, los policlínicos recibieron una cantidad importante de visitas ambulatorias y en 2005 brindaron atención clínica primaria a 391.315 personas. Estos policlínicos ofrecen servicios de salud maternoinfantil, dentales y de medicina general y a partir del año 2000 comenzaron a realizar cambios de catéter, en lugar de que se hicieran en el Hospital Queen Elizabeth.

De acuerdo con el informe de 1998 sobre el proceso de reforma del sector salud de Barbados, el sector privado ofreció, con un margen moderado de diferencia, la mayoría de los servicios médicos y quirúrgicos ambulatorios. En términos de servicios dentales, el sector privado fue el principal proveedor, ya que la atención dental del sector público está dirigida principalmente a los niños menores de 18 años y, de forma limitada, a las embarazadas y los adultos mayores.

Los niños con dificultades del desarrollo se atienden en el Centro de Desarrollo Infantil, que ofrece una gran variedad de servicios, como terapia del habla, oftalmología, audiología, psicología, psiquiatría y terapia ocupacional. El Centro para Niños St. Andrews ofrece cuidado institucional de largo plazo a niños con discapacidades físicas y mentales.

En 2005 se otorgaron tarjetas informativas sobre el asma a todas las personas que padecían la enfermedad. En las escuelas y los policlínicos se desarrollaron y distribuyeron protocolos para el control del asma.

Se desarrolló un protocolo para la diabetes, y se capacitó en su uso a todo el personal de atención de salud primaria del Hospital Queen Elizabeth.

En 1999, con la intención de reducir el número de casos no urgentes en el Departamento de Urgencias y Accidentes del Hospital Queen Elizabeth y las horas de espera para la atención médica, el gobierno implementó un sistema de atención acelerada en el policlínico más cercano al hospital. Aproximadamente 70% de los pacientes que se atendieron en el policlínico llegaban sin cita previa y 30% eran derivaciones del Departamento de Urgencias y Accidentes del Hospital Queen Elizabeth.

En 2004 se sumaron nuevas clases al programa de lenguaje de señas, algunas dedicadas a los padres y familiares de los niños con discapacidades. Ese mismo año se graduaron 115 personas.

Se entregaron dispositivos de uso, como bastones, extensiones para duchas, sillas de rueda, almohadones, asientos elevados para el inodoro y barras de sujeción a 67 personas. Se remitieron 26 personas con discapacidades a actividades ocupacionales.

En 2003 se llevaron a cabo más de 205.492 análisis de laboratorio en el Hospital Elizabeth Queen. Aproximadamente 81% de los análisis se realizaron en el laboratorio del hospital o en el laboratorio de salud pública del Policlínico Winston Scott. Hay

cuatro laboratorios privados que son los responsables de realizar una quinta parte de los análisis de laboratorio. Las pruebas bacteriológicas también se realizan en colaboración con el Centro de Epidemiología del Caribe. El banco de sangre que funciona en el Hospital Queen Elizabeth examina rutinariamente la sangre donada para prevenir la infección por el VIH, hepatitis B, hepatitis C y sífilis.

No se notificaron casos de enfermedades transmitidas por transfusiones de sangre en el período en revisión. Se notificaron seis casos de hepatitis B en 2001 y 2002, pero no hubo evidencia de que hayan sido transmitidas por transfusiones de sangre.

Rige un sistema de derivaciones entre las instituciones del sector público y los proveedores de servicios de atención médica especializados, incluidos ecografías, mamografías, angioplastias, IRM, diálisis renal y servicios de laboratorio. Dichos servicios se pagan en base a una tarifa por servicio.

A través de la sede local de Soroptimist Internacional, durante más de una década se ha implementado un modelo de atención para vivir de manera independiente dirigido a los adultos mayores.

Promoción de la salud

El trabajo del Ministerio de Salud se centró en la promoción de la salud para alcanzar y conservar la salud y el bienestar. Los medios tuvieron un papel activo en la promoción de estilos de vida saludables mediante la publicación periódica de artículos sobre la salud y la colaboración con el gobierno, los comercios y las organizaciones no gubernamentales.

Como parte de una iniciativa para desarrollar habilidades de salud personal de los habitantes de Barbados, se incorporaron temas relacionados con la salud y la familia a los planes de estudio de las escuelas primarias y secundarias.

Se dio prioridad a la educación y a la capacitación sobre el asma, la salud ambiental y los problemas de salud mental. La movilización de la comunidad y la organización de actividades se implementaron por medio de representaciones sobre el modo de vida saludable, que incluía exposiciones relacionadas con la salud, iniciativas para dejar de fumar y actividades para la educación de la comunidad.

El Comité de Cuidados de Niños continuó con su programa para la concienciación sobre el abuso infantil en las escuelas primarias. El programa tiene como objetivo proteger a los niños del abuso y brindarles la información necesaria que pueda ayudarlos en caso de ser víctimas. En 2004 participaron en el programa 559 niños de 13 escuelas primarias.

Recursos humanos

Barbados aún enfrenta el problema del éxodo de profesionales de la salud. Esta reducción de recursos humanos complica aún

más la prestación de atención médica de calidad. El sector salud aún padece una disminución de recursos humanos, especialmente en medicina, enfermería, terapias físicas y ocupacionales, y disciplinas de la salud asociadas. Como los profesionales de la salud han continuado emigrando a Europa y Estados Unidos, la tasa de personal capacitado, especialmente de enfermeros, no se mantuvo a la par. Entre 2002 y 2003 se registró una reducción drástica en el número de enfermeros titulados (de 1.422 en 2002 a 648 en 2003). La cantidad de auxiliares de enfermería también disminuyó (de 363 en 2002 a 307 en 2003).

El Colegio Comunitario de Barbados continúa formando a otros profesionales de la salud, tales como funcionarios de salud ambiental, asistentes de registros médicos, técnicos de laboratorios médicos, farmacéuticos, enfermeros titulados, auxiliares de enfermería y técnicos de rehabilitación.

En 2004, dos miembros de la Convención para Eliminar Todo Tipo de Discriminación contra las Mujeres participaron en un taller para funcionarios del gobierno responsables de preparar los informes de la Convención.

Suministros de salud

El Servicio de Medicamentos de Barbados obtiene los medicamentos esenciales de un laboratorio farmacéutico local y, de manera más extensiva, de fuentes de Estados Unidos, Canadá, América del Sur y Europa.

En el sector público, los suministros médicos y para otros propósitos relacionados con la salud se brindan por medio de un organismo de compras centralizado del gobierno.

Hay un acuerdo entre el Servicio de Medicamentos de Barbados y farmacias privadas participantes, para satisfacer la demanda de las recetas de las personas mayores de 65 años, los niños menores de 16 años y las personas que padecen hipertensión, cáncer, diabetes, asma y epilepsia. Durante el año fiscal 2004–2005, las farmacias privadas participantes entregaron más de un millón de recetas a través del Servicio de Beneficios Especiales; dichos envíos tuvieron un costo para el gobierno de US\$ 11,7 millones. La cantidad de recetas que enviaron las farmacias privadas participantes durante el año fiscal 2004–2005 representó un aumento de 12% en volumen y de 8,6% en los gastos con respecto al año fiscal anterior. En comparación con las cifras de los años fiscales 1993–1995, hubo un aumento de 85% en el volumen de recetas y un aumento mayor al doble en gastos.

La compra de vacunas para el Programa Ampliado de Inmunización se hace por medio del Fondo Rotatorio de la OPS. Los reactivos para usar en el laboratorio y en procedimientos de diagnóstico se compran a través del laboratorio médico principal del Hospital Queen Elizabeth, y desde allí se distribuyen a otros laboratorios. Se realizan pruebas de laboratorio automáticas y semi-automáticas con una máquina nueva, Elecsys Hitachi, para realizar exámenes hormonales y cardíacos.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

En 2002 se finalizó un estudio de la vista. Un estudio del cáncer, que se lanzó en marzo de 2002, examinó las conexiones familiares y los factores de riesgo relacionados con el cáncer de próstata y el de mama en la población. El estudio fue una iniciativa conjunta entre la Universidad Estatal de Nueva York en Stony Brook (centro coordinador), la Universidad de las Indias Occidentales, el Instituto Nacional para el Estudio del Genoma Humano y el Ministerio de Salud. Este estudio epidemiológico comparativo se diseñó para examinar los factores de riesgo ambientales y familiares/genéticos del cáncer de próstata y de mama en Barbados. Como resultado, se estableció un registro del cáncer basado en la población. Al principio, en el registro solo constaban los casos de cáncer de mama y de próstata, pero posteriormente fue expandido para incluir otros tipos de cáncer.

Gasto y financiamiento sectorial

La distribución de activos del sector salud durante el año fiscal 2005–2006, menos las remuneraciones, fue de US\$ 122,4 millones, lo cual representa un aumento de 0,7% en comparación con la cifra de US\$ 121,35 millones correspondientes al año fiscal 2004–2005. La mayor parte de este gasto se destinó a los servicios hospitalarios y a la atención médica primaria. En 2004–2005, los gastos por servicios hospitalarios ascendieron a US\$ 70,5 millones y en 2005–2006, fueron de US\$ 136,6.

Los gastos en servicios de atención primaria del año fiscal 2005–2006 fueron de US\$ 27,1 millones, lo cual representa un aumento de 10,8% en comparación con la cifra de US\$ 24,5 millones correspondientes al año fiscal 2004–2005. Las asignaciones presupuestarias posteriores incluyeron las del programa de medicamentos (US\$ 17,2 millones o 14% del presupuesto total); las del programa de control y prevención del VIH/sida (US\$ 4,5 millones o 3,6% del presupuesto); las de la dirección y formulación de políticas (US\$ 4,4 millones o 3,5% del presupuesto) y las de la atención para las personas discapacitadas (US\$ 650.000 ó 0,5% del presupuesto).

Además del financiamiento recurrente, el gobierno destinó US\$ 21,5 millones para financiar varios proyectos dentro del Hospital Queen Elizabeth; se otorgó al hospital un préstamo de US\$ 12,5 millones adicionales. Aproximadamente US\$ 3,5 millones de los fondos de la Unión Europea se reservaron para el desarrollo y la expansión de la unidad cardíaca y la sala para angiografías. La Unión Europea también aportará US\$ 2,75 millones para el desarrollo de la red del sistema de información del hospital.

Cooperación técnica y financiera en salud

Entre los organismos regionales e internacionales que brindan cooperación técnica cabe mencionar al Programa de Desarrollo

La transición demográfica impulsa los cambios del sector de la salud

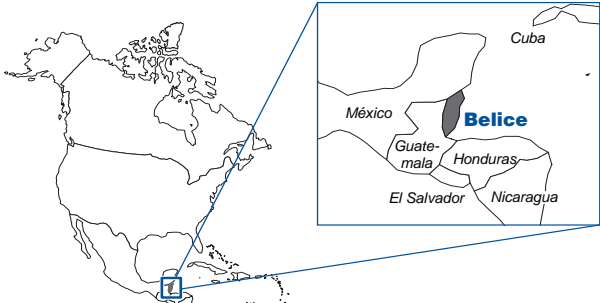
El descenso de la natalidad y la disminución de la incidencia de enfermedades transmisibles y deficiencias nutricionales han dado lugar a un incremento de la población adulta de más edad, con una mayor esperanza de vida. Para hacer frente a estos desafíos, el gobierno lanzó el Plan Estratégico de Salud que estará en vigencia hasta el año 2012, con el fin de proporcionar servicios de salud más eficaces para la población que envejece. A fin de asegurar el plan, el Ministerio de Salud ha emprendido la reforma de su sistema de información sanitaria.

Europeo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Laboratorio Regional del Caribe para las Pruebas de Medicamentos (CRDTL), 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 Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Fondo de Desarrollo Europeo. El noveno programa del Fondo de Desarrollo Europeo se lanzó en 2005. Este programa, que se implementará en un período de cuatro años, implica donaciones de fondos de la Unión Europea por US\$ 12,5 millones. El objetivo principal es facilitar el desarrollo de una estrategia completa e integrada, centrada en políticas que beneficien a los pobres, lo que incluye una financiación equitativa.

Bibliografía

- Barbados, Ministry of Health and Environment. Annual Report of the Chief Medical Officer 2000–2001.
- Barbados, Ministry of Health and Environment. Annual Report of the Chief Medical Officer 2002–2003.
- Barbados, Ministry of Health and Environment. The National Mental Health Policy of Barbados; 2004.
- Barbados, Ministry of Health and Environment. Strategic Plan for Health 2002–2012.
- Caribbean Commission on Health and Development. Report of the Caribbean Commission on Health and Development; 2005.
- Caribbean Development Bank. Social and Economic Indicators Report 2004–2005.

BELICE



Belize está situado en América Central. Limita al norte con México, al sur y al oeste con Guatemala y al este con el mar Caribe. Tiene 274 km de largo y 109 km de ancho. Su territorio (continental e insular) abarca 22.700 km², con una densidad poblacional de aproximadamente 12 habitantes por km² en 2005.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

En 1970, el gobierno trasladó la capital a Belmopán, situada en el interior del país, por los destrozos que un huracán provocó en la ciudad de Belize, hasta entonces la capital.

Antigua colonia británica, es el único país de habla inglesa de América Central, aunque por su ubicación geográfica se habla bastante el español; sin embargo, por su cultura, política y economía, se asemeja más a los países del Caribe inglés.

Determinantes sociales, políticos y económicos

Belize 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. El Gabinete está formado por Ministros y Ministros de Estado que son nombrados por el Gobernador General por recomendación del Primer Ministro. El país está dividido en seis distritos administrativos: Belize, Cayo, Corozal, Orange Walk, Stann Creek y Toledo. Las zonas urbanas están administradas por una junta elegida localmente, compuesta de siete miembros. La ciudad de Belize y Belmopán (distrito de Cayo) tienen su propio ayuntamiento formado por nueve miembros. Los consejos efectúan la administración de los pueblos. El sistema tradicional de alcaldías ha sido incorporado a la estructura administrativa del sur del país (distrito de Toledo).

En el año 2005, la población estimada de Belize era de 291.800 habitantes, de los cuales 144.400 (49,5%) eran mujeres y 147.400 (50,5%), hombres. La población creció a más del doble desde 1980, cuando era de 144.000 personas. Sin embargo, la proporción hombre/mujer no ha variado. En el año 2005, 50,2% de sus habitantes vivía en zonas urbanas y 49,8% en zonas rurales; en el año 2000, 49% vivía en zonas rurales y 51% en zonas urbanas. Según el censo poblacional realizado a mitad de 2005, el distrito de Belize seguía concentrando la mayor cantidad de población

(29,8%) y el distrito de Toledo la menor (9,5%). La densidad de población llegó a un promedio de 12 habitantes por km² durante el período 2001–2005 (Figura 1).

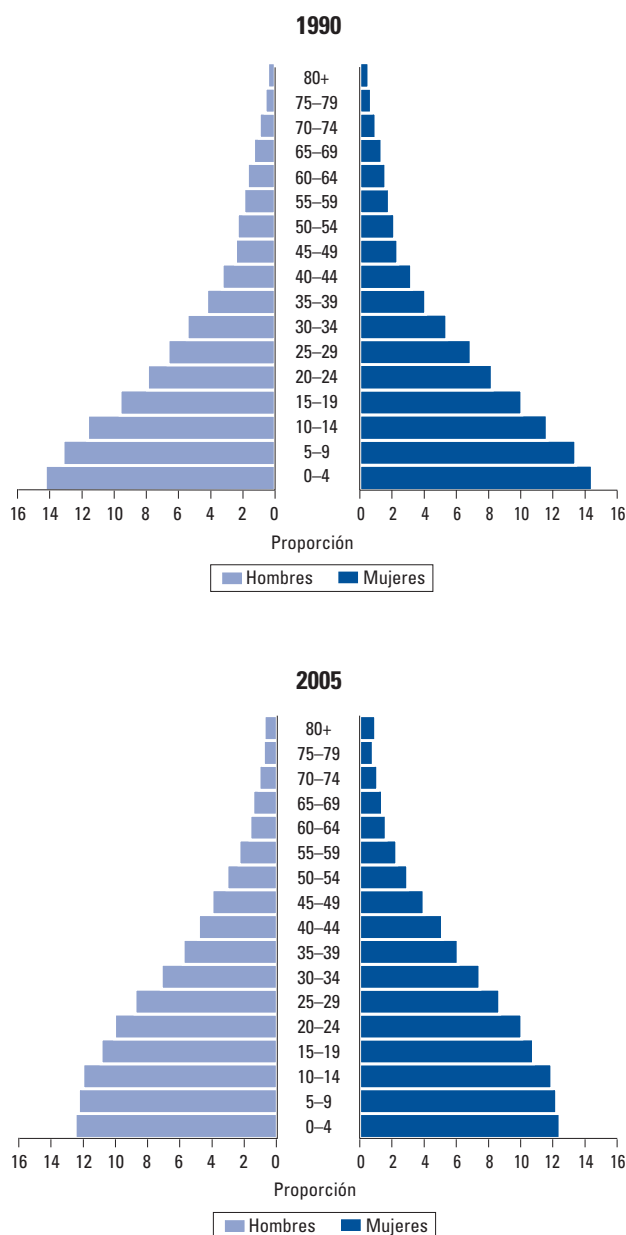
El perfil demográfico es el de una población joven: en 2005, 50% de la población tenía menos de 15 años de edad y 48% tenía 20 años o más, mientras que los adultos mayores (60 años y más) conformaban 4,2% de la población total. Las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) representaban 49,2% del total de la población femenina. La tasa de dependencia era de 69,6% en 2005.

Belize tiene una economía abierta basada primordialmente en la agricultura y los servicios. Históricamente, han dominado su economía las exportaciones de productos agrícolas, como la caña de azúcar, los cítricos y las bananas, así como los productos del mar. El país también depende en gran medida de la silvicultura, la pesca y la minería como recursos primarios. 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).

Como resultado de un aumento de los ingresos provenientes de la industria del turismo y las exportaciones de camarones, en el año 2000 Belize tuvo un crecimiento real del producto interno bruto (PIB) sin precedentes, que alcanzó la cifra de 12,3%. Después de haber sufrido una serie de desastres naturales, al mismo tiempo que la economía mundial se encontraba frenada, se elevaban los precios del combustible y se había programado una reducción del gasto del gobierno central, el PIB cayó a 4,3% en 2002 y a 3,1% en 2005. Sin embargo, los aumentos de la producción y exportación de banana y camarones y el incremento de la actividad turística contribuyeron a un crecimiento de 9,3% del PIB en el año 2003. Los datos de la Oficina Central de Estadísticas (OCE) de Belize indicaron que el PIB per cápita en 2003 fue de US\$ 3.604. El ingreso per cápita a precios constantes tuvo un promedio de aproximadamente US\$ 3.500 en el período comprendido entre 2001 y 2005.

Para calcular los indicadores de pobreza, la Encuesta de Condiciones de Vida de 2002 utilizó los datos de los gastos. (La OCE utiliza la definición del Banco Mundial de 1990 sobre pobreza, según la cual la pobreza es la incapacidad de mantener un nivel de vida mínimo). En el año 2003, el nivel de pobreza general de Belize era de 33,4%, y se calcula que 10,8% de la población era muy pobre o indigente. La línea de indigencia se definió como el

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Belice, 1990 y 2005.



costo mínimo del requerimiento de alimentos necesarios para una existencia saludable (este costo mínimo está basado en la lista de alimentos básicos confeccionada por la OCE y en su costo unitario, el cual fue, a su vez, obtenido de la ronda de recolección de precios de febrero de 2002 para el Índice de Precios al Consumidor).

Las tasas de pobreza variaron por distrito: Toledo tuvo la mayor (79%) y el distrito de Belice, la menor (24,8%). Estos dos

distritos también tuvieron el porcentaje máximo y mínimo de población indigente, respectivamente. Las tasas de pobreza en Orange Walk y Stann Creek eran muy similares y ligeramente superiores a la tasa nacional. Los distritos de Cayo y Corozal, al igual que el distrito de Belice, tuvieron los niveles más bajos de pobreza general. El nivel de pobreza en los hogares con niños entre 0 y 13 años de edad era de 39%, mientras que los índices correspondientes de los hogares con jóvenes de 14 a 24 años y los de 60 años y más eran de 33,9% y 26,5%, respectivamente. La fuerza de trabajo estaba compuesta por 29,8% de personas definidas como pobres. En cuanto a los hogares, 7,5% era muy pobre y 24,5% era pobre. Era menor el nivel de pobreza en los hogares cuyos jefes de familia eran mujeres (21,8%) que en los encabezados por hombres (25,5%).

La tasa global de alfabetización de los adultos en 2005 era de 94,7% (94,8% para las mujeres y 94,6% para los hombres). El nivel de participación en el sistema educativo está expresado por la matrícula escolar bruta y neta. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) calculó que la tasa de matrícula neta entre los alumnos en edad de ir a la escuela primaria (cantidad de niños entre 5 y 12 años matriculados en escuelas primarias, expresado como porcentaje del total de niños entre 5 y 12 años) fue de 89,9% en el año escolar de 2002 (91,7% para las mujeres y 88,2% para los varones). La tasa de matriculación bruta en la escuela primaria (cantidad de niños inscritos en la escuela primaria, expresado como porcentaje de todos los niños entre 5 y 12 años) fue de 104,5% en 2002. Entre los años 2000 y 2001, la matrícula escolar en el nivel secundario aumentó 5%, con un aumento ulterior de 6% entre 2001 y 2002. El 49% de la totalidad eran varones y 51%, mujeres. En cuanto al nivel primario, el distrito de Belice presentaba la mayor tasa de matrícula neta (100%) y bruta (112,7%); también tuvo la tasa más elevada de matrícula en el nivel secundario.

De acuerdo con la Encuesta sobre Fuerza de Trabajo de 2005, la tasa de participación de las mujeres en la fuerza de trabajo es algo más de la mitad de la tasa de participación de los hombres (39,2% y 76,4%, respectivamente), algo más de la mitad del índice de empleo de los hombres (los hombres ocupan 65,8% de los trabajos disponibles) y el doble de la tasa de desempleo (7,2% para los hombres y 17,4% para las mujeres), pero el índice femenino de empleo prolongado es superior al de los hombres (permanencia mayor a 12 meses: 8,7% para las mujeres y 3,3% para los hombres).

En el período 2001–2005, las enfermedades no transmisibles fueron una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. La diabetes mellitus y la hipertensión siguieron siendo las enfermedades que más contribuyeron a la mortalidad y la morbilidad. Durante el período 2001–2004, la incidencia de las infecciones por el VIH aumentó 15,6%, pero en el período 2004–2005 hubo una disminución de 5%. La prevalencia promedio del VIH entre adultos durante el período 2001–2005 fue de 216 por 100.000 habitantes.

La cobertura de agua potable aumentó de 95% en 1990 a 98,8% en 2004 en las zonas urbanas (y ha permanecido estable desde entonces) y de 51% en 1990 a 95,4% en 2004 en las zonas rurales. Con respecto al saneamiento, poco es lo que se ha progresado, especialmente en las zonas rurales. De acuerdo con los datos de 2002 provenientes del Informe de Evaluación de la Pobreza de la OCE, 54,8% de los hogares tenía acceso a mejores condiciones de saneamiento (cloacas o tanques sépticos), mientras que 39,7% usaba letrinas, 10% compartía baños y 3,5% no tenía ningún tipo de sanitario. Algo más de 65% de todos los hogares rurales usaba letrinas de pozo, frente a aproximadamente 35% de los hogares de las zonas urbanas (salvo en la ciudad de Belice). El aumento de la generación de residuos y su manejo inadecuado representan un problema nacional de gran importancia. Se calcula que Belice produce aproximadamente 112.000 toneladas de residuos sólidos municipales por año y la generación per cápita es de aproximadamente 1,32 kg por día. A pesar de que en 1999 se elaboró un programa nacional de manejo de residuos, poco se ha avanzado en su implementación. Los servicios de recolección en centros urbanos han mejorado, pero su adecuada eliminación ulterior sigue siendo un gran desafío, ya que el país carece de las instalaciones apropiadas para la eliminación de residuos sólidos. La situación en las zonas rurales es incluso más grave, dado que no hay servicios de recolección ni de eliminación de residuos.

Los desastres naturales, principalmente huracanes e inundaciones, afectaron directa e indirectamente al país durante 2001–2005, entre ellos el huracán Iris, en octubre de 2001, que tuvo efectos devastadores. El país, y en particular el sector salud, han demostrado tener un alto grado de preparación y respuesta ante los desastres naturales. Sin embargo, en vista de la mayor frecuencia e intensidad de estos eventos, el país vive en permanente estado de alerta y continuamente actualiza sus planes de respuesta y manejo de desastres para reducir la vulnerabilidad y minimizar el catastrófico impacto en la salud pública.

Alrededor de 75% de la población de Belice es vulnerable a los desastres naturales, los cuales tienen un impacto más importante entre los pobres, por la devastación intensificada a causa de la degradación de la tierra. Uno de los desafíos del futuro es la necesidad de fortalecer la capacidad nacional técnica y de manejo para minimizar el impacto de los desastres naturales y artificiales, y resolver la problemática relacionada con la utilización inadecuada de los recursos naturales, como la sobreexplotación de los recursos marinos y las prácticas no sustentables de manejo de la tierra.

En el año 2003 hubo 1.240 casos de violencia doméstica. El 89% de todos los casos se registró en el grupo de 15 a 44 años. El mayor número se dio en el grupo de 25 a 29 años de edad (269), seguido por el de 20 a 24 años (243), el de 30 a 34 años (237), el de 15 a 19 años (100) y el de 40 a 44 años (81). En 2005 se registraron 969 casos de violencia doméstica y 87% correspondió al grupo de 15 a 44 años.

El censo de 2000 reveló que la mayoría de la población nacida en el exterior provenía de otros países de América Central. Los

guatemaltecos siguen siendo el grupo más importante, dado que representan 42,5% de la población nacida en otros países. Aproximadamente 15% de los inmigrantes eran menores de 14 años de edad y la mayoría pertenecía al grupo en edad productiva.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La tasa global de fecundidad en 2003 fue de 3,4 hijos por mujer, 3,6 en 2004 y 3,0 en 2005. La tasa de mortalidad infantil osciló desde valores tan altos como 21,2 por 1.000 nacidos vivos en 2002 hasta niveles tan bajos como 14,3 en el año 2004; en 2005 fue de 18,4. Durante el período 2001–2005, la tasa de mortalidad por diarrea en los menores de 5 años se redujo de 164 por 100.000 a 23 por 100.000. La esperanza de vida al nacer fue de 71,8% (69,5% en los varones y 74,2% en las mujeres) en 2005; en ese mismo año, la tasa bruta de natalidad fue de 25,7 nacimientos por 1.000 habitantes y el porcentaje de embarazos de madres menores de 20 años, de 18,5% en 1998 y 17,1% en 2002. La tasa bruta de mortalidad en el período 2001–2005 fue de 4,9, 4,8, 4,7, 4,6 y 5,2 defunciones por 1.000 habitantes por año, respectivamente. Se registraron 5 muertes maternas en 2000, 7 en 2002, 3 en 2003, 5 en 2004 y 10 en 2005. Se calcula que el subregistro de defunciones fue de 12,8% en 2005 y de 6,7% en 2004. En 2001–2005 se notificaron 6.489 defunciones, de las cuales 7,8% (504) fueron causadas por hipertensión; de ellas, 50,2% (253) eran mujeres. En dicho período, la diabetes mellitus estuvo entre las 10 principales causas de muerte, con 398 defunciones (6,1%), de las cuales 228 (57,3%) eran mujeres. En 2005, la diabetes causó 94 (6,9%) defunciones. Los accidentes de tráfico terrestre ocasionaron 386 muertes (5,9%), y fueron la cuarta causa de muerte en 2005. De esta cifra, 303 (78,5%) fueron hombres. Se registraron 372 (5,7%) defunciones relacionadas con infecciones respiratorias agudas entre 2001 y 2005 (53,5% eran hombres). Las infecciones respiratorias agudas fueron la sexta causa de mortalidad en 2005. Las principales causas de muerte por causas definidas en todas las edades fueron la diabetes mellitus, las cardiopatías isquémicas, los accidentes de tráfico terrestre y el VIH/sida. Las cinco causas de muerte más importantes entre los hombres fueron los accidentes de tráfico terrestre, el VIH/sida, los traumatismos, las cardiopatías isquémicas y la diabetes mellitus. En las mujeres, las cinco causas de muerte más importantes fueron las enfermedades hipertensivas, la diabetes mellitus, las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares y las infecciones respiratorias agudas.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En el período 2001–2005, las afecciones originadas en el período perinatal (62,0%) fueron la causa principal de mortalidad infantil. Del total de muertes correspondientes a neonatos por

este tipo de enfermedades, el crecimiento fetal lento, la malnutrición fetal y la inmadurez causaron 149 muertes (19,0%) y la hipoxia, la asfixia en el nacimiento y otras complicaciones respiratorias, 87 (11,1%). Otras enfermedades originadas en el período perinatal causaron 35 muertes (4,5%); las anomalías congénitas, 89 muertes (11,4%); las infecciones respiratorias agudas, 65 muertes (8,3%); las carencias nutricionales y las anemias, 28 muertes (3,6%); y la septicemia, 29 muertes (3,7%). Las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas estuvieron entre las principales causas de muerte en la población menor de 5 años. Entre 1998 y 2003, los casos de diarrea en niños menores de 5 años disminuyeron de 1.645 a 227. En el año 2005, las cinco principales causas de muerte en este grupo fueron el crecimiento fetal lento, la malnutrición fetal e inmadurez, la hipoxia, asfixia al nacer y otros trastornos respiratorios, las anomalías congénitas, las enfermedades infecciosas intestinales y las infecciones respiratorias agudas.

Entre 2001 y 2004, la prevalencia de bajo peso al nacer (<2.500 g) fluctuó entre 3,6% y 4,4%, con un pico de 6,9% en 2005.

Entre 2001 y 2005, la mayor proporción de muertes en el grupo de 1 a 4 años se debió a causas externas; de estas, 18 (11,5%) se debieron a accidentes de tráfico terrestre y 13 (8,3%) a ahogamientos accidentales. La segunda causa de muerte en este grupo de edad fueron las enfermedades transmisibles, con 44 defunciones (43,6% de la mortalidad total), de las cuales, las infecciones respiratorias agudas ocasionaron 13 defunciones (12,9% de la totalidad) y la septicemia 11 (10,9%). En 2005, las cinco principales causas de muerte fueron los accidentes de tráfico, los ahogamientos accidentales, las infecciones respiratorias agudas, la septicemia y las enfermedades infecciosas intestinales.

Las principales causas de hospitalización en este grupo de edad en 2005 fueron las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades no infecciosas de las vías respiratorias bajas, las enfermedades infecciosas intestinales, los traumatismos, los envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, así como apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal. En 2005, 76,8% de los partos tuvieron lugar en hospitales públicos. En 2001, 90% de las madres amamantaban a sus hijos; de ellas, 24% dio de mamar como alimentación exclusiva durante los primeros tres meses de vida. Las madres que probablemente hayan amamantado más a sus hijos son las de origen kekchi maya y las que dieron a luz en su hogar. Las madres que no amamantaron exclusivamente a sus hijos provenían con mayor frecuencia de zonas urbanas, eran más jóvenes y con mayor nivel de educación. Probablemente sean las mujeres criollas las que menos amamantaron exclusivamente.

Salud de los niños de 5 a 9 años

La tasa de mortalidad en este grupo fue de 32 defunciones por 100.000 habitantes en 2003 y 50 en 2005; se registró un total de 79 muertes en el período 2001–2005. El 40,5% correspondió a algunas causas externas, 24,1% a los accidentes de tránsito y 13,9%

a ahogamiento y sumersión accidental. Por otra parte, las enfermedades transmisibles, incluidas las infecciones respiratorias agudas (12,7%), la septicemia (3,8%), y el VIH/sida (2,5%), causaron 19,0% de las defunciones en este grupo de edad. En 2005, las cinco principales causas de muerte fueron el ahogamiento y la sumersión accidental, las infecciones respiratorias agudas, los accidentes de tráfico, las carencias nutricionales y la anemia y las enfermedades de la circulación pulmonar y otras cardiopatías.

Los datos correspondientes a los egresos hospitalarios en 2001–2005 demuestran que hubo 3.151 hospitalizaciones en este grupo de edad. De ellas, 574 (23,9%) se debieron a traumatismos, envenenamientos y otras causas externas; 297 hospitalizaciones (12,3%) fueron por apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal; 264 (11,0%) por enfermedades de las vías respiratorias bajas de origen no infeccioso y 254 (10,6%) por infecciones respiratorias agudas.

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

Se registraron 64 defunciones en el grupo de 10 a 19 años de edad durante el período 2001–2005. La tasa de mortalidad de los adolescentes de 10 a 14 años varió entre 36 por 100.000 habitantes en 2001 y 40 por 100.000 en 2005. Los traumatismos fueron la principal causa de muerte (40,6%). Los accidentes de tráfico representaron 14,1% del total de defunciones. Las enfermedades transmisibles causaron 12,5% del total de muertes, principalmente las infecciones respiratorias. En 2005, las cinco principales causas de muerte fueron ahogamiento y sumersión accidental, neoplasias malignas del tejido linfático y hematopoyético, accidentes de tráfico, infecciones respiratorias agudas y enfermedades del sistema nervioso, excepto la meningitis. Durante este período, 2.643 del total de 92.813 egresos hospitalarios (2,8%) fueron de adolescentes de 10 a 14 años. Entre las causas principales de hospitalización se encontraron los traumatismos, los envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (19,6%); complicaciones del embarazo (11,8%) y apendicitis, hernias y obstrucciones intestinales (11,2%).

En el mismo período, el promedio de nacimientos vivos de madres menores de 15 años fue de 24. Hubo 1.356 nacimientos vivos de madres en el grupo de 15 a 19 años de edad, que representaron 18,1% del total de nacimientos vivos.

La tasa de mortalidad de los adolescentes de 15 a 19 años de edad fue de 86 por 100.000 habitantes, tanto en el año 2002 como 2003. Hubo 157 muertes en este grupo en 2001–2005, de las cuales 63,1% se debió a causas externas, y de estas, 21,0% correspondió a los accidentes de tráfico. Mientras que los hombres fueron desproporcionadamente afectados por los accidentes de tráfico terrestre, para las mujeres, las complicaciones del embarazo (56,1%) representaron la causa principal de hospitalización.

En 2005, las principales causas de muerte fueron los accidentes de tráfico terrestre, homicidio, suicidio, otros accidentes y las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de cardiopatías. En 2004, las dos causas principales fueron las mismas

que en 2005, pero también fueron importantes los accidentes producidos por proyectiles de armas de fuego y ahogamientos y sumersiones accidentales.

Durante 2001–2005 se registraron 145 (41 varones y 104 mujeres) nuevas infecciones por el VIH en el grupo de 10 a 19 años de edad, que representaron 6,9% del total de las nuevas infecciones por el virus. De ellas, 16 ocurrieron en el grupo de 10 a 14 años. El inicio prematuro de la actividad sexual y la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual son cuestiones de preocupación para la salud pública. Se notificaron 14 suicidios y lesiones autoinfligidas en el grupo de 10 a 19 años durante el período 2001–2005.

En el mismo período se notificaron también 95 casos de violencia doméstica en el grupo de 1 a 14 años de edad; 76,7% de estos actos violentos fueron cometidos contra mujeres.

En 2003, la prevalencia del tabaquismo era muy alta en los adolescentes de edad escolar (13–15 años) y significativamente mayor en los varones que en las mujeres.

Salud de los adultos (20-59 años)

En 2005, este grupo representaba aproximadamente 42,2% del total de la población; el 35% de las muertes ocurridas ese año se registró en este grupo de edad. En el período 2001–2005 se notificaron 2.147 muertes, es decir, 33,1% del total de las defunciones (6.489). La principal causa de muerte en los adultos fueron las causas externas (762 defunciones o 35,5% de todas las muertes de este grupo de edad); los accidentes de tráfico terrestre causaron 252 defunciones. En los años 2003 y 2004, la principal causa de muerte en los adultos de 20 a 59 años fueron los accidentes de tráfico terrestre y en 2005, los traumatismos. En el grupo de 30 a 39 años, la principal causa de muerte en 2004 fueron los accidentes de tránsito y en 2005 la infección por el VIH/sida.

El número de muertes maternas notificado varió de tres a 10. En el año 2003, 14% de las embarazadas recurrió a los cuidados prenatales durante el primer trimestre de gestación, 85% recibió cuidados prenatales en algún momento de su embarazo y se calcula que 20% de las que analizaron su nivel de hemoglobina durante la gestación estaban anémicas, pero solo 62% tomó ácido fólico, hierro y suplementos de vitamina A antes o durante el embarazo.

Las estadísticas provenientes de la Asociación para la Vida Familiar de Belice, una organización no gubernamental de planificación familiar, revelan que los anticonceptivos orales siguen siendo el método de elección. Sin embargo, parece haber una tendencia al uso de la inyección mensual, particularmente entre las mujeres más jóvenes.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Belice tiene una proporción relativamente baja de adultos mayores (4,2% en 2005). El número absoluto está aumentando y las proyecciones indican que se duplicará hacia el año 2025. La se-

guridad de los ingresos era un asunto muy grave para el bienestar social en 2000 y 2001, porque muchos adultos mayores tenían ingresos muy bajos o no contaban con ninguno.

La tasa de mortalidad durante el período 2001–2005 era de 48,3 por 1.000 habitantes. Se registraron 2.780 defunciones (42,8% del total de defunciones) en este grupo de edad (56,1% hombres y 43,9%, mujeres).

Las enfermedades del sistema circulatorio causaron 1.146 defunciones (43% del total de defunciones) entre las personas de 65 años y más. En el año 2005, las cinco principales causas de muerte fueron las enfermedades hipertensivas, la diabetes mellitus, las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares, las cardiopatías pulmonares y las enfermedades de la circulación pulmonar.

Salud de la familia

Según el censo de población realizado en 2000, en las zonas rurales había una mayor proporción (60%) de personas casadas o viviendo en concubinato, frente a 52% en las zonas urbanas. El distrito de Toledo tenía la mayor proporción de personas que vivían en unión conyugal (62%) y el distrito de Belice, la menor (51%).

La Evaluación Rápida de Huérfanos en Países Vulnerables realizada por UNICEF en 2004 indicó que aproximadamente 2.000 niños habían perdido por lo menos uno de sus progenitores a causa del sida. Según los cálculos del informe para 2010, la cantidad de niños afectados probablemente ascienda a más de 7.000. El informe concluyó que unos 14.000 niños, o más de uno de cada 10, ya son vulnerables, que cada muerte de un adulto por el sida dejará a tres niños sin uno o ambos padres, y que por cada beliceño que ha muerto, hay casi otros tres con el VIH.

El censo poblacional de 2000 indicó que 33% de los hogares están encabezados por mujeres. El Informe de Evaluación de la Pobreza de la OCE indicó que los hogares encabezados por hombres mostraban una mayor tendencia a ser pobres que los encabezados por mujeres, y que los hogares encabezados por mujeres con pareja tendían a ser más pobres que aquellos liderados por mujeres sin pareja. El 65% de las mujeres en pareja estaban legalmente casadas y 35% vivía en concubinato. El sistema judicial de familia informó que más de la mitad de las sentencias de esa corte se relacionan con el pago de la manutención de los hijos y el sostén de los hijos de mujeres solteras (juicios de paternidad).

El censo de 2000 reveló que el ingreso individual medio era de US\$ 414 por mes, cifra que representa un aumento en comparación con los valores de 1991 (US\$ 311). El ingreso medio era mayor para los hombres que para las mujeres. En las zonas urbanas, 1% ganaba menos de US\$ 714, frente a 6% en las zonas rurales. El quintil superior de ingresos (los que ganaban US\$ 17.130 o más por año) era tres veces mayor que el quintil más bajo, que vivía preponderantemente en zonas rurales. El distrito de Toledo tuvo el mayor porcentaje (23%) de personas que ganaban menos de US\$ 694 por año y el distrito de Belice, el menor, con menos de

El incremento de la actividad turística agudiza los problemas de saneamiento

Durante al menos dos décadas, Belice ha cosechado los beneficios del rápido aumento de la industria turística. Sin embargo, a pesar del auge en los ingresos y el desarrollo, el país ha tenido que afrontar dificultades y retos, entre ellos el tratamiento adecuado de una mayor generación de residuos sólidos. El tratamiento de los residuos sólidos es un asunto de interés nacional y un desafío considerable para el sector salud, ya que el país no cuenta con las instalaciones adecuadas. En respuesta, el gobierno elaboró un plan nacional para el tratamiento de los residuos sólidos que está siendo implementado como parte del abordaje de esta situación.

1%. El mayor porcentaje de habitantes que ganaban más de US\$ 17.130 se registró en el distrito de Belice.

Salud de los trabajadores

Los accidentes laborales aumentaron 70%; en 1995 se registraron 1.522 accidentes laborales y en 2003, 2.580. La pérdida de productividad aumentó de 35.430 días laborales perdidos en 1995 a más de 70.000 en 2003, y la construcción y la actividad agrícola fueron los sectores más afectados. Las evaluaciones llevadas a cabo en el sector agrícola muestran una alta incidencia de exposición a peligros e informes de traumatismos y enfermedades. Sin embargo, la falta de notificación de accidentes y enfermedades contribuye a que la información disponible sea limitada y, en consecuencia, se torna difícil determinar la verdadera magnitud de este problema en el país.

Salud de las personas con discapacidad

El censo de 2000 reveló que 5,9% de la población nacional tenía alguna discapacidad, y se encontraron las tasas más elevadas en las poblaciones de Toledo (8,4%) y Cayo (7,5%). La discapacidad de mayor prevalencia fue la pérdida o la disminución de la visión (3% de toda la población), seguida por los problemas de locomoción (1,8%), de movimiento corporal (1,4%) y de audición (1,1%). El distrito de Cayo tuvo la mayor prevalencia de discapacidad (3%) y el distrito de Stann Creek la menor (0,9%). Un hallazgo verdaderamente perturbador fue que el grupo de menores de 5 años representaba 29% de la población discapacitada de Belice. La mayoría de las personas discapacitadas viven en zonas rurales, donde no disponen de los servicios de atención correspondientes.

Grupos étnicos

La Encuesta sobre Fuerza de Trabajo realizada en 2004 indicó que la población de Belice estaba conformada por 48,4% de población mestiza, 27,0% de criollos, alrededor de 10,0% de grupos de origen maya (los dos más importantes son los mopanes y los kekchi), 5,7% de garífunas, 3,2% de menonitas, y 3,0% de personas originarias de las Indias Orientales. Los otros grupos étnicos,

que constituyen menos de 1% de la población, son chinos (0,9%) y caucásicos (0,7%).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Las dos enfermedades transmitidas por vectores que más afectan al país son la **malaria** y el **dengue**. La mayor parte de los casos de malaria se debieron a *Plasmodium vivax*, aunque el *P. falciparum* sigue siendo una amenaza importante y peligrosa en algunas partes del país. En el año 2000 se registraron 1.441 casos de malaria, 1.066 en 2004 y 1.549 en 2005, de los cuales 653 (42%) provinieron del distrito sureño de Stann Creek. La malaria sigue siendo un serio problema de salud pública, especialmente en las zonas rurales de los distritos sureños, ya que es allí donde reside una población migratoria activa que trabaja en las plantaciones de cítricos y bananas, donde las frecuentes migraciones y la precariedad de las viviendas han generado condiciones ambientales favorables para la reproducción de los mosquitos.

El dengue es también endémico. Mientras que el número de casos ha sido relativamente bajo (menos de 5 por año), se han producido brotes en el año 2002 (42 casos) y en 2005 (652 casos). De estos últimos, 614 (94%) se registraron en el distrito de Cayo. El primer caso confirmado de fiebre hemorrágica por dengue en Belice ocurrió en 2005. En la ciudad de Belice se identificaron los serotipos 2, 3 y 4, por lo tanto, la población sigue siendo vulnerable a un nuevo brote de fiebre hemorrágica por dengue.

Recientemente se notificaron algunos casos crónicos de **enfermedad de Chagas**, y los estudios revelan la presencia del vector en los distritos occidentales y sureños.

Enfermedades inmunoprevenibles

No se han notificado casos de **sarampión** desde 1991 ni de **poliomielitis** desde 1987. El último caso de **tétanos neonatal** se registró en el distrito de Stann Creek en 1997 y el último caso de **tétanos no neonatal** en el distrito de Orange Walk en 1998, en

un niño de 3 años de edad. El último caso de **rubéola congénita** se notificó en 1997. No se han informado casos de **difteria** ni de **tos ferina** en el período 2001–2005.

En el año 2002 se incluyeron dos nuevas vacunas en el programa nacional de vacunación infantil: la vacuna para la hepatitis B y la vacuna para el *Haemophilus influenzae* tipo B. Estas vacunas eran constituyentes de la vacuna pentavalente DPT/HB/Hib. Aunque las actividades para la eliminación de la rubéola comenzaron en 1997 con la vacunación de adultos, justamente después de la introducción de la vacuna triple para sarampión, paperas y rubéola (SRP) el año anterior, la vacunación de los hombres con la SRP recién se llevó a cabo en 2004. Esta campaña logró inmunizar a 66.800 varones de entre 5 y 35 años de edad, y logró una cobertura de 96%.

La cobertura de vacunación para difteria, BCG, tétanos, tos ferina, polio, Hib, hepatitis B y SRP fue aumentando gradualmente en el período 2001–2005; la cobertura de vacunación para BCG fue de 96% o mayor y para polio (las tres dosis) fue de 93% o más entre los lactantes. En 2005, la cobertura de vacunación para SRP (niños de 12 a 23 meses de edad) fue de 95%; de lactantes (menores de 12 meses) para BCG, de 96% y con la tercera dosis de la vacuna pentavalente (DPT/ HB/Hib) y VPO-3, de 96%.

Enfermedades infecciosas intestinales

El acceso al agua potable (97,2% de la población) contribuyó significativamente al control del **cólera**; no se han presentado casos de la enfermedad desde 1999. Entre 2001 y 2005, el número de casos de **gastroenteritis** notificados varió de 293 a 3.737. El número de casos notificados de enfermedades transmitidas por los alimentos fue de 13 en 2001 y ascendió a 224 en 2005. Los avances logrados en la vigilancia contribuyeron al cambio en cuanto a los casos notificados, sin embargo, las cifras siguen siendo bajas.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas siguen siendo una de las causas más importantes de mortalidad y morbilidad en la población general. Según el Ministerio de Salud, las muertes atribuidas a este tipo de infecciones en el grupo de 1 a 4 años de edad fue de 9,4% en 2001 y de 8,8% en 2004.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

El VIH/sida constituye un problema de salud pública grave caracterizado por su creciente feminización, la infección de niños y el número creciente de huérfanos. La mayor concentración de personas infectadas se encuentra en la ciudad de Belice (437 en 2002 y 396 en 2005); Corozal y Toledo son los lugares que tienen la menor cantidad de casos: 4 en 2002 y 3 en 2005 para el primero, y 6 en 2002 y 2 en 2005 para el segundo. La estrategia nacional de respuesta multisectorial incluye el acceso a fármacos antirretrovirales para todas las personas que los necesitan. Sin embargo, la estigmatización y la discriminación si-

guen siendo obstáculos que atentan contra la atención y el tratamiento eficaz.

Entre 1986 y 2005, 3.360 personas adquirieron el VIH, 762 desarrollaron sida y 606 fallecieron por esta enfermedad. Entre 2003 y 2005, alrededor de 185 mujeres tuvieron resultado positivo en los exámenes de detección del VIH. La razón hombre/mujer a fines de 2005 era de 1,1:1. En 2003 se diagnosticaron 10 niños menores de 1 año y 12 niños entre 1 y 4 años como VIH positivos. El tratamiento antirretroviral se brindó a 398 pacientes: 360 eran adultos (207 hombres y 153 mujeres) y 38, niños.

La tasa de contagio de la madre al hijo fue de 9,5 en 2005, aunque es muy probable que no se notifiquen todos los casos debido a que los médicos, para proteger a los individuos y las familias del estigma y la discriminación, no indican el sida como causa de muerte en el certificado de defunción. Se implementó el Programa de Prevención del Contagio de la Madre al Hijo en todas las instituciones de salud pública y en cuatro establecimientos de salud privados.

Las nuevas infecciones por el VIH continúan demostrando una tendencia al aumento en la población general, a medida que más personas se someten a las pruebas.

Zoonosis

No hubo casos de **rabia** en humanos desde 1989 y el último caso canino se notificó en 2000. Sin embargo, la prevalencia de la rabia en bovinos y animales salvajes, como los murciélagos vampiro y los zorros, representa una amenaza para la salud pública.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En 2005, 2,8% de los niños menores de 5 años que fueron examinados en consultorios de salud presentaban **obesidad**. El distrito de Belice tiene el mayor porcentaje (36,4%) y el distrito de Corozal el menor (4,4%). En las zonas rurales, la severidad de la malnutrición fue mayor entre las mujeres que entre los hombres, mientras que en las zonas urbanas eran prácticamente equivalentes.

Enfermedades cardiovasculares

En 2001, las cardiopatías eran la segunda causa principal de muerte, con 82 defunciones; de estas, 69 se debieron a **cardiopatías isquémicas**. Las **enfermedades cerebrovasculares** fueron otra de las causas predominantes, con 59 muertes. Las enfermedades cardiovasculares representaron 22,4% de las defunciones registradas en 2001 y 21,3% de las registradas en 2005.

Neoplasias malignas

Las neoplasias fueron la causa de 366 hospitalizaciones en 2003 y 391 en 2005. En este último año, el mayor número de casos se registró en mujeres (183 fueron neoplasias benignas, carcino-

mas in situ y neoplasias de comportamiento incierto y naturaleza no especificada). En los hombres se registraron 35 casos de neoplasias de las mismas categorías. Hubo 28 casos de neoplasias malignas de útero (cuello y cuerpo del útero y otras localizaciones no especificadas) entre las mujeres y 9 neoplasias malignas de próstata entre los hombres.

En 2001 se registraron 18 defunciones por cáncer de cuello del útero, 6 en 2002 y 12 en 2003. Según las estadísticas del Ministerio de Salud, esta clase de cáncer ocasionó 14 muertes en 2004 y 10 en 2005. Según los datos de morbilidad por esta enfermedad, hubo 21 casos en 2004 y 23 en 2005. En 2001 se registró 1 muerte en Stann Creek y 2 en Toledo. Sin embargo, no se registró ninguna muerte por esta causa en el distrito de Toledo durante el período 2002–2004. En 2003, las neoplasias malignas del útero (cuello y cuerpo del útero y otras localizaciones no especificadas) ocuparon el octavo lugar entre las 10 principales causas de muerte. En 2005 murieron 10 mujeres por cáncer de cuello del útero. Un informe de evaluación de necesidades de 2003 demostró que la cobertura estimada del tamizaje de cáncer de cuello del útero fue de 62,7%, habiéndose alcanzado la menor cobertura entre las mujeres analfabetas residentes de zonas rurales. La tasa de mortalidad a causa de este tipo de cáncer en 2005 fue de 6,9 por 100.000 mujeres.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud mental y adicciones

Los principales problemas de salud mental que condujeron a la consulta médica fueron depresión clínica, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, abuso de drogas y trastornos relacionados con el estrés. En 2005, 12.318 pacientes fueron atendidos en distintos centros de psiquiatría del país. Los trastornos psicóticos representaron el mayor número de casos examinados y afectaron a 1.904 hombres y 1.257 mujeres. En 2005 se registraron 303 casos de trastornos pediátricos y 141 de maltrato infantil.

La Encuesta Global de Jóvenes, llevada a cabo en Belice en 2003 a alumnos de escuela secundaria, encontró que 20% había consumido tabaco, 16% había fumado cigarrillos y 9% había probado otras formas de tabaco. Casi una cuarta parte (23,5%) compraba sus propios cigarrillos y 15,5% afirmaba que habitualmente fumaba en su hogar.

Contaminación ambiental

La importación de plaguicidas aumentó significativamente de 1,7 millones de kg en 2001 a alrededor de 7 millones en 2005. Un estudio realizado en 2001 documentó 59 casos de intoxicación grave por plaguicidas, que derivaron en tres muertes. Asimismo se calculó que anualmente ocurren 4.000 casos de intoxicación aguda por plaguicidas que afectan, en la mayoría de los casos, a trabajadores agrícolas y a las personas que manipulan o aplican estas sustancias.

Un estudio realizado por el Ministerio de Salud y la OPS en el río Macal (distrito de Cayo) en 2005, reveló la presencia de mercurio en varias especies de peces. Las concentraciones promedio halladas fueron de 0,11 µgHg/g en peces no depredadores y de 0,56 µgHg/g en peces depredadores. Aunque estos niveles son inferiores a los límites fijados por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y la Organización Mundial de la Salud (0,5 µgHg/g en peces no depredadores y 1,0 en peces depredadores), existe la preocupación de que las comunidades rurales que viven a orillas del río estén expuestas al mercurio por consumir pescado del río.

Salud oral

Las estrategias de prevención de caries para preescolares se centran en aplicaciones profilácticas de flúor. Los consultorios ofrecen selladores de fisuras para niños, profilaxis y controles, y algunos procedimientos limitados de odontología restaurativa.

El Programa de Salud Dental del Ministerio de Salud se lleva a cabo en los seis distritos y emplea a 19 profesionales: 9 cirujanos dentales y 10 enfermeros dentales o asistentes dentales.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El sistema nacional de atención de salud está basado en los principios de equidad, asequibilidad, accesibilidad, calidad y sustentabilidad a través de la formación de asociaciones eficaces con otras entidades públicas y privadas para promover el alcance del mejor nivel posible de salud y bienestar para toda la población. Como parte del Proyecto de Reforma del Sector Salud, el Ministerio de Salud ha reorganizado los servicios de salud del país en cuatro regiones sanitarias: norte, sur, oeste y central. Cada una de ellas tiene un administrador regional de salud que, con el apoyo de un equipo de administración, tiene la responsabilidad de coordinar la prestación de los servicios de salud a las comunidades que residen en las áreas geográficas bajo su jurisdicción.

En el período 2001–2005 ocurrieron una serie de eventos y avances importantes vinculados con la salud, como la implementación de las pautas de manejo clínico del contagio del VIH de la madre al hijo, el Protocolo de Violencia Familiar, el Protocolo para el Uso de Psicofármacos y la Política Nacional para Adultos Mayores. En el año 2002 se introdujo una Política de Salud Reproductiva y Sexual y se desarrolló un plan nacional exhaustivo para asegurar que dicha política fuese operativa.

El Ministerio de Salud tiene otros planes y protocolos que están en diferentes etapas de implementación. Entre ellos, se incluyen Planes y Normas de Familia, un proyecto sobre la política de salud mental, el proyecto de la Ley de Ejercicio Médico, el proyecto de la Ley General de Salud, el proyecto de la Política para Personas Discapacitadas, la Política Nacional de Salud y de Vida

Familiar, el primer borrador del Plan de Acción y Estrategia de Eliminación de la Pobreza, las Pautas y Protocolos de la Política del Sistema de Referencias Nacional, el Plan de Acción Nacional para Niños y Adolescentes, el Plan Estratégico Nacional para el VIH/sida y el Plan Nacional de Atención y Tratamiento del VIH/sida.

El Ministerio de Salud desarrolló e implementó protocolos de atención para víctimas de la violencia familiar a fin de ser utilizados en consultorios y hospitales públicos, en conjunto con otros servicios sociales para la comunidad. El Plan Nacional de Violencia Basada en el Género se desarrolló en 2005 para fortalecer la colaboración entre actores clave y poder encarar sistemáticamente la problemática de la violencia basada en el género y el maltrato infantil. El Plan de Acción Nacional para Niños y Adolescentes fue diseñado para crear una mayor sinergia entre los programas que abordan los problemas de desarrollo de la niñez y la adolescencia. Este plan es coordinado por el Comité Nacional para Familias y Niños y expresa claramente los compromisos internacionales de Belice, así como sus políticas, objetivos y estrategias nacionales relacionados con los niños y los adolescentes. A fines de 2003 se inició el proceso de revisión y actualización de toda la legislación sobre salud pública para crear una ley marco conocida como Ley General de Salud.

A fines de 2000, el Ministerio de Salud lanzó un proyecto piloto de la Iniciativa de Seguro de Salud Nacional, con el objetivo de consolidar esfuerzos para la implementación de un plan de seguro nacional que logre la cobertura de los costos de atención de salud que actualmente son financiados por el gobierno a través del Ministerio de Salud y que asegure el acceso universal sustentable a la atención de salud para la población.

En 2002 se firmó un convenio entre la Junta de Seguro Social (SSB) y el Fondo Nacional de Seguro de Salud (NHIF) que define la relación entre ambas entidades, actuando esta última como subunidad de la primera. La SSB ordena al NHIF la compra de servicios acordados por el Ministerio de Salud, aplicando ciertos principios de cumplimiento contractual (indicadores de productividad, eficiencia y eficacia vinculados con objetivos e incentivos). Los convenios de servicio entre el NHIF y los cuatro consultorios prestadores de atención primaria (PCP) del Sector Sur de la ciudad de Belice se firmaron en 2001 y definen la relación del NHIF como comprador de servicios y a los PCP como prestadores de servicios. El Ministerio de Salud, con la cooperación técnica de la OPS, desarrolló convenios de niveles de servicio en el año 2003, con el propósito de definir la relación entre el Ministerio y las regiones sanitarias. Se están estableciendo las metas y los indicadores para medir el avance, como parte del principio de la reforma de la salud de trasladar el interés en los indicadores de insumos hacia los indicadores de resultados.

El Ministerio de Salud aplica honorarios nominales en sus hospitales y consultorios para exámenes por imágenes y de laboratorio; también hay honorarios nominales para los servicios de pacientes hospitalizados, incluidos los partos. La prueba piloto

del Seguro de Salud Nacional comenzó en agosto de 2001 y no incluía el pago de honorarios por parte de los consumidores, no se requerían copagos y las tasas de recaudación diferían en cada institución. Posteriormente se introdujo el sistema de copagos en el sur de la ciudad de Belice. Estos honorarios son más bien un mecanismo para disuadir abusos contra el sistema que una fuente de generación de ingresos. Cuando esta iniciativa fue lanzada en la región sanitaria sur, se pensó que una estructura de honorarios sería una barrera al acceso universal y por ello no se exigieron copagos. El NHIF solo compra un paquete de servicios de atención primaria; por otra parte, la atención normal de los pacientes hospitalizados en las instituciones públicas mantiene una estructura de honorarios nominales. La iniciativa fue completamente implementada en el distrito de Belice (el sur de la ciudad de Belice) al comienzo de 2005 y luego se extendió a la región sanitaria sur (distritos de Stann Creek y Toledo) en junio de 2006.

Organización del sistema de salud

El papel de la oficina central del Ministerio de Salud es asesorar sobre las políticas de salud al mismo ministerio. Se encarga de la planificación de salud nacional, la protección de la salud pública, la regulación, la investigación, la calidad y los estándares, como también de la colaboración internacional y regional y la supervisión del desempeño global del sistema nacional de salud. El Ministerio de Salud se compone de dos divisiones principales: la rama administrativa, encabezada por el Director Ejecutivo, y la rama técnica, encabezada por el Director de los Servicios de Salud. Este último es constitucionalmente responsable de la salud de la nación.

El Ministerio de Salud opera una red de instalaciones a nivel nacional que incluye un total de ocho hospitales, uno en cada distrito, a excepción de los distritos de Cayo y Belice, que tienen dos hospitales cada uno. Tres de los ocho hospitales son regionales y ofrecen una amplia gama de servicios de atención secundaria, aparte de la atención primaria de rutina. Hay otros tres hospitales comunitarios o de nivel primario que ofrecen atención secundaria mínima a nivel de distrito. Solo el hospital Karl Heusner Memorial cumple dos funciones, como hospital nacional de referencia y como hospital general del distrito de Belice. Ofrece servicios de neurología, fisiología, otorrinolaringología y cirugía ortopédica. Los servicios periféricos para la comunidad incluyen salud dental, salud mental y prevención y control de enfermedades transmisibles. Hay además un hospital de salud mental, una unidad de psiquiatría en Belmopán y unidades psiquiátricas con personal de enfermería especializado en psiquiatría en cada uno de los hospitales regionales y comunitarios. Como parte del programa psiquiátrico comunitario, el personal de enfermería especializado en psiquiatría ofrece servicios de orientación continua a sobrevivientes de situaciones de violencia basada en el género y maltrato infantil y orientación sobre la infección por el VIH antes y después de la realización de los exámenes correspondientes.

Existe una Asociación de Salud Mental que actúa como defensora de los pacientes con enfermedades mentales y de sus familias y, al mismo tiempo, brinda apoyo a los programas y servicios relativos a la salud mental que lleva adelante el Ministerio de Salud. La Asociación de Consumidores de Servicios de Salud Mental es muy activa y en el año 2005 realizó una gestión muy eficaz para lograr que se agregaran nuevos psicofármacos al formulario nacional de medicamentos.

Servicios de salud pública

La estrategia de atención primaria de Belice garantiza la equidad de salud en cuanto a la accesibilidad y la distribución de los recursos humanos. El Ministerio de Salud tiene una estructura organizativa que establece un vínculo permanente entre la oficina central, los distritos y las comunidades. Los trabajadores de salud de la comunidad son el vínculo principal entre el sistema formal de salud y la comunidad. Los comités de salud de los pueblos ayudan a estos trabajadores a identificar las necesidades de salud de cada comunidad y a planear la implementación de medidas correctivas. En 2003, dos de los logros más significativos de la estrategia de atención primaria fueron lograr la participación del público no especializado en proyectos de salud comunitaria y la colaboración intersectorial. Se crearon equipos en los distritos y los pueblos con miembros de la comunidad y se estimuló su participación en actividades desarrolladas para mejorar la salud general de la población. A nivel nacional, el Comité Nacional de Salud Primaria supervisa el progreso de estas iniciativas y respalda a los comités de salud de los distritos en la planificación y la implementación de los programas. El Proyecto de Reforma del Sector Salud continúa apoyando las iniciativas de atención primaria, con el objetivo más amplio de generar un sistema nacional de salud más eficiente, sostenible y equitativo que incorpore la participación de las comunidades en la planificación, la implementación y el control de sus propios sistemas de atención de salud.

El estado de salud general de la población mejoró debido a la expansión de los servicios y la infraestructura de la salud, tanto en las zonas rurales como en las urbanas. Esto quedó demostrado en el aumento de la esperanza de vida, la mejora de la cobertura de inmunización y la reducción de las enfermedades prevenibles de la infancia y la tasa de mortalidad infantil, así como en la disminución de la tasa de fecundidad y la implementación de un programa sólido de control de vectores como parte integral de la estrategia de atención de salud primaria. Dentro de este marco, en el año 2004 se construyeron nuevas instalaciones y centros de rehabilitación para que los pacientes lograran vivir de forma independiente. Del mismo modo, en el año 2005 se capacitó a 12 nuevos enfermeros psiquiátricos auxiliares para mejorar la respuesta del país a los problemas de salud mental y fortalecer el enfoque comunitario.

La respuesta nacional a la violencia basada en el género ha tenido mejoras sustanciales en las áreas de detección y tratamiento desde el comienzo del período 2001–2005. El reconocimiento de este reto de la salud ha hecho que el sistema de vigilancia nacional del Ministerio de Salud registre los casos de violencia basada en el género y de maltrato infantil y analice los datos. En el año 2003, el sistema de vigilancia fue evaluado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, y en el año 2005 se implementaron las recomendaciones para mejorar su funcionamiento.

Los datos de diversos análisis de la situación de la salud efectuados en 2005 indican que las tasas de mortalidad materno-infantil continúan teniendo niveles superiores a los aceptables. Otras tendencias incluyen un ascenso estable de las enfermedades no transmisibles (hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer de cuello del útero); traumatismos por accidentes de tráfico y violencia; infecciones de transmisión sexual, el VIH/sida, su feminización y la coinfección por tuberculosis; casos de malaria y dengue, inclusive el riesgo de brotes de fiebre hemorrágica por dengue, y lesiones ocupacionales. También persiste el manejo inadecuado de los residuos sólidos. En este contexto, el Plan de Salud Nacional de 2005–2006 identifica la vigilancia de enfermedades y el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria como prioridades nacionales.

En el área de la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, el Plan Nacional de Salud incluye iniciativas para disminuir el riesgo y el impacto de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida; reducir la incidencia de tuberculosis, malaria y dengue; prestar servicios de salud reproductiva y sexual desde un enfoque de ciclo de vida y con especial énfasis en los servicios para mujeres embarazadas y niños menores de 5 años; ofrecer servicios de diagnóstico de laboratorio confiables y oportunos y servicios epidemiológicos confidenciales y de alta calidad para lograr el control eficaz de los pacientes, la vigilancia y la planificación de la salud, y ofrecer y divulgar información oportuna sobre eventos sanitarios prioritarios o brotes de enfermedades. El Plan Estratégico Nacional de Servicios de Laboratorio para 2004–2009 busca ofrecer servicios de diagnóstico de alta calidad que cumplan con las normas internacionales y que se brinden a tiempo, sean confidenciales y accesibles y estén dentro de las posibilidades económicas del público.

La estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) sigue siendo usada para el tratamiento de la tuberculosis; los enfermeros de salud pública y rural brindan este tratamiento a los pacientes en los consultorios públicos y en la clínica de tuberculosis de la ciudad de Belice. En las comunidades rurales donde no se dispone de enfermeros de salud pública, los miembros de las familias reciben la capacitación necesaria para administrar los medicamentos.

El Plan de Acción para la Seguridad Nutricional y Alimentaria para el período 2005–2010 brinda un marco completo que sirve

como guía para la implementación de las actividades que abarcan los seis programas definidos en la Política de Seguridad Nutricional y Alimentaria. Estos programas incluyen información, educación y comunicación sobre la producción de alimentos, su preparación y nutrición, producción diversificada de alimentos, procesamiento de alimentos, mercadeo, almacenaje y movilización de créditos; atención materno-infantil, alimentación en las escuelas y nutrición para los adultos mayores y los indigentes; creación de empleos y oportunidades de generación de ingresos a nivel local, seguridad de los alimentos y análisis y reforma de las Políticas Nacionales de Seguridad Nutricional y Alimentaria.

Las actividades relacionadas con el plan de seguridad alimentaria comprenden el desarrollo de un plan de inspección de carnes, la capacitación y la supervisión sobre las técnicas seguras y la higiene personal de personas que manipulan alimentos, y la inspección de establecimientos proveedores de alimentos. El Plan Nacional de Salud incluye actividades para prevenir y controlar las enfermedades transmitidas por el agua y para eliminar la rabia en los humanos. El Ministerio de Agricultura, en colaboración con el Ministerio de Salud, creó un Plan para el Desarrollo de Recursos Humanos sobre Nutrición. El programa de alimentación escolar se reestructuró en el año 2003.

A pesar de que hay nueve dentistas y dos enfermeros auxiliares distribuidos en los distritos, con mayor concentración en el distrito de Belice, la mayoría de los consultorios han notificado una tasa creciente de extracciones dentales, particularmente entre los niños. La productividad se midió básicamente al contabilizar la cantidad de extracciones y de visitas clínicas. El abastecimiento y la escasez de equipo seguían siendo problemáticos en el período 2001–2005.

En el año 2000, el gobierno instituyó el Plan de Manejo ante Huracanes del Sector Salud, que se actualiza todos los años en mayo. Los gerentes en salud participan en reuniones anuales para la preparación en caso de huracanes. En 2004 se elaboró un plan de atención masiva para damnificados, mediante el cual se capacitó a personal de emergencias en el manejo de desastres masivos y se realizó un ejercicio de simulacro. El hospital Karl Heusner Memorial es el único hospital público que tiene un plan de manejo masivo de damnificados.

Hacia finales de 2003 se diseñó e implementó un plan de respuesta nacional para mitigar los efectos de una posible pandemia del síndrome respiratorio agudo severo (SARS).

Servicios de atención a las personas

El sistema nacional de salud pública ofrece acceso universal a servicios personales y poblacionales a través de una red regionalizada de establecimientos y programas públicos, que incluye la entrega de medicamentos y otros servicios de apoyo. El sistema de centros de salud rurales con personal permanente tiene como complemento algunos servicios de salud ambulatorios, auxiliares

de enfermería de la comunidad, colaboradores voluntarios y parteras tradicionales que trabajan en todas las comunidades rurales. En 2005, la red de atención de salud notificó 209.959 visitas ambulatorias (720 visitas por 1.000 habitantes), 21.745 egresos hospitalarios (75 por 1.000 habitantes) y 7.457 nacimientos vivos. Había en ese momento 357 camas de hospital (1,2 camas por 1.000 habitantes).

La red de atención de salud privada está compuesta por 54 consultorios o establecimientos ambulatorios, que se encuentran principalmente en la ciudad de Belice; algunos ofrecen servicios especializados de odontología, dermatología y gastroenterología. Además, hay cinco hospitales privados con un total de 79 camas.

En el sector público, la atención en los hospitales de las cuatro regiones sanitarias incluye la atención ambulatoria o de pacientes hospitalizados para los casos de accidentes o situaciones de emergencia y también servicios de pediatría, obstetricia, ginecología, medicina interna y cirugía. Las necesidades de atención de salud primaria se resuelven a través de la red de consultorios, centros de salud y puestos de salud del país.

El Ministerio de Salud es responsable del funcionamiento del Laboratorio Médico Central, que actúa como centro de referencia de las cuatro regiones sanitarias y de los laboratorios médicos públicos de todos los distritos. El laboratorio brinda servicios de bacteriología, serología, citología, histología y análisis químicos y hematológicos especiales, entre otros. Ya está encaminado un programa de control de calidad con el apoyo del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). El Servicio Nacional de Transfusiones de Sangre se encarga de la extracción, los exámenes de tamizaje, el almacenaje y la distribución de sangre y productos de sangre. Los servicios dependen de donantes voluntarios.

En el año 2000 se elaboró e implementó un método comunitario para resolver los problemas de salud mental. Se han establecido unidades de salud mental en todos los distritos y en el año 2001 se construyó una unidad psiquiátrica para casos agudos. Los servicios de salud mental están organizados en tres niveles de atención: servicios ambulatorios (intervención ante crisis y servicios terapéuticos para individuos y familias), servicios de pacientes hospitalizados en los hospitales Rockview y Belmopán y servicios para la comunidad (servicios periféricos y auxiliares).

En 2002 se introdujo la Política Nacional para Adultos Mayores de Belice y el año siguiente se estableció el Consejo Nacional de Adultos Mayores. Hay cuatro instituciones que brindan hospedaje a los adultos mayores: el hogar Sister Cecilia y el refugio Raymonds Parks para los desamparados, ambos en la ciudad de Belice; el hogar Golden Haven en Hattieville y el hogar Octavia Waight en San Ignacio. El comedor Mercy y la clínica St. Joseph Mercy de la ciudad de Belice ofrecen atención de salud primaria, servicios de alimentos enviados a domicilio y visitas a los hogares de ancianos. Además, el comedor Mercy ofrece actividades de socialización, programas de enriquecimiento espiritual e instalaciones de lavandería para los desamparados.

El único centro de rehabilitación y tratamiento del país está en el hospital Karl Heusner Memorial, donde se ofrecen servicios de fisioterapia para adultos y niños con un fisioterapeuta capacitado y un enfermero auxiliar.

Promoción de la salud

Las estrategias de promoción de la salud son prioritarias para la salud pública nacional a través de políticas, programas y planes que se centran en la violencia doméstica, los accidentes de tráfico, la educación para la salud, la participación de la comunidad y el control del tabaquismo. Se implementó un proyecto en el distrito de Toledo con el auspicio del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) para responder a los problemas nutricionales identificados en ese distrito. Las intervenciones se dirigieron hacia el control de la malnutrición, las carencias de micronutrientes y otras consecuencias de la desnutrición. Las actividades principales incluyeron educación sobre nutrición, producción de vegetales orgánicos, preparación de alimentos y secado y conservación de frutas y verduras. Aparte de los programas generales de promoción de la salud organizados por la Oficina de Educación y Participación de la Comunidad en Actividades de Salud, los aspectos de promoción de la salud abarcan educación para la salud y la vida familiar, servicios de salud para las escuelas y seguridad en las carreteras. Se han realizado grandes esfuerzos por comprometer a los medios de comunicación en iniciativas de promoción de la salud, los cuales dieron como resultado una serie de galardones a campañas para promoción de la salud. Como parte de la promoción de un estilo de vida sano, el Ministerio de Educación lanzó el programa curricular denominado Salud y Vida Familiar y una guía de capacitación para las escuelas primarias y secundarias que se finalizaron en 2005. Este programa curricular está siendo probado como piloto en 12 escuelas de los seis distritos del país y se centra en el desarrollo individual e interpersonal, el manejo del medio ambiente, la nutrición y la actividad física, y la sexualidad y la salud sexual con énfasis en la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida.

En 2004, 232 niños fueron acogidos en hogares de adopción. El mismo año se procesaron 2.024 casos de protección de menores (1.330 relacionados con maltrato infantil y 694 por otros casos, como sustento familiar, peticiones de asignación y casos de custodia de niños). En 2005 se denunciaron 731 casos de maltrato de menores en el distrito de Belice, de los cuales 242 se relacionaron con abuso sexual, 144 con el maltrato físico y 70 con el abandono. El progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio es el marco usado para la evaluación de la situación social de los niños y los adolescentes de Belice. Además, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas a favor de la Infancia, "Building a World Fit for Children" (Construyendo un mundo apto para los

niños), conforman la estructura para la investigación y el análisis de las políticas relativas a los derechos humanos, la salud y la situación educativa de los niños beliceños.

Recursos humanos

En 2005, más de la mitad del personal que trabajaba en el sector salud seguía viviendo en la ciudad de Belice, donde existe la mayor capacidad de camas (115) para una población estimada de 87.000 personas. En el ámbito nacional (público, privado y voluntarios), había 159 especialistas, 166 médicos generales, 257 enfermeros certificados, 24 inspectores de salud pública, 27 técnicos médicos, 21 radiógrafos y 248 auxiliares de enfermería comunitarios. La red nacional de parteras tradicionales cuenta con el respaldo y la supervisión del programa de salud maternoinfantil del Ministerio de Salud. Se estima que hay entre 70 y 75 farmacéuticos certificados, de los cuales 25 trabajan en el sistema de salud pública.

La severa escasez de recursos humanos ha conducido al reclutamiento de profesionales de la salud dentro y fuera del Caribe. Muchos de estos profesionales, los médicos en particular, son asignados a zonas rurales donde la falta de recursos humanos es muy seria. Esta situación se suma al activo reclutamiento de profesionales de la salud nacionales, especialmente, enfermeros, por países desarrollados.

Belice no tiene facultad de medicina. El país depende en gran medida de las instituciones de capacitación médica de Cuba. La Universidad de Belice suministra otros proveedores de salud no médicos a través de su Facultad de Enfermería y Ciencias de la Salud. Los programas de educación incluyen farmacia, tecnología médica y enfermería práctica, licenciaturas en enfermería y asistencia social y un diploma universitario en asistencia social. Todos los años se gradúan aproximadamente entre 40 y 90 estudiantes de estos programas (2003–2005). En 2005, 16 estudiantes se graduaron del programa de enfermería psiquiátrica. Ni la educación ni el reclutamiento de proveedores de salud fueron orientados sobre la base de un plan de recursos humanos para la salud, ya que no había ninguno en el período notificado. Hacia fines de 2005 se comenzó a diseñar medidas para resolver esta problemática.

Entre 2001 y 2005, las comunidades eligieron auxiliares de enfermería para que recibieran capacitación del Ministerio de Salud en terapias de rehidratación, incluida la punción venosa para la administración de líquidos a pacientes gravemente deshidratados que no tenían acceso inmediato a centros de salud u hospitales. Las parteras tradicionales también recibieron capacitación y se les hizo entrega del equipo básico necesario para desempeñar su tarea en la comunidad. Todos los trabajadores de salud (médicos y enfermeros) de los seis distritos administrativos recibieron capacitación para diagnosticar las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida en función de sus manifesta-

ciones clínicas. En 2004 se organizaron 374 talleres para padres en todo el país, junto a otras actividades de concientización pública. Se ofreció capacitación sobre nutrición y el VIH/sida para el personal de salud y para las personas encargadas de la atención de salud. También se brindó capacitación sobre el manejo nutricional de la obesidad, la diabetes y la hipertensión a médicos, educadores de la salud, enfermeros y personas no especializadas. Asimismo se brindó capacitación especial sobre técnicas simples para el diagnóstico de cáncer del cuello del útero. Todo el personal de enfermería del sistema de salud pública recibió capacitación sobre la supervisión y vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles de la infancia y sobre el mantenimiento de la cadena de frío.

Otros programas de estudio dirigidos a satisfacer las necesidades de educación continua para prestadores de la salud abordaron temas relativos a la protección de los derechos humanos de los pacientes con enfermedades mentales, el manejo clínico del dengue y del VIH/sida, los sistemas de referencia, la maternidad segura, el agua y el saneamiento, la nutrición apropiada, la seguridad de los alimentos, la prevención de infección por geohelminthos y el control de la malaria.

Suministros de salud

Belice no cuenta con los recursos necesarios para la fabricación de productos farmacéuticos, a pesar de que existen 28 empresas importadoras en el país. El registro de medicamentos está contenido en la Ley de Farmacia, que en la actualidad está en espera de revisión y aprobación. Esta ley regirá el licenciamiento de los profesionales, el registro de medicamentos y la política de donación. Para importar medicamentos, es necesario obtener un permiso. Todos los beliceños tienen acceso a los medicamentos incluidos en el formulario de Belice si usan los servicios del sector público. En el período 2001–2005 se incorporaron nuevos psicofármacos al formulario nacional. En el país funcionan alrededor de 100 farmacias privadas.

Los programas de antirretrovirales y el Programa de Prevención del Contagio de la Madre al Hijo marchan paralelamente y están separados del resto del sistema de administración farmacéutico. Los medicamentos antirretrovirales no se contabilizan, no se compran ni se distribuyen a través del sistema establecido de medicamentos y suministros esenciales, ni se entregan en los centros de salud. En su lugar, los entregan en los consultorios que ofrecen orientación y pruebas voluntarias, y las enfermeras psiquiátricas los administran en los hospitales.

Se utilizó un total de US\$ 692.669 para la compra de vacunas, jeringas y agujas en el período 2001–2005 del Programa Ampliado de Inmunización.

El presupuesto de salud pública total 2004–2005 fue de US\$ 9.163.327, de los cuales 44,52% (US\$ 4.079.304) se asignaron a la compra de productos farmacéuticos.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

Durante el período en consideración se llevaron a cabo diversos estudios a fin de desarrollar intervenciones apropiadas, incluso un estudio de seroprevalencia de la población detenida en centros carcelarios en 2005. También se realizó un estudio parasitológico basal de los niños en edad escolar en ese mismo año y la Encuesta Global sobre el Tabaquismo en la Juventud para jóvenes de entre 13 y 15 años de edad en 2003. En el mismo año se realizó un estudio sobre las prácticas de los consumidores en cuanto a la seguridad de los alimentos en colaboración con el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe y la Universidad de Belice.

En 2003, la Organización Panamericana de la Salud y la OMS lanzaron la Biblioteca Virtual en Salud de Belice, la cual se unió a la creciente red de bibliotecas en Internet que contienen información sobre ciencias de la salud en toda América Latina y el Caribe. Esta iniciativa de acceso universal está dirigida a usuarios nacionales y regionales.

Gasto y financiamiento sectorial

La atención de la salud es financiada por el gobierno, los seguros de salud privados y el sector privado. En 2001, el presupuesto del Ministerio de Salud era de US\$ 20.330.331, que correspondió a 8,4% del presupuesto total del gobierno y 2,4% del PIB. En 2003 fue de US\$ 23.407.066, correspondiente a 8,43% del presupuesto del gobierno y 2,4% del PIB. En 2005, el presupuesto del gobierno aumentó hasta alcanzar 9,1% del PIB.

En 2005, el presupuesto del Ministerio de Salud fue elevado a US\$ 26.161.413, es decir, 9,57% del presupuesto del gobierno y 2,5% del PIB. Las remuneraciones del personal y los suministros médicos consumen gran parte de la partida presupuestaria. La compra de medicamentos y suministros normalmente excede el costo anual presupuestado. Las regiones sanitarias están autorizadas a cobrar y retener ingresos. Se estableció que los fondos deben utilizarse de la siguiente manera: 5% para pagar incentivos de desempeño al personal, que serán otorgados a discreción de los equipos de gestión regionales; 10% para desarrollo del personal (capacitación, talleres, conferencias y seminarios), y 85% para inversiones de capital. Dado que el hospital Karl Heusner Memorial es el centro de generación de ingresos de la región central, comparte 10% de los ingresos obtenidos en concepto de servicios secundarios para el fortalecimiento de los servicios de atención primaria del distrito de Belice.

Cooperación técnica y financiera en salud

Algunos organismos multilaterales y bilaterales, incluidos UNICEF, OPS/OMS y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, proporcionaron apoyo financiero para el proceso de modernización y actualización del sistema de salud pública de Belice. Los convenios bipartitos y tripartitos con Guate-

mala y México también han contribuido significativamente a mejorar la salud de la población, particularmente en las áreas de la vacunación de los niños menores de 5 años y de la prevención y el control de la rabia, la malaria y el dengue. En 2004 se movilizaron fondos de fuentes no gubernamentales para completar el Plan de Acción Nacional para Niños y Adolescentes; un paquete de 18 meses para el fortalecimiento institucional y la creación de capacidades destinado al sector social; la elaboración de protocolos para el manejo de casos de niños con problemas de comportamiento; el diseño y la impresión de publicaciones; la terminación del Informe Anexo del Comité sobre los Derechos del Niño y las consultas de la Cumbre de Educación Nacional que forman parte del Plan de Acción del Ministerio de Educación para el período 2005–2010.

A través de convenios internacionales con Cuba y Nigeria, profesionales de salud de estos países han dado su apoyo para ampliar la cobertura de salud a las zonas rurales e introducir servicios de especialidades en los hospitales.

Se han llevado a cabo actividades de cooperación técnica con el CAREC, el CFNI y el INCAP. Otros organismos que han brindado su apoyo técnico son el Banco Interamericano de Desarrollo, la Organización de Estados Americanos, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, la Organización Intergubernamental Regional para la Salud Agrícola, el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.

BERMUDA



Bermuda, el territorio ultramarino británico autónomo más antiguo, comprende un grupo de más de 100 pequeñas islas situadas en el océano Atlántico y las siete de mayor extensión están conectadas por puentes. Bermuda está ubicada a 943 km al este de Carolina del Norte, Estados Unidos de América. En conjunto, las islas tienen una superficie de aproximadamente 54 km², que representan casi un tercio del tamaño de Washington, D.C., la capital estadounidense. La elevación máxima es Town Hill, con unos 79 m de altura. El clima subtropical es suave, húmedo y sin heladas, con temperaturas que oscilan entre 18°C y 31°C y una precipitación media anual de 1.400 mm.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Bermuda es famosa en el mundo por sus playas de arenas rosadas y aguas de color turquesa. Los huracanes son la única causa potencial de desastres naturales y la temporada se extiende de mayo a noviembre. Hamilton es la capital de Bermuda. El territorio tiene nueve parroquias, a saber, Sandys, Southampton, Warwick, Paget, Pembroke, Devonshire, Hamilton, St. Georges y Smiths. Pembroke es la parroquia más poblada.

Determinantes sociales, políticos y económicos

Bermuda tiene un sistema de gobierno parlamentario similar al de Westminster, constituido por un Gobernador nombrado por la Corona a la cual representa, un Vicegobernador nombrado por el Gobernador, un Gabinete y una Legislatura. El Gabinete rinde cuentas a la Legislatura, que consta de un Senado y una Cámara de la Asamblea. Bermuda se divide en 36 distritos, cada uno de los cuales elige a un representante que se convierte en miembro de la Cámara de la Asamblea. Los miembros permanecen en el cargo durante cinco años, a menos que la Cámara sea disuelta antes. El Senado está constituido por 11 miembros nombrados por el Gobernador. Conforme a la Constitución de Bermuda, cinco miembros del Senado son nombrados con la recomendación del jefe del poder ejecutivo, el Primer Ministro, para representar al partido gobernante. En 2005, había 12 Ministros en el Gabinete. Dentro del Gabinete, el Ministro de Salud, Servicios Sociales y Vivienda está a cargo de la política, la planificación y la evaluación en materia de salud y rinde cuentas al Gabinete.

Bermuda tiene uno de los productos internos brutos (PIB) per cápita más altos del mundo, estimado en más de US\$ 65.500 en 2004. La economía, principalmente basada en las empresas inter-

nacionales y el turismo, ha disfrutado de un crecimiento constante en los últimos años. Alrededor de una tercera parte de la fuerza laboral está empleada en el comercio minorista, otra tercera parte en restaurantes y hoteles y el resto en servicios comunitarios, sociales y personales.

El nivel de vida en Bermuda es alto, con viviendas adecuadas y sistemas de transporte y comunicaciones bien desarrollados. Hay buenos caminos y el sistema de transporte público incluye autobuses, taxis y transbordadores. El número de propietarios de vehículos particulares es alto, aunque existe un límite de un vehículo por familia. Toda la población dispone de agua potable en su hogar y de un servicio de eliminación sanitaria de desechos.

En general, el país ha mostrado un superávit de la balanza de pagos; el dólar de Bermuda está vinculado al dólar de Estados Unidos sobre una base equivalente. En 2004, el índice de precios al consumidor fue de 127,8 (era de 100 en enero de 1995). En 2000, se estimó una inflación de 2,7% anual. En la industria del turismo, que se calcula que representa 28% del PIB, 84% de la clientela proviene de América del Norte. Bermuda tiene muy pocos recursos naturales. Los sectores industrial y agrícola son muy pequeños y casi todos los bienes de consumo se importan, entre ellos cerca de 80% de los alimentos. Las empresas internacionales aportan más de 60% de la producción económica de Bermuda.

Según el censo de 2000, la población de Bermuda era de 62.059 habitantes, 6% más que en el censo anterior (1991). Mientras que 11% de la población tenía 65 o más años de edad, porcentaje que representa un aumento de 25% con respecto a 1991, 6% tenía menos de 5 años, una disminución de 2% con respecto a 1991. La composición racial no ha cambiado considerablemente en el último decenio. En 2000, 60% de los habitantes eran negros o tenían antepasados negros y de otras razas y 40% eran blancos o de otras razas. Setenta y cinco por ciento de los

habitantes nacidos en Bermuda eran negros, mientras que la mayoría de los habitantes nacidos en el extranjero (79%) eran blancos o de otras razas. En las islas existe una comunidad asiática pequeña, pero en crecimiento. Un sector considerable de la población es de ascendencia portuguesa, como consecuencia de la inmigración proveniente de islas que estaban bajo el dominio portugués (particularmente las Azores) durante el siglo pasado. La comunidad de inmigración externa incluye además a miles de residentes que se dedican a profesiones especializadas, como la contabilidad, las finanzas y los seguros, y que provienen principalmente del Reino Unido, Canadá y los Estados Unidos. En el período 2000–2004, más de la mitad de la población pertenecía a una de tres religiones: la anglicana (28%), la católica (15%) y la episcopal metodista africana (12%).

En cuanto a los ingresos relativos, en 2000 las familias pobres y casi pobres conformaban respectivamente 19% y 11% del total de familias originarias de Bermuda, porcentajes que no se modificaron con respecto al censo de 1991; las familias de clase media y alta constituían respectivamente 42% y 27% de la población, en comparación con 46% y 24% en 1991. Es elevado el número de familias de raza negra oriundas de Bermuda entre las familias de bajos ingresos, mientras que son muy pocas las familias de raza negra en los grupos de altos ingresos.

La educación es gratuita en las escuelas públicas y obligatoria hasta los 17 años de edad. En 2005, la tasa de alfabetización era de 98,5% (98% en los hombres y 99% en las mujeres). Muchas personas naturales de Bermuda siguen estudios de nivel terciario en el exterior. La tasas máximas de matrícula correspondieron a las carreras de administración de hoteles y empresas (50% del total de estudiantes) y humanidades y ciencias (35%). El Bermuda College, establecido en 1974, es un centro de educación terciaria reconocido a nivel internacional, con sede en la parroquia de Paget, donde se ofrecen carreras cortas de dos años y se otorgan certificados y diplomas en ciencias aplicadas, humanidades, administración de empresas, tecnología y hotelería. Como única institución de educación superior en Bermuda, el Bermuda College ha creado una estructura académica ampliada con vínculos a instituciones académicas extranjeras, que permiten a los estudiantes transferir fácilmente créditos a cualquier lugar para continuar sus estudios.

Durante el período 2000–2004, se produjo una expansión fundamentalmente en los sectores financiero y turístico. En 2004, la fuerza laboral estaba integrada por 38.363 trabajadores. Las mujeres representaban 50% de esta cifra y 30% de los trabajadores no eran oriundos de Bermuda. Un número sustancial de contratistas trabajaban en la industria hotelera y en el sector de las empresas internacionales; por ley, todos ellos están incluidos en un programa de seguro de salud que garantiza el acceso equitativo a la atención de salud.

Bermuda, como país desarrollado, enfrenta problemas relacionados con la disminución de las tasas de fecundidad y el aumento de la longevidad, 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 para reducir los costos y que, al mismo tiempo, tengan en cuenta las necesidades de una población de edad avanzada cada vez más grande, particularmente de los grupos más pobres.

Demografía, mortalidad y morbilidad

En 2004, se estimó que había una población de 63.955 habitantes, cantidad que representa un aumento de 0,7% con respecto a la cifra de 2003. Se calculó que en 2004 la población masculina ascendía a 30.821 (48,2%) personas y la femenina, a 33.134 (51,8%). En 2000, la densidad demográfica estimada calculada fue de 1,16 personas por km². La relación de dependencia calculada para ese mismo año fue de 42. En 2004, la tasa de natalidad bruta fue de 13,2 por 1.000 habitantes y la tasa anual de crecimiento demográfico fue de 0,7%. En el año 2000, la esperanza de vida en Bermuda era de 77,7 años (80,4 para las mujeres y 74,7 para los hombres); sin embargo, se observan disparidades entre los sectores de raza negra y blanca. La figura 1 presenta la distribución de la población por edad y sexo, en 1990 y 2005.

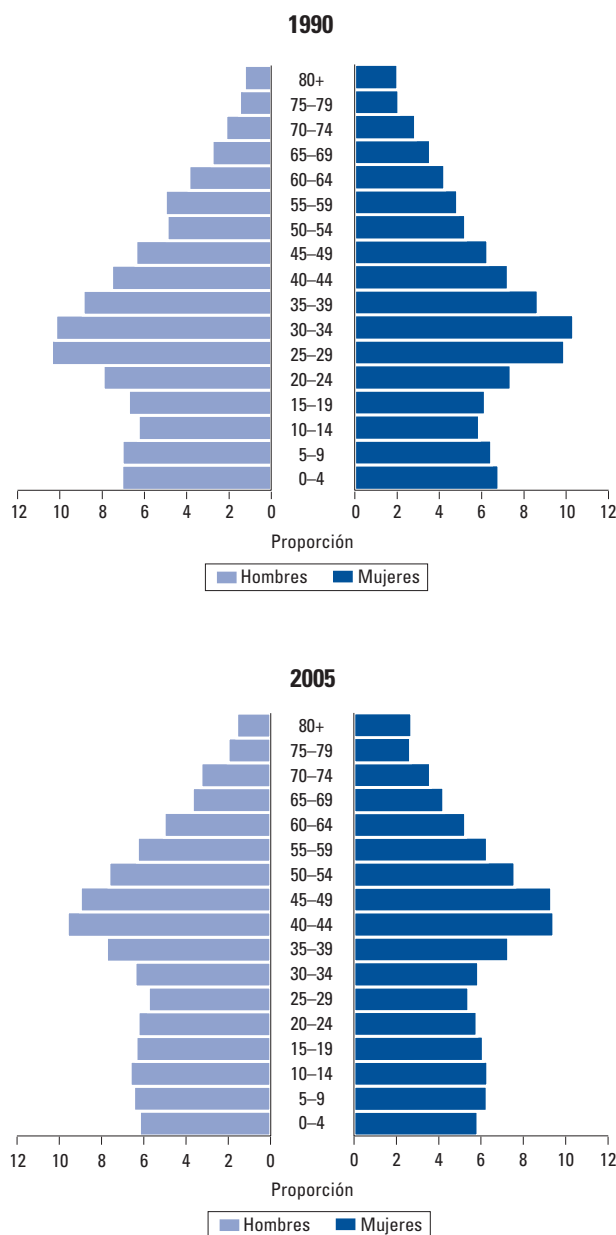
Hubo 836 nacidos vivos registrados en 2004. La tasa de natalidad y la razón hombre/mujer se mantuvieron estables durante el período examinado. Del total de nacidos vivos registrados en 2004, 445 fueron hombres y 391, mujeres, con una razón hombre/mujer de 1:1,1. En 2004, se registraron 287 nacimientos fuera del matrimonio, lo que representa 34,3% del número total de nacimientos en ese año. En 2000–2004, el total acumulado de nacidos vivos fue de 4.168. La proporción de nacimientos de niños hijos de mujeres solteras en el mismo período varió entre un porcentaje bajo de 34,3% en 2004 y uno alto de 37,7% en 2001. En promedio, hubo 833 nacimientos por año entre 2000 y 2004, de los cuales aproximadamente 36% se produjeron fuera del matrimonio. Esta situación indicó que en la isla posiblemente existían problemas de dependencia financiera para unas 1.500 mujeres.

Se estimó una tasa de fecundidad de 1,9 niños por mujer. Aunque la esperanza de vida al nacer sigue aumentando, se ha ampliado la diferencia entre los sexos. En 2000, había 25.148 familias y se observaba una disminución constante de la cantidad de integrantes. En ese año, se calculó que 36% de las familias estaban encabezadas por una mujer.

El número total de defunciones en el período 2000–2004 fue de 2.156, con un mínimo de 404 y un máximo de 470 defunciones al año. Los mortinatos registrados durante este período oscilaron entre cero y dos por año, con un total de cuatro en el período. En el mismo lapso, fallecieron en promedio 215 hombres y 216 mujeres por año.

En cuanto a las causas conocidas de defunción en el período 2000–2002, las enfermedades del sistema circulatorio provocaron 313 de las muertes registradas (36,2%), mientras que las neoplas-

FIGURA 1. Distribución de la población por edad y sexo, Bermuda, 1990 y 2005.



sias malignas causaron 246 (28,4%), la diabetes mellitus, 48 (5,5%), y la influenza y la neumonía, 18 (2,1%). Entre los hombres de 20 a 59 años, las cardiopatías isquémicas y la infección por el VIH/sida fueron las dos principales causas de defunción. Entre las mujeres de ese mismo grupo de edad, las causas principales fueron las neoplasias malignas de mama y la infección por el VIH/sida.

Según el Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda, las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias malignas

ocuparon el primero y el segundo lugar entre las principales causas de muerte en cada año del período de 1990 a 2003. Desde mediados de 2000 a mediados de 2004, los datos sobre los pacientes dados de alta en el Hospital King Edward VII Memorial (el hospital general de Bermuda) revelaron que el asma fue el principal diagnóstico, seguido de la neumonía y los cálculos en la vesícula biliar. Los principales problemas de salud, según indican los datos de mortalidad, incluyeron el cáncer, las cardiopatías isquémicas, la enfermedad cerebrovascular mortal (accidente cerebrovascular), la infección por el VIH/sida y los accidentes automovilísticos.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En Bermuda, todos los nacimientos ocurren en el hospital. Hubo nueve defunciones en el grupo de 0 a 4 años de edad (cinco muertes de lactantes y cuatro mortinatos) durante el período 2001–2004. La prevalencia del bajo peso al nacer (< 2.500 g) fue de 7% en 2004 (un aumento de 4,1% con respecto al año 2000). En el período 2000–2003, las enfermedades respiratorias fueron la principal causa de hospitalización de niños menores de 5 años y se registraron 1.629 casos en total. Durante el mismo período, se diagnosticaron 668 casos de gastroenteritis entre los niños de este grupo de edad.

Salud de los niños de 5 a 9 años

En el período 2000–2003, se registraron 559 casos de gastroenteritis en este grupo de edad. No se registraron defunciones en este grupo de edad en el año 2004.

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

En 2003 y 2004, no se registraron defunciones en ninguno de estos dos grupos. En 2001 y 2002, se registró una muerte en cada año en el grupo de 15 a 19 años. Los accidentes fueron la principal causa de defunción de jóvenes de 15 a 19 años y una de las causas principales de hospitalización en este grupo de edad, junto con los embarazos y las enfermedades respiratorias.

La obesidad es un problema de salud pública en Bermuda. Aproximadamente 10% de los niños y los adolescentes de 5 a 15 años de edad tienen un peso superior al recomendado y algunos son obesos.

Durante el período estudiado, la reducción de la incidencia de caries fue constante; la salud oral en los niños es en general excelente. Esto se atribuye en gran medida a un programa de atención dental preventiva para lactantes y niños pequeños, en el cual se les enseñan a las madres las mejores prácticas de alimentación con biberón, así como la importancia de cepillar los dientes periódicamente y limitar el consumo de alimentos con alto contenido de azúcar; también se ofreció el tratamiento gratuito con flúor en el

marco de este programa. En este mismo período, fue alto el grado de participación en el programa voluntario de salud escolar.

Entre 2000 y 2004, 12,7% de los partos fueron de madres adolescentes y 23 partos correspondieron a jóvenes menores de 16 años de edad. En el grupo de 16 a 19 años de edad, se registraron 315 partos.

Salud de los adultos (20–59 años)

Durante el período 2000–2004, se produjeron 360 defunciones de adultos de este grupo. De ellas, 221 (61,4%) fueron hombres. La razón hombre/mujer fue de 1,6:1. Solamente 42 (11,6%) de estas muertes ocurrieron en el grupo de 20 a 34 años; las principales causas de mortalidad fueron las neoplasias malignas y las enfermedades del sistema circulatorio.

Los accidentes fueron una de las causas principales de hospitalización de adultos de 25 a 44 años y las enfermedades de los aparatos circulatorio y digestivo y diversos tipos de cáncer fueron las principales causas de hospitalización de personas de 50 a 64 años.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2004, la edad media de muerte fue de 73,6 años (79,6 años para las mujeres y 67,9 para los hombres). Los adultos de 60 y más años representan el grupo de crecimiento más acelerado en la población de Bermuda. Las cardiopatías isquémicas, la diabetes, las enfermedades cerebrovasculares y el cáncer son las principales causas de mortalidad en este grupo.

Se registraron 1.774 defunciones de adultos mayores entre 2000 y 2004, cantidad que representa 82,6% del total de muertes. Las causas más frecuentes de hospitalización de personas de 65 a 74 años incluyeron enfermedades del sistema circulatorio, cáncer y enfermedades del aparato digestivo. Entre las personas de 75 y más años, las causas principales de hospitalización fueron las enfermedades de los aparatos circulatorio y respiratorio.

Salud de la familia

Según una encuesta sobre la salud y el comportamiento realizada en 2005, 55% de los adultos originarios de Bermuda estaban casados y las tasas de separación y divorcio eran bajas en comparación con otros países de la región del Caribe. Solo en 9,7% de las familias, el jefe o jefa de la familia era un padre o una madre solteros. La encuesta, que en 2005 examinó la población en términos de su estado civil, reveló que 55% de las personas estaban casadas, 15,8%, separadas o divorciadas, 10% habían enviudado y 17% nunca se habían casado.

Salud de los trabajadores

En Bermuda, los menores no trabajan ya que es obligatoria la asistencia a la escuela hasta los 17 años de edad. La Oficina de

Salud y Seguridad supervisa la aplicación del reglamento sanitario en el lugar de trabajo. Está prohibido fumar en todas las oficinas públicas y prácticamente en todas las demás instituciones. En el período de 2000–2004, no hubo muertes en sitios industriales.

Salud de las personas con discapacidad

En 2000, 2.832 personas (1.265 hombres y 1.567 mujeres, que juntos equivalen a 4,5% de la población) padecían una deficiencia crónica que afectaba su vida cotidiana. Esta cifra fue inferior a la de 1991, si bien el porcentaje de la población total con alguna discapacidad se mantuvo constante en 5%. Sesenta por ciento de las personas con discapacidades eran de raza negra, mientras que los negros constituían 55% de la población total; por otra parte, 30% de la población con discapacidades eran blancos, pero este grupo racial representaba 34% de la población total. En 2000, la mediana de la edad de las personas con discapacidades fue de 53 años.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

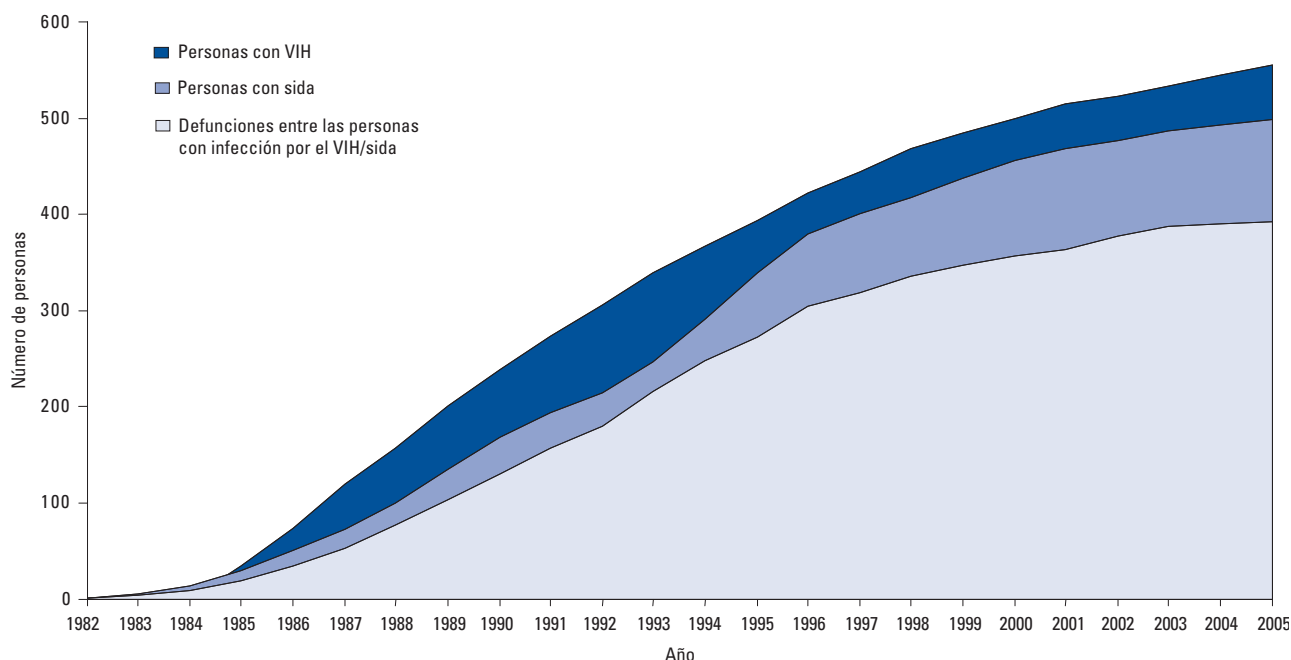
En 2005, se informó un caso importado de **malaria**, que posteriormente fue confirmado. También se notificaron e investigaron dos presuntos casos de **dengue**, que no se confirmaron.

Enfermedades inmunoprevenibles

La incidencia de enfermedades inmunoprevenibles es nula o muy baja y no se notificaron casos de **tos ferina**, **rubéola**, **tétanos**, **tétanos neonatal** ni **difteria** durante el período 2001–2005. No se han informado casos de **sarampión** desde 1991 y no se han registrado casos de **poliomielitis** en más de 25 años. La cobertura de la inmunización contra la difteria, el sarampión, la parotiditis, la tos ferina, la poliomielitis, la rubéola y el tétanos se mantuvo en niveles superiores a 85% en el período 2001–2005. Las siguientes vacunas forman parte del programa nacional de inmunización: antipoliomielítica inyectable, antidiftérica, contra la tos ferina acelular, antitetánica, contra *Hemophilus influenzae* tipo b, contra la hepatitis B, antineumocócica, contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR), contra la varicela y contra la influenza estacional. En 2005, la cobertura con la vacuna MMR fue de 96%; la aplicación de las tres dosis contra la hepatitis B llegó a 82% y la cobertura con la vacuna DTaP/IPV/Hib fue de 85%.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 2003, hubo un caso de **tuberculosis**; en 2005, hubo un caso importado y confirmado.

FIGURA 2. Prevalencia y mortalidad por el VIH/sida, Bermuda, 1982–2005.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

En 1982, se notificó el primer caso de infección por el VIH/sida en Bermuda. Desde entonces, la Unidad de Epidemiología y Vigilancia del Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda ha sido notificada de 555 nuevas infecciones por el VIH. De estos casos, 498 evolucionaron al sida y 392 fallecieron (Figura 2).

A fines de 2005, se estimó que 163 personas vivían con el VIH/sida en Bermuda (una prevalencia de 26 por cada 10.000 habitantes). Los hombres representaron 75% del total de casos, lo que implica una razón hombre/mujer de 3:1. Desde 1982, menos de 3% de todas las infecciones por el VIH notificadas corresponden a personas menores de 20 años. En el grupo de edad de 20 a 29 años se produjeron 17% de las infecciones por VIH comunicadas, mientras que correspondieron a los grupos de 30 a 39 años y de 40 a 49 años respectivamente 44% y 25% del total de casos notificados; por consiguiente, estos dos últimos grupos de edad representan juntos 69% del total de infecciones nuevas por el VIH notificadas. En el grupo de 50 y más años se produjeron 12% del total de casos nuevos de infección por el VIH comunicados. Ochenta y ocho por ciento de los casos de infección por el VIH informados correspondieron a personas autodenominadas de raza negra y 12%, a otras autodenominadas de raza blanca. Entre 1982 y 1986, la vía de transmisión que se informó con más frecuencia fue el consumo de drogas inyectables, señalado en 74% del total de casos de VIH notificados durante ese período. Si bien el consumo de drogas inyectables se mantuvo como una de las principales vías de transmisión hasta 1990, el contacto sexual ha sido la vía de transmisión informada con más frecuencia desde 1987.

En total, las personas expuestas por medio del contacto sexual representaron 62% de todos los casos de infección por el VIH notificados; la exposición mediante el consumo de drogas inyectables y otras vías de transmisión causaron respectivamente 31% y 7% de las infecciones. Después de varios años con una tendencia decreciente constante (de 1989 a 2002), los casos nuevos de infecciones por el VIH comunicados anualmente se estabilizaron en 11 al año en 2004 y en 2005 (Figura 3).

Durante el período 2001–2005, se notificaron los siguientes números de casos de infecciones de transmisión sexual: clamidiasis, 356; uretritis no específica, 87; gonorrea, 69; herpes, 33 y sífilis, 7. Durante este período, el número de casos de clamidiasis notificados anualmente aumentó en 91%. Si bien se observó una disminución de los casos de infecciones gonocócicas y uretritis no específica notificados, los casos de sífilis notificados aumentaron levemente y los de herpes se mantuvieron prácticamente iguales.

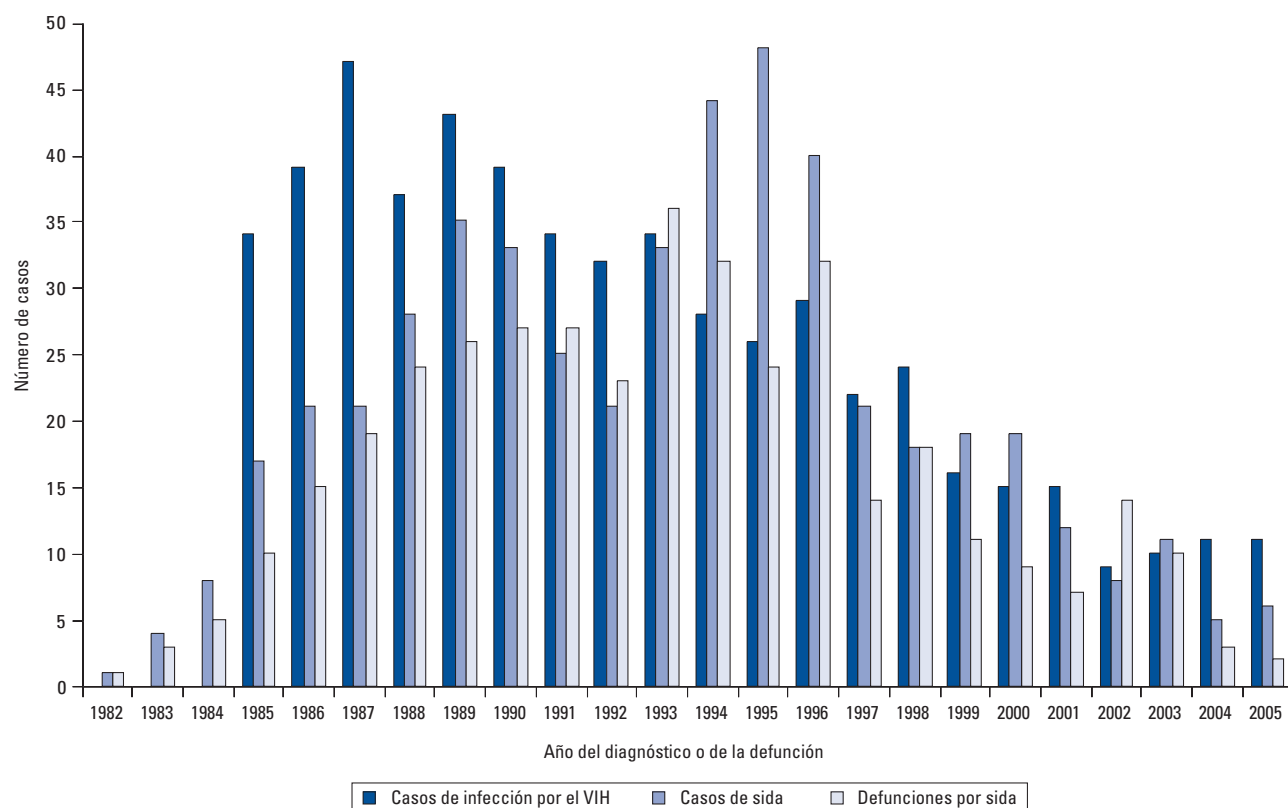
Zoonosis

Durante el período estudiado, no se comunicaron casos de encefalopatía espongiiforme bovina (enfermedad de las vacas locas), fiebre aftosa ni otras zoonosis, incluida la rabia.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La obesidad es un importante factor de riesgo de varios problemas graves de salud en Bermuda, entre ellos la diabetes, la

FIGURA 3. Casos de infección por el VIH/sida y defunciones por esa enfermedad notificados anualmente, Bermuda, 1982–2005.

hipertensión y la cardiopatía coronaria. Según una encuesta sobre la salud y el comportamiento realizada en Bermuda en 2005, uno de cada tres adultos es obeso, uno de cada dos adultos supera el peso corporal saludable y uno de cada dos adultos está intentando bajar de peso.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en las mujeres y los hombres y las tasas de mortalidad por esas enfermedades son mucho más elevadas en la población de adultos mayores. En el período 2001–2002, las enfermedades cardiovasculares causaron 162 defunciones de hombres (cifra equivalente a 35,4% del total de defunciones). En ese mismo período, esas enfermedades provocaron 151 muertes (que equivalen a 37% del total de defunciones) en la población femenina.

Neoplasias malignas

El número de defunciones por neoplasias malignas es superado solamente por las muertes causadas por las enfermedades cardiovasculares. En 2001–2002, las neoplasias malignas cobraron 125 vidas (cantidad equivalente a 27,4% de las defunciones) en la población masculina y 121 (29,7%) en la población femenina. Entre los hombres, las neoplasias malignas que causaron la

mayoría de las muertes fueron las de próstata (24,1%) y las de la tráquea, los bronquios y los pulmones (21,6%). Entre las mujeres, las neoplasias malignas más frecuentes fueron las de la mama (19,8%) y las de la tráquea, los bronquios y los pulmones (12,4%).

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

El huracán Fabián, una tormenta de grado 3, sacudió a Bermuda en septiembre de 2003 y causó cinco muertes y daños infraestructurales graves. Durante el período de estudio, no se produjeron otros desastres naturales.

Adicciones

Según los informes de los servicios policiales de Bermuda y de la Unidad de Epidemiología y Vigilancia del Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda, en el período 2002–2005 se registraron 22 muertes por sobredosis de drogas o de alcohol. En una encuesta sobre la salud y el comportamiento realizada en 2005, 67% de los adultos entrevistados que ingerían bebidas alcohólicas informaron que habían consumido una o más copas en el mes anterior y 21% señalaron que habían consumido menos de

una copa en el mes anterior o que ya no consumían alcohol. En los días en que consumían las bebidas, 77% de los consumidores informaron que ingerían tres o más copas.

La misma encuesta reveló que 12% de la población abusa del alcohol; en 11% de la población hay indicios importantes de abuso del alcohol y 44% de los adultos con indicios importantes de abuso del alcohol presentaban una sobrecarga de estrés moderada o alta, en comparación con 21% de los adultos sin indicios de abuso del alcohol y con la misma sobrecarga de estrés.

Se observó embriaguez, definida como el consumo de cinco o más copas por ocasión, en 56% de los adultos que habían consumido alcohol por lo menos una vez en el mes anterior; 21% de los adultos que habían consumido alcohol en el mes anterior se habían embriagado en dos o más ocasiones. Seis por ciento de los adultos informaron que consumían a diario pastillas para dormir o para modificar el estado de ánimo y 11% de los adultos señalaron que consumían esos fármacos varios días por semana; 69% de los integrantes de este grupo también sufrían un estrés excesivo.

Además, la encuesta de 2005 reveló que 17% de los adultos fumaban cigarrillos y otro 28% indicaron que todos los días estaban expuestos al humo de segunda mano. Según una encuesta realizada en 2001 por la Comisión Nacional de Medicamentos del Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda, 54% de la población adulta informó que durante el mes anterior había consumido alcohol, mientras que 18% señaló que había consumido productos de tabaco y 7%, marihuana. El consumo informado de cocaína, *crack* y drogas duras, incluida la heroína, fue inferior a 1%.

En 2003, la Comisión Nacional de Medicamentos realizó estudios del comportamiento de estudiantes de las escuelas secundarias y de nivel medio superior. En las escuelas secundarias, el consumo de marihuana fue de 1%, mientras que en las escuelas de nivel medio superior llegó a 21%. Diez por ciento de los estudiantes entrevistados informaron que habían consumido marihuana en el lapso de los 30 días anteriores a la encuesta, lo que representa un 3% menos que en 2002. Estos resultados indican una disminución del consumo de marihuana desde 1997. El consumo de cigarrillos también bajó de un 10% en 2000 a un 7% en 2003. El consumo de alcohol se mantuvo relativamente estable en 27%.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

La política de salud de Bermuda hace hincapié en varias áreas clave, entre ellas, la salud maternoinfantil, la salud de los niños en edad escolar, la asistencia comunitaria para los adultos mayores, la salud oral, la salud mental y la prevención y control de las enfermedades transmisibles y del abuso de alcohol y de drogas. Los grupos de población destinatarios de una atención especial incluyen a madres y lactantes, niños en edad escolar y personas

mayores. Los programas y servicios de salud infantil se concentran en las siguientes áreas: inmunizaciones, evaluaciones periódicas del crecimiento y el desarrollo, el apoyo a los padres en relación con problemas de la salud y el proceso de desarrollo de los niños, problemas del comportamiento y la nutrición, la prevención de lesiones y el manejo de las enfermedades. Los servicios de atención de salud para el grupo de 5 a 9 años de edad ponen énfasis en actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades y el tamizaje para la detección temprana de problemas de la vista y la audición y de escoliosis.

Durante el período 2001–2005, el Consejo de Salud de Bermuda, un organismo nombrado por el gobierno y responsable de reglamentar y coordinar los servicios de salud del país y maximizar su eficacia, estableció un sistema integrado de prestación de atención de salud dentro de un marco general que sustituye el modelo centrado en la enfermedad por otro que incorpora la participación comunitaria en aras de mejorar la infraestructura del sector de salud pública. También se hizo hincapié en la educación para la salud, las funciones básicas de salud pública y la formación profesional.

La legislación que rige la formación del Consejo de Salud de Bermuda fue aprobada en 2005 y autoriza al Consejo a supervisar la integración de los servicios de salud. En 2005, se redactó la Ley de Enmienda a la Profesión Médica, que en 2006 fue sancionada por la Legislatura. Esta ley exige el registro periódico de los médicos y la capacitación profesional cada dos años. Entre las disposiciones de la ley, se incluye una que especifica la responsabilidad de los profesionales de la salud de informar el uso indebido de medicamentos. La ley también revisó la aplicación de medidas disciplinarias en la profesión médica, actividad que es supervisada por un subcomité del Consejo Médico de Bermuda.

En diciembre de 2005, la Legislatura sancionó la Ley de Enmienda al Consumo y Venta de Productos de Tabaco, que entró en vigencia el 1 de abril de 2006. Esta ley prohíbe fumar en lugares públicos cerrados, como bares, restaurantes, hoteles y medios de transporte. Prohíbe además las máquinas expendedoras de cigarrillos, limita la publicidad del tabaco y prohíbe la venta de productos de tabaco a menores de 18 años. Con el fin de facilitar la transición a la nueva ley, se estableció un período de seis meses de gracia para los establecimientos afectados y los procesos judiciales por incumplimiento se iniciaron en octubre de 2006.

La Ley de Enfermería de 2000 definió los requisitos para las categorías del personal de enfermería y su capacitación continua. Las normas y los reglamentos necesarios para poner en práctica estos cambios fueron modificados durante el período estudiado y ahora se incluye el registro de enfermeras de atención primaria de salud y enfermeras especializadas.

Actualmente se están revisando dos leyes, una concerniente a los farmacéuticos y la otra sobre los dentistas. Se está actualizando la Ley de Enmienda a las Profesiones Suplementarias de la Medicina para incluir un código ético y procedimientos disciplinarios más eficaces.

Organización del sistema de salud

Los sistemas de la atención de salud públicos y privados colaboran estrechamente en la prestación de servicios de salud. La responsabilidad de la atención de la salud pública recae en el 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 la salud, establecer normas y coordinar el sistema sanitario. Como funcionario del Gabinete, el Ministro de Salud, Servicios Sociales y Vivienda rinde cuentas a dicho organismo en relación con todas las cuestiones vinculadas con la elaboración de políticas, la planificación y la evaluación en materia de salud.

El Ministerio está compuesto por varios departamentos e instituciones, entre ellos el Departamento de Salud, el Departamento de Servicios para el Niño y la Familia, el Departamento de Asistencia Financiera y el Departamento de Servicios Jurídicos. 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 a su cargo los dos hospitales de Bermuda, el Hospital King Edward VII Memorial (el hospital general) y el Instituto Mid-Atlantic Wellness (antes llamado Hospital Saint Brendan, el hospital psiquiátrico del país). El Hospital King Edward VII Memorial tiene 327 camas en salas privadas, semiprivadas y públicas. Los servicios están organizados en cinco programas multidisciplinarios: atención continua, atención crítica, atención materno-infantil, atención médica general y atención quirúrgica. El personal de enfermería y medicina, contratado en el país y en el exterior, es culturalmente variado y ofrece atención médica y de enfermería de alta calidad dentro de la comunidad, con procedimientos y equipos tecnológicos modernos. Hay un vasto sector privado que presta servicios sobre la base del cobro de honorarios y un número creciente de grupos no institucionales o sociedades de especialistas médicos y paramédicos; parte de ellos se concentran en la atención primaria. Actualmente se está revisando el sistema de reembolso para los médicos con el fin de procurar la normalización en la prestación de los servicios.

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 conducto del Programa de Seguro de Salud para Empleados Públicos y varios de los empleadores más importantes del sector privado administran sus propios programas autorizados para dar cobertura a sus empleados. El Consejo de Salud de Bermuda cuenta con un comité que supervisa el plan del seguro de salud. Este plan tiene un período anual de inscripción abierta para posibilitar el acceso al seguro de hospitalización a todos los residentes de Bermuda. Este último seguro es obligatorio para todos los empleados y los trabajadores autónomos. Tanto los empleadores como los empleados hacen aportes al seguro de hospitali-

zación 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. El Consejo de Salud de Bermuda reglamenta las pólizas de seguro vendidas por compañías privadas y entidades públicas, las cuales deben proporcionar un mínimo de beneficios, que en conjunto se conocen como Beneficio Hospitalario Estándar.

Un Fondo Mutual de Reaseguro, administrado también por el Consejo de Salud de Bermuda, cubre los costos de diálisis, medicamentos contra el rechazo y atención de pacientes en fase terminal. Se ofrece hospitalización gratuita a niños y adultos mayores; los costos se sufragan por medio de un subsidio del Estado otorgado al Consejo Directivo de los Hospitales de Bermuda.

La responsabilidad de la prestación de servicios de salud pública recae en el Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda, que tiene el mandato de ofrecer servicios de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, atención a las personas y salud oral. Como ente regulador, el Ministerio vela por la inocuidad de los alimentos y la calidad del agua y el aire.

El Servicio de Salud Pública desempeña un papel importante en la prestación de servicios de atención a las personas y también administra varios programas tradicionales de salud pública, como los de salud materno-infantil, salud escolar, inmunización, educación sanitaria y promoción de la salud, control de las enfermedades transmisibles, rehabilitación y atención de salud domiciliaria, incluidas las visitas de salud, el servicio de enfermería en los distritos y la atención especializada para algunas enfermedades, como la infección por el VIH/sida.

Bermuda se divide en tres regiones sanitarias para facilitar la prestación de los servicios de salud pública. En cada región, el Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda administra un centro de salud que ofrece atención prenatal y de salud infantil, servicios de planificación familiar, inmunizaciones y otros servicios de atención primaria, así como atención odontológica para niños.

Varias instituciones de beneficencia del sector privado prestan algunos servicios especializados con la asistencia del gobierno, por ejemplo, la atención comunitaria de enfermería oncológica y servicios personales para personas infectadas por el VIH, entre otros.

El Hospital King Edward VII Memorial y el Instituto Mid-Atlantic Wellness son administrados por el Consejo Directivo de los Hospitales de Bermuda, órgano jurídico nombrado por el Ministro de Salud, Servicios Sociales y Vivienda. El Consejo Directivo delega las responsabilidades diarias del funcionamiento de los establecimientos 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 de los hospitales. Ambos hospitales se someten a exámenes periódicos de acreditación por parte del Consejo Ca-

El gobierno afronta menos nacimientos y una población más envejecida

A medida que disminuye la tasa bruta de natalidad y aumenta la esperanza de vida, el país avanza hacia el envejecimiento de la población: 11% de sus habitantes tienen 65 años y más de edad mientras que solamente 6% son menores de 5 años. Como consecuencia de esto, se espera que la fuerza laboral activa se reduzca en los próximos años, en tanto que el envejecimiento de la población impondrá una mayor demanda al sistema de atención de salud. El gobierno afronta esta situación ocupándose en particular de los ancianos y, entre otras medidas, les ofrece hospitalización sin cargo alguno. Las 11 residencias de atención geriátrica que incluyen hogares para ancianos con servicios de enfermería prestan asistencia y servicios personales.

nadiense para la Acreditación de Hospitales. No hay ningún hospital privado en Bermuda.

Servicios de salud pública

Como parte de sus actividades y funciones de prevención y control de enfermedades, el Ministerio de Salud y Servicios Sociales y Vivienda brinda servicios de laboratorio y de epidemiología. Las pruebas ordinarias de laboratorio se realizan en el país; existen acuerdos oficiales con laboratorios del exterior para la realización de algunas pruebas especializadas.

Se prestan servicios de suministro de agua potable y eliminación sanitaria de excretas individualmente a cada vivienda; los hoteles y otros establecimientos comerciales tienen sus propios sistemas. Como 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 no se debe emplear para beber, y solo puede ser usada para otros fines. Sin embargo, hay algunos pozos explotados con licencia privada que complementan las reservas de agua en depósito; la vigilancia de estos pozos está a cargo de un equipo de inspectores de salud ambiental empleados por el Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda.

La eliminación sanitaria de excretas se realiza por medio de fosas sépticas individuales, ya 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 los puertos de Hamilton y Royal Navy Dockyard. 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 después se canalizan al mar. Se instauró un programa de vigilancia para garantizar el tratamiento de dichas aguas antes de su evacuación al mar y, a pesar de que no se notificaron gra-

ves problemas de salud hasta la fecha, el proceso es motivo de preocupación constante y requiere vigilancia permanente.

El Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda vigila la seguridad de los trabajadores en las zonas donde se usan plaguicidas y la de quienes trabajan en el horno de incineración en masa; el Ministerio también realiza evaluaciones de la seguridad ocupacional de los empleados del Gobierno y brinda asesoramiento sobre salud ocupacional a todos los departamentos gubernamentales.

El Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda se ocupa además de cuestiones relacionadas con la inocuidad y el control de los alimentos, incluida la vigilancia de quienes manipulan alimentos y de los vendedores ambulantes. En el período 2001–2005, el Ministerio inició la capacitación continua en educación sanitaria para todo el personal de hoteles y restaurantes, incluidos los chefs, en colaboración con el Bermuda College. La Organización para Medidas de Emergencia, una entidad que depende del Comisionado de Policía de Bermuda, efectuó la vigilancia e instituyó medidas preventivas como preparación para el huracán Fabián en septiembre de 2003 y también ofreció asistencia posterior al desastre. Se ha elaborado un plan de preparación para la gripe aviar y otros tipos de influenza pandémica grave, en el que se detallan los procedimientos que se pondrán en práctica en el caso de que se produjera una epidemia.

Servicios de atención a las personas

Los servicios de atención primaria de salud, generalmente disponibles por solicitud, se prestan en los centros de salud pública, los consultorios de atención ambulatoria de los hospitales y los consultorios médicos privados. Se prestan otros servicios de atención ambulatoria por medio de clínicas especializadas y el Departamento de Urgencias del Hospital King Edward VII Memorial. Gran parte de la atención primaria de la 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 ambos

hospitales, el Servicio de Salud Pública o médicos particulares. En Bermuda 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 número reducido de consultorios agrupados que cubren 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. Los médicos generales (es decir, los médicos de familia) y otros médicos de atención primaria coordinan la asistencia y controlan el acceso a otros especialistas. Las consultas médicas son la parte más 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 King Edward VII Memorial administra un consultorio de atención primaria para indigentes. El promedio de la estadía en el hospital fue de 8,2 días en 2003–2004, de 7,9 días en 2004–2005 y de 8,5 días en 2005–2006. La tasa de ocupación fue de 71% en 2003–2004, de 69% en 2004–2005 y de 73% en 2005–2006. Los servicios de atención de urgencias y de cirugía ambulatoria se prestan solamente en el Hospital King Edward VII Memorial. En 2005, hubo más de 33.617 consultas de pacientes al Departamento de Urgencias. Entre abril de 2004 y marzo de 2005, se realizaron intervenciones quirúrgicas a 2.413 pacientes hospitalizados y a 5.775 pacientes ambulatorios. Otros servicios prestados durante este período incluyeron 18.710 sesiones de fisioterapia, 31.584 exámenes radiográficos, 9.773 estudios cardiológicos, 9.901 estudios ecográficos, 1.397 estudios de medicina nuclear, 893 tratamientos ambulatorios de quimioterapia, 4.851 tomografías axiales computarizadas y 5.112 sesiones de terapia ocupacional.

No hay hospitales de atención secundaria ni terciaria en Bermuda. Sin embargo, se presta atención de nivel terciario por medio de vínculos con instituciones de Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos.

Bermuda tiene tres instituciones de educación especial para niños con minusvalías y deficiencias. Además, en Summerhaven, un complejo de vivienda especialmente equipado, se ofrecen servicios a los adolescentes y adultos con deficiencias físicas. Los estudiantes con discapacidades de las escuelas especiales se incorporan al sistema escolar ordinario, donde se asigna a para-profesionales para facilitar el proceso. Se ha establecido un puesto público para coordinar esta actividad.

El Hospital King Edward VII Memorial 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, como oncología, diálisis renal y atención médica y quirúrgica intensiva.

Los servicios de salud mental son prestados por psiquiatras, psicólogos, un asistente social especializado en psiquiatría y espe-

cialistas en bienestar mental que trabajan en el Instituto Mid-Atlantic Wellness y el Programa de Asistencia a los Empleados. El Instituto Mid-Atlantic Wellness es el único hospital psiquiátrico de Bermuda y ofrece atención integral y tratamientos psiquiátricos. Este instituto, acreditado por el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y reconocido por el Real Colegio de Psiquiatría como institución de formación en psiquiatría para médicos residentes, cubre todos los campos de la psiquiatría: 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 servicios de consulta al Hospital King Edward VII Memorial y a instituciones de servicio social. El instituto cuenta con 120 camas y atiende a unos 600 pacientes ambulatorios por año. En los últimos 20 años, ha pasado por un proceso de desinstitucionalización y actualmente tiene varios hogares colectivos comunitarios y una casa de transición.

El Consejo Directivo y el Estado también prestan servicios de atención a largo plazo. Se brindan servicios de enfermería especializada en la Lefroy House, que cuenta con 57 camas, y servicios de extensión hospitalaria en el Hospital King Edward VII Memorial, que dispone de 90 camas. Un nuevo internado para ancianos con 43 camas presta una variedad de servicios, que incluyen desde cuidados asistidos hasta la atención de enfermería especializada y una unidad para pacientes con Alzheimer. Esta integración facilita los cambios en la atención de los pacientes a medida que se modifica su estado, sin necesidad de transferirlos a otros centros. Actualmente hay planes en marcha para establecer una única unidad con el fin de cubrir toda la atención a largo plazo para los adultos mayores. Agape House, también administrada por el Consejo Directivo de los Hospitales de Bermuda y parcialmente financiada con fondos públicos, presta servicios a enfermos terminales. 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 parcialmente financiados con fondos públicos.

Promoción de la salud

La Oficina de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda elabora y coordina programas que promueven estilos de vida, medios y políticas que propician la buena salud y busca concientizar al público acerca de las opciones saludables, la reducción de los riesgos y la disponibilidad de apoyo profesional y servicios en la comunidad. Trabaja con diversas instituciones aliadas, tanto dentro como fuera del Ministerio.

Un ejemplo de la colaboración entre organismos es la iniciativa integral de salud escolar emprendida por el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda

en colaboración con 12 entidades gubernamentales. La iniciativa de escuelas promotoras de la salud funciona en torno a un marco de políticas, programas, actividades y servicios encaminados a mejorar el rendimiento escolar y el bienestar de los estudiantes mediante 12 componentes distintos. Brinda oportunidades prácticas y estratégicas para que los estudiantes, los padres y las familias, los educadores, los trabajadores de la salud, las organizaciones comunitarias y las personas responsables de la toma de decisiones interactúen en una serie de actividades que estimulan los comportamientos saludables y mejoran el aprendizaje. Todas las escuelas públicas de Bermuda y tres escuelas privadas participan en esta iniciativa. Se han distribuido a todas las escuelas del Estado un folleto sobre la política nutricional, un manual sobre alimentación y nutrición y otros folletos de promoción de la salud. Doce escuelas han puesto en práctica un programa para abordar los problemas de sobrepeso y obesidad como parte de la iniciativa de escuelas promotoras de la salud.

Recursos humanos

En general, Bermuda tuvo suficientes recursos humanos para atender sus necesidades de salud durante el período 2005–2006. En ese período, aumentó el número de médicos y de especialistas visitantes. En 2004, había 161 médicos, que equivalen a 26 médicos por cada 10.000 habitantes.

Las enfermeras siguen representando el mayor grupo de prestadores de servicios de atención de salud en el país, con un total de 423 en 2004, es decir 67 por cada 10.000 habitantes. Sin embargo, esta cifra representa una reducción considerable con respecto a las más de 800 enfermeras autorizadas, incluidas las diplomadas y las especializadas en psiquiatría, que estaban empleadas en Bermuda en 1999. Las enfermeras diplomadas representaban 75% del total. Casi todas las enfermeras trabajaban en un hospital y un número considerable de ellas eran extranjeras. En ciertas especialidades de enfermería, es constante la escasez de personal.

En 2004, había 11 dentistas e higienistas dentales por cada 10.000 habitantes. Setenta dentistas e higienistas dentales ejercían su profesión en Bermuda; en su mayoría, los dentistas particulares tienen consultorios independientes. También hay servicios especializados de odontología, como los de periodoncia y ortodoncia. En 2004, había un optometrista por cada 10.000 habitantes.

En 2004, existía una gran variedad de personal paramédico, como tecnólogos de laboratorio médico, técnicos de radiografía, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, 12 nutricionistas y dietistas, y patólogos del habla y terapeutas del lenguaje. Había 44 farmacéuticos, que prestaban servicios que abarcaban desde la gestión de farmacias minoristas hasta la farmacología clínica. Casi todos los farmacéuticos eran empleados asalariados. Las enfermeras parteras están registradas, pero no prestan atención en forma independiente.

A pesar del aumento en el número de médicos en ejercicio, aún hay escasez de personal en algunas áreas de especialización.

Las especialidades médicas comprenden medicina general y de la familia, medicina interna, anestesiología, medicina de urgencias, salud pública y medicina preventiva, pediatría, psiquiatría, cirugía general, obstetricia y ginecología, ortopedia, medicina del deporte, otorrinolaringología, radiología, cardiología, dermatología, oftalmología, patología, geriatría y urología.

Bermuda aún enfrenta dificultades para retener al personal de enfermería y tiene que contratar enfermeras provenientes de diversos países y aumentar la capacidad interna de formación de personal de enfermería.

Aun cuando Bermuda no tiene facultades de medicina ni programas de educación médica de posgrado, se exige capacitación profesional continua a los médicos que trabajan en los hospitales. En el Bermuda College se ofrecen cursos de actualización y programas de titulación 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.

Suministros de salud

No hay producción local de productos farmacéuticos, fármacos ni equipos médicos.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

En 2004, el Consejo Directivo de los Hospitales de Bermuda creó un Comité Ético cuyo objetivo es promover la concientización acerca de cuestiones morales, éticas y jurídicas en los establecimientos hospitalarios, apoyar la educación de la ética médica, establecer un servicio de consulta ética y proporcionar orientación a los profesionales de la atención de salud cuando las circunstancias los obligan a tomar decisiones polémicas.

En 2005, se realizó un ensayo de investigación científica sobre la diabetes.

Gasto y financiamiento sectorial

En 2004, el sistema de salud de Bermuda tuvo un presupuesto de más de US\$ 376 millones, que representaba 9,05% del PIB y equivalía a unos US\$ 6.000 per cápita. Las dos fuentes de financiamiento más importantes fueron las aseguradoras privadas, con más de US\$ 191 millones (51%), seguidas del gobierno, con US\$ 110 millones (29%), que representan 15% del gasto total del gobierno. El financiamiento familiar (los gastos directos pagados por los residentes de Bermuda para obtener atención médica, por ejemplo, pagos por servicios o productos parcialmente cubiertos por el seguro de salud o pagos completos, cuando no están cubiertos por el seguro), constituyó la tercera fuente de financiamiento del sector salud de Bermuda, con más de US\$ 57 millones (15%). Finalmente, el sector sin fines de lucro contribuyó con US\$ 12,9 millones, 4% del aporte total en 2004. En el último de-

cenio, aumentó la participación del sector privado en el financiamiento (de 61% en 1993 a 70% en 2004) y disminuyó la proporción de financiamiento por el sector público (de 39% en 1993 a 30% en 2004). En cuanto al gasto en salud de 2004, al Consejo Directivo de los Hospitales de Bermuda le correspondió la parte más importante, con más de US\$ 140 millones (38% del gasto total), seguido de los proveedores locales, incluida la atención de los adultos mayores, con US\$ 107 millones (28%), la atención en el exterior, con US\$ 40 millones (11%), y el gasto en medicamentos, con US\$ 36 (10%). Este último experimentó el crecimiento más abrupto en los últimos cinco años y pasó de 6% en el año 2000 a 10% en el año 2004. El Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda representa 7% de todos los gastos, con US\$ 26,9 millones. Los costos del sistema de salud han crecido más rápido que la economía en los últimos 15 años: 8,7% y 5% al año, respectivamente, durante el período de 1990 a 2004.

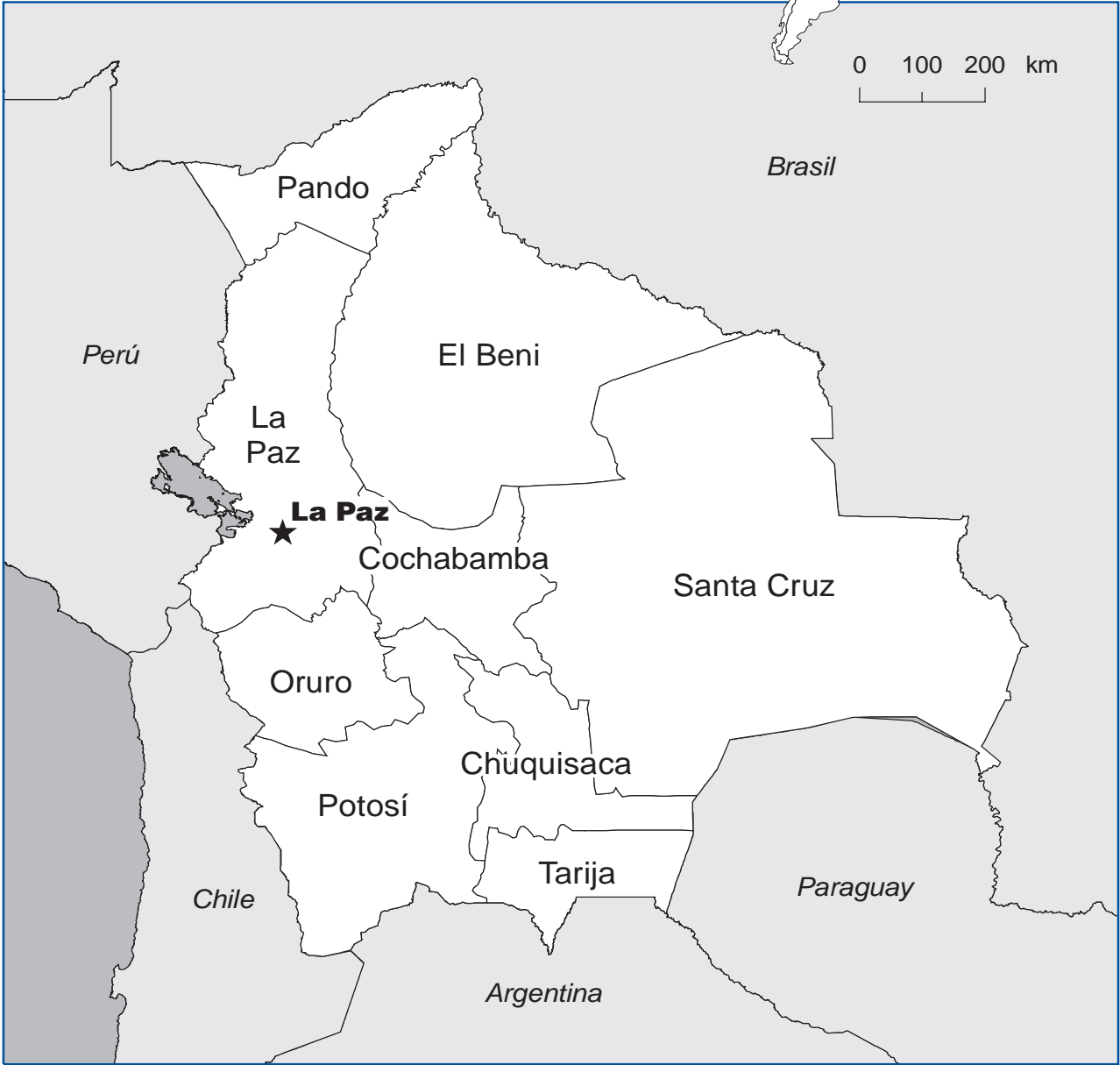
El sistema de salud de Bermuda presta servicios de atención de salud de alta calidad. Sin embargo, la distribución de la atención y

el financiamiento revelan ciertas desigualdades. La esperanza de vida muy elevada, el índice de mortalidad materno-infantil extremadamente bajo y un excelente historial de prevención, detección y tratamiento de la infección por el VIH/sida son ejemplos de la calidad y eficacia de la atención de salud en el país. No obstante, las disparidades en la esperanza de vida, la cobertura de los seguros y la distribución del financiamiento para la salud, que afectan especialmente a las familias de escasos recursos, de raza negra y encabezadas por personas mayores, evidencian la existencia de focos de desigualdad. El Consejo de Salud de Bermuda tiene la misión de abordar estos problemas y otros relacionados con la equidad, que afectan a los servicios y los sistemas de salud de las islas.

Cooperación técnica y financiera en salud

Durante el período 2001–2005, la Organización Panamericana de la Salud y el Centro de Epidemiología del Caribe prestaron cooperación técnica en salud a Bermuda.

BOLIVIA



Bolivia limita con Brasil, Paraguay, Argentina, Chile y Perú. Tiene una extensión territorial de 1.098.581 km², 65% de la cual corresponde al llano y concentra a 26% de la población del país; los valles interandinos ocupan 19% de la superficie, con 29% de la población, y 16% corresponde a la meseta altiplánica con 45% de la población (1).

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

En el censo de 2001, 64% de la población total carecía del ingreso para cubrir sus necesidades básicas. Las proyecciones de la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) estimaron que para 2006 habría 5,9 millones de personas en condiciones de pobreza (63%) (2) de los cuales 2,0 millones (35%) vivirían en extrema pobreza (3). Esta población estaba concentrada en municipios de los valles interandinos altos y el altiplano, principalmente de origen Quechua y Aymara. También en la zona de los llanos, el Chaco y principales ciudades del país hay niveles importantes de pobreza, debido a la migración. En 2002 se estimaba un índice de Gini de 0,614 (4).

En 2000, el gobierno estableció la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP). Esta estrategia se instrumentó por medio del Diálogo Nacional, un proceso ampliamente participativo en el que la sociedad civil determinó áreas de intervención donde usar los recursos disponibles para la lucha contra la pobreza. La Iniciativa para los Países Pobres muy Endeudados (PPME) tiene el objetivo de lograr una reducción de la proporción deuda/exportación y es un esfuerzo conjunto entre el Banco Mundial y el FMI, con respaldo de los donantes bilaterales. Por medio de esta Iniciativa Bolivia recibió inicialmente una condonación de la deuda externa equivalente a US\$ 1.137 millones; bajo la iniciativa PPME II se condonaron US\$ 1.543 millones, y mediante el proceso denominado “Más allá del PPME” se estimó una condonación de más de US\$ 2.000 millones hasta 2015.

En 2003 se actualizó la EBRP para el período 2004–2007; esta propuso un crecimiento “de base ancha” que privilegia la creación de empleo e ingresos para miles de actores de la micro, pequeña y mediana empresa para lograr impactos acelerados en lo social y económico (5). Parte de este esfuerzo fue también el reconocimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, formulados por las Naciones Unidas como un medio para reducir las inequidades. Bolivia elaboró la segunda revisión de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2002 (6), la cual se ha constituido en el motor de la EBRP.

El objetivo de reducir la pobreza extrema de 35% a 17,5% para el año 2015, como se planteó en la EBRP, requiere un crecimiento de la economía a una tasa sostenida de 5% a 5,5% anual por un lapso de 15 años (7). El país creció de 0,6% del PIB en 1999 a 2,5% en 2003, año en el que el ingreso promedio per cápita fue US\$ 900; sin embargo, el análisis de la distribución del ingreso demostró que el 20% más rico de la población tenía en promedio un ingreso 13 veces mayor que el 20% más pobre. Se observó asimismo que en los grupos pobres también había desigualdades; así, en la zona rural un hombre tenía un ingreso 13 veces mayor que una mujer y, si se comparan los datos por género y zona de residencia, una mujer del área urbana ganaba 7 veces más que su similar indígena del área rural (Informe sobre Desarrollo Humano, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo).

En este contexto, a partir de las elecciones nacionales de junio de 2002, se configuró una nueva composición del régimen político. En febrero de 2003, debido al elevado déficit fiscal y los esfuerzos del Gobierno por establecer políticas impositivas para su control, se generaron extensos conflictos con la demanda de una asamblea constituyente y de la recuperación de la propiedad de los hidrocarburos; estos hechos determinaron que, en octubre de 2003, el Vicepresidente de la República remplazara al Presidente mediante una sucesión constitucional.

La crisis política determinó varios cambios en el Ejecutivo entre 2004 y diciembre de 2005, cuando se convocó la elección presidencial. En enero de 2006 el país inició un nuevo gobierno, cuya política de estado plantea la nacionalización de los hidrocarburos y los recursos naturales del país, así como el desarrollo de políticas sociales que incidan en la reducción de las inequidades sociales acumuladas. En el proyecto político se ha señalado el propósito de lograr para 2007 el seguro universal público de salud; además, se plantea dar prioridad a la disminución de la desnutrición en niños menores de 5 años; el fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud y Deportes en el contexto del proceso autonómico y de descentralización que vive el país, y la participación popular en salud.

Bolivia tuvo índices de cobertura escolar altos, con 97% de los niños entre 6 y 13 años matriculados en 2001. La educación primaria es obligatoria y gratuita hasta el octavo grado (8). Por cada 100 varones, había 94 niñas matriculadas en educación primaria

y 89 en educación secundaria. En la población general, la tasa de analfabetismo en hombres era de 6,9% y en mujeres de 19,4% (1).

Al analizar la escolaridad de acuerdo al ingreso, la población del quintil más pobre, compuesto en su mayoría por personas indígenas y originarias (diferenciadas de las de origen europeo y mestizo), alcanzaba en promedio 3,6 años de escolaridad (3 en el área rural y 5,8 en el área urbana). El quintil más rico en el área rural alcanzaba 5 años y en el medio urbano 10,8 años (9).

Diversos estudios señalaron que 53% de las comunidades bolivianas son altamente vulnerables a la inseguridad alimentaria; 16% de esta población, es decir 7.718 comunidades, son las más vulnerables y de ellas, 78% es extremadamente pobre. Por departamento, 80% de las comunidades de Chuquisaca y Potosí son altamente vulnerables, al igual que 50% de las comunidades de Oruro, Cochabamba y La Paz (10).

En 2004, 41% de la población del área rural tenía acceso a agua por cañería en el hogar, frente a 88% en el área urbana; solo 5,3% de las viviendas en el área rural tenían alcantarillado, frente a 57,6% en el área urbana; 65% de las viviendas del área rural tenían energía eléctrica y 91% en el área urbana; 70% tenían insuficientes espacios en la vivienda.

El porcentaje de áreas protegidas en el territorio nacional ha aumentado de 1% en 1990 a 16% en 2004. El país ha avanzado en la incorporación de los principios de desarrollo sostenible como parte de las políticas y programas para revertir la pérdida y degradación de los recursos naturales.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La población creció 8% entre 2001 y 2005 (de 8.516.000 a 9.182.000 habitantes). En 2005, 64,4% de esta población se encontraba en la zona urbana y 33,6% en la rural. En el censo de población de 2001, 31% de la población declaró ser Quechua, 25% Aymara, 6% Guaraní y de otras etnias minoritarias de la Amazonía, y 38% no identificó su origen étnico.

La esperanza de vida al nacer se incrementó en el mismo período de 63 años (2001) a 64,9 años (2005). El bajo incremento se debe a la elevada mortalidad infantil, 54 por 1.000 nacidos vivos, principalmente a causa de la mortalidad neonatal. La tasa cruda de natalidad es de 28,5 nacidos por cada 1.000 habitantes, debido a la tasa de fecundidad alta (3,7 hijos por mujer), la falta de autonomía de las mujeres para decidir y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, y el acceso limitado a los servicios de salud reproductiva. La tasa bruta de mortalidad ajustada ha disminuido de 1.230,2 por 100.000 habitantes en 2001 a 994,9 en 2005.

En un estudio realizado en 50 municipios (de un total de 327 en el país) cuya población se encuentra en los niveles más altos de extrema pobreza y acoge a la población monolingüe nativa, se encontró que la mortalidad infantil es 2 veces mayor (48 por 1.000 nacidos vivos) que en los 138 municipios donde la situación de pobreza es menor.

Según un informe del Programa de las Naciones Unidas (2003), el perfil de mortalidad infantil en 2001 fue de 78 por 1.000 nacidos vivos *versus* 54 por 1.000 nacidos vivos en 2005. Sin embargo, hay que resaltar que la probabilidad de muerte de un hijo menor de 2 años de una mujer que habla solo castellano era de 75 por 1.000 si residía en el altiplano, 86 si residía en el valle y 92 si residía en la zona de los llanos. En comparación, la probabilidad de muerte del hijo de una mujer Aymara que migraba al llano era de 206 por 1.000 menores de 2 años, es decir, tres veces mayor.

En cuanto a la natalidad, en promedio las mujeres deseaban tener 2,5 hijos y realmente tenían 4,2; esta diferencia fue mayor en el área rural (deseaban 3,2 hijos y tenían 6,4) que en la urbana (deseaban 2,2 y tenían 3,3). Una mujer con instrucción media o superior tenía en promedio 2,7 hijos durante su período fértil; en cambio una mujer sin instrucción, comúnmente indígena o de extracción social campesina, tenía 7,1 hijos durante su vida reproductiva. Si una mujer no tenía instrucción, la edad promedio a la que tendría un hijo sería a los 19 años; si terminó la enseñanza secundaria tendría su primer hijo a una edad promedio de 23 años (11).

Las mujeres han tenido poca participación política y solo han logrado el 13% de las alcaldías del país; además, del total de congresistas del parlamento en 2003 en 2005 solo 18% eran diputadas y 14% senadoras. El desempleo en 2003 afectó más a las mujeres (5,9%) que a los varones (3,9%) (12).

El sistema nacional de estadísticas y registros vitales aún no se había consolidado en 2005, lo que ha limitado la elaboración de estudios epidemiológicos precisos. No obstante, la distribución de la mortalidad en 2005 deja apreciar un predominio de causas cardiovasculares (40%), seguidas de enfermedades transmisibles (13%), causas externas (12%), neoplasias o tumores malignos (8%), causas perinatales (5%) y las demás (21%). Cabe resaltar que esta información puede estar sesgada, ya que, como se mencionó, hasta el 2005 el sistema de información nacional en salud no había funcionado adecuadamente.

A pesar de que en Bolivia las enfermedades transmisibles aún constituyen un importante problema de salud, el peso proporcional de las enfermedades no transmisibles en la mortalidad es mucho mayor, pues representan más de 50% de las muertes en un año (13). De ellas, las causas circulatorias constituyen 40% de los fallecimientos, el cáncer representa 8% y las causas externas (entre las que se encuentran los accidentes y otras muertes violentas), aproximadamente 12%. Así, estos tres grupos reúnen alrededor de 70% de las defunciones anuales.

La tasa de mortalidad general por todas las causas fue más alta en los hombres (1.102 por 100.000 habitantes) que en las mujeres (897). La mortalidad por enfermedades del sistema cardiovascular tuvo una frecuencia similar en ambos sexos; por neoplasias fue 1,5 veces mayor en mujeres que en hombres; por causas externas fue 2,5 veces mayor en hombres que en mujeres, y por enfermedades transmisibles fue 1,2 veces mayores en hombres que en mujeres.

Más de la mitad de las muertes maternas (53,5%) sucedieron en el domicilio: 22% ocurrieron durante el embarazo, 36% durante el parto y 42% en el puerperio. Las principales causas fueron hemorragia en 39% de los casos; eclampsia en 21%; aborto en 10% y otras causas en 30%. La cobertura de parto institucional en 2003 fue de 57%. La probabilidad de muerte materna fue mayor en el área rural y zona del altiplano y valles interandinos altos.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

La cobertura de vacunación de niños entre 12 y 23 meses en 2003 fue de 50% en promedio. Las vacunas que lograron una cobertura por encima de 90% fueron la antituberculosa BCG, la primera dosis de DTP (difteria, tos ferina y tétanos) y la antipoliomielítica (11); la menor cobertura se dio principalmente con las terceras dosis de DTP y contra la poliomielitis, 49% y 39% respectivamente. Solo 5,9% de los niños en este grupo de edad tenían todas sus vacunas y 4,8%, ninguna.

En el mismo año, la prevalencia de Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 6 meses fue de 16,8% y de 29,8% en los de 6 a 11 meses de edad; en el primer grupo, 40,6% recibió atención en un centro o puesto de salud y 36,4% en el segundo. En cuanto a diarreas, había una prevalencia de 22% en niños menores de 5 años, pero los niños entre 6 y 23 meses de edad presentaron un promedio de 35% y los de 6 meses presentaron una prevalencia de solo 16%. La diferencia entre las áreas rural y urbana en menores de 5 años fue mínima, 24,1% y 21,1% respectivamente. En todos los casos, solo 29% recibieron tratamiento con sales de rehidratación oral y 16% usaron soluciones caseras; solo 36% recibieron atención de un proveedor o establecimiento de salud. Entre 1999 y 2002 el quintil más pobre de la población en el área rural del país no tuvo un incremento de la cobertura de la atención de casos de diarrea en establecimientos de salud (mantenida alrededor de 45%), mientras que el quintil más rico incrementó su cobertura de 30% a cerca de 90% entre 2000 y 2002.

La lactancia materna se practica durante el primer año de vida. En 2003 se encontró que 93% de los niños entre 10 y 11 meses de edad aún estaban lactando; sin embargo, la lactancia exclusiva en los 2 primeros meses de edad fue de 70% y este porcentaje disminuyó a 56% en los niños entre 2 y 3 meses de edad. Como promedio, 54% de los menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva; en consecuencia, la complementación alimentaria se inició tempranamente, 21% en los dos primeros meses y 45% entre los 4 y 5 meses.

Según un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud en 2001, el lento descenso de la mortalidad neonatal tuvo relación con prevalencias altas de enfermedades infecciosas (32%), trastornos relacionados con la prematuridad y bajo peso al nacer (30%), y trastornos respiratorios específicos y del período perinatal (22%). La mortalidad infantil se redujo de 67 a 54 por

1.000 nacidos vivos entre 1998 y 2003; este último año subió a 87 por 1.000 nacidos vivos en las madres sin escolaridad; a 72 en la población del quintil más pobre; a 73 en los municipios más pobres; a 72 en el departamento más deprimido del país (Potosí); a 67 en el área rural, y a 61 en el altiplano boliviano (11).

Salud de los niños de 5 a 9 años

La prevalencia de ascariasis en las zonas tropicales varía de 5% a 80%, con un promedio de 40% a 50%. La prevalencia de tricuriasis varía de 10% a 66%, y la de uncinariasis llega a 15% a diferencia de lo encontrado en las zonas andinas, donde los valores son muy inferiores debido a que hay mayor acceso a servicios de agua potable y alcantarillado. En La Paz, la prevalencia de oxiuriasis fue de 29%, y mayor en la periferia de la ciudad.

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

La población adolescente correspondía a 22,1% del total en 2004 (49,3% mujeres y 50,7% hombres), 65% en áreas urbanas. Muchos adolescentes tienen que trabajar para ayudar económicamente a sus familias, principalmente en comercio y servicios (24,1%), servicios a los hogares (26,9%) e industria (22,9%). Más de la mitad de ellos (65%) trabajan en actividades domésticas, en las que las mujeres predominan como empleadas del hogar.

Según la Encuesta de Demografía y Salud 2003 (11), 16% de las mujeres de 15 a 19 años de edad había tenido un embarazo y 1 de cada 3 tuvo hijos antes de los 20 años. Los mayores porcentajes de embarazos en adolescentes se presentaron entre las mujeres sin educación (47%); según el lugar de residencia, los mayores porcentajes de embarazos se encontraron entre las adolescentes que residen en el área rural (22%) y en la zona del llano (21%). Del total de consultas realizadas en los servicios públicos de salud, 30% correspondieron a problemas relacionados con complicaciones del embarazo (incluido el aborto), parto y puerperio.

En cuanto a hechos de violencia, se ha estimado que en 2003 en las ciudades de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y El Alto, 7 de cada 10 adolescentes sufrieron violencia psicológica en el hogar, manifestada por reprimendas, gritos, insultos, indiferencia y la prohibición de salir de la casa. En cuanto a violencia física, en 2004 el mayor número de casos a nivel nacional se registra en La Paz (46%), Potosí (16%) y Cochabamba (12%).

Salud de los adultos (20–59 años)

La tasa global de fecundidad varió de 4 hijos por mujer en 2001 a 3,7 en 2005. La mortalidad materna disminuyó en el mismo período, de 390 a 230 por 100.000 nacidos vivos. Mientras 99% de las mujeres con educación secundaria y superior conocían los métodos modernos de anticoncepción, solo 54% de las mujeres sin escolaridad los conocía, aunque apenas 7,6% los usaban (11).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2005, la población de 60 años y más representaba 7% de la población del país, con una tasa de crecimiento de 4,4%. Según el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, 63% se encontraban en situación de pobreza. Continuó inserta en la actividad económica 46% de esta población y solo 13% de las mujeres pasaron a la inactividad por jubilación. La tasa de aporte económico al hogar fue de 33,8% en el área urbana y de 58,4% en el área rural, diferencia debida posiblemente a la baja cobertura del sistema de pensiones y la pobreza notoria en el área rural. De la población mayor de 60 años, 47,8% era analfabeta; de esta proporción, 70% eran mujeres. De los hogares bolivianos, 18% tenía como cabeza a una persona adulta mayor (14). No se dispone de datos sobre la situación de esta población en los pueblos originarios y campesinos que viven en áreas rurales.

Salud de la familia

En 2004, poco más de 90% de la población boliviana vivía en familia. Casi 12% de las familias eran monoparentales y en 83,7% de ellas las mujeres eran jefas de hogar; este fenómeno se debió en parte a la migración del hombre cabeza de hogar para laborar temporalmente en diferentes zonas del país. También se da el caso en que ambos padres migran, dejando a los abuelos u otros parientes a cargo de la jefatura del hogar.

Salud de los trabajadores

El porcentaje de trabajadores asegurados en 2004 era 16%; 64% de la población urbana en Bolivia realiza trabajos ligados al sector informal y, por ende, se encuentra excluida del Seguro Social Obligatorio. Los trabajadores informales registraron un gasto de bolsillo en salud promedio de US\$ 20, mientras que el de los trabajadores formales fue de US\$ 25 en promedio; esta diferencia se invierte cuando se analizan los gastos catastróficos (los que constituyen más del 30% del ingreso anual disponible del hogar). Del total de hogares que tuvieron que efectuar gastos de bolsillo en salud mayor a 10%, 61% trabajaban en la economía informal y 39% en la formal.

Muchas enfermedades de origen laboral son erróneamente diagnosticadas y el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) no registra accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, debido a que los formularios de recolección de información no incluyen estas variables.

Salud de las personas con discapacidad

Según información del Ministerio de Salud y Deportes, 10% de la población boliviana tenía algún nivel de discapacidad. Aunque no existe información clara referente a la clasificación de discapacidades, en términos generales la discapacidad física representa 3%, mental 3%, sensorial 3,5% y otras formas 0,5%.

Si bien Bolivia cuenta con una ley para las personas con discapacidad, varias razones impiden abordar el problema, entre ellos la falta de políticas sanitarias, normativas, programas de capacitación para profesionales en salud, estrategias y nuevos enfoques de prevención y rehabilitación; además, se requiere la articulación con actores sociales y comunitarios para encontrar soluciones más acordes con la realidad del país.

Salud de los grupos étnicos

De acuerdo al censo de 2001, en la población originaria había altas tasas de mortalidad infantil. En cuanto a los partos, 37% fue atendido por médico, 21% por la misma madre, 18% por otra persona y 14,7% por partera. En 2005, se estudió la cobertura de atención de parto en un establecimiento de salud por municipios según el porcentaje de mujeres monolingües nativas; la cobertura fue menor a 7% en los ocho municipios con 80% a 89% de mujeres indígenas; la cobertura fue de 10% en los 12 municipios cuya población de mujeres monolingües nativas es de 70% a 79%; en contraste, en 138 municipios del país, donde el monolingüismo nativo de las mujeres solo era de 0 a 9%, la cobertura de parto en establecimientos de salud fue de 45% (15).

Los datos del Programa de Mejoramiento de las Encuestas y Medición de Condiciones de Vida (MECOVI) muestran que, entre 1999 y 2000, la cobertura de la atención del parto en establecimientos no aumentó en las mujeres embarazadas del quintil de población originaria más pobre del área rural (alrededor de 35%) (15).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La información sobre **malaria** registrada por medio del SNIS para el período 2001–2005 se presenta en el cuadro 1. Cabe mencionar que en 2004 casi 50% de los casos correspondieron al departamento del Beni, especialmente los municipios de Riberalta (IPA 43 por 1.000 habitantes) y Guayaramerín (60 por 1.000 habitantes). En 2005, 55% de los casos se registraron en el Beni; este departamento y Pando tienen los mayores riesgos de malaria en el país, 37 y 43 por 1.000, respectivamente (IPA).

Se presentaron 5 casos de **fiebre amarilla** en 2001; 14 en 2002; 4 en 2003, y 11 en 2004, todos confirmados por laboratorio. En 2005 se notificaron 73 casos sospechosos, de los cuales se confirmaron 16 (13 en Cochabamba, 2 en Santa Cruz y 1 en La Paz).

La incidencia de **leishmaniasis** en 2003 fue de 24 por 100.000 habitantes, la cual se elevó a 37 en 2004. Este incremento se debió a la migración de poblaciones a zonas endémicas y a las consecuentes modificaciones en el medio ambiente. Los departamentos con mayor riesgo fueron Pando (409 por 100.000 habitantes),

CUADRO 1. Casos sospechosos y confirmados de malaria, Bolivia, 2001–2005.

Año	Casos sospechosos	Casos confirmados			IPA ^a por 100.000 hab
		Total	<i>Plasmodium vivax</i>	<i>Plasmodium falciparum</i>	
2001	122.926	15.765	14.957	808	5,0
2002	137.509	14.276	13.549	727	4,3
2003	158.299	20.343	19.550	793	6,1
2004	163.307	14.910	14.210	671	4,4
2005	104.300	20.142	19.062 ^b	1.031 ^b	5,5

^aIPA calculado en base a la población de riesgo estimada en las áreas endémicas.

^b49 mixtos.

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).

Beni (158 por 100.000 habitantes) y La Paz (52 por 100.000 habitantes). En 2004 se reportaron 2.800 casos, 48% en La Paz, 20% en el Beni y 9% en Pando.

En 2001 se reportaron 176 casos confirmados de **dengue**; en 2002 hubo 892 casos sospechosos y se confirmaron 278; en 2003 se notificaron 4.624 casos sospechosos; en 2004 se registraron 7.395 casos sospechosos, de los cuales 682 se confirmaron por laboratorio, y en 2005 se notificaron 4.179 casos sospechosos, 617 casos fueron confirmados por laboratorio. Dos tercios (66%) del total nacional se presentaron en los departamentos del Beni (1.959 casos) y Pando (799 casos); este último departamento tuvo el mayor riesgo acumulado (1.198 por 100.000 habitantes), seguido por el Beni (481 por 100.000 habitantes), ambos muy por encima de la tasa nacional (44 por 100.000 habitantes). En 2004 se registraron 48 casos de dengue hemorrágico y fallecieron 6 enfermos; en 2005 se confirmaron 10 casos de dengue hemorrágico, 7 en Santa Cruz de la Sierra y 3 en Cobija, y no se informaron fallecimientos por dengue en ese año.

El vector de la enfermedad de **Chagas**, *Triatoma infestans*, está presente en 7 de los 9 departamentos del país, que corresponden a 84% del territorio nacional. En 2001, con recursos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), se extendió gradualmente la cobertura de tratamiento químico domiciliario en el área endémica y en partes de esta se completaron los dos ciclos y se intensificaron las evaluaciones entomológicas postrociado. En 2002, por problemas técnicos y administrativos, no se cumplió la programación. En 2003 se realizó un barrido completo de 670.000 viviendas. En 2004 el rociado de viviendas fue selectivo, aunque se trataron todas las viviendas positivas. En 2005 se siguieron conductas definidas para la estratificación, según la respuesta al control.

Hasta 2005, el riesgo de transmisión vectorial después de las acciones de rociado fue nulo en 70% del territorio endémico; por otro lado, ha disminuido el riesgo de transmisión por esta vía, ya que se ha incrementado el tamizaje sistemático de los donantes en bancos de sangre certificados. En 2005, las tasas de seroprevalencia en niños menores de 15 años (casi 40% de la población) variaron de 10% en zonas urbanas a 40% en zonas rurales de seis

departamentos endémicos, que constituyen casi 50% del territorio nacional. Se ha calculado que unos 700.000 niños menores de 10 años viven en el área endémica y que de ellos entre 100.000 y 140.000 estarían infectados con *Trypanosoma cruzi*.

Enfermedades inmunoprevenibles

Desde 2000, ha aumentado de 6 a 11 el número vacunas que protegen a la población menor de 2 años y actualmente se aplican contra las siguientes enfermedades: poliomielitis, tuberculosis, difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B, enfermedades causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b (estas últimas cinco son parte de la vacuna pentavalente, introducida en 2000), sarampión, rubéola, parotiditis (vacuna triple viral, introducida en 2000) y fiebre amarilla; esta última se aplica también a las poblaciones adultas en riesgo, y la de difteria y tétanos, a las mujeres de 15 a 39 años. En 2004 se lograron coberturas de 86% para BCG; 84% para la tercera dosis contra la poliomielitis; 84% para la tercera dosis de DTP; 90% para la triple viral, y 84% para la tercera dosis contra hepatitis B en menores de 1 año.

En el quinquenio 2001–2005, la tasa de **parálisis flácida aguda** en menores de 15 años varió de 1,38 a 1,93 por 100.000. En el caso del **sarampión**, la proporción de casos sospechosos investigados antes de las 48 horas fue superior a 98% en el mismo período; desde 2001 no ha habido ningún caso confirmado y la última campaña de seguimiento contra el sarampión se realizó en 2003. La vigilancia del sarampión se integró con la de **rubéola** desde 2004. Entre 2000 y 2001 hubo un brote que afectó a 985 personas; después del brote, la incidencia de rubéola confirmada se ha ido reduciendo, con 41 casos detectados en 2003, 12 en 2004 y 8 en 2005. Desde el 2001 se han notificado en promedio tres casos anuales de **tétanos** neonatal. Los casos de **fiebre amarilla** se han reducido gracias a la estrategia de vacunación masiva en los departamentos en riesgo y al incremento en la vacunación en los municipios expulsores de migrantes; así, en el quinquenio 2001–2005, el número de casos confirmados no fue superior a 16. La tendencia de **tos ferina** es decreciente, con 68 casos notificados en todo el quinquenio 2001–2005. En el mismo período solo se detectaron 8 casos de **difteria**.

Desde 2003, Bolivia se ha incorporado a las actividades que anualmente se realizan para la Semana de Vacunación en las Américas. Desde octubre de 2005, se ha iniciado la vigilancia centinela de las **infecciones por rotavirus** en niños hospitalizados menores de 5 años, a fin de preparar el país para la introducción de la vacuna en el esquema rutinario. En diciembre de 2005, se aprobó la Ley de Vacunas, la cual permite asegurar el abastecimiento del programa y su sostenibilidad financiera, en particular para la compra de vacunas. En mayo de 2006, el país se integró al esfuerzo del continente por eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, para lo cual se llevó a cabo una campaña nacional.

Enfermedades infecciosas intestinales

En menores de 5 años se reportaron 541.697 casos de **enfermedad diarreica aguda** (282,1 por 1.000) en 2001; 611.982 casos en 2002 (291,1 por 1.000) y 701.182 casos en 2003 (269,3 por 1.000). En 2003, 22% de los niños menores de 5 años tuvieron un episodio de diarrea en las últimas dos semanas previas a la encuesta ENDSA 2003 (11). De 2001 a 2003, 80% de los casos de diarrea aguda se produjeron en menores de 5 años (16). En el período 2001 a 2005 no se reportaron casos de **cólera**.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 2001, el Programa Nacional de Tuberculosis notificó 8.761 casos nuevos de todas las formas de **tuberculosis**. La incidencia para 2002 fue de 113 por 100.000 habitantes para todas las formas y de 80 por 100.000 habitantes para las formas pulmonares con baciloscopia positiva (BK+). En 2003 se diagnosticaron 7.718 casos pulmonares BK+ (85,5 por 100.000 habitantes), mientras que en 2004 disminuyeron los enfermos a 7.544 (81,8 por 100.000 habitantes). En 2005, del total de casos registrados de tuberculosis en todas sus formas (9.196), 7.527 enfermos fueron de la forma pulmonar BK+ (79,8 por 100.000 habitantes). Las tasas más altas de esta localización se presentaron en los departamentos de Pando (113 por 100.000 habitantes) y Santa Cruz (108 por 100.000 habitantes). En 2005 se observó que hay una búsqueda pasiva insuficiente; que hay búsqueda activa sin evaluación de impacto y sin la adecuada planificación hacia grupos humanos específicos o zonas de riesgo, y que no hay investigación de la coinfección TB/VIH.

En 2003 se notificaron 85 casos de **lepra** (con una tasa de incidencia de 0,07 por 100.000 habitantes) y 76 en 2004, 39 de los cuales eran de Santa Cruz. En 2004 se calculó que la población en riesgo era de 677.280 habitantes en todo el país. La prevalencia más alta se registraba en los departamentos de Santa Cruz (1,34 por 100.000 habitantes) y Pando (0,87 por 100.000 habitantes).

Infecciones respiratorias agudas

En 2003 se notificaron alrededor de 260.000 atenciones, mientras que en 2004 se registraron más de 2.000.000, de las cuales la

mitad eran a menores de 5 años; sin embargo, a finales del año 60% de casos correspondieron a menores de 5 años. En 2004 se registraron 224 atenciones por cada 1.000 habitantes, a nivel nacional. La enfermedad muestra un patrón estacional característico, con un incremento de casos atendidos en la temporada otoño-invierno, con una notificación promedio superior a 155 por 1.000 atenciones en el mes de julio de cada año (16).

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

En 2003, los grupos de edad más afectados fueron los comprendidos entre los 25 y 34 años (45% de las notificaciones), y entre 15 y 24 años de edad (26%). La vía de transmisión viral más frecuente siguen siendo las relaciones sexuales: 67% heterosexuales, 23% homosexuales y 10% bisexuales. La razón hombre:mujer es 2,8:1. La mitad de las 225 personas con infección por VIH registradas en el país durante 2003 ya estaban enfermas de sida, lo que significa que la detección sigue siendo tardía. La vigilancia centinela ha detectado prevalencias de VIH inferiores a 1% en gestantes y más de 5% en poblaciones con comportamientos de alto riesgo, lo que clasifica al país como de epidemia concentrada.

A partir de 2001 se incorporó el enfoque sindrómico al registro de los casos sospechosos de infecciones de transmisión sexual (ITS), pero el registro es muy deficiente, en especial para las úlceras genitales que reflejan una notificación irregular. Además, no se realizan actividades dirigidas a la eliminación de la sífilis congénita, y la detección de sífilis en el embarazo y en el recién nacido no se realiza regularmente.

De acuerdo con la información de los Centros de Vigilancia y Referencia de ITS-sida, que realizan un control y seguimiento a trabajadoras sexuales comerciales, se observó una disminución de la proporción de enfermas de **sífilis** (4,2% a 1,1%) y **gonorrea** (6,8% a 2,7%) entre los años 2001 a 2004; sin embargo, se ha incrementado el porcentaje de casos de **infecciones por clamidia**, llegando a casi 13% en 2004 en comparación con 7,8% en 2001.

Zoonosis

Dos personas fallecieron por **rabia** humana en 2003, 6 en 2004 y 11 en 2005. En cuanto a los ataques por canes, en 2004 se notificaron en el país 15.182 personas mordidas y los niños fueron los más afectados; la mayoría de los ataques fueron por perros callejeros. Cerca de la mitad de las mordeduras (45%) se presentaron en el departamento de La Paz, pero el riesgo de ataques fue más alto en Chuquisaca (286,1 por 100.000 habitantes), seguido por La Paz y Cochabamba; este último reportó 22% de los lesionados. En 2005 hubo 14.544 personas mordidas (154 lesionados por 100.000 habitantes), cifra similar a la de 2004. La alta incidencia de rabia canina que registra Bolivia se debe a la falta de un programa operativo del Ministerio de Salud y Deportes, los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y los municipios, espe-

cialmente de las nueve ciudades capitales, que permita articular todos los aspectos necesarios para el control de la rabia canina. En 2004 se diagnosticaron 408 canes positivos y en 2005 la incidencia se incrementó a 897 canes positivos; de estos casos de rabia canina, 54,6% se registraron en el municipio de Santa Cruz (490 casos) y 18,5% en Cochabamba (166 casos). Como se mencionó anteriormente, Bolivia no cuenta con un programa operativo sostenible y las acciones para controlar la epidemia han sido coyunturales y limitadas a campañas masivas que no han tenido el éxito esperado; por ejemplo, en el municipio de Santa Cruz las autoridades de salud y ediles realizaron cuatro campañas masivas de vacunación, todas ellas con coberturas de 50%. Por lo tanto es fundamental que el Ministerio de Salud y Deportes, los SEDES y municipios cuenten con un programa operativo y con los recursos necesarios para lograr el control y la erradicación de la rabia en los próximos años.

Bolivia fue declarada libre de **fiebre aftosa** con vacunación por el Servicio Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad Alimentaria (SENASAG) en 2005. Sobre la base de que no se notificaron casos de fiebre aftosa durante dos años y de que la Organización Mundial de Sanidad Animal certificó al departamento de Oruro como zona libre de esta enfermedad, se solicitó el apoyo de PANAFTOSA en la capacitación de los veterinarios del SENASAG para realizar un muestreo serológico nacional para en 2006. Si los resultados de laboratorio demuestran la falta de actividad viral, Bolivia presentará su solicitud ante la OIE para ser declarado país libre de fiebre aftosa con vacunación.

De 2001 a 2005 se notificaron 122 casos de **hantavirus**, de los cuales 50 fueron confirmados por laboratorio. Hasta 2003, todos los casos fueron reportados en el departamento de Tarija. En 2004 se registraron 10 casos (0.1 por 1.000 habitantes), 6 oriundos de la ciudad de Bermejo, Tarija, y 1 de Montero, Santa Cruz, con una letalidad de 20%. En 2005, se notificaron 64 casos sospechosos y se confirmaron 18 por laboratorio.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Más de una cuarta parte de los niños menores de 5 años en Bolivia (27%) padecían **desnutrición** crónica (baja talla para la edad), la cual afectó con mayor intensidad a los niños del área rural (37%); si se analiza esta situación de acuerdo a niveles de pobreza, 42% del quintil inferior tuvieron desnutrición crónica en comparación con 5% del quintil superior. Casi 8% de los niños menores de 5 años tenían un peso deficiente para su edad. Una de cada tres mujeres en edad fértil presentó algún grado de **anemia** y cinco de cada 10 niños presentaron algún grado de anemia, 25% anemia leve y 25% anemia moderada (11).

La actividad física en Bolivia tiene poca adherencia en la población y es menos común entre las mujeres. La práctica depor-

tiva disminuye a lo largo de la edad y las brechas entre hombres y mujeres tienden a incrementarse con la edad. Según la ENDSA 2003, en la semana previa a la entrevista, 74% de los hombres y 41% de las mujeres realizaron alguna actividad física recreativa (11). Después de los 60 años, la inactividad superaba 83% en las mujeres y alcanzaba 60% en los hombres. La práctica también tiende a ser menos frecuente entre los más pobres y entre la población con menor nivel educativo (17).

Neoplasias malignas

A pesar del subregistro, la información disponible muestra que el cáncer de cuello uterino es el más notificado (21%), seguido de los tumores del aparato digestivo (14%) y otros tumores malignos de genitales femeninos (11%).

El cáncer cervicouterino es una de las principales causas de muerte en las mujeres, especialmente en el grupo de 35 a 64 años de edad. En 2004 se estimó una incidencia de 151,4 por 100.000 mujeres; sin embargo, nuevas estimaciones en 2005 indicaron que la incidencia era de 58 por 100.000 mujeres, mayor en los departamentos de Oruro y Potosí, cuyas tasa eran 60,9 y 93,5 por 100.000 mujeres, respectivamente.

En algunas regiones, la cobertura de citologías de cuello uterino es muy baja, no llega a 7% de las mujeres entre 25 y 49 años (18). Existe una diferencia entre el número de muestras de citología de cuello uterino tomadas y el de muestras con resultados reportados. No obstante los esfuerzos del Ministerio de Salud y Deportes para atender este problema, entre los elementos más relevantes a ser encarados en el corto plazo es necesario crear estrategias dirigidas al empoderamiento de la mujer para la autonomía en el cuidado de su salud; mejorar el sistema de registro; fortalecer la destreza del personal de salud y de laboratorios, y preparar a los servicios para el tratamiento oportuno.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

En el período 2001–2005 Bolivia sufrió varios desastres, tanto naturales como provocados por el hombre, tales como inundaciones, deslizamientos, sequías, nevadas, vientos huracanados, sismos, granizadas, incendios forestales y conflictos sociales.

La frecuencia y gravedad de los fenómenos naturales y ocasionados por la acción del ser humano se hizo evidente en el país durante los últimos 5 años. Las inundaciones y los conflictos sociales aportaron el mayor número de muertos (198) entre 2001 y 2005, el número de familias afectadas y damnificadas fue considerable (150.530 familias) y, sumado a ello, la situación de pobreza hizo que las consecuencias para la población representaran un atraso en sus condiciones de salud y desarrollo.

Entre las inundaciones que más afectaron a la población está la de la ciudad de La Paz en 2003, producto de una intensa grani-

zada. Este hecho evidenció las debilidades del municipio para responder adecuadamente a una emergencia, así como las del sistema de salud, en el que el Hospital de Clínicas recibió 144 heridos (policontusos, con hipotermia), de los cuales 69 fueron hospitalizados, además de 69 fallecidos que colapsaron la morgue del hospital.

Otro de los hechos fue el incendio forestal en la cordillera de Sama en la ciudad de Tarija en 2002, que afectó la salud de los bomberos y voluntarios que trataban de apagarlo (aproximadamente 2.000 personas), quienes presentaron problemas conjuntivales, respiratorios y algunas quemaduras. Otros incendios forestales y el chaqueo (quema de la capa vegetal) que se realiza para habilitar tierras de cultivo afectaron a las poblaciones por el humo, que ocasionó problemas respiratorios y oculares.

Violencia y otras causas externas

La violencia en Bolivia se hizo más evidente entre 2003 y 2005. En un estudio en seis municipios del país en 2003, se registraron hechos de violencia (física, sexual y psicológica) en 55% de las mujeres casadas o unidas y en edad reproductiva cometidos por su pareja (19). De igual manera, el maltrato de menores parece ser otro problema cotidiano en el cual 1 de cada 3 niños y niñas podrían estar afectados (20).

Los conflictos sociales que se produjeron en febrero y octubre de 2003 y mayo-junio de 2005 suscitaron enfrentamientos entre la población civil, la policía y el ejército, los cuales ocasionaron más de 80 muertos y 450 heridos; por ejemplo, en 2004 se produjeron 3.907 disturbios civiles tales como marchas, huelgas, bloqueos y tumultos en todo el país (21). Durante estos sucesos todos los accesos carreteros a la ciudad de La Paz se encontraban bloqueados, lo que ocasionó escasez de alimentos de primera necesidad, falta de combustible (diesel, gasolina y gas), e imposibilidad de movilizarse por la ciudad y llegar al aeropuerto. Todo esto demostró la vulnerabilidad de la ciudad en general y principalmente del sector hospitalario.

Estimaciones del Ministerio de Salud y Deportes en 2004 señalan que se produjeron 55 accidentes de tránsito diarios (2,5 por hora), con las implicaciones sanitarias y de costo social consiguientes. En 2004 la tasa de mortalidad por accidentes fue de casi 7 por 100.000 habitantes. La imprevisión del conductor que no respeta normas de tránsito, el estado de embriaguez y el exceso de velocidad fueron las razones más frecuentes para la producción de accidentes de tránsito; solo en 2,5% hubo motivos mecánicos y en más de 90% existió alguna responsabilidad por comportamiento humano (16).

Salud mental

En un estudio realizado en La Paz en 2005, se encontró que en el segundo nivel de atención había consultas por trastornos depresivos, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas e intentos de suicidio. En la infancia, los trastornos de atención y la enuresis fueron frecuentes. Los servicios públicos de atención tie-

nen dificultad en relación a capacitación de personal, disponibilidad de normas y medicamentos, registro y vigilancia y servicios de referencia (solo 11% de los hospitales de tercer nivel de todo el país tienen servicios de salud mental o son especializados) (21).

Adicciones

Según un estudio realizado por PREID/PROINCO en el año 2000, el grupo de mayor riesgo para consumo de drogas estupefacientes estaba entre los 12 y 18 años. En 2004, la prevalencia de consumo de alcohol en un mes fue de 43%, en el año de 61% y en la vida de una persona de 68%; se estimó que 10% de todos los consumidores eran alcohólicos: por cada 10 hombres con problemas de alcohol, hay dos mujeres con el mismo problema. Este consumo parece estar incrementándose, a edades muy tempranas (22). La mayoría de los accidentes de tránsito estaban relacionados con abuso de alcohol; en 2004 se produjeron 20.075 accidentes, en los cuales 10.428 conductores estaban en estado de ebriedad (21). El consumo y abuso del alcohol son de fuerte arraigo en Bolivia y están asociados a pautas culturales. El Ministerio de Salud y Deportes y organizaciones no gubernamentales han realizado esfuerzos aislados sobre el tema.

En 2004, se encontró que la prevalencia de consumo de tabaco era de 25% en un mes, de 38% en el año y de 48% en la vida de una persona. Se estima que al menos 25% de los adultos fumó una vez o más en el mes. Los fumadores habituales (10 o más cigarrillos al día) representaron alrededor de 5% de las personas mayores de 15 años. Una encuesta de tabaquismo en jóvenes de 13 a 15 años, realizada en tres ciudades del país en 2004, mostró que la mitad o más han fumado alguna vez y estimó que alrededor de 30% eran fumadores al momento del estudio (23). En general, el hábito era más frecuente en los varones que en las mujeres.

En el país se han realizado investigaciones y diagnósticos, y se ha trabajado en estrategias de sensibilización con el Congreso de la República, lo que facilitó la promulgación de la Ley de Ratificación del Convenio Marco de Control del Tabaco en 2005. Sin embargo, quedan pendientes la aplicación de la Ley y el desarrollo de instrumentos y proyectos que promuevan la reducción tanto de la oferta como de la demanda y que se institucionalice la iniciativa sobre ambientes libre de humo de tabaco.

Contaminación ambiental

Un análisis de riesgo realizado en 2004 señala que las tasas de incidencia de intoxicación por plaguicidas eran más altas en los departamentos de Pando, con más de 200 episodios por 100.000 habitantes; Tarija con 46 episodios y La Paz con 34. Contrario a lo que se pudiera esperar, 63% de los episodios informados correspondían al área urbana (16).

Salud oral

Los datos obtenidos del colegio de odontólogos en 2003 muestran que el índice CPOD (dientes cariados, perdidos, obturados)

en menores de 12 años fue de 6,7 a expensas del componente caries. El índice CPOD para niños a los 9 años de edad fue de 6,6 y la prevalencia de caries no tratadas fue de 84,6% (84% a nivel nacional). El índice CEO (cariados, extraídos, obturados) en niños de 5 a 9 años fue de 4,75. No hay atención oral en la embarazada para prevenir infecciones.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

En los últimos años, Bolivia ha impulsado importantes políticas de aseguramiento público con la lógica de entrega de paquetes de prestaciones para la recuperación de la salud, especialmente de los niños y las madres; estos esquemas de aseguramiento se iniciaron a mediados de los años noventa con el Seguro Básico de Salud, y más recientemente con el desarrollo del Seguro Materno Infantil y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Este último esquema ha tenido como fin anular la barrera económica de acceso a la población, sobre todo en centros urbanos y rurales con disponibilidad de servicios de salud. Sin embargo, este sistema de aseguramiento no ha conseguido llegar a la población originaria, rural y dispersa, que continúa excluida de los sistemas de protección social en salud. Un estudio realizado por la UDAPE en 2005 señala que 70% de la población boliviana padece alguna forma de exclusión de los sistemas de protección social en salud.

La gestión 2006–2011 del Gobierno de Bolivia emitió el documento Bases de la Política Nacional de Salud, para la cual se identifican tres ejes estratégicos principales: i) el abordaje de la salud desde la perspectiva de los condicionantes y determinantes de la salud, con la meta de eliminar la desnutrición en los menores de 5 años; ii) el fortalecimiento del papel rector de la autoridad sanitaria nacional en el proceso autonómico y de descentralización, y iii) la participación popular en salud.

Mediante la Ley 1551 de Participación Popular, promulgada en 1994, se planteó el proceso de descentralización de los recursos de coparticipación tributaria desde el Estado hacia los municipios, con un criterio per cápita. Esta Ley también determinó la transferencia de la administración de los establecimientos educativos y de salud a los gobiernos municipales. En 1995 se decretó la Ley 1654 de Descentralización Administrativa del Poder Ejecutivo a nivel departamental, como un sistema unitario de la República que otorgó la transferencia y delegación de atribuciones de carácter técnico y administrativo a nivel departamental.

Con el propósito de impulsar más la descentralización política y administrativa del país, en julio de 2006, la población boliviana participó de un referendo autonómico en el que se amplió la descentralización por la vía de los Gobiernos Departamentales. Sin embargo, los municipios más pobres fueron los que tuvieron las mayores dificultades para el desarrollo local en salud, debido a su limitada capacidad de gestión y movilización de recursos.

En el año 2001, el Ministerio de Salud y Deportes evaluó las funciones esenciales de salud pública (FESP) (24) y el mejor desempeño se identificó en las funciones de participación de los ciudadanos en salud y desarrollo de políticas y capacidad de planificación; un desempeño de medio a inferior correspondió a las funciones de investigación y soluciones innovadoras, acceso equitativo a los servicios, garantía y mejoría de la calidad, y desarrollo de recursos humanos. Este diagnóstico es compatible con las dificultades de integración y extensión de cobertura del Sistema de Salud en Bolivia.

El país carece de una ley general de salud, aunque dispone de un amplio régimen sanitario que requiere ser sistematizado y actualizado en un código de salud o enmarcado en una Ley de Salud. Existen dos códigos: el de la Seguridad Social (1948), que aún regula el régimen tripartito de aseguramiento en salud, y el Código de Salud (1967), que regula los sectores público y privado; ambos han quedado descontextualizados ante la emisión de nuevas disposiciones legales como la Ley de Participación Popular (1994), la Ley del Seguro Universal Materno Infantil (2003) y otras conexas como la Ley de Sangre Segura.

Estrategias y programas de salud

La Ley 2426, vigente desde el 1 de enero de 2003, estableció la implementación del SUMI con carácter universal, integral y gratuito para otorgar prestaciones de salud a mujeres embarazadas, desde el inicio de su gestación hasta los seis meses posteriores al parto, y a niños desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. Los programas de atención a la mujer y al niño, así como los de nutrición y salud sexual y reproductiva, quedaron integrados en el esquema de aseguramiento público en paquetes de prestaciones establecidos. Las prestaciones son provistas en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de corto plazo. Aparte de ello y con la finalidad de lograr una adecuada implementación de las políticas del sector, por la resolución Ministerial No. 0018, del 15 de enero de 2003, se dispuso que el programa Extensa (destinado a incrementar la cobertura de salud en comunidades rurales de difícil acceso mediante equipos de salud itinerantes y financiado por el Banco Mundial) coordine todas sus actividades, tanto en los ámbitos técnicos como logísticos y administrativos, con los programas nacionales de salud y los proyectos del Ministerio de Salud y Deportes.

Desde hace más de una década se han implementado políticas sociales para la protección de los adultos mayores, entre ellas el Plan Nacional del Adulto Mayor, el Bono Solidario y el Seguro Médico de Vejez (1998).

Organización del sistema de salud

La estructura muestra rasgos importantes de segmentación, desarticulación, inequidad y falta de solidaridad. Está dividido en subsectores: público, seguridad social, ONG, Iglesia, privado y medicina tradicional.

Los servicios de salud no están organizados sobre una base poblacional, ya que no se evalúan las necesidades de salud de la población; los programas se determinan verticalmente desde el nivel central, sin considerar las características culturales de los grupos de población. Esta situación propicia que los problemas no se resuelvan mediante servicios de salud adecuados y de calidad.

No existen mecanismos de coordinación intersectorial, por lo que los subsectores de la seguridad social, la Iglesia y las ONG no se rigen por las normas y programas establecidos en las políticas de salud; en este sentido, sus prioridades y actividades corresponden a sus intereses institucionales, desarticulados de la función reguladora del Ministerio de Salud y Deportes. La fragmentación del sistema de salud constituye una de las mayores dificultades para el logro de una cobertura universal de los servicios de salud.

El sistema de seguros de salud cubre a 26% de la población boliviana (21% la Caja Nacional de Salud y 5% distintas cajas pequeñas) (25). Se estima que de 5% a 10% de la población usa los servicios del sector privado, por lo que 70% de la población debe ser cubierta por el sector público de salud. Sin embargo, las limitaciones de acceso al sistema permiten estimar que solo la mitad de la población correspondiente al sector público accede al mismo, por lo que de 35% a 40% de la población queda sin cobertura en el país (26). Al mismo tiempo se estima que la mitad de la población utiliza la medicina tradicional, especialmente en el área rural (1).

Servicios de salud pública

El Plan Nacional de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles 2005–2009 del Ministerio de Salud y Deportes ha reconocido un conjunto de patologías prioritarias para su atención, entre ellas diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, neoplásicas y reumáticas; así como un grupo de factores de riesgo relacionados como tabaquismo, abuso de alcohol, sedentarismo, hábitos alimentarios inadecuados y sobrepeso. Si bien el abordaje de las enfermedades no transmisibles es incipiente, en el bienio 2003–2004 se dieron pasos para mejorar los diagnósticos, elaborar el primer plan nacional para responder al problema desde la atención primaria de salud, e integrarse a la Iniciativa para la Prevención Integrada de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas (CARMEN).

Al mismo tiempo, se ha promovido la mejora del sistema de vigilancia y control epidemiológico de las enfermedades transmisibles. En este contexto, los programas de salud han mantenido su verticalidad tanto en los ámbitos de prevención como de curación; sin embargo, los procesos de monitoreo y evaluación no se han llevado a cabo en la mayoría de los departamentos, o se han realizado de manera discontinua. El sistema se operacionalizó usando la estrategia del Escudo Epidemiológico, que consistió en priorizar las acciones enfocadas en malaria, Chagas, tuberculosis, fiebre amarilla y leishmaniasis; para ello, el grupo de medicina fa-

miliar promueve y garantiza que se lleven a cabo las actividades de control vectorial, y el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas se complementa mediante el Seguro Básico.

El Programa Nacional de Sangre fue creado oficialmente en 2002. La tasa anual de donantes es muy baja (menos de 20 por 1.000 habitantes). A pesar de ello hubo un incremento de la donación de sangre: en 2003 se obtuvieron 5.498 donaciones voluntarias en los bancos departamentales—que representaron 29,4% de las 18.317 unidades extraídas— y en 2004 los mismos bancos obtuvieron 7.818 donaciones voluntarias—34,6% de las 22.581 unidades extraídas. Hasta 2004 no se había logrado eliminar la donación de sangre remunerada. En los bancos de sangre se realiza el tamizaje para VIH y en 2002 se realizaron 33.204 pruebas serológicas en 24 servicios de hemoterapia en el país, de las que 30 fueron positivas a VIH (0,09%).

En 2003 se creó la Red Nacional de Laboratorios en Salud bajo la responsabilidad, control y fiscalización técnica de la Dirección del Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA).

La calidad del agua de los ríos es deficiente, en gran medida sin tratamiento y no apta para consumo humano. La contaminación se da principalmente por las actividades industrial, minera y agrícola con plaguicidas y nutrientes, así como por el uso doméstico del agua. En las cuencas de los ríos amazónicos, hay poblaciones en riesgo de intoxicación por exposición a metales pesados como el mercurio, producto de la extracción de oro de los ríos.

Los desastres que ocurrieron en los últimos cinco años hicieron que el Gobierno, a nivel nacional, departamental y municipal, mostrara mayor interés en la prevención y manejo de desastres, con lo que se logró que algunos municipios y prefecturas organicen sus Centros de Operaciones de Emergencias. Además, el país inició un proceso de mejoría en sus niveles de preparación y respuesta a desastres desde 2003, a partir del nivel central y se extendió a las regiones mediante el desarrollo de normatividad y capacitación. Asimismo, el Ministerio de Salud y Deportes incluyó en su estructura organizativa un área para la prevención y atención de los desastres, que durante estos últimos años fue dando respuesta a los diferentes eventos que ocurrieron en el país, en coordinación con los Servicios Departamentales de Salud (SEDES). También comenzó a implementar los equipos de respuesta inmediata de salud en los SEDES, los cuales están recibiendo capacitación en evaluación de daños y análisis de necesidades en salud (EDAN Salud), SUMA (Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios), LSS (Logistical Support System), gestión de riesgos y otros temas relacionados.

En 2004, el Viceministerio de Defensa Civil inició el proceso de elaboración del Manual del Centro de Operaciones de Emergencia Nacional, en el que el sector salud tuvo un papel importante; en el manual se definieron las funciones de todos los integrantes del sector, y la coordinación con el resto de las comisiones. Se espera que sea un instrumento que permita el manejo eficaz de los eventos adversos. En 2005 se inició el diseño de un plan nacional

del sector salud para emergencias y desastres, el cual se encuentra en revisión.

Servicios de atención a las personas

Los servicios de salud están organizados en redes, que comprenden cuatro niveles de gestión (nacional, departamental, municipal y local o del establecimiento de salud) y tres niveles de atención. Existe una concentración de servicios de salud en las áreas urbanas (puestos, centros y hospitales). A pesar de ello, hay fallas en la atención, la calidad, la calidez y el acceso de grupos excluidos, como los adultos mayores, los niños que trabajan o viven en la calle, los indigentes y otros grupos vulnerables. En la zona periurbana hay un déficit de servicios de salud; no hay hospitales ni centros de salud, solo un limitado número de puestos de salud. A pesar de que hay una infraestructura, no se cuenta con suficientes insumos para atender la demanda de la población, aunque esta es baja. Los adultos mayores, por ejemplo, deben soportar largas esperas para ser atendidos, así como la falta de medicamentos esenciales para sus problemas de salud. En las áreas periurbanas, adicionalmente a los problemas anteriores, se destaca la falta de personal para brindar la atención. En la mayoría de las áreas rurales se carece de médicos para realizar las actividades de salud, por lo que esta tarea recae en los auxiliares de enfermería.

En 2004 había 1,29 médicos y 14 camas por cada 1.000 habitantes. Ese mismo año se registraron 3.021 establecimientos en el sistema de salud, 77,6% pertenecientes al sector público, 10,7% a la seguridad social, 5,5% a ONG, 3,2% a la Iglesia, y 3% al sector privado. Del conjunto de establecimientos, 90% correspondían al primer nivel de atención, 6,6% al segundo nivel y 3,4% al tercer nivel de atención (cuadro 2). Los establecimientos de atención ambulatoria del sistema público, o de primer nivel, deberían estar conformados por un médico general (médico familiar en el sistema de seguridad social), una enfermera y auxiliares de enfermería; sin embargo, este equipo no se encuentra en todos los establecimientos por escasez de puestos. Cuando los problemas de salud de la población demandan una atención especializada, los usuarios deben recurrir a los hospitales generales en los que se brinda atención ambulatoria y de hospitalización en cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía, ginecología-

obstetricia y pediatría, atención que los usuarios deben pagar si las prestaciones no están incorporadas en el SUMI.

Promoción de la salud

En el período 2001–2005 hubo un importante desarrollo del enfoque de municipio productivo y saludable. Esfuerzos realizados en municipios de la zona altoandina como Chacaltaya y Curahuara de Carangas han logrado la aplicación instrumental del concepto impulsado por los alcaldes. En el Chaco boliviano (Chaco sudamericano) se han promovido escuelas y espacios saludables en el contexto de un enfoque intercultural en salud. De la misma manera, en las principales ciudades, las alcaldías (municipios) han asumido la estrategia de ambientes saludables.

El Viceministerio de Deportes, que depende del Ministerio de Salud y Deportes, ha realizado diversas acciones para promover la práctica de la actividad física, tales como su incorporación en el plan de estudios de educación primaria, actividades con diferentes grupos de edad, incorporación del tema en la ENDSA 2003 y capacitación de promotores para la celebración del Día Mundial del Desafío, competencia que se lleva a cabo en todo el mundo para la concientización sobre la importancia de una vida activa y saludable.

La estrategia de escuelas, mercados y ambientes saludables solo ha sido posible con la participación de la sociedad civil y, sobre todo, de las autoridades de los gobiernos municipales; sin embargo, aún no se han evaluado estos procesos. Asimismo, es necesaria la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, la articulación de múltiples actores sociales, así como la capacitación y el fortalecimiento de recursos humanos a fin de incorporar el tema dentro de la agenda sanitaria.

Recursos humanos

En 2002, de un total de 45.189 personas que laboraban en salud, 35,2% pertenecían al sector público; 34,9% al sector privado; 27,5% a la seguridad social y 2,4% a las ONG. Del total, 24,1% eran médicos, 10,5% enfermeras y 22,2% auxiliares de enfermería.

En el sector público había 14.538 personas, de las cuales 34,8% eran profesionales, 5,7% técnicos en salud, 30,6% auxilia-

CUADRO 2. Establecimientos de salud por institución y nivel de atención, Bolivia, 2004.

	I nivel	II nivel	III nivel	Total
Sector público	2.210	116	19	2.345
Seguridad social	218	36	70	324
ONG	156	5	4	165
Iglesia	81	16	1	98
Sector privado	56	25	8	89
Total	2.721	198	102	3.021

res, 12% administrativos y 16 % de servicios varios. De todo este personal, La Paz y Santa Cruz concentraban la mayor parte del mismo, 24,6% y 21,2% respectivamente, mientras Pando y Oruro tenían la menor proporción, 2,9% y 5,2% respectivamente.

En el sector de la seguridad social había 13.138 personas, de las cuales 41,2% eran profesionales de medicina y enfermería, 3,6% técnicos en salud, 17,7% auxiliares de salud, 22,2% administrativos y 15,3% de servicios varios. La mayor parte de este personal se encontraba distribuido en La Paz (38,8%), Santa Cruz (19%) y Cochabamba (12,6%).

En general, el III nivel de atención concentraba la mayor parte del personal de medicina (43,7%) y enfermería (49,9%); en cambio, 56,1% de los auxiliares de enfermería se encuentran en el I nivel. La seguridad social tenía una tasa de 14 médicos, 1,7 odontólogos, 6 licenciados en enfermería y 11 auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes; en el sector público, las tasas por 10.000 habitantes eran 3,2 médicos, 0,4 odontólogos, 1,6 licenciados en enfermería, y 4,7 auxiliares de enfermería (27).

La integración de los subsectores en un contexto de racionalización, distribución y uso equitativo de los recursos, constituye uno de los principales retos de la política del sector en el país.

Suministros de salud

Un estudio de precios de medicamentos de 2005 describe una diferencia promedio 21 veces mayor entre los productos de marca y sus equivalentes genéricos, y 65 veces mayor para los medicamentos de marca innovadores. Al comparar el costo de tratamiento con medicamentos de marca y genéricos también se observó una gran diferencia. Por ejemplo, el tratamiento de una infección respiratoria cuesta 5 veces más con medicamentos de marca (US\$ 7, que equivalen a 3,8 días de salario mínimo nacional) que con medicamentos genéricos (US\$ 1,25, que equivale a 0,72 días de salario mínimo nacional).

En su mayoría, el precio del mismo medicamento genérico fue más económico en el sector público que en el privado con fines de lucro; sin embargo, la baja disponibilidad de los medicamentos en el sector público restringe el acceso a los mismos y obliga a los pacientes a utilizar el sector privado.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

La política nacional de ciencia y tecnología es regulada por el Ministerio de la Presidencia de la República. En 2005, el Ministerio de Salud y Deportes promovió la organización de una “Mesa de Investigación” que convocó a todos los actores del ámbito de la salud pública que realizan actividades en el campo de la investigación en salud. El objetivo principal de la mesa fue el fortalecimiento del Ministerio de Salud y Deportes en el desarrollo de políticas de investigación en salud pública y de la capacidad reguladora de la autoridad nacional.

En enero de 2005 se emitió la Resolución Ministerial que legitimó la creación de la Biblioteca Virtual en Salud Pública y Temáticas de Bolivia, y se invitó a instituciones académicas, ONG, asociaciones e instituciones varias a sumarse a este desarrollo virtual. Esta Biblioteca se desarrolló de acuerdo al modelo establecido por BIREME, pero se adaptó al contexto y necesidades de los centros cooperantes. Las metodologías adoptadas permitieron: a) la integración y complementación de la tecnología y los contenidos, b) la actualización descentralizada y controlada de los módulos de información, c) la seguridad en los procesos de registro y validación de los contenidos, y d) la identificación plena de las fuentes.

Un análisis de los trabajos científicos y técnicos registrados en las bases LILACS y REPIDISCA reveló que en 2001 y 2002 la producción boliviana alcanzó 300 publicaciones anuales en promedio.

Gasto y financiamiento sectorial

Los recursos destinados al sector público tienen las siguientes fuentes de financiamiento: Tesoro General de la Nación, recursos propios, crédito externo y donaciones; las del sector privado son las empresas e instituciones, así como fuentes externas representadas por agencias internacionales y cooperación de otros países.

A pesar de todas las fuentes mencionadas, una gran parte del financiamiento del sector proviene de los gastos de bolsillo, cuyo promedio se estimó en US\$ 14 mensuales en 2002; sin embargo, en un extremo hubo hogares que declararon un gasto anual de aproximadamente US\$ 5.102. El gasto de bolsillo promedio fue de US\$ 9 para una persona que vive en pobreza extrema; de US\$ 12 para quien vive en pobreza moderada y de US\$ 19 para quienes no están en situación de pobreza. El gasto de bolsillo representó 6% del gasto total del hogar en los quintiles medios de la distribución del ingreso, mientras que el quintil más rico mostró solo 5,2% de gasto de bolsillo.

La seguridad social fue el sector que gastó la mayor cantidad de recursos del sistema (35%, equivalente a US\$ 151,6 millones), a pesar de que su cobertura solo es de 27% de la población y de que la afiliación efectiva es menor a 20%. El sector público es el segundo agente que gasta la mayor cantidad de recursos (30%, equivalente a US\$ 130 millones) y es responsable de financiar programas de aseguramiento público y programas nacionales preventivos. El gasto de bolsillo (hogares) fue de US\$ 123,4 millones y el sector privado (ONG, Iglesia y seguros privados) gastó US\$ 32,5 millones.

A nivel global, 34% de los hogares no precisó recurrir a gastos de bolsillo para atender su salud, 53% reportó un nivel de gasto menor a 10% y 13% tuvieron que gastar más de 10% de su gasto total (gasto catastrófico). De estos últimos, 63% residían en el área urbana y 37% en la rural, lo que coincide con la mayor capacidad de generar ingresos y, por lo tanto, cubrir los gastos eventuales.

SUMI: atención gratuita e integral a mujeres embarazadas y niños menores de 5 años

La mortalidad materna disminuyó de 390 por 1.000 nacidos vivos (nv) en 2001 a 230 por 100.000 nv en 2005; también la mortalidad de menores de 5 años se redujo en el mismo período, de 77,6 a 65,3 por 1.000 nv (la infantil fue de 78 por 1.000 nv en 2001 y de 54 por 1.000 nv en 2005). Sin embargo, con el propósito de disminuir de manera sostenible la morbilidad y la mortalidad materna e infantil, en enero de 2003 entró en vigor el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), de carácter universal, integral y gratuito. El SUMI otorga prestaciones de salud a mujeres embarazadas, desde el inicio de su gestación hasta los seis meses posteriores al parto, y a niños desde su nacimiento hasta los 5 años de edad, incluso operaciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y medicamentos. Los programas de atención a la mujer y al niño, así como los de nutrición y salud sexual y reproductiva, quedaron integrados en el esquema de aseguramiento público en paquetes de prestaciones establecidos. Estas prestaciones se otorgan con carácter obligatorio y coercitivo en todos los establecimientos de salud en los tres niveles de atención del Sistema Público y Seguro Social de corto plazo, y en aquellos privados con o sin fines de lucro adscritos bajo convenio. En 2004, el SUMI brindó atención en los 314 municipios del país y 2.259 establecimientos de salud del sector público, seguro social de corto plazo, y en aquellos privados con o sin fines de lucro adscritos por convenio, en zonas rurales y urbanas, en todos los niveles de atención de acuerdo a su capacidad resolutive y tecnología disponible.

Cooperación técnica y financiera en salud

De 2001 a 2003, los créditos y las donaciones al presupuesto del Ministerio de Salud y Deportes representaron 76% del total del presupuesto y 24% correspondió al Tesoro General de la Nación. Durante el período 2001–2002, el aporte financiero de la cooperación externa fue de 97.097.934 bolivianos, de los cuales 29% correspondieron a donaciones y 71% a créditos concesionales. En 2003 se incrementó a 101.857.165 bolivianos, de los que 19% fueron donaciones y 81% créditos.

Los recursos financieros de donación y transferencia de crédito externo se ejecutaron en mayor proporción en la partida de servicios no personales, que implica los gastos para atender los pagos por el uso de bienes muebles e inmuebles de terceros, así como para su mantenimiento y reparación, e incluye servicios profesionales y comerciales. Del total de recursos ejecutados de 2001 a 2003, 53,2% se fue a servicios no personales; 21,8% a activos reales; 21,6% a materiales y suministros; 3% a servicios personales, y 0,4% a impuestos, tasas y regalías.

El monto total desembolsado por concepto de cooperación (que incluye donaciones y créditos) entre 1998 y 2002 alcanza US\$ 3.070 millones, de los cuales US\$ 1.068 millones correspondieron al área social (salud, educación, saneamiento básico y desarrollo rural). El sector salud gastó 6% del total de recursos desembolsados por la cooperación internacional (US\$ 163 millones) en el período analizado, siendo el sector con menor desembolso relativo dentro del área social.

Desde 1999 Bolivia cuenta con una política nacional de cooperación y relaciones internacionales, conocida como el Nuevo

Marco de Relacionamiento (NMR). Esta política fue propuesta durante las reuniones del Grupo Consultivo que se realizan en París con el objetivo de “convocar el apoyo internacional en la reducción de los niveles de pobreza” (28); por medio de ella Bolivia logró mantener y estructurar una política de Estado que reguló sus relaciones de cooperación internacional, la cual se fue construyendo y se retomó y actualizó en 2005.

El objetivo de la política ha sido aumentar significativamente la efectividad de la cooperación que, sumada al esfuerzo local, podrá disminuir con mayor rapidez los índices de pobreza, así como consolidar los niveles de crecimiento y desarrollo sostenibles en el Siglo XXI. Por su parte, los actores de la cooperación internacional han desarrollado iniciativas y propuestas que sirven para enmarcar el diálogo con las contrapartes nacionales:

- El Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo (29) y la Evaluación Común de País (Common Country Assessment, CCA) proporcionan el marco de planificación del Sistema de las Naciones Unidas en el país, a través del cual se organiza la respuesta del Sistema para alcanzar objetivos comunes de desarrollo. Sirve también para la programación de recursos, y establece métodos para el monitoreo y la evaluación de esta cooperación.
- El Banco Mundial en el contexto del Marco de Desarrollo con el País (Country Development Framework, CDF) ha definido una propuesta para mejorar la eficiencia de la participación de la comunidad internacional en acciones para el desarrollo. Este marco tiene como objetivo el enfoque por

resultados en el alivio de la pobreza (30) a través de la inclusión de consideraciones macroeconómicas y estructurales dentro de una estrategia integral.

- La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) ha planteado, a través del documento “El Papel de la Cooperación Internacional para el Desarrollo en los Albores del Siglo XXI”, una nueva estrategia para el futuro basada en la definición de los roles que deben desempeñar los principales socios bilaterales para el desarrollo, contemplando estrategias integrales que incorporen elementos económicos, sociales y políticos.

Referencias

1. Bolivia, Instituto Nacional de Estadística. Censo nacional de población y vivienda 2001. La Paz: INE; 2002.
2. Bolivia, Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Informe económico y social 2005 y Perspectivas. La Paz: UDAPE; 2006. Disponible en: <http://www.udape.gov.bo>. Acceso el 9 de septiembre de 2006.
3. Bolivia, Ministerio de Hacienda. Estrategia de desarrollo nacional [borrador]. La Paz; 2004.
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama social de América Latina 2006. CEPAL; 2006.
5. Bolivia, Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Revisión de la estrategia boliviana de reducción de la pobreza 2004–2007: oferta estratégica para el diálogo nacional 2003. La Paz: UDAPE; 2003.
6. Bolivia, Instituto Nacional de Estadística; Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales; Naciones Unidas. Progreso de los objetivos de desarrollo del milenio. Bolivia 2002. La Paz: INE; UDAPE; 2003.
7. Bolivia, Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Estrategia boliviana para la reducción de la pobreza 2004–2007: propuesta para la concertación. La Paz: UDAPE; 2003.
8. Bolivia, Ministerio de Educación y Cultura. Sistema de información 2003. La Paz; 2003.
9. Molina GG. Programa de mejoramiento de las encuestas y medición de condiciones de vida 2002. La Paz: UDAPE; 2004.
10. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Políticas de seguridad alimentaria en los países de la Comunidad Andina. Santiago, Chile: FAO; 2005.
11. Bolivia, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de demografía y salud 2003. La Paz: INE; 2004.
12. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Prefectura de La Paz. Sistema de salud con enfoque de género, guía para el desarrollo de modelo de intervención. La Paz: MSD; OPS/OMS; 2004.
13. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Enfermedades No Transmisibles. Prevención y control de enfermedades no transmisibles en la atención primaria de salud: plan nacional 2005–2009. La Paz: OPS/OMS; 2004.
14. Bolivia, Ministerio de Desarrollo Sostenible, Viceministerio de la Niñez, Juventud y Tercera Edad. Programa de atención integral para la promoción del envejecimiento activo y de los derechos de las personas de la tercera edad. La Paz: OPS/OMS; 2005.
15. Calvo A. Equidad en salud, Bolivia. Desigualdad en la población monolingüe nativa, mediciones básicas. Salud Pública Boliviana. 2005;45(58):25–40.
16. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Dirección de Planificación y Cooperación Externa, Sistema Nacional de Información y Vigilancia Epidemiológica. Análisis de situación de salud Bolivia 2004. La Paz; 2006.
17. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Viceministerio de Deportes; Instituto Boliviano del Deporte, la Educación Física y la Recreación. Lineamientos para la implementación de políticas de la actividad física. La Paz: OPS/OMS; 2005.
18. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Plan nacional de control de cáncer de cuello uterino 2004–2008. La Paz: OPS/OMS; 2004.
19. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes; Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Medicina. Estudio de prevalencia violencia doméstica e intrafamiliar en 6 municipios: Mizque, Viacha, Riberalta, La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. La Paz: MSD; UMSA; OPS/OMS; 2003.
20. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Dirección General de Salud, Programa Nacional de Género y Salud. Prevención y atención de violencias: plan nacional 2004–2007. La Paz: OPS/OMS; 2004.
21. Bolivia, Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas sobre delitos. La Paz: INE; 2004.
22. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Salud mental, modelo de abordaje para redes de servicios de salud. La Paz: OPS/OMS; 2005.
23. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Servicio Departamental de Salud. Atención primaria de los trastornos de salud mental, guía para servicios públicos de salud. La Paz: MSD/SEDES; 2005.
24. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Informe del Ejercicio de medición de las funciones esenciales de salud pública. La Paz: OPS/OMS; 2002.
25. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes; Instituto Nacional de Seguros de Salud. Anuario Estadístico 2002. La Paz: MSP/INASES; 2002.
26. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de situación de salud 2003–2004. Washington: OPS/OMS; 2004.

27. Bolivia, Ministerio de Salud y Previsión Social; Universidad Mayor de San Andrés; Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo. Estudio de mercado de la fuerza laboral del sector salud. La Paz: MSPS; UMSA; IINSAD; OPS/OMS; 2002.
28. Bolivia, Organización Panamericana de la Salud. Alianzas estratégicas para implementar la estrategia de cooperación centrada en el país. Bolivia: versión preliminar. La Paz: OPS/OMS; 2003.
29. Naciones Unidas. La experiencia de la coordinación interagencial en Bolivia: evolución y perspectivas. La Paz: NNUU; 2003.
30. Bolivia, Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo de Bolivia. Nuevo marco de relacionamiento Gobierno Cooperación Internacional. La Paz. Disponible en: <http://www.vipfe.gov.bo/dgfe/nuevomarco/index.html>. Acceso el 9 de septiembre de 2006.

BRASIL



La República Federativa del Brasil tiene fronteras con todos los países de América del Sur, excepto con el Ecuador y Chile. Su sistema de gobierno es presidencialista y constitucional, y su organización político-administrativa comprende la Unión, 26 estados, 5.561 municipios y el Distrito Federal, donde funciona la sede del Gobierno.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

La Unión está organizada constitucionalmente en tres poderes independientes: Legislativo, Ejecutivo y Judicial. La Constitución Federal de 1988 consolidó la restauración del régimen democrático después de dos décadas de gobierno militar. El país se divide política y geográficamente en cinco regiones (Norte, Nordeste, Sudeste, Sur y Centro-Oeste), que poseen trazos comunes en sus aspectos físicos, humanos, económicos y culturales (1).

Determinantes sociales, políticos y económicos

De acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano 2005 (2), el Brasil ocupa el puesto 63° en la clasificación de países según el índice de desarrollo humano (IDH). El IDH fue de 0,71 en 1990, 0,74 en 1995, 0,76 en 2000 y 0,79 en 2003. En 2000, los mayores índices de IDH correspondieron al Distrito Federal (0,84), Santa Catarina (0,82) y São Paulo (0,82), y los menores a Maranhão (0,64), Alagoas (0,65) y Piauí (0,66) (3). En 2000, el IDH-M (IDH municipal) de la población blanca fue de 0,81 y el de la población negra fue de 0,70. Si fuesen una nación separada, los blancos, con un nivel de desarrollo humano elevado (arriba de 0,80), quedarían en la 4ª posición en el ranking de las naciones. La población negra, con un nivel de desarrollo humano mediano (entre 0,50 y 0,79), tendría un IDH-M compatible con la 10ª posición. La distancia entre blancos y negros, por tanto, sería enorme. Entre 1980 y 1991 el IDH-M de la población negra creció relativamente más que el de la población blanca, y lo mismo se observó entre 1991 y 2000. En las dos décadas, el IDH pasó de 0,64 a 0,77 (un aumento de 18,8%); el índice de la población negra aumentó 24,9% (de 0,56 a 0,70), y el de la población blanca, 16,5% (de 0,70 a 0,81). A pesar de una evolución mayor en el IDH de la población negra, la diferencia entre los dos grupos fue importante: en 1980, el IDH-M de la población blanca fue 24,4% mayor que el de la población negra, y en 2000, 16% mayor. La diferencia en cuanto al desarrollo humano de estas dos poblaciones se expresa sobre todo en los ingresos (una de las dimensiones que, junto con la salud y la educación, componen el IDH). Sin embargo, como los ingresos poco se alteraron a lo largo de las dos décadas—de hecho, disminuyeron entre 1980 y 1991—, fueron los otros dos

factores los que más colaboraron con el avance del IDH-M: la educación entre los negros y la longevidad entre los blancos. Así, la disminución del analfabetismo y el aumento de la matrícula determinaron que el componente educativo contribuyera con 55,5% de la evolución del IDH-M de la población negra entre 1980 y 2000; el crecimiento de la esperanza de vida contribuyó con 36,3%, y los ingresos con 8,2%. En el caso de la población blanca, la longevidad fue el factor más importante (51,1%), aunque la educación también desempeñó un papel relevante (40,6%); los ingresos fueron responsables de 8,4% del avance.

El producto interno bruto (PIB) per cápita del Brasil fue de R\$ 6.485,64 en 2000 y llegó a R\$ 8.694,47 en 2003. Según datos del Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA), el porcentaje de población pobre (ingreso mensual por debajo de medio salario mínimo) fue de 33,3% en 2001 y de 32,0% en 2004, con grandes desigualdades entre las distintas regiones y grupos étnicos del país. Mientras que el PIB per cápita de la región Nordeste en 2003 fue de R\$ 4.305,86, el de la región Sudeste llegó a R\$ 11.257,54. Análogamente, las regiones Nordeste y Norte presentaban las mayores proporciones de pobres en 2004 (55,47% y 43,30%, respectivamente), en tanto que las regiones Sur y Sudeste tenían la menor proporción de población pobre (17,84% y 20,43%, respectivamente).

El Brasil se ha comprometido a alcanzar el objetivo de erradicar la pobreza extrema y el hambre. Uno de los parámetros utilizados para medir la pobreza extrema en el país es el porcentaje de la población que vive con menos de un dólar al día, medido de acuerdo con la paridad de poder de compra (US\$ 1 PPC/día) (4). Entre 1990 y 2003 la pobreza extrema se redujo casi a la mitad: de 9,9% de la población a 5,7%, (42,4% menos). Se considera que esta caída de la tasa de pobreza extrema se debió en buena medida a una mejor situación en las zonas rurales, donde la pobreza extrema cayó de 24,2% a 13,5% entre 1990 y 2003. En cambio, en el mismo período, la pobreza urbana apenas si varió de 4,8% en 1990 a 4,2% en 2003. La pobreza extrema afecta sobre todo a los jóvenes, que encuentran dificultades para ingresar al mercado laboral, y, cuando lo consiguen, sus remuneraciones suelen ser muy bajas. En 2003, la tasa de desocupación de la población de 16 a 24 años de edad fue de 19%, casi el doble de la correspondiente a la población total (10%). La situación se agrava en el caso de las mujeres jóvenes, ya que la tasa de desempleo femenino llegó a

24,4%, mientras que la correspondiente a sus coetáneos varones fue de 15%.

No hay total acuerdo de opiniones con respecto a la desigualdad en la distribución del ingreso: según datos de un informe reciente sobre los progresos del Brasil en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 2005 (4), la desigualdad ha permanecido estática en los últimos cuatro años. En 1992, al 20% más pobre de la población le correspondía apenas 3% del total de los ingresos, mientras que en 2003 se registró un aumento de un punto porcentual, con mayor dispersión en los incrementos según el ingreso, puesto que en las localidades más pobres del país, en el Nordeste, se elevó de 1,5% a 4,4%, en tanto que en el Sudeste el aumento fue solo de 4,2% en 1992 a 4,5% en 2003. A pesar de esta relativa mejoría en la situación de los más pobres, prácticamente no se modificó la brecha de ingresos respecto de los más ricos. En 2003, como en 1992, aunque con algunas variaciones regionales, el quintil más rico seguía apropiándose más de la mitad del ingreso. En el Nordeste, por ejemplo, la brecha entre ricos y pobres disminuyó porque la proporción de los ingresos regionales apropiada por el 20% más rico cayó de 60,7% en 1992 a 54,6% en 2003. En ese mismo período, en la región Sudeste, los ingresos del quintil más rico aumentaron de 51,8% a 54,1%. Según el mismo informe, la desigualdad afecta sobre todo a los negros y mulatos. En el decil más pobre hay 68% de negros y mulatos, en tanto que en el decil más rico hay 87% de blancos; además, 32,2% de los más pobres son negros. Por otro lado, otro informe menciona que la desigualdad en el ingreso se redujo significativamente entre 2001 y 2004 (5), y que esto a su vez habría disminuido sustancialmente las proporciones de la población que padecen pobreza y pobreza extrema. Datos de este informe indican que a escala nacional la desigualdad en el ingreso se redujo en 4%, con una disminución del coeficiente de Gini de 0,593 a 0,569. Esta mejoría se ha atribuido al desarrollo de una red más efectiva de protección social, a una mayor integración de los mercados de trabajo locales y a una reducción tanto de las desigualdades asociadas a la educación como de las diferencias de ingresos según nivel educativo. El estudio no abordó las diferencias regionales, que son muy pronunciadas. Se acepta, sin embargo, que a escala nacional la desigualdad en el ingreso se mantiene extremadamente elevada y que serían necesarios 20 años más para que la desigualdad en el Brasil se acerque al promedio de la prevalente en países de similar grado de desarrollo.

Entre los cambios que está experimentando la sociedad brasileña se destaca el agravamiento de la pobreza y de la exclusión social en las regiones metropolitanas. La preocupación por el rápido empeoramiento de las desigualdades sociales en las grandes ciudades se traduce en la expresión “metropolización de la pobreza”, indicativa de este fenómeno que tiene lugar desde mediados de la última década. Los datos siguientes ponen de relieve la índole de este proceso: 1) entre 1993 y 2002 el desempleo aumentó en las grandes ciudades en general y del Sudeste en particular, donde la tasa de desocupación subió de 9,3% a 13,2% respectivamente,

mientras que en el mismo período la tasa nacional aumentó de 6,3% a casi 10,0%; 2) el sector formal decreció de 55,5% en 1993 a 49,7% en 2002 en las aglomeraciones metropolitanas, y aumentó de 37,5% a 38,4% en el ámbito nacional; 3) las oportunidades de empleo en trabajos de baja calificación (ocupación de trabajadores con cuatro a siete años de estudio) también se habrían reducido en las regiones metropolitanas y, 4) en 2002 la tasa de desocupación femenina tendió a agravarse en las regiones metropolitanas (16,1%) y en el Sudeste del país, en comparación con la media nacional (11,7%), al igual que la desocupación entre los jefes de familia (6). La expansión de la pobreza metropolitana no halla respuestas institucionales que mejoren la eficacia de las políticas gubernamentales, y las diferentes unidades de la Federación raramente toman en cuenta esta nueva geografía de la exclusión social y sus requisitos a la hora de tomar las decisiones y coordinar las acciones que les competen (7).

La tasa nacional de analfabetismo de la población mayor de 15 años fue de 11,4% en 2004, prácticamente igual en hombres (11,6%) que en mujeres (11,4%). Hay gran desigualdad entre la tasa de analfabetismo urbana (8,7%) y rural (25,8%), con fluctuaciones regionales que oscilan entre 22,4% en la región Nordeste (en el estado de Alagoas llegó a 29,5%) y 6,3% en la región Sur. En las regiones Norte, Nordeste y Sudeste las tasas de analfabetismo eran mayores en varones que en mujeres; en las regiones Sudeste y Sur las mujeres presentaron las mayores tasas. La tasa de analfabetismo varió según el origen étnico: blancos 7,2%, y negros y mulatos 16,5% y 16,2% respectivamente. La tasa de analfabetismo funcional (incapacidad de leer y escribir e interpretar un texto sencillo y breve) fue de 24,4% en el país, con cifras superiores en los hombres (25,0%) que en las mujeres (23,9%). La población rural presentó una tasa de analfabetismo funcional (47,5%) dos veces mayor que la observada en la población urbana (20,1%). Entre las regiones, la tasa varió de 37,6% en la región Nordeste (59,4% para la población residente en la zona rural) a 18,1% en la región Sudeste. Los negros y los mulatos presentaron mayores tasas de analfabetismo funcional (32,0% y 31,2% respectivamente) que los blancos (18,1%) (8).

El Brasil está próximo a alcanzar la educación universal en los niveles más básicos. El desafío actual es la calidad educativa más que la universalidad: una proporción importante (19%) de menores que terminan cuarto grado no tienen un desempeño adecuado en lectura y matemáticas. Las tasas altas de matrícula también encubren el hecho de que aún hay más de 700.000 niñas en edad escolar que no asisten a la escuela porque viven en zonas rurales distantes, son víctimas de la explotación sexual o del trabajo infantil, o tienen alguna deficiencia. La repetición y la evasión son comunes: en 2003, cerca de 2,8 millones de niños abandonaron la escuela antes del final del año. Muchos profesores no están adecuadamente capacitados y sus salarios en general son extremadamente bajos para la importancia del trabajo que realizan (9).

La Encuesta Nacional por Muestreo Domiciliario (PNAD 2004) proporcionó por primera vez un indicador directo sobre la

seguridad alimentaria de la población según la Escala Brasileña de Inseguridad Alimentaria (EBIA) (10). Se entiende por seguridad alimentaria la situación en que los moradores de un hogar no han sufrido restricción de alimentos, en cantidad y calidad, en los tres meses previos a la entrevista, y confían en no tener que enfrentar este problema en el futuro próximo. En el otro extremo de la escala, la inseguridad alimentaria grave se ha definido como la experiencia de los moradores de un hogar de haber padecido hambre con una frecuencia de al menos dos días en los tres meses previos a la entrevista. La seguridad alimentaria estaba presente en 65,2% de los hogares, mientras que la inseguridad alimentaria afectaba a 34,8% de los hogares (aproximadamente a 72 millones de personas). Entre los hallazgos más relevantes de la investigación se destacan los siguientes: 1) la seguridad alimentaria era menor en los hogares con al menos un morador menor de 18 años, en comparación con los domicilios sin menores de 18 años; 2) la proporción de seguridad alimentaria era menor entre los moradores menores de 18 años y aumentó con la edad, alcanzando proporciones mayores entre los ancianos (65 años y más); 3) en los hogares encabezados por mujeres, la inseguridad alimentaria fue siempre mayor (tanto en los urbanos como en los rurales); de estos, en los que tenían siete o más moradores, y entre ellos menores de 18 años, se observaron situaciones de inseguridad alimentaria moderada o grave; 4) en los hogares con inseguridad alimentaria grave era mayor la proporción de población negra o mulata, y 5) la inseguridad alimentaria grave era sustancialmente mayor en los hogares con ingresos per cápita de hasta un salario mínimo.

En síntesis, el Brasil no es un país pobre sino extremadamente injusto y desigual, en el que gran número de personas sigue enfrentando enormes dificultades para ejercer la ciudadanía. Es un país fundamentalmente urbano, cuyo índice de pobreza urbana no experimentó el mismo descenso que el índice de pobreza rural en el período 1990–2003, y cuya tasa de aumento de la fuerza laboral ha sido más alta que el número de puestos de trabajo creados.

En la década de 1990 aumentaron la violencia urbana y el deterioro ambiental, que aún persisten. La violencia se volvió uno de los factores más importantes de la pérdida de calidad de vida de la población urbana. La violencia penetra todos los sectores de la vida urbana con resultados devastadores y promueve relaciones entre los ciudadanos basadas en la inseguridad, el desamparo, la agresividad y la autodefensa, restringiendo el ejercicio de su ciudadanía y transformando los espacios públicos en ambientes no saludables (11).

Desde 2003, la Secretaría Nacional de Seguridad Pública (SENASP), organismo responsable de la planificación, aplicación y monitoreo de la política nacional de seguridad pública procura implementar el Sistema Único de Seguridad Pública (SUSP). En ese contexto, la SENASP valoriza la información como la principal herramienta de acción de las organizaciones de seguridad pública, e intenta construir por primera vez en el país un sistema

de información que brinde apoyo a los responsables de la planificación de políticas públicas de seguridad, en los ámbitos nacional y local (12).

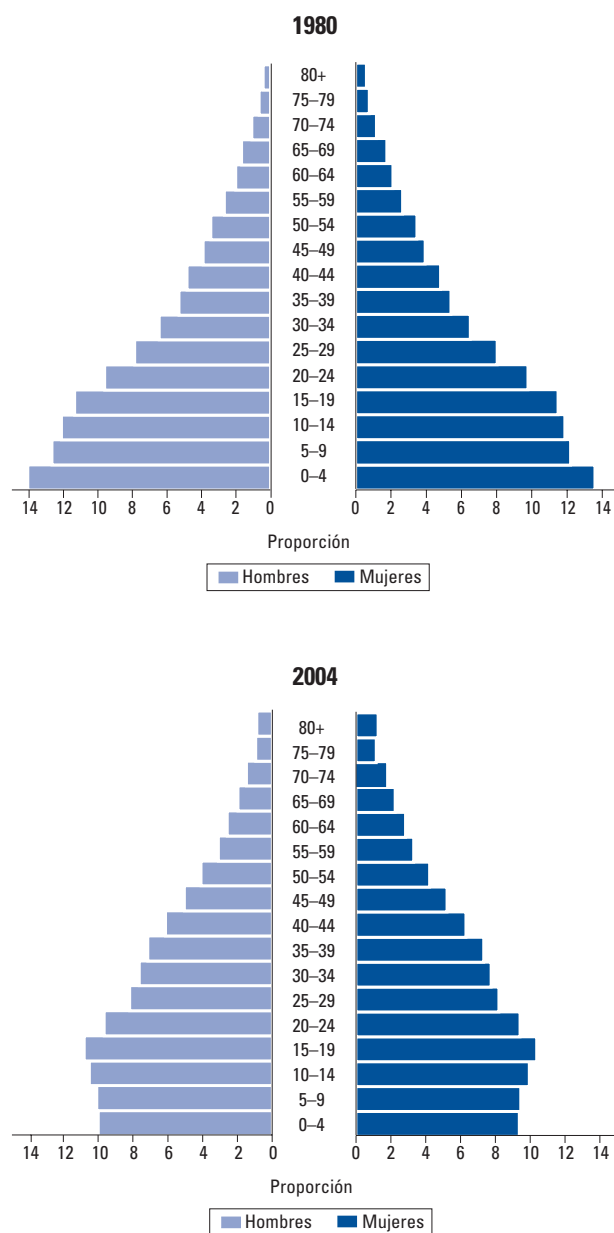
Demografía, mortalidad y morbilidad

Según datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadísticas (IBGE), en 2004 la población brasileña ascendía a 186 millones de habitantes, y la densidad poblacional media era de 21,9 habitantes por km², con valores extremos en las regiones Sudeste (86,1) y Norte (3,9). En 2004, 83,0% de la población total habitaba en las zonas urbanas. La razón de sexo era de 95 hombres por cada 100 mujeres, con mayor proporción de hombres en la región Norte (101,4), mientras que en las regiones metropolitanas de Recife y Rio de Janeiro y en el Distrito Federal se observaron las menores razones de sexo (87,4, 87,9 y 87,6, respectivamente). La tasa geométrica anual de crecimiento de la población se redujo de 1,9%, en la década de 1980, a 1,6%, en el período 1991–2000, con los valores más bajos en la región Nordeste (1,31%). La tasa bruta de natalidad en 2004 fue de 20,6 por 1.000 habitantes. Los blancos representaban 51,4% de la población, los mulatos 42,1% y los negros 5,9%. Mientras en las regiones Norte, Nordeste y Centro-Oeste se observa mayor proporción de negros (75,6%, 70,2% y 56,1% respectivamente), en las regiones Sur y Sudeste se encuentran las mayores proporciones de blancos (82,8% y 61,2%, respectivamente).

La tasa de fecundidad total muestra tendencia al descenso, con 2,9 hijos por mujer en 1991 y 2,1 hijos por mujer en 2004. Esta disminución se observa en todas las regiones, tanto entre las mujeres blancas (2,4 en 1991 y 1,8 en 2004) como entre las negras (3,5 en 1991 y 2,4 en 2004). Las mayores tasas de fecundidad total se registran entre las mujeres blancas y negras de la región Norte (2,4 y 3,0 hijos por mujer respectivamente). Las mujeres con ocho años o más de escolaridad presentaron una tasa de fecundidad total de 1,5 hijos, mientras que entre las que tenían tres años de escolaridad o más la tasa fue de 3,9 hijos. La esperanza de vida al nacer aumentó de 67,0 años (1991) a 71,7 años (2004). La esperanza de vida al nacer de los hombres aumentó de 63,2 años (1991) a 67,9 años (2004), y la de las mujeres pasó de 70,9 años (1991) a 75,5 años (2004). La esperanza de vida al nacer varía en función del sexo y la subpoblación; así, para los hombres blancos aumentó de 58,7 años en 1980 a 64,4 años en 1991 y a 68,2 años en 2000, y para los hombres negros, de 54,1 (1980), a 58,2 (1991) y a 63,3 años (2000), mientras que para las mujeres blancas los valores correspondientes fueron de 63,4 años, 71,8 años y 73,8 años (2000) y para las mujeres negras, de 60,6 años, 65,6 años, y 69,5 años respectivamente (13).

La proporción de menores de 5 años se redujo de 13,8% en 1980 a 9,7% en 2004, como muestra la figura 1.

En el mismo período, la proporción de personas de 60 y más años aumentó de 5,8% a 7,8% (hombres) y de 6,4% a 9,2% (mujeres). En 2004, la población económicamente dependiente (me-

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Brasil, 1980 y 2004.

nores de 15 años y mayores de 65 años) representaba 35,4% de la población total.

La región Nordeste continúa presentando un importante movimiento migratorio hacia otras regiones del país; en 1991, la proporción de emigrantes en relación con las personas naturales de aquella región fue de 15,1% y en 2004 la proporción aumentó a 17,7%. La región Sudeste es el destino de la mayor parte de

estos emigrantes (10,4% de las personas nacidas en el Nordeste residían en la región Sudeste en 1991, y en 2004, esa proporción llegó a 12,1%). En la región Centro-Oeste se encuentra la proporción más grande de residentes nacidos en otras regiones del Brasil (31,4% en 1991 y 31,1% en 2004).

La mortalidad en el Brasil ha pasado por importantes cambios a lo largo de los años, con el descenso de algunas enfermedades infecciosas y el resurgimiento de otras, y con cambios en la frecuencia de algunas enfermedades y eventos no infecciosos, como la enfermedad cardíaca, la diabetes, las neoplasias y la muerte violenta. El Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM) del Ministerio de Salud captó 1.024.073 defunciones en todo el país en 2004, de las cuales 126.922 (12,4%) se debieron a causas mal definidas (Cuadro 1).

Entre las defunciones por causas definidas, las enfermedades cerebrovasculares constituyeron la primera causa, con una mortalidad proporcional de 10,1%, y las defunciones por enfermedades isquémicas del corazón, la segunda (9,7%). Estos hallazgos reflejan la creciente concentración de muertes en el grupo de edades más avanzadas y expresan el mejoramiento de las condiciones de vida y los efectos de las políticas públicas (por ejemplo, saneamiento básico, acceso a los servicios de salud e inmunización) en la salud de la infancia, con la consiguiente reducción de muertes de menores de edad. Los homicidios ocupan el tercer lugar entre las principales causas de defunción en la población general y representan el riesgo de muerte más importante para la franja de edades comprendidas entre los 10 y los 59 años. Constituyen la tercera causa de muerte en los hombres pero no figuran entre las 10 primeras causas en las mujeres. Los hombres de 10 a 19 años de edad presentaron un riesgo de morir asesinados seis veces mayor que las mujeres del mismo grupo de edad; para los hombres de 20 a 59 años el riesgo fue siete veces mayor al presentado por las mujeres de esas edades. Los accidentes de transporte terrestre fueron la cuarta causa de muerte masculina y no aparecen entre las 10 principales causas de muerte femenina. La diabetes mellitus fue la tercera causa de muerte en las mujeres y la novena en los hombres.

Las únicas enfermedades transmisibles entre las 20 primeras causas de muerte fueron la neumonía e influenza, que ocuparon el sexto lugar. Esto puede reflejar problemas de notificación de defunciones, ya que las neumonías pueden ser enfermedades terminales, sin información sobre la causa básica de la muerte.

La comparación de los datos de mortalidad correspondientes a 1996 y 2004 revela un aumento en el riesgo de muerte por homicidios (8,8%), por diabetes mellitus (30,5%) y por enfermedades hipertensivas (38,0%). El riesgo de muerte por problemas perinatales ha presentado una reducción de 27,3%, sin embargo, en el período considerado el riesgo de muerte por trauma en el nacimiento aumentó 6,5%. El riesgo de muerte por accidentes de transporte terrestre presentó una reducción de 13,0%, posiblemente como consecuencia de la adopción de una legislación de tránsito más rigurosa que tuvo lugar en 1997.

CUADRO 1. Principales causas de mortalidad (tasa, porcentaje de cambio y mortalidad proporcional), Brasil, 1996 y 2004.

Categoría	Tasa			Mortalidad proporcional	
	1996	2004	% cambio	1996	2004
Total de defunciones	580,2	571,8	-1,4		
Causas mal definidas	87,5	70,9	-19,0	15,1	12,4
Causas definidas	492,7	500,9	1,7		
Enfermedades cerebrovasculares (I60–I69)	51,7	50,8	-1,9	10,5	10,1
Enfermedades isquémicas del corazón (I20–I25)	47,0	48,5	3,0	9,5	9,7
Agudas (I20–I24)	38,5	40,0	3,8	7,8	8,0
Crónicas (I25)	8,5	8,5	-0,6	1,7	1,7
Agresiones (homicidios) (X85–Y09)	24,8	27,0	8,8	5,0	5,4
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00–P96)	23,8	17,3	-27,3	4,8	3,5
Traumatismo del nacimiento y otras obstétricas (P01–P03, P10–P15)	1,4	1,5	6,5	0,3	0,3
Prematuridad y afecciones afines (P05–P07)	2,2	1,8	-19,4	0,4	0,4
Trastornos respiratorios del período perinatal (P20–P28)	13,9	7,7	-44,6	2,8	1,5
Sepsis bacteriana del recién nacido (P36)	2,6	2,5	-3,4	0,5	0,5
Trastornos hemorrágicos y hematológicos (P50–P61)	0,6	0,5	-29,8	0,1	0,1
Insuficiencia cardíaca (I50–I51)	23,5	17,9	-24,0	4,8	3,6
Accidentes de transporte terrestre (V00–V89)	22,5	19,6	-13,0	4,6	3,9
Influenza y neumonía (J10–J18)	21,7	21,0	-3,2	4,4	4,2
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40–47)	20,0	21,5	7,3	4,1	4,3
Diabetes mellitus (E10–E14)	16,8	21,9	30,5	3,4	4,4
Enfermedades hipertensivas (I10–I15)	12,5	17,2	38,0	2,5	3,4

En el período 1996–2004 disminuyeron 34% las defunciones de menores de 1 año. Las reducciones más importantes del riesgo de muerte se observaron en la meningitis (86,3%), la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (69,8%) y las enfermedades infecciosas intestinales (65,1%). A pesar de que en el grupo de 10 a 19 años se observó una disminución de 11,0% en el total de defunciones, el riesgo de muerte por homicidios aumentó 26,3% y en el grupo de 20 a 59 años se incrementó 6,1%. En este último grupo de edad aumentó también el riesgo de muerte por enfermedad alcohólica del hígado (39,9%) y por diabetes mellitus (11,2%).

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Este grupo constituía 9% de la población en 2004 y representaba 6,1% de la mortalidad general. Según el SIM, Ministerio de Salud, la mayor parte de estas defunciones correspondieron a menores de 1 año (87%). El Sistema de Información de Nacidos Vivos (SINASC) del Ministerio de Salud, con una cobertura estimada de 90%, captó 3.026.548 nacimientos en 2004. Los datos correspondientes al período 2000–2004 indican que alrededor de 8,0% de los nacidos vivos presentaban bajo peso al nacer; la región Sudeste mostró la mayor proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer en ese período (9,0%), mientras que las regio-

nes Norte y Nordeste tuvieron las menores proporciones (6,6% y 7,1% respectivamente). Esos valores excedieron los esperados en condiciones ideales para el crecimiento intrauterino, aunque se sitúen por debajo del máximo de 10% establecido como meta a nivel mundial (14).

Tres estudios nacionales sobre amamantamiento materno realizados en 1975, 1989 (15) y 1999 (16), hallaron un aumento progresivo de la proporción de niños alimentados con leche materna a los 6 meses de edad, que alcanzó a 69% en 1999. A los 12 meses de edad, sin embargo, la situación permaneció estable entre 1989 (37%) y 1999 (35%), excepto en la región Centro-Oeste, donde la proporción de niños que recibían leche materna aumentó de 17% a 38%. En cuanto al amamantamiento exclusivo, la mitad de los niños estudiados en 1999 ya no recibían lactancia materna exclusiva a los 30 días de vida, y se observaron en estos niños deficiencias acentuadas por esta causa en el cuarto mes de vida (18%) y en el sexto mes de vida (8%), sin variaciones significativas entre las grandes regiones. Existe una Red Nacional de Bancos de Leche Humana que en febrero de 2006 incluía a 187 unidades y 29 puestos de acopio distribuidos en todos los estados brasileños (17, 18).

Un análisis del perfil de los nacidos vivos según la raza o el color mostró las siguientes diferencias en las características consideradas: 1) los nacidos vivos indígenas y negros tenían mayor probabilidad que los blancos de ser hijos de madres adolescentes; 2) los blancos tenían mayor probabilidad que los indígenas y ne-

gros de ser hijos de madres que efectuaron siete o más consultas prenatales, mientras que los nacidos vivos indígenas y negros tenían mayor probabilidad que los blancos de ser hijos de madres que no efectuaron ninguna consulta prenatal; 3) los blancos tenían mayor probabilidad de nacer por cesárea que los negros; 4) los indígenas tenían mayor probabilidad de nacer prematuros; 5) los negros tenían mayor probabilidad de nacer con bajo peso, pero los negros tanto como los blancos de las regiones Sudeste, Sur y Centro-Oeste tenían mayores posibilidades de nacer con bajo peso que los de las regiones Norte y Nordeste (19).

La tasa de mortalidad infantil descendió de 33,7 por 1.000 nacidos vivos en 1996 a 22,5 por 1.000 en 2004. Las causas de la mortalidad infantil se modificaron a lo largo de las últimas décadas, observándose un descenso de las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias. Las enfermedades infecciosas intestinales representaron 8,0% de la mortalidad en los menores de 1 año en 1996 y 4,0% en 2004. En el mismo período, la mortalidad por causas perinatales aumentó de 57,0% a 61,2%. Las desigualdades geográficas son claras en cuanto a la distribución de las tasas en 2004, año en que el riesgo de un niño menor de 1 año de morir fue 2,23 veces mayor en el Nordeste que en el Sur (20), la tasa presentó valores extremos en los estados de Alagoas (47,1 por 1.000 nacidos vivos) y Santa Catarina (13,6).

La mortalidad infantil tiende a concentrarse en el período neonatal, a medida que decrece la proporción de defunciones evitables por acciones básicas de salud y saneamiento. En 2004, 66,5% de las defunciones infantiles se produjeron en el primer mes de vida y 50,9% en la primera semana; en 1996 las proporciones correspondientes fueron 60% y 47%. En 2004, la proporción más grande de defunciones infantiles en el período posneonatal se observó en la región Nordeste (35,3%).

En el grupo de 1 a 4 años las causas de defunción más importantes en 2004 fueron la influenza y neumonía (13,5%), las malformaciones congénitas (8,6%), las enfermedades infecciosas intestinales (6,5%), los accidentes de transporte terrestre (6,3%) y el ahogamiento (6,0%). Entre 1996 y 2004 el riesgo de morir por influenza y neumonía se redujo 43,5%, por enfermedades infecciosas e intestinales 41,3%, por accidentes de transporte terrestre 34,6% y por meningitis 88,5%. En la región Nordeste se registraron 56% de las defunciones por enfermedades infecciosas intestinales.

Desde 1996, la ejecución de algunos programas y acciones ayudó a producir una marcada disminución de la mortalidad infantil, entre ellos cabe mencionar el Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PAISM), el Programa de Atención Integral a la Salud del Niño (PAISC), la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), el Programa Nacional de Inmunización (PNI), el incentivo al amamantamiento materno, y el monitoreo del crecimiento y el desarrollo infantil. Además, se puso en marcha el Programa de Salud de la Familia, que experimentó una expansión importante a partir de 1999 hasta alcanzar, en agosto de 2006, una cobertura

de 47,7% de la población brasileña (83 millones de personas), con 26.000 equipos integrados por un médico, un enfermero y un agente comunitario de salud. También los programas de saneamiento básico y de reducción de la pobreza desempeñaron un papel importante, además de los factores demográficos como la reducción de la fecundidad (21).

Salud de los niños de 5 a 9 años

El grupo en edad escolar primaria constituía cerca de 9,0% de la población y explicaba menos de 0,5% de las defunciones totales en 2004. Sus principales causas de muerte fueron: accidentes de transporte terrestre (18,1%), ahogamiento (9,2%), leucemias (5,9%), influenza y neumonía (5,5%) y malformaciones congénitas (4,9%). En el período 1996–2004 el riesgo de morir por influenza y neumonía cayó 26,0%, por accidentes de transporte terrestre 38,5%, por meningitis 88,6%, por ahogamiento 17,8% y por leucemias 6,8%.

En 2005, 457.338 niños de este grupo de edades fueron internados en hospitales públicos (4,0% del total de internaciones). Las causas de hospitalización más importantes fueron las enfermedades del sistema respiratorio (29,2%), sobre todo la neumonía (12,1%) y el asma (8,7%) y las enfermedades transmisibles (17,9%), especialmente la diarrea y otras enfermedades infecciosas intestinales (10,7%).

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

Los adolescentes representaban cerca de 20,3% de la población del país y contribuían con 2,4% de la mortalidad general en 2004, con predominio de muertes masculinas por accidentes y violencias. La tasa de mortalidad en la población adolescente masculina (99,0 por 100.000 habitantes) superó en mucho la tasa femenina (34,9 por 100.000 habitantes). Las principales causas de muerte entre los hombres fueron las agresiones (34,2%), los accidentes de transporte terrestre (16,9%), el ahogamiento (6,3%), los eventos de intención indeterminada (4,0%) y las lesiones autoinfligidas (3,2%). En el período 1996–2004, las muertes por agresiones aumentaron 26,3%, pero los riesgos de morir por las demás causas disminuyeron, por ejemplo, por accidentes de transporte terrestre 22,3%, por ahogamiento 28,2%, por suicidio 8,5% y por leucemia 8,0%. El perfil de mortalidad de este grupo difiere entre los hombres y las mujeres; así, las cinco primeras causas de muerte masculina son externas, mientras que las dos primeras causas de muerte femenina son externas y la tercera son las causas maternas (4,6% de las defunciones).

Las internaciones por traumatismos resultantes de accidentes y violencia representaron 9,4% del total de 1.314.408 ingresos hospitalarios registrados en este grupo de edad en 2005. Entre las hospitalizaciones por causas externas se destacan las caídas (41,8%) y los accidentes de tránsito (15,8%).

En 2004 se informaron 661.290 partos en adolescentes de 10 a 19 años de edad (21,8% del total), proporción algo menor que la observada en 1998 (24,0%). Se estimó que, en 2004, 26.726 nacidos vivos (0,9% del total) correspondieron a madres de 10 a 14 años, y la prevalencia de bajo peso al nacer en ese grupo (13,5%) superó el promedio general (8%).

Salud de los adultos (20–59 años)

Los adultos representaban 52,7% de la población total y respondían por 32,1% de las defunciones notificadas en 2004 (37,9% en hombres y 24,2% en mujeres). La tasa de mortalidad en la población adulta masculina (501,5 por 100.000 habitantes) fue un poco mayor que el doble de la tasa femenina (219,8 por 100.000). Las principales causas de muerte fueron las agresiones (12,7%), los accidentes de transporte terrestre (8,4%), las enfermedades isquémicas del corazón (7,7%), las enfermedades cerebrovasculares (7,1%), y la cirrosis y otras enfermedades del hígado (4,8%). De 1996 a 2004 el riesgo de morir por agresiones aumentó 6,1%, mientras que la mortalidad por otras causas se redujo, al igual que el riesgo de morir por accidentes de transporte terrestre (10,7%), enfermedades cerebrovasculares (16,2%), enfermedades isquémicas del corazón (3,3%) y sida (38,1%). El riesgo de morir por causas externas para un hombre de 20 a 59 años de edad (tasa de 77,0 por 100.000) fue 10 veces superior al de una mujer del mismo grupo (5,9 por 100.000). El riesgo de morir por accidentes de transporte terrestre fue seis veces mayor para los hombres que para las mujeres (tasas de 47,1 y 7,8 por 100.000 respectivamente). En las mujeres, entre las cinco principales causas de mortalidad se encuentran el cáncer de mama (5,5%) y la diabetes mellitus (4,6%).

La mortalidad materna en 2004, calculada para nueve estados que contaban con datos consistentes, varió de 44 defunciones por 100.000 nacidos vivos en el Distrito Federal a 84 defunciones por 100.000 nacidos vivos en Mato Grosso do Sul. Como son reconocidas las deficiencias del registro de causas maternas, se estima que la tasa media nacional se podría situar en torno a 76 defunciones por 100.000 nacidos vivos, con base en el factor de ajuste (1,4) obtenido en una investigación sobre la mortalidad de las mujeres de 10 a 49 años en 2002. En 2004, 61,4% de las defunciones maternas se debieron a causas obstétricas directas, entre las que sobresalen la eclampsia y la hemorragia preparto. Entre las causas indirectas preexistentes y agravadas por el embarazo se destacaron las enfermedades infecciosas, la diabetes, la anemia y los trastornos cardiovasculares.

En 2005 se registraron en el sistema público de salud alrededor de 6 millones de hospitalizaciones de adultos, predominantemente de mujeres (67,3% del total). La mayor parte de ellas se debieron a condiciones del embarazo, el parto y el puerperio, las cuales, en conjunto, contribuyeron con 33,1% del total y con 49,1% de las hospitalizaciones de mujeres. Excluido ese grupo de causas, los principales motivos de internación fueron las enfer-

medades de los sistemas digestivo (13,8%), circulatorio (12,9%) y genitourinario (12,0%). Las causas externas fueron el principal motivo de internación en los hombres (17,6%), seguidas por las enfermedades del sistema digestivo (14,6%). En las mujeres (excluidas las internaciones por embarazo, parto y puerperio) predominaron las enfermedades del sistema genitourinario (18,2%).

En 2004, datos sobre 3 millones de partos mostraron que 52% de las madres efectuaron siete o más consultas de atención prenatal, con variaciones porcentuales de 22% en Amapá a 69% en Paraná. La proporción de partos por cesárea fue de 41,8%. En 2000 se instituyeron mecanismos de apoyo al establecimiento de sistemas estatales de envío hospitalario de la embarazada de alto riesgo, y se asignaron recursos especiales para humanizar la atención del parto y del recién nacido, así como para mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de la asistencia prestada. Datos del Ministerio de Salud correspondientes a la primera evaluación del impacto de las acciones de humanización de la atención del parto en las 29 principales maternidades del país mostraron una reducción de 6,9% de las defunciones neonatales entre 2004 y 2005.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2004 los adultos mayores representaban 9,0% de la población total y explicaban 58,4% de la mortalidad del país. Con predominio femenino, la proporción de mayores de 60 años en la población general ha aumentado en forma progresiva en todas las regiones del país. En 1991 correspondían a este grupo de edades 7,8% de las mujeres y 6,8% de los hombres, mientras que en 2004 las proporciones correspondientes fueron de 9,2% y 6,8% (22, 23). El envejecimiento de la población brasileña resulta de la combinación de las altas tasas de fecundidad de las décadas pasadas y de la disminución de la mortalidad en edades más jóvenes observada también en las últimas décadas. Ha aumentado también la concentración de personas de edades más avanzadas dentro de este grupo; en efecto, los mayores de 80 años representaban 0,8% de la población en 1991 y 1,1% en 2004.

El número de defunciones en edades superiores a los 60 años ha venido aumentando progresivamente de 38% del total de defunciones en el trienio 1979–1981 a 54% en 1998 y a 58,4% en 2004. En este último año, las proporciones variaron de 45,8% en la región Norte a 63% en la región Sur. Las principales causas de muerte fueron las enfermedades cerebrovasculares (13,6%), las enfermedades isquémicas del corazón (12,5%), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (6,5%), la diabetes mellitus (5,9%), la influenza y neumonía (5,2%), y la insuficiencia cardíaca (5,0%). En el período 1996–2004, los riesgos de muerte por enfermedades crónicas respiratorias aumentaron 3,0%, por diabetes 28,5%, y por influenza y neumonía 14,0%. El riesgo de muerte por enfermedades cerebrovasculares y por enfermedades isquémicas del corazón mostró reducciones de 3,0% y 2,2% respectivamente. Los perfiles de la mortalidad masculina

y femenina de este grupo de edades son muy semejantes. A pesar del elevado porcentaje de causas mal definidas (14,4%), mayor que la media general brasileña y creciente en los subgrupos de edad más avanzada, este valor representa una mejor calidad de la información de la causa de la muerte en comparación con el observado en 1998 (18,0%).

A la población anciana correspondieron 9,5% de las internaciones en los hospitales del sistema público de salud en 2005, y las causas principales fueron las enfermedades de los sistemas circulatorio (28,9%), respiratorio (17,7%) y digestivo (10,2%). Las acciones dirigidas a este segmento de edades se rigen por la Política Nacional de Salud del Anciano aprobada en 1999 (24), en la que se establecen las directrices, estrategias generales y prioridades programáticas para 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 restringida. Entre las medidas de prevención, se destaca la vacunación contra la influenza y la infección neumocócica. En 1999 se implantó la vacunación contra la influenza para la población de 65 años y más, y en los años siguientes se extendió a los mayores de 60 años. Las coberturas de vacunación alcanzaron la meta de 72% en 2000 y 84% en 2005. En 2006 se vacunó a 13,5 millones de personas de este grupo, lo que representa una cobertura vacunal de 85,7%.

Salud de los trabajadores

El área de salud de los trabajadores en el Brasil comprende los sectores de salud, trabajo, previsión social y medio ambiente, con competencias y atribuciones específicas. En el sector salud, diversas normativas federales recientes orientan el desarrollo técnico y operativo de las acciones destinadas a mejorar la cobertura y la calidad de la asistencia al trabajador. La información sobre las enfermedades ocupacionales y los accidentes de trabajo se utiliza fundamentalmente en el sistema de cobertura de lesiones, incapacidad o muertes estipuladas por el régimen de previsión social, para la población con vínculo formal de trabajo. En 2004 había 31,4 millones de trabajadores con empleo formal (17% de la población del país). La mayor concentración de empleo formal se registró en la región Sudeste, con 51,8%, mientras que en las regiones Nordeste y Sur los porcentajes correspondientes fueron de 17,0% y 17,9%. En el período 2002–2004, el empleo formal mostró un incremento de 9,5%, con la incorporación de 2,7 millones de trabajadores al mercado de trabajo formal.

El análisis de la información sobre beneficios otorgados por enfermedad en 2004 mostró que las causas más frecuentes de ausentismo laboral fueron las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo que respondieron por 30% de los beneficios por enfermedad concedidos, las causas externas (18,0%), las enfermedades del sistema circulatorio (11,0%), y los trastornos mentales y del comportamiento (10,8%) (25). Entre

los trabajadores de la industria brasileña se observó una alta prevalencia de algunos factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial (25,2%), tabaquismo activo (15,9%), diabetes mellitus (3,2%), colesterol total elevado (7,9%), obesidad (13,4%) y sedentarismo (17,2%) (26).

Salud de los grupos étnicos

Desde 1999 la atención a la salud de los indígenas está bajo la responsabilidad directa del Ministerio de Salud y se lleva a cabo 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 realiza acciones de atención básica, referenciadas a la red formal del sistema de salud, y bajo el control de los consejos locales y distritales de salud indígena. En las aldeas y comunidades actúan agentes de salud indígena capacitados para brindar la atención básica que se desarrolla en el ámbito nacional. Las relaciones con los servicios formales secundarios o terciarios cuentan con el apoyo de las “casas de salud” para la atención de los indígenas, que se localizan en las sedes municipales de referencia. Con objeto de acompañar las acciones de salud llevadas a cabo en el ámbito de las comunidades indígenas, la FUNASA implantó el Sistema de Información de Atención a la Salud Indígena (SIASI) en el año 2000.

En 2003 la población indígena brasileña se estimó en 770.000 personas, pertenecientes a unos 210 pueblos que hablan más de 170 lenguas. Aunque constituyen apenas 0,2% de la población total, el contingente indígena está presente en todos los 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 44% de población indígena y 98,7% de las tierras indígenas. En el período 2000–2004, el SIASI registró 4.584 defunciones en la población indígena, 45% en menores de 5 años. En 2003, el SIM captó 2.116 defunciones, 33% en menores de 5 años. Las principales causas de muerte fueron las causas externas (16,8%), las enfermedades del sistema circulatorio (16,5%) y del sistema respiratorio (13,9%), y las enfermedades infecciosas (13,8%).

La población indígena recibe las vacunas contempladas en el sistema de salud, con arreglo al esquema básico de vacunación para esta población. Desde 2003, el Brasil se sumó a la campaña de la Semana de Vacunación de las Américas, una acción conjunta entre el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que permitió aumentar la cobertura vacunal en 2006.

La población negra brasileña, constituida por negros y mulatos, supera a la de cualquier otro país fuera del continente africano y presenta características genéticas peculiares, por la miscegenación, o mezcla de razas y culturas, de individuos de varias etnias, procedentes de distintas regiones del África subsahariana (27). En 2004, esta población se estimaba en 10,7 millones de ne-

Desigualdades con impacto en la salud

La desigualdad en Brasil afecta sobre todo a la población negra (prietos y pardos) y los que descienden de población indígena. En el decil más pobre hay 68% de negros, en tanto que en el decil más rico hay 87% de blancos; además, 32,2% de los más pobres son negros. La población afrodescendiente supera a la de cualquier otro país fuera del continente africano y presenta características genéticas peculiares, por la miscegenación, o mezcla de razas y culturas, de personas de varias etnias, procedentes de distintas regiones del África subsahariana. En 2004 se estimaba la población negra en 10,7 millones de prietos y 76,6 millones de pardos, y totalizaba 48,0% de la población de Brasil. Los problemas de salud más frecuentes en la población negra son la desnutrición, el consumo de drogas, los abortos sépticos y la violencia, entre otros, y 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. En 1995, una iniciativa gubernamental dirigida a la valoración de la población negra movilizó a sectores de la sociedad civil y de la comunidad científica, y a profesionales de la salud, lo que dio lugar a la formulación de un programa de control de la anemia falciforme y a otras medidas de defensa de los intereses de este grupo de población. El Ministerio de Salud y la Secretaría Especial de Políticas de Promoción de la Igualdad Racial trabajan en conjunto con el objetivo de proponer y sistematizar estrategias de gestión y atención para la implementación y el seguimiento de las cuestiones relativas a la salud de la población negra en el Plan Nacional de Salud (PNS), apuntando a la promoción de la equidad racial.

gros y 76,6 millones de mulatos, y totalizaba 48,0% de la población nacional. Aproximadamente 80% de los negros residen en las regiones Nordeste y Sudeste, y existen dispersas por el país alrededor de 1.000 comunidades remanentes de esclavos fugitivos. En 2003 se captaron aproximadamente 350.000 defunciones de personas negras, de las cuales unas 280.000 correspondían a mulatos. Las principales causas definidas de muerte para la población negra fueron las enfermedades del sistema circulatorio (29,9%), las causas externas (20,6%), las neoplasias (12,4%) y las enfermedades del sistema respiratorio (9,1%). En ese año, la población negra presentó riesgos de muerte por enfermedades infecciosas, enfermedades endocrinas, complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, y causas externas más elevados que la población blanca. La población mulata presentó riesgos de muerte por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, así como por causas externas, más elevados que la población blanca y riesgo de muerte menor por neoplasias y por enfermedades de los sistemas circulatorio, respiratorio, digestivo y genitourinario. Es posible que las tasas de muerte de los mulatos estén subestimadas debido a que muchas veces se los clasifica como de raza/color desconocidos, y también debido a la heterogeneidad de personas que son clasificadas como mulatos (ya que en las diferentes regiones de Brasil los mu-

latos pueden representar el resultado de diferentes combinaciones de raza/color). 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 genéticamente determinadas (28) se destaca la anemia falciforme, que es la enfermedad hereditaria monogénica más común en el Brasil. Su prevalencia se estima entre 8.000 y 50.000 enfermos y entre 2 millones y 10 millones de portadores del rasgo falcémico, lo que presupone un elevado subregistro de casos, pues apenas unos 4.000 están identificados. Se calcula que 80% de los enfermos de anemia falciforme mueren alrededor de los 30 años de edad y que 85% de las defunciones no se registran apropiadamente (29). En 1995, una iniciativa gubernamental dirigida a la valoración de la población negra (30) movilizó a sectores de la sociedad civil y de la comunidad científica, y a profesionales de la salud, lo que dio lugar a la formulación de un programa de control de la anemia falciforme y a otras medidas de defensa de los intereses de este grupo de población.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La **malaria** es endémica en toda la Amazonia brasileña, que abarca la región Norte y parte de los estados de Maranhão (Nordeste) y Mato Grosso (Centro-Oeste). En este último territorio se registraron más de 99% de los casos informados en los últimos 10 años, con un promedio anual de 530.000 exámenes positivos. En 1999 la incidencia de malaria aumentó considerablemente en esa zona, y volvieron a registrarse los niveles existentes en la década de 1970. En 1999 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 de 15 a 34 años de edad. La elevada endemicidad de la malaria en la Amazonia está vinculada a los cambios en las actividades económicas extractivas, que generan migraciones internas y asentamientos rurales desordenados. En el año 2000 el Ministerio de Salud lanzó el Plan de Intensificación de Acciones de Control de la Malaria en la Amazonia Legal (PIACM), que posibilitó una estructuración de los servicios locales de salud orientada a incluir el control de malaria en la red de servicios de salud mediante una estrategia centrada en el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato. Al finalizar el año 2002, los casos de malaria habían disminuido 45% en comparación con 1999. En 2003, el Ministerio de Salud puso en marcha el Programa Nacional de Control de la Malaria (PNCM) con el propósito de mantener los éxitos obtenidos con el PIACM mediante el fortalecimiento de la estructura de los servicios. A pesar de todos los recursos invertidos, en 2003 se registró un aumento de 17,3% (408.795 casos) respecto de 2002. En 2004 el aumento fue de 13,6% (464.231 casos) respecto de 2003, y en 2005 se notificaron 599.690 casos, cifra que representa un incremento de 29,2% en relación con el año anterior. El aumento de los casos de malaria se debe principalmente a una intensa y desordenada ocupación de las zonas periféricas de las grandes ciudades.

No se han registrado casos de **fiebre amarilla** urbana desde 1942. Sin embargo, desde la década 1970 se observa una progresiva reinfestación en todo el territorio nacional por *Aedes aegypti*, el vector urbano de la fiebre amarilla. La forma selvática de la enfermedad es endémica en algunas regiones. El número de casos de fiebre amarilla selvática está disminuyendo progresivamente desde 1999, en coincidencia con el aumento de las coberturas vacunales en las zonas endémicas. En 1999 se notificaron 76 casos, y en 2005, tres. En el período 1999–2001 se registraron epidemias principalmente en la región Centro-Oeste. El último brote se inició entre simios en la Amazonia y se propagó a la región de la sabana ubicada en el Centro-Oeste del país. La circulación viral siguió en dirección al Sudeste, con epizootias en 54 municipios de seis estados. En el año 2000 se identificaron casos humanos en São Paulo y Bahia, que desde la década de 1950 estaban libres de

la enfermedad. En 2001 se produjo un brote de casos humanos en el estado de Minas Gerais, y epizootias en el estado de Rio Grande do Sul, en zonas consideradas hasta el momento como indemnes de fiebre amarilla. En 2003 se confirmaron 64 casos de fiebre amarilla con 22 defunciones. Los casos se notificaron en 18 municipios de los estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Roraima y Pará. Desde 1999, la mayoría de los casos correspondieron a individuos del sexo masculino (más de 80%) y a agricultores y ecoturistas. De 1999 a 2003, y considerando los casos notificados al sistema de vigilancia, la tasa de letalidad se mantuvo en torno a 40%. La política de inmunización contra la fiebre amarilla en el Brasil incluye la vacunación a partir de los 6 meses de edad de toda la población residente en las zonas endémicas, la vacunación a partir de los 9 meses de edad en la población residente en la zona de transición, y la vacunación de todos los que viajan a zonas endémicas.

El mosquito transmisor del **dengue**, *Aedes aegypti*, está distribuido en todas las ciudades del país, excepto en los estados de Rio Grande do Sul y Santa Catarina. En 1981 y 1982 se produjo el reingreso del virus del dengue en el Brasil, con la primera epidemia documentada clínicamente y por laboratorio, en Boa Vista (Roraima), causada por los serotipos 1 y 4. Desde 1986 se han registrado epidemias que afectaron a Rio de Janeiro y a algunas capitales de la región Nordeste. Desde entonces, el dengue es endémico en el Brasil, con picos epidémicos. El número de casos disminuyó de 794.000 en 2002 a 118.000 en 2004, pero en 2005 se produjo un nuevo aumento, con 217.000 casos, de los cuales 447 correspondieron a fiebre hemorrágica del dengue, con 43 defunciones. Se ha detectado la circulación de los serotipos DEN 1, DEN 2 y DEN 3.

En la década de 1960 se identificaron zonas con riesgo de transmisión domiciliar de la **enfermedad de Chagas** en más de 2.000 municipios en 18 estados brasileños. Se detectó *Triatoma infestans* en 711 municipios de 13 estados. La prevalencia observada por serología fue de 4,2% para el país, con valores máximos de 8,8% en Minas Gerais y Rio Grande do Sul. La Iniciativa de los Países del Cono Sur para la Eliminación de *T. infestans* y la Interrupción de la Transmisión de la Tripanosomiasis Transfusional, ayudó a consolidar el control de esta especie, principal y casi único vector de transmisión domiciliar. En 1998 comenzaron a realizarse las revisiones por estados mediante comisiones nacionales, seguidas de evaluaciones internacionales en 1999. En la reunión intergubernamental de 2000 en Rio de Janeiro se homologó la certificación de la interrupción de la transmisión en seis estados (Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Rio de Janeiro y São Paulo). En los años siguientes, con la intensificación de las operaciones en los demás estados, se consiguió interrumpir la transmisión y obtener la respectiva certificación en los estados de Minas Gerais, Pernambuco, Piauí y Tocantins. En 2005 y 2006 las evaluaciones de comisiones internacionales promovidas por la OPS han recomendado la certificación de la interrupción para los tres últimos estados endémicos: Paraná,

Rio Grande do Sul y Bahia. Los desafíos pendientes son la consolidación de la vigilancia epidemiológica, en especial en la Amazonia, y la atención médica y social a quienes en el pasado hayan estado infectados.

Hay escasa información sobre la frecuencia de la **filariasis linfática** en el ámbito nacional. El foco principal de filariasis linfática se localiza en la zona metropolitana de Recife, estado de Pernambuco. Existe un foco residual en el estado de Alagoas, donde en 2005 no se detectaron casos. Está en ejecución un Programa Nacional para la Eliminación de la Filariasis Linfática (PNEFL), como parte del proyecto mundial de eliminación de esta enfermedad, propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). También como parte del PNEFL se están reevaluando focos antiguos de la enfermedad, y estados considerados indemnes se están incluyendo en la vigilancia de casos de morbilidad por filariasis linfática.

La transmisión más importante de **esquistosomiasis** se registra en la región Nordeste del país y al norte del estado de Mato Grosso, pero la distribución geográfica de esta enfermedad en el país es amplia. Los exámenes coproscópicos en la población, realizados por los servicios de salud, muestran una reducción de la prevalencia de infección. En los últimos 15 años la positividad ha oscilado entre 5,5% y 11,6% de la población examinada. En poco más de 4 millones de exámenes efectuados en el período 2000–2005 se hallaron prevalencias de 7,1% (2000), 6,4% (2004) y 5,5% (2005). La ampliación de la cobertura de abastecimiento de agua y de drenaje basada en criterios epidemiológicos, aunada a una mayor cobertura médica, ha contribuido a una reducción de la frecuencia de enfermedad y muerte.

La **leishmaniasis visceral** o kala-azar muestra una tendencia ascendente, con registros de epidemias en las décadas de 1980 y 1990. En 1999 y 2000 se produjo un nuevo aumento de casos (cerca de 4.000 anuales), sobre todo en la región Nordeste. En años recientes, el aumento de la prevalencia de leishmaniasis en diversas regiones del país se puede explicar por los cambios en el patrón de distribución geográfica de la enfermedad, que se ha expandido hacia la periferia de los centros urbanos debido al intenso proceso migratorio de la población rural. Por otra parte, el proceso de organización de la red asistencial asociado a un mejor diagnóstico y tratamiento permitió una mayor detección de casos. En 2004 se notificaron 3.386 casos.

En el período 1987–2004 se notificaron coeficientes de detección de **leishmaniasis tegumentaria** americana que oscilaron entre 13,5 por 100.000 habitantes y 23,0 por 100.000. En 2004 se notificaron 28.575 casos. Las regiones Norte y Nordeste contribuyen con el mayor número de casos (37% y 33%, respectivamente, del total de casos registrado en el período).

Los primeros casos de enfermedades causadas por **hantavirus** se detectaron en 1993 en São Paulo. La enfermedad ha tenido mayor incidencia en la región Sur, y en los estados de São Paulo, Minas Gerais y Mato Grosso. Hasta 2003 se registraron 338 casos en 11 estados, con una letalidad media de 44,5%, y en 2004 se de-

tectaron 159 casos. Las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud han posibilitado el establecimiento de la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad, el desarrollo de la capacidad diagnóstica de los laboratorios, la divulgación de las medidas adecuadas de tratamiento para reducir la letalidad, y el conocimiento sobre la circulación de algunos hantavirus en los roedores silvestres brasileños, objeto de acciones de vigilancia ecoepidemiológica.

Enfermedades inmunoprevenibles

El Programa Nacional de Inmunización, que cumplió 31 años de existencia en 2005, proporciona gratuitamente vacunas específicas contra más de 10 enfermedades, con una alta cobertura de vacunación de rutina para niños, adolescentes, adultos y ancianos. La ejecución del programa es descentralizada, con acciones en todos los municipios del país. El Programa adquiere los inmunobiológicos en forma centralizada.

Las vacunas contra la hepatitis B y la vacuna SR (doble viral: sarampión y rubéola) se introdujeron gradualmente en el esquema de vacunación de rutina (Cuadro 2) a partir de 1992; la incorporación de estas vacunas en todos los estados se completó en el año 2000. La vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) se introdujo en 1999 y desde 2002 se aplica en forma rutinaria como vacuna tetravalente combinada (DPT + Hib: difteria,

CUADRO 2. Esquema básico de vacunación en niños hasta la edad de 10 años, Brasil, 2006.

Edad	Vacunas	Número de dosis
Al nacer	BCG - ID	Dosis única
	Vacuna contra hepatitis B	1ª dosis
1 mes	Vacuna contra hepatitis B	2ª dosis
2 meses	VORH (vacuna oral de rotavirus humano)	1ª dosis
	VOP (vacuna oral contra polio)	1ª dosis
	Vacuna tetravalente (DTP + Hib)	1ª dosis
	VORH (vacuna oral de rotavirus humano)	2ª dosis
4 meses	VOP (vacuna oral contra polio)	2ª dosis
	Vacuna tetravalente (DTP + Hib)	2ª dosis
6 meses	VOP (vacuna oral contra polio)	3ª dosis
	Vacuna tetravalente (DTP + Hib)	3ª dosis
	Vacuna contra hepatitis B	3ª dosis
9 meses	Vacuna contra fiebre amarilla(3)	dosis única
12 meses	SRV (triple viral)	dosis única
15 meses	VOP (vacuna oral contra polio)	Refuerzo
	DTP (triple bacteriana)	1º refuerzo
4–6 años	DTP (triple bacteriana)	2º refuerzo
	SRV (triple viral)	refuerzo
6–10 años	BCG - ID(4)	refuerzo
10 años	Vacuna contra fiebre amarilla	refuerzo

Fuente: Ministerio de Salud. Sistema de información del Programa Nacional de Inmunización. Disponible en: http://pni.datasus.gov.br/calendario_vacina_infantil.asp

tos ferina, tétanos y *Haemophilus influenzae* tipo b). La vacuna contra la influenza se introdujo en las campañas anuales para la población anciana en 1999.

La cobertura de las siguientes vacunas en menores de 1 año (3,2 millones de niños) fue superior a 95% en 2005: BCG (100%), antipoliomielitis y VPO tres dosis (98%), y tres dosis de tetravalente (96%). La cobertura con tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B quedó en 92%. La cobertura a los 12 meses de edad con la vacuna SRP (triple viral: sarampión, rubéola y parotiditis) fue de 100%. Del total de 5.564 municipios brasileños, 62% presentaron coberturas contra DPT3 y triple superiores a 95%.

En 2003 se instituyó el Comité Nacional de Preparación contra la Pandemia de Influenza. El Plan Nacional de Preparación contra la Pandemia de Influenza fue elaborado e implementado en noviembre de 2005, y se somete a constantes revisiones. Con base en este plan los estados de la Federación están definiendo sus estrategias locales. El Instituto Butantán está desarrollando una vacuna contra la influenza por virus H5N1. El país tiene ya una reserva estratégica de oseltamivir, y se están realizando otras actividades de preparación y planeamiento de respuestas en lo que concierne a los servicios de salud.

En 2005 se tomó la decisión de introducir la vacuna contra el rotavirus en el esquema de vacunación desde comienzos de 2006. El Brasil es el primer país del mundo que introduce esta vacuna en su esquema de rutina.

Las actividades de eliminación del **sarampión** se iniciaron en 1992 en el Brasil, y en 1999 en toda la región de las Américas. Además de las actividades de vigilancia, la estrategia de vacunación para la eliminación del sarampión incluyó la interrupción rápida de la circulación viral en la comunidad por medio de una campaña única masiva dirigida a la cohorte de niños de 9 meses a 14 años de edad. La campaña de vacunación masiva llevada a cabo en 1992 permitió una reducción del número de casos de sarampión entre 1991 (42.934 casos) y 1993 (2.396 casos). La estrategia de eliminación también prevé alcanzar coberturas de vacunación de rutina contra el sarampión de 95% como mínimo para mantener la interrupción de la circulación viral. Para combatir la acumulación inevitable de niños susceptibles al sarampión en cada cohorte sucesiva de nacimientos, considerando la falla vacunal primaria del 5%, es necesario realizar campañas de vacunación de seguimiento periódicas dirigidas a los niños de 1 a 4 años. La primera campaña nacional de seguimiento se efectuó en 1993. En 1997 hubo una epidemia importante de sarampión que se inició con más de 50.000 casos notificados y 61 defunciones. La segunda campaña de seguimiento se realizó en todo el país en 1997 y alcanzó una cobertura nacional de 66%; le siguieron campañas en 2000 y 2004, con coberturas de 93%. El número de casos de sarampión disminuyó de 908 en 1999 a 36 en 2000. Desde 2001, la vacuna contra el sarampión se administra a los 12 meses de edad, con una segunda dosis de vacuna triple viral en edad preescolar. Desde 2001, no se registran casos autóctonos de sarampión.

En 1996, la vigilancia de la **rubéola** se integró a las acciones de vigilancia del sarampión, y en 2001 se estableció la vigilancia del síndrome de rubéola congénita (SRC). La vacuna contra la rubéola se introdujo en 1992 en algunos estados brasileños, lo que dio lugar a la modificación del grupo de edad afectado. Así, en los brotes registrados en el período 1999–2002 se observa una elevada incidencia en el grupo de mujeres en edad fértil. Desde 2002, todos los estados del país utilizan la vacuna SRP en los esquemas de rutina. En 2001 el país adoptó la estrategia de control acelerado de la rubéola con la vacunación de las mujeres en edad fértil. El impacto fue significativo, ya que se produjo una reducción importante del número de casos de rubéola (233 en 2005) y del síndrome de rubéola congénita (cuatro en 2005).

El Brasil fue certificado como libre de **poliomielitis** en 1994 (el último caso se registró en 1989). Además de la vacunación de rutina con la vacuna antipoliomielítica oral (VPO-Sabin), se realizan anualmente dos campañas nacionales con altas coberturas (95% en la primera y segunda etapa de la campaña en 2005). En 2005 la cobertura de rutina en menores de 1 año fue de 98%. La vigilancia de las parálisis flácidas agudas (PFA) se realiza rutinariamente. La investigación oportuna de todos los casos sospechosos fue superior a 80%, pero la obtención oportuna de muestras de heces de los pacientes con PFA fue de alrededor de 70% en los últimos tres años. En 2002 se comenzó a elaborar el Plan Nacional de Contención de Poliovirus Salvaje en Laboratorios. Las actividades de contención se iniciaron en 2003, cuando se llevó a cabo una encuesta nacional de 289 laboratorios de mayor riesgo en 173 instituciones del país. Siguiendo las nuevas recomendaciones de la OMS (2005), el país optó por rehacer la encuesta nacional para evaluar a todos los laboratorios activos en el país.

La incidencia del **tétanos neonatal** ha ido disminuyendo progresivamente desde hace más de una década: 66 casos en 1999, 34 en 2000, 15 en 2003, 14 en 2004, y 10 en 2005. Sin embargo, se siguen registrando casos, sobre todo en zonas de baja cobertura y calidad de los servicios de atención básica de salud. En 1992 se puso en marcha el Plan de Eliminación del Tétanos Neonatal, y se fijó como meta una incidencia de tétanos neonatal menor de 1 por 1.000 nacidos vivos. A partir del año 2000, se redefinieron algunas estrategias para la vigilancia epidemiológica en los municipios pequeños. La cobertura de vacunación con Td (toxoides tetánico y diftérico) para mujeres en edad fértil está por debajo de la meta nacional y se requieren esfuerzos adicionales para garantizar la protección de este grupo de población. En 2005, 74% de los municipios del país presentaron coberturas con dos dosis de vacuna antitetánica en las embarazadas menor de 50%. La incidencia de otras formas de tétanos se mantuvo en los últimos años, con la notificación de 439 (2000) y 420 casos (2005). La gran mayoría de los casos se presentan en hombres (81%).

La incidencia de **tos ferina** se ha mantenido en los últimos años, con un total de 764 casos en 2000 y 1.328 en 2005. Las formas más graves se registraron en los menores de 1 año, en quienes se observa también la letalidad más alta. El número de casos

de **difteria** ha disminuido de 46 confirmados en 2000 a 27 en 2005.

En 1999 se notificaron 1.358 casos de **meningitis** por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), de los cuales 617 (45%) correspondieron a menores de 1 año. Con la introducción de la vacuna contra Hib ese año, los casos descendieron a 153 en 2000; el grupo más afectado fue también el de menores de 1 año (43%). En 2005 se notificaron solo 108 casos de meningitis por Hib.

El sistema de vigilancia epidemiológico de las **hepatitis virales** consiste en la notificación obligatoria de los casos confirmados de hepatitis B y C. Desde 2004 se está desarrollando una investigación seroepidemiológica en zonas representativas de las cinco regiones del país, que busca estimar la frecuencia de hepatitis A (IgG anti-VHA) en el grupo de 5 a 19 años, hepatitis B (IgG anti-HBc, HBsAg, anti-HBs) y hepatitis C (anti-VHC y VHC ARN) en mayores de 9 años (10–19 años y 20–69 años).

Enfermedades crónicas transmisibles

La **tuberculosis** constituye un problema prioritario de salud pública en el Brasil, que afecta a las poblaciones más pobres y en las edades más productivas de la vida. Al analizar una serie de 10 años (1993–2004), se observa que la tendencia de la incidencia de esta enfermedad parece bastante estable, con discreta disminución de la tuberculosis en todas sus formas. En los estados de Rio de Janeiro y Amazonas se registraron las incidencias más elevadas en 2004: 94,5 y 70,6 por 100.000 habitantes, respectivamente. En 2004 se registraron 91.855 casos, con una tasa de incidencia de 45,2 por 100.000 habitantes. De ellos, 88,1% (80.960) eran casos nuevos de tuberculosis en todas sus formas y, de estos, 84,9% (68.744) eran casos pulmonares, y 62,5% (42.972) casos pulmonares con baciloscopia positiva. La prevalencia estimada fue de 50 millones de infectados, aproximadamente 111.000 casos nuevos y alrededor de 6.000 defunciones al año. La tuberculosis polifarmacorresistente no constituye un problema importante en el país. La tuberculosis se presenta como infección oportunista en 15,2% de los casos de sida y en cerca de 8,0% de los casos de tuberculosis seropositivos al VIH. En el Plan de Acción 2004–2007 se estableció como meta la implantación de la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) en los 370 municipios prioritarios, que representan más de 70% de la carga de tuberculosis del país. La estrategia DOTS comenzó a aplicarse en 1997 en áreas piloto de la región Centro-Oeste, pero la cobertura ha avanzado lentamente. No obstante, la cobertura poblacional de esta estrategia registró un aumento progresivo en los últimos años, al pasar de 3% en 1998 a 52% en 2004. En los municipios prioritarios, la cobertura con la estrategia DOTS alcanza a alrededor de 70% de la población.

A pesar de los avances realizados en los últimos años, la **lepra** sigue siendo un problema relevante, con una frecuencia 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 (tasa de detección de 2,6 casos por 10.000 habitantes). Las regio-

nes Norte y Centro-Oeste se mantuvieron en situación hiperendémica (más de cuatro casos nuevos por 10.000 habitantes), pero la región Nordeste notificó el mayor número absoluto de enfermos (25.267) y de casos nuevos detectados (14.015). A partir de 2004, el Brasil inició el cálculo de la prevalencia de punto (la proporción de individuos respecto de una población que sufren la enfermedad en un momento dado) y no de casos en registro activo, como se calculaba hasta 2003. Hacia finales de 2005 la frecuencia registrada fue de 1,48 por 10.000 habitantes (27.313 enfermos en tratamiento) y un coeficiente de detección de 2,1 por 10.000 habitantes (38.410 casos nuevos detectados). A pesar de la reducción en la frecuencia observada en el período 1985–2005, de 19,0 a 1,48 por 10.000 habitantes, la lepra aún representa un problema de salud pública que exige la intensificación de las acciones para acelerar su eliminación.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas se encuentran entre las principales causas de mortalidad de niños menores de 5 años. Las **neumonías bacterianas** no son de notificación obligatoria en el Brasil, aunque su vigilancia epidemiológica se ha reforzado. Se está aplicando un sistema de vigilancia centinela de enfermedad pneumocócica invasiva. De acuerdo con los datos del Sistema de Información Hospitalaria del SUS (SIH-SUS), de enero de 2005 a marzo del 2006 los neumonías representaron aproximadamente 6% del total de hospitalizaciones, 21,5% de las correspondientes a menores de 5 años, y 6,5% de las de mayores de 60 años. Datos de la red de vigilancia de infecciones pneumocócicas del Sistema Regional de Vacunas (SIREVA) correspondientes a 2005 documentan que en muestras de *Streptococcus pneumoniae* aislada de neumonía en niños menores de 6 años los serotipos circulantes más frecuentes fueron 14, 1 y 6B. Sin embargo, estos datos no son representativos de todo el país. La proporción de muestras de *S. pneumoniae* con resistencia intermedia o total a la penicilina aumentó de 10,2% a 27,8% entre 1993 y 2004.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

En el Brasil el sida afecta sobre todo a los usuarios de drogas inyectables y a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y, a inicios de la década de 1980, a receptores de transfusiones sanguíneas o hemoderivados. En los últimos años las tasas de incidencia se mantuvieron aún en índices elevados (19,2 casos por 100.000 habitantes) debido a la sostenida tendencia al aumento de casos femeninos. Se observa entre los hombres estabilidad en la proporción de casos por transmisión homo-bisexual, aumento proporcional de la forma heterosexual, y reducción importante y persistente de casos en usuarios de drogas inyectables. El número medio de casos de sida registrados anualmente osciló entre 25.000 y 30.000 según el origen y la fuente de datos. Se han acumulado 400.000 casos notificados desde el inicio de la epidemia y se estimó en más de 600.000 el número de personas que viven con VIH/sida. Las tasas de mortalidad aumentaron hasta media-

dos de la década de 1990, estabilizándose en cerca de 11.000 defunciones anuales desde 1998. La política de acceso universal al tratamiento antirretroviral, que combina medicamentos con diferentes formas de acción en el esquema denominado Terapia Antirretroviral de Alta Efectividad (HAART, por su sigla en inglés), produjo una reducción importante de la mortalidad. Cabe señalar el crecimiento persistente de casos de sida en las mujeres y en los negros y mulatos de ambos sexos entre 1998 y 2004, lo que pone de relieve la inequidad en el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento precoces de las poblaciones menos favorecidas social y económicamente.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La Encuesta Periódica de Presupuesto Familiar (POF 2002–2003) del IBGE (31, 32) indicó que la prevalencia de **déficit de peso** en el país (excluido el norte rural) cayó de 6,8% en 1989 a 5,4% en ese período entre las mujeres y de 3,8% a 2,8% entre los hombres. En el mismo período, la prevalencia de **sobrepeso y obesidad** entre los hombres aumentó de 29,5% a 41,0% y de 5,1% a 8,8%, respectivamente, mientras que entre las mujeres el sobrepeso cayó discretamente de 40,7% a 39,2%, y la obesidad se mantuvo prácticamente igual: de 12,8% a 12,7%.

En el período 2002–2003, en 15 capitales se llevó a cabo una encuesta nacional, mediante muestreo domiciliario, para identificar los factores de riesgo de la población de 15 años y más (33). El análisis de sobrepeso y del exceso de peso (índice de masa corporal [IMC] $\geq 25\text{kg/m}^2$) mostró una prevalencia algo mayor en las regiones Sudeste, Sur y Centro-Oeste (9,8%, 9,7% y 8,4%, respectivamente) que en las regiones Norte y Nordeste (7,8% y 6,8% respectivamente). Los datos de la Encuesta Periódica de Presupuesto Familiar de 1974, 1989 y 2003, muestran que la prevalencia de obesidad aumenta en todas las regiones del país, tanto en las zonas rurales como urbanas, y a pesar de que ese aumento es mayor en los hombres, las mujeres presentan cifras de obesidad mayores. En cuanto a la inactividad física, la proporción de individuos clasificados como insuficientemente activos fue mayor en João Pessoa (Paraíba) (54,5%) y menor en Belém (Pará) (28,2%), y no se observó algún patrón característico entre las regiones. Las mujeres presentaron mayor frecuencia de inactividad física que los hombres. En el grupo de 15 a 24 años se observó mayor frecuencia de actividad física.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades del sistema circulatorio constituyeron la principal causa de muerte para ambos sexos (284.685 defunciones en 2004, 28% de la mortalidad general). Las **enfermedades cerebrovasculares** fueron la causa más frecuente de defunción en el país (10,1% de la mortalidad general), las **enfermedades isquémicas** del corazón fueron la segunda causa (9,7% de la

mortalidad general). El análisis del período 1990–2003 mostró una tendencia a la disminución en las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. El riesgo de muerte por enfermedades cerebrovasculares y enfermedades isquémicas del corazón se redujo en los últimos 15 años en todos los estados brasileños y en ambos sexos, excepto en los estados de Pernambuco y Mato Grosso, donde existe una tendencia significativa al aumento del riesgo.

Neoplasias malignas

En 2003 se registraron 134.683 defunciones por tumores malignos. Las principales causas de muerte por cáncer en las mujeres fueron: cáncer de mama (15%), seguido por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (9%), y en tercer lugar, el carcinoma del cuello de útero (6,8%). En los hombres la primera causa fue el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (15%), seguido por el cáncer de próstata (12%) y el de estómago (11%).

La tasa bruta de mortalidad por neoplasia del cuello de útero en 2003 fue de 4,7 por 100.000 mujeres. La tendencia de riesgo de muerte se mantuvo estable para las mujeres de 30 a 59 años y aumentó de modo estadísticamente significativo entre las mujeres de 60 o más años en el período 1980–2003. El análisis de la mortalidad por cáncer cervicouterino presenta un factor limitante, que es el elevado número de casos de tumores de útero codificados como de parte no especificada, que alcanzó a 29% y en algunos estados llegó a representar 50% de los casos de cáncer de útero. La tasa bruta de mortalidad por cáncer de mama en 2003 fue de 10,4 por 100.000 mujeres. La tendencia del riesgo de mortalidad por esta causa en el período 1990–2003 mostró un aumento significativo en todos los grupos de edad, con excepción del grupo de 60 a 69 años. La región Sur presentó las mayores tasas.

La tasa bruta de mortalidad por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón en 2003 fue de 9,3 por 100.000 habitantes. Los riesgos de muerte entre los hombres son siempre superiores a los de las mujeres en todo el territorio nacional. En los hombres, el riesgo de mortalidad en el período 1990–2003 permaneció estable en el grupo de 30 a 49 años, con valores más bajos (en torno a 4 por 100.000 habitantes), cayó de modo significativo en el grupo de 50 a 59 años, se estabilizó en el de 60 a 69 años y creció de modo significativo en el de más de 70 años. En las mujeres se observó un riesgo creciente en todos los grupos de edad.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Según datos del Informe GEO Brasil 2002 (34), los desastres naturales más comunes en el período 1991–2001 fueron: estiaje 55,1%; sequedad 19,9%; inundaciones bruscas 20,6%; inundaciones graduales 1,7%; vendavales o tormentas 0,9%; vendavales intensos o ciclones extratropicales 0,3%, e incendios forestales 0,4%, además de granizos, anegamientos y otros, 1,0%.

Adicciones

La encuesta nacional para identificar los factores de riesgo de la población de 15 años y más, realizada en 2002–2003 (13) encontró que la mayor frecuencia de consumo regular de cigarrillos se encontró en Porto Alegre (Rio Grande do Sul) (25,2%) y la menor en Aracajú (Sergipe) (12,9%). De las ocho ciudades con mayores prevalencias, siete se situaban en las regiones Sur y Sudeste del país. En todas las ciudades el estimado de la prevalencia de fumadores fue mayor entre los hombres. Estas diferencias por género fueron estadísticamente significativas en todas las ciudades de las regiones Norte, Nordeste y Centro-Oeste, con excepción de la ciudad de Natal (Rio Grande do Norte). En el grupo de 15 a 24 años la prevalencia de tabaquismo varió de 6,8% en Aracajú a 24,1% en Porto Alegre. En el grupo de 25 años y más la mayor prevalencia se observó en Porto Alegre (25,6%) y la menor en Aracajú (15,5%). En lo que concierne al consumo de bebidas alcohólicas, la proporción de individuos que notificaron haber consumido al menos una dosis de alcohol en los últimos 30 días varió de 32,4% en João Pessoa a 58,6% en Florianópolis (Santa Catarina).

Salud oral

El Ministerio de Salud, con la participación de instituciones académicas y de servicios de salud, concluyó en 2003 una encuesta nacional amplia y completa de salud bucal, que mostró los resultados siguientes: un índice de caries dental elevado en los mayores de 12 años; de cada cuatro ancianos, tres no tienen una sola pieza funcional; menos de 22% de la población adulta y menos de 8% de los ancianos presentan encías sanas; la frecuencia de caries resultó 49% mayor en los municipios que no poseen agua fluorada. Con base en los resultados de esta investigación, el Ministerio de Salud lanzó el programa “Brasil sonriente”, que prevé un aumento importante del número de equipos de salud bucal en el Programa de Salud de la Familia (PSF), la adición de flúor al agua potable en 2.000 municipios y la construcción de centros de especialidades odontológicas. En 2004 se registró un aumento de 67,3% en la cantidad de equipos de salud bucal distribuidos en 2.944 municipios (35).

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

La política nacional de salud se basa en la Constitución Federal de 1988, que fija los principios y directivas para la atención de salud en el Brasil, prestada por el Sistema Único de Salud (SUS). El SUS, reglamentado en 1990 (36) tiene como principio fundamental 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 las tres esferas de Gobierno (federal, estatal y municipal), con la participación complementaria de la iniciativa

privada. El SUS tiene como directrices operativas la descentralización de la gestión, la integralidad de la atención y la participación de la comunidad. Por disposición constitucional, las acciones del Gobierno Federal deben desarrollarse según planes plurianuales (PPA) de cuatro años, aprobados por el Congreso Nacional.

El PPA 2004–2007 define las Iniciativas Prioritarias del Gobierno Federal para el cuatrienio, con las siguientes prioridades en el área de la salud: 1) seguridad fitozoosanitaria; 2) inversión en ciencia, tecnología e innovación, para promover la sustitución competitiva de importaciones en las áreas estratégicas; 3) saneamiento; 4) farmacia popular; 5) calificación de la asistencia sanitaria del Sistema Único de Salud (QualiSUS); 6) monitoreo, evaluación y control de las acciones de salud y de los recursos financieros transferidos a los estados, los municipios y las instituciones, en el marco del SUS; 7) reglamentación de la Enmienda Constitucional 29, que establece la asignación de recursos para el SUS; 8) salud bucal (a través del Programa “Brasil Sonriente”); 9) salud mental; 10) salud de la mujer; 11) control de la lepra y la tuberculosis; 12) trasplante de órganos; 13) servicio civil profesional en salud; 14) mayor suficiencia del SUS en la producción de hemoderivados, inmunobiológicos y fármacos; 15) salud indígena; 16) aprobación del Plan Nacional de Salud; 17) calificación de la gestión y regionalización del SUS, y 18) mejora de la calidad de la asistencia prestada por los planes de salud privados.

El SUS se estableció inmediatamente después de la promulgación de la Constitución Federal de 1988, para asegurar el acceso universal e igualitario a la atención de salud. La reorganización institucional se encuadró en la reglamentación legal (1990) y el proceso de descentralización se reguló por normas operativas básicas (NOB) aprobadas en las instancias colegiadas de la Dirección Nacional del Sistema: la Comisión de Intergestión Tripartita (CIT) y el Consejo Nacional de Salud (CNS). En 2006 se definió un nuevo instrumento de compromiso, el “Pacto por la Vida, en Defensa del SUS y de la Gestión” (37), resultado de un largo proceso de negociación entre los gestores iniciado en 2003. El Pacto, aprobado por la CIT y por el CNS en febrero de 2006, establece una nueva dinámica en las relaciones de intergestión del SUS e introduce cambios en los procesos de articulación entre los niveles federal, estatal y municipal del Gobierno, e incluyen: 1) la sustitución del proceso de habilitación por la adhesión solidaria a los Términos de Compromiso de la Gestión; 2) la regionalización solidaria y cooperativa como eje estructurante del proceso de descentralización; 3) la integración de varias formas de asignación de los recursos federales; y 4) la unificación de los diferentes pactos preexistentes (Pacto de la Atención Básica, de la Vigilancia, y otros acuerdos).

Para asegurar la articulación de las acciones del SUS en las tres esferas de gestión gubernamental, funcionan regularmente dos instancias de negociación y pactos: en el ámbito estatal, la Comisión de Intergestión Bipartita, con representación paritaria de la Secretaría Estatal de Salud y del Consejo de los Secretarios

Municipales de Salud (COSEMS), y en el ámbito nacional, la Comisión de Intergestión Tripartita, con representación paritaria del Ministerio de Salud y de los Consejos Nacional de Secretarios Estatales y de Secretarios Municipales de Salud (CONAS y CONASEMS). Los acuerdos alcanzados en esas comisiones se formalizan en el nivel de la esfera de gestión correspondiente. La participación social en el SUS se manifiesta principalmente en dos instancias formales: los consejos de salud y las conferencias de salud. Los consejos, que tienen carácter permanente, definen las estrategias y controlan la ejecución de la política sanitaria, incluidos los aspectos económicos y financieros. Las conferencias se convocan cada cuatro años, con amplia participación de todos los segmentos sociales interesados. En ellas se analizan los progresos en la situación de salud y se proponen directivas para las políticas públicas del sector. Los consejos y las conferencias cuentan con representación de las instancias gubernamentales, de los prestadores de servicios, de los profesionales de la salud y de los usuarios, estos dos últimos con participación paritaria respecto del conjunto de los otros dos sectores (38). En diciembre de 2003 se realizó la 12.^a Conferencia Nacional de Salud, que formuló recomendaciones sobre una amplia variedad de temas de interés del SUS (39).

Los consejos de salud están organizados en los tres niveles de gobierno y fueron establecidos con la finalidad de comprobar el funcionamiento de los consejos estatales y municipales durante el proceso de descentralización y las consiguientes condiciones de transferencia regular y automática de los recursos financieros federales (40). El Consejo Nacional de Salud estableció directivas para la organización de los consejos estatales y municipales de salud (41) y en 1999 definió también las normas de capacitación de los concejales (42) para lo cual difundió varios documentos destinados a orientar la participación social y la representación en los consejos, sobre todo en el ámbito municipal. En 2005 se aprobaron las Directivas Nacionales para el Proceso de Educación Permanente en el Control Social del SUS, que incluyen la formación de concejales de salud, las iniciativas relacionadas con políticas y estrategias de formación permanente, y la comunicación e información sanitarias para toda la ciudadanía (43).

El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de promover el proceso de regionalización de las redes de asistencia sanitaria, asegurando la capacidad resolutoria del sistema público de salud. Para ello, propone y acuerda directrices y normas generales sobre la regionalización, observando las normas vigentes y los acuerdos en la CIT. Le compete también cooperar técnica y financieramente con las regiones de salud, por intermedio de los estados y los municipios, dando prioridad a las regiones más vulnerables y promoviendo la equidad entre las regiones y los estados.

El control del ejercicio de las distintas profesiones dedicadas a la atención de salud es atribución de los consejos profesionales, que mantienen delegaciones regionales con jurisdicción en cada estado de la Federación. Los consejos son entidades públicas no estatales, creadas por ley, y con autonomía para supervisar los as-

pectos éticos y legales del ejercicio profesional en cada especialidad dentro de su respectiva jurisdicción. El ejercicio de las profesiones de salud también está sujeto a la reglamentación federal de vigilancia sanitaria.

El Ministerio de Salud define los criterios de regulación, fiscalización y control de toda la producción de bienes y servicios en el sector sanitario. La regulación se ejerce sobre todo el ámbito de las acciones de salud, tanto ambulatorias como hospitalarias, en los diversos niveles de complejidad (básica, mediana y alta) y sobre el acceso de los usuarios a la asistencia en esos niveles. La estrategia para regular la oferta y la demanda en salud se basa en los denominados “complejos reguladores”, que organizan de manera articulada e integrada el conjunto de las acciones de normalización del acceso a la asistencia (centrales de internación, centrales de consultas y exámenes, protocolos asistenciales), procurando adecuar la oferta de servicios de salud a las necesidades realmente existentes (44).

Desde 1995 se ejecuta el Programa Brasileño de Acreditación Hospitalaria (45), que evalúa los servicios con normas definidas en la esfera federal (46). La asistencia prestada por los planes privados está sujeta, desde 1998, a criterios de regulación, normalización, control y fiscalización, estipulados en la legislación específica (47). La Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS) monitorea la evolución de precios de los planes privados, así como a sus prestadores y los insumos utilizados, autoriza operaciones empresarias de subdivisión, fusión, incorporación, modificación o transferencia del control accionario, y supervisa la articulación con las entidades de defensa del consumidor (48).

Desde que se inició la regulación estatal se han producido cambios importantes en el sector, que han tenido impacto sobre la dinámica de la industria de planes privados de asistencia sanitaria, así como sobre las estrategias competitivas. Un estudio reciente mostró una reducción de 17%, entre 2000 y 2003, en el número de empresas de “medicina de grupo”, que funciona como un sistema de prepago, y de 23% en el ámbito de las empresas de autogestión. En el mismo período, el número de aseguradoras registradas aumentó de 4 a 14, y el de administradoras, de 28 a 37 (32%). El control sanitario de la producción y comercialización de productos y servicios de interés para la salud, procesos, insumos y tecnologías, lo ejercen los organismos 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 (ANVISA) (49), cuya esfera de actuación incluye el control sanitario de puertos, aeropuertos y fronteras.

Las actividades de inspección sanitaria se descentralizan hacia los gobiernos estatales y municipales, que participan del análisis técnico de los procesos de registro de los productos. El Ministerio de Agricultura centraliza el registro y la inspección industrial de productos de origen animal, de bebidas, plaguicidas y drogas de uso veterinario. Los productos agrícolas de exportación están sujetos a la fiscalización directa del Gobierno Federal.

Los sectores sanitarios y de agricultura poseen redes propias de laboratorios para apoyar las acciones de control de los alimentos.

En cuanto a la política ambiental, está fundamentada en legislación específica (50) y en la Constitución de 1998, que establece el Sistema Nacional para el Medio Ambiente, como instancia consultiva y deliberativa (51) y, como órgano ejecutivo, el Instituto Brasileño de Medio Ambiente y de los Recursos Naturales Renovables (52).

Estrategias y programas de salud

En 2004 se aprobó el Plan Nacional de Salud (PNS) (53). El PNS explicita las directivas para la acción del sistema en el período 2004–2007, relacionadas con: 1) la reorganización de la atención de salud, a fin de mejorar la calidad y el acceso a una atención integral y fortalecer la capacidad de regulación del sistema; 2) las condiciones de salud, al definir diversas acciones de prevención y control de las enfermedades de mayor prevalencia, y acciones orientadas a brindar protección adecuada a los grupos más vulnerables (salud de la mujer y del niño, jóvenes y adolescentes, ancianos, poblaciones negras e indígenas, personas con discapacidades, trabajadores, población carcelaria), así como incrementar las acciones estratégicas (salud bucal, salud mental, alimentación saludable, control de las enfermedades transmisibles, y vigilancia ambiental); 3) la gestión en salud, incluidos el mejoramiento del acceso y de la calidad de la atención, la sostenibilidad de la financiación, el fortalecimiento de los procesos de participación social y de prácticas de gestión participativa, así como del monitoreo, la evaluación y el control de las acciones de salud y de los recursos financieros utilizados por el SUS, y también el reforzamiento de su proyección internacional. EL PNS determina además la elaboración de un Plan Nacional de Inversiones en Salud, tendiente a lograr una mayor capacidad resolutoria de la red de servicios y a reducir las desigualdades regionales.

Organización del sistema de salud

El sector salud está formado por una red compleja de servicios que abarca a proveedores y financiadores vinculados con el sector público y el sector privado. Este último incluye a proveedores con fines de lucro y organizaciones benéficas sin fines comerciales. El sistema privado de planes y seguros de salud ofrece cobertura a 24,5% de la población (54), 44% de ellos como titulares de planes de salud y 56% en carácter de dependientes. La mayoría de su clientela reside en las ciudades de las regiones Sudeste y Sur. La expansión de este subsistema fue muy acentuada durante la década de 1990, en especial en los cinco años finales.

Al sector público de salud, de acceso universal, le corresponde la cobertura exclusiva con servicios asistenciales de 75% de la población, además de la oferta universal de los servicios colectivos (vigilancia epidemiológica y sanitaria, control de enfermedades transmisibles, etc.). Parte de la población cubierta por los

planes de salud también utiliza los servicios del SUS, especialmente en procedimientos o tratamientos más complejos o de más alto costo (trasplantes, VIH/sida, suministros farmacéuticos). La prestación de servicios de salud del SUS se realiza mediante las redes de los gobiernos federal, estatal y municipal, así como por establecimientos privados contratados, ya sean estos con fines lucrativos o no. El SUS está constituido por subsistemas en cada estado (SUS estatal) y cada municipio (SUS municipal). La legislación atribuye a los municipios la responsabilidad primordial de proveer acciones y servicios de salud para la atención de las necesidades sanitarias de sus respectivas poblaciones, con la cooperación técnica y financiera tanto federal como estatal. La dirección nacional del SUS corresponde al Ministerio de Salud, que cumple funciones reguladoras y de coordinación en el ámbito nacional, y que además tiene participación primordial en el financiamiento del sistema. El Ministerio de Salud mantiene algunas estructuras ejecutivas propias en las áreas de enseñanza, investigación, asistencia terciaria y prestación de servicios especiales, tales como la atención de salud a los indígenas. Otros sectores del Gobierno federal también prestan servicios de salud, en particular cabe destacar la red de hospitales universitarios, las dependencias de salud del Ministerio de Educación y las unidades propias de las Fuerzas Armadas. El SUS lleva a cabo funciones permanentes de coordinación, planificación, articulación, negociación, seguimiento, control, evaluación y auditoría que son inherentes a los tres niveles de Gobierno.

Servicios de salud pública

Desde mediados de la década de 1990 se impulsó el fortalecimiento de la atención básica (primer nivel de atención del sistema) como estrategia para reducir la desigualdad de acceso y estimular la reorientación de la atención en el marco de un modelo universal e integral, que antes estaba excesivamente centrado en la atención hospitalaria. Los mecanismos más importantes utilizados para expandir la cobertura y reducir las desigualdades interregionales fueron el llamado Piso de Atención Básica (PAB) y el Programa de Salud de la Familia (PSF).

El PAB es una estrategia de asignación de recursos destinados a la atención básica, vinculada al desarrollo de acciones previamente definidas y al cumplimiento de metas negociadas en la Programación Pactada e Integrada (PPI). Los municipios asumen la responsabilidad de asegurarle a la población una serie de acciones de atención básica. Para ello, reciben una capitación transferida por el Ministerio de Salud a los Fondos Municipales de Salud, en reemplazo de la asignación de recursos mediante pago por producción. Lo más importante de los incentivos está asociado a la implementación del PSF, programa lanzado en 1994, que incorpora y amplía una iniciativa anterior centrada en la actuación de agentes comunitarios de salud. El PSF ofrece atención integral de salud a una población definida, en un territorio determinado, mediante la adscripción de pacientes a un

equipo multiprofesional, compuesto por al menos un médico, un enfermero, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud (en proporción de un agente para un máximo de 150 familias, o bien 750 personas). Cada equipo de salud debe ser responsable del seguimiento de unas 1.000 familias. La preparación de los profesionales se realiza en polos de capacitación, formación y educación establecidos en todas las regiones del país e incluye el estímulo a la promoción de acciones intersectoriales para intervenir sobre las condiciones de producción de la salud.

En 2005, el PSF se ejecutaba en 4.837 municipios brasileños, con 22.683 equipos de salud familiar que atendían a aproximadamente 73 millones de personas (40% de la población). En su ámbito de actuación tienen prioridad las áreas no cubiertas por la red preexistente, de manera que su cobertura varía mucho de una jurisdicción a otra. El Programa también aplica estrategias diferenciadas en las zonas más pobres y de menor cobertura, en particular en la zona rural de la Amazonia Legal y en los municipios de menos de 30.000 habitantes e IDH igual o inferior a 0,7.

Desde 2002, el Ministerio de Salud, junto con la OPS, está trabajando en el diseño y aplicación de un modelo de calificación de los equipos del Programa de Salud de la Familia, con objeto de articular la dimensión de la calidad en los principios del PSF (territorialización, integralidad y continuidad, responsabilidad y vínculo, equipo multiprofesional y estímulo a la participación social) y sus líneas de acción. Se incorporan asimismo las dimensiones de estructura, proceso y resultado, considerando los factores contextuales relevantes. Para conocer el grado de satisfacción de los usuarios se utilizan diversos mecanismos, tales como encuestas e investigaciones, además de la información obtenida en los espacios de participación social del SUS (consejos y conferencias de salud).

Desde 2004, por intermedio del Programa Brasil Sonriente, se destinaron recursos para ampliar los equipos de salud bucal y establecer centros de especialidades odontológicas. En 2005 funcionaban 137 centros en 86 municipios de 21 estados.

Otro incentivo financiero específico importante se relaciona con la provisión de asistencia farmacéutica básica mediante mecanismos de financiación tripartita. El Gobierno Federal transfiere a las instancias subnacionales recursos por un valor de R\$ 1,00 por habitante al año, que se destinan a la adquisición de medicamentos esenciales para la atención básica, y los estados y municipios aportan el valor correspondiente. Para los municipios integrantes del Programa Hambre Cero el valor de este incentivo es de R\$ 2,00. El Programa Hambre Cero incluye distintas acciones y una de las más importantes es la Bolsa Familiar (*Bolsa Família*).

También los sistemas de vigilancia epidemiológica reciben incentivos financieros para las acciones de identificación y lucha contra las enfermedades transmisibles y de vigilancia sanitaria. Todas las acciones de vigilancia, prevención y control de enfermedades están actualmente reunidas en un área del Ministerio de Salud, la Secretaría de Vigilancia en Salud (SVS).

Con el proceso de descentralización, los municipios pasaron a asumir gran parte de la ejecución de las acciones de vigilancia en

salud. A los estados les compete la coordinación y supervisión, además de la ejecución, de las acciones en carácter suplementario o complementario. La normalización y la coordinación nacional quedan a cargo de la instancia federal (55).

A la Secretaría de Vigilancia en Salud le compete la coordinación de la gestión del Sistema de Vigilancia Nacional Epidemiológica, del Sistema de Vigilancia Nacional Ambiental en Salud, incluido el ambiente de trabajo, del Sistema Nacional de Laboratorios de Salud Pública en los aspectos pertinentes a la vigilancia epidemiológica y ambiental en salud, de los Sistemas de Información Epidemiológica y del Programa Nacional de Inmunización (PNI). Es responsable también de elaborar y difundir información sanitaria que ayude a establecer prioridades, a monitorear la situación de salud del país y a evaluar el impacto de las acciones de prevención y control de enfermedades.

Los gobiernos municipales son responsables de la gestión de las acciones de saneamiento básico, pero en la mayoría de las localidades son las compañías estatales de saneamiento las que prestan los servicios. El Gobierno Federal cumple una función preponderante en el financiamiento del sistema, al aportar recursos del presupuesto regular y ofrecer líneas de crédito. El sistema de salud realiza también acciones de saneamiento básico en las localidades pequeñas, la mayor parte de las veces asociadas al control de vectores, en el marco de la lucha contra las endemias. La FUNASA realiza obras de saneamiento en las localidades de hasta 30.000 habitantes, en las zonas rurales e indígenas y en la periferia de las grandes ciudades con índices críticos de calidad de vida. Las acciones de prevención y control de enfermedades de interés en salud pública se ajustan a las normas establecidas por las estructuras técnicas especializadas del Ministerio de Salud, bajo la forma de planes y programas ejecutados por las instancias municipales y estatales del SUS.

Según el informe nacional de seguimiento de los ODM (56), el Brasil aún presenta insuficiencias y desigualdades tanto en lo que atañe a las condiciones de vivienda y sus servicios como a la distribución de los servicios. La proporción de población urbana con conexión a la red general de abastecimiento de agua pasó de 88,3% en 1992 a 91,3% en 2002. En la zona rural, el acceso a la red general de agua ha mejorado pero sigue siendo restringido, ya que pasó de 12,3% en 1992 a 22,7% en 2002. En muchas localidades, la calidad del agua y la regularidad del servicio son precarias debido a las intermitencias en la distribución o las deficiencias en el tratamiento.

En relación con el drenaje sanitario, la proporción de población urbana atendida por la red general o fosa séptica pasó de 65,9% en 1992 a 75,9% en 2002. Estos servicios son más escasos en las regiones Norte, Nordeste y Centro-Oeste. En las zonas rurales la cobertura por red general o fosa séptica aumentó de 10,3% en 1992 a 16,0% en 2002. Los resultados de la Encuesta Nacional de Saneamiento Básico (PNSB 2000) realizada por el IBGE (57), revelan un panorama aún peor, ya que más de 70% del albañal colectado no solo no recibe tratamiento alguno, sino que

se vierte directamente en los manantiales y contribuye así al deterioro de las condiciones ambientales del lugar.

Datos de la misma encuesta (57) mostraron que la disposición final de residuos sólidos es también inadecuada: 64% de los municipios aún disponen sus residuos a cielo abierto, perjudicando considerablemente la eficiencia de las políticas de otros sectores, entre ellos el de salud. Se reconoce la existencia de gran cantidad de áreas potencialmente contaminadas. La extensión y complejidad de potenciales riesgos ambientales asociados con esta situación incluye: degradación del medio ambiente, mayor incidencia de enfermedades, pérdida de biodiversidad, y restricciones en el uso del agua y el suelo; todos ellos ocasionan perjuicios económicos y sociales. En las zonas rurales el uso de agrotóxicos se incrementó 2,5 veces en los últimos cuatro años.

En 1999 se aprobó la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN) (58), cuyos objetivos son garantizar la calidad de los alimentos destinados al consumo humano y promover prácticas saludables de alimentación, así como prevenir y controlar los trastornos nutricionales. Entre las principales iniciativas sociales del actual Gobierno se encuentra el Programa “Hambre Cero”, creado para fortalecer las acciones dirigidas a asegurar una alimentación adecuada para toda la población y ayudar a reducir la pobreza. El programa busca combatir las causas del hambre por medio de iniciativas complementarias tales como la movilización de la sociedad civil, la generación de empleo e ingresos, y el acceso a alimentos y programas de emergencia para los grupos más vulnerables. En este contexto, se lanzó en 2003 el programa “Bolsa Familia”, que pasó a ser el eje de los actuales esfuerzos por aliviar el hambre y la pobreza mediante un sistema de transferencia de ingresos a las familias más necesitadas; de esta forma, procura asegurarles el acceso a derechos básicos tales como la alimentación, la salud, la educación y la asistencia social. Bolsa Familia se propuso alcanzar a 11,2 millones de familias pobres con beneficios monetarios en 2006. Como parte del Programa “Hambre Cero”, el Programa de Alimentación y Seguridad Nutricional desarrolla acciones que incluyen la compra de bienes producidos por pequeños agricultores, el establecimiento de restaurantes populares con precios accesibles para los pobres, y el mejoramiento de la merienda escolar ofrecida en las escuelas públicas. Un programa similar subsidia a las familias que se comprometen a que sus hijos pequeños o adolescentes no sigan realizando las peores formas de trabajo infantil y aseguran su asistencia a la escuela. El Programa para la Erradicación del Trabajo Infantil (PETI) asiste aproximadamente a 980.000 niños.

Servicios de atención a las personas

El acceso a los servicios de salud parece estar asegurado para la amplia mayoría de la población brasileña. Según datos de la Encuesta Nacional por Muestreo Domiciliario (PNAD 2003), 98% de las personas que informaron haber buscado atención de salud en el período de referencia, dijeron haber conseguido la atención

solicitada (48). Este porcentaje fue ligeramente inferior para la población con ingresos de hasta un salario mínimo (97%) y superior en la franja de ingresos superiores a 20 salarios mínimos (99,5%). Por otra parte, la Encuesta de Salud Mundial de la OMS de 2003 reveló que hay una elevada insatisfacción (57,8%) de los usuarios con los servicios provistos por el sistema de salud del país, tanto público como privado. Sin embargo, hay diferencias en las evaluaciones que efectúan los usuarios de los planes de salud y los usuarios del SUS: de los que utilizan planes privados, 72% dijeron estar insatisfechos frente a 53,3% de insatisfacción entre los usuarios del SUS. La organización de servicios de salud está marcada por la fuerte presencia del sector privado en la oferta de servicios hospitalarios y de apoyo al diagnóstico y tratamiento y, al mismo tiempo, por la presencia importante del sector público en la oferta de servicios ambulatorios (59).

La red de atención de salud tenía, en 2002, 71% de sus establecimientos (46.428) destinados a atenciones ambulatorias (sin internación). De estos, 76% (35.086) pertenecían a la red pública y 73% (33.747) a las redes municipales. Menos de 15% (1.619) de los establecimientos privados sin internación estaban contratados por el SUS. La red municipal asegura la atención básica y la mayor parte de la de mediana complejidad, y está constituida por pequeñas unidades de salud (centros y puestos sanitarios).

En 2002 había 7.397 hospitales, de los cuales 4.809 pertenecían al sector privado y 70% de estos prestaban servicios al SUS (60). Aproximadamente 95% de los establecimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento (laboratorios de análisis clínicos, clínicas radiológicas, etc.) eran privados, y de ellos, apenas 35% prestaban servicios al SUS. El total de camas disponibles para internación en establecimientos de salud en 2002 fue de 471.171: 146.319 (31%) correspondían a establecimientos de la red pública y 324.852 a la red privada. Pero el SUS proporciona, además de las camas públicas, 83% de las privadas, lo que permite decir que cerca de 88% de las camas existentes en el país están acreditadas para su utilización por el sistema público universal. La atención hospitalaria del SUS registró cerca de 13 millones de internaciones en 2005, con una estancia promedio de 5,9 días.

El Sistema Nacional de Trasplantes (SNT) está presente en 22 estados de la Federación y hay 540 establecimientos de salud y 1.338 equipos médicos autorizados por el Sistema para realizar estos procedimientos. La realización de trasplantes por el SUS muestra un crecimiento constante: en 2004 el SUS costó 13.000 trasplantes de órganos y tejidos.

La atención ambulatoria en el SUS se clasifica en: atención básica (incluye acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, asistencia en especialidades básicas y control de enfermedades); atención especializada de mediana complejidad (incluye consultas con especialistas); y atención de alta complejidad (basada en el uso de equipos o tecnologías más complejas). Los datos más recientes (48) indican que en 2003 el número de consultas médicas per cápita fue de 2,4 consultas/año en todo el país y de 1,8 consultas/año en las zonas rurales. Las mayores

dificultades de acceso a los servicios de salud se localizan en la región Norte, debido a la oferta insuficiente y a la dispersión de la población. La atención de la salud bucal se considera un área crítica: 22% de la población de 5 a 19 años nunca tuvo acceso a tratamiento odontológico. En el sistema público, 63% de los procedimientos ambulatorios producidos se relacionan con la atención básica, porcentaje que alcanza a 72% en la región Norte.

En 2003 se estableció el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU/192) del SUS, principal componente de la Política Nacional de Atención a las Urgencias. El Ministerio de Salud habilitó 94 servicios de este tipo, que están en funcionamiento en 647 municipios.

Recursos humanos

En el período 1999–2004 el número de médicos registrados aumentó de 237.000 a 292.000, el de dentistas, de 145.000 a 178.000, y el de enfermeros, de 72.000 a 98.000 (61). En el período 1999–2004, la cantidad de médicos por 1.000 habitantes en todo el país aumentó de 1,4 a 1,6, aunque todavía en 2004 con importantes diferencias regionales: de 2,2 en el Sudeste, 1,0 en el Nordeste y 0,8 en el Norte. En el mismo período, el número de odontólogos por 1.000 habitantes varió de 0,9 a 1,0, y el de enfermeros, de 0,4 a 0,5, con similares diferencias en la distribución por regiones. De los 730.000 puestos de trabajo en las categorías de nivel superior en 2003, 64% estaban ocupados por médicos, 12,2% por enfermeros y 7,8 por odontólogos. Entre 1999 y 2002, el crecimiento de los puestos de enfermería (26,7%) fue mayor que el de los médicos (9,7%). En 2002, el sector público absorbía 45% de los puestos de médicos y 65% de los de enfermeros. La participación del sector público en el total de puestos de trabajo en 2002 era más elevada en las regiones Norte (76% de los puestos de trabajo) y Nordeste (65%), frente a apenas 48% en el Sur. La formación de personal de nivel superior en salud se imparte en instituciones públicas y privadas, con creciente participación de estas últimas, sean de carácter lucrativo o comunitario-filantropico. En 2002, 53 de los 115 cursos de Medicina, 81 de los 275 cursos de Enfermería y 52 de los 159 cursos de Odontología estaban vinculados al sector público (62).

Suministros de salud

El Brasil es uno de los mayores mercados consumidores de medicamentos y presenta dependencia elevada de la importación de fármacos. De acuerdo con un estudio realizado por el gobierno brasileño (63), la importación de los 1.028 fármacos más importantes en el mercado brasileño prácticamente se duplicó, al pasar de US\$ 535 millones a US\$ 1.095 millones entre 1990 y 2000. Esta explosión de las importaciones no solo se explica por la renovación del arsenal terapéutico y el lanzamiento en el mercado nacional de medicamentos de última generación. De las importaciones de fármacos en 1998, 83% tenían patentes originales

anteriores a 1977, de las cuales 47% fueron otorgadas antes de 1962. Las importaciones de medicamentos terminados aumentaron de US\$ 212 millones a US\$ 1,28 mil millones entre 1990 y 2000. El valor de ventas (sin impuestos) en el mercado interno fue de US\$ 6,7 millones en 2004 (64). El gasto en medicamentos es el renglón más importante del gasto familiar y alcanza 76% del gasto en salud en las familias de más bajos ingresos. En 1998 se aprobó la Política Nacional de Medicamentos (65) que tiene por finalidad garantizar la seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos, la racionalidad de su uso y el acceso de la población a los productos esenciales. Su aplicación presupone la gestión descentralizada de recursos, con base en una relación nacional de medicamentos esenciales y una relación de productos de acopio obligatorio. Tres esferas de gobierno comparten el financiamiento de la asistencia farmacéutica básica: la adquisición y distribución de medicamentos incumbe a los estados y municipios, y es responsabilidad del Gobierno Federal asegurar la disponibilidad de los productos estratégicos (antirretrovirales, hemoderivados y antimicrobianos especiales) y los medicamentos de alto costo. La Política Nacional de Asistencia Farmacéutica (PNAF) (66), elaborada por el Ministerio de Salud en consonancia con la Política Nacional de Medicamentos, establece que “la asistencia farmacéutica se debe comprender como política pública orientadora para la formulación de políticas sectoriales”. Para ampliar el acceso de la población a los medicamentos, se incentivó la comercialización de productos genéricos (67) de un costo medio 40% inferior al de referencia. Hasta 2006 se habían concedido 1.847 registros, relativos a 310 sustancias activas en 91 clases terapéuticas, producidas por 66 laboratorios. De esos productos registrados, 1.449 (79%) ya se fabrican internamente y 398 se importan; la India (51%) y el Canadá (16%) son los mayores proveedores.

El parque productor de inmunobiológicos en el país está constituido por laboratorios públicos que son los principales responsables de la fabricación de las vacunas y sueros utilizados en los programas autorizados. El país produce vacunas contra la tuberculosis, el sarampión, la difteria, el tétanos, la tos ferina, la fiebre amarilla, la rabia humana y canina, y sueros heterólogos (antiofídico, antitetánico, antidiftérico y antirrábico). El fortalecimiento de los laboratorios públicos ha sido una prioridad en los últimos años: entre 2002 y 2005, el Gobierno Federal realizó inversiones del orden de R\$ 200 millones. El Instituto de Tecnología en Inmunobiológicos (Bio-Manguinhos), unidad de Fiocruz, es el mayor proveedor de vacunas del Ministerio de Salud y solamente en 2002 produjo más de 120 millones de dosis, lo que equivale a cerca de 60% de la demanda pública nacional de vacunas. Junto con otros laboratorios públicos brasileños, Bio-Manguinhos abastece al SUS con los inmunobiológicos del Programa Nacional de Inmunización.

El control de calidad de la sangre transfundida se inició en 1980, con el incentivo a la donación voluntaria y la instalación de una red pública de hemocentros. El uso de sangre, así como de otros tejidos, células y órganos humanos para tratamiento, está

reglamentado y fiscalizado por la ANVISA (68). Esta agencia coordina en todo el país el Sistema Nacional de Hemovigilancia, con objeto de recoger y evaluar información sobre efectos indeseables o inesperados por la utilización de hemoderivados. En 2006 la red estaba constituida por 33 hemocentros coordinadores y más de 2.000 servicios de hemoterapia registrados por la ANVISA. Los hemocentros actúan asociados a las universidades, y contribuyen a la formación de personal especializado así como al desarrollo científico y tecnológico del área.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

El financiamiento de la investigación y el desarrollo tecnológico en salud son responsabilidades compartidas por los ministerios de Salud, de Ciencia y Tecnología, y de Educación. En algunos estados existen fundaciones que operan con recursos provenientes de los presupuestos estatales. El Ministerio de Salud realiza sus actividades de coordinación, fomento y desarrollo de investigaciones y tecnologías por intermedio de la Secretaría de Ciencia y Tecnología e Insumos Estratégicos (SCTIE) y de la Fundación Oswaldo Cruz-Fiocruz. A la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación, del Ministerio de Salud (69), le incumbe la definición de directivas y la promoción de la evaluación tecnológica. Asimismo, procura incorporar productos y procesos nuevos a través de los gestores, los prestadores y los profesionales de la salud. Para ello, el Ministerio de Salud estableció, en enero de 2006, el flujo para la incorporación de tecnologías en el ámbito del SUS. La inversión en investigación y desarrollo del Brasil en relación con su PIB aumentó de 0,8% (1996) a 1,0% (período 2001–2003). La producción científica publicada en LILACS pasó de 5.916 publicaciones (2000) a 7.221 en 2003. El desempeño en la base MEDLINE se duplicó entre 1999 y 2003, pasando de 3.123 a 6.418 publicaciones.

Gasto y financiamiento sectorial

El sistema de salud brasileño cuenta con tres grandes fuentes de financiamiento: la administración pública (por medio de impuestos y contribuciones sociales recaudadas por las tres esferas de Gobierno), las empresas y las familias. Como el Brasil no posee un sistema de cuentas locales en salud, no se dispone de datos seguros sobre el gasto total (público y privado) en salud dentro de criterios internacionalmente comparables. No obstante, la OMS (70) estima que en 2004 el gasto total en salud del Brasil correspondía a 7,9% del PIB; el gasto privado explicaba 51,9% del gasto total, y el gasto directo de las familias representaba cerca de 64% del gasto privado. El gasto privado en salud se realiza por medio de las familias y de las empresas, estas últimas mediante el suministro o la contratación de seguros, o mediante los planes de salud para sus empleados y dependientes, en forma voluntaria, no obligatoria. En 1996, 9% del gasto de consumo de las familias se destinaba a la salud (37% correspondía a la adquisición de

medicamentos, 29% al pago de planes y seguros de salud, y 17% a tratamientos odontológicos). Los gastos del sector más rico de la población representaban una parte significativa de los gastos totales en salud, mientras que los gastos del decil más pobre constituían una ínfima fracción. Según la Encuesta Periódica de Presupuesto Familiar, a los tres deciles más ricos correspondió 68% de los gastos totales en salud, mientras que al 30% más pobre correspondió apenas 7% del gasto (71). También se observan diferencias cualitativas entre el gasto de los más ricos y de los más pobres: mientras que para estos últimos el principal rubro de gastos en salud fue el de medicamentos, en los deciles de mayores ingresos pesaban cada vez más los gastos en planes de salud, aunque en todos los deciles de ingresos los gastos en medicamentos representaron una proporción considerable de los gastos en salud. En particular, en el decil más pobre 54% del gasto en salud se destinaba a la compra de medicamentos y 6% al pago de planes de salud, mientras que en el decil más rico 24% del gasto fue para medicamentos, y 33% para los planes de salud.

El SUS se financia por medio de recursos públicos procedentes de las tres instancias de Gobierno. En 2004, el Gobierno Federal participó con 50,7% del financiamiento del SUS, los estados y el Distrito Federal con 26,6%, y los municipios con 22,7%. La movilización de recursos por el Gobierno Federal (Unión) se realiza por medio de impuestos generales y contribuciones sociales. En los últimos años, el gasto del Ministerio de Salud ha representado aproximadamente 9% de los gastos efectivos totales (no financieros) del Gobierno Federal. De las áreas sociales, la de salud es la segunda en materia de gasto, y solo la supera la seguridad social. En 1995 el presupuesto del Ministerio de Salud era de R\$ 36.800 millones (en valores de 2003). En 2003 se destinaron R\$ 30.800 millones al Ministerio de Salud. En ese año, cerca de 50% de ese valor se transfería a los estados y municipios para la ejecución de acciones y servicios de salud, como resultado de la consolidación del proceso de descentralización del sistema sanitario: en 1995 los gastos del Ministerio de Salud ejecutados directamente correspondían a 72% del total de su presupuesto y apenas 8% se transfería a las instancias subnacionales. Hay una diferencia regional importante en la asignación de recursos públicos para la salud: en 2002 el gasto público per cápita en la región Nordeste era de R\$ 168,43, mientras que en la región Sudeste alcanzaba los R\$ 250,56. La participación de los recursos federales representaba 62% del gasto público per cápita en la región Nordeste, y 49% en la región Sudeste. Con recursos del Ministerio de Salud, en 2004 el gasto en inversiones fue de alrededor de R\$ 1.900 millones, 5,1% del gasto total de este organismo: 1,9% en inversiones directas y 3,2% en recursos transferidos a inversiones a ejecutarse por estados y municipios.

Cooperación técnica y financiera en salud

En Brasil se ejecutan diversos programas apoyados por organismos de cooperación bilateral y multilateral, entre ellos el

Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial, la OPS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Unión Europea, y el Fondo para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Se destacan los proyectos destinados al fortalecimiento de la atención básica (Proyecto de Expansión y Consolidación del Programa Salud de la Familia [PROESF]), a la reorganización de la atención a la salud de los indígenas, y al afianzamiento de la vigilancia de las enfermedades (VIGISUS).

La cooperación internacional hace hincapié en las áreas de servicios colectivos y capacitación, especialmente en las subáreas de gerencia y prevención y control de enfermedades. El alcance de esta cooperación es nacional o se dirige a los estados cuya situación de salud es más precaria, sobre todo los localizados en la región Nordeste. En líneas generales, las áreas temáticas de la cooperación comprenden: 1) 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; 2) mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en los aspectos de reestructuración física, fortalecimiento gerencial y capacitación de recursos humanos; y 3) mejoramiento del acceso a acciones y servicios de salud.

Actúan en el Brasil diversas fundaciones internacionales que proporcionan financiación directa a proyectos o a personas físicas, sobre todo en campos relacionados con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, de 1994, y con el logro de los ODM. La cooperación técnica de la OPS en el Brasil se basa en los enfoques de: derechos, equidad, género, de continuo de vida (nuevo enfoque para promover la atención neonatal dentro del proceso continuo de atención de la madre, el recién nacido y el niño), decisiones basadas en pruebas científicas, y adecuación a las políticas del país. Mediante sus acciones de comunicación y gestión del conocimiento, la OPS promueve la integración de las diversas áreas técnicas, facilitando así las acciones de cooperación técnica con el país.

El Brasil participa también en iniciativas de cooperación en el Hemisferio Sur, que suponen cantidades importantes de recursos financieros. Algunos países fronterizos como Bolivia, Colombia, Guyana, Paraguay, Perú y Venezuela se benefician de actividades de control de enfermedades endémicas como la malaria, la esquistosomiasis, la leishmaniasis, la tuberculosis y la lepra, y de prevención del sida. Hay un intenso intercambio con los países del MERCOSUR tendiente a establecer normas sanitarias comunes. El Brasil mantiene aún una línea de apoyo a los países africanos de habla portuguesa y a Timor Oriental.

Referencias

1. Brasil, Portal do Governo Brasileiro. Disponible en: www.brasil.gov.br. Acceso el 26 de mayo de 2006.
2. Brasil, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de desenvolvimento humano: Racismo, pobreza e violência; 2005.
3. Brasil, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 1991–2000; 2003.
4. Brasil, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Objetivos de desenvolvimento de milênio, relatório nacional de acompanhamento; 2005.
5. Brasil, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Sobre a recente queda da desigualdade de renda no Brasil; agosto 2006.
6. Ramos L, Ferreira V. Geração de empregos e realocação espacial no mercado de trabalho brasileiro: 1992–2002. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
7. Brasil, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. O Estado de uma nação: Capítulo III: Pobreza e exclusão social; 2005.
8. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Serie Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, número 17; 2005.
9. Nações Unidas no Brasil. Uma leitura das Nações Unidas sobre os desafios e potencias do Brasil. Avaliação conjunta do país, agosto 2005.
10. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004. Segurança Alimentar; Rio de Janeiro; 2006.
11. Carrión F. De la violencia urbana a la convivencia ciudadana. En: Seguridad ciudadana, ¿espejismo o realidad? Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; OPS/OMS; 2002. Pág. 13-19.
12. Brasil, Ministério da Justiça. Relatório descritivo. Perfil das organizações de segurança pública. Volume 1. Perfil das organizações estatais e municipais de segurança pública: corpos de bombeiros, forças armadas (2004), polícia militar (2004), polícia civil (2004), guardas municipais (2003). Brasília; 2006.
13. Brasil, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas Racial Brasileiro, 2005.
14. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Declaración Mundial para la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño. Nueva York; 1990.
15. Venâncio S, Monteiro C. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. Revista Brasileira de Epidemiologia. 1999; 1(1).
16. Brasil, Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Relatório preliminar. Brasília; 2001.
17. Brasil, Ministério da Saúde; Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Bancos de Leite Humano em Brasil. Disponible en: <http://www.fiocruz.br/redeblh>. Acceso en julio de 2006.

18. Brasil, Ministério da Saúde; Organização Panamericana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília; 2005.
19. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação da saúde. Brasília; 2005.
20. Brasil, Ministério da Saúde; Organização Panamericana da Saúde. Painel de indicadores do SUS. Año 1, N° 1; 2006.
21. Costa MCN, Mota ELA, Paim JS, Silva LMV, Teixeira MG, Mendes CMC. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. *Revista de Saúde Pública*. 2003; 37(6): 699-709.
22. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 1999. Rio de Janeiro; 2000.
23. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 1991.
24. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 1.395, del 9 diciembre de 1999.
25. Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego. Anuário Estatístico RAIS. Empregos por setor. Disponible en: <http://anuariorais.caged.com.br/emprego.asp?tab=01&arq=Emprego1#>. Acceso en septiembre de 2006.
26. Brasil, Serviço Social da Indústria. Perfil epidemiológico de fatores de risco para doenças não transmissíveis nos trabalhadores das indústrias do Brasil, resultados preliminares; 2006.
27. Alves AL, Barbosa RB. A saúde da população negra, realizações e perspectivas. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra. Brasília; 1998.
28. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente. Mimeo, 102 p. Publicação elaborada sob o patrocínio do Ministério da Saúde. Brasília; junio de 2000.
29. Alves AL. Grupo de Trabalho Interministerial de Valorização da População Negra. Informe Epidemiológico do SUS, 1998.
30. Brasil, Presidência da República. Decreto del 20 de noviembre de 1995.
31. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002–2003. Análise da Disponibilidade domiciliar e estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro; 2004.
32. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002–2003. Primeiros Resultados. Rio de Janeiro; 2004.
33. Brasil, Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal 2002–2003; 2004.
34. Brasil, Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. GEO-Brasil 2002. Perspectivas do Meio Ambiente no Brasil. 1ª ed. Brasília: IBAMA; 2002.
35. Brasil, Ministério da Saúde. Projeto Saúde Bucal Brasil. Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira; 2004.
36. Brasil. Leis N° 8.080 e N° 8.142, respectivamente del 19 de septiembre y del 28 de diciembre de 1990.
37. Brasil. Portaria GM N° 399; 22 de febrero de 2006.
38. Brasil. Leis Orgânicas da Saúde: N° 8.080 e N° 8.142, respectivamente del 19 de septiembre y del 28 de diciembre de 1990.
39. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde, Relatório Final; 2003.
40. Brasil, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOBs-SUS 01/93 y 01/96).
41. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS N° 333/2003.
42. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde. 19 p. Brasília; 1999.
43. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS N° 354/2005.
44. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria da Atenção à Saúde do SUS: Noções básicas sobre os processos de apoio à gestão no âmbito da atenção à saúde. 1ª ed. Brasília: Série Cadernos da SAS; 2005.
45. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 1.107, del 14 de junio de 1995.
46. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. 2ª ed. Brasília; 1999.
47. Brasil. Lei N° 9.656, del 3 de junio de 1998; Medida Provisória N.º 1.665.
48. Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponible en: www.ans.gov.br. Acceso en septiembre de 2006.
49. Brasil. Lei N° 9.782, de 1999. [Algunos de sus dispositivos fueron alterados con la Medida Provisoria de octubre de 2000].
50. Brasil. Lei N° 6.938, de 1981.
51. Brasil, Ministério do Meio Ambiente. Disponible en: www.planalto.gov.br/paginas_governo/19.htm.
52. Brasil, Ministério do Meio Ambiente, Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Disponible en: www.ibama.gov.br.
53. Brasil. Portaria MS/GM N° 2.607, del 10 de diciembre de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde—Um Pacto pela Saúde no Brasil; 2004.

54. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD 2003, Suplemento de Saúde; 2003.
55. Brasil. Portaria Nº 8 de 29 de junho de 2004.
56. Brasil, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM; 2005. Disponible en: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/estudospesq/odm/cap7.pdf>. Acceso en julio de 2006.
57. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, PNSB 2000. Disponible en: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pnsb/pnsb.pdf.
58. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Nº 710, del 10 de junio de 1999.
59. Viacava F, Souza-Júnior, PR, Szwarcwald, CL. Coverage of the Brazilian population 18 years and older by private health plans: an analysis of data from the World Health Survey. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21 (Suppl. 1): S119-128.
60. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. AMS 2002.
61. Brasil, Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos. Brasil, 2000 a 2005 (IDB 2000 a 2005). Disponible en: www.datasus.gov.br.
62. Brasil, Ministério da Educação. INEP. Censo Nacional da Educação Superior; 2000.
63. Brasil, Diretrizes de Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior; 2003.
64. Brasil, Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica, Departamento de Economia; 2006. Disponible en: <http://www.febrafarma.com.br/>.
65. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.916, del 30 de octubre de 1998.
66. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 338, del 6 de mayo de 2004.
67. Brasil. Lei Nº 9.787, de 1999.
68. Brasil. Lei Nº 10.205, del 21 de marzo de 2001.
69. Brasil. Portaria Nº 1.418/GM, del 24 de julio de 2003.
70. Organización Mundial de la Salud. 2002–2004. Disponible en: www.who.int/nha/country/BRA.
71. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 1995–1996.

CANADÁ



La economía de Canadá experimentó cambios rápidos y profundos en los años noventa, en gran medida estimulados por la economía mundial. El crecimiento de la economía a fines de los noventa se debió principalmente a los sectores de fabricación de automóviles y alta tecnología y a los servicios de tecnología de la información y la comunicación, que se desaceleraron a partir de 2001 en beneficio de áreas por mucho tiempo relegadas, como la construcción, la salud y la educación.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

En 2005, el crecimiento real del producto interno bruto (PIB) se mantuvo en 3%. Por las elevadas utilidades y superávit empresariales, Canadá también registró la más grande ganancia en inversiones empresariales en los últimos años. El alza de los precios de los productos y las exportaciones a su vez contribuyó al aumento de la tasa de cambio, de US\$ 0,65 por dólar canadiense a comienzos de 2003 a US\$ 0,86 a fines de 2005 (la más rápida variación de la moneda en la historia del país).

La bonanza en los sectores de la energía y la minería contribuyó a llevar el desempleo a sus tasas más bajas en 30 años, especialmente en el oeste del país. Si bien otras regiones no se beneficiaron tanto, hubo alguna mejora de la situación. En Quebec, el desempleo llegó a un mínimo de 8,3% en 30 años, mientras que en Ontario el empleo aumentó 1,3%, con una tasa de desempleo que solo superó en un punto la marca mínima de 5,8% alcanzada en 2000.

El tamaño de la economía de Canadá le ha permitido resistir repetidas sacudidas en los últimos años, entre ellas la caída de la bolsa entre 2000 y 2002, los ataques terroristas en los Estados Unidos el 11 de septiembre de 2001 y la reciente alza de la tasa de cambio y los precios de los energéticos.

Sin embargo, algunos problemas importantes de salud, como la epidemia de SARS o la crisis de la enfermedad de las vacas locas, han tenido pocas repercusiones en la economía.

En 2002, Canadá respaldó un acuerdo para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, definidos en el Consenso de Monterrey. Los países en desarrollo asumieron la responsabilidad básica de alcanzar los objetivos, mientras que los países industrializados, entre ellos Canadá, se comprometieron a apoyar a los países en desarrollo mediante la cooperación, el comercio y el alivio de la carga de la deuda. Entre los indicadores más destacados de Canadá, según informes de las Naciones Unidas, están los siguientes: la matrícula escolar neta para ambos sexos aumentó de 97,0% en

1999 a 99,5% en 2001 (de 97,0% a 99,7% para las niñas y de 96,9% a 97,3% para los varones); la participación de las mujeres en el empleo asalariado en sectores no agrícolas se incrementó de 48,8% en 2001 a 49,4% en 2004; el porcentaje de escaños ocupados por mujeres en el parlamento nacional ha permanecido estable desde 2001, en 20,6%; el porcentaje de niños vacunados contra el sarampión disminuyó de 96% en 2001 a 95% en 2004; el porcentaje de mujeres casadas de 15 a 49 años de edad que usaban métodos anticonceptivos ha permanecido en 75% en el período examinado; la proporción de la población que cuenta con abastecimiento de agua corriente y saneamiento era de 100% en las zonas urbanas y de 99% en las rurales, y la asistencia oficial neta al desarrollo como porcentaje del producto interno bruto se redujo de 0,25% en 2004 a 0,24% en 2005.

Las actividades de promoción de la salud buscan mejorar la salud de toda la población y reducir las desigualdades en materia de salud entre los diferentes grupos (1).

El crecimiento económico en 2001–2004 ha contribuido a mejorar las condiciones de las familias y los individuos de bajos ingresos. Menos de 8% de las familias constituidas por dos o más personas tenían ingresos bajos en 2004, lo cual representa una disminución con respecto a 1999 (menos de 10%). Aproximadamente 36% de las familias encabezadas por mujeres solas tenían bajos ingresos en 2000, frente a 39% cinco años antes. El porcentaje de niños de familias de bajos ingresos también ha disminuido desde 1996 y en 2001 alcanzó su valor más bajo (12%) desde 1980. En el cuadro 1 se puede observar el porcentaje de familias por debajo del límite de bajos ingresos según el tipo de familia, en 1996, 1998, 2000 y 2002–2004. No obstante, desde 2001 el porcentaje de niños de familias de bajos ingresos ha permanecido esencialmente sin cambios (menos de 13% en 2004).

La distribución de los ingresos familiares ha mostrado un aumento en la desigualdad de ingresos disponibles. Desde 1995 a 2004, el ingreso medio de las familias en el quintil económico más alto aumentó en aproximadamente 26%. No obstante, el incremento de los ingresos de las familias en el quintil económico más bajo ha sido más modesto (de un poco menos de 13%). La

CUADRO 1. Porcentaje de familias por debajo del límite de bajos ingresos según tipo de familia, Canadá, 1996, 1998, 2000 y 2002–2004.

Tipo de familia	Año					
	1996	1998	2000	2002	2003	2004
Familias constituidas por dos o más personas	12,1	10,1	9,0	8,6	8,5	7,8
Familias constituidas por personas mayores	3,3	3,9	3,1	2,9	2,7	2,1
Parejas jóvenes sin hijos	8,4	6,7	6,9	7,1	6,6	6,2
Familias constituidas por ambos padres e hijos	10,8	8,5	8,3	6,5	6,7	6,7
Familias encabezadas por mujeres solas	52,7	42,9	36,3	39,4	38,8	35,6
Solteros	37,3	35,1	32,9	29,5	29,6	29,6

brecha en dólares entre esos dos grupos se incrementó 30% entre 1995 y 2004 (2).

Hay disparidades importantes en materia de salud. Entre los hombres canadienses que viven en las ciudades, los que están en el quintil de ingresos más altos viven cinco años más que los que están en el quintil de ingresos más bajos, y la probabilidad de morir por cardiopatía es de menos de 25%. Estas desigualdades en materia de salud están distribuidas en forma diferencial entre grupos específicos de población (como los indígenas), según el sexo, la posición socioeconómica, la escolaridad y los ingresos, la ubicación geográfica y otros marcadores de desventaja o desigualdad de oportunidades (3).

Las desigualdades en materia de salud afectan más a los indígenas del quintil socioeconómico más bajo. Como sufren enfermedades o lesiones más graves con mayor frecuencia, las personas del quintil de ingresos más bajos utilizan los servicios de atención de salud aproximadamente dos veces más que las personas del quintil de ingresos más altos. Alrededor de 20% del gasto total en atención de salud puede ser atribuido a disparidades en los ingresos. En contraste, las familias con ingresos medios representan 8,1% del gasto total en atención de salud (4).

Las mujeres también sufren una incidencia más elevada de la pobreza, y este factor social provoca un mayor riesgo para la salud. Las madres solteras están expuestas a un riesgo particular, ya que la gran mayoría de ellas tienen bajos ingresos (81% frente a 15% de las que tienen un compañero); más de la mitad sufren inseguridad alimentaria (54% frente a 10%) y 40% de las madres solteras y 7% de las que tienen compañero son víctimas de la violencia (4).

Los canadienses que residen en zonas rurales son más propensos a tener peores condiciones socioeconómicas, un nivel de escolaridad más bajo y comportamientos menos saludables. Hasta los 64 años de edad, los riesgos de mortalidad por todas las causas eran más altos en las zonas rurales que en las urbanas (5).

Canadá ha sido afectado por diversos desastres durante el período examinado, como incendios forestales, un huracán y severas tormentas invernales. La frecuencia de las inundaciones también está aumentando en el país. La nieve derretida causa alrededor de 40% de todas las inundaciones, si bien estas también

son provocadas o agravadas por lluvias intensas, acumulación de hielo, deshielo de glaciares, tormentas costeras, maremotos, ciclones y huracanes.

Los contaminantes atmosféricos más comúnmente medidos en Canadá incluyen el ozono a nivel del suelo, las partículas en suspensión, el monóxido de carbono, el bióxido de azufre y los óxidos de nitrógeno. Según 73% de los canadienses, la contaminación del aire y el agua es el riesgo más importante para la salud.

La Asociación Médica Canadiense estimó que en 2005 hubo 5.800 muertes prematuras causadas por la contaminación atmosférica en Notario, y previó que esa cifra se incrementaría a 10.000 para 2026, a menos que se tomaran medidas efectivas para reducir el smog. En 2005 se estimó que los gastos ocasionados por la contaminación atmosférica en Ontario ascendieron a más de Can\$ 1.000 millones en gastos directos de atención de salud y pérdida de la productividad. En 2004 se estimó que la contaminación atmosférica en Columbia Británica causaba cada año entre 140 y 400 muertes prematuras, entre 700 y 2.100 internaciones hospitalarias y entre 900 y 2.750 consultas de urgencia.

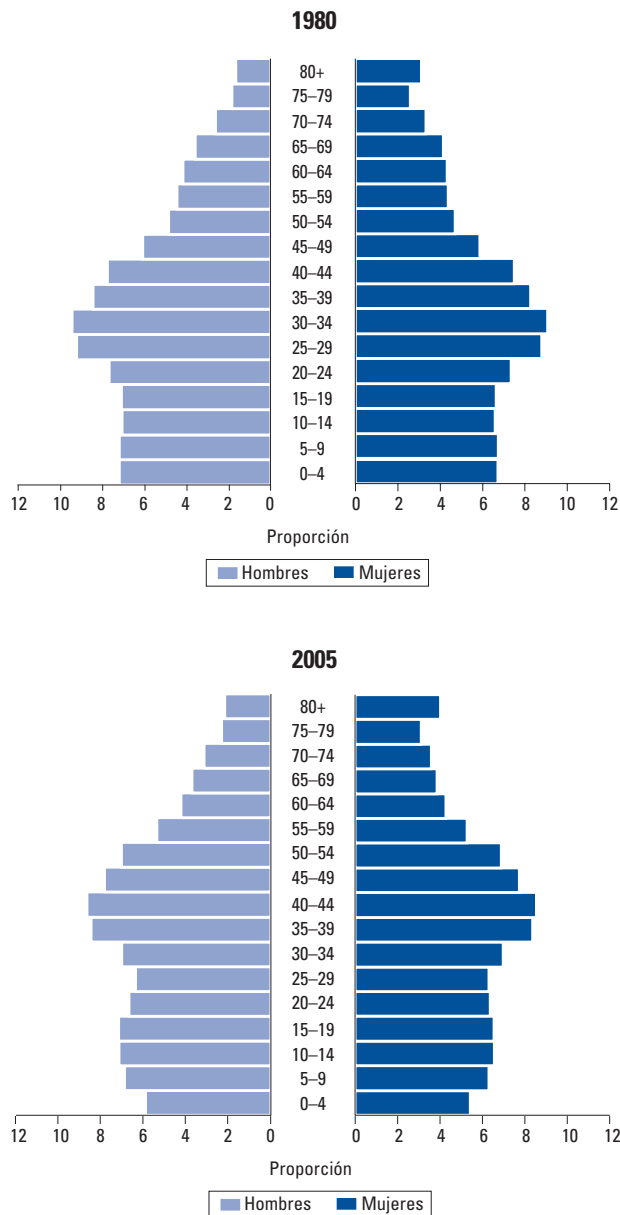
La exposición más elevada a contaminantes orgánicos persistentes suele afectar a los habitantes del norte del país. Los indígenas tienden a sufrir una mayor exposición porque consumen alimentos tradicionales que contienen concentraciones elevadas de contaminantes, como el mercurio. Se han encontrado concentraciones de mercurio considerablemente más altas en la sangre de madres de comunidades inuit que en la de mujeres caucásicas, denes o metis.

Demografía, mortalidad y morbilidad

Hay por lo menos cuatro factores principales que influyen en el suministro de servicios de salud: el envejecimiento de la población; las diferencias en las necesidades de servicios de salud de las poblaciones de zonas urbanas, rurales y remotas; la diversidad cultural resultante de altas tasas de inmigración, y la salud de los pueblos indígenas (6).

En 2003, las personas de 65 años y más constituían 12,8% de la población; en 1970, el porcentaje era de 7,9% y se prevé que este grupo de edad representará 20% de la población en 2025. En

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Canadá, 1980 y 2005.



la figura 1 se muestra la estructura de la población por edad y sexo en 1980 y 2005.

La tasa global de fecundidad disminuyó de 2,3 hijos por mujer en 1970 a aproximadamente 1,5 en 2002, y la tasa de natalidad se redujo de 17,5 por 1.000 habitantes a 10,7 en esos mismos dos años (6).

Según los datos del Departamento de Agricultura y de Agri-Food Canada, 79,4% de los canadienses vivían en zonas urbanas con una población de 10.000 o más habitantes en 2001, lo cual re-

presenta un aumento con respecto al 78,5% observado en 1996; el resto vivía en zonas predominantemente rurales, y en los tres territorios del norte y las cinco provincias, más de la mitad de sus habitantes residían en regiones predominantemente rurales (7). Los sectores de la población que viven en zonas rurales, lejos de un centro metropolitano, plantean enormes retos para el suministro de atención en salud en términos de alcance, calidad y costo de los servicios ofrecidos. Los canadienses de esas regiones tienen un estado de salud inferior y mayor dificultad para acceder aun a servicios de atención primaria y, mucho menos, servicios especializados (6).

La gran inmigración después de la Segunda Guerra Mundial también ha creado una población culturalmente diversa. Según el censo de 2001, 18,4% de los residentes no nacieron en el país y la mayoría de ellos vinieron de países no anglófonos y no francófonos. La mayoría de los inmigrantes recientes provienen de países no europeos y no hablan inglés o francés como primer idioma.

Entre 2002 y 2004 hubo un gran movimiento de canadienses e inmigrantes nuevos, y la población de la mayoría de las provincias y territorios aumentó gracias a la inmigración. En relación con su población, Ontario registró el más grande aumento neto (10,4 inmigrantes nuevos por 1.000 habitantes), lo que representó un total de 127.300 residentes nuevos. Le siguen Columbia Británica, con un aumento neto de 10,2 y Alberta, con un aumento neto de 8,3. Nunavut registró la mayor disminución neta de su población al perder 5,1 residentes por 1.000 habitantes, si bien las cantidades absolutas fueron pequeñas.

De las áreas metropolitanas censadas, Toronto tuvo el más alto ingreso neto de personas, seguido de Vancouver y Montreal. Estas tres áreas metropolitanas atrajeron a alrededor de tres cuartas partes de los inmigrantes internacionales. Aproximadamente el 65% de las personas que se trasladaron a Toronto en 2003-2004 provenían del extranjero, al igual que 50% de las que se trasladaron a Vancouver y 48% de las que se trasladaron a Montreal. Sin estos inmigrantes, habría habido un éxodo de personas en los últimos años en esos centros urbanos. La concentración de la población en las ciudades más grandes ha causado que los establecimientos de atención de salud se hayan visto apremiados para prestar servicios que superen las barreras lingüísticas y culturales (8).

En 2001, los canadienses que señalaron que tenían ascendientes indígenas constituían 4,4% de la población total del país. Casi 50% de los indígenas¹ canadienses son integrantes reconocidos

¹La mayor parte de la información proporcionada se refiere a las poblaciones de las Primeras Naciones y los Inuit, que están bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud de Canadá. La población indígena total de Canadá, a menos que se especifique en el texto, no está incluida en los datos contenidos en esta publicación.

El término "Primeras Naciones" se usa en Canadá para referirse a los indígenas que habitaban lo que ahora es el territorio canadiense y sus descendientes, sin incluir a las comunidades inuit (esquimales) y los metis (mezcla racial, descendientes de indígenas y europeos). El conjunto de todos estos pueblos indígenas reciben el nombre de aborígenes.

de las Primeras Naciones, que viven dentro o fuera de reservas. Otro 26% son indígenas sin derecho a los beneficios que otorga la Ley y muchos de ellos están concentrados en zonas urbanas; alrededor de 30% de estos indígenas son Metis que viven en el oeste de Canadá, y 5% son Inuit, que viven en las regiones árticas canadienses (6). Aproximadamente 45% de los integrantes de las Primeras Naciones tienen menos de 20 años de edad.

Los indicadores de salud de los indígenas han estado mejorando en los últimos 20 años, por ejemplo, la esperanza de vida y la mortalidad infantil. No obstante, los indígenas sufren en forma desproporcionada enfermedades crónicas y trastornos como diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón, tuberculosis, infección por el VIH y síndrome de alcoholismo fetal. Según los datos de 2004 del Instituto Canadiense de Información Sanitaria, la tasa de mortalidad por lesiones e intoxicaciones entre los integrantes de las Primeras Naciones y los Inuit es cuatro veces más alta que en la población general de Canadá.

La esperanza de vida de las mujeres indígenas es de 5,2 años menos que el promedio nacional y los hombres indígenas pueden esperar vivir 7,4 años menos que el promedio nacional. Si bien representan solo 2% de la población total de Canadá, 7,2% de los casos nacionales de infecciones por VIH/sida se registraron en los integrantes de las Primeras Naciones. La incidencia de la diabetes también es de tres a cinco veces más elevada que el promedio nacional, y la tasa de suicidios entre indígenas jóvenes de 10 a 19 años de edad es 4,3 veces más alta que en el resto de los habitantes; entre los Inuit, es once veces más alta en todos los grupos de edad.

Los determinantes sociales de la salud más amplios, como la pobreza relativa y la marginación, son factores importantes que conducen a resultados de salud más deficientes en los indígenas y a la consiguiente mayor utilización de los servicios públicos de salud (6).

En 2004, la tasa bruta de natalidad alcanzó su valor mínimo, a pesar de un segundo aumento sucesivo del número de nacidos vivos. La tasa bruta de natalidad fue de 10,7 nacidos vivos por 1.000 habitantes en 2003 y de 10,5 en 2004. Las tasas parecen haberse estabilizado y la tasa bruta de natalidad fluctúa entre 10,5 y 10,7 desde el comienzo del nuevo milenio.

El número de nacimientos aumentó en cinco de 13 jurisdicciones: Alberta, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Yukón. Labrador y Terranova tuvieron la mayor disminución relativa de nacimientos (-3,0%), similar a la reducción media anual de 2,8% en el número de nacimientos en los años noventa.

Las tendencias en la emigración de una provincia a otra y el ingreso de inmigrantes internacionales tienen un importante efecto sobre el número de nacimientos en las provincias. En Labrador y Terranova por ejemplo, la emigración a otras provincias, especialmente de hombres y mujeres de 20 a 29 años de edad, contribuyó a la disminución de los nacimientos, lo cual no ha sido contrarrestado por una inmigración proveniente del extranjero o de otras provincias.

Las inmigrantes tienen tasas de fecundidad más altas en comparación con las mujeres nacidas en Canadá, pero, en la segunda generación, las tasas descienden al nivel de las observadas en las mujeres nacidas en Canadá.

Las mujeres están retrasando la edad de la maternidad cada vez más en Canadá. En 2004, las mujeres de 24 años o menos constituían 20,6% del total de mujeres que tuvieron hijos ese año, cifra que equivale a la mitad del porcentaje de 40,7% observado en 1979. La mayoría de los partos corresponden a mujeres de 25 a 34 años de edad, y este grupo de edad representó 62,1% del total de partos en 2004 y 54,7% en 1979. En 2004, la edad media de las mujeres que daban a luz en Canadá era de 29,7 años.

El porcentaje de todos los partos de mujeres de más edad (35 años y más) casi cuadruplicó el porcentaje observado en la generación anterior. Estas madres representaron 17,2% de todos los partos en 2004, casi cuatro veces el porcentaje de 4,6% observado 25 años antes. La inmigración contribuye a una mayor edad en la maternidad. La edad media de las madres que tuvieron partos en la provincia o territorio en los cuales nacieron fue de 29,0 años en 2004, de 30,1 entre las inmigrantes canadienses y de 31,1 entre las inmigrantes internacionales. Los inmigrantes tienden a postergar el matrimonio y los hijos hasta que se establecen e integran a las redes sociales.

Según los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, la tasa global de fecundidad se mantuvo en 1,53 niños por mujer en 2004 y 2003. La tasa mínima de fecundidad se registró en 2000 (1,49 niños por mujer).

Según Estadísticas Canadá, más de un tercio (34,7%) de los niños nacidos de mujeres canadienses de 30 años y más en 2004 fueron primeros hijos.

En 2003, la esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres llegó a su valor máximo de 79,9 años (82,4 años para las mujeres y 77,4 para los hombres). La mayor diferencia en la esperanza de vida de los hombres y las mujeres en los últimos 25 años se observó en 1979 (7,4 años). De 1979 a 2003, la diferencia se redujo (la esperanza de vida de los hombres aumentó 6,0 años mientras que la de las mujeres aumentó solo 3,6). En 2003, la esperanza de vida para ambos sexos fue más alta en las provincias de Columbia Británica y Ontario.

El número de defunciones ha aumentado como resultado de una población creciente que está envejeciendo; entre 2002 y 2003, la cifra aumentó 1,2%. En esos mismos años, la población creció 1,0%. El número de defunciones aumentó en todas las provincias y territorios, excepto en la Isla Príncipe Eduardo, Quebec y Yukón.

En 2003, la esperanza de vida aumentó en las personas de 65 años, tanto hombres como mujeres. En promedio, los hombres de esa edad podrían esperar vivir 17,4 años más, y las mujeres, 20,8 años más; en 2002, las cifras fueron de 17,2 para los hombres y 20,6 para las mujeres. La diferencia entre ambos sexos permaneció sin cambio (3,4 años). Como se podrá ver en la sección siguiente, la reducción de la mortalidad infantil es un claro indica-

del excelente estado de la atención de salud en el país. No obstante, como también se verá, las tasas de mortalidad infantil varían considerablemente dentro de las fronteras de Canadá.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

La tasa de mortalidad infantil disminuyó de 5,4 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 2002 a 5,3 en 2003. Esta reducción se debió a un menor número de defunciones entre los lactantes de 7 a 364 días de edad (668 defunciones en 2003 y 696 en 2002); la tasa de mortalidad de este grupo varió de 2,1 por 1.000 nacidos vivos a 2,0.

Las tasas de mortalidad en los lactantes de menos de 1 día de edad y de los lactantes de 1 a 6 días de edad permanecieron sin cambios con respecto a las cifras del año anterior (2,5 y 0,7 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente). La tasa de mortalidad de lactantes varones fue de 5,7 por 1.000 varones nacidos en 2003, mientras que la tasa para las mujeres fue de 4,8.

Las tasas de mortalidad infantil son sustancialmente más elevadas en el norte y en las regiones habitadas por poblaciones indígenas. Nunavut, la provincia ártica más reciente de Canadá, tuvo la tasa más elevada de mortalidad infantil, con un promedio de 14,9 defunciones por 1.000 nacidos vivos entre 1999 y 2003. Columbia Británica presentó la tasa más baja, con un promedio de 4,08 en el mismo período. Esto refleja los ingresos relativamente bajos y la dificultad del acceso a los recursos de salud en las regiones septentrionales. Los centros urbanos en general presentan una incidencia de mortalidad infantil más baja que la de las zonas rurales.

Las principales causas de muerte de lactantes en 2003 fueron las anomalías congénitas, el síndrome de muerte súbita del lactante y el bajo peso al nacer, con las complicaciones asociadas. Las anomalías congénitas provocaron una proporción considerable (46%) de la morbilidad y la mortalidad infantiles, así como de la mortalidad fetal. La salud perinatal y del lactante ha mejorado grandemente con la introducción de medidas preventivas tales como el enriquecimiento de los alimentos con ácido fólico, la promoción del consumo de multivitaminas con ácido fólico en el período previo y posterior a la concepción, la inmunización contra la rubéola antes del embarazo, y las intervenciones para reducir el consumo de bebidas alcohólicas y drogas durante la gestación.

Los niños de las Primeras Naciones tienen más probabilidad de nacer antes de término, pero pueden pesar más al nacer, en comparación con los lactantes que no pertenecen a las Primeras Naciones, como los de las zonas rurales y urbanas del país. Además, las tasas de mortalidad de lactantes en las Primeras Naciones en 2003 fueron más del doble de las observadas en los lactantes no pertenecientes a ellas. Las tasas de mortalidad postnatal fueron 3,6 veces más elevadas.

Según el Programa de Prevención y Notificación de Lesiones en los Hospitales Canadienses, en 2002 fueron tratados por lesiones 25.796 niños de 1 a 4 años de edad. La causa más frecuente se vinculó con juegos o actividades (43% del total de tratamientos y hospitalizaciones); el 67% de esas lesiones se produjeron en el hogar.

Los datos de la Encuesta Longitudinal Nacional de Niños y Jóvenes muestran que en 1994–1995, 42% de los niños de 6 meses a 5 años de edad iban a algún tipo de guardería infantil. En los seis años siguientes, la tasa de niños que asistían a guarderías infantiles aumentó continuamente hasta llegar a más de la mitad de los niños (53%) en 2000–2001.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Los niños de 5 a 9 años de edad constituyen 5,8% de la población (963.000 niños y 919.300 niñas).

Las principales causas de muerte en los niños en edad escolar son las lesiones y el cáncer. Las lesiones provocaron casi la mitad de los casos notificados de morbilidad en este grupo. Las defunciones por accidentes de transporte terrestre se redujeron y en 2004 se registraron 79 defunciones de niños de 5 a 14 años (una disminución con respecto a los 120 casos notificados en 2000). Las tasas de incidencia de tumores malignos en los niños han permanecido estables en los últimos 18 años y los tipos de cáncer diagnosticados con más frecuencia en este grupo de edad son la leucemia (3,8 casos nuevos por 100.000 niños al año), los tumores cerebrales (2,9 por 100.000) y los linfomas (1,4 por 100.000).

Los niños y los jóvenes son víctimas de agresiones sexuales en una medida desproporcionada. Si bien esos grupos representan solo 21% de la población, seis de cada 10 agresiones sexuales notificadas a la policía involucran a un niño o a un joven. Los niños de 5 a 9 años también fueron víctimas de 21% del total de agresiones físicas y de 17% de los demás delitos que implican violencia o amenaza de violencia notificados a la policía en 2003.

Las alergias alimenticias son un importante problema de salud que afecta predominantemente a los niños. Hasta 8% de los niños canadienses sufren este tipo de alergias.

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

A pesar de que en 2000–2001 la mayoría de los adolescentes canadienses consideraban que gozaban de una salud “muy buena” o “excelente”, según un estudio del gobierno realizado en 2003 casi uno de cada tres jóvenes de 12 a 17 años de edad calificaba su salud como “apenas buena”.

Los adolescentes que consideraban que tenían una salud mala, regular o buena tenían una probabilidad mayor de fumar, ingerir bebidas alcohólicas, ser obesos, o no pertenecer a familias de altos ingresos. Cuanto más bajo era el nivel educativo en la familia del adolescente, mayor probabilidad había de que este calificara peor su propia salud.

La percepción de la propia salud en los varones tendía a ser mejor que en las niñas. Según los datos de una encuesta sobre salud comunitaria, las percepciones de las niñas acerca de su salud se volvían menos favorables en la adolescencia media y tardía. A la edad de 12 a 14 años, 73% de los varones y las niñas señalaron que gozaban de una salud excelente o muy buena. Sin embargo, entre los 15 y 17 años, si bien el porcentaje de varones que señalaban que su salud era muy buena o excelente siguió siendo el mismo, el porcentaje de niñas que así lo señalaron disminuyó a 66%.

Se ha indicado que la prevalencia del consumo de tabaco ha disminuido tanto entre los hombres como entre las mujeres de todos los grupos de edad, pero la reducción más marcada se observó entre los jóvenes de 12 a 17 años (de 14% en 2000–2001 a 10% en 2003 y a 8% en 2005). Esta reducción se debe principalmente al menor número de jóvenes que comienzan a fumar. En 2000–2001, 73% de los jóvenes indicaron que nunca habían fumado cigarrillos. En 2005, el porcentaje había llegado a 82%. Como resultado, puede haber otras disminuciones en el porcentaje de fumadores en los grupos de más edad a medida que los jóvenes de hoy lleguen a la edad adulta.

Alrededor de 12% de los varones y 13% de las niñas señalaron que habían tenido relaciones sexuales antes de los 14 ó 15 años de edad. En 2003, 28% de los jóvenes de 15 a 17 años informaron que habían tenido relaciones sexuales por lo menos una vez. En el grupo de 20 a 24 años, el porcentaje fue de 80%. Alrededor de tres de cada 10 jóvenes que habían tenido relaciones sexuales con múltiples compañeros en el año anterior no habían usado condones la última vez que mantuvieron relaciones. Las relaciones sin protección eran aún más comunes en los grupos de más edad (casi 44% de los jóvenes de 20 a 24 años sexualmente activos señalaron que habían tenido relaciones sin condones, frente a 33% de los adolescentes de 18 a 19 años y 22% de los de 15 a 17 años).

El 4% de los jóvenes de 15 a 24 años que habían tenido relaciones sexuales por lo menos una vez, indicaron que se les había diagnosticado una infección de transmisión sexual. Es probable que esta cifra sea más alta, posiblemente a causa de la ausencia de síntomas o de la no percepción de la enfermedad. Las primeras relaciones a edad temprana también aumentaron el riesgo. Los jóvenes que dijeron que habían tenido relaciones sexuales antes de los 13 años tenían una probabilidad dos veces mayor de sufrir una infección de transmisión sexual que los que habían tenido relaciones a una mayor edad.

El 26% de los varones y 31% de las niñas notificaron que habían fumado cigarrillos a los 12 ó 13 años de edad y más de una cuarta parte indicó que habían tenido relaciones sexuales en los dos años anteriores a la encuesta.

El consumo de marihuana era muy frecuente entre los jóvenes y alcanzaba su máximo en la adolescencia tardía. Alrededor de cuatro de cada 10 adolescentes de 18 a 19 años señalaron que habían consumido marihuana o hachís en el último año. Entre los adolescentes de 15 a 17 años, la proporción era de tres cada 10.

Salud de los adultos (20–64 años)

Los adultos de 20 a 64 años representan el porcentaje más grande de la población de Canadá y las características de mortalidad y morbilidad en este grupo varían mucho. Los adultos canadienses presentan tasas de suicidio mucho más altas que los grupos más jóvenes. En 2002 se registraron un promedio de 282 suicidios entre las personas de 20 a 34 años, mientras que entre las personas de 35 a 54 años, el promedio era de 438.

En 2004, 23% de los adultos canadienses eran obesos y otro 36% (8,6 millones de personas) tenían sobrepeso. Todas estas personas tendían a pasar su tiempo libre de manera sedentaria y no comían con frecuencia verduras y frutas. Los adultos obesos estaban expuestos a un mayor riesgo de hipertensión, diabetes y cardiopatías. Las tasas de sobrepeso y obesidad varían según los ingresos, pero la relación es diferente cuando se desglosan los datos por sexo. Según la información proporcionada en 2004 por el Instituto Canadiense de Información Sanitaria, extraída del informe *Improving the Health of Canadians* (Mejorar la salud de los canadienses), las probabilidades de sufrir sobrepeso u obesidad aumentan según los ingresos en los hombres (61% de los hombres con ingresos anuales de Can\$ 80.000 o más tenían sobrepeso o eran obesos, frente a 49% de los hombres con ingresos de Can\$ 15.000 o menos). Sin embargo, se observa la tendencia opuesta entre las mujeres, ya que solo 34% de las mujeres con ingresos de Can\$ 80.000 o más tenían sobrepeso o eran obesas, frente a 43% en la categoría más baja de ingresos.

Hubo diferencias también entre los hombres y las mujeres en cuanto a los hábitos vinculados con la salud. Las mujeres tenían en cuenta la salud general, el peso y las enfermedades específicas al elegir los alimentos que ingerían. En un estudio efectuado en 2004 por Salud Canadá, 80% de las mujeres se preocupaban por mantener o mejorar su salud mediante la elección de alimentos, frente a 63% de los hombres. Mientras que 59% de las mujeres tenían en cuenta su peso al seleccionar sus alimentos, apenas 41% de los hombres lo hacían. Alrededor de 48% de las mujeres tenían en cuenta la relación entre los alimentos y las enfermedades del corazón, frente a solo 38% de los hombres.

Los individuos de 45 a 64 años de edad en general gozaban de una mejor salud que los que estaban en el mismo grupo de edad hacía dos decenios, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de la Población 1998–1999 y la Encuesta sobre la Salud en Canadá 1978–1979.

En los últimos 20 años, la prevalencia de artritis o reumatismo, hipertensión, cardiopatías y bronquitis o enfisema ha disminuido en este grupo de edad. Esas tendencias indican que los esfuerzos para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, sumados a los mejores tratamientos han contribuido a mejorar la salud en este grupo.

Según los datos de la Encuesta Canadiense sobre Salud Comunitaria realizada en 2003, los adultos que vivían en zonas rurales tenían más dificultad en encontrar un médico que los que vivían en zonas urbanas (aproximadamente 5,5% de las personas en

Impulsar la salud entre las Primeras Naciones y los Inuit en Canadá

El Gobierno de Canadá, por conducto de Salud Canadá, está trabajando activamente para cerrar las brechas de salud entre los pueblos indígenas del país y el resto de la población canadiense. A pesar del avance significativo observado en el sector salud, las tasas de mortalidad infantil entre las Primeras Naciones y los Inuit son de dos a tres veces más altas que en la población general. Con la finalidad de reducir las inequidades de salud, la División de Salud Canadá para la salud de las Primeras Naciones y los Inuit procura conseguir que estas comunidades tengan acceso adecuado a los servicios de salud. Al crear alianzas fuertes con las Primeras Naciones y los Inuit, la División combate más eficazmente las amenazas de enfermedades y ayuda a derribar las barreras a la salud.

zonas rurales y 4,5% en zonas urbanas). De los 1,2 millones de personas que en 2003 señalaron que no habían podido encontrar un médico, 273.000 vivían en zonas rurales y 965.000, en zonas urbanas.

Salud de los adultos mayores (65 años y más)

En 2005, 74% de los adultos mayores estimaban que su salud era buena, muy buena o excelente; en 2000, el porcentaje era de 70%. Las personas de edad con un nivel de educación más alto presentaron menos problemas de salud.

No obstante, los aproximadamente cuatro millones de canadienses de 65 años y más que representan 13% de la población total, son usuarios asiduos del sistema de salud del país. Una tercera parte de las hospitalizaciones y más de la mitad de los días de estancia en un hospital corresponden a las personas de edad. Según la Encuesta Canadiense sobre Salud Comunitaria realizada en 2003, 88% de los adultos mayores habían consultado a un médico general o un médico de familia por lo menos una vez durante el año anterior a la encuesta, frente a 76% de las personas de 12 a 64 años de edad. Además, 92% de los adultos mayores señalaron que habían tomado por lo menos un tipo de medicamento en el mes anterior, 14% señalaron que habían sido hospitalizados en el último año y 15%, que habían recibido atención domiciliaria.

Salud de la familia

Las tasas de pobreza infantil dependen de las tasas de pobreza de los padres y tienden a aumentar o disminuir si las condiciones económicas se deterioran o mejoran. Las familias de bajos ingresos viven con ingresos considerablemente inferiores al promedio. En 1991, los ingresos medios de las parejas de bajos ingresos con hijos menores de 18 años eran de Can\$ 18.800 (32% del ingreso medio de Can\$ 58.761 de las parejas con hijos menores de 18 años). En 1996, los ingresos medios de las parejas de bajos ingresos con hijos fueron de Can\$ 19.915 (31% de los ingresos medios de Can\$ 63.981 de las parejas con hijos).

Si bien ha disminuido el porcentaje de familias encabezadas solo por el padre o la madre en edad de trabajar que vivían en la pobreza, el aumento del porcentaje y el número de familias encabezadas solo por el padre o la madre ha contrarrestado los avances en la reducción de la pobreza. En 1975, 8,7% de los niños menores de 7 años pertenecían a familias encabezadas solo por el padre o la madre; en 1992, casi un millón de niños menores de 7 años (14,7%) pertenecían a familias de ese tipo.

La decisión del gobierno federal de extender la licencia por maternidad o paternidad de 10 semanas a 35 (para las personas con derecho a obtenerla por el seguro del empleo) ha tenido un marcado efecto en la familia. En 2001, las madres empleadas pudieron gozar de prestaciones por maternidad durante 10 meses, un aumento con respecto a los 6 meses que se otorgaban en el año 2000. Los padres se involucran cada vez más; en el año 2000, 3% de los hombres que trabajaban utilizaron la licencia por paternidad, frente a 10% en 2001.

Según el censo realizado a comienzos de 2001, en los últimos 20 años han ocurrido muchos cambios en las familias. La proporción de familias “tradicionales” (constituidas por la madre, el padre y los hijos) continúa decreciendo mientras que aumentan las familias sin hijos en el hogar.

En 2001, los matrimonios consensuales o legalmente casados con hijos de 24 años o menos de edad que vivían en el hogar representaban solo 44% de las familias. En 1991, constituían 49% del total de familias y en 1981, más de la mitad (55%).

Existen diversos factores que influyen en la modificación de las condiciones de las familias, entre los que están las tasas más bajas de fecundidad y los porcentajes crecientes de parejas que postergan la procreación o no tienen hijos, así como el aumento de la esperanza de vida, lo cual permite que las parejas pasen una mayor parte de sus vidas juntos y sin los hijos una vez que estos crecen y abandonan el hogar.

Por primera vez, el censo de 2001 proporcionó datos sobre parejas del mismo sexo. Se registraron 34.200 parejas consensuales del mismo sexo (0,5% del total de parejas). Era ligeramente mayor el número de parejas consensuales constituidas por varo-

nes (19.000 parejas o 55% del total de parejas del mismo sexo). Alrededor de 15% de las 15.200 parejas del mismo sexo integradas por mujeres tenían hijos que vivían con ellas, frente a solo 3% de las parejas del mismo sexo constituidas por varones.

Salud de los trabajadores

Alrededor de 25% de los trabajadores señalaron que sufrían altos grados de estrés en sus vidas cotidianas. Tanto para los hombres como para las mujeres, los grados medios de tensión en el trabajo en 2002 fueron considerablemente inferiores a los de 1994–1995. En 2002, 19% de los hombres estaban clasificados como personas con una ocupación que implicaba un alto grado de estrés, porcentaje que representó una disminución con respecto al 23% observado anteriormente. Fue aun mayor la disminución en el caso de las mujeres (de 35% a 27%).

Según la Encuesta Canadiense sobre Salud Comunitaria realizada en 2002, un poco más de un millón de adultos de 18 años y más de edad habían experimentado un episodio de depresión grave en el año anterior a la encuesta. En los trabajadores de ambos sexos, el estrés intenso dentro y fuera del trabajo se asoció con depresión. Los hombres que realizan trabajos que implican un estrés elevado tienen una probabilidad 2,5 veces mayor de haber experimentado depresión que los que realizaban trabajos con poco estrés. Cuando se consideraron diversas fuentes de estrés simultáneamente con otras influencias posibles, la tensión laboral elevada se asoció con depresión en los hombres, pero no en las mujeres.

Salud de las personas con discapacidad

En 2005, 30% de los canadienses de 12 años y más sufrían limitaciones en cuanto a su participación y actividad, mientras que en 2000–2001 el porcentaje era de 22%. El 31% de las mujeres y 28% de los hombres notificaron limitaciones. A medida que aumentaba la edad, el porcentaje de personas con alguna discapacidad era mayor (de 17% en los niños de 12 a 14 años de edad a un máximo de 63% en las personas de 75 años y más).

El 44% de las personas con discapacidades y 19% de las que no tienen ninguna no participan en el mercado laboral. Las personas con discapacidades pueden tener ingresos laborales más bajos. Según los datos de una encuesta sobre la dinámica del trabajo y los ingresos realizada en 2004, los ingresos laborales medios de las personas con discapacidades eran de Can\$ 31.700, y los de las personas sin discapacidades, de Can\$ 36.100.

Salud de los grupos étnicos

Las diferencias entre las condiciones sociales, económicas y ambientales de los indígenas y la población canadienses influyen en la salud. En Nunavut, el promedio de vida de las mujeres es de 12 años menos que el promedio general de las mujeres canadienses; en el caso de los hombres, la diferencia es de 8 años. Las tasas

de mortalidad infantil en los integrantes de las Primeras Naciones que viven en reservas y los Inuit son de dos a tres veces más altas que el promedio general en Canadá.

En 2000 se estimó que la esperanza de vida al nacer en las poblaciones indígenas era de 68,9 años para los hombres y de 76,6 años para las mujeres. Estas cifras representan diferencias de 8,1 años y 5,5 años, respectivamente, con respecto a las esperanzas de vida de la población canadiense en general en 2001. En 2005, la esperanza de vida era de 5,2 años menos para las mujeres indígenas y de 7,4 años menos para los hombres indígenas, en comparación con los promedios nacionales.

Las tasas de mortalidad por cáncer entre los integrantes de las Primeras Naciones son más bajas que las observadas en la población canadiense en general, con excepción del cáncer de próstata. Las tasas de infarto agudo de miocardio en las Primeras Naciones casi duplican las cifras comparables en la población canadiense en general.

Entre 1981 y 2000, las tasas de mortalidad infantil disminuyeron 64% entre los integrantes de las Primeras Naciones que vivían en zonas rurales y 47% entre los que vivían en zonas urbanas. La mortalidad infantil más elevada en las Primeras Naciones fue principalmente resultado de una mortalidad postnatal más alta, en particular por defunciones provocadas por causas prevenibles, como el síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones y causas externas. Esto indica la necesidad de mejorar las condiciones socioeconómicas y de vida de los indígenas.

En septiembre de 2000, los primeros ministros provinciales de Canadá determinaron que el desarrollo infantil temprano sería una nueva prioridad social a nivel federal, provincial y territorial, y reconocieron la importancia de los primeros años del niño para obtener resultados a largo plazo. Las medidas incluyen la promoción del embarazo, del parto y de la infancia saludables, mayores apoyos a la familia, conocimiento y cuidado del desarrollo infantil temprano y más apoyos comunitarios.

Se ha elaborado el marco del programa de salud materno-infantil para las Primeras Naciones en colaboración con la Asamblea de las Primeras Naciones, con el fin de mejorar la salud de las embarazadas y las familias con hijos pequeños que viven en las reservas. Los servicios integrales del programa de salud materno-infantil incluyen visitas domiciliarias por enfermeras y madres con experiencia de la comunidad durante el embarazo, el período posterior al parto y la primera infancia; vínculos con servicios para los niños y las familias con necesidades especiales, y exploración de oportunidades para garantizar partos seguros dentro de las comunidades.

Alrededor de 15% de las infecciones por VIH y casos de sida nuevos se presentan entre los indígenas. En comparación con la población canadiense en general, las cardiopatías son 1,5 veces más frecuentes entre los integrantes de las Primeras Naciones; la diabetes del tipo 2 es de tres a cinco veces más frecuente y las tasas aumentan entre los Inuit; las tasas de infecciones tuberculosas son de ocho a 10 veces más altas. En 2005, si bien los inte-

grantes de las Primeras Naciones constituían solo 2% de la población canadiense, representaban 7,2% de los casos nacionales de infección por VIH/sida.

La División de Salud Canadá para la salud de las Primeras Naciones y los Inuit se ocupa activamente de combatir la epidemia de VIH/sida entre los integrantes de estas comunidades que viven en reservas. La División apoya a las comunidades en la adquisición de conocimientos, habilidades e instrumentos que necesitan para prevenir la transmisión del VIH y facilitar la ayuda prestada a las personas con VIH/sida.

En 2000, la tasa de infecciones genitales por chlamydia fue muy alta entre los integrantes de las Primeras Naciones (1.071,5 por 100.000 personas). Esta cifra es aproximadamente seis veces más alta que la tasa general en Canadá (178,9 por 100.000 en 2001). Las tasas de infecciones por chlamydia son mucho más altas en las mujeres de las Primeras Naciones que en los hombres. Las mujeres de 15 a 24 años representaron 53,5% del total de casos en las Primeras Naciones cuando se registraron la edad y el sexo (6.572,2 por 100.000 mujeres).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Las enfermedades transmitidas por vectores, antes consideradas exclusivamente tropicales, están afectando a Canadá. La incidencia de la **malaria** importada ha crecido continuamente desde comienzos de los años noventa. La malaria sigue siendo un problema importante para los viajeros que regresan de regiones tropicales y provoca enfermedades y defunciones entre ellos. Parece existir un patrón cíclico de la malaria importada, con notables valores máximos de la incidencia cada cuatro o cinco años (1986–1987, 1991–1992 y 1996–1997). Durante el último período de incidencia máxima, en 1997, se notificaron 1.029 casos de malaria; en 1998 se notificaron 368 casos, con lo cual se observó una disminución de 65%. En 2000 se notificaron menos de 400 casos de malaria.

Enfermedades inmunoprevenibles

Desde que se pusieron en práctica en el país programas de vacunación ordinaria, ha habido una reducción considerable de todas las enfermedades inmunoprevenibles. La **poliomielitis** fue oficialmente erradicada en Canadá en 1994 y desde la implantación del calendario ordinario de inmunización con dos dosis de la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola en 1996–1997, la aparición de casos de sarampión y rubéola se ha limitado a importaciones esporádicas con brotes poco frecuentes. En 2005 se alcanzó en Canadá un mínimo histórico de solo seis casos de **sarampión**, de los cuales al menos cuatro eran importados. Ese mismo año se produjo un brote de 309 casos de **ru-**

béola en una pequeña comunidad canadiense que, por sus creencias, se oponía a la inmunización.

Durante 2003–2004 se notificaron anualmente menos de 30 casos de **parotiditis** (la incidencia más baja registrada en Canadá). En 2005 se produjeron dos brotes de parotiditis (de 13 y 22 casos confirmados, respectivamente) que afectaron a adolescentes y adultos jóvenes.

Las tasas de inmunización infantil siguen siendo altas. En 2004, aproximadamente 94% de los niños habían recibido una dosis de la vacuna SRP a los 2 años de edad y 78% habían recibido la segunda dosis al llegar a los 7 años. Se estima que al cumplir los 2 años de edad, 94% de los niños habían recibido por lo menos tres dosis de vacuna contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, la poliomielitis y *Haemophilus influenzae* tipo b.

Desde la adopción de una estrategia nacional de inmunización en febrero de 2003 se implementaron en las 13 provincias y territorios canadienses programas de inmunización infantil con la vacuna conjugada antineumocócica, y de inmunización de los adolescentes con la vacuna acelular contra la tos ferina, junto con programas de inmunización infantil con la vacuna conjugada antimeningocócica C y la vacuna contra la varicela. En agosto de 2006 se aprobó el empleo de una vacuna oral contra el rotavirus.

Enfermedades infecciosas intestinales

Se estima que cada año se producen un millón de casos de enfermedades transmitidas por los alimentos, si bien la mayoría de ellos no son notificados. De esas enfermedades, entre 2% y 3% provocan problemas crónicos de salud. En 2004, la **infección por *Campylobacter*** fue la infección entérica notificada con más frecuencia (9.345 casos y una tasa de incidencia de 3,2 por 100.000 habitantes), seguida de la **salmonelosis** (4.953 casos y una tasa de 16,0) y las infecciones por ***E. coli* verotoxígeno** (1.038 casos y una tasa de 3,4). Las tasas de incidencia de las tres enfermedades han disminuido desde las registradas en 1998. Salud Canadá ha emprendido una serie de iniciativas para reducir las tasas de enfermedades transmitidas por los alimentos, incluido el uso obligatorio de etiquetas que indican cómo manipular sin riesgos la carne molida cruda bovina y de aves.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 2002 se notificaron 1.634 casos nuevos activos y de recaídas de **tuberculosis**. La tasa más elevada (93,4 por 100.000) se registró en Nunavut. El mayor número de casos se registró en el grupo de 25 a 34 años de edad (19% del total de casos de tuberculosis notificados). En 2001 se notificaron 1.702 casos y 84% de ellos se curaron totalmente después de completar el tratamiento médico. Aproximadamente 65% de los casos se registraron en personas nacidas en el extranjero. La propagación de cepas de tuberculosis farmacorresistentes en todo el mundo representa una amenaza para Canadá. En 2001, 1% de las infecciones tuberculosas eran farmacorresistentes. En Toronto, la tasa de farmacorresistencia tiende a ser mucho más elevada (14%).

No todos los grupos de canadienses están expuestos al mismo riesgo. Los indígenas canadienses tienen una tasa media de infección mucho más alta (24,3 por 100.000 habitantes), mientras que las personas no indígenas nacidas en Canadá presentan una tasa de 1,1. Además, 2001 fue el primer año en que la proporción de casos entre los indígenas canadienses sobrepasó la proporción de los casos en la población general (tasas de 18% y 16%, respectivamente). En Nunavut, 97% de los casos de tuberculosis se produjeron en la población indígena, con una tasa de infección de 47,5 por 100.000 habitantes.

En 1992 se inició una estrategia de eliminación de la tuberculosis. Las responsabilidades nacionales incluyen la formulación de políticas, la atención, el tratamiento y la vigilancia. Se realizan actividades por medio de los servicios de atención primaria de salud a nivel de las comunidades, tales como el tratamiento de casos, el suministro de medicamentos, el mantenimiento de un registro de casos, el manejo de los brotes y la educación sanitaria de la comunidad, que están centralizadas a nivel regional.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas sujetas a vigilancia en Canadá incluyen la **influenza** y las **infecciones por el virus sincitial respiratorio (VSR)**, **adenovirus** y el virus de la **parainfluenza**. La influenza y las infecciones por VSR representan la proporción más grande de pruebas de laboratorio con resultados positivos efectuadas cada año. Las pruebas positivas para la influenza constituyen entre 6% y 13% del total de pruebas para detectar virus respiratorios que se realizan en cada temporada; los resultados positivos para la influenza llegan hasta 30% de las pruebas en la culminación de la temporada. Las infecciones por VSR representan aproximadamente entre 7% y 12% de los resultados positivos de las pruebas de laboratorio para detectar virus respiratorios en Canadá, mientras que los adenovirus y el virus de la parainfluenza constituyen aproximadamente entre 1% y 4% de los resultados positivos notificados.

Se estima que cada año, entre 10% y 25% de la población sufre una infección por virus de influenza. Las tasas de infección de influenza son más altas entre los niños, pero las tasas de enfermedad grave y defunción son más elevadas entre las personas de edad avanzada (mayores de 65 años) y las que tienen problemas de salud. Se calcula que en promedio, 4.000 canadienses, en su mayoría de edad avanzada, mueren cada año a causa de la influenza y muchos otros mueren por otras complicaciones graves de esa enfermedad. Un promedio de 20.000 canadienses son hospitalizados cada año por complicaciones atribuibles a la influenza.

Aualmente se distribuyen en el país de 10 a 11 millones de dosis de vacuna contra la influenza durante la temporada de mayor incidencia de la enfermedad. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de la Población 1996–1997 y la Encuesta Canadiense sobre Salud Comunitaria 2000–2001, el porcentaje de canadienses de 20 años y más que habían sido inmunizados contra la influenza en el año anterior a las encuestas casi

se duplicó (de alrededor de 15% en 1996–1997 a casi 30% en 2000–2001), y este porcentaje ha permanecido relativamente estable desde entonces. Los grupos de población con proporciones más altas de personas inmunizadas y que se beneficiaron de la vacunación contra la influenza fueron los adultos mayores y las personas con enfermedades crónicas.

En 2003 surgió en China una infección respiratoria antes desconocida, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS). Entre marzo y junio de 2003 se notificó en Canadá un total de 438 casos de SARS. Los primeros casos fueron identificados en marzo de 2003 en personas que habían viajado a Hong Kong y regresaron a Canadá. No se han notificado casos de SARS desde el último caso registrado a mediados de junio de 2003.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

A fines de 2005 se estimó que 58.000 personas tenían el VIH (incluidos los casos de sida), lo cual representa un aumento de 16% con respecto a la cifra calculada en 2002. En 2005, aproximadamente 27% de las personas con VIH no sabían que tenían la infección. A fines de 2005 se estimó que 51% de todas las infecciones con VIH notificadas correspondían a hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres, 27% a personas que mantenían relaciones heterosexuales, 17% a consumidores de drogas ilícitas inyectables y 4% a los factores combinados en hombres que mantenían relaciones sexuales con otros hombres y consumían drogas ilícitas inyectadas; el 1% restante se debía a otros tipos de exposición. Hasta 2005, aproximadamente 21.000 personas han muerto por sida en Canadá.

En 2005, 25,4% de los resultados positivos en las pruebas para detectar el VIH correspondieron a mujeres. Si bien el número de lactantes expuestos al VIH ha aumentado cada año, la proporción de lactantes infectados con VIH ha disminuido notablemente (de 39% en 1994 a apenas 4% en 2005); esta disminución se debe a que las embarazadas que tienen la infección han estado recibiendo tratamiento con antirretrovíricos. Los avances en los tratamientos para personas con el VIH han incrementado considerablemente la esperanza de vida de estas personas.

Entre los casos de sida en adultos con una categoría conocida de exposición, el porcentaje de casos en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres disminuyó de más de 75% en los años anteriores a 1994 a 38% en 2005. A la inversa, la categoría de exposición mediante relaciones heterosexuales aumentó de 10% a 38% en el mismo período.

En diciembre de 1999 se estimó que 11.194 personas infectadas con el VIH estaban también infectadas con el **virus de la hepatitis C**. Se calcula que 250.000 personas están infectadas con el virus de la hepatitis C y anualmente se diagnostican aproximadamente 3.300 casos nuevos. Se estima que 90.000 de las personas infectadas no saben que lo están. Los brotes recientes de **linfogranuloma venéreo** entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres han sido asociados con coinfecciones con VIH, hepatitis C y otras infecciones de transmisión sexual.

Se ha producido un incremento de las infecciones de transmisión sexual desde fines de los años noventa. Las infecciones por **chlamydia** alcanzaron un total de 63.000 casos en 2004 y son más frecuentes en las mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad y los hombres jóvenes de 20 a 29 años. Las **infecciones gonocócicas** son la segunda infección de transmisión sexual diagnosticada con más frecuencia y los hombres jóvenes de 20 a 29 años representaron dos terceras partes de los casos notificados en 2004.

Los aumentos más notables de las infecciones de transmisión sexual desde 1997 han correspondido a la **sífilis** infecciosa, que ha sido asociada con brotes principalmente entre los hombres de 30 a 39 años de edad que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

Zoonosis

Ha habido un solo caso de una variante de la **enfermedad de Creutzfeld-Jakob** (enfermedad de las vacas locas) en Canadá, notificado en 2002. El paciente había pasado unos años en el Reino Unido y probablemente estuvo expuesto a carne contaminada mientras residía en ese país.

ENFERMEADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La prevalencia nacional de la lactancia materna es de 85%, pero hay marcadas diferencias según la edad, los ingresos, el estado civil y el lugar de residencia. En las mujeres de más de 29 años de edad, con niveles educativos y de ingresos más elevados, sistemáticamente las tasas de prevalencia de la lactancia materna son más altas; se estima que las madres inmigrantes tienden más a alimentar a sus hijos con leche materna que las que no son inmigrantes. Las tasas de iniciación de la lactancia varían en el país (de 53% en las regiones atlánticas a un máximo de 8% en Columbia Británica).

Las tasas de **obesidad** en niños y adultos han aumentado considerablemente en los últimos 25 años, según los resultados de la encuesta nacional realizada en 2004, que midió directamente la talla y el peso de los entrevistados. Los porcentajes de niños y niñas obesos y con **sobrepeso** se han incrementado en la misma forma, pero las tendencias difieren según los grupos de edad. El porcentaje de niños de 2 a 5 años que tenían sobrepeso o eran obesos permaneció sin cambios desde 1978 a 2004. En contraste, el porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años con sobrepeso se incrementó a más del doble (de 14% a 29%), y la tasa de prevalencia de obesidad en este grupo de edad se triplicó (de 3% a 9%). En los niños de 6 a 11 años y los adolescentes de 12 a 17 años, las probabilidades de sufrir sobrepeso u obesidad aumentan paralelamente al tiempo que dedican a ocupaciones sedentarias, como ver televisión y jugar con videojuegos. El incremento de la obesidad en los adolescentes es particularmente preocupante porque

la obesidad y el sobrepeso en la adolescencia a menudo persisten en la edad adulta. Las tasas de prevalencia de sobrepeso y obesidad en los jóvenes variaron en el país y las más altas correspondieron a las provincias atlánticas.

Las probabilidades de ser obeso se relacionan con la alimentación y el ejercicio. Los canadienses que dedican su tiempo libre a ocupaciones sedentarias tienen muchas más probabilidades de sufrir sobrepeso y obesidad. En 2004, 27% de los hombres sedentarios eran obesos, frente a solo 19% de los activos. Entre las mujeres, las tasas de obesidad no varían según los modos de vida.

Casi 15% de los canadienses (alrededor de 3,7 millones de personas) padecieron inseguridad alimentaria en algún momento durante 2000–2001. Las mujeres que eran madres solteras estuvieron expuestas a un riesgo especialmente alto. Una tercera parte de las madres solteras señalaron que sufrían inseguridad alimentaria, casi el doble de la cifra correspondiente a los padres solteros. En contraste, solo 9% de las personas que integran una pareja sin hijos señalaron que sufrían inseguridad alimentaria.

La tasa fue también notablemente alta entre los indígenas que vivían fuera de las reservas. Alrededor de 31% de ellos señalaron que sufrían cierta inseguridad alimentaria, más del doble del porcentaje de las personas no indígenas.

La diabetes continúa siendo un importante problema de salud. Se estima que más de dos millones de canadienses tienen diabetes y una tercera parte de esos casos no han sido diagnosticados. Nueve de cada 10 personas con diabetes tienen diabetes del tipo 2. Las personas de edad representan casi 48% de la cantidad total de personas con la enfermedad y se espera que aumente ese porcentaje a medida que continúe envejeciendo la población.

Entre las personas de 20 años y más se han diagnosticado aproximadamente 1.054.100 casos de diabetes (4,8% de los individuos en este grupo de edad).

Enfermedades cardiovasculares

En 2003, las enfermedades cardiovasculares provocaron 74.255 defunciones en Canadá. Ese mismo año, 32% de todas las defunciones de hombres en el país fueron consecuencia de cardiopatías, enfermedades vasculares y accidentes cerebrovasculares. Entre las mujeres, el número de defunciones por enfermedades cardiovasculares fue más elevado (34% del total de defunciones de mujeres).

En 2002, 54% del total de defunciones por enfermedades cardiovasculares fueron consecuencia de **cardiopatías coronarias**, 21%, de **accidentes cerebrovasculares**, 16%, de otros tipos de enfermedades cardíacas, y el restante 9%, de problemas vasculares, como **hipertensión y esclerosis arterial**.

El 80% de la población tiene por lo menos un factor modificable de riesgo de enfermedad cardiovascular; casi una tercera parte presenta dos factores modificables de riesgo y 11%, tres o más de esos factores. Está aumentando la prevalencia de algunos factores de riesgo, como el sobrepeso entre los hombres, la diabetes y la hi-

pertensión, y las tasas más altas se registran en personas socioeconómicamente desfavorecidas. No obstante, los datos muestran cierta reducción de la diferencia de los factores de riesgo entre los grupos socioeconómicos altos y bajos de la población.

Neoplasias malignas

Se estimó que para 2006 habría 153.100 casos nuevos de cáncer y 70.400 defunciones por cáncer. Los tipos de cáncer diagnosticados con más frecuencia fueron el **cáncer de mama** en las mujeres y el **cáncer de próstata** en los hombres. Para ambos sexos, el **cáncer de pulmón** continúa siendo la principal causa de muerte.

La tasa de prevalencia de cáncer de pulmón en los hombres disminuyó (de 81 defunciones por 100.000 en 1988 a 64 en 2000). En las mujeres, la tasa de prevalencia aumentó (de 27 defunciones por 100.000 en 1988 a 34 en 2000). Este aumento refleja las tendencias en el consumo de tabaco.

Si bien el cáncer de próstata es el que se diagnostica con más frecuencia, el cáncer de pulmón sigue siendo el más mortal en los hombres. En 2001 fallecieron 9.925 hombres por cáncer de pulmón y 3.825 por cáncer de próstata. El 9% de las defunciones de hombres y 29% de las defunciones de hombres por cáncer se debieron al cáncer de pulmón. En contraste, 3% de las defunciones de hombres y 11% de las defunciones de hombres por cáncer se debieron al cáncer de próstata.

En las mujeres, la incidencia de cáncer se ha elevado ligeramente desde mediados de los años ochenta, pero la tasa de defunciones ha permanecido esencialmente sin cambios. La tasa de incidencia del cáncer de mama también ha aumentado. Una de cada nueve mujeres canadienses sufrirá cáncer en algún momento de su vida. Las tasas de defunción por cáncer de mama han estado disminuyendo desde 1986 y, con mayor rapidez, desde 1990, como resultado de mejores programas de tamizaje y de tratamientos más eficaces. En 2000, la tasa de defunciones por cáncer de pulmón había aumentado a 34 defunciones por 100.000 mujeres, mientras que la tasa de defunciones por cáncer de mama se había reducido a 25 por 100.000.

El consumo de tabaco es la causa de casi 30% de todos los casos mortales de cáncer y una causa importante del cáncer de pulmón, una de las neoplasias malignas más prevenibles. La alimentación inadecuada, con una proporción elevada de grasas, ocasiona aproximadamente 20% de los casos mortales de cáncer.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

En los últimos cinco años, el país ha sido azotado por varios desastres naturales, como incendios forestales en las regiones occidentales del país, el huracán Juan, y las intensas tormentas invernales que causaron daños a Nueva Escocia y la Isla Príncipe Eduardo en 2004. Las tasas más altas de defunción durante los desastres se registraron en personas de 60 años y más.

Los costos atribuibles a la sequía de 2001–2002 en Columbia Británica, las Provincias de las Praderas, Ontario, Quebec y Nueva Escocia fueron los más altos de la historia, con estimaciones preliminares de daños por valor de Can\$ 5.000 millones. La Junta Canadiense del Trigo estimó que la sequía de 2002 provocó pérdidas en la producción de granos y oleaginosas por valor de casi Can\$ 2,8 miles de millones. En 2003, el huracán Juan causó daños por más de Can\$ 100 millones en las Provincias Marítimas.

Violencia en niños y jóvenes

La tasa notificada de víctimas de violencia entre los niños de ambos sexos fue de menos de 500 por 100.000 niños menores de 8 años. En los niños de 14 años, las tasas fueron cuatro veces más altas (2.000 víctimas por 100.000 niños tanto varones como mujeres). Una quinta parte de los actos de violencia notificados en 2003 fueron cometidos contra niños y jóvenes de 17 años o menos de edad. El riesgo de victimización de los niños y los jóvenes aumenta con la edad, y a medida que aumenta la edad, también cambia el perfil de los perpetradores. La mayoría de las agresiones físicas y sexuales contra niños menores de 6 años fueron cometidas por un miembro de la familia, casi siempre uno de los padres. Más de la mitad de los adolescentes de 14 a 17 años fueron agredidos físicamente por un amigo cercano, un conocido o un compañero de trabajo (más de una quinta parte fueron agredidos físicamente por un extraño y 16% sufrieron la agresión física perpetrada por un miembro de su familia). De los 15.000 casos de agresión sexual notificados a 122 servicios de policía, 61% correspondieron a víctimas de 17 años o menos. Alrededor de cuatro quintas partes de estas víctimas eran niñas y más de dos terceras partes de ellas tenían entre 11 y 17 años de edad.

Salud mental

Según los datos obtenidos, 20% de los habitantes del país sufrirán una enfermedad mental durante su vida. Aproximadamente 8% de los adultos sufrirán depresión grave en algún momento de su vida y alrededor de 1% padecerán de trastorno bipolar. La esquizofrenia afecta a 1% de la población canadiense y los trastornos de ansiedad a 5%, provocando discapacidad entre leve y grave.

En 2002, una de cada 10 personas de 15 años y más (alrededor de 2,7 millones) tenía síntomas compatibles con el trastorno de ansiedad o la dependencia de alcohol o drogas ilícitas. La depresión grave fue notificada en 6,3% de las mujeres y 5,3% de los hombres. El trastorno de ansiedad es el segundo trastorno mental más común, que afecta a 4,8% de los hombres y a 5,9% de las mujeres.

Las tasas de suicidios varían entre los hombres y las mujeres y entre los jóvenes y las personas de edad. Los hombres tienen una probabilidad mayor de cometer suicidio, pero las mujeres tienen una probabilidad mayor de ser hospitalizadas por ideas suicidas. En 2002, la relación de suicidios hombre/mujer fue de 3,5:1. En los hombres, el riesgo de suicidio fue mayor entre las edades de

40 y 44 años y en las mujeres, entre los 45 y 49 años. Casi uno de cada cuatro suicidios se produjo en personas de 40 a 49 años de edad.

Los suicidios representan 24% del total de las defunciones de jóvenes de 15 a 24 años de edad y 16% de las defunciones de personas de 25 a 44 años. El suicidio es una de las principales causas de muerte en los hombres y las mujeres desde la adolescencia hasta la edad madura.

Adicciones

En 2004, 79% de los canadienses de 15 años y más señalaron que consumían bebidas alcohólicas, si bien la mayoría las ingería en forma moderada. De aquellos que consumían bebidas alcohólicas, 44% señalaron que bebían semanalmente. Las tasas de ingestión de bebidas alcohólicas alcanzaban su valor máximo entre los jóvenes de 18 a 24 años de edad (alrededor de 90% de estos jóvenes consumían bebidas alcohólicas en 2004). Entre los bebedores, 6% señalaron que eran bebedores empedernidos (hombres que ingerían cinco o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión y mujeres que ingerían cuatro o más bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana).

De los que bebían, 9% de las mujeres y 25% de los hombres estaban expuestos a alto riesgo. Más de 30% de las personas menores de 25 años que bebían estaban expuestas a alto riesgo. Menos de 5% de las personas de 65 años y más estaban en la categoría de bebedores de alto riesgo.

El consumo de cerveza, el cual constituye alrededor de 80% del total de bebidas alcohólicas consumidas, se elevó a 80,3 litros por persona de más de 15 años en 2005. Al mismo tiempo, el consumo de vino ha continuado aumentando en los últimos 10 años y llegó a 13,9 litros en 2005. El consumo de bebidas destiladas (7,5 litros), permaneció estable con respecto al año anterior.

En 1989, 6,5% de la población señaló que consumía marihuana y en 1994, 7,4%; en 2002, el porcentaje había llegado a 12%. Casi la mitad (47%) de los que habían consumido marihuana en el año anterior lo habían hecho menos de una vez al mes. Alrededor de 10% indicó que la había consumido semanalmente y otro 10%, que la había consumido diariamente. Los hombres tenían una mayor probabilidad que las mujeres de haber consumido marihuana por lo menos una vez. El consumo asiduo de marihuana fue más elevado entre los adultos jóvenes de 18 a 24 años.

En general, 2,4% de las personas de 15 años y más comunicaron que habían usado cocaína, "crack", éxtasis, LSD, anfetaminas o heroína en el año anterior. Esta cifra representa un incremento con respecto al 1,6% observado en 1994. Se estima que 321.000 personas (1,3% de la población) habían usado cocaína o crack (las drogas usadas más comúnmente).

Salud oral

En 2003, 66% de las mujeres y 61% de los hombres de 15 años y más habían ido al dentista. La tasa más alta de visitas al den-

tista se registró en las personas de 15 a 24 años, de 35 a 44 años y de 45 a 54 años (69% de cada uno de estos grupos había ido al dentista en 2003). No obstante, la frecuencia disminuyó bruscamente (a 46%) entre las personas de 65 años y más. El seguro dental fue un importante factor que influyó en las visitas al dentista. En 2003, 74% de las personas que contaban con seguros que cubrían todos o algunos de los gastos odontológicos habían concurrido al consultorio del dentista en el año anterior, frente a 48% de los no asegurados.

Los ingresos también fueron un factor importante y solo 36% de las personas no aseguradas y 57% de las aseguradas que pertenecían a grupos de bajos ingresos habían ido al dentista en el año anterior. Los canadienses de bajos ingresos tenían una probabilidad menor de tener seguro dental o de haber concurrido al consultorio del dentista en el año anterior. Solo 44% de los canadienses de bajos ingresos visitaron al dentista el año anterior, frente a 77% de los de altos ingresos. La educación y la ubicación geográfica también fueron factores que influyeron en el acceso a la atención dental. De aquellos que no habían completado la escuela secundaria, solo 47% señalaron que habían visitado al dentista, mientras que lo habían hecho 71% de los graduados en universidades. El 56% de los residentes en las zonas rurales y 65% de los residentes en las zonas urbanas habían consultado al dentista el año anterior.

Salud Canadá apoya la fluoruración del agua potable para prevenir las caries, pero no participa en la decisión de fluorurar el agua corriente porque esto está bajo la jurisdicción de los gobiernos provinciales y territoriales. En colaboración con sus municipios, las provincias y territorios deciden si fluorurarán el agua y la cantidad de flúor que se agregará. El 42% de la población canadiense es abastecida con agua potable fluorada.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El sistema de atención de salud se sustenta en el derecho del acceso a los servicios de atención de salud. Brinda cobertura universal sin deducibles para los servicios médicos y de hospital (ningún usuario paga nada por servicios médicos y de hospital necesarios). Está financiado principalmente por los impuestos, pero el suministro de los servicios es en gran medida privado. De acuerdo con la división constitucional de poderes entre los dos niveles de gobierno, el gobierno federal proporciona fondos mediante la transferencia de pagos a las provincias y territorios para contribuir a pagar los servicios de atención de salud, pero las provincias y territorios son en realidad los responsables de administrar y prestar los servicios.

La Ley de Salud de Canadá es el instrumento legislativo federal que rige la atención de salud en el país. Establece los criterios que deben satisfacer las provincias y territorios para recibir la transferencia completa de fondos federales que hace Salud

Canadá. Los cinco principios incorporados en esa ley son la administración pública, la integralidad, la universalidad, la continuidad y la accesibilidad.

La responsabilidad de los servicios de salud para los indígenas es compartida por el gobierno federal, los gobiernos provinciales y territoriales y las organizaciones indígenas. Por conducto de la División de Salud para la salud de las Primeras Naciones y los Inuit, Salud Canadá es responsable de los programas de salud comunitaria en las reservas de las Primeras Naciones y las tierras ocupadas por los Inuit; administra los programas de prestaciones de salud para las personas no aseguradas y financia y gestiona iniciativas de salud pública y fomento de la salud para esos grupos.

La misión de la División incluye realizar programas de prevención de determinadas enfermedades y de fomento de la salud para todos los pueblos indígenas; procurar la disponibilidad de servicios de salud o el acceso a ellos para los Inuit y las Primeras Naciones; ayudar a estas comunidades a superar las barreras y amenazas para la salud y alcanzar niveles de salud comparables con los de otros canadienses que viven en sitios similares. La División también es responsable de forjar sólidas alianzas con las Primeras Naciones y los Inuit para mejorar el sistema de salud. Los gobiernos provinciales y territoriales proporcionan acceso a los servicios de salud a otras poblaciones indígenas de Canadá.

La responsabilidad de la salud pública también es compartida con la Agencia de Salud Pública, un organismo federal de Canadá que fue creado en 2004 después del brote de SARS en 2003. La Agencia trabaja en estrecha colaboración con otros departamentos y organismos federales, las provincias y los territorios, y colabora con diversos interesados, incluidos los del sector privado, el sector no lucrativo, y profesionales de la salud, entre ellos los médicos de familia. Las iniciativas promueven la salud, previenen y controlan enfermedades infecciosas y crónicas, apoyan las actividades de vigilancia e investigación de salud pública y protegen al público de las consecuencias de situaciones sanitarias de emergencia (1, 6). Mediante sus actividades y la asociación con la comunidad de salud pública, la Agencia no solo mejora la salud y la calidad de vida sino que también alivia parte de la presión a que se ve sometido el sistema de atención de salud, ayudando a contener los costos y acortando los tiempos de espera de los pacientes.

Los canadienses están en la segunda fase de reformas sanitarias caracterizadas por un incremento de los gastos de salud pública y medidas para asegurar la sostenibilidad fiscal de la atención de salud pública. Los datos del Instituto Canadiense de Información Sanitaria muestran que ha habido un notable aumento del empleo de imaginología avanzada para el diagnóstico médico, como la tomografía computarizada y la resonancia magnética, y que este súbito auge ha creado una demanda que ha superado la disponibilidad de equipo, técnicos en radiología médica, especialistas en sonografía y médicos especializados en radiología de diagnóstico y medicina nuclear. A su vez, esto ha tenido un efecto negativo en la rapidez del tratamiento (6).

Para hacer frente a estas y otras presiones en el sistema, el Primer Ministro, los primeros ministros provinciales y los líderes territoriales se reunieron en el 2003 y aprobaron un acuerdo de renovación de la atención de salud. El acuerdo constituye un compromiso renovado por los gobiernos con un sistema de sanidad pública sostenible en Canadá y con los valores que lo sustentan. Se elaboró un plan de acción mediante el cual los primeros ministros acordaron proporcionar cobertura sin deducibles para una canasta de servicios de atención a corto plazo y domiciliaria, incluida la atención a corto plazo de trastornos mentales en la comunidad y los cuidados terminales. También acordaron que para 2011, 50% de la población canadiense tendría acceso a un prestador de atención primaria de salud.

En 2004 se aprobó un acuerdo de salud basado en acuerdos anteriores, mediante el cual se completaron aspectos pendientes de atención en instituciones, cobertura con medicamentos en casos de catástrofe y gestión de productos farmacéuticos. Los ministros acordaron que ningún ciudadano sufriría penurias económicas a causa de un tratamiento medicamentoso necesario.

Un plan de 10 años para fortalecer la atención de salud, formulado en septiembre de 2004, comprometió a los primeros ministros a reducir, para el 31 de marzo de 2007, los tiempos de espera en temas de salud prioritarios, como los vinculados con el cáncer, las enfermedades del corazón, la imaginología de diagnóstico, la sustitución de articulaciones y la restauración de la visión. También acordaron hacer hincapié permanente en la reforma de la atención primaria de salud, los recursos humanos en salud y la atención domiciliaria en situaciones posteriores al período agudo de la enfermedad, los pacientes con trastornos mentales y los pacientes en fase terminal. Además, acordaron establecer una red sobre mejores prácticas para intercambiar información y encontrar soluciones a los obstáculos que inhiben el progreso de la reforma de la atención primaria de salud. Con excepción de Quebec, el gobierno federal y los gobiernos provinciales crearon una fuerza ministerial de trabajo para establecer una estrategia farmacéutica nacional.

Los presupuestos federales para 2003 y 2004 apoyaron este plan de acción incrementando las inversiones federales en atención de salud. El gobierno federal también aumentó los fondos aportados a los gobiernos territoriales y las organizaciones indígenas para facilitar las reformas y mejorar el acceso, incluida la infraestructura de transporte médico para las comunidades remotas del norte del país.

En junio de 2001, el gobierno estableció la Secretaría de Cuidados Paliativos y Terminales, con el fin de que actuara como órgano coordinador y facilitador de este tipo de atención. También se crearon grupos comunitarios de trabajo para abordar cuestiones en cuanto a mejores prácticas y calidad de la atención, educación, información y concienciación del público, investigación y vigilancia. Mediante una estrategia sobre cuidados paliativos y terminales, Salud Canadá ha dado apoyo en la elaboración de planes de estudio para los prestadores, normas para la acreditación y redes de investigadores.

En 2004, el gobierno también introdujo el beneficio de atención compasiva como prestación del seguro laboral, que proporciona un máximo de seis semanas de licencia para ayudar a las familias que cuidan a un familiar moribundo. Además, en 2004, los primeros ministros acordaron proporcionar cobertura sin deducibles para los servicios de cuidados paliativos domiciliarios, que incluyen el tratamiento de casos, la atención de enfermería, los medicamentos paliativos y los cuidados personales.

Canadá tiene un sistema de salud muy descentralizado, con servicios públicos y privados. La autoridad fiscalizadora nacional recae en el gobierno federal. Las provincias tienen jurisdicción primaria sobre la administración y prestación de servicios de salud pública, pero “delegan” la prestación real en organizaciones de salud y en médicos que trabajan conforme a planes de honorarios por servicios o acuerdos de remuneración combinada, cuyos términos son negociados con los gobiernos provinciales. Las instituciones de salud, desde el hospital hasta la autoridad regional de salud, son acreditadas sobre una base voluntaria por el Consejo Canadiense de Acreditación de Centros de Salud. La mayoría de los prestadores de servicios, incluidos los médicos, las enfermeras, los dentistas, los optometristas, los quiroprácticos y los psicólogos, están organizados como profesiones independientes sujetas a una legislación provincial (6).

La Dirección de Terapias Biológicas y Genéticas es la autoridad federal que fiscaliza los medicamentos biológicos (productos derivados de fuentes vivas) y los productos radiofarmacéuticos para uso humano.

Las disposiciones sobre etiquetas concernientes a la nutrición son obligatorias desde el 12 de diciembre de 2005 para la mayoría de los alimentos empaquetados. El manejo de los contaminantes orgánicos persistentes se realiza mediante leyes, disposiciones e instrumentos políticos, pautas y códigos de la práctica.

El empleo de plaguicidas para la protección de cultivos alimentarios es aprobado y registrado por el Organismo Regulador del Control de Plagas del gobierno federal, una vez que se comprueba que el uso es accesible, eficaz y presenta niveles aceptables de riesgo para el medio ambiente y la salud humana. El papel del organismo regulador contribuye a la protección de los cultivos alimentarios desde un punto de vista económico y social.

Servicios de salud pública

El informe final de la Comisión Romanow sobre el futuro de la atención de salud en Canadá, publicado en 2002, señala que existe un acuerdo casi universal en que la atención primaria de salud ofrece tremendos posibles beneficios a los canadienses y al sistema de atención de salud; ninguna otra iniciativa tiene tanto potencial para mejorar la salud y sostener el sistema de atención de salud de Canadá.

Aproximadamente 80% de los contactos con el sistema de atención de salud canadiense se hacen por conducto del sector de atención primaria de salud, lo que obliga a la integración y coor-

dinación dentro del sistema para asegurar tanto la atención integral como la continuidad de la atención. En consecuencia, el elemento clave de la renovación de la atención primaria de salud es un cambio desde la práctica actual de médicos de familia a un modelo que tenga una mayor coordinación entre una gama de prestadores de atención de salud que, colectivamente, proporcionen servicios integrales a sus usuarios.

Se han introducido líneas telefónicas de orientación, servicios de salud por telecomunicaciones y registros electrónicos médicos y de salud. Estas tecnologías contribuyen a facilitar el acceso, apoyan el intercambio de información y mejoran la calidad de la atención. En las comunidades remotas, los servicios de salud por telecomunicaciones han sido fundamentales para proporcionar un rápido acceso a la atención, al permitir a los canadienses acceder a más servicios en su propia comunidad, lo cual da como resultado una mejor atención y ahorros de costos para los usuarios y para el mismo sistema.

Todos los ministerios de salud, provinciales y territoriales, dedican recursos al control de las enfermedades transmisibles en sus jurisdicciones. Sin embargo, como las enfermedades transmisibles se propagan con extrema rapidez y facilidad a través de las fronteras geográficas, el gobierno federal a menudo tiene que desempeñar una función más amplia en ese esfuerzo. El brote de SARS en 2003 y el posterior informe Naylor fueron los elementos catalizadores de un cambio de la política, mediante el cual el gobierno federal expandió su infraestructura nacional de prevención y control de las enfermedades infecciosas en forma similar a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA) (6).

Además, como resultado de una reunión nacional de consenso efectuada en 2005 sobre las metas y objetivos en relación con seis enfermedades inmunoprevenibles, están en marcha en casi todas las provincias y territorios cuatro programas nuevos de inmunización (contra la enfermedad meningocócica, la enfermedad neumocócica, la varicela, y contra la tos ferina con la vacuna acelular).

También se están aplicando a nivel provincial y territorial programas de tamizaje para la detección temprana del cáncer. Con fondos de Salud Canadá, desde 1990 se ha puesto en práctica una iniciativa para la detección del cáncer de mama, que se concentra en la educación del público y la ejecución de programas.

La Encuesta Canadiense sobre Salud Comunitaria de 2004 incorporó indicadores vinculados con la nutrición, con lo cual se cubrió una carencia crítica de 35 años en los datos sobre el consumo de alimentos a nivel nacional.

Como parte de la vigilancia de la salud ambiental en Canadá se monitorean los niveles de sustancias químicas ambientales en los seres humanos, por medio del Programa de Contaminantes del Norte y las radiaciones ambientales; se han establecido indicadores de salud ambiental y salud atmosférica para los niños; se aplican sistemas de asesoramiento sobre el agua potable con el fin de efectuar el seguimiento de enfermedades entéricas transmitidas por el agua y los alimentos, y, a partir de 2007, la En-

cuesta Canadiense de Mediciones de Salud incluirá un sustancial componente de vigilancia biológica.

El Programa Canadiense de Prevención y Notificación de Lesiones en los Hospitales es un programa de vigilancia basado en los departamentos de urgencia de 10 hospitales infantiles y cuatro hospitales generales, realizado por la Agencia de Salud Pública de Canadá. El programa identifica la cantidad de personas que concurren a los departamentos de emergencia para el tratamiento de lesiones, así como la ubicación y la causa de las lesiones.

El Laboratorio Nacional de Microbiología de Canadá es responsable de identificar, controlar y prevenir enfermedades infecciosas. Las actividades del laboratorio incluyen la microbiología de referencia, el apoyo a los programas epidemiológicos, la vigilancia, la respuesta en situaciones de urgencia, la investigación aplicada y de exploración y la gestión de la propiedad intelectual para mejorar la salud pública en Canadá y en el ámbito internacional.

La Oficina de Seguridad en el Laboratorio, dentro de la Agencia de Salud Pública de Canadá, es la autoridad nacional de bioseguridad. Su misión es asegurar, a nivel nacional, intervenciones de bioseguridad eficaces y basadas en las pruebas mediante la fiscalización, la vigilancia, la investigación aplicada y la divulgación oportuna de información concerniente a las necesidades, las prioridades y las estrategias. En 1983, la Oficina fue designada Centro Colaborador de la OMS en Tecnología y Servicios Consultivos de Bioseguridad, y proporciona pautas y programas de seguridad para los laboratorios de microbiología de todo el mundo, capacitación en bioseguridad, difusión de información, un centro de recursos de bioseguridad, vigilancia y programas de investigación aplicada en bioseguridad.

La Oficina de Salud Pública aplica programas para proteger la salud de las personas que viajan dentro de Canadá y para asegurar el abastecimiento de agua potable inocua a los empleados federales. Mediante un programa público itinerante, Salud Canadá brinda tres tipos de servicios: inspecciones y auditorías, investigaciones de brotes de enfermedades y vigilancia de enfermedades gastrointestinales.

También se efectúan inspecciones para verificar la inocuidad del agua, los alimentos y otras condiciones de salud ambiental en los cruceros, los transbordadores de pasajeros, los trenes de pasajeros y sus servicios auxiliares. Se llevan a cabo inspecciones no anunciadas en los cruceros que navegan en aguas canadienses una vez al año, durante la temporada de cruceros. Según el Reglamento Sanitario Internacional, los barcos de carga internacionales deben obtener un certificado de exención de la desratización cada seis meses, que declara que el barco está exento de ratas o indicios de su presencia. Un inspector de Salud Canadá expide un certificado al completar una inspección total del barco.

Aproximadamente 78% de los canadienses cuentan con sistemas de abastecimiento de agua corriente y se estima que 6,8 millones utilizan fuentes privadas de abastecimiento de agua, principalmente pozos para extraer agua subterránea. Alrededor de

74% de los canadienses que viven en su mayoría en zonas urbanas cuentan con servicios municipales de alcantarillado y tres cuartas partes de ellos disponen de un sistema de tratamiento de alto nivel. Algunas encuestas indican que entre 20% y 40% de los pozos, en particular en las zonas rurales, pueden estar contaminados con nitratos o bacterias. Los datos sobre la calidad del agua potable de los sistemas públicos son reunidos y clasificados en forma diferente en las provincias y territorios.

Se ha creado el Comité de Salud y Medio Ambiente, un órgano federal, provincial y territorial para fortalecer la vigilancia gubernamental en múltiples niveles de la contaminación transmitida por el agua. En 2002 y 2004 se publicaron documentos de orientación sobre la inocuidad del agua potable. Por conducto del Programa de Infraestructura de Canadá, el gobierno ha destinado durante cinco años (2003–2007) fondos adicionales para mejorar, mantener y monitorear el agua corriente y los sistemas de eliminación de aguas residuales en las reservas de las Primeras Naciones y promover iniciativas de municipios verdes.

Canadá promueve un sistema ecológicamente racional, basado en la ciencia, para monitorear la carga de residuos sólidos. El manual de orientación para las comunidades sostenibles promueve el empleo de los residuos sólidos como un recurso y estimula la reducción, la reutilización y el reciclaje para disminuir los residuos sólidos. El gobierno federal, los gobiernos provinciales y territoriales, los gobiernos municipales y las empresas evalúan, elaboran y ponen en práctica programas y políticas nuevos de gestión de los residuos sólidos.

Se ha prohibido el empleo de gasolina con plomo en los automóviles y, en el último decenio, se han aprobado varias disposiciones que controlan la composición de diversos combustibles. Desde enero de 2005 se han establecido en el país disposiciones concernientes al azufre.

En el plano internacional, Canadá ratificó un protocolo sobre metales pesados del Convenio sobre Contaminación Atmosférica Transfronteriza de Largo Alcance, establecido por la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa, con lo cual se compromete a intensificar la cooperación regional para reducir la contaminación atmosférica transfronteriza.

El Primer Programa Nacional sobre Contaminantes Ambientales en las Primeras Naciones fue iniciado en 1999, como un programa de investigación en colaboración entre la Asamblea de las Primeras Naciones y Salud Canadá. El objetivo del programa es ayudar a las Primeras Naciones a evaluar el grado de exposición a contaminantes ambientales y el posible riesgo para la salud y el bienestar de los integrantes de las Primeras Naciones.

Canadá prohíbe el empleo de plaguicidas con concentraciones elevadas de 2,3,7,8-tetraclorodibenzodioxina (TCDD) y vigila la cantidad de policlorobifenilos presentes en los alimentos, el aire y el agua, con el fin de reducir el riesgo para la salud. También se han establecido pautas para minimizar la liberación de dioxinas y furanos de los desechos sólidos municipales e incineradores de residuos peligrosos.

Como una forma de eliminar la exposición de los niños al plomo, Canadá ha establecido una estrategia de reducción del riesgo de plomo en los productos de consumo. La ingestión del plomo en el polvo doméstico es actualmente la principal fuente de ingesta de plomo en los niños.

El Centro Canadiense de Salud y Seguridad Ocupacionales es un órgano del gobierno federal que apoya la eliminación de todas las enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo en el país. El Centro proporciona a los canadienses información y asesoramiento, pertinentes y sin sesgos, que contribuyen a la toma responsable de decisiones y promueven entornos de trabajo seguros y saludables. Difunde una amplia gama de información sobre salud y seguridad ocupacionales al público y a los profesionales de la salud y la seguridad.

El gobierno, por conducto del Centro de Preparativos y Respuesta para Situaciones de Emergencia de la Agencia de Salud Pública, trabaja con múltiples aliados para asegurar que el país esté preparado para responder a los riesgos de salud pública en caso de desastres naturales y los causados por el hombre (enfermedades infecciosas, huracanes, inundaciones, terremotos y actos criminales o terroristas, como explosiones y liberación de sustancias tóxicas). El enfoque del Centro incluye ejercicios de capacitación en preparativos, la seguridad de los laboratorios que manipulan agentes patógenos peligrosos y el mantenimiento y expansión en todo el país de las reservas nacionales de suministros para situaciones de emergencia.

El mantenimiento y mejoramiento de los servicios de cuarentena en los principales aeropuertos internacionales de Canadá es una prioridad, como lo fue la sanción de una versión revisada de la Ley de Cuarentena, aprobada por el Parlamento el 12 de mayo de 2005. Esta ley otorga nuevas facultades e instrumentos modernos a los servicios de cuarentena.

En colaboración con las provincias, se despliegan en todo el país equipos del Plan de Respuesta y Socorro en Situaciones de Emergencia. Los equipos están constituidos por diversos profesionales preparados para responder a cuestiones vinculadas con el transporte de sustancias infecciosas que plantean un alto riesgo para los individuos y la comunidad.² En 2005 se puso en funcionamiento el recientemente renovado laboratorio clasificado con el nivel 3³ de contención, que ahora sirve como laboratorio de respuesta ante una amenaza biológica en la Región Capital del país.

Servicios de atención a las personas

Los canadienses cuentan con un sólido sistema de salud público, que se concreta por medio del Programa de Salud del Servi-

cio Público y los Servicios de Asistencia para Empleados. El Programa incluye evaluaciones de salud, enfermedades transmisibles, investigaciones en el lugar de trabajo, ergonomía de las oficinas y educación, promoción y capacitación en materia de salud.

El Programa de Atención en la Comunidad y el Hogar para las Primeras Naciones y los Inuit, establecido en 1999 por Salud Canadá, permite a las personas con enfermedades crónicas o agudas y a los ancianos recibir atención en sus propios hogares, prestada principalmente por los miembros de estas comunidades. Los principios orientadores del programa incluyen el respeto a los métodos de los pueblos de estas comunidades para curar enfermedades y asegurar el bienestar físico y la planificación concentrada en la comunidad.

Además, el Programa de Nutrición Prenatal de Canadá, por medio de la sección que se ocupa de las Primeras Naciones y los Inuit, ayuda a las embarazadas, incluidas las que viven en la pobreza, las adolescentes, y las que viven aisladas o con difícil acceso a los servicios. Las actividades incluyen el suministro de suplementos alimentarios y vitamínicos, apoyo a la lactancia materna, orientación individual y sobre aspectos del modo de vida, capacitación en la preparación de alimentos, transporte, puericultura y envío a otros servicios.

Promoción de la salud

El gobierno federal y los gobiernos provinciales y territoriales llevan a cabo varios programas de promoción y educación en materia de salud, que abordan el abuso de alcohol y drogas, la violencia familiar, el síndrome de alcoholismo fetal, la alimentación y la nutrición, la salud mental, la actividad física, la seguridad y las lesiones y la sexualidad, incluida la prevención del sida. Salud Canadá también ha creado un sitio en la Web con información integral sobre la salud, que proporciona asesoramiento a todos los canadienses sobre cómo permanecer sanos y evitar enfermedades (6).

Como Salud Canadá trabaja para mejorar el estado de salud de los pueblos de las Primeras Naciones y los Inuit, una de sus prioridades es formular y aplicar una estrategia nacional de prevención del suicidio entre los jóvenes indígenas. El propósito de la estrategia es aumentar la capacidad de adaptación y los factores protectores, y reducir los factores de riesgo asociados con el suicidio entre estos jóvenes.

En 2005, el gobierno implementó la estrategia pancanadiense de vida saludable, que es otra importante inversión en promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas para los próximos cinco años y más adelante. Aprobada por los ministros de salud en los ámbitos federal, provinciales y territoriales, la estrategia busca mejorar los resultados generales de salud y reducir las disparidades, haciendo hincapié en la alimentación sana y la actividad física y sus relaciones con un peso saludable.

Además, la Agencia de Salud Pública orienta sus actividades de promoción de la salud mediante subsidios y programas de

²Grupo 4 de riesgo de la OMS.

³Capaz de manipular agentes patógenos autóctonos o exóticos que pueden causar enfermedades graves o en potencia mortales mediante la exposición por vía de la inhalación (aplicable a instalaciones clínicas, de diagnóstico, enseñanza, investigación o producción).

contribuciones para las comunidades a nivel nacional y regional. Son ejemplos el Programa de Acción Comunitaria para los Niños, la Estrategia Canadiense contra la Diabetes y el Programa de Acción Comunitaria contra el Sida.

La iniciativa contra la violencia familiar reúne a 14 departamentos federales y adopta un enfoque coordinado con el fin de promover la concienciación del público acerca de los factores de riesgo de violencia familiar y la necesidad de la participación del público para responder a ella.

En 2005, los Ministros de Educación y Salud formaron una alianza intergubernamental y elaboraron un plan de acción para abordar una serie de problemas de salud, sociales y relacionados con el aprendizaje que afectan a los niños en edad escolar y los jóvenes.

La estrategia para combatir el consumo de estupefacientes en Canadá, encabezada por Salud Canadá por conducto de su Oficina de Reducción de la Demanda, es una iniciativa intersectorial coordinada a nivel federal para reducir el daño asociado con el consumo de narcóticos y otras sustancias controladas, alcohol y medicamentos de venta con receta. La estrategia se concentra en los jóvenes e incluye iniciativas de educación, prevención y promoción de la salud, al igual que una intensificación de las medidas coercitivas. También instruye en las mejores prácticas a los prestadores de primera línea de los servicios de salud y sociales, en las áreas de prevención, tratamiento y rehabilitación.

El Centro Canadiense contra el Abuso de Sustancias maneja el programa nacional, llamado Salud, Educación y Aplicación de la Ley en Colaboración. En 2004 se creó un equipo para la ejecución del programa constituido por coordinadores provinciales, con el fin de intercambiar información y promover redes intersectoriales para la formulación de estrategias para combatir el uso indebido de sustancias.

La Iniciativa Federal contra el VIH/Sida (2005) es una alianza entre la Agencia de Salud Pública de Canadá, Salud Canadá, los Institutos Canadienses de Investigación en Salud y el Servicio Correccional de Canadá. En estrecha colaboración con los interesados, la iniciativa apoya programas e investigaciones que benefician a las personas con VIH/sida.

En octubre de 2004, Salud Canadá creó una oficina que se ocupa de mejorar la salud oral de los canadienses y aumentar la conciencia acerca de la prevención de las enfermedades orales.

Recursos humanos

En 2004 había 315.139 enfermeras empleadas (78,2% eran enfermeras tituladas, 20,1%, enfermeras no tituladas autorizadas y 1,6%, enfermeras psiquiátricas tituladas). El personal de enfermería era predominantemente femenino. En 2004, 5,4% del personal de enfermería titulado eran hombres (6,9%, personal de enfermería no titulado autorizado y 22,7%, personal de enfermería psiquiátrica titulado).

Los datos del Instituto Canadiense de Información Sanitaria mostraron que en 2005 el número de médicos que estaban trabajando en Canadá era de 69.519, incluidos pasantes y residentes; de ellos, 51% eran médicos de familia y 49%, especialistas.

El número de mujeres médicas aumentó 14% (de 16.945 en 2000 a 19.365 en 2004), y el número de hombres médicos aumentó solo 0,6% en el mismo período. La mayoría de los médicos están concentrados en las zonas urbanas; existe una tendencia a una aguda escasez en las zonas rurales y aisladas, donde las enfermeras continúan desempeñando una función esencial en la prestación de servicios de salud.

Salud Canadá, mediante la estrategia pancanadiense de recursos humanos en salud, colabora con las provincias, los territorios y los interesados para fortalecer la planificación de recursos humanos en salud, promover e impartir educación interprofesional entre los profesionales de la salud y formular y aplicar estrategias de contratación y retención, con el fin de asegurar una mejor dotación de profesionales de la salud a largo plazo.

Complementa ese esfuerzo la iniciativa sobre recursos humanos en salud de los indígenas, que aborda cuestiones relacionadas con los recursos humanos de salud en comunidades indígenas y remotas, como aumentar el número de prestadores de servicios en este tipo de comunidades y mejorar sus habilidades.

Suministros de salud

La Dirección de Terapias Biológicas y Genéticas de Salud Canadá es la autoridad federal canadiense que se ocupa de los medicamentos biológicos (productos derivados de fuentes vivas) y radiofarmacéuticos de uso humano.

En 2002 se estableció el Examen Común de Medicamentos con el fin de contar con un solo procedimiento para examinar los productos farmacéuticos nuevos y formular recomendaciones acerca de farmacopeas para todas las provincias y territorios, con excepción de Quebec (6).

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

Los Institutos Canadienses de Investigación en Salud son el organismo del gobierno encargado de las investigaciones en materia de salud. Coordinan la investigación mediante una estructura única interdisciplinaria constituida por 13 institutos "virtuales", que son redes de investigadores reunidos que se concentran en importantes problemas de salud. Cada instituto realiza investigaciones clínicas y biomédicas fundamentales y estudios sobre los sistemas de salud, los servicios de salud, la salud de las poblaciones, las dimensiones sociales y culturales de la salud y las influencias ambientales sobre la salud. Los temas prioritarios en las investigaciones incluyen la salud de los pueblos indígenas, el envejecimiento, investigaciones sobre el cáncer, sobre servicios y políticas de salud, el desarrollo humano, la salud del niño y el joven, la nutrición, el metabolismo y la diabetes.

En 2004, Canada Health Infoway puso en marcha una estrategia que orienta las inversiones en una serie de teleaplicaciones, en el idioma oficial, para comunidades indígenas de las zonas septentrionales, rurales y remotas. Hasta el momento se han efectuado pocos estudios sistemáticos sobre las repercusiones de las teleaplicaciones en salud (6).

Gasto y financiamiento sectorial

En 1975, los costos totales de la atención de salud en Canadá representaron 7% del PIB. Para 2005⁴, los gastos totales de la atención de salud en el país, como porcentaje del PIB, crecieron a un estimado de 10,4% (Can\$ 4.411 por persona). Según el Instituto Canadiense de Información Sanitaria, los gastos públicos en salud en 2005 representaron siete de cada 10 dólares canadienses gastados en atención de salud; los tres restantes correspondieron a fuentes privadas y cubrieron los costos de servicios complementarios como medicamentos, atención odontológica y servicios oftalmológicos.

Ha cambiado considerablemente la forma en que se gasta el dinero destinado al cuidado de la salud en los tres últimos decenios. En general, ha disminuido el porcentaje de gastos totales en salud pagados a hospitales y médicos, mientras que ha aumentado mucho el gasto en medicamentos recetados. Aun así, los gastos en hospitales y médicos representan 43% de la cantidad asignada a la atención de salud.

En 1975 se pagó a los hospitales un porcentaje mucho más grande (45%) que en 2005 (30%). Los pagos a médicos en 1975 (15%) representaron el segundo porcentaje más grande de los gastos, y descendieron al tercer lugar de gastos más grandes en 2005 (13%). En contraste, los tratamientos farmacológicos, en particular los recetados por médicos, representaron 9% del gasto total en salud en 1975. Este porcentaje casi se duplicó en 2005 y, con alrededor de 18%, se ha convertido en el segundo porcentaje más grande de los gastos totales en salud. El porcentaje de gastos en salud financiados por el sector público permaneció en 69,6% en 2005, en el mismo nivel de 2002. Estos porcentajes son los más bajos registrados desde 1975.

El crecimiento de los gastos totales en salud varió mucho en las provincias en 2005. Alberta registró el ritmo más rápido de aumento de los gastos, con 11,3%. En el extremo más bajo, la Isla Príncipe Eduardo, Terranova y Labrador registraron tasas de crecimiento inferiores a 5%.

El gasto per cápita en salud fue por lo general similar en las provincias (varió desde un valor mínimo de Can\$ 3.878 en Quebec a un máximo de Can\$ 4.820 en Alberta en 2005). La mayoría de las provincias restantes tuvieron gastos per cápita en salud de Can\$ 300 más o menos que el promedio nacional. Los tres terri-

torios tuvieron gastos per cápita considerablemente más altos (a Nunavut le correspondieron gastos mucho más altos que el promedio en Canadá). Estos elevados costos per cápita son resultado de la lejanía de los territorios canadienses y la menor densidad demográfica, que generan importantes costos de transporte.

En 2005, los gastos de los hospitales y los medicamentos ascendieron a Can\$ 67.200 millones, casi la mitad de los gastos totales en salud. Los gastos en profesionales de la salud (médicos y otros profesionales) representaron casi una cuarta parte de los gastos en salud.

Cooperación técnica y financiera en salud

El gobierno participa en programas en gran escala, con múltiples donantes, basados en las prioridades de los países en desarrollo y que hacen uso de las instituciones y los sistemas locales para su ejecución. Esta cooperación del Gobierno de Canadá fortalece la capacidad de los países en desarrollo bien gobernados que han asumido la responsabilidad primaria de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y también contribuye a coordinar y concentrar la ayuda.

Canadá considera que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, es un socio estratégico en las actividades encaminadas a mejorar el estado de salud de los pueblos de las Américas. De ahí se deriva el grado de apoyo que presta la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional para abordar problemas esenciales de salud, como las enfermedades transmisibles, la inmunización, el VIH/sida, los preparativos para pandemias y la gestión de desastres, así como el fortalecimiento de los recursos humanos en salud y la capacidad institucional en América Latina y el Caribe.

Canadá no usa los fondos del programa bienal de la OPS para trabajar dentro del país. En cambio, se usan estos fondos en asociación con países latinoamericanos y del Caribe y con la misma OPS para movilizar a expertos canadienses con el fin de hacer frente a necesidades específicas de salud identificadas por los países. Aproximadamente 20 proyectos al año son patrocinados en una alianza recíproca, que sirve para reforzar el espíritu orientador del panamericanismo.

En el plano internacional, Canadá aborda la llamada “brecha 10/90” (solo 10% de los fondos se destinan a la investigación de 90% de los problemas mundiales de salud) mediante la Iniciativa Mundial de Investigación en Salud. La iniciativa constituye una asociación entre cuatro organizaciones canadienses de salud, cada una con una ventaja comparativa diferente: los Institutos Canadienses de Investigación en Salud, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, Salud Canadá y el Centro de Investigación para el Desarrollo Internacional. Este enfoque de colaboración sirve como marco para actividades encaminadas a configurar y aplicar el programa mundial de investigaciones en salud, influir en las políticas y su coherencia con las investigacio-

⁴Los datos de 2004 y 2005 son predicciones.

nes mundiales en salud y facilitar el intercambio de información entre los organismos asociados.

El Consejo de Investigación para el Desarrollo Internacional, mediante una iniciativa sobre globalización, crecimiento y pobreza, también da apoyo a las reformas políticas en los países en desarrollo orientadas a promover el crecimiento incluyente y equitativo y reducir la pobreza, así como a estrategias apropiadas de integración internacional, generando la información necesaria y el análisis de las políticas. Además, Canadá ha actuado como secretaria de la iniciativa sobre seguridad sanitaria mundial, en la cual han estado participando 180 países desde 2001. Las tareas de la secretaria incluyen preparar y difundir un protocolo para la adquisición de vacunas y ofrecer cursos sobre contención y aislamiento para la viruela y otras enfermedades contagiosas.

Canadá es también uno de los países socios de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud y aporta fondos para dar apoyo a tres de los nueve centros de redes de conocimientos sobre el desarrollo infantil temprano, la globalización y la salud y los sistemas de salud en Sudáfrica. Canadá también ha asumido una función de liderazgo con la OMS en la definición de iniciativas sobre prevención y control de enfermedades crónicas, ayudando a establecer un convenio marco para la cooperación en la lucha contra enfermedades crónicas en 2005. Se prevé que la alianza con la OPS y los países de las Américas continuará expandiéndose en esta área en los próximos años.

El país también está comprometido con el fortalecimiento de la capacidad de gestión del agua a nivel internacional. Por ejemplo, Salud Canadá participa en la red internacional organizada por la OPS sobre el abastecimiento de agua en comunidades pequeñas. Este proyecto pretende abordar problemas asociados con el suministro de agua inocua a comunidades remotas en los países desarrollados y en desarrollo, como una forma de avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, específicamente los relacionados con el agua y el saneamiento.

Desde 2002, cuando actuó como país anfitrión de la Reunión de Ministros de Salud y del Medio Ambiente (HEMA, por su sigla en inglés) de todo el continente, Canadá ha estado apoyando una agenda de salud y medio ambiente, que incluye elaborar un marco más amplio de políticas para vincular la salud y el medio ambiente. El Grupo de Estudio de HEMA, constituido por 10 re-

presentantes gubernamentales de los sectores de la salud y el medio ambiente de las cinco subregiones americanas, ha propuesto medidas en toda la Región para prevenir y mitigar las amenazas ambientales para la salud del hombre a nivel nacional y regional. La subsiguiente Declaración y Agenda de Cooperación ha exhortado a forjar alianzas estratégicas que hagan hincapié en los vínculos entre los sectores de la salud, el medio ambiente, la educación y el trabajo en particular; formular políticas públicas sobre el desarrollo sostenible que busquen aliviar la pobreza y las desigualdades, y proteger el medio ambiente y la salud en el marco de los derechos humanos.

Referencias

1. Public Health Agency of Canada, Treasury Board of Canada, Secretariat. 2005–2006 Performance Report (DPR-Part III Estimates). Available from: www.tbs-sct.gc.ca/dpr-rmr/0506/PHAC-ASPC/PHAC-ASPC_e.asp.
2. Statistics Canada. Income in Canada 2004. (Statistics Canada Catalogue Number 75-202-XIE). Ottawa, Ontario: Statistics Canada; 2006.
3. Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security, Health Disparities Task Group. Reducing Health Disparities—Roles of the Health Sector: Discussion Paper. December 2004.
4. Yalnizyan A. Getting Better Health Care: Lessons from (and for) Canada. Canadian Centre for Policy Alternatives; 2006.
5. DesMeules M, Pong R. How Healthy Are Rural Canadians? An Assessment of Their Health Status and Health Determinants. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2006.
6. Marchildon GP. Health Systems in Transition: Canada. Volume 7, Number 3. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2005.
7. Canada, Department of Agriculture and Agri-Food Canada. 2002.
8. Statistics Canada. 2001 Census Analysis Series. A profile of the Canadian population: where we live. Catalogue Number 96F0030XIE.

CHILE



Chile se encuentra situado en el extremo sudoccidental de América del Sur, limita con Perú, Bolivia y Argentina y su territorio continental tiene una longitud de 4.329 km, con un ancho promedio de 177 km. La superficie continental e insular es de 756.626 km² y la del territorio antártico es de 1.250.000 km².

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

La división político-administrativa del país considera 13 unidades geográficas o Regiones: Tarapacá (I), Antofagasta (II), Atacama (III), Coquimbo (IV), Valparaíso (V), Libertador General Bernardo O'Higgins (VI), Maule (VII), Bío-Bío (VIII), Araucanía (IX), de los Lagos (X), Aysén (XI), Magallanes y de la Antártica Chilena (XII) y Metropolitana (RM).

Determinantes sociales, políticos y económicos

La economía ha seguido consolidando su crecimiento, con un producto interno bruto de 6,1% para el año 2004. La tasa de inflación ha descendido desde 4,5% en diciembre de 2000 a 2,4% en diciembre de 2004. Sin embargo, desde el año 2000 las cifras de desempleo solo han disminuido marginalmente, alcanzándose una tasa de desocupación de 8,8% en 2004, según el Banco Central de Chile. Los recursos naturales que particularmente se relacionan con el auge económico son la minería, la silvicultura y la acuicultura.

La preocupación por la protección ambiental se ha acrecentado en temas críticos como la calidad del aire en la Región Metropolitana y en las inmediaciones de las fundiciones de cobre en el norte del país. Chile ha fortalecido progresivamente sus políticas ambientales sobre la base de un modelo de coordinación ambiental multisectorial.

La población adulta tiene una alta percepción de problemas ambientales y sociales, siendo la contaminación ambiental e higiene y los problemas ligados al alcohol y la drogadicción, la segunda y tercera causa de problemas percibidos, respectivamente. De acuerdo a la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) de 2003 la cobertura de agua potable es cercana a 100% en áreas urbanas y más de 90% en zonas rurales concentradas; la cobertura de alumbrado eléctrico alcanza a 96,1% de los hogares; solo 2,7% de los hogares del país no disponen de algún sistema de eliminación de excretas en áreas urbanas, proporción que se incrementa a 3,5% en áreas rurales (1). Ya en 1994 casi 100% de la población urbana disponía de un servicio regular de recolección domiciliaria. Algunos rellenos sanitarios, donde se depositan los residuos urbanos, han debido cerrar al haber cum-

plido su ciclo de vida. Los municipios han externalizado el servicio de recolección de basura, observándose algunas imperfecciones, pues las pocas empresas que existen controlan el mercado.

El Ministerio de Planificación y Cooperación, a través de la encuesta CASEN, evalúa los niveles de pobreza en el país así como también la cobertura, distribución e impacto que tienen los programas de protección social. En Chile una persona se considera pobre si su nivel de ingreso se sitúa por debajo de un nivel mínimo que le permita satisfacer sus necesidades básicas; e indigente, si este no le permite satisfacer sus necesidades alimentarias. Entre 2000 y 2003 la situación de pobreza total, que es la suma de las personas pobres no indigentes y las personas en situación de indigencia del país, bajó 1,8% y alcanzó 18,8% a finales de 2003. Esto contrasta fuertemente con 38,6% existente al año 1990. La pobreza e indigencia rural es permanentemente mayor que la urbana; la razón entre los ingresos autónomos familiares del 20% más rico y el 20% más pobre era de 14,3 en 2003, cifra que se reduce a 7,6 al incluir dentro de los ingresos totales los aportes monetarios y no monetarios que hace el Estado. En 2003, 31,6% y 27% de la población indígena se encontró bajo la línea de la pobreza en las zonas rural y urbana, respectivamente.

En 2002 había 11.226.309 personas de 15 años o más, de las cuales 5.877.149 personas constituían la fuerza de trabajo, lo que representa 27,2% de aumento respecto al censo de 1992. La participación laboral femenina aumentó 7,5% y la masculina se redujo en 1,5% en el mismo período.

Desde el año 2000 ha habido una creación más dinámica de empleos y una moderada pero sostenida disminución de la desocupación. Existen problemas significativos de inserción laboral de mujeres, jóvenes y personas de baja calificación junto con una mayor inestabilidad en el empleo. El empleo femenino sufre de discriminación sectorial y salarial, lo que se refleja en que mayoritariamente se concentra en el sector servicios, las posiciones directivas son dominadas por los hombres y el salario promedio por hora que reciben las mujeres es 20% inferior al de los hombres. Desde 1994 los jóvenes exhiben una participación laboral declinante, con tasas de desempleo que se han mantenido elevadas. Desde una perspectiva geográfica, el mayor número de ocupados durante 2002 se encontraba en las regiones Metropolitana (43%), VIII (11%) y V (10%).

En el período 1992–2002 se observa un aumento porcentual de viviendas (30,6%), siendo las urbanas, con 34,2%, las que presentaron mayor crecimiento; las rurales crecieron 13%. Las viviendas caracterizadas como permanentes ocupadas aumentaron en 31,6% mientras que las semi-permanentes disminuyeron en 48,2%, lo cual refleja que la población ha tenido un mejor acceso a soluciones habitacionales de carácter más estable (2).

La población alfabetizada al año 2002 fue de 98,5% en los mayores de 10 años, cifra que se distribuye en el país de forma casi igualitaria entre hombres y mujeres (2). Al comparar con el censo anterior (1992) se observa una leve mejoría (1,2%), con incrementos en los niveles pre-básico (menores de 5 años), medio y superior. La cobertura de educación preescolar ha aumentado y 1 de cada 3 niños actualmente accede a este tipo de educación. El promedio de años de escolaridad es de 10,2, fluctuando entre 8,7 años en la Región VII a 11 años en la Región Metropolitana. Los pueblos indígenas tienen un menor porcentaje de alfabetización, especialmente mujeres (10,4% no sabe leer ni escribir, según la encuesta CASEN de 2003) (3).

La participación social en la población adulta es baja, pues 55% de los adultos de 15 o más años no pertenece a ninguna organización. El principal grupo de pertenencia y participación son las organizaciones territoriales, luego los grupos religiosos y los deportivos. Por otra parte, solo 57% de los adultos percibe tener redes de apoyo social de tipo emocional y material (instrumental).

Demografía, mortalidad y morbilidad

Según el censo del año 2002 (2) la población asciende a 15.116.435 personas, de las cuales 7.447.695 son hombres y 7.668.740 son mujeres. La población menor de 15 años representa 25,7% y la de 60 o más años 11,4% del total. La densidad poblacional es de 20,4 habitantes por km² y la edad promedio, de 30,04 años. Entre 1992 y 2002 el ritmo promedio anual de crecimiento fue de 1,2% (0,6 puntos menor que la tasa de la década anterior). La población rural corresponde a 13,4% y la población urbana (86,6%) se concentra en las regiones Metropolitana (40%), VIII (12%), V (10%) y X (7%). En el censo de 2002, 4,6% de la población declara pertenecer a alguno de los ocho pueblos indígenas reconocidos por la ley indígena. De ellos, 87,3% pertenece al pueblo mapuche y 7% al pueblo aymará. Los residentes extranjeros registrados fueron 184.064 (1,2% de la población total del país), de los cuales 77,1% proviene de otros países americanos (Argentina, Perú y Bolivia).

La tasa de natalidad ha mantenido su tendencia estable al descenso estimándose para el año 2003 en 15,5 por 1.000 habitantes (3). Una situación similar ha experimentado la mortalidad infantil, que para el año 2003 alcanzó a 7,8 por 1.000 nacidos vivos, como lo muestran las figuras 1 y 2. Por otra parte, la esperanza de vida al nacer para el período 2005–2010 se ha estimado en 78,5 años.

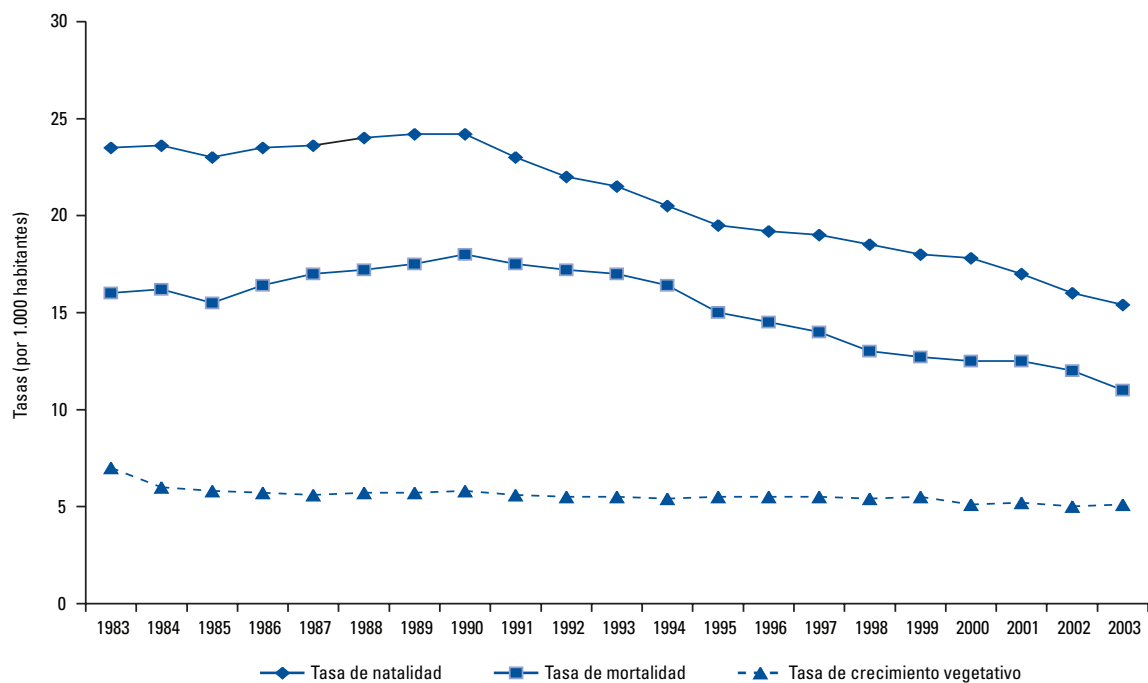
Los indicadores de mortalidad provienen del sistema nacional de registro de hechos vitales (Instituto Nacional de Estadísticas, INE) y de la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10) de causas de muerte (Ministerio de Salud, MINSAL). Las últimas cifras publicadas (2003) (3) muestran muy buenos indicadores de calidad: 98,9% de certificación médica de las muertes y 2,8% de causas de muerte mal definidas (R00-R99). En el año 2003 hubo 83.672 defunciones, con una tasa bruta de mortalidad general de 5,25 por 1.000 habitantes. La tasa ajustada por edad a la población estándar mundial corresponde a 5,0 por 1.000 habitantes. En general, se observó una tendencia a la disminución de las tasas de mortalidad ajustada por edad entre los años 2000 y 2003 (5,17 y 5,0 por 1.000 habitantes, respectivamente). La diferencia entre sexos en estos años se mantuvo constante y para todos los tramos de edad, con un índice promedio de sobremortalidad masculina de 1,2. Las principales causas de muerte por 100.000 habitantes, según grandes grupos de causas se muestran en la figura 3.

En el período 2000–2003 la mortalidad materna descendió de 1,9 por 10.000 nacidos vivos (49 defunciones) a 1,4 muertes por 10.000 (35 defunciones), en tanto que la mortalidad por aborto bajó de 0,5 por 10.000 nacidos vivos (13 defunciones) a 0,3 (7 defunciones). La mortalidad fetal para 2003 fue de 5,7 por 1.000 nacidos vivos, observándose un incremento sostenido desde 1999 (tasa de 4,1 por 1.000 nacidos vivos). Durante 2003 se produjeron 909 muertes fetales tardías (tasa de 3,9 por 1.000 nacidos vivos), lo que es una reducción importante respecto de las cifras de 1998 (tasa de 4,3 por 1.000), considerando que durante las décadas de 1978 a 1988 y de 1988 a 1998 la tasa se había mantenido estable.

De 1983 a 2003 la tasa global de fecundidad disminuyó de 2,5 hijos por mujer a 1,9. En 1983 la mayor tasa de fecundidad correspondió al grupo de 20 a 24 años (137,6 por 1.000 mujeres), mientras que en 2003 correspondió al grupo de 25 a 29 años (100,6 por 1.000 mujeres). La fecundidad deseada es de 2,76 hijos, lo que no difiere mucho de la fecundidad real de 2,26 evaluada por el censo de 2002. En la población de bajo nivel socioeconómico, la tasa observada llega a 3,2 hijos por mujer (2003), lo cual implica que esta población tendría más hijos que los deseados por falta de acceso a información o programas relacionados con la planificación familiar.

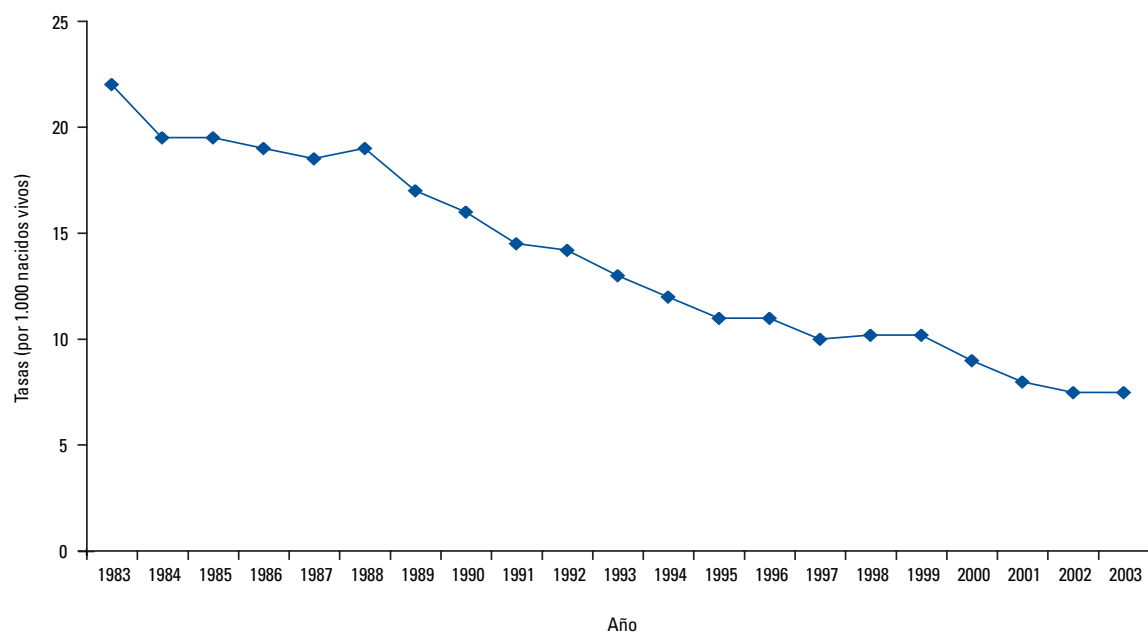
La Encuesta Nacional de Salud de 2003 (ENS 2003) muestra elevadas tasas de morbilidad por enfermedades crónicas del adulto, las que representan la principal carga de enfermedad y muerte. La mortalidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes y cánceres sumadas, corresponde a 58% de las muertes del país (4). La Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud de 2000 (ECV 2000) mostró que el grado de satisfacción de la población general con su salud es bueno (mayor que 5 en una escala de 1 a 7); sin embargo, las mujeres y las personas de bajo nivel socioeconómico presentan menor grado de satisfacción (5).

FIGURA 1. Tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento vegetativo, Chile, 1983–2003.

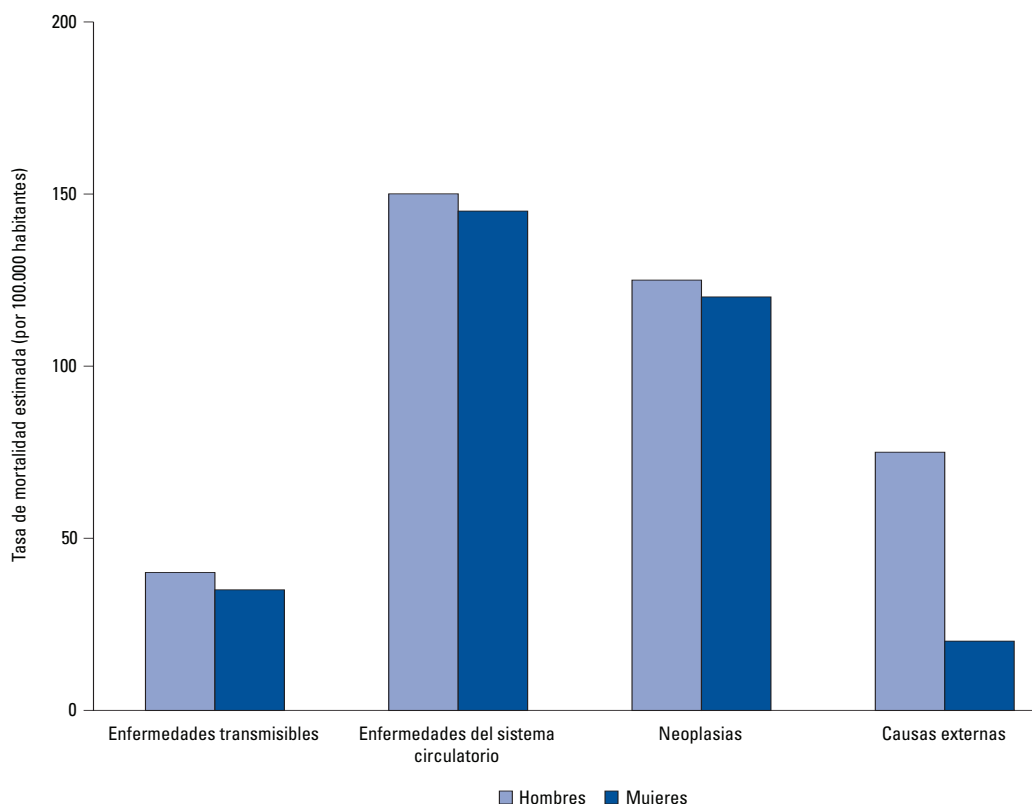


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (2003). Anuario de Estadísticas Vitales 2003.

FIGURA 2. Tasas de mortalidad infantil, Chile, 1983–2003.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (2003). Anuario de Estadísticas Vitales 2003.

FIGURA 3. Tasa ajustada de mortalidad^a según grandes grupos de causas, por sexo, Chile 2000–2003.

^aAjustada según población mundial.

Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información en Salud.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN (3)

Salud de los niños menores de 5 años

Las defunciones en menores de 1 año para 2003 fueron 1.935, lo que constituye 2,3% del total y se refleja en una mortalidad infantil de 7,8 por 1.000 nacidos vivos. La reducción de la mortalidad infantil ha sido a expensas de la mortalidad infantil tardía. Para 2003, 64% corresponde a mortalidad neonatal (4,9 por 1.000 nacidos vivos); de ese porcentaje, 75% (723 muertes) ocurrió durante la primera semana de vida. El análisis regional de la mortalidad infantil muestra fluctuaciones que van desde 9,6 por 1.000 nacidos vivos en la Región de Aysén hasta 7,1 en las regiones Atacama y Metropolitana. Las principales causas específicas de muerte del menor de 1 año son: prematuridad extrema, malformaciones congénitas del corazón, neumonía, síndrome de muerte súbita y malformaciones del sistema nervioso, las que en conjunto representan 48% del total de defunciones de este grupo de edad.

Alrededor de 5,2% de los recién nacidos pesan menos de 2.000 g y 16,5% tienen peso insuficiente (entre 2.500 y 2.999 g). Estas cifras se han mantenido relativamente estables en los últi-

mos años. Los recién nacidos de muy bajo peso (menos de 1.500 g) representan 0,9% del total de nacidos, pero contribuyen con un tercio de la mortalidad infantil. La sobrevivencia de este grupo es de 69%, fluctuando entre 8% en los de 500-599 g y 90% entre los de 1.250 y 1.499 g. En cuanto a los egresos hospitalarios de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a ciertas afecciones originadas en el período perinatal (36,8%), seguidas por enfermedades del sistema respiratorio (31,4%); enfermedades infecciosas y parasitarias (7,4%), y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (5,4%).

En 1990 se inició un programa nacional para reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) en los niños menores de 1 año, lográndose una disminución de la tasa de mortalidad por neumonía desde 23,9 por 1.000 nacidos vivos en ese año hasta 3,4 por 1.000 en 2003. Las neumonías en menores de 1 año son responsables de 90% del total de muertes por IRA y siguen siendo la principal causa de mortalidad evitable en la infancia. El síndrome bronquial obstructivo constituye la principal causa de hospitalización, representa 23% a 25% del total de consultas de morbilidad pediátrica en Santiago y afecta a la cuarta parte de todos los niños menores de 1 año. En cuanto a malfor-

maciones congénitas, en el país se han priorizado dos condiciones: las malformaciones del sistema nervioso y las cardiovasculares. Los datos registrados en las maternidades de la Región Metropolitana muestran una disminución de alrededor de 40% de la incidencia de defectos de cierre del tubo neural. Este logro se asocia a la fortificación de la harina con ácido fólico implementada en el año 2000. Otro problema importante lo constituye la fisura palatina, cuya incidencia se estima en 1,8 por 1.000 nacidos vivos aproximadamente. En el programa de búsqueda masiva de fenilcetonuria e hipotiroidismo, en el período 1992–2004 se han realizado 1.780.457 determinaciones (programa con 100% de cobertura) y se han pesquisado 644 niños portadores de hipotiroidismo congénito (una incidencia de 1/2.764 recién nacidos) y 114 portadores de fenilcetonuria clásica (una incidencia de 1/15.618 recién nacidos).

Según datos del sistema de evaluación y vigilancia nutricional del MINSAL, la prevalencia de desnutrición en niños menores de 6 años ha disminuido durante los últimos 10 años, manteniéndose estable hasta la fecha. Por otra parte, entre 1990 y 2003 se observó un aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad, manteniéndose estables las cifras de sobrepeso en los años 2004 y 2005 (15% y 7,4% respectivamente).

Se estima que al menos 16% de los niños menores de 2 años sufre de retraso del desarrollo psicomotor. Aunque existe un subregistro del problema, se estima que la mitad de los menores de 6 años han sido severamente maltratados. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia estima que 74% de los niños y niñas chilenos viven o han vivido situaciones de violencia en su entorno familiar (6).

Salud de los niños de 5 a 9 años

El grupo de 5 a 9 años concentra 0,3% de las defunciones para 2003, por lo que resulta el grupo con menor tasa de mortalidad (0,17 por 1.000 habitantes); 59% de las muertes fueron en varones. Las muertes registradas en 2003 se deben principalmente a causas externas (35,2%), tumores malignos (17,6%) y anomalías congénitas (10,8%). Entre las causas externas específicas destaca que 45,5% fueron por accidentes de transporte. Entre los tumores, 45,5% son leucemias. En cuanto a los egresos de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a enfermedades del sistema respiratorio (26,3%); enfermedades del sistema digestivo (14,2%); enfermedades infecciosas y parasitarias (7,4%); enfermedades del sistema genitourinario (7,0%); tumores (5,5%); malformaciones congénitas, y deformidades y anomalías cromosómicas (5,1%). Entre los egresos por enfermedades del sistema respiratorio, 23% fueron por neumonía; entre las digestivas, 55% fueron relacionadas con el apéndice, y entre las infecciosas y parasitarias, 53% fueron diarreas.

Estudios de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) dependiente del Ministerio de Educación, en una muestra de niños de primero básico encontraron que 5,9% de los

niños son hiperactivos en el hogar, 4,2% en la escuela y 1,2% en ambos lugares. Con ayuda de los instrumentos TOCA-R y PSC, que detectan problemas de salud mental en niños de primer ciclo básico, a través de la observación de sus profesores y sus padres respectivamente, se encontró en estos niños, mediante el instrumento PSC, que 11,9% de las mujeres y 17,1% de los hombres tienen riesgo en salud mental. No viven con el padre 30% de los niños, 54,2% de las familias no participa en actividades sociales, 17,2% tiene algún hijo que requiere de ausencias frecuentes al colegio y 9,4% tiene algún familiar en control por alguna enfermedad mental (7).

Salud de los adolescentes (10 a 19 años)

La tasa de mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años es 0,33 por 1.000 habitantes. Las muertes de este grupo (934) representan 1,1% del total. Las principales causas de muerte por 100.000 habitantes según grandes grupos de causas son: causas externas (17,2), tumores (4,5) y enfermedades del sistema nervioso (3,1). En cuanto a los egresos de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a enfermedades del sistema digestivo (13,1%); enfermedades del sistema respiratorio (7,3%); enfermedades del sistema genitourinario (5,1%) y tumores (4,4%). En 2003 hubo 34.832 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años, lo que representa 14,9% del total de nacidos vivos y significa una disminución respecto a 16,2% en 2001. Entre los años 1993 y 2003, la tasa de fecundidad específica en la población adolescente disminuyó de 63,9 a 54,7 hijos por 1.000 adolescentes. El total de embarazadas menores de 20 años bajo control en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) se mantuvo estable entre los años 2002 (21,1%) y 2004 (21,7%). La encuesta nacional de la juventud de 2003 mostró que 33,1% de los adolescentes entre 15 y 18 años había tenido relaciones sexuales. El 6% de mujeres entre 15 y 17 años ya había tenido hijos. El 80,4% de las mujeres entre 15 y 20 años que había tenido hijos no estudiaba al momento de la encuesta. El 31,6% de la población entre 15 y 29 años había iniciado su vida sexual a una edad de 15 o menos años (8).

Según la Encuesta Mundial de Tabaquismo de 2003, los escolares presentan tasas de prevalencia de tabaquismo muy elevadas, especialmente en las mujeres (9). La Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) muestra que los adolescentes de familias de más altos ingresos tienen prevalencias que duplican a las de familias de más bajos ingresos (9), lo que es consistente con el patrón de consumo diferencial observado en el adulto en la Encuesta Nacional de Salud de 2003. La prevalencia de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de 12 a 18 años disminuyó de 8,6% en 2000 a 6,5% en 2004. En cambio los jóvenes entre 19 y 25 años persisten con tasas elevadas entre 2000 (16,3%) y 2004 (16%). Las mujeres han aumentado su consumo de cualquier droga ilícita. En 2004 las regiones de Tarapacá y Metropolitana presentaron las tasas más altas de consumo de drogas en población general. La Encuesta Nacional de Trabajo Infantil de 2003

detectó que la prevalencia de trabajo inaceptable (el trabajo que impide que el niño estudie, se realiza en la noche, en la calle o en jornada excesiva) en los adolescentes de 15 a 17 años es de 7,1%.

Salud de los adultos (20–64 años)

En 2003 ocurrieron 7.273 muertes en el grupo de 20 a 44 años, que representan 8,7% del total, con una tasa de 1,2 por 1.000 habitantes. Las principales causas de muerte por 100.000 habitantes según grandes grupos de causas fueron: causas externas (51,9); tumores (20,3); enfermedades del sistema circulatorio (12,2) y enfermedades del sistema digestivo (9,1). En cuanto a los egresos de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a enfermedades del sistema digestivo (9,5%); enfermedades del sistema genitourinario (6,9%) y tumores (5,1%). En el grupo entre los 45 y 59 años de edad la mortalidad alcanza a 4,6 por 1.000 habitantes, con 11.288 muertes, representando 13,5% del total. En el año 2003 la distribución de las defunciones por 100.000 habitantes según grandes grupos de causas fue: tumores (146,6); enfermedades del sistema circulatorio (105,1); enfermedades del sistema digestivo (63,3) y causas externas (62,2). En cuanto a los egresos de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a enfermedades del sistema digestivo (18,2%); tumores (15,0%); enfermedades del sistema genitourinario (11,7%); enfermedades del sistema circulatorio (10,9%) y enfermedades del sistema respiratorio (5,2%).

El grupo de 60 a 64 años tuvo una tasa de mortalidad de 11,6 por 1.000 habitantes, lo que equivale a 7,4% del total (6.177 muertes). Las defunciones por 100.000 habitantes según grandes grupos de causas fueron: tumores (397,8); enfermedades del sistema circulatorio (302,9); enfermedades del sistema digestivo (149,2); causas externas (71,6) y enfermedades endocrinas (66,7). En cuanto a los egresos de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a enfermedades del sistema digestivo (17,7%); enfermedades del sistema circulatorio (15,8%); tumores (13,8%); enfermedades del sistema genitourinario (10,5%) y enfermedades del sistema respiratorio (8,1%). La ENS 2003 mostró una avanzada transición epidemiológica, destacando elevadas prevalencias de tabaquismo, síntomas musculoesqueléticos de origen no traumático síntomas depresivos en el último año y también destacan las elevadas tasas de hipertensión, como lo muestra el cuadro 1.

La población de bajo nivel educacional presenta mayor riesgo en la mayoría de los problemas de salud crónicos, a excepción del tabaquismo en el cual se presenta un gradiente inverso. La población femenina presenta mayores prevalencias de condiciones que afectan la calidad de vida: desdentamiento, síntomas musculoesqueléticos, obesidad, disminución de la visión y síntomas depresivos. El hombre, por otro lado, presenta mayores prevalencias de determinantes relacionados con el riesgo cardiovascular, lo cual es consistente con su mayor mortalidad. La población rural presenta tasas significativamente más altas en relación a dete-

riorio cognitivo y desdentamiento, lo que denota algún grado de inequidad en el acceso de servicios básicos de educación y salud. La población urbana presenta tasas significativamente más altas de síntomas depresivos. Existe gran heterogeneidad regional en las prevalencias de problemas de salud crónicos. El 83% de los adultos que presentan multimorbilidad (dos o más enfermedades crónicas) tiene menos de 65 años y 46% tiene menos de 8 años de educación.

Entre las mujeres y hombres mayores de 15 años, 47,5% utilizan (la persona o su pareja) algún método anticonceptivo: dispositivo intrauterino (DIU) (16,7%), anticonceptivos orales (15,6%); preservativo (4,6%). La esterilización femenina voluntaria es de 7,6%. Existen algunas diferencias por edad: las personas de 20 a 44 años dicen que utilizan de preferencia anticonceptivos orales (26,3%) y DIU (25,8%), y mucho menos el preservativo (5,7%); en cambio, entre las personas de 15 a 19 años, 10,1% utiliza preservativo, 9,4% píldoras, y mucho menos el DIU (3,2%).

Salud de los adultos mayores (65 años y más)

La mortalidad en el grupo de 65 a 79 años de edad asciende a 28,7 por 1.000 habitantes, con 28.247 muertes que equivalen a 33,8% del total. Las principales causas de muerte por 100.000 habitantes son: enfermedades del sistema circulatorio (916,3); tumores (866,4); enfermedades del sistema respiratorio (243,2) y enfermedades del sistema digestivo (238,0). En cuanto a los egresos de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a enfermedades del sistema circulatorio (18,6%); enfermedades del sistema digestivo (14,5%); enfermedades del sistema respiratorio (12,7%); tumores (12,4%) y enfermedades del sistema genitourinario (9,9%).

La población de 80 años y más tiene una tasa de mortalidad de 116,8 por 1.000 habitantes, 27.172 muertes o 32,5% de las ocurridas en 2003. La distribución de las defunciones por 100.000 habitantes es la siguiente: enfermedades del sistema circulatorio (4.178,0), tumores (2.056,8) y enfermedades del sistema respiratorio (1.723,3). En cuanto a los egresos de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a enfermedades del sistema respiratorio (22,5%); enfermedades del sistema circulatorio (20,0%); enfermedades del sistema digestivo (10,6%); enfermedades del sistema genitourinario (7,3%), y tumores (7,3%).

Las condiciones de salud crónicas presentan prevalencias más altas en mayores de 60 años, a excepción de los síntomas depresivos y el tabaquismo, cuyas prevalencias son inferiores a las de la población general mayor de 17 años (4). La disminución de la agudeza auditiva en algún grado alcanza a 66,6% de los hombres y 49,2% de las mujeres de 60 o más años, y según estimaciones de 2006 con base en ENS 2003, 33% de los adultos mayores puede requerir el uso de audífono. La disminución de la agudeza visual lejana (con corrección) es de 34,5% para hombres y 44,2% para mujeres de 60 o más años; el desdentamiento de algún maxilar es de 41,8% en los hombres de este grupo y 61,8% en las mujeres.

CUADRO 1. Prevalencia (por 100 adultos) de condiciones de salud crónicas seleccionadas, Chile, 2003.

Condición de salud	Hombres	Mujeres	Total
Hipertensión arterial (PAS \geq 140 o PAD \geq 90 mmHg)	36,7	30,8	33,7
Dislipidemias:			
Colesterol total elevado (>200 mg/dl)	35,1	35,6	35,4
HDL disminuido (<40 mg/dl)	48,4	30,6	39,3
Estado nutricional:			
Normal	36,6	36,9	36,9
Enflaquecido (IMC <18,5)	0,6	1,1	0,8
Sobrepeso (IMC 25 < 30)	43,2	32,7	37,8
Obesidad (IMC >30)	19,4	27,0	23,2
Obesidad Mórbida (IMC > 40)	0,2	2,3	1,3
Diabetes	6,1	6,5	6,3
Tabaquismo (fumador actual)	48,0	37,0	42,0
Síndrome metabólico	23,0	22,3	22,6
Riesgo cardiovascular global elevado (ATPIII)	64,2	46,2	54,9
Síntomas de angina y riesgo cardiovascular elevado	11,7	13,8	12,8
Sedentarismo	87,9	90,8	89,4
Síntomas musculoesqueléticos:			
Síntomas últimos 7 días, dolor \geq 4 (de 1–10)	26,1	42,2	34,3
Incapacidad para trabajar e invalidez de los sintomáticos	2,4 ^a	5,1 ^a	4,0 ^a
Síntomas depresivos (en el último año)	10,4	24,3	17,5
Función renal			
Creatininemia elevada (según edad y sexo)	6,1	7,3	6,7
Clearance disminuido 30–80 ml (ajustado a superficie corporal)	19,4	22,4	21,0
Clearance bajo 30 ml	0,14	0,21	0,18
Síntomas respiratorios crónicos	22,2	21,3	21,7
Problemas bucodentales			
Desdentado algún maxilar (0 dientes en el maxilar)	9,1	17,2	13,3
Desdentado ambos maxilares (0 dientes en boca)	3,2	7,7	5,5
Prevalencia de caries dentales	68,6	63,3	66,0
Visión (mejor ojo, con corrección, Snellen, normal 0,4–1)			
Disminución de la agudeza visual (0,1–0,3)	7,9	14,2	11,2
Ceguera (<0,1)	1,9	3,2	2,6
Disminución de agudeza auditiva			
Test de susurro y tic-tac alterados	18,9	16,3	17,6
Reflujo gastroesofágico (pirosis o regurgitación de alimentos)	26,5	33,1	29,9
Deterioro cognitivo adulto mayor			
Deterioro cognitivo+discapacidad (MMSE < 13 + Pfeffer \geq 6)	8,3	8,6	8,5
Anemia (hemoglobina \leq 12mg%)	^b	5,1	^b
Antígeno prostático elevado > 4ng/ml	3,8	^c	^c

^aSolamente en los sintomáticos.^bSolamente mujeres.^cSolamente hombres.**Fuente:** Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Salud 2003.

El deterioro cognitivo (confirmado con las pruebas de Mini-Examen del Estado Mental, MMSE y el cuestionario de actividad funcional de Pfeiffer) alcanza a 8,5% de la población de 60 o más años. Tanto la disminución de agudeza visual, como el desdentamiento y el deterioro cognitivo son mayores en las mujeres y especialmente en las zonas rurales. Un 7,8% de los adultos mayores presenta una importante dificultad para caminar en terreno plano. La prevalencia de antígeno prostático elevado por sobre 4 ng/ml es de 13,6% en los hombres adultos de 60 años o más.

Salud de la familia

Entre 1990 y 2003 se incorporaron 720.000 mujeres al mercado laboral, lo que constituye una tasa de participación de 38%. Un 60% de las mujeres ocupadas estaba en edad reproductiva (menores de 40 años). La proporción de hogares con jefatura femenina ha aumentado desde 25% en 1992 a 32% en 2002, y también la proporción de familias en que ambos miembros trabajan (de 27% en 1990 a 39% en 2000). Las familias extendidas representan solo cerca de 10%. Persisten patrones de división del tra-

bajo en el hogar tradicional, lo que sobrecarga el trabajo femenino. Las mujeres suelen trabajar en promedio 41,5 horas en la semana, y los hombres 44,5. Más de 30.000 niños, niñas y adolescentes hijos de jefas de hogar han entrado al mercado del trabajo en busca de ingresos. De estos, 2.000 tienen entre 5 y 8 años. Cerca de 42.000 niñas y adolescentes se dedican al cuidado de hermanos o hijos, en desmedro de su propio desarrollo.

Entre los objetivos de salud del país para la década 2000–2010 se consigna la necesidad de ejecutar un programa integrado de prevención y tratamiento de la violencia intrafamiliar (VIF) que incluya evaluación y monitoreo del maltrato infantil. Las evaluaciones hasta la fecha han mostrado que más de 50% de las mujeres ingresadas a programas de depresión presentaba situaciones de VIF. Dada la magnitud del problema estimado y el subregistro existente, entre 2002 y 2003 se incorporó en el sistema de registro institucional del nivel primario de atención en salud el diagnóstico de atención por VIF, maltrato infantil y abuso sexual. Durante 2004, se implementó el programa VIF en 30 comunas brindando atención a cerca de 4.500 mujeres, lo que significó que las atenciones por estos problemas aumentarían a casi el doble en 2005 respecto a 2004.

Salud de los trabajadores

En 2004 ocurrieron al menos 297 accidentes de trabajo con desenlace fatal, lo que equivale a una tasa de 10,3 por 100.000 trabajadores; 28% fueron accidentes en el trayecto hacia el trabajo. Se ha observado una tendencia a la reducción desde 2000 cuando ocurrieron 14,12 accidentes por 100.000 trabajadores, manteniéndose la proporción de accidentes fatales. La tasa de accidentabilidad se ha mantenido relativamente estable entre 2000 y 2004, fluctuando entre 8,66% y 8,24%. La tasa anual de enfermedades profesionales registrada para 2004 fue de 0,15%, mientras que para 2000 fue de 0,10%. En 2004 se perdió en promedio 1 día laboral por trabajador debido a accidentes y 0,03 días por enfermedades profesionales. En 2004 los accidentes de trabajo alcanzaron a 240.000 en empresas afiliadas a mutualidades de empleadores (Ley 16.744).

Se considera la intoxicación aguda por plaguicidas de origen laboral un accidente de trabajo. Desde el inicio de la notificación obligatoria en el año 2004 se ha duplicado el número de casos laborales informados, llegando a 461 trabajadores afectados en 2005, con una tasa de 63 por 100.000 trabajadores. En el año 2005 las regiones con mayores tasas de intoxicación laboral por 100.000 trabajadores fueron la Metropolitana (148), la V (101) y la VI (92), las cuales concentran un número importante de trabajadores de la rama económica “agricultura, caza y pesca”. La mayor frecuencia se presentó en hombres (53%), con un promedio de edad de 33 años. Se notificaron 25 casos laborales en menores de 18 años.

La disminución de la morbilidad y mortalidad asociada a las condiciones de trabajo es uno de los objetivos de salud del país.

Con este fin se ha diseñado un sistema permanente de alerta que permite investigar 100% de los accidentes laborales con resultado de muerte dentro de las 48 horas de conocido el hecho. Se ha incrementado la cobertura de inspección en prevención de riesgos y fiscalización de empresas priorizadas por riesgo (de 8% en 2005 a 15% en 2006) y se ha brindado capacitación a equipos de salud ocupacional y a comités paritarios en investigación de accidentes; también se ha mejorado el financiamiento del programa y el traspaso de recursos financieros.

Salud de las personas con discapacidad

La primera Encuesta Nacional de Discapacidad (10) realizada en el año 2004 revela que 12,9% de la población (2.068.072 personas) vive con algún grado de discapacidad. La discapacidad es cuatro veces más frecuente en adultos que en niños y 14 veces más prevalente en adultos mayores que en niños. Una de cada dos personas con discapacidad no ha completado la educación básica y sólo una de cada tres personas discapacitadas en edad de trabajar realiza trabajo remunerado. El 6% de los discapacitados declara no tener acceso a rehabilitación. Una de cada 40 personas tiene una discapacidad de grado severo (403.942 personas). El 34,6% de los hogares tiene al menos un integrante con discapacidad. Entre las personas discapacitadas 58% son mujeres. Las mayores prevalencias se observan en el grupo de 30 a 64 años (51%). La deficiencia más prevalente es la física (31,3%), seguida de la visual (19%). Un 10% de los discapacitados presenta deficiencias múltiples. La mayor causa que origina las discapacidades reportadas fueron las enfermedades crónicas.

Salud de los grupos étnicos

En 1997 se realizó el primer estudio sociodemográfico y epidemiológico de los pueblos indígenas en Chile (11), el cual evidenció desigualdades al comparar la situación de estos grupos con el resto del país: altas tasas de mortalidad infantil superiores en 40 puntos a la media nacional, para el caso del pueblo atacameño; menor esperanza de vida al nacer, inferior en 10 años para la población aymará; bajo índice de Swaroop, equivalente al que poseía el país a inicios de los años ochenta; patrón de causas de muerte pretransición epidemiológica para el caso aymará, y condiciones de salud de los pueblos indígenas que viven en centros urbanos más deterioradas que la de los que viven en el campo. Estudios posteriores han mostrado que la incidencia de la muerte por bronconeumonía en niños mapuche menores de 5 años es mayor que en niños no mapuche (12). Del mismo modo la TBC es más alta en las zonas de alta concentración indígena, siendo especialmente vulnerable la población aymará, lo que se refleja en el Servicio de Salud Arica, con una tasa de mortalidad por TBC del doble de la tasa nacional. Estudios han revelado que la población mapuche presenta menor talla tanto en adultos como en niños, y parte de esta diferencia se explica por su asociación a la

Plan AUGE: garantías básicas para la salud

El núcleo de la reforma de la salud en Chile es una ley que establece un Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Plan AUGE, establecido por la Ley 19.966 denominada de Régimen General de Garantías en Salud) y una ley que fortalece la autoridad sanitaria y genera condiciones de mayor flexibilidad para la gestión hospitalaria (Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Hospitales Autogestionados en Red). El Plan AUGE explicita, para un conjunto de problemas de salud, cuatro garantías básicas: acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. El proceso de puesta en marcha del AUGE comenzó en el sector público en agosto de 2002 cuando se establecieron garantías para tres problemas de salud y continuó durante 2003 con la incorporación de dos nuevos problemas de salud, llegándose a cubrir en 2006 las 40 enfermedades de mayor impacto en la salud y el presupuesto familiar de la población. La implementación de AUGE se propone completar en 2008 el proceso de garantías para 56 problemas de salud. Los beneficios asegurados incluyen los medicamentos e insumos médicos que se requieran para la debida atención de la patología. Las prestaciones serán otorgadas sólo por consultorios, centros médicos, hospitales y clínicas que hayan acreditado cumplir con reglas de calidad que fijará el Ministerio de Salud. Las personas tendrán la seguridad de que serán atendidas en un plazo máximo, pudiendo reclamar, si no se cumple, a la Superintendencia de Salud.

pobreza y vulnerabilidad social. La IX Región de la Araucanía (concentración de población mapuche) presenta mayor mortalidad por cáncer de vesícula, coexistiendo una alta prevalencia de colestiasis con un pobre acceso a colecistectomía.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Todos los datos incluidos en esta sección tienen como fuente el Departamento de Epidemiología del MINSAL (13).

Enfermedades transmitidas por vectores

En 2000 se conoció la presencia del vector del dengue *Aedes aegypti* en Isla de Pascua, con índices de infestación de las casas cercanos a 70%, motivando una campaña de eliminación del vector en conjunto con la implementación de un sistema de vigilancia de febriles. En marzo de 2002, se diagnosticó el primer caso de dengue autóctono en Isla de Pascua, constituyéndose en el caso índice de un brote epidémico que duró hasta mediados de mayo y afectó a 17% de la población, sin fallecidos. El serotipo fue DEN-1, filogenéticamente idéntico al que circuló en la Polinesia a fines del año anterior. Con posterioridad no se han detectado nuevos brotes. Chile continental se ha mantenido libre del vector.

Chile alcanzó en 1999 la interrupción de la transmisión vectorial del *Trypanosoma cruzi*. El área endémica para la **enfermedad de Chagas**, se extiende desde la Región I a la VI, incluyendo la Región Metropolitana. Desde 1992 se ha observado una estabilización en la tasa de mortalidad (0,3 por 100.000), que corresponde a un promedio de 52 muertes anuales. En 2001 se produjo un alza, alcanzando a 68 muertes (0,44 por 100.000), con una

nueva tendencia al descenso los años siguientes. El 80% de las muertes corresponde a cardiopatías y el resto a otras visceromegalias. Desde 1996 se han incrementado las notificaciones de sangre de donantes, llegando a una tasa promedio anual de 0,4 por 100.000 habitantes (2003).

No se han reportado casos de fiebre amarilla, peste y esquistosomiasis. Desde 1945 no se notifican casos autóctonos de malaria; en la actualidad, existen focos de anofelinos en el valle de Yuta (Arica) y Quebrada de Tarapacá (Iquique), Región I, si bien se han mantenido libre de *Plasmodium*.

Enfermedades inmunoprevenibles

Los datos de esta sección tienen como fuente el Programa Ampliado de Inmunizaciones del MINSAL (14). La cobertura nacional de vacunación en menores de 1 año con BCG, Hib, tres dosis de PVO y tres dosis de DPT se encuentra sobre 95%, así como la cobertura con la vacuna triple viral SRP (sarampión, rubéola, y parotiditis) al año.

Con respecto a la **poliomielitis**, desde 1975 el país ha permanecido libre de la circulación de poliovirus salvaje. La cobertura con la tercera dosis de DPT/Hib en 2001 fue de 96,6% y la de polio oral fue de 96,1% y en 2004 de 95,1%. La tasa de notificación de parálisis flácida para 2005 fue de 2,2 por 100.000 menores de 15 años, similar al registro de la década de los noventa.

Desde el principio de la década de 1990, la **difteria** pasó de endémica a esporádica; en 1996 se presentó el último caso. Desde 2002 a 2005, ingresaron a la vigilancia siete casos sospechosos de difteria, siendo todos descartados. La cobertura de DPT en 2004 fue de 93,1 (tercera dosis) (15).

Desde 2004 no se han confirmado casos de **sarampión**. Entre 2001 y 2005 se continuó con campañas de vacunación periódicas

en niños menores de 5 años para mantener la meta de eliminación. En 2003 se registró un caso importado en un chileno de 33 años procedente de Japón, aislándose el virus H1. Las coberturas de vacunación al año de edad durante los últimos cinco años se mantuvieron sobre 90%, alcanzando en 2004 su cifra máxima, con 94,4%.

Entre los años 1996 y 2000, hubo un alza en la tasa de **tos ferina**. Se normaliza a partir de 2001 volviendo a su situación de baja endemia (tasa de 6,6 por 100.000 habitantes en 2004), aunque en las últimas semanas de 2005 se aprecia un alza en relación al quinquenio anterior, alcanzando una tasa anual de 7,7 por 100.000. En 2005 en el grupo de adolescentes y adultos hasta 44 años, las tasas aumentaron en relación a años previos. La letalidad de la enfermedad es de aproximadamente 0,2 a 0,4% (5–11 muertes anuales). En 2003 se produjeron 11 muertes, 10 de ellas diagnosticadas como “tos ferina sin especificar”.

El **tétanos** se presenta de forma esporádica, con un rango de entre 7 y 17 casos por año en los últimos 11 años, con tasas de incidencia entre 0,04 y 0,12. Para 2005 se registraron 9 casos (tasa de 0,06 por 100.000). No se han notificado casos de **tétanos neonatal** desde 1996. En el país se aplican dos refuerzos con DPT (a los 18 meses y 4 años de edad) y el toxoide DT cuando los niños cursan el segundo año básico escolar.

En 2005 se registraron 1.607 casos de **parotiditis**, siendo la tasa de incidencia 9,96 por 100.000.

Debido a un repunte del número de casos de **rubéola** en 1997 (más del 70% de los casos correspondió a personas entre 10 y 28 años), en agosto de 1999 se realizó una campaña de inmunización dirigida a mujeres entre 10 y 29 años a fin de evitar el síndrome de rubéola congénita (SRC), alcanzándose una cobertura de 99%. Así, la tasa disminuyó de 31 por 100.000 habitantes en 1998 a 11 en 1999, hasta lograr una incidencia de 1,9 en el año 2002 (disminución del 94%). Los menores de 5 años concentraron el 68% de los casos. En 2003, se confirmaron 128 casos con una tasa de 0,8 por 100.000 habitantes, lo que representa una disminución de 58% en relación a 2002 y de 97% con relación al año epidémico (1998). En 2004 se confirmaron casos aislados. En 2005, se produjo el primer brote pos-campaña masiva en la Región V, de tipo institucional (militar) y que afectó a 46 hombres jóvenes. A partir del mes de junio de 2005, no se confirmaron otros casos de rubéola en el país. En septiembre de 1999 se puso en marcha un sistema de vigilancia de SRC. Entre 1999 y 2000, se tuvo conocimiento de 18 casos de SRC, 14 de ellos con malformaciones al momento del examen. De 2001 a 2005 no se confirmaron nuevos casos de SRC.

En 1996 se implementó la vigilancia de cuadros invasivos producidos por *Haemophilus influenzae tipo b* (Hib) en niños entre 2 meses y 5 años de edad. También en 1996 se introdujo la vacunación gratuita contra este agente, después de lo cual la tasa de notificación pasó de 10,6 en 1996 a mantenerse cercana a 2,0 (por 100.000 < de 5 años) en el último quinquenio. En 2005 se confir-

maron 19 casos de infecciones por Hib en el grupo de edad bajo vigilancia, y 58% de los casos correspondió a hombres. El rango de edad fue de 2 meses a 3 años, con una mediana de 1 año.

La **influenza** se presenta con brotes epidémicos cada 3 ó 4 años. En 2004 el número de casos duplicó lo observado a igual período de 2003 (5.143 casos), considerándose epidémico. La tasa acumulada nacional para 2005 es de 633 casos por 100.000 habitantes, inferior a lo observado a igual fecha del año 2004. En 2004 se puede observar que todos los grupos aumentaron sus tasas de notificación en relación al año anterior y que el diferencial respecto al año 2003 fue significativamente menor en el grupo de 65 y más años (37%). Esto podría ser resultado del programa de vacunación en ese grupo de edad. En la última década se han presentado variaciones de la mortalidad cada tres años, asociadas a brotes epidémicos de influenza. En 2001, 82% de las defunciones por esta causa (56 defunciones; tasa de 0,4 por 100.000) ocurrió en personas de 65 años y más (4,1 por 100.000). En los años 2002 y 2003 se observa una baja mortalidad por esta causa (16 y 19 defunciones, respectivamente), incluyendo un descenso en las personas de 65 y más años (tasa 2003 de 1,6 por 100.000). En 2001 (año epidémico) se observa una mayor mortalidad por neumonía en el grupo de mayores de 65 años, con una tendencia posterior al descenso. En 2005, la cobertura de vacunación para influenza fue de 94,6% para los adultos mayores de 65 años, enfermos crónicos 100%, embarazadas 93,7% y personal de salud 95,1%.

Enfermedades infecciosas intestinales

La **fiebre tifoidea** y **paratifoidea** son enfermedades endémicas con tendencia estacional (marzo, octubre y noviembre). Han evolucionado a una endemia baja desde 1984, presentándose en forma de brotes localizados en escuelas o jardines infantiles asociados al consumo de agua y alimentos de mala calidad bacteriológica. Las tasas de incidencia para 2004 y 2005 han sido similares (4 por 100.000), notificándose 488 casos en 2005. Los grupos de mayor riesgo son entre los 5 y 19 años, en ambos sexos. Las regiones con los mayores riesgos son la II, X, VIII y VI.

La **hepatitis A** se presenta en forma endémica intermedia con brotes epidémicos, cada cuatro o cinco años, preferentemente institucionales. El ciclo epidémico más reciente se inició en 2002 (2001 en algunas regiones), manteniéndose en 2003, y con una presentación dentro de lo previsto en 2004. En 2005 se constató 62,4% menos de lo observado el año anterior y 57% menos que lo esperado para un año no epidémico, con una tasa de incidencia acumulada de 14,4 por 100.000. Las tasas de incidencia semanal en 2005 (alrededor de 0,3 casos por 100.000) se han mantenido por debajo de lo observado en los años 2003 y 2004. El grupo de 5 a 14 años concentra 40% de los casos y destaca un aumento en la importancia relativa de los adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 24 años de edad, con un predominio en el sexo masculino. La enfermedad se distribuye en todo el país. La Región de

Tarapacá presenta la incidencia más alta (81 por 100.000). Le siguen las regiones de Antofagasta y Coquimbo.

Desde 1998 no se han presentado nuevos casos de **cólera**, después de su reaparición en 1991. Las muertes por **enfermedades diarreicas** en menores de 5 años presentan una importante caída desde 3,8 por 100.000 niños en 1990 a 0,6 por 100.000 niños en 2003. A raíz de la epidemia del cólera, se reforzó la vigilancia epidemiológica de las diarreas agudas y se estableció la notificación de todas las diarreas con deshidratación. A partir del año 2003 se dispone de información brindada por los centros centinelas, los cuales desarrollan vigilancia de morbilidad y etiológica. Durante 2005 se notificaron un total de 8.672 cuadros de diarrea en menores de 5 años, con una tasa de 9 por 1.000 niños. La diarrea en este grupo de edad tiene una presentación estacional, fundamentalmente en verano (semanas 1 a 16). El grupo menor de 1 año presentó el mayor riesgo de enfermar de diarrea, con una tasa de 89 por 1.000 niños. La mayoría de las regiones presentan tasas entre 6 y 9 por 1.000 niños menores de 5 años. La vigilancia de la infección por **rotavirus** se inició en el segundo semestre de 2004 en 13 centros centinelas de diarrea seleccionados, habiéndose detectado la presencia de rotavirus en diciembre de 2005 en 14,8% de las muestras examinadas. La región que presentó el mayor porcentaje de positividad fue Coquimbo (21%) y el menor Antofagasta (8,3%). El agente se encuentra en similar proporción en hombres y mujeres (14% y 13%, respectivamente); el grupo de edad con mayor número de positivos es el menor de 1 año (32%).

Enfermedades crónicas transmisibles

La tasa de morbilidad por **tuberculosis** en 2001 y 2004 fue similar (18,4 por 100.000 habitantes). Durante estos años se han mantenido las actividades del programa nacional de prevención y control: baciloscopías de sospecha y de control de tratamiento, cultivos diagnósticos y de control, y administración de DOTS para todas las formas de tuberculosis en el país. Durante 2004 esto ha permitido tener 11.000.000 habitantes en fase de eliminación de la enfermedad (tasa < de 20 por 100.000).

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Desde la notificación del primer caso de **sida** (1984) hasta el 31 de diciembre de 2004 se habían notificado en todo el país 13.728 casos, de los cuales 6.509 correspondían a sida y 7.219 a personas VIH+ asintomáticas. La tasa de incidencia VIH/sida acumulada es 98,1 por 100.000. La tasa nacional de incidencia de casos VIH/sida notificados en 2004 fue 7,18 casos por 100.000 (12 en hombres y 2,44 en mujeres). La mayor proporción de casos acumulados corresponde a hombres (85,2% de los casos). La relación hombre:mujer para el quinquenio 1999–2003 es cercana a 5, y la relación acumulada para el período 1984–2004 es 5,7. Los principales grupos de edad afectados tienen entre 15 y 49 años y concentran 90% de los casos. Las mayores tasas de incidencia acumulada para el período 1984–2004 por regiones corresponde

a la Región Metropolitana (152,2 casos por 100.000 habitantes), Región de Tarapacá (137,1 casos por 100.000 habitantes) y la Región de Valparaíso (129,6 casos por 100.000 habitantes). El principal factor de exposición fue por vía sexual (86,1%), siendo 56,4% por vía homosexual o bisexual. Las primeras defunciones por sida en el país fueron en 1984 y desde entonces se acumulan 4.644: 4.086 hombres (88%) y 558 mujeres (12%). La tasa de mortalidad acumulada 1984–2003 es de 33,4 defunciones por 100.000 habitantes. Desde 1998 se produce una inestabilidad en la mortalidad con tendencia al incremento logrando el máximo en 2001 (3,5 por 100.000). La tasa de 2003 (último año oficial) es de 2,7 defunciones por sida por 100.000. La tasa de 2003 en hombres es 4,5 por 100.000 y en mujeres 0,8 por 100.000. El grupo de 25 a 44 años concentra 68% de las defunciones. Entre 1993 y 1997 se brindó monoterapia (AZT) y a partir de 1998 se ofrece triterapia antirretroviral. Desde entonces hasta 2005 la tasa de transmisión vertical se ha logrado reducir de 30% a 1,8%.

Tanto la **sífilis** como la **gonorrea** son de notificación obligatoria. La tasa de incidencia de sífilis para 2000 fue de 23,9 por 100.000 y la tasa para 2005 fue de 17,4 (2.831 casos), aunque es probable que exista subnotificación. La mayor proporción de casos notificados durante 2005 ha sido en mujeres (52,9%). Durante 2005 se registraron 276 casos en embarazadas y 44 de sífilis congénita, manteniéndose en la mediana del período 2000–2005. Las tasas más elevadas durante 2005 se observaron en las regiones de Aysén y de Antofagasta (cuatro y dos veces la incidencia del país, respectivamente). La tasa de incidencia de gonorrea para 2000 fue de 16,1 por 100.000 y la tasa para 2005 fue de 10,7 (1.739 casos) y 77,2% de los casos se registraron en hombres. El mayor registro se observó en la Región de Tarapacá superando en siete veces la tasa del país, seguido por las regiones de Los Lagos y Aysén que más que triplican la tasa nacional.

La vigilancia de la **hepatitis B** es universal, con notificación diaria caso a caso y de laboratorio. En la ENS 2003 se encontró una prevalencia de portación del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B de 0,1% en población mayor de 17 años. Actualmente, se realiza vacunación de grupos de riesgo: personal de salud y pacientes en programa de hemodiálisis crónica. Se está discutiendo la incorporación de la vacuna en el calendario de vacunación infantil.

La ENS 2003 (mediante autotoma de muestra vaginal) encontró que 15% de la población femenina con vida sexual activa es portadora del **virus del papiloma humano**. Las mayores prevalencias se observan en menores de 35 años (sobre 23%).

Zoonosis

La **hidatidosis** es endémica en el país, en especial en zonas rurales dedicadas al pastoreo ovino. La mortalidad por hidatidosis ha tenido una tendencia estable en el tiempo, siendo la segunda causa de muerte por enfermedad parasitaria, después de la enfermedad de Chagas, con 30 a 40 defunciones anuales. La tasa de mortalidad por hidatidosis para el año 2003 fue de 0,2

por 100.000, la misma de 2001 y 2002. La tasa de notificación de hidatidosis se ha mantenido en alrededor de 2 a 2,5 por 100.000 desde 1989. Durante 2005, se notificaron 345 casos (2,14 por 100.000). Pese a la elevada cifra y a que se trata de una enfermedad de notificación obligatoria, existe una importante subnotificación, la que se evidencia en los egresos hospitalarios: 1.220 egresos por hidatidosis el año 2003, mientras que solo se notificaron 337 casos, siendo la hidatidosis la principal causa de hospitalización por enfermedad parasitaria ese año. Las hospitalizaciones tienen una marcada variación regional, observándose mayores tasas de hospitalización en la zona sur del país. La región de Aysén (XI) es la que presenta las tasas más elevadas con 41 egresos por cada 100.000 habitantes, seguida por la IX con una tasa de 38.

El **ántrax** se presenta de manera esporádica en Chile. Durante 2004 se caracterizó por un incremento respecto de los años anteriores (tasa de incidencia de 0,07 por 100.000 habitantes); durante 2005 no se registraron casos. La **brucelosis** también se presenta en forma esporádica: en 2005 se registraron nueve casos, correspondientes a las regiones X y Metropolitana; no se notificaron muertes por esta enfermedad. La **triquinosis** se presenta en brotes esporádicos en grupos familiares, con una incidencia variable de 0,7 a 0,2 por 100.000 habitantes. Las muertes varían entre 0 y 2 por año. Durante 2005 se notificaron 55 casos, siendo la tasa de incidencia de 0,4 por 100.000 habitantes. En todos los brotes se ha tratado de cerdos de faenamiento clandestino.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Las enfermedades nutricionales por déficit calórico han disminuido enormemente, dando paso a problemas nutricionales derivados del exceso de ingesta. En 2003, 5,6% de los recién nacidos pesaron menos de 2.500 g y 1% pesaron menos de 1.500 g. En 2004 la prevalencia de embarazadas de bajo peso en el total que se encontraba en control en el sistema público de atención fue de solo 12,2%, mientras que la obesidad alcanzó 32,2%. Esta última cifra de obesidad se ha mantenido estable en el periodo 2000–2004, aunque es más alta que en 1994 (26,4%). Los niños menores de 6 años bajo control en el nivel primario de atención han disminuido sus tasas de desnutrición y aumentado sus prevalencias de obesidad; sin embargo, en el último periodo las cifras de obesidad tienden a estabilizarse. En la población adulta la prevalencia de población enflaquecida (IMC < 18,5) es de 0,8% y la de obesidad es de 23,2% (19,6% en hombres y 29,3% en mujeres). Más de 60% de la población tiene algún grado de exceso de peso (sobrepeso u obesidad). El 1,3% presenta obesidad mórbida (IMC \geq 40). Las mayores tasas de obesidad del adulto se observan en mujeres de bajo nivel socioeconómico. La obesidad en personas con menos de 8 años de educación es de 33,4%. El

29,5% de los adultos presenta obesidad de tipo central o visceral (circunferencia de cintura elevada), alcanzando tasas de 44,3% en la población de bajo nivel educacional. Las tasas de obesidad son mayores en los estratos socioeconómicos bajos y en el extremo sur del país (Región de Magallanes).

La prevalencia estimada de **diabetes** en hombres de 60 o más años es de 22,7% y en mujeres, 18,6%. La prevalencia de diabetes es significativamente mayor en la población con menos de 8 años de estudios. La mortalidad ajustada por edad para diabetes lleva una tendencia en alza. En 2003 murieron 3.278 personas con una tasa de 20,6 muertes por 100.000 habitantes.

En la población general, la mujer no embarazada y mayor de 17 años presenta una prevalencia de anemia (<12g/dl) de 5,1%. La lactancia materna exclusiva al quinto mes en población beneficiaria del nivel primario de atención pública aumentó de 16% en 1993 a 39,5% en 2000 y a 43,1% en 2002.

Enfermedades cardiovasculares

La mortalidad por **enfermedades isquémicas** ha descendido en el período 1998–2003 de 53,8 a 50,9 por 100.000 habitantes. En el mismo período la mortalidad por **enfermedades cerebrovasculares** se ha mantenido en 50,1 por 100.000. Se proyecta una disminución de mortalidad ajustada por edad para enfermedades isquémicas y cerebrovasculares, pero un aumento en la mortalidad por causa hipertensiva. La tasa de egresos hospitalarios por enfermedad isquémica del corazón es de 127,9 por 100.000 y la de egresos por enfermedades cerebrovasculares es de 124,7.

Las tasas de **hipertensión** en la población adulta son elevadas (33,7% de tamizaje positivo), especialmente en el hombre joven. Se estima que la prevalencia real de hipertensión es cercana al 26% (post confirmación diagnóstica). De acuerdo a la ENS 2003 las tasas de detección, tratamiento y control de la hipertensión son de 59,8%, 36,3% y 11,8%, respectivamente. Estas tasas son mayores en las mujeres. Un 12,8% de los adultos refiere dolor torácico de esfuerzo y a la vez presenta más de dos factores de riesgo cardiovascular o diabetes o enfermedad cardiovascular conocida. La prevalencia de **colesterol total elevado** (>200mg/dl) o colesterol HDL disminuido (<40mg/dl) alcanza a 63% de la población general adulta mayor de 17 años. La dislipidemia específica más prevalente es el HDL bajo (39,3%). El síndrome metabólico está presente en 28% de los adultos en la población general (ATPIII).

Más de la mitad de los adultos presenta dos o más de cinco factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, edad, antecedentes familiares, HDL < 40mg/dl e hipertensión). Un 6,6% de los adultos mayores de 17 años se encuentra en situación de riesgo cardiovascular máximo en base a la evaluación de factores de riesgo (tabaco, sexo, edad, presión sistólica, HDL y colesterol total); es decir, presenta una probabilidad Framingham (sin considerar diabetes) mayor de 20% de riesgo de evento coronario en un período de 10 años. En base a la clasificación ATPIII, que con-

sidera tanto factores de riesgo como diabetes o equivalentes cardiovascular, 13% de la población se encontraría en situación de riesgo máximo. En cuanto a los determinantes de riesgo cardiovascular en la población, el sedentarismo alcanza a 89,4% de la población general y 95,4% de la población con menos de 8 años de estudios. El 29% de la población de adultos jóvenes entre 24 y 44 años presenta simultáneamente tabaquismo, exceso de peso (sobrepeso u obesidad) y sedentarismo.

Neoplasias malignas

El cáncer es responsable de 23% del total de muertes anuales, constituyendo la segunda causa de mortalidad después de las enfermedades del aparato circulatorio. En 2003 fallecieron 20.123 personas de ambos sexos por cáncer, con una tasa de 123,7 por 100.000. Se estima que anualmente se producen unos 96.000 egresos hospitalarios y se diagnostican más de 30.000 casos nuevos de cáncer. En 2003 se produjeron 3.115 muertes por cáncer de estómago (19,6 por 100.000) y 2.016 por cáncer de pulmón (12,7 por 100.000). En el hombre, las primeras causas de muerte por cáncer son cáncer de estómago (26,1 por 100.000), próstata (18,7 por 100.000) y pulmón (16,6 por 100.000). En la mujer, las primeras causas de muerte por cáncer son cáncer de vesícula (17,6 por 100.000), mama (13,3 por 100.000) y estómago (13,1 por 100.000).

En los 16 años de actuación del programa nacional de cáncer infantil se ha comprobado una mejoría de la sobrevida y reducción de la letalidad en la mayoría de los cánceres pediátricos. En el trienio 2000–2002 la disminución de la mortalidad fue de 26,4%. Para las leucemias agudas la disminución fue de 35,5% y para las leucemias linfáticas fue de 44,1%. La disminución de la enfermedad de Hodgkin fue de 70,5%, y las cohortes tratadas desde 1999 presentaron 73,2% de remisión completa, una sobrevida libre de enfermedad a los 5 años de 87% y una sobrevida total de 98%. Los tumores del sistema nervioso central en niños constituyen 17% del cáncer infantil en el sector público de salud, existiendo registro de los mismos a partir de 1997.

La mortalidad por cáncer cervicouterino ajustada por edad entre 1999 y 2003 se redujo 40%. Las tasas en el grupo foco del programa de detección precoz (mayores de 25 años) disminuyeron de 17 por 100.000 en 1999 a 14,4 en 2003.

La prevalencia de antígeno prostático elevado por sobre 4ng/ml es de 3,8% en los hombres mayores de 35 años. Desde 2000, el programa de cuidados paliativos ha aumentado su cobertura, atendiendo a 13.900 pacientes en 2004.

Enfermedades musculoesqueléticas

En 2003, la prevalencia de síntomas musculoesqueléticos de origen no traumático fue de 34,3% en la población mayor de 17 años. Las prevalencias son significativamente mayores a mayor edad, en el sexo femenino y en los grupos socioeconómicos bajos. La localización más prevalente de molestias es la rodilla, seguida

de la zona lumbar, el tobillo y la mano. El 64% de la población con síntomas musculoesqueléticos tiene una funcionalidad normal; solo 4,2% presenta discapacidad o invalidez. La mayor parte de los casos refiere un curso crónico y solo un bajo porcentaje tiene un diagnóstico médico específico. La prevalencia estimada de artritis reumatoidea es aproximadamente 1%. No hay otros estudios poblacionales en el último quinquenio que entreguen cifras de prevalencia específicas por causas. Las patologías musculoesqueléticas son una importante comorbilidad de enfermedades crónicas del adulto, estimándose que en 2003 aproximadamente 7% de los adultos mayores de 17 años presentaba al menos la coexistencia de la tríada dislipidemia, hipertensión y síntomas musculoesqueléticos crónicos.

OTRAS ENFERMEDADES Y PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

En el período 2000–2005 se registraron 19 desastres naturales. Producto de terremotos, han muerto en el período 11 personas, 182 lesionadas y 27.463 afectados. El país, pese a ser considerado zona de alta exposición física a terremotos (más de 10 millones de habitantes expuestos), presenta una vulnerabilidad media de 1-10 muertos por 1.000.000 de personas expuestas. A causa de las temperaturas extremas se han visto afectadas 25.000 personas en el período. Por inundaciones han fallecido 47 personas y han sido afectadas en promedio 40.886 personas, 221.842 personas entre mayo y junio de 2002. Las inundaciones de mayo y junio de 2002 y de junio de 2000 se encuentran entre los diez desastres que más personas han afectado entre 1996 y 2005.

Violencia y otras causas externas

Desde 1995 los accidentes ocupan el tercer o cuarto lugar como causa de muerte. En 2003, 9% de las muertes correspondió a esta causa, con una tasa de mortalidad de 46,5 por 100.000 y registrándose una reducción de 7,7% en relación a 1999. Los hombres tienen una sobremortalidad promedio de 4,3 veces respecto a las mujeres, fenómeno que se observa en todos los grupos de edad, en todas las regiones del país y en cada uno de los distintos tipos de accidentes, excepto caídas. Las regiones con la tasa más baja y la más alta son Atacama y Aysén, respectivamente. La Región Metropolitana presenta tasas inferiores a la media nacional, con tendencia decreciente. La mortalidad por traumatismos y envenenamientos afecta principalmente a los adultos a partir de los 20 años. Durante 2003, 31% de las muertes externas en hombres fueron por accidentes de transporte y 23,5% por lesiones autoinflingidas, en tanto que en las mujeres 29% fueron por accidentes de transporte y 21% por caídas. En 2003 los traumas, envenenamientos y otras causas externas contribuyeron con 10% del total de egresos y representaron la cuarta causa de hospitalización; estas patologías fueron la primera causa de hospitaliza-

ción de los hombres, con 17% de los casos (102.718 egresos) y fueron la sexta causa para las mujeres, con 6% de los casos (54.652 egresos).

Salud mental

Aunque la importancia de los problemas de salud mental se ha relevado desde la década de 1990, no existen estudios específicos que exploren en detalle la situación en el último quinquenio. Se estima que la prevalencia poblacional de **trastornos depresivos** oscila entre 13% y 17% para el último quinquenio. En 2004, el programa nacional de diagnóstico y tratamiento de la depresión atendió a 103.166 pacientes en el nivel primario de atención y a 7.500 pacientes en el nivel especializado. La incidencia anual de la **esquizofrenia** en la población mayor de 15 años es de 12 por 100.000. Entre 2000 y 2003, la tasa de suicidios ajustada por edad aumentó de 9,7 a 10,4 por 100.000. La depresión es un problema importante; sin embargo, los trastornos de angustia sumados a los relacionados al consumo de sustancias (incluido el alcohol) tuvieron en conjunto un mayor peso relativo en los estudios realizados en la década de 1990.

Adicciones

Concordando con la ENS 2003 y la ECV 2000, CONACE informa que las tasas de prevalencia de **tabaquismo** en el período 2000–2004 se han estabilizado en 42% (16). Sin embargo, al igual que en los escolares, las mujeres siguen aumentando su consumo, especialmente aquellas en edad fértil (de 19 a 34 años). En 2004, 55% de las mujeres entre 19 y 25 años fumaba.

Por su asociación con la mortalidad por cirrosis, accidentes y violencia, el **consumo de alcohol** es un tema muy relevante pero muchas veces subvalorado. En 2000, según la ECV, 15% de los adultos era bebedor problema, siendo mayor la prevalencia en hombres, poblaciones rurales y personas de nivel educacional bajo. El consumo de alcohol en la población general supera el 50% en todos los niveles de ingreso según declaraciones de consumo en los últimos 30 días previos a la encuesta (2004). Los consumos son ascendentes en la medida que aumentan los ingresos familiares; sin embargo, los mayores problemas y dependencia asociada al alcohol se presentan en personas de más bajos ingresos. Estudios de hogares realizados por CONACE desde 1994 muestran un ascenso sostenido del consumo de todas las drogas ilícitas hasta 2000 (tanto en las tasas de consumo anuales, como en las del último año y del último mes). La tendencia en el período 2000–2004 fue a la estabilización.

Salud oral

No existen estudios epidemiológicos actualizados y de nivel nacional que evalúen integralmente la salud bucal en el período 2001–2005. En un análisis parcial en la población de 6 a 8 y de 12 años, después de ocho años de fluoruración del agua en la Región Metropolitana (1996–2004) se observó que el número de piezas dañadas por caries en dentición definitiva en niños de 6 a 8 años

disminuyó en 49,6% (el índice de dientes cariados, perdidos y obturados, CPO-D, bajó de 1,17 piezas a 0,59 piezas). En niños de 12 años este indicador disminuyó en 16,9% (de CPO-D 3,13 piezas a CPO-D 2,60 piezas) (17). La ENS 2003 mostró que 66% de los adultos mayores de 17 años presenta caries y que 13,3% presenta desdentamiento de uno o ambos maxilares. El 5,5% de los adultos presenta desdentamiento total, prevalencia que aumenta a 33,4% en el adulto mayor de 65 años, siendo mayores las prevalencias en mujeres, población rural y población con menos de 8 años de educación. Las menores prevalencias de desdentamiento se encuentran en el norte del país y las mayores en el sur, lo que es consistente con el contenido natural de flúor en las aguas. Se estima que la cobertura de población expuesta a agua fluorurada sería de 70,5% para el año 2004.

Enfermedad meningocócica

A partir de 2001 comenzó a observarse un descenso y cambio en la presentación de la enfermedad a una endemia baja (con tasas de 2,7 y menos) hasta alcanzar una incidencia de 1,5 por 100.000 en 2005 (235 casos). El mayor riesgo de enfermar se concentra en la Región Metropolitana y es levemente mayor en los hombres. La mortalidad se ha mantenido estable con tasas entre 0,2 a 0,3 por 100.000, disminuyendo a 0,1 en 2004 y 2005. La letalidad que alcanzaba cifras de 11,2%, en 1990, se redujo a 5,5% en 2005. Durante 2005 se observó un cambio en la presentación, pues las meningitis disminuyeron a 34% y las meningococemias aumentaron a 45%. Los menores de 5 años concentran la mitad de los casos. De los 121 casos confirmados en 2005, 84% correspondieron al serogrupo B, 6% al C, y 9% al Y y W-135.

Síndrome pulmonar por hantavirus

El agente etiológico identificado en Chile es el virus de los Andes, cuyo único reservorio comprobado hasta el momento es el *Oligoryzomys longicaudatus*. Desde los primeros casos esporádicos detectados en 1995, esta enfermedad ha progresado a una presentación endémica, con brotes estacionales (70% entre noviembre y abril) y localizados en algunas regiones del país. Desde 1995 hasta diciembre de 2005 se han confirmado 461 casos de síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SCPH). La incidencia más alta ocurrió en 2001, observándose posteriormente una estabilización. En 2005 alcanzó a 0,42 por 100.000 habitantes. La letalidad de SCPH ha ido descendiendo de 60% en 1997 a 31% en el año 2005 (20 fallecidos). La letalidad es mayor en mujeres (37%) que en hombres (27%). La tasa de mortalidad se ha mantenido estable en los últimos tres años, con cifras de 0,11 a 0,13 muertes por 100.000. Durante 2005 se confirmaron 67 casos de SCPH y 7 casos de enfermedad leve (sin compromiso pulmonar), cifras que se encuentran por encima de lo esperado. Los casos de SCPH se han presentado desde Valparaíso hasta Aysén. El mayor riesgo de enfermar se encuentra en esta última región, donde la tasa de incidencia alcanzó a 3 por 100.000 habitantes. Por otra parte, el mayor número de casos se observó en la VIII región

(20 casos). El reservorio del virus de los Andes tiene una distribución más amplia, detectándose roedores infectados desde la IV a la XI región.

LA RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

La actual reforma de la salud se inició formalmente con un conjunto de proyectos de ley que el anterior gobierno (2000–2006) presentó al Parlamento en 2002. El núcleo de la reforma lo constituyen dos leyes: la Ley 19.966, denominada Régimen General de Garantías en Salud, que estableció el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Plan AUGE), y la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Hospitales Autogestionados en Red, que fortalece la autoridad sanitaria y genera condiciones de mayor flexibilidad para la gestión hospitalaria. La propuesta de reforma también contemplaba dos proyectos que abordaban cambios a la ley de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y un proyecto de financiamiento de estos cambios.

El Plan AUGE explicita, para un conjunto de 56 problemas de salud (ver cuadro 2), cuatro garantías básicas: acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. La implementación de la Ley

19.937 se inició el 1 de enero de 2005. Este nuevo marco jurídico transforma la anterior Subsecretaría de Salud en dos subsecretarías: una de Salud Pública y una de Redes Asistenciales. Además, transforma la anterior Superintendencia de ISAPRE en la Superintendencia de Salud, con atribuciones para vigilar no solo a las ISAPRE sino también al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y a los prestadores públicos y privados de salud. La implementación de AUGE se inició en un enfoque gradual que se propone completar en 2008 el proceso de garantías para los problemas que se incluyen en el plan.

El marco de políticas y planes definido para el período de gobierno 2006–2010 en el ámbito de la salud establece completar la implementación y consolidación de la reforma antes descrita. De manera más específica, esto incluiría: el aumento de cobertura por parte del Plan AUGE del número de problemas de salud de 56 a 80 para el año 2010; el fortalecimiento de los cambios institucionales orientados a separar la prestación de servicios asistenciales de las funciones de fiscalización, así como la implementación del régimen de hospitales autogestionados en red; reforzar la atención primaria con enfoque familiar; mejorar la salud privada introduciendo más competencia en el mercado de las ISAPRE y simplificando los planes de salud, y sentar las bases de una política de salud para el adulto mayor (18). Los objetivos sanitarios

CUADRO 2. Problemas de salud considerados en el Plan AUGE.

1. Atención del parto con analgesia	29. Hipoacusia
2. Todos los cánceres infantiles	30. Hiperplasia benigna de la próstata
3. Cáncer cervicouterino	31. Neumonías en el adulto mayor
4. Cáncer de mama	32. Ortesis adulto mayor (bastones, sillas de ruedas, otros)
5. Leucemia (adultos)	33. Hemofilia
6. Linfoma (adultos)	34. Fibrosis quística
7. Cáncer de testículo	35. Escoliosis
8. Cáncer de próstata	36. Depresión
9. Cáncer gástrico	37. Dependencia al alcohol y drogas
10. Cáncer de vesícula y vías biliares	38. Psicosis (trastornos psiquiátricos severos)
11. Cánceres terminales (cuidados paliativos)	39. Asma bronquial
12. Enfermedad isquémica (infarto miocardio)	40. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
13. Trastornos de conducción	41. Hipertensión arterial
14. Cardiopatía congénita operable	42. Accidente vascular encefálico
15. Defectos del tubo neural	43. Diabetes Mellitus Tipo I y II
16. Labio leporino y fisura palatina	44. Prematurez
17. Insuficiencia renal crónica	45. Retinopatía del prematuro
18. VIH / sida	46. Dificultad Respiratoria del recién nacido
19. Cataratas	47. Accidentes que requieren UTI
20. Gran quemado	48. Artritis reumatoidea
21. Politraumatizado con y sin lesión medular	49. Artrosis
22. Hernia núcleo pulposo	50. Epilepsia (mejoramiento programa manejo infantil)
23. Tumores y quistes SNC	51. Trauma ocular
24. Aneurismas	52. Desprendimiento de retina
25. Retinopatía diabética	53. Estrabismo (menores de nueve años)
26. Vicios de refracción	54. IRA (menores de 15 años)
27. Pérdida de dientes en el adulto mayor	55. Salud oral integral
28. Cirugía que requiere prótesis	56. Urgencias odontológicas

Fuente: Ministerio de Salud.

con vistas al año 2010 son: reducir las desigualdades en la situación de salud; enfrentar los nuevos desafíos derivados del envejecimiento poblacional y de los cambios de la sociedad; mejorar los logros sanitarios alcanzados y proveer servicios de calidad de acuerdo a las necesidades y expectativas de la población.

La atención de salud está regulada por normativas emanadas del MINSAL, cuyos programas definen coberturas, frecuencia o periodicidad de los contactos entre usuarios y prestadores de atención, así como responsabilidades por nivel de atención del sistema. Estas normas constituyen marcos de carácter obligatorio para los establecimientos públicos y privados en convenio con el sector público y 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 antes del cambio establecido en la Ley 19.937 de la Autoridad Sanitaria era ejercida por las direcciones de los Servicios de Salud, a través de las oficinas de profesiones médicas y paramédicas en sus respectivos territorios jurisdiccionales. Desde el 1 de enero de 2005, estas atribuciones y las oficinas de profesiones médicas y paramédicas fueron transferidas a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de cada región, las que se fortalecieron como autoridad sanitaria regional.

Organización del sistema de salud

El Ministerio de Salud (MINSAL) ejerce la conducción sectorial, correspondiéndole 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 MINSAL dependen los Servicios de Salud, el FONASA, la Superintendencia de Salud, el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST). De acuerdo a los últimos cambios legislativos contemplados en la reforma de salud, la Ley 19.937 asigna a las direcciones de los 29 Servicios de Salud las funciones de gestores de la red asistencial, habiendo traspasado a las SEREMI de cada una de las 13 regiones del país las funciones de autoridad sanitaria. El ISP ejerce la función de regulación de los medicamentos e insumos médicos.

El sistema de salud nacional es mixto, tanto en el financiamiento como en el aseguramiento y en la prestación de servicios. Todos los asalariados están obligados por ley a destinar 7% de su remuneración mensual a un seguro de salud, ya sea en el seguro público (FONASA) o en una entidad privada administradora de la contribución obligatoria (ISAPRE). Además de las contribuciones de sus afiliados, el FONASA también recibe las transferencias del Tesoro de la Nación para atender a los indigentes así como para ejecutar los programas de salud pública. El sector privado asegurador está constituido por las ISAPRE, entes privados de protección contra los riesgos para la salud, que administran la cotización obligatoria que deben hacer los asalariados. Las ISAPRE pueden acordar con sus clientes primas complementarias al porcentaje obligatorio para mejorar los planes de seguro.

Estas instituciones, al igual que FONASA, están bajo la tutela de la Superintendencia de Salud. La puesta en marcha de AUGE ha fortalecido estas atribuciones. Además, existen mutuales de empleadores que administran un seguro de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, cuyo financiamiento está a cargo de los empleadores. Si bien gozan de autonomía de gestión, tanto FONASA como la Superintendencia de Salud se encuentran sometidos a la rectoría del MINSAL, quien mantiene la responsabilidad política del sector. El ISP, a la vez que controla los medicamentos e insumos médicos, actúa como laboratorio de referencia nacional. 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 de atención de salud dependen administrativamente de los municipios y los hospitales están bajo la dirección de los Servicios de Salud. La Ley 19.937 reconoce un régimen de hospitales autogestionados en red, que permite una mayor flexibilidad para la gestión de los hospitales de mayor complejidad en el país (56 hospitales). En 2005 los primeros cinco hospitales fueron reconocidos como autogestionados y en 2009 todos los 56 hospitales deberán serlo. Por otro lado, un conjunto de clínicas, consultorios, laboratorios y farmacias son manejados por personas o sociedades privadas. La presencia de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro en la provisión de servicios de salud es escasa, y se limita a algunos centros de salud u hospitales rurales ligados a instituciones religiosas.

El FONASA cubre a 68,3% de la población y las ISAPRE a 17,6%. El 14,1% restante está cubierto por otros sistemas particulares (como el de las fuerzas armadas) o no tienen ninguna cobertura (19).

Las ISAPRE pueden ser cerradas o abiertas. En el primer caso, la posibilidad de inscripción está limitada a las personas que trabajan en una empresa o en un sector económico determinado (por ejemplo, las grandes empresas públicas de la minería del cobre). En el segundo caso, la inscripción es libre. En su gran mayoría, las ISAPRE (15 en todo el país) trabajan con prestadores privados, pero también pueden establecer acuerdos con instituciones públicas de salud para ciertos tipos de servicios (hospitalización en alas privadas de los hospitales llamados pensionados, atención de urgencia y atención en unidades de pacientes críticos). Algunas ISAPRE disponen a su vez de su propia red para la atención de sus afiliados, situación que se ha potenciado como consecuencia de la implementación de AUGE. En las ISAPRE el contrato de seguro se negocia individualmente entre la institución aseguradora y el cotizante, cuyos planes requieren de un copago a cargo de este último, de valor muy variable. Las ISAPRE no pueden proponer planes de salud inferiores a los que ofrece el FONASA. La garantía de protección financiera establecida en AUGE determina un monto máximo de copago para los beneficiarios, sean de FONASA o de ISAPRE (garantía de protección financiera) en las patologías garantizadas.

Los servicios públicos de salud están obligados a atender todas las demandas de los 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. La mayor cobertura de las ISAPRE se alcanzó en 1995 con 26,3%. Desde 1997 se ha venido observando una migración de afiliados de ISAPRE hacia FONASA, lo que se atribuye a las repercusiones de la crisis económica asiática de finales de los años noventa, al mejoramiento de los servicios públicos y a la reciente incorporación de AUGE (20).

La supervisión y el control sobre el financiamiento público del sector salud competen a FONASA. El control último lo ejerce la Contraloría General de la República, en el marco de las disposiciones de la administración pública.

Servicios de salud pública

Los programas básicos del MINSAL (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 MINSAL 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 malaria y erradicación de la enfermedad de Chagas. A diciembre de 2004, la cobertura global del programa de Papanicolaou (mujeres de 25–64 años) era de 68% y para el grupo de mayor riesgo (35–64 años) era de 67%. Para el programa de prevención de cáncer de mama, la cobertura alcanzaba a 54% en 2003. Estos dos últimos programas se verán fortalecidos al ser incluidos el cáncer cervicouterino y de mama dentro de las patologías garantizables del Plan AUGE.

El Instituto de Salud Pública cumple funciones de vigilancia epidemiológica en coordinación con el Departamento de Epidemiología del MINSAL. 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. El elemento más sólido del sistema de información lo representan los certificados de hechos vitales (nacimientos y defunciones), cuya cobertura alcanza 99%. El sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles es universal. A raíz del brote ocurrido en Chile en 2002, se reforzaron las medidas para evitar el ingreso de la influenza aviar y otras patologías de interés en salud animal. En la actualidad el Servicio Agrícola y Ganadero realiza las actividades de control y de vigilancia en aves, cerdos y caballos, no habiéndose detectado nuevos brotes de influenza aviar después de 2002.

En cuanto a la prevención y el control de la contaminación del aire, 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. 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. La reforma de salud transfirió los Departamentos de Programas de Salud Ambiental de los Servicios de Salud a las SEREMI de Salud de cada región. Lo mismo aconteció con el Servicio de Salud del Ambiente en la Región Metropolitana. De este modo, las SEREMI de Salud han pasado a ser 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 ISP, institución que actúa como laboratorio de referencia nacional en microbiología, bromatología, contaminación ambiental y salud ocupacional.

Las directrices programáticas respecto a la calidad del ambiente apuntan a controlar los riesgos para la salud de la población derivados de la presencia de contaminantes en el aire comunitario. La autoridad de salud desarrolla programas de vigilancia de la calidad del aire a través de la verificación del cumplimiento de las normas primarias de calidad del aire vigentes y fiscaliza en forma permanente, en instalaciones de alta y mediana complejidad, las emisiones de contaminantes atmosféricos de acuerdo a los riesgos asociados a dichas emisiones. El diagnóstico regular considera los siguientes elementos: catastro de fuentes fijas; catastro de combustibles utilizados por las fuentes fijas; estimación de las emisiones de las fuentes fijas; estaciones de monitoreo; contaminantes medidos; días del año con mediciones, y población afectada. La Comisión Nacional del Medio Ambiente (CONAMA), que depende del Ministerio del Interior, es la instancia intersectorial que representa la máxima autoridad medioambiental en el país. Las Comisiones Regionales del Medio Ambiente (COREMA) son las instancias correspondientes en cada región.

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 el país. La fiscalización del cumplimiento de esta norma estuvo originalmente a cargo de los Servicios de Salud, a través de los Departamentos de Programas del Ambiente. A partir del 1 de enero de 2005 esta labor de control y fiscalización pasó a ser responsabilidad de la SEREMI de cada región.

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. Se

suministra leche, cereales y arroz, cuya cuantía depende del estado nutricional de las mujeres y niños beneficiarios. En los últimos años se han diferenciado un PNAC para niños prematuros y otro PNAC para fenilcetonuria. Un programa complementario para la población escolar, a cargo de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), 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. Existen también programas de fortificación de harina y de yodación de sal.

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 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 cada año se toman aproximadamente 60.000 muestras de alimentos. De estas, la gran mayoría corresponde a análisis microbiológicos (75%), químico-bromatológicos (20%) y parasitológicos (5%).

Servicios de atención a las personas

La red asistencial del sector público está constituida por establecimientos ambulatorios y hospitalarios de diferente complejidad asistencial. Entre ellos se cuentan 196 hospitales, de los cuales 60 corresponden a los de mayor complejidad (23 hospitales tipo 1 y 37 hospitales tipo 2). Los hospitales tipo 4 (rurales) son 99. También forman parte de la red hospitalaria 14 hospitales privados que mediante un convenio de delegación prestan servicios a beneficiarios públicos. La red ambulatoria pública contempla 594 consultorios de nivel primario (258 consultorios generales urbanos, 151 consultorios generales rurales, 115 consultorios adosados de atención primaria, 70 centros de salud familiar). Además existen 40 centros ambulatorios de salud mental, 5 Centros de Referencia de Salud (CRS) que ofrecen servicios en las cuatro especialidades médicas básicas (medicina interna, pediatría, cirugía y ginecología-obstetricia) y 5 Centros de Diagnóstico y Terapéuticos (CDT), que son establecimientos ambulatorios de muy alta complejidad. La red ambulatoria se completa con 1.165 postas de salud rurales.

El total de consultas y controles médicos efectuados en 2004 por el SNSS ascendió a 38.089.674, lo que equivale a 3,6 por beneficiario de FONASA y representa un aumento de 7,5% respecto a 1999. De este total, 93,7% fueron consultas y 6,3% fueron controles. Entre 2000 y 2005, las consultas médicas en el nivel primario aumentaron 27%, las intervenciones quirúrgicas mayores 17%, las atenciones de urgencia 22% y los egresos se mantuvieron estables. En cuanto a la atención odontológica, en 2004 se registraron 14.733.772 actividades, de las cuales 3.770.032 (25,6%)

correspondieron a actividades odontológicas preventivas y 7.835.598 (53,2%) a actividades odontológicas recuperativas, y el resto correspondió a atenciones de especialidad y a consultas de urgencia. En 2005 se practicaron 54.859.829 exámenes de laboratorio y 4.989.970 exámenes diagnósticos por imagen, que representan 2,2 y 0,2 exámenes por consulta médica, respectivamente. En el sector privado, la Superintendencia de Salud informó que en 2005 se atendieron 12.162.032 consultas médicas. Asimismo, informó que se hicieron 13.844.703 exámenes de laboratorio, 3.002.066 exámenes de imagenología y 315.777 intervenciones quirúrgicas. Esto significa 4,5 consultas médicas y 5,1 exámenes de laboratorio por beneficiario de ISAPRE.

En el sector público existe una dotación de camas hospitalarias que alcanzó 28.135 en 2005, lo que equivale a 2,6 camas por 1.000 beneficiarios de FONASA. Esto implica una reducción de más de 10% comparado con el decenio de 1990, pero una estabilización durante los últimos 5 años. El sector privado dispondría de unas 11.000 camas distribuidas en 223 hospitales, clínicas y maternidades.

En 2003 se produjeron 1.599.280 egresos hospitalarios en el país, de los cuales 1.155.787 correspondieron a beneficiarios públicos (72,3%), 252.879 a beneficiarios de ISAPRES (15,8%) y el resto a otros tipos de beneficiarios (accidentes del trabajo, escolares, particulares). En el sector público, el índice ocupacional en 2003 fue de 70,6% con un promedio de 6,1 días de estancia. Las cinco causas más frecuentes de hospitalización fueron las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (20%), las enfermedades del sistema digestivo (12%), las enfermedades del sistema respiratorio (11%), los traumatismos y envenenamientos (10%) y las enfermedades del sistema genitourinario (8%).

La atención de urgencia la prestan los servicios de emergencia de los hospitales y los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Los principales hospitales y clínicas privadas también ofrecen atención de emergencias. Desde fines de la década de 1990 funciona un sistema de atención de urgencia prehospitalaria, con ambulancias de rescate de diferente complejidad y capacidad de respuesta y un centro regulador. El sistema se inició en las tres regiones más pobladas (Metropolitana, Valparaíso y Bío-Bío) y se ha ido extendiendo al resto del país.

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 sólo 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 el contexto de un esfuerzo por mejorar la calidad y seguridad ade-

cuando el procesamiento de sangre y hemoderivados a estándares de calidad internacional, se ha reducido el número de bancos de sangre de 120 a 70. El objetivo es llegar a concentrar la producción en solo cuatro grandes centros de sangre y bancos de tejidos a nivel nacional. Otro eje de la política de bancos de sangre es fomentar la donación altruista, habiéndose avanzado desde 2 a 8% de participación de donantes altruistas entre 2002 y 2005. En el sistema público de salud se reciben cada año aproximadamente 180.000 donaciones.

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 MINSAL ha fortalecido un enfoque preventivo, incluyendo la salud oral integral entre los 56 problemas de salud garantizados por el Plan AUGE. Este esfuerzo se complementa con el funcionamiento de clínicas odontológicas en los establecimientos educacionales municipales, subvencionadas por JUNAEB. En el sector privado se observa una creciente institucionalización de la atención odontológica en redes de prestadores de algunas ISAPRE, aunque la cobertura todavía sigue siendo 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 sólo en tres establecimientos. La atención de pacientes agudos se brinda en estos mismos establecimientos, así como en servicios de psiquiatría de 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, administrados por los municipios y que totalizan 40 establecimientos en todo el país. La cobertura que ofrecen las ISAPRE en sus planes de salud para la atención psiquiátrica es mínima. Las garantías explícitas del Plan AUGE contemplan depresión, dependencia de alcohol y drogas y psicosis, lo que se espera que ayude a mejorar la oferta de salud mental y a reducir las inequidades de acceso entre diferentes grupos de población.

Los servicios de salud reproductiva se otorgan por la red de prestadores públicos y privados. El programa del MINSAL incluye la planificación familiar y los anticonceptivos (hormonales, dispositivos intrauterinos, de barrera), que 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. La anticoncepción de emergencia fue solo recientemente incorporada a los servicios provistos por establecimientos públicos.

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 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. 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. El MINSAL ha establecido programas nacionales de quimioterapia para algunos tipos de cáncer que afectan tanto a los niños como a los adultos. Los cánceres infantiles, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, leucemia y linfoma (adultos), cáncer de testículo, de próstata, gástrico, de vesícula y vías biliares, y cánceres terminales (cuidados paliativos) están incluidos en las patologías de atención garantizada por el Plan AUGE.

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 1994 se creó el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), dependiente del Ministerio de Planificación y Coordinación, que en 2005 realizó la primera encuesta nacional sobre discapacidad.

Promoción de la salud

En 1997 se establecieron objetivos generales orientados a 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. Posteriormente, se logró establecer planes que privilegian las estrategias de comunas saludables, escuelas promotoras de la salud, el Programa Salud por la Gente, los lugares de trabajo saludables y el proyecto Carmen. En 2001 existían 305 planes comunales de promoción. La estrategia de escuelas promotoras de la salud alcanza a 2.435 establecimientos educacionales y existen 32 escuelas acreditadas por el sector salud como escuelas promotoras de la salud. Además, el país suscribió los acuerdos alcanzados en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en México en 2000. En 2002 un estudio de evaluación del Plan de Promoción mostró diferencias favorables en el grupo sujeto a planes de promoción en comparación con poblaciones objetivo similares no expuestas a estos planes.

Suministros de salud

El mercado farmacéutico nacional se caracteriza por la circulación de una importante proporción de medicamentos genéricos, así como una dilatada participación de laboratorios nacionales y la existencia de la CENABAST del MINSAL. No hay un control para la fijación de los precios de los medicamentos. En 2002 los medicamentos genéricos representaron 39,3% de las unidades de venta del mercado, los genéricos de marca 38,5% y los productos de marca 22,1% (21). En términos de valor monetario de las ventas, los genéricos solo representan 7,7%, los similares 49% y los fármacos de marca 43,3%. La importante participación de los medicamentos genéricos en el mercado farmacéutico incide en un bajo precio promedio de los medicamentos, que fue de US\$ 3,03 en 2002. El laboratorio con mayor participación fue el Laboratorio Chile (27% del mercado). Del total de patentes solicitadas en el Ministerio de Economía entre octubre de 1991 y abril de 2002, 19,2% correspondieron a patentes farmacéuticas. De las patentes otorgadas, 43% son de los Estados Unidos y 24% de Europa. Existen alrededor de 1.500 farmacias comunitarias, de las cuales 37% son propiedad de tres cadenas (Salco-Brand, Ahumada y Cruz Verde), las que controlan 90% de las ventas (22). Este oligopolio presenta además el problema de integración vertical entre producción y venta de varios productos farmacéuticos. Hay ausencia de farmacias comunitarias en 35 comunas del país con más de 10.000 habitantes.

La política de medicamentos busca asegurar la disponibilidad y acceso de toda la población a los medicamentos indispensables incluidos en el Formulario Nacional, de eficacia y calidad garantizada, seguros, de costo asequible y de uso racional, de manera de obtener los máximos beneficios, controlando a la vez el costo. Se estima que el gasto promedio anual por beneficiario en el sector público es de US\$ 8,00 (23). Aunque entre 1999 y 2002 el mercado farmacéutico tuvo una caída de US\$ 567 millones a US\$ 501 millones, se mantuvo una cifra cercana a las 168 millones de unidades vendidas. En 2002 los precios por unidad de productos ge-

néricos, similares y de marca fueron US\$ 0,59, US\$ 3,86 y US\$ 5,96, respectivamente. La diferencia en el gasto en medicamentos entre el quintil más alto de ingresos y el más bajo es de 6,5 veces. Además, la participación del quintil de más ingresos en la compra de medicamentos corresponde a aproximadamente la mitad, en tanto que la participación del quintil más pobre solo alcanza a 7,3% (20). En el sector público, la CENABAST actúa como intermediaria para concentrar y facilitar las compras de los establecimientos públicos de salud que así lo desean. Además, esta compra y distribuye los productos incluidos en los programas nacionales de salud pública (por ejemplo, vacunas y medicamentos anti tuberculosis). La presencia del farmacéutico es obligatoria en las farmacias privadas y también en los hospitales públicos, pero no así en las clínicas privadas.

A partir del año 2003, el ISP cerró el área de producción (vacuna triple DPT, toxoide diftérico, vacuna antitifoidea, vacuna antirrábica y antitoxina tetánica) para centrarse en fortalecer las tareas de regulación, fiscalización y control propias de su identidad como componente de la autoridad sanitaria nacional. Para poder ser incorporados al mercado nacional, los reactivos y productos inmunobiológicos provistos por empresas privadas deben contar con la autorización sanitaria del ISP.

Durante el decenio de 1990 la red pública tuvo inversiones en obras civiles y equipamiento médico por un monto de US\$ 260 millones, cuyos principales resultados fueron la construcción o reconstrucción de 13 hospitales. Además, se modernizaron otros 53 hospitales y 13 centros clínicos o consultorios de especialidades, por un monto de US\$ 180 millones y US\$ 105 millones, respectivamente. Estudios regionales de la red asistencial realizados a fines de la década de 1990 catastraron 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. En inversiones asociadas a la implementación de AUGÉ se destinaron US\$ 24,6 millones en 2005, y US\$ 22,3 millones en 2006, además de US\$ 66,3 millones para la construcción de 31 nuevos consultorios.

Recursos humanos

Estudios recientes (22) han contabilizado 25.542 médicos en servicio, de los cuales 2.276 fueron formados en el extranjero y reconocidos directamente por el Ministerio de Relaciones Exteriores y 963 fueron inmigrantes que revalidaron su título en el país. De este total, los médicos certificados como especialistas alcanzan a 14.306 (56%). El número actualmente inscrito en el Colegio Médico de Chile es de 20.146 médicos (la inscripción en el Colegio Médico no es obligatoria), y la relación médico/habitante ha aumentado de 1/921 en 1998 a 1/612 en 2004. En relación a los beneficiarios públicos (FONASA) existen 8,45 médicos por 10.000 beneficiarios, con una distribución regional que oscila entre 6 y 16 médicos/10.000 beneficiarios. Del total de médicos habilitados para ejercer solo 42,3% lo hace en el SNSS, observán-

dose también que la mayor proporción de los médicos que trabajan en el sector público corresponde a especialistas (61%). De los médicos que trabajan en el sector público, 13% están contratados por los municipios. En 12 facultades de medicina (nueve públicas y tres privadas) se gradúan alrededor de 600 médicos por año. Se estima que del total de los 18.000 enfermeros que existen en el país, solamente 8.000 trabajan en el sector público. En total, en el año 2004 existían alrededor de 60.000 profesionales, técnicos y auxiliares de salud en el sector público y 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. Aunque entre 1990 y 2000 hubo un incremento de alrededor de 5.000 médicos y de 1.000 enfermeros, aún es notoria la falta de algunos profesionales como enfermeros y oftalmólogos.

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, ha existido 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.

En virtud de los cambios derivados de la reforma de salud (Ley 19.937), se asigna al MINSAL, en conjunto con el Ministerio de Educación, la responsabilidad de establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales. Queda a cargo de la Superintendencia de Salud la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, como personas naturales respecto de su certificación. Para estos efectos, la Superintendencia de Salud deberá establecer un registro nacional de prestadores individuales certificados y un registro nacional de entidades certificadoras.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

El Estado, a través de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), 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 MINSAL constituyó la Comisión de Investigación y Tecnología, con representantes de las facultades de medicina y de las escuelas y departamentos de salud pública de las principales universidades del país y creó el Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS). A partir de 2004, FONIS desarrolla un concurso anual de proyectos de investigación en salud pública, en el que se pre-

sentan alrededor de 600 proyectos cada año, seleccionándose sólo alrededor de 30 cada vez. El monto máximo de financiamiento por proyecto es aproximadamente US\$ 40.000.

En los últimos años se han hecho esfuerzos para presentar la información científica 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 MINSAL, 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.

Desde 1997 el MINSAL cuenta con la Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud (Unidad ETESA), la que en 1998 fue reconocida como Agencia Chilena de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. La Unidad ETESA mantiene 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. El actual quehacer de la Unidad ETESA incluye la elaboración de informes de evaluación que analizan y sintetizan la evidencia científica para apoyar la toma de decisiones por parte de autoridades y otros usuarios del sistema; la elaboración de guías metodológicas, que analizan temas relacionados con el proceso de extracción, análisis y aplicación de la evidencia científica en salud, y con la gestión de calidad a nivel hospitalario; y la divulgación de ensayos clínicos controlados nacionales.

Gasto y financiamiento sectorial

De acuerdo a las cuentas nacionales de salud elaboradas por FONASA (23), el promedio per cápita del gasto del total de la población beneficiaria del FONASA en 2003 era de US\$ 177 y para la población beneficiaria de ISAPRE de US\$ 332. El sector salud se financia con el aporte fiscal para salud (solo sector público), las cotizaciones y co-pagos de las personas inscritas en FONASA e ISAPRE. En 2003 el aporte fiscal significó 27,2% del financiamiento total del sector salud, en tanto que las cotizaciones de FONASA significaron 17,4% y las cotizaciones obligatorias de las ISAPRE 15,8% más 6,7% de cotización voluntaria. Los gastos de bolsillo representaron 26,3%, la mitad de los cuales correspondieron a co-pagos en medicamentos. El aporte directo de los municipios para 2003 se estima en US\$ 6,0 per cápita. En 2003, en relación al financiamiento del sector público, 51% correspondió a aporte fiscal, 34,9% a cotizaciones, 6,4% a ingresos de operación y 7,3% a co-pagos de usuarios.

Cooperación técnica y financiera en salud

Durante el período 2000–2004 se ha recibido cooperación técnica externa para proyectos sobre calidad de vida, medicina transfusional, salud mental, y VIH/sida. La primera fase del proyecto Profundización de la Respuesta al VIH/sida (2003–2005)

contempló US\$ 13 millones y la segunda (2006–2008) contempla US\$ 24,6 millones. Se tramitó en 2002 un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), destinado a la promoción de la salud de los pueblos indígenas con enfoque multisectorial, por un monto de US\$ 45 millones, en dos fases, la primera de las cuales finalizó en 2006. La cooperación financiera de la OPS alcanzó un total aproximado de US\$ 2,15 millones para el bienio 2004–2005 y una cifra similar para 2006–2007.

Referencias

1. Chile, Ministerio de Planificación y Coordinación. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional; 2003.
2. Chile, Instituto Nacional de Estadísticas. Censo de Población; 2002.
3. Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información en Salud; 2003.
4. Chile, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud; 2003.
5. Chile, Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud; 2000.
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-Chile. Informe Anual de Actividades 2005. Santiago de Chile: UNICEF; 2006.
7. Chile, Ministerio de Educación, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas; 2006.
8. Chile, Ministerio de Planificación y Coordinación, Instituto Nacional de la Juventud. IV Encuesta Nacional de la Juventud; 2003.
9. Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes; 2003.
10. Chile, Ministerio de Planificación y Coordinación, Fondo Nacional de la Discapacidad. Encuesta Nacional de Discapacidad; 2004.
11. Toledo V. Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile. Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud; 1997.
12. Oyarce A, Bustos P. Características socioculturales de la mortalidad por neumonía en niños mapuches, 1996-2003 [Doc. inédito]; 2004.
13. Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria.
14. Chile, Ministerio de Salud, Programa Ampliado de Inmunizaciones.
15. Chile, Organización Panamericana de la Salud. Informe del Programa Ampliado de Inmunizaciones presentado en la Reunión de la OPS de Programas PAI; 2005.
16. Chile, Ministerio del Interior, Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes; 2005.
17. Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Salud Oral.
18. Programa de Gobierno Michelle Bachelet. “Estoy contigo”. Santiago de Chile; octubre 2005.
19. Chile, Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud; 2003.
20. Inostroza M, Muñoz A, Sánchez M. Migración de afiliados en el sistema ISAPRE. *Rev Chil Salud Pública* 2005; 9(3): 177–181.
21. Chile, Ministerio de Salud. Política Nacional de Medicamentos en la Reforma de Salud. Resolución exenta N° 515. Santiago de Chile; 2004.
22. Román O, Acuña M, Señoret M. Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004. *Rev Méd Chile* 2006; 134(8): 1057–1064.
23. Chile, Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud. Cuentas de Salud de Chile; 2005.

COLOMBIA



Colombia tiene una superficie de 1.138.910 km², con un relieve marcado por tres ramales de la cordillera de los Andes; cuenta con 1.098 municipios, distribuidos en 32 departamentos, 4 distritos (Bogotá Distrito Capital, Barranquilla, Cartagena y Santa Marta) y el Archipiélago de San Andrés y Providencia. La población censada en 2005 fue de 41.242.948 habitantes (1); la ciudad de Bogotá es la más populosa, con 6.776.009 habitantes y, en conjunto con las ciudades de Medellín, Cali y Barranquilla, concentra 29,5% de la población del país. La densidad poblacional es de 36,2 habitantes/km² (1) y la población es predominantemente urbana (72% vive en cabeceras) (2).

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

La crisis económica que marcó el final de los años noventa y el comienzo del nuevo siglo está siendo superada y el país muestra francos índices de crecimiento del producto interno bruto (PIB) en los últimos años, de -4,3% en 1999 a 5,1% en 2005 (3). Las cifras de pobreza decrecieron entre 2002 y 2005, de 57% a 49% para la población bajo la línea de pobreza, y de 20,7% a 14,7% para la que está bajo la línea de indigencia (4). El Índice de Desarrollo Humano aumentó algo más de 7% entre 1991 y 2003 (de 0,728 a 0,781) y Colombia se ubica en el puesto 77 entre 177 países” (5). Sin embargo, se ha acentuado la disparidad en la distribución de los ingresos: el PIB per cápita en 2004 se estimó en \$US 2004, 8, según la paridad del poder adquisitivo (6). El coeficiente de Gini aumentó de 0,544 en 1996 a 0,563 en 2003. La desigualdad es evidente entre la zona rural y urbana: esta última se acerca a los índices de países clasificados como de alto desarrollo, mientras que la zona rural está en los niveles medios. La desigualdad también se presenta entre departamentos y corresponde a los dos extremos: Chocó como el más atrasado y el Distrito Capital de Bogotá como la región más desarrollada. Chocó (con alta densidad de población afrodescendiente), Cauca y Nariño (con significativa composición de población indígena) se mantienen como los departamentos de menor desarrollo humano en los últimos 14 años (5). Las estrategias para la lucha contra la pobreza destacan el crecimiento económico pro pobres, que incluye “mecanismos explícitos para dar oportunidades preferentes a los pobres, para construir y proteger sus propios activos en términos de acceso a la propiedad de la tierra y la vivienda, la educación y el crédito”, así como el manejo social del riesgo con el fortalecimiento del Sistema de Protección Social, que busca la atención y

reducción de la vulnerabilidad de la población en los campos de la salud, el trabajo, los riesgos profesionales y las pensiones (7).

Otro aspecto importante en la realidad colombiana es el conflicto armado interno que afecta al país desde hace cuatro décadas. Tras el fracaso de la estrategia de negociación de los gobiernos pasados —que tuvo su máxima expresión en la “zona de distensión” que asignó el gobierno del Presidente Andrés Pastrana (1998–2002) a las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC)—, el gobierno del Presidente Álvaro Uribe Vélez ha llevado adelante la política de “seguridad democrática”, basada en el enfrentamiento armado de la insurgencia (Plan Colombia y Plan Patriota). Esta estrategia ha generado un repliegue de los grupos irregulares que se ha manifestado especialmente en la disminución de las masacres (82% entre 2000 y 2005), el mejoramiento de las condiciones de seguridad en las vías, la reducción de los actos terroristas (68,9% entre 2002 y 2005) y el descenso de los secuestros (81,9% entre 2000 y 2005); como consecuencia, se percibe una diferencia significativa en el clima de seguridad en comparación con 2002, año de inicio del actual gobierno (8). En el año 2004 se inició el proceso de desmovilización de los grupos paramilitares Autodefensas Unidas de Colombia (AUC); para mediados de 2006 la desmovilización casi se había completado, con la retirada de alrededor de 30.000 efectivos que iniciaron un proceso de “reinserción” que debe perfeccionarse con la aplicación de un cuerpo legal aprobado por el Congreso (Ley de Justicia y Paz).

El tema político más importante ha sido la reelección en primera vuelta del Presidente Álvaro Uribe Vélez para el período 2006–2010 (viabilizada por una reforma constitucional lograda en 2005). Los partidos que apoyan al Presidente lograron también una clara mayoría en las elecciones para el Senado y la Cámara de Representantes.

En el curso de los últimos dos años el Gobierno ha ido apropiándose del tema de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

(ODM), al colocarlo en su agenda de gobierno y asignar el proceso bajo la responsabilidad del Departamento de Planeación Nacional. Este Departamento ha coordinado las acciones de las diferentes entidades del gobierno (Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerios de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, y Departamento Administrativo Nacional de Estadística), con la cooperación de las agencias de las Naciones Unidas. Como producto de esta iniciativa, en marzo de 2005 se emitió el documento CONPES 91, en el que se definen las metas que Colombia debe alcanzar en cada uno de los Objetivos, así como las estrategias y el presupuesto a asignarse con este fin. Los ODM están considerados como el eje de la política social del gobierno que asumió en agosto de 2006, y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) constituye la estrategia principal. Con el objeto de mejorar la cobertura y calidad del sistema, cursan en el Congreso Nacional dos iniciativas de leyes reformativas que persiguen la afiliación de la población pobre no asegurada, el mejoramiento de las acciones de salud pública, la eficiencia de las entidades públicas de prestación de servicios y el cumplimiento de las competencias de los entes territoriales.

El desempleo y subempleo decrecieron entre 2001 y 2005, de 17% a 13,2% y de 31,7% a 28,2%, respectivamente (9). En el aspecto educativo, en 2003 la tasa de analfabetismo fue de 7,6% en la población mayor de 15 años, porcentaje aún mayor en las zonas rurales (15,4%). Por otro lado, de los niños que ingresaron a primaria en 1995, solo 33 de cada 100 egresarán del décimo primer grado (10). Las probabilidades de acceso y permanencia en el sistema son aún pequeñas para los estratos menos favorecidos, las regiones más apartadas y las zonas rurales. Para 2000, los años promedio de escolaridad para la población de 15 años y más fue de 7,3 (con cifras similares para hombres y mujeres) (6). La calidad de la educación básica es deficiente, en especial en las zonas rurales. Un poco más de la tercera parte de los maestros no posee título profesional (11). El país viene realizando desde 1991 un proceso de reforma educativa que se inició con la Constitución Política, en la que se estableció la obligatoriedad de la educación entre los 5 y los 15 años de edad, con un mínimo de un año preescolar y nueve de los 11 años de educación básica normados. Con respecto a la seguridad alimentaria, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSIN) de 2005, 59,4% de la población del estrato socioeconómico 1 (el más pobre) percibe que existe inseguridad alimentaria, en contraste con 16,4% de los estratos económicos más altos, denominados 4, 5 y 6.

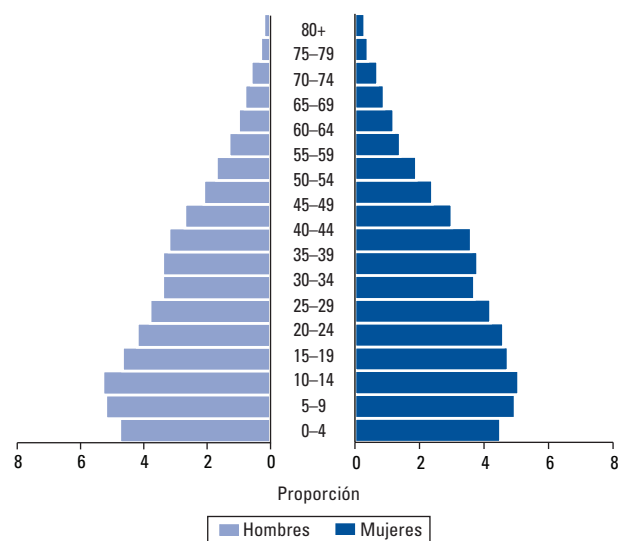
A pesar de la amplia participación de las mujeres en los espacios sociales, su inclusión en el espacio político sigue siendo baja. La elección popular de gobernadores está vigente desde 1991 y desde entonces solo siete mujeres han desempeñado el cargo. Para el período 2004–2007 solo en nueve municipios hay paridad de participación; en 73 representan entre 30% y 49%, y en 184 las mujeres solo representan entre 1% y 9%. En el Senado hay 12 mujeres (12%) y en la Cámara 17 mujeres (10,2%).

Demografía, mortalidad y morbilidad

Al igual que el resto de los países de la Región, Colombia experimenta cambios demográficos propios de las sociedades en transición. Su población está envejeciendo y se proyecta que la tendencia de la esperanza de vida al nacer será al incremento, de 72,17 en 2000–2005 a 73,23 en 2005–2010, con cifras de 76,27 en mujeres y 70,34 en hombres. Se proyecta que la tasa bruta de natalidad disminuirá de 22,31 por 1.000 habitantes en 2000–2005, a 20,57 en 2005–2010 (6, 12). Los datos demográficos demuestran una disminución de la población en los grupos de edad entre 15 y 35 años, como efecto de la migración y la violencia, y un crecimiento del grupo de población mayor de 60 años (Figura 1). Es importante considerar el fenómeno de la migración externa (se estima que 10% de la población colombiana ha abandonado el país en los últimos años), que en muchos casos genera el abandono y la desprotección de los adolescentes y jóvenes, aunque ha tenido un impacto económico positivo (se estima que las remesas provenientes de los emigrantes colombianos en 2003 representaron 3,9% del PIB) (13).

La migración interna está determinada en gran medida por el fenómeno del desplazamiento. La violencia generada por las acciones de los grupos armados ilegales, la delincuencia común y el narcotráfico son responsables del clima de inseguridad en el país; esto afecta las condiciones de salud y de acceso a los servicios de salud y —junto con fuertes lazos familiares o razones económicas— explica la presencia significativa de población colombiana en los países fronterizos. Según la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), alrededor de 36.000 colombianos solicitaron refugio en Ecuador entre

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Colombia, 2005.



Fuente: DANE, cifras provisionales del Censo 2005.

CUADRO 1. Diez primeras causas de defunción,^a Colombia, 1990.

	Muertes
Agresiones (homicidios)	24.033
Enfermedades isquémicas del corazón	15.853
Enfermedades cerebrovasculares	9.459
Insuficiencia cardíaca	6.052
Neumonía	5.198
Enfermedades hipertensivas	4.794
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	4.748
Accidentes de transporte de motor	4.410
Tumor maligno del estómago	3.605
Otros accidentes, incluso los efectos tardíos	3.570

^aSegún "Lista Colombia 105"

Fuente: DANE, Grupo Estadísticas Vitales.

CUADRO 2. Diez primeras causas de defunción,^a Colombia, 2003.

	Muertes
Agresiones (homicidios)	25.612
Enfermedades isquémicas del corazón	23.532
Enfermedades cerebrovasculares	13.949
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	10.090
Diabetes mellitus	7.576
Accidentes de transporte de motor	6.447
Enfermedades hipertensivas	5.576
Neumonía	5.374
Tumor maligno del estómago	4.406
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	3.324

^aSegún "Lista Colombia 105"

Fuente: DANE, Grupo Estadísticas Vitales.

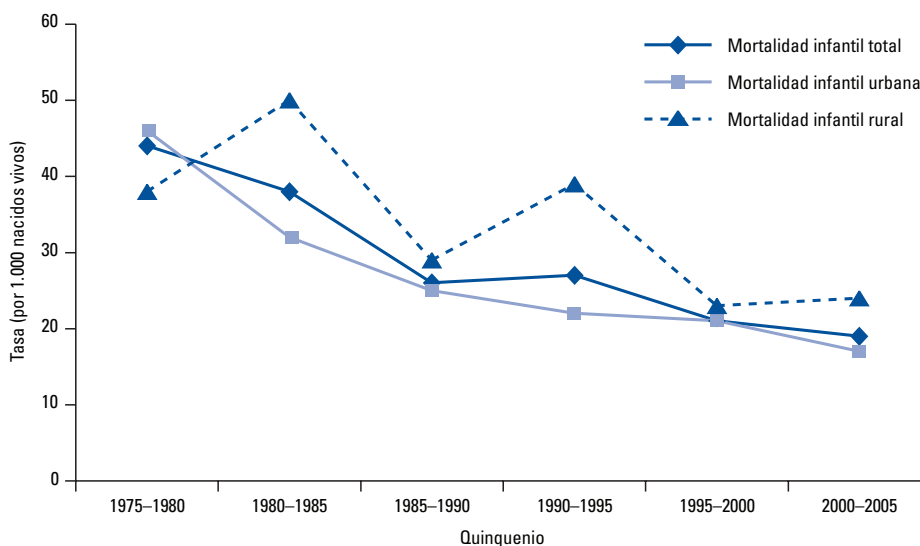
2001–2005, tema que se trata permanentemente en las reuniones y acuerdos binacionales de salud. La dinámica del desplazamiento forzado alcanzó en Colombia los más altos niveles de impacto sobre la población civil en 2002, cuando cerca de 900 municipios de los 1.098 del país expulsaban y recibían población desplazada; sin embargo, el Gobierno Nacional informó una disminución de 48% en el registro de población desplazada durante 2003 comparado con 2002, tendencia que continuó en los años 2004 y 2005. Durante el último decenio se han registrado 1.796.508 personas desplazadas. Los departamentos en los cuales han ocurrido más desplazamientos son los de Antioquia, Bolívar, Magdalena, Cesar, Chocó y Putumayo. Los departamentos que han recibido mayor número de desplazados son los de Antioquia, Bolívar, Bogotá D.C., Magdalena, Valle del Cauca y Sucre.

La población indígena representa menos de 2% de la población nacional (785.000 personas); las comunidades afrodescendientes del Pacífico representan poco más de 500.000 personas; los raizales 25.000 y los gitanos menos de 2.000. La mitad de los 81 pueblos indígenas de Colombia tienen menos de 1.000 personas, y de éstos, 22 no alcanzan los 500. Estas minorías étnicas en

general tienen índices más elevados de pobreza y una marcada carencia de servicios de saneamiento básico, además de que sufren de marginación, violencia y problemas de salud en mayor grado que los otros grupos de población.

Entre 1990 y 2003 las agresiones (homicidios), la enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cerebrovasculares no han variado su posición a la cabeza de la lista de las 10 primeras causas de muerte (Cuadros 1 y 2).

Entre 1998 y 2002 no se observó cambio en la estructura de la mortalidad por grandes grupos de causas. En 2002, las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon el primer lugar (117,7 por 100.000 habitantes), seguidas de las causas externas (110,7), las neoplasias (67,3) y enfermedades transmisibles (28,6). Hubo un incremento de la frecuencia en los tres primeros grupos de causas en relación a 1998 (circulatorias 105,1, externas 105,1 y neoplasias 62,1) y un decremento en las trasmisibles (30,0). Esto difiere en las regiones; así, el Vaupés mantuvo un perfil marcadamente infeccioso (2,46 veces la tasa nacional), en Caquetá hubo un gran predominio de las causas externas (2,39 veces), en Tolima hubo altas tasas de causas circulatorias (1,51 veces) y en Risaralda de causas tumorales (1,34 veces) (6). Con respecto a la

FIGURA 2. Mortalidad infantil por quinquenios, Colombia, 1975–2005.

Fuente: Profamilia, Encuesta de Demografía y Salud, 1980–2005.

edad y el género, las enfermedades transmisibles solamente estuvieron presentes entre las cinco primeras causas de muerte entre los menores de 5 años de ambos sexos. A partir de esta edad y en ambos sexos aparecieron progresivamente las causas relacionadas con accidentes de transporte, homicidios, lesiones autoinfligidas, tumores y enfermedades circulatorias. En los grupos de 45 años y más ya no se presentaron las causas externas entre las cinco primeras causas de muerte y en cambio apareció la diabetes mellitus (6). El subregistro de muertes se estima en 17,5%.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

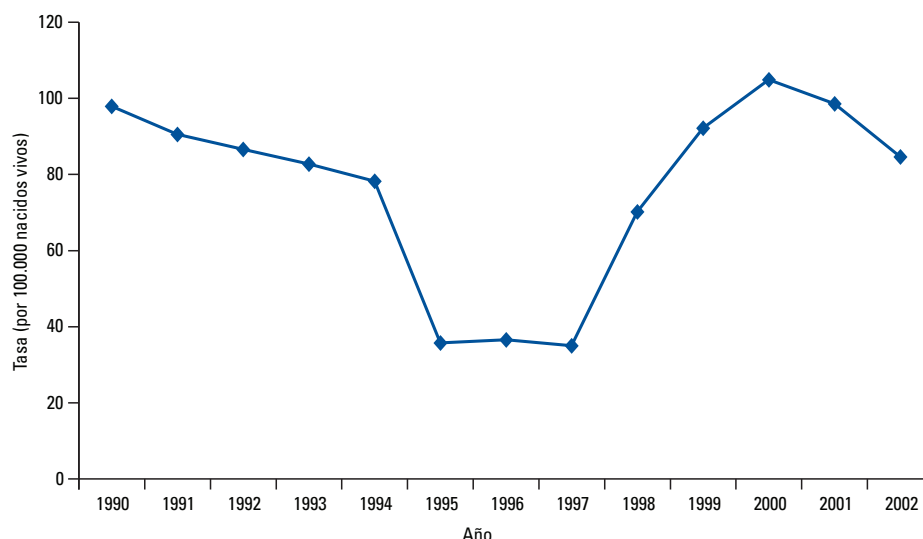
Salud de los niños menores de 5 años

Los menores de 5 años representaron 10,3% de la población total (1). Según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005, en el quinquenio 2000–2005 la tasa de mortalidad infantil (TMI) fue de 19 por 1.000 nacidos vivos (nv) (17 por 1.000 en el área urbana y 24 por 1.000 en la rural) (Figura 2); los departamentos con mayores TMI para 2005 fueron Chocó y Cauca (54 por 1.000) y La Guajira (33 por 1.000), mientras que los de menores tasas fueron Atlántico (14 por 1.000) y Santander (19 por 1.000) (14). La TMI en mujeres sin escolaridad fue de 43 por 1.000 y para las mujeres con educación superior fue de 14 por 1.000. La tasa de mortalidad neonatal pasó de 23 por 1.000 nv en 1980–1985 a 12 por 1.000 nv en 2005, con una disminución de 48%; la mortalidad postneonatal pasó de 18 a 6 por 1.000 nv, lo que significa una disminución de 66% en los mismos años; la mortalidad en los primeros 5 años de vida disminuyó 60%, pasando de 51 a 22 por 1.000 nacidos vivos en el mismo período.

Según resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSIN) 2005, 6% de los recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer. Colombia no registra la mortalidad fetal tardía, lo cual impide generar datos de mortalidad perinatal (según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE, la tasa de mortalidad neonatal precoz fue de 8 por 1.000 nv en 2002). La principal causa de muerte neonatal fue la hipoxia, con 60%, seguida de trauma obstétrico y prematuridad. Se informaron las siguientes principales causas de mortalidad en niños y niñas del grupo de menores de 1 año: afecciones respiratorias específicas del período perinatal (396 y 306 por 100.000, respectivamente); malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas (246 y 230); otras afecciones del período perinatal (116 y 90), e infecciones respiratorias agudas (101 y 84). En el grupo de niños y niñas de 1 a 4 años, las principales causas de mortalidad fueron infecciones respiratorias agudas (8,5 y 8,2 por 100.000 respectivamente), deficiencias nutricionales y anemias (6,1 y 8,2), ahogamiento y sumersión accidentales (8,4 y 4,6) y enfermedades infecciosas intestinales (6,0 y 6,1). La lactancia materna exclusiva pasó de un promedio de 0,5 meses a un promedio de 2,2 meses entre 2000 y 2005. La prevalencia de la lactancia materna exclusiva al sexto mes fue del 47% y la duración mediana de la lactancia fue de 14,9 meses (15).

Salud de los niños de 5 a 9 años

Según el DANE, en 2002 la población de 5 a 9 años representó 10,8% del total de la población. Ese año se registraron 1.449 defunciones, que representan una tasa de 30,59 por 100.000 para el grupo de 5 a 9 años (60% niños y 40% niñas), ligero incremento

FIGURA 3. Mortalidad materna en Colombia, 1990–2002.

Fuente: DANE, Grupo de Estadísticas Vitales, 1990–2002.

en comparación con 2000 (1.443 muertes) (16). Las principales causas de mortalidad fueron los accidentes de origen automotor, seguidos por infección respiratoria aguda y enfermedades de origen hematológico (tumor maligno de tejido linfático, órganos hematopoyéticos y tejidos afines). En este grupo de edad, 13% de los niños presentaron retraso en el crecimiento y 5%, bajo peso para su estatura. De acuerdo con datos de la ENSIN 2005, el retraso en el crecimiento es más frecuente en el sexo masculino de la zona rural (15).

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

Según el DANE, en 2002, el grupo de 10 a 14 años representó 10,3% del total de la población. En el mismo año se registraron 1.694 defunciones (tasa de 35,75 por 100.000 jóvenes de 10 a 14 años), 71% en varones y 29% en mujeres. La mayoría de las defunciones son por causas externas, incluyendo homicidios y accidentes de transporte (17). El grupo de 15 a 19 años representó 9,35% del total de la población, y se registraron 6.738 defunciones (156,47 por 100.000), 28% menos que en 2000; 67% de estas fueron muertes violentas, causadas en su mayoría por armas de fuego, con seis muertes masculinas por cada muerte femenina. La tasa de fecundidad de las adolescentes (15 a 19 años) fue de 90 por 1.000 en 2005 (18). La proporción de adolescentes en gestación pasó de 19% a 21% entre 2000 y 2005. En los últimos 15 años se duplicó el número de mujeres entre 15 y 19 años que han estado embarazadas (10% en 1990 vs. 19,7% en 2005). En poblaciones desplazadas, se encontró que 30% de las mujeres entre 13 y 19 años había estado alguna vez embarazada, 23% ya había sido madre y 7% estaba embarazada de su primer hijo (19). La fecun-

dad adolescente es más alta en las comunidades marginadas (estratos 1 y 2) que el promedio nacional: 2 de cada 3 jóvenes de 19 años ya eran madres.

Salud de los adultos (20–59 años)

La población adulta de 20 a 59 años representó 52,2% del total de la población en 2002, según el DANE. La tasa global de fecundidad para el período 2002–2005 fue de 2,4 hijos por mujer (según datos de la encuesta ENDS), la cual ha disminuido desde mediados del decenio de 1960, cuando la tasa era de 7 hijos por mujer. En la zona urbana la tasa de fecundidad fue de 2,1 hijos por mujer y en la zona rural, de 3,4; el intervalo entre nacimientos se incrementó entre 2000 y 2005, al pasar de 37 a 42 meses. La edad mediana al primer nacimiento fue de 22 años y la edad mediana a la primera relación sexual para las mujeres fue de 18,3 años. En 2005, las mujeres sin escolaridad tuvieron 4,5 hijos por mujer y las mujeres con educación superior 1,4 hijos. Las mujeres sin escolaridad tuvieron una tasa de uso de anticonceptivos de 67% y las que tienen educación secundaria de 79% (18).

La mortalidad materna se estimó en 84,6 por 100.000 nv en 2002, según el DANE, menor que la de 2000 (104,9 por 100.000 nv) (Figura 3) y hubo diferencias significativas por región, zona de procedencia, grupos de edad, niveles de escolaridad y condiciones particulares (como el desplazamiento). La razón de mortalidad materna oscila entre 315,7 por 100.000 nv en el Chocó y 35 por 100.000 nv en Risaralda; 90% de las muertes son por causas “evitables”, tales como la hipertensión ligada a la gestación, hemorragia postparto y aborto (7). Del total de muertes, 84% ocurrieron en una institución de salud y 88% recibieron asisten-

cia médica durante el proceso que condujo a la muerte (7). Se estima que 1 de cada 3 embarazos termina en aborto y que casi 60% de los casos de aborto que llegan a las instituciones gubernamentales han sido inducidos (20). En 2006, la Corte Constitucional despenalizó el aborto cuando el embarazo pone en riesgo la vida del feto o de la madre, o cuando hubo violación.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Las personas mayores de 60 años representaron 7,6% de la población total en 2003, según el DANE. La morbilidad por enfermedades nutricionales ocupa el segundo lugar en importancia y, al igual que la población menor de 10 años, los adultos mayores presentan una mayor frecuencia de defunciones debidas a anemias y deficiencias nutricionales (42%). En este grupo, las principales causas de mortalidad son las enfermedades cardio y cerebrovasculares, diabetes, enfermedades gastrointestinales, obesidad, cáncer y osteoporosis (21). Durante 2005, 173.822 adultos mayores recibieron subsidio monetario y 41.123 más se beneficiaron del complemento alimentario mediante el programa “Juan Luis Londoño de la Cuesta” (22).

Salud de la familia

En Colombia predominan las familias nucleares (53,3%), seguidas por las familias extensas (33,6%); las familias unipersonales representan el 7,7% y las familias compuestas, 5,4% (23). El tamaño de los hogares disminuyó de 4,1 hijos en 1998 a 2,6 en 2002, mientras que las familias en situación de pobreza tienen en promedio 4,7 hijos. Aunque existe un predominio de la jefatura de hogar masculina, la proporción de hogares con jefatura femenina sigue en aumento: en 1995 era 24% y para 2000, según el DANE, era 28%.

La tasa nacional de notificación de violencia intrafamiliar fue de 184 por 100.000 habitantes. En cuanto al maltrato a las mujeres, según datos de la ENDS 2005, la violencia psicológica pasó de 46% en 1995 a 50% en 2000; el maltrato físico por parte de los compañeros bajó de 41% en 2000 a 39% en 2005. De la quinta parte de las mujeres agredidas, 21% acudió a un establecimiento de salud para recibir información en 2005; no hay datos que permitan establecer comparaciones con 2000. Entre 2001 y 2003 la tasa de trabajo infantil (5 a 17 años) bajó de 12,8% a 10,4%. En zonas rurales, la tasa de trabajo infantil fue el doble (16,1%) que en el área urbana (8%) (24).

Salud de los trabajadores

La tasa de enfermedades profesionales que se registró en 2004 fue de 1,38 casos por 10.000 trabajadores, con una frecuencia mayor en los departamentos de Cundinamarca, Valle del Cauca y Antioquia, predominantemente en el sector de la manufactura.

Las tres primeras causas de enfermedad fueron el síndrome del conducto carpiano (20%), hipoacusia neurosensorial (19%) y trastornos de columna lumbosacra (18%) (25).

La mortalidad registrada en 2003 alcanzó una tasa de 18,29 por cada 100.000 trabajadores afiliados; hay una tendencia al incremento en el sector pesquero, y a la disminución en los otros. Según informes de las Administradoras de Riesgos Profesionales privadas, 96% de los accidentes de trabajo fueron originados por violencia social focalizada, principalmente en algunos subsectores económicos como vigilancia privada, administración de justicia, transporte y fuerzas armadas; 3% por accidentes de tránsito y solo 1% por causas de origen profesional.

Salud de las personas con discapacidad

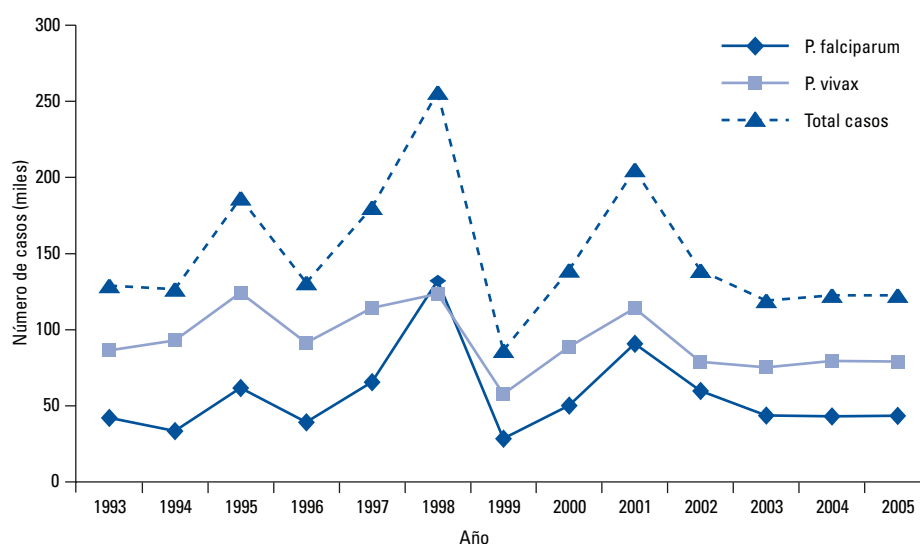
De acuerdo con datos provisionales del Censo de 2005, la prevalencia de limitaciones permanentes en la población fue de 6,4% (6,6% en hombres y 6,2% en mujeres). De ellos, 71,2% presentan una limitación; 14,5% dos limitaciones; 5,7% tres limitaciones, y 8,7% cuatro o más limitaciones permanentes. Las principales limitaciones son para ver, a pesar de usar lentes o gafas (43,2%); para moverse o caminar (29%); para oír, a pesar de usar aparatos especiales (17,3%); para hablar (12,8%), y para entender o aprender (11,9%) (26).

Según el Sistema de Información Gremial de la Federación de Aseguradores Colombianos, durante el período 2000–2003 se detectaron 255 casos de invalidez en las cinco principales actividades económicas, los cuales disminuyeron en el sector de los servicios comunitarios y se incrementaron en la industria manufacturera; las causas más frecuentes de invalidez fueron las patologías traumáticas (83%).

Salud de los grupos étnicos

En la selva y el llano prevalecen las enfermedades carenciales, infectocontagiosas y parasitarias, y en la zona andina las enfermedades de los tejidos dentales. La Sierra Nevada de Santa Marta cobija las etnias indígenas de los arhuacos, koguis, wiwa, kankuamo y yupka, y allí predominan enfermedades diarreicas agudas (EDA), infecciones respiratorias agudas (IRA), desnutrición y enfermedades carenciales, tuberculosis, enfermedades dentales y enfermedades de la piel. En la etnia de los gitanos la situación de salud es mejor, aunque se presentan algunos casos de enfermedades cardiovasculares y respiratorias. En la región Pacífica, donde habita gran parte de la población afrocolombiana, prevalecen tuberculosis, EDA, IRA, desnutrición, paludismo, fiebre tifoidea, fiebre amarilla y otras enfermedades como cáncer y VIH/sida. Los factores que influyen en la problemática de salud de los grupos étnicos son: pérdida de territorio, destrucción de recursos naturales y deterioro de medio ambiente; cambios socioculturales asociados al incremento del contacto e interacción

FIGURA 4. Casos de malaria según especie de *Plasmodium*, Colombia, 1993–2005.



Fuente: Ministerio de la Protección Social, Grupo ETV.

con el entorno social; abandono progresivo de la medicina tradicional; dificultades para acceder a los servicios de salud y precariedad de estos servicios en los territorios étnicos; pobreza y marginalidad social y geográfica y otras barreras culturales (27).

Salud de la población desplazada

En comparación con la población receptora, en la población desplazada más de la mitad de los hogares tienen jefatura femenina, el analfabetismo es tres veces más alto que el promedio nacional, las condiciones de vivienda y acceso a los servicios públicos son más precarias y el hacinamiento es crítico. Las enfermedades y síntomas referidos con mayor frecuencia son de carácter infecto-contagioso, en especial las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas, que afectan especialmente a los menores de 5 años. En los menores de 1 año la tasa de IRA era de 375 por 1.000 (población general: 218 por 1.000). La frecuencia de EDA fue de 81% en la población desplazada y 64% en la receptora. Treinta y cinco por ciento de las mujeres adolescentes ya han sido madres (el doble de la tasa nacional). La cobertura de aseguramiento de la población en desplazamiento fue 24% y en la población pobre receptora 34% (28). En cuanto a la salud mental, las secuelas de hechos violentos representan una carga que se suma a los desafíos de la huida, el desplazamiento y el retorno; una investigación orientada a establecer la prevalencia de trastornos mentales en 13 de los llamados barrios de invasión en la ciudad de Sincelejo y Sucre encontró una prevalencia de 27,6% (29).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

En las últimas tres décadas la morbilidad por **malaria** ha mantenido una tendencia ascendente, registrándose un promedio anual de 142.297 casos entre 2001 y 2005, 60% por *Plasmodium vivax*, 38% *P. falciparum* y 2% malaria mixta (Figura 4). En 2005 el índice parasitario anual (IPA) fue de 14,5 por 1.000 habitantes; la región comprendida por Urabá, Bajo Cauca y Alto Sinú presentó el mayor IPA durante 2005 (26 por 1.000 habitantes). En 27 municipios de los departamentos de Antioquia, Córdoba y Nariño se concentran cerca de 60% de los casos. El grupo de edad y sexo más afectado fue el de los hombres de 15 a 44 años. La mortalidad por malaria ha tenido una tendencia descendente en el país y en la última década se ha registrado un promedio anual de 130 a 150 muertes, pero se considera un subregistro cercano al 70% (30). Debido al creciente problema de resistencia a la amodiaquina y la sulfapirimetamina que se utilizan para el tratamiento de la malaria no complicada por *P. falciparum*, se decidió introducir combinaciones con derivados de artemisininas a partir de 2006.

En 2004 se notificaron 24.460 casos de **dengue** (54 por 100.000 habitantes), de los cuales 2.261 (10 por 100.000) correspondieron a dengue hemorrágico con 23 defunciones, y durante 2005 se informaron 43.257 casos (187 por 100.000), 4.322 de

dengue hemorrágico (17 por 100.000) y 48 defunciones. En los últimos años se registró la circulación de los cuatro serotipos virales. En 2005 los grupos de edad más afectados fueron el de 5 a 14 años (26%) y el de 45 a 64 años (48%) (31).

Existen focos selváticos de **fiebre amarilla**, principalmente en los departamentos de las zonas Orinoquía, Amazonía, la cuenca del Río Catatumbo y el pie de monte de la Sierra Nevada de Santa Marta. En los últimos cinco años se registraron 179 casos, con una letalidad de 47%. Durante 2003 se registró una epidemia de 102 casos, que afectó principalmente al departamento de Norte de Santander. La mayoría de los casos se presentan en hombres agricultores de 15 a 44 años (32).

En 2004 se registraron cerca de 15.000 casos de **leishmaniasis** y 22.000 casos en 2005; 99% de los casos correspondieron a la forma cutánea; en el grupo de edad de 15 a 44 años se registraron cerca de 80% de los casos; el sexo más afectado fue el masculino y el grupo ocupacional, los agricultores. En 2005, los Departamentos del Caquetá, Guaviare, Antioquia, Nariño, Santander, Meta y Tolima concentraron cerca de 75% de los casos cutáneos y mucosos; la forma visceral se registró principalmente en Córdoba, Bolívar, Sucre y Tolima (33).

Un estudio nacional de seroprevalencia y factores de riesgo para **enfermedad de Chagas**, realizado en 1999, encontró una prevalencia de infección de 35 por 1.000 en niños menores de 15 años, principalmente en la región oriental del país. En estudios puntuales de morbilidad en población adulta se ha encontrado una seropositividad de entre 19,4% y 47% y alteraciones electrocardiográficas de entre 25% y 47,8%. Se han registrado esporádicamente de 2 a 5 casos por año de casos agudos de Chagas (34).

Enfermedades inmunoprevenibles

La erradicación de la poliomielitis (1991), la eliminación del sarampión (2002), la eliminación del tétanos neonatal (TNN) y de la difteria como problemas de salud pública, así como la actual iniciativa de eliminación de la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita (SRC) para 2010, ponen a Colombia entre los primeros países latinoamericanos en lograr metas regionales. Entre agosto de 2005 y junio de 2006 fueron vacunados contra sarampión y rubéola 17.697.717 personas entre 14 y 39 años (96,9% de la meta); se logró la interrupción de la circulación del virus de la rubéola y la ausencia de notificación de recién nacidos con SRC. En 2005 se registraron 139 casos de **tos ferina**, 2.366 casos clínicos de **parotiditis**, 84 de **rubéola** (53 de ellos confirmados por laboratorio), 5 de **síndrome de la rubéola congénita** (notificados antes de la Jornada Nacional de Vacunación contra sarampión y rubéola), y 19 casos de **meningitis** con aislamiento de *Haemophilus influenzae* tipo b. En 2005 se incluyó la vacuna contra la gripe estacional para mayores de 65 años que estuvieran en instituciones como asilos, hogares geriátricos u hospitales, y para niños entre los 6 y 18 meses con una enfermedad respiratoria de base; en total se aplicaron 423.648 dosis.

Enfermedades infecciosas intestinales

Con base en la vigilancia centinela de las enfermedades diarreicas agudas realizada por el Instituto Nacional de Salud (INS), que es el laboratorio de referencia nacional, en 2003 se encontró que del total de muestras procesadas (1.335), 17,5% fue positivo para algún microorganismo: *Rotavirus* (7%), *Giardia duodenalis* (6%), *Cryptosporidium sp.* (3%), *Shigella sp.* (0,8%) y *Salmonella sp.* (0,7%). La concordancia entre los puestos centinela y el INS osciló entre 66% y 100% (35). No se registraron casos de cólera.

Enfermedades crónicas transmisibles

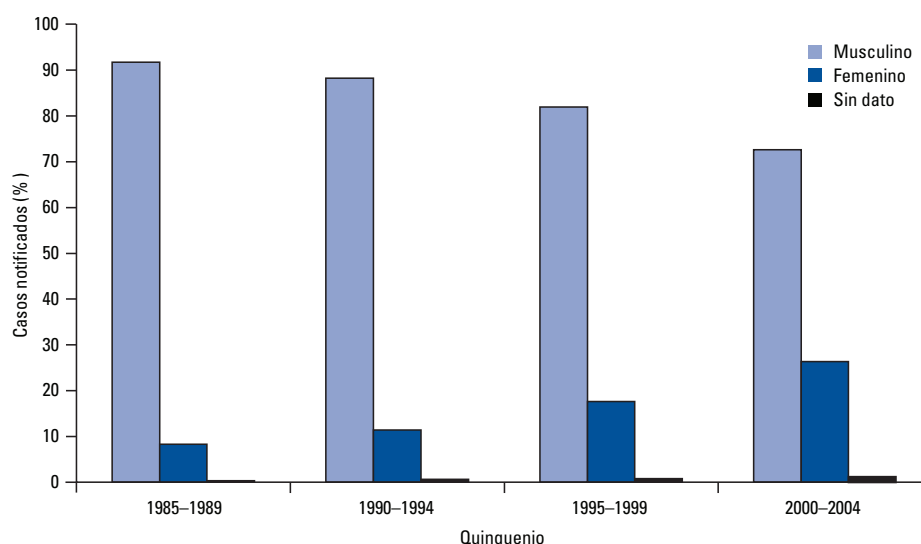
La incidencia de **tuberculosis** por todas las formas fue de 26,2 por 100.000 habitantes en 2001; 26 en 2002; 28,5 en 2003; 24,8 en 2004, y 22,5 en 2005. Las regiones más afectadas son Orinoquía y Amazonía, y 53% de los departamentos están clasificados como de muy alto riesgo (incidencias por encima del tercer cuartil) o de alto riesgo (incidencia superior a la mediana nacional). El grupo de edad más afectado es el de 25 a 34 años. Con base en información parcial sobre la cohorte de pacientes que ingresaron en 2003, la curación fue de 72%, tratamientos terminados 9%, abandonos 8%, fallecidos 5%, transferidos 5% y fracasos 1%. La cobertura con la estrategia DOTS (tratamiento acortado directamente observado) fue de 35% para 2004. El porcentaje de muertes debidas a tuberculosis desde 1991 hasta 2000 fue de 0,7% en promedio. El número de muertes por TB entre los enfermos de VIH/sida desde 1997 hasta 2001 fue en promedio de 10,8% (36).

La prevalencia de **lepra** ha descendido de 9.604 casos en tratamiento (3,0 por 10.000 habitantes) en 1990 a 1.716 casos (0,30 por 10.000 habitantes) en 2004. En relación con la incidencia de lepra, se observó igualmente una tendencia a la disminución: de 2,90 por 100.000 habitantes en 1990 a 1,31 en 2004. En 2004 solo dos departamentos registraron prevalencias por encima de la meta de eliminación (1 por 10.000 habitantes): Amazonas (1,4) y Arauca (1,1). La mayor proporción de casos se presentó en hombres (66%), la mediana de edad fue de 46 años, y el grupo más afectado el de 15 a 44 años (43%) (37).

Infecciones respiratorias agudas

En 1990 la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de 5 años fue de 48,5 por 100.000 y para 2002 de 34,7. En 1990 hubo 3.225 años de vida potencial perdidos (AVPP) por cada 100.000 menores de 5 años y para 2002 hubo 1.803 AVPP, es decir se ganaron 1.422 años. Dentro de los factores de riesgo asociados a la mortalidad por IRA es importante resaltar la ausencia o el bajo porcentaje de lactancia materna, bajo peso al nacer, parto prematuro, tabaquismo pasivo, uso de combustibles domésticos como leña o querosén y factores predisponentes como hacinamiento y elementos climáticos (invierno) (38). En cuanto a la vigilancia de los virus respiratorios, durante 2005 la distribución por agente etiológico fue de 33% por virus sincicial respiratorio, 31% por parainfluenza y 15% por influenza A (39).

FIGURA 5. Comportamiento de la infección por VIH/sida, según sexo, comparación por quinquenios, Colombia, 1985–2004.



Fuente: ONUSIDA: Infección por VIH en Colombia. Estado del Arte 2000–2005.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

La prevalencia del VIH en Colombia muestra una tendencia hacia el aumento desde su inicio en 1984 y en 2003 se encontró la cifra de 0,6% (40). En 2005 se estimaron 171.504 personas entre 15 y 49 años con VIH, con una prevalencia estimada de 0,7% (41). Entre 1983 y 2005 se informó un acumulado de 46.809 casos de VIH/sida notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) (42); de estos, 53,7% correspondieron a transmisión heterosexual; 27,1% a homosexual; 15,1% a bisexual; 2,9% a perinatal; 0,6% a transfusional, y 0,4% a otros. La distribución por sexo de los casos notificados revela una tendencia a la feminización de la epidemia, pasando de 8,2% de casos en mujeres en el quinquenio 1985–1989 a 26,6% en el quinquenio 2000–2004 (Figura 5). La razón hombre:mujer pasó de 9,4 en 1990 a 2,3 en 2005. Según cifras reportadas por el Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/sida del Ministerio de la Protección Social, la cifra de muertes por sida entre 1995 y 2002 fue de 13.195 (43). Actualmente reciben tratamiento antirretroviral 78,5% del total de personas con VIH afiliadas al SGSSS (44). La incidencia de sífilis congénita tiende al incremento, de 0,75 por 1.000 nacidos vivos en 2000 a 1,25 en 2005. La incidencia de sífilis gestacional pasó de 0,89 por 1.000 gestantes en 2003 a 2,51 en 2005, de acuerdo con datos del INS.

Zoonosis

El país se encuentra libre de **fiebre aftosa** con y sin vacunación en 60,8% de los bovinos (45). En 2001 solo se notificaron seis brotes de fiebre aftosa tipo O y ocho en 2002; del virus A se reportó un brote en 2000 (45).

El síndrome neurológico compatible con **encefalitis equina venezolana** se incrementó de 1979 a 2000, con picos en 1995 (88 focos) y 1998 (214 focos). Los casos humanos confirmados indican actividad del virus entre 2000 y 2005, con un total de 75 casos para este período (46).

Desde marzo de 2000 no se han notificado casos de **rabia humana** de origen canino. En 2005 se notificaron tres casos de rabia humana de origen silvestre. Los focos de rabia silvestre registrados entre 1982 a 2002 afectaron a 31 de los 32 departamentos del país, con una mediana de 21 focos y promedio de 46 focos por departamento; dentro de las zonas de alto riesgo se encuentran: el norte de los departamentos de Antioquia, Chocó, Norte de Santander y Santander, todo el territorio de los departamentos de Arauca, Cesar, Córdoba y Sucre, y la zona centro-sur del departamento de La Guajira (47).

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La ENSIN 2005 reveló que la desnutrición crónica en menores de 5 años disminuyó ligeramente ese año en relación con 2000, de 13,5% a 12% (10% moderada y 2% severa, especialmente en niños entre 1 y 2 años de edad). La desnutrición aguda se presentó en 1% de los menores de 5 años. La prevalencia de anemia en menores de 5 años aumentó de 18% en 1977 a 23% en 1995 y a 33,2% en 2005. En el grupo de niños de 5 a 9 años, 13% presentó retraso en el crecimiento y 5% bajo peso para su estatura. En 2005 la región Atlántica tuvo la mayor desnutrición infantil, desplazando a

la región Pacífica. El sobrepeso estuvo presente en 40% de las mujeres y 6% tuvo un bajo índice de masa corporal. El bajo peso para la edad gestacional fue dos veces más prevalente en gestantes menores de 15 años (47%) que en el promedio (21%).

Enfermedades cardiovasculares

Según los Indicadores Básicos, las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon el primer lugar como grupo de causas de muerte en la población general en 2002, con 27,3% del total de las defunciones (para el período 1995–1998 las cifras estaban entre 26% y 30%). En 2002, según datos del DANE, las causas más frecuentes fueron las enfermedades isquémicas del corazón (52,3 por 100.000), las cerebrovasculares (31,1 por 100.000) y las hipertensivas (12,7 por 100.000). Los departamentos con las más altas tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio fueron Tolima (178,7), Caldas (158,6) y Santander (155,6). La ENSIN ha identificado factores de riesgo asociados, como sobrepeso y obesidad, en la población entre 18 y 64 años (hombres 33% y mujeres 31,1%). La proporción de personas que cumplen con el mínimo de actividad física recomendada fue de 26% en el grupo de 13 a 17 años y 42,6% en el de 18 a 64 años.

Neoplasias malignas

Las muertes por neoplasias aumentaron su frecuencia desde 1998 (62,7 por 100.000) hasta 2002 (67,3 por 100.000), año en el que constituyeron la tercera causa de muerte de acuerdo con los Indicadores Básicos. En 2002, el cáncer de estómago fue primera causa de muerte por tumores en ambos sexos (9,7 por 100.000); siguieron el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (7,2 por 100.000) y las leucemias y linfomas (6,2 por 100.000). El cáncer de próstata es la segunda causa de muerte por tumores entre los hombres (4,7 por 100.000). En las mujeres, el cáncer de útero es la segunda causa de muerte por tumores (5,03 por 100.000) y el de mama la tercera (3,9 por 100.000). Los departamentos con las más altas tasas de mortalidad por neoplasias en 2002 fueron Risaralda (90,6), Antioquia (90,4) y Quindío (88,5).

OTRAS ENFERMEADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Los fenómenos hidrometeorológicos, en especial las inundaciones, son los que más afectan a Colombia, seguidos por los fenómenos geológicos. Cerca de 80% de la población vive en zonas con algún riesgo de sismos. Desde 2001 se ha presentado un incremento sostenido del número de damnificados y muertos por causa de desastres, lo cual se puede asociar no solo con el incremento de los fenómenos naturales y la persistente ubicación de población en zonas de alto riesgo, sino también con las insuficientes medidas de prevención, preparación y mitigación en los diferentes sectores involucrados. Entre 2002 y 2005 hubo 1.343.282 afectados por desastres naturales que produjeron 487

mueres. En el mismo período hubo 371 muertes por eventos de tipo tecnológico relacionados principalmente con accidentes de transporte (48). Para 2005 hubo en promedio 24 muertes y 68 heridos cada mes por accidentes con mina antipersonal (49).

Violencia

La tasa de mortalidad por homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona fue de 72,6 por 100.000 habitantes; por accidentes de transporte, 16,1; por accidentes excluido transporte, 10,7 y por suicidios y lesiones autoinfligidas, 5,5. No hay datos por género. Según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en 2004 se registraron 203.438 casos de lesiones por causa externa no fatales y, con respecto a 2003, aumentaron los dictámenes sexológicos y las lesiones accidentales (1,6%). Se ha reducido proporcionalmente la violencia interpersonal común (42,5%) y se han incrementado los delitos sexuales (8,8%); las lesiones no fatales por violencia intrafamiliar fueron 29,4%. La mortalidad causada por violencia de los grupos armados ilegales se ha reducido de 28,2% en 2003 a 15,1% en 2004; los departamentos que lograron mayor éxito en la reducción de las tasas de homicidio fueron Arauca, Antioquia, Caquetá, Caldas y Norte de Santander; un mayor número de departamentos (21) se encuentran debajo de la tasa nacional (50). Es importante el riesgo de muerte o mutilación por la presencia de mina antipersonal en varias regiones del país. En el marco del conflicto interno, de 1995 a 2003 se registraron las siguientes infracciones contra las actividades médicas y sanitarias: 684 casos (68%) contra la vida y a la integridad personal, 146 casos (15%) contra la infraestructura sanitaria, 160 casos (16%) contra las actividades sanitarias, y 12 casos (1%) de falsa alarma (51). Las infracciones contra la misión médica aumentaron de 468 en el período 1995–1998 a 1.006 en el período 1995–2003 (51).

Salud mental y adicciones

Dos de cada cinco personas presentan al menos un trastorno mental durante su vida (40,1%) siendo el de más alta prevalencia el trastorno de ansiedad (19,3%). En hombres el más frecuente es el abuso de alcohol (13,2%) y en mujeres, la depresión mayor (14,9%). La prevalencia de vida de uso de sustancias (de todos los tipos) fue mayor en hombres; después del abuso de alcohol, siguen en orden: dependencia del alcohol (4,7%), dependencia de nicotina (2,9%) y abuso de drogas (2,1%). La prevalencia de vida para ideaciones suicidas fue de 12,3%. La mediana de edad de aparición de los trastornos afectivos para el episodio de depresión mayor fue de 24 años (52).

Contaminación ambiental

Las intoxicaciones por plaguicidas se notifican al SIVIGILA con una frecuencia muy baja, aunque se asume que existe un subregistro considerable debido a que el sistema de vigilancia apenas se extendió a nivel nacional en el año 2005. En este año, se reportaron 5.590 intoxicaciones por sustancias químicas, de

las cuales 76% correspondieron a plaguicidas (4.251 casos). La venta de plaguicidas en 2002 fue de 20.081.231 K: 75,4% fungicidas, 13,9% herbicidas, 4,4% insecticidas, 1,5% fumigantes, 1,4% biológicos y 3,3% otros.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Mediante la Ley 789 de 2002, Colombia definió el Sistema de Protección Social como “el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo” (53). En secuencia de lo anterior, mediante la Ley 790 de 2002, se creó el Ministerio de la Protección Social —resultado de la fusión del Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Los objetivos primordiales del Ministerio son la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del Sistema de Protección Social; este integra en su operación el conjunto de instituciones públicas, privadas y mixtas, así como las normas, los procedimientos y los recursos públicos y privados destinados a prevenir, mitigar y superar los riesgos que afectan la calidad de vida de la población; también incluye el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, la Asistencia Social y el Sistema de Seguridad Social Integral (conformado por Sistema General de Pensiones, el SGSSS y el Sistema General de Riesgos Profesionales) (54).

El Plan Nacional de Desarrollo de Colombia 2002–2006 definió un componente sobre la protección de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario, que establece: “Se diseñará e implementará un modelo de seguimiento, evaluación y monitoreo de las políticas públicas que inciden en los derechos humanos, tanto las relacionadas con los derechos civiles y políticos, como aquellas que vinculan los derechos económicos, sociales y culturales, colectivos y del ambiente” (55). La Defensoría del Pueblo es la institución del Estado colombiano responsable de impulsar la efectividad de los derechos humanos en el marco de un Estado social de derecho, democrático, participativo y pluralista; lleva a cabo su función mediante acciones integradas de promoción y divulgación de los derechos humanos, defensa y protección de los derechos humanos y divulgación y promoción del derecho.

En los últimos 10 años el sector salud de Colombia ha sufrido profundas reformas; merecen destacarse el proceso de descentralización política y administrativa del país y la Reforma al Sistema de Seguridad Social. En 2001 se creó la Ley 715, denominada Sistema General de Participaciones, que definió competencias y recursos en los diferentes niveles de los sectores educativo y de salud. La descentralización en salud estableció competencias normativas para los departamentos, distritos y municipios en materia de salud pública y definió sus responsabilidades como

autoridad sanitaria en su ámbito territorial respectivo. Sin embargo, la descentralización en Colombia ha estado determinada por la heterogeneidad en el país en términos de grado de desarrollo, capacidad económica y técnica. Por otra parte, el estado de transición del sector salud hace coexistir rasgos del modelo del antiguo Sistema Nacional de Salud con el SGSSS, en un mercado de competencia regulada.

Colombia realizó evaluaciones del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) en el ámbito nacional (2002) y en el Distrito de Bogotá (2002) y en los departamentos de Valle del Cauca, Caldas y Antioquia (2003); estas evaluaciones subnacionales permitieron la formulación de planes de fortalecimiento de la salud pública en el nivel departamental. Actualmente se encuentra en proceso de adaptación la evaluación del desempeño de las FESP para el ámbito municipal. Los resultados de la evaluación a nivel nacional mostraron un desempeño medio inferior en la generalidad de las funciones, a excepción de la FESP11 (reducción del impacto de emergencias y desastres) en la que se obtuvo un desempeño óptimo. Es importante indicar que hubo un desempeño inferior en la FESP3 (promoción de la salud), seguida de la FESP4 (participación de los ciudadanos en salud) y FESP10 (investigación en salud pública).

El sistema de salud colombiano cuenta con normatividad en temas fundamentales como aseguramiento, prestación de servicios, generación y uso de los recursos en salud, planes de beneficios, salud pública, recursos humanos, vigilancia, inspección y control, y funciones y competencias de los actores en el SGSSS. Las más importantes son la Ley 100 de 1993 (Sistema General de Seguridad Social en Salud); la Ley 715 de 2001 (Sistema General de Participaciones) y sus normas reglamentarias; el Decreto 1011 de 2006 (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad), y las resoluciones 1043, 1045 y 1046 de 2006. La violencia intrafamiliar ha adquirido visibilidad en la última década, y hoy constituye un delito en Colombia; la Ley 248 de 1995 es para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Otras leyes (Ley 294 de 1996, la Ley 360 de 1997 y la Ley 575 de 2000) sancionan como delitos las conductas violentas producidas en el seno de la familia, incluida la violencia sexual entre cónyuges, delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana y consagran derechos especiales para las víctimas.

En el caso de salud, las iniciativas legislativas que se aprueban en el Congreso Nacional pueden provenir del órgano legislativo, del Gobierno Nacional, del Ministerio de la Protección Social (MPS) u otros actores del sistema. La reglamentación normativa es responsabilidad del MPS; cuando la norma afecta los intereses de los integrantes del SGSSS, la debe presentar ante el CNSSS, de lo contrario el MPS es autónomo para la reglamentación.

Estrategias y programas de salud

El Ministerio de la Protección Social, mediante el Plan Nacional de Desarrollo, estableció las metas y las estrategias naciona-

les para el período de gobierno; además, periódicamente emite directrices, dirigidas a las entidades territoriales y a los prestadores, sobre la aplicación de las normas de cumplimiento obligatorio para las acciones de detección temprana, protección específica y otras de interés en salud pública, que están previstas en los planes de beneficios. Los diversos mecanismos del sistema velan por la equidad, calidad, eficiencia y, especialmente, el sostenimiento financiero de las intervenciones, y la participación social es posible por los mecanismos normativos que prevé la veeduría social.

Organización del sistema de salud

El SGSSS conforma el Sistema de Seguridad Social Integral, el cual es, a su vez, parte del Sistema de Protección Social. El nuevo SGSSS fue creado mediante la Ley 100 de 1993 y pretende garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad suficiente para afiliarse al Sistema; la prestación de los servicios sociales complementarios en términos de la Ley, y la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema (56). Con el nuevo sistema se realizó un cambio fundamental sobre el aseguramiento, el cual incide de manera especial sobre el modelo de atención y prestación de los servicios de salud. Igualmente, la Ley desarrolla el servicio público de salud, además de abordar los sistemas de pensiones y salud, así como algunas prestaciones económicas.

El SGSSS es una organización mixta conformada por dos regímenes: el contributivo y el subsidiado, que deben integrarse en su funcionamiento y tienen una coordinación nacional y canales financieros de solidaridad. El modelo incluye además un régimen de “vinculados transitorios”, compuesto por las personas pobres con poca capacidad de pago, que no se encuentran inscritos en los regímenes anteriores. Además existen regímenes excepcionales que se encuentran fuera de la normatividad de la Ley 100 de 1993, tales como la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el magisterio, el Congreso de la República, las fuerzas militares y de policía y las universidades públicas.

El sistema plantea la obligatoriedad de afiliación de los asalariados y grupos de población con capacidad de pago, quienes se vinculan al régimen contributivo del sistema, mediante pago de cotizaciones. La cobertura de protección de seguridad social se extiende a todos los miembros de la familia del trabajador que cotiza. Las personas sin capacidad suficiente para pagar cotizaciones obligatorias reciben subsidios totales o parciales del sistema para asegurar su vinculación por medio del régimen subsidiado; a este se accede previa focalización y selección de beneficiarios de subsidios del Estado, mediante la aplicación de una encuesta socioeconómica (SISBEN) y la selección por parte de las entidades territoriales.

El Sistema considera tres mecanismos de solidaridad: la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para equilibrar los recursos del régimen contributivo y asegurar el acceso en condiciones de

igualdad para afiliados que cotizan y beneficiarios con distintos niveles de ingresos; el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), cuyos recursos apoyan el acceso a la población que requiere subsidios; y concurrencia de los ingresos corrientes de la Nación para quienes acceden al régimen subsidiado.

El Sistema está integrado por organismos de dirección, vigilancia y control, administración y financiación, y provisión de servicios de salud, en un modelo de competencia regulada del aseguramiento y la prestación de servicios. Entre las instancias de dirección y control debe mencionarse el CNSSS, que es colegiado y representativo de los principales actores y gestores del sistema, bajo el liderazgo del Ministerio de la Protección Social. Funge como el consejo de administración del FOSYGA y tiene como principales funciones la definición del Plan Obligatorio de Salud (POS) y los medicamentos esenciales que hacen parte del mismo; la definición del monto de la cotización y valor de la UPC con sus respectivos diferenciales, y la regulación del régimen de copagos y cuotas moderadoras. La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de la Protección Social que tiene funciones de inspección, vigilancia y control, así como el control presupuestal y financiero de las entidades participantes y el montaje de mecanismos de evaluación de calidad científica de la prestación de los servicios. El Ministerio de la Protección Social tiene competencias en la vigilancia epidemiológica, es el rector del SGSSS, preside el CNSSS, determina la política general del sector salud y en general del Sistema de Protección Social, norma y ofrece asistencia técnica a los actores.

Las direcciones departamentales y locales de salud son la representación del Estado en cada departamento o localidad municipal. Los departamentos y municipios cuentan con un Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, cuyas competencias son similares al CNSSS en su ámbito de influencia.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son los núcleos básicos del SGSSS, responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del FOSYGA. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del POS a los afiliados. Las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) tienen como función administrar el aseguramiento de las personas más pobres y vulnerables, como parte de la delegación que hace el Estado en las cabezas de los municipios.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás establecimientos de servicios de salud y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrecen sus servicios por medio de las EPS. Las IPS pueden o no tener relación patrimonial con las EPS, pero en todo caso deben gozar de autonomía técnica y financiera. Los hospitales públicos del anterior Sistema Nacional de Salud se descentralizaron y convirtieron en Empresas Sociales del Estado (ESE) con el fin de que pudieran entrar en la oferta de servicios de salud y garantizar su sostenimiento financiero en un mercado de servicios competitivo.

En 2004, 32,8% de la población estaba afiliada al régimen contributivo, 34,3% al régimen subsidiado, 3,9% a regímenes especiales y 28,9% no estaba asegurada en el sistema (12). El acceso a los servicios del SGSSS no necesariamente está garantizado a partir de la cobertura del aseguramiento; dadas las barreras de acceso existentes, los usuarios se han visto obligados en numerosos casos a hacer uso de la acción de tutela como instrumento de exigencia para el cumplimiento de los planes de beneficios, y las autoridades nacionales han tenido que realizar el control y seguimiento estricto de los casos para no permitir la vulneración de los derechos de los ciudadanos. La población no asegurada al SGSSS corresponde fundamentalmente a la que pertenece a los estratos 3 y 4 de la encuesta de identificación de beneficiarios (SISBEN), que aún no han alcanzado a ingresar al sistema; los jóvenes entre 18 y 24 años que no han accedido a la educación superior, pero son mayores de edad y no pueden ser afiliados por sus padres si no certifican su condición de estudiantes; los desempleados no encuestados por el SISBEN, y los evasores.

La población indígena es prioritaria en la afiliación al SGSSS; se ha promovido la creación de EPS indígenas, conformadas por cabildos o autoridades tradicionales indígenas, o ambos, para facilitar una adecuación étnica y cultural del Sistema de Salud y de IPS indígenas (57, 58). La ley 691 de septiembre de 2001 reglamenta la participación de los grupos étnicos en el SGSSS.

Servicios de salud pública

Entre las estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud y con el propósito de incrementar la capacidad resolutoria de los prestadores de servicios de salud en Colombia, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud propone la “Identificación, sistematización, divulgación y apoyo de estrategias innovadoras en el campo de la atención primaria, salud familiar y/o salud comunitaria”. En este marco, desde 2004 los niveles descentralizados del sistema de salud (distritos, departamentos y municipios) han elaborado y puesto en funcionamiento modelos de atención y gestión basados en la atención primaria de salud (APS); entre ellos cabe mencionar: en el Distrito de Bogotá, “Salud a su Hogar” es un programa que busca la implementación de la política distrital basada en la garantía del derecho a la salud, mediante la implantación progresiva de la APS con enfoque familiar y comunitario, comenzando por la población más pobre y vulnerable, y en los departamentos de Santander, Valle del Cauca, Antioquia y Cesar, se han desarrollado modelos de salud familiar y comunitaria basados en APS y políticas públicas para su implementación en sus municipios.

En el marco de la descentralización no existen programas verticales de prevención y control de enfermedades, y las acciones correspondientes forman parte de las prestaciones individuales (POS) del SGSSS. El Plan de Atención Básica (PAB), bajo la responsabilidad de los alcaldes, es el instrumento para garantizar la

salud colectiva. El Ministerio de la Protección Social emite periódicamente directrices que señalan las prioridades, estrategias y metas a alcanzar por los niveles locales.

El sistema de salud de Colombia, por medio de la Ley 715, define que los gobiernos locales (las municipalidades) deben realizar el diagnóstico de la situación de salud y son responsables del sistema de vigilancia de salud pública en sus respectivas jurisdicciones. El Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) es la entidad responsable de la planeación, levantamiento, procesamiento, análisis y difusión de las estadísticas oficiales de Colombia, incluidas estadísticas vitales e información demográfica. El gobierno es el responsable del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). En la actualidad, los departamentos y municipios más desarrollados recolectan y publican de manera continua sus indicadores básicos de salud. El sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) funciona en todo el país para la notificación de eventos de enfermedades transmisibles, eventos de fuente común y mortalidad evitable. Está en marcha la introducción de modelos y protocolos para la vigilancia de otros eventos en temas como enfermedades no transmisibles, mortalidad, medio ambiente, acciones de promoción y detección precoz, y medicamentos, así como el diseño de un nuevo sistema de información y un modelo de gestión territorial de la vigilancia.

La Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública tiene como misión el diagnóstico de las enfermedades infecciosas de importancia en salud pública y la detección de factores de riesgo y está organizada en consonancia con el sistema de descentralización. En 2006 se expidió el Decreto 2323 que reorganizó la Red y definió como líneas estratégicas la vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación. Los laboratorios de salud pública son 33, están ubicados en las cabeceras departamentales y dependen técnica y administrativamente de las direcciones departamentales de salud pública. El financiamiento de los laboratorios de salud pública corresponde al Plan de Atención Básica y a la inversión de recursos propios de los departamentos. Las entidades territoriales pueden contratar servicios de laboratorios privados. Existe un total de 6.042 laboratorios públicos y privados con diversas especialidades (la gran mayoría clínicos).

En los últimos 10 años, los servicios públicos domiciliarios han mejorado su cobertura y calidad; en las grandes ciudades hay empresas eficientes, tanto públicas como privadas y mixtas; en las áreas rurales, hay empresas comunitarias encargadas de proporcionar estos servicios. Entre 1993 y 2003, la cobertura del acueducto urbano se incrementó de 94,6% a 97,4% y la de alcantarillado, de 81,8% a 90,2%. En el área rural, la cobertura actual de acueducto es de 66% y ha aumentado 12 puntos porcentuales en los últimos 10 años. La cobertura de saneamiento básico rural es de 57,9% (7).

La producción nacional de residuos sólidos se estima en 27.300 toneladas/día, de las cuales 22.800 corresponden al área

urbana. La cobertura de recolección de residuos sólidos es del 95% (59). De los 1.098 municipios, 350 disponen sus residuos en rellenos sanitarios, y 565 en botaderos a cielo abierto. Se generan 8.500 toneladas/año de residuos hospitalarios, 40% de estos con características infecciosas. En 2002 se estableció una reglamentación que obliga a los municipios a contar con planes de gestión integral de residuos sólidos.

Las mayores emisiones de partículas menores a 10 micras (PM10), óxidos de nitrógeno (NOx) y monóxido de carbono (CO) son causadas por fuentes móviles (85% por gasolina en transporte) y las partículas suspendidas totales (PST) y óxidos de azufre (SOx), por fuentes fijas (65% por carbón). La contaminación del aire se produce mayoritariamente por transporte terrestre (86%). Los costos sociales por contaminación de aire se han estimado en 1,5 billones de pesos anuales. Se asocian a la contaminación enfermedades como cáncer, asma, bronquitis crónica y trastornos respiratorios (60).

El Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial ha avanzado en la consolidación del inventario nacional de contaminantes orgánicos persistentes (COP), la evaluación del marco regulador, la capacidad institucional e infraestructura disponible en el país para la gestión de COP, la divulgación de información y sensibilización de la comunidad, y el fortalecimiento de la capacidad nacional para abordar estrategias de manejo de sitios contaminados con COP. Mediante el Inventario Nacional de Dioxinas y Furanos se logró la identificación y cuantificación de las principales fuentes de generación de estas sustancias: combustión incontrolada 55,1%, incineración 15,7%, transformación de energía y calefacción 8,9% y producción de metales 6%. En proceso de ejecución se encuentra el inventario nacional de bifenilos policlorados (PCB) (61).

En el país se ha prohibido el uso de los siguientes plaguicidas fungicidas con base en componentes de mercurio, leptofos (Phosvel) 2,4,5-T, 2,4,5-TP, DBCP, EDB, DDT, clordimeform, dinoseb, captafol, aldrina, heptacloro, dieldrina y canfecloro (Mirex), dicofol, endosulfan, lindano y toxafeno. Además se han desarrollado algunas restricciones para la aplicación del paraquat, metilparation, paration y bromuro de metilo.

La vigilancia de casos de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en humanos es liderada por el Instituto Nacional de Salud, y la inspección, vigilancia y control de los alimentos, por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). En 2005 se notificaron 7.941 casos de ETA, lo que representa un incremento del 30,4% con respecto a 2004 (6.090 casos). El grupo de edad más afectado fue el de 15 a 44 años con 42% de casos (62). Con respecto a la incidencia de plagas y enfermedades animales y vegetales, Colombia posee control oficial, por medio del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), sobre las 13 enfermedades endémicas y exóticas de riesgo y sobre 50 plagas y enfermedades vegetales. No existen programas de control oficial que estén directamente relacionados con los factores de riesgo de

origen biológico y químico, por lo cual el país no cuenta con líneas de base sobre microorganismos patógenos y contaminantes químicos en los diferentes grupos de alimentos (63).

En el país hay presencia de brucelosis bovina y tuberculosis bovina; está libre de encefalopatía espongiiforme bovina, pero sujeto a demostración para su certificación; en la avicultura está libre de gripe aviar altamente patógena, hepatitis por cuerpos de inclusión y es endémico de Newcastle y *Salmonella*. En porcicultura, es endémico de fiebre porcina clásica; en piscicultura y acuicultura, es endémico de mancha blanca del camarón. En equinos, es endémico de encefalitis equina venezolana y anemia infecciosa equina (63). En el mes de septiembre de 2005 se detectó el virus de influenza aviar H9N2, de baja patogenicidad para aves, en granjas de producción avícola del municipio de Fresno en el Tolima; este foco fue controlado y no hubo detección en otras zonas del país.

Respecto a la seguridad alimentaria y nutricional, en el período 1996–2005, Colombia ejecutó el Plan de Alimentación y Nutrición como parte de su política de Estado. Bajo la coordinación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el país llevó a cabo las siguientes líneas de acción: seguridad alimentaria, que incluye el bono alimentario y proyectos que cubren todo el ciclo vital y a la familia indígena; protección al consumidor mediante el control de la calidad y la inocuidad de los alimentos; prevención y control de deficiencia de micronutrientes; prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas y parasitarias; promoción, protección y apoyo de la lactancia materna; promoción de la salud, alimentación y estilos de vida saludables; investigación y evaluación en aspectos nutricionales y alimentarios, y formación de recursos humanos en esta área.

El Ministerio de la Protección Social ha institucionalizado el Grupo de Emergencias y Desastres. En los niveles territoriales, 72,2% de los departamentos y distritos tienen funcionarios a cargo del tema. Los principales avances y fortalezas se encuentran representados en la adopción de marcos normativos y procesos para el reforzamiento estructural de las instalaciones sanitarias y en la construcción de nuevos establecimientos de salud que cumplen las normas establecidas sobre resistencia sísmica. Asimismo, se mantienen procesos de capacitación relativos a la preparación, mitigación y respuesta ante desastres en el sector salud. Las debilidades se identifican en los niveles subnacionales, en especial en la coordinación interinstitucional para el abordaje integral del tema de los desastres naturales. Se requiere un mayor desarrollo de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE); la implementación del concepto de coordinación de los Centros de Operaciones de Emergencia, y el trabajo sostenido en la comisión de salud de los comités locales y regionales de prevención y atención de desastres, también llamados CLOPAD y CREPAD.

También se cuenta con un Plan de Prevención y Mitigación del Impacto de la Pandemia de Influenza, cuyos principales componentes de acción son preparación para una emergencia; vigilan-

cia en salud pública; investigación y manejo de casos; prevención de la propagación de la enfermedad en la comunidad; preservación de los servicios básicos, e investigación y evaluación. En septiembre de 2005 fueron asignados 12.000 millones de pesos (aproximadamente US\$ 5.000.000) específicamente para desarrollar estos componentes desde el Ministerio de la Protección Social (64).

Servicios de atención a las personas

De acuerdo con el Registro Nacional de Prestadores de Salud, en septiembre de 2006 había 58.010 puntos de atención de salud en el país y 51.095 prestadores de servicios, de los cuales 82,7% eran profesionales de la salud independientes y 16,6%, instituciones públicas o privadas. Había 872 hospitales públicos con autonomía administrativa, denominados Empresas Sociales del Estado (ESE). De los servicios registrados, 68% corresponden a consulta externa, 13,8% a servicios de apoyo, diagnóstico y complementación terapéutica, 6,2% a atención extramural, 5,2% a servicios quirúrgicos, 3,8% a servicios hospitalarios, 1,5% a urgencias y 1,2% a transporte especial. Se registraron en el país un total de 54.475 camas (58).

En el SGSSS hay 20.332 servicios habilitados, es decir, cumplen con los requisitos básicos de calidad; estos incluyen: radiología e imágenes diagnósticas, laboratorio clínico y toma de muestras de laboratorio clínico, endoscopias digestivas, laboratorio de citopatología, diagnóstico cardiovascular, hemodinamia, diálisis renal, fibrobroncoscopia, litotripsia urológica, oncología clínica, radioterapia, transfusión sanguínea y servicios farmacéuticos. La red de Bancos de Sangre está conformada por 110 bancos; el INS, que es el referente nacional, coordina y asesora el funcionamiento y el sistema de calidad, y brinda capacitación y asesoría para la promoción de donación voluntaria. Los bancos pueden ser públicos o privados pero deben cumplir los estándares de calidad ante el SGSSS, al igual que los servicios de transfusión. La inspección, vigilancia y control de los bancos la ejerce el INVIMA. Existen 11 unidades por cada 1.000 habitantes, frente al estándar de 50 por 1.000, y hay inequidad en la distribución, en especial en zonas de difícil acceso. La donación, en especial la voluntaria, se incrementó de 41,7% en 2003 a 55% en 2005. La red garantiza 99,9% de tamizaje para los marcadores de infección recomendados internacionalmente (VIH, HBsAg, HCV, sífilis y Chagas).

Promoción de la salud

Las entidades territoriales, las EPS y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) tienen la función de evaluar, dar seguimiento, asistencia, asesoría y controlar las acciones de promoción de salud pública contenidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado. El Plan de Atención Básica está destinado al fomento de la salud y a la pre-

vención de la enfermedad, y su cumplimiento es obligatorio para las entidades territoriales en todos los niveles de la administración pública; los municipios tienen la responsabilidad del suministro de los servicios sociales básicos y la promoción de la participación comunitaria.

En la promoción a nivel nacional se priorizan acciones para la generación de políticas públicas orientadas al desarrollo de las estrategias de Escuelas y Viviendas Saludables. La ciudad de Bogotá jerarquiza sus acciones de promoción de la salud en las comunidades vulnerables, con un enfoque que busca garantizar los derechos humanos en temas centrales como “Bogotá moderna y humana”, “Bogotá sin hambre” y “Bogotá sin indiferencia”. En las ciudades de Bucaramanga, Cali y Manizales se han desarrollado experiencias con la estrategia CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles). El país cuenta a nivel nacional con tres centros colaboradores de la OMS en materia de promoción: el Instituto de Investigación y Desarrollo en Prevención de Violencia y Promoción de la Convivencia Social (CISALVA), el Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública (CEDETES) y el Instituto en Promoción de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva (PROINAPSA).

El país cuenta actualmente con una Red Nacional de Vivienda Saludable muy activa y está elaborando lineamientos que permitirán la incorporación del concepto de vivienda saludable en los proyectos de viviendas de interés social y población vulnerable. En los programas de capacitación y formación de líderes comunitarios ejecutados entre mayo de 2003 y finales de 2005, se formaron 1.350 facilitadores y 4.527 agentes comunitarios; además, se llevaron a cabo visitas a 28.500 familias, con iniciativas en al menos 15 departamentos del país. La Red es liderada por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y participan en ella el Ministerio de la Protección Social, el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Acción Social, el sector académico y organizaciones no gubernamentales. Se han presentado alternativas tecnológicas para el mejoramiento de la vivienda y de las condiciones sanitarias de las mismas, ejecutadas con recursos de ONG.

En las escuelas se ha fortalecido el componente ambiental mediante el desarrollo de una caja de herramientas para el control de riesgos y el apoyo a la vigilancia de la calidad del agua con proyectos como “Juventud, ciencia, salud y ambiente”, cuyo objetivo principal es apoyar a los profesores, niños y jóvenes para que entiendan la importancia del binomio “salud y ambiente”.

Colombia está realizando un programa de prevención de la violencia y reducción del crimen mediante los “Observatorios del delito” en el sudoeste colombiano: nueve municipales, dos subregionales y tres departamentales. También se creó el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) —que es de carácter obligatorio y participa en el SGSSS—, el cual ha aportado recursos importantes para los programas de prevención vial y el fortalecimiento de la red de urgencias del país (65).

Se constituyó el Comité Nacional de Salud Ocupacional, el cual elaboró el Plan Nacional de Salud Ocupacional 2003–2007, herramienta de gestión y eje del desarrollo del Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP). Este plan incluye: promoción de la seguridad y salud en el trabajo; cultura de autocuidado y prevención de los riesgos profesionales; fortalecimiento de entidades, instituciones e instancias del SGRP; desarrollo técnico, tecnológico y científico; reconocimiento de las prestaciones asistenciales y económicas al trabajador y la viabilidad financiera del SGRP, y ampliación de cobertura en el SGRP. Para noviembre de 2004, la población en edad de trabajar (≥ 12 años en áreas urbanas y ≥ 10 años en áreas rurales) fue de 33.548.030. La población afiliada al SGRP era de 4.836.939 trabajadores.

Suministros de salud

El INVIMA es la agencia de regulación, inspección, vigilancia y control para medicamentos, alimentos e insumos para la salud, bancos de sangre, tejidos y órganos. Se cuenta con una Política Farmacéutica Nacional desde diciembre de 2003. El Ministerio de la Protección Social dicta las políticas, establece las normas y ejerce la dirección del sistema. La reglamentación del régimen de registro para la producción e importación de medicamentos incluye el requerimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura. La producción bruta de medicamentos cayó 2% en 2004 frente a 2001, de acuerdo con la Encuesta Anual Manufacturera de la industria farmacéutica. En diciembre de 2004, el tamaño del mercado farmacéutico era del orden de \$US 1.116 millones; el comercio de productos terminados ha crecido: 10,8% las importaciones y 8,8% las exportaciones. La producción nacional —tanto de laboratorios nacionales como extranjeros localizados en el territorio nacional— ha decrecido, ya que en 1995 abastecía a 90,6% del mercado interno y en 2004 solo abastecía a 74,3%. La relación de importación de productos terminados sobre el consumo aparente aumentó de 7% en 1994 y a 27% en 2004 (66). La entrega de medicamentos es un indicador neurálgico del SGSSS; en 2000 no se proporcionaban los medicamentos a 39,8% de los usuarios del sistema (67) y en 2005 solamente 51,6% manifestaron haberlos recibido el mismo día; los demás acusaron problemas y debieron comprarlos. Diversos estudios señalan que esto afecta gravemente la canasta familiar, ya que el problema recae mayoritariamente en la población más vulnerable (68).

En 2004 se reglamentó el régimen de registros sanitarios y la vigilancia de los reactivos de diagnóstico *in vitro* para exámenes de especímenes de origen humano. Su inspección, vigilancia y control corresponde al INVIMA, que cuenta además con un comité de evaluación de pruebas diagnósticas.

En 2005 —mediante la regulación del régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria—, se reglamentó lo relacionado con los dispositivos médicos para uso humano (producción, procesamiento, envase, empaque, almacenamiento, expendio, uso, importación, exportación, comer-

cialización y mantenimiento) y se implementó el programa de vigilancia postmercado de dispositivos médicos (incluidos los equipos), o tecnovigilancia. En 2004 se reglamentaron los procedimientos para la elaboración del catastro físico hospitalario de las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública del primer nivel (69). La información se recogió en 2006 para decidir las políticas sobre estructura y tecnología. Las Empresas Sociales del Estado (ESE), que son hospitales de la red pública descentralizados y autónomos, toman decisiones sobre la dotación sin perjuicio de la vigilancia del INVIMA.

Recursos humanos

En 2005 se estimó que 278.685 personas laboraban en el sector salud (659,5 trabajadores directos por cada 100.000 habitantes); 70,6% son mujeres y 29,4% hombres; la edad promedio de las mujeres es 38,6 y en los hombres 40,9. El personal auxiliar representa 53,3%, el profesional 41,9% y el técnico 4,8%. Entre 2001 y 2005 el número de médicos generales se incrementó de 29.460 a 33.682 (7,3 por 10.000 habitantes). Según estimaciones, en 2005 había 27.034 enfermeras (5,9 por 10.000), 28.373 odontólogos (6,1 por 10.000), 17.643 bacteriólogos (3,8 por 10.000), 116.204 auxiliares de enfermería (25,2 por 10.000) y 5.544 nutricionistas y dietistas (1,2 por 10.000).

Solo se obtuvo información sobre el tipo de vinculación laboral en 53,7% de los recursos humanos: 17,3% mantienen contrato de trabajo privado, 14,3% de carrera administrativa, 7,3% trabajador oficial, 5,6% nombramiento provisional, 2,5% libre nombramiento y 6,7% otro tipo de vinculación. Según estimaciones de los escenarios de oferta y demanda de profesionales y auxiliares de salud 2000–2005, hay un déficit de 6.316 médicos generales y de 17.312 nutricionistas y dietistas; por el contrario, hay un exceso de bacteriólogos (4.787), odontólogos (4.374) y auxiliares de enfermería (34.780) (70). Hasta 2006 había 909 programas de formación en salud (34,8% pregrado y 65,2% postgrado), concentrados principalmente en universidades (70,5%) e instituciones de educación superior (26,4%) (71).

Investigación científica y desarrollo tecnológico en salud

La Política Nacional de Ciencia y Tecnología busca fortalecer la capacidad del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología y de su ente rector el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología “Francisco José de Caldas” (Colciencias). El presupuesto general de la nación incluye un rubro específicamente para investigación y existe una reglamentación para que 7% de los recursos provenientes de los impuestos de los juegos de suerte y azar sean destinados a investigación. Entre 2002 y 2004 se ejecutaron US\$ 11.200.000, 38% en investigación básica biomédica, 37% en investigación clínica y 25% en investigación epidemiológica y de salud pública; 47% se han invertido en investi-

Un sistema para proteger a las poblaciones vulnerables

Como parte del esfuerzo nacional dirigido a garantizar la inclusión social de las personas que han sufrido inequidades en las áreas de salud, empleo y pensiones, Colombia ha establecido el Sistema de Protección Social —un conjunto de políticas públicas orientadas al manejo de riesgos, reducción de la vulnerabilidad y mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos, con énfasis en los grupos sociales más desprotegidos. A tal fin, en 2002 el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se fusionaron en el Ministerio de la Protección Social, responsable de todos los aspectos del Sistema de Protección Social, tales como formulación y adopción de políticas, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento. El documento CONPES 91, el Plan de Desarrollo del Gobierno Nacional 2006–2010 y el documento Visión Colombia 2019 han tomado una posición firme para disminuir las brechas existentes entre los grupos y regiones del país y avanzar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Uno de los grandes desafíos que enfrenta el nuevo sistema es la violencia producida por los grupos armados al margen de la ley, la cual ha generado alrededor de dos millones de personas desplazadas en la última década. La gran vulnerabilidad y las precarias condiciones de vida limitan la capacidad de esta población para proteger su salud y tener acceso a los servicios sanitarios, lo que constituye una preocupación en el campo humanitario.

gación de enfermedades transmisibles y 46% en enfermedades no transmisibles, y solo 2% en investigación sobre violencia y lesiones de causa externa.

En el período 1992–2001 se reportaron 168 artículos publicados en revistas internacionales indexadas, 68 artículos en revistas internacionales no indexadas, 71 artículos en revistas nacionales catalogadas y 123 artículos en revistas nacionales no catalogadas. Ha aumentado el número de grupos de investigación de 73 (1990–1999) a 194 (2000–2004) y el número de investigadores con doctorado de 157 a 373. Las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Bucaramanga, que suman 25% de la población, concentran 75% de los grupos reconocidos por Colciencias. Se está replanteando la Agenda de Prioridades de Investigación en Salud con enfoque en los grandes problemas nacionales y criterios de abordaje inter y transdisciplinario (72). Se dispone de un sistema de información (Observatorio de Ciencia y Tecnología) y Colciencias ha desarrollado la Red Scienti, que es un sistema virtual del área de investigación en salud. Las “Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud” incluyen los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

No existe una política de desarrollo tecnológico en salud en Colombia. Sin embargo, además de las normas para la regulación de dispositivos médicos y de reactivos de laboratorio para diagnóstico, hay normas actualizadas para la regulación, evaluación e importación de tecnología biomédica. El Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología asesora al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) en la definición y actualización de la lista de medicamentos, procedimientos y tecnología del Plan Obligatorio de Salud.

La Red Nacional de Bibliotecas Médicas cuenta con bibliotecas médicas universitarias y de centros de investigación, entre las que se destaca la biblioteca del Instituto Nacional de Salud como

depositaria de las investigaciones más importantes en los temas de salud pública. A partir de 1998 se desarrolló la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) para Colombia (45 instituciones vinculadas) y en 2005, con el apoyo de BIREME-OPS, el Ministerio de la Protección Social lanzó la Biblioteca Virtual para Vigilancia en Salud Pública (20 instituciones vinculadas). Existen otras bibliotecas virtuales temáticas en diversos grados de desarrollo (psicología, adolescencia, niñez y juventud). Cabe destacar el inicio en 2006 del proyecto SciELO Colombia, manejado por la Universidad Nacional, con más de 600 artículos en texto completo, publicados en revistas con arbitraje en las áreas biomédicas y de salud.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto total en salud con relación al PIB varió de 9,7% en 1997 a 8,1% en 2002. El gasto per cápita varió de US\$ 255 en 1997 a US\$ 149 en 2002. El mayor peso del financiamiento corresponde a las familias (aproximadamente 30%), especialmente mediante el pago de los aportes de seguridad social en salud (13%) y el gasto de bolsillo (9,5%); en segundo lugar, las empresas (aproximadamente 25%), básicamente con los aportes patronales; en tercer lugar, los recursos provenientes del Presupuesto General de la Nación (21,8%), con un peso relativo mayor de las transferencias de la nación a los entes territoriales (14%); en cuarto lugar, los recursos de los agentes del sistema, representados por sus recursos propios (ingresos no operacionales) y de patrimonio (financiación de pérdidas contables) (20,5%) y en último lugar, los recursos provenientes de los entes territoriales, departamentales y municipales (3,8%). En cuanto al uso (en promedio en el período 1993–2002), 74,6% corresponde al gasto en atención de salud, 16% a gastos de administración (gastos de personal y gastos generales), 7,9% a varios (representados en un

gran número de conceptos) y 1,5% a gastos de inversión que incluyen infraestructura física y dotación, investigación, capacitación y otros.

Cooperación técnica y financiera en salud

La cooperación internacional recibida durante 2005 por el Ministerio de la Protección Social para el fortalecimiento de las acciones de salud se reflejó en la ejecución de 10 convenios de cooperación multilateral con los siguientes organismos o programas internacionales: Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), el Gobierno de Japón a través de la Embajada, el Convenio Hipólito Unanue (CONHU), la Corporación Andina de Fomento (CAF), la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI), Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (IDB), Organización Internacional de Migraciones (OIM), Agencia de Cooperación Española y el Convenio Andrés Bello (CAB). Los dos primeros fueron de cooperación financiera no reembolsable y los restantes de cooperación técnica, en temas tales como: fortalecimiento de los sistemas de salud, salud sexual y reproductiva, así como de la red pública hospitalaria y la reforma y el financiamiento del sector salud. Igualmente se llevaron a cabo convenios de cooperación bilateral con diversos organismos y gobiernos, entre ellos el Fondo de Cooperación y Asistencia Internacional y los gobiernos de Brasil, Canadá, Ecuador, El Salvador, Jamaica, México, Panamá, Perú y Venezuela.

Referencias

- Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Boletín Censo General 2005. Bogotá; 2006. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/censo2005/boletin.pdf>. Acceso el 27 de julio de 2006.
- Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones de población. Estimaciones de población con base al censo de 1993.
- Grupo Aval. Indicadores económicos. Producto Interno Bruto (PIB) Histórico. Disponible en: <http://www.grupoaval.com/oc4j/portales/jsp/gaviframes.jsp>. Acceso el 27 de julio de 2006.
- Montenegro S. Estimaciones de pobreza e indigencia en Colombia 2005. Departamento Nacional de Planeación; 2005. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/GCRP_Presentaciones/Presentación_cifras_pobreza_2005.pdf. Acceso el 27 de julio de 2006.
- Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Programa Nacional de Desarrollo Humano; Agencia Colombiana de Cooperación Internacional; Federación Colombiana de Municipios; Cooperación Técnica Alemana. Las regiones colombianas frente a los objetivos del milenio. Bogotá: NNUU; 2005. Pág.15–16.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social; Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2005. Bogotá; 2006.
- Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio–2015. (Documento CONPES Social 91). Bogotá; 2005. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=811. Acceso el 27 de julio de 2006.
- Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Justicia y Seguridad. Cifras de violencia. Primer semestre 2005. 2006. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=562. Acceso el 27 de julio de 2006.
- Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Hogares 2001–2006; 2006. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/empleo/ech/ech_TNal_juni06.xls. Acceso el 27 de julio de 2006.
- Sarmiento A, Tovar LP y Alam C. Citado en: Colombia, Departamento Nacional de Planeación y Sistema de Naciones Unidas en Colombia. Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2005. Bogotá: DNP/PNDH; PNUD; CEPAL; 2006. Pág. 65.
- Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe; Fundación Corona; Corpoeducación. Citado en: Colombia, Departamento Nacional de Planeación y Sistema de Naciones Unidas en Colombia. Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2005. Bogotá: DNP/PNDH; PNUD; CEPAL; 2006. Pág. 65.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social; Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2004; Bogotá; 2005. Pág. 3.
- Garzón A. El entorno de las remesas en Colombia: protagonistas y marco legal. En: Seminario Migración internacional, el impacto y las tendencias de las remesas en Colombia, Organización Internacional para las Migraciones, 2004 nov 10–11. Bogotá, 2005. Pág. 61–64. 2006. Disponible en: <http://www.oim.org.co/anexos/documentos/publicaciones/libro90.pdf>. Acceso el 8 de agosto de 2006.
- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Mortalidad y situación de la mujer. Capítulo 9. 2005. Pág.189. En: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Lactancia y estado nutricional. En: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2005. 2005. Pág. 247–277.
- Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Información estadística. Defunciones por grupo de

- edad y por sexo según causas agrupadas en la lista 6/67 de la OPS (CIE-10). 2003.
17. Colombia, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2002.
 18. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fecundidad. Pág. 95–108. En: Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000.
 19. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Salud sexual y reproductiva en zonas marginales: situación de las mujeres desplazadas la encuesta de salud sexual y reproductiva entre mujeres desplazadas. 2002. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/profamilia/saludsexual1.htm>. Acceso el 12 de junio de 2006.
 20. Zamudio L, Rubiano N, Wartenberg L. La incidencia del aborto inducido en Colombia. Bogotá: Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia; 1994.
 21. Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social, Departamento Nacional de Planeación. Lineamientos para la operación del programa nacional de alimentación para el adulto mayor “Juan Luis Londoño de la Cuesta” y la selección y priorización de sus beneficiarios 2004. (Documento CONPES Social 86). 2004.
 22. Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Revolución educativa: metas y avances. En: Reactivación social. Siete herramientas de equidad. Resultados 2005. 2005. Disponible en: www.dnp.gov.co/archivos/documentos/DEPP_Seguimiento_Resultados/Informe_7_Herramientas_Equidad.pdf. Acceso el 27 de julio de 2006.
 23. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Profamilia Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud — 2005. Capítulo 3, Características generales de los hogares y de la población. Bogotá: ICDS; 2005:40–41.
 24. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Sistema de información sobre trabajo infantil en Colombia. Módulo de trabajo infantil en ECH 2003. Disponible en: <http://suamox03.dane.gov.co:7778/pls/tic/home>. Acceso el 27 de julio de 2003.
 25. Colombia, Ministerio de la Protección Social; Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Diagnóstico actual y prospectivo de la salud ocupacional y los riesgos profesionales en Colombia con enfoques de entorno. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2005.
 26. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Boletín Censo General 2005 Discapacidad–Colombia. 2006. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/censo2005/boletin2.pdf>. Acceso el 27 de julio de 2006.
 27. Colombia, Ministerio de la Protección Social; Organización Panamericana de la Salud. Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud para los grupos étnicos, 2004.
 28. Organización Panamericana de la Salud-Colombia. Comparación de la situación de salud entre población en situación de desplazamiento y receptora en seis ciudades. Serie Salud y Desplazamiento en Colombia. 2002–2003.
 29. Médicos sin Fronteras. Vivir con miedo: el ciclo de la violencia en Colombia. 2006. Disponible en: http://www.msf.org/source/countries/america/colombia/2006/report/Vivir_Con_Miedo.pdf. Acceso el 18 de julio de 2006.
 30. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de malaria en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2005.
 31. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV). Dengue. Inf Quinc Epidemia Nac 2006;11(3):33–44.
 32. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Informe situación fiebre amarilla. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
 33. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Informe situación epidemiológica de la leishmaniasis. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
 34. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de la enfermedad de Chagas en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004.
 35. Agudelo CI, Duque S, Arévalo A, Flores AC, Peláez D, Izquierdo VF, et al. Vigilancia centinela de la etiología de la enfermedad diarreica aguda (EDA) en seis municipios de Colombia, 2003. Informe preliminar. Rev Infectio 2004; 8:93.
 36. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de la tuberculosis en Colombia. Informe 2004.
 37. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de la lepra en Colombia. Informe 2004.
 38. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Análisis de la situación de salud en Colombia 1990–2002. Documento preliminar. Inédito.
 39. Colombia, Instituto Nacional de Salud, Laboratorio de Virus Respiratorios, Grupo de Virología. Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios. Actualización Semana epidemiológica N° 52 de 2005. Disponible en: http://www.ins.gov.co/pdf_investiga/influenza_y_otros_virus_resp_10.pdf. Acceso 18 de julio de 2006.
 40. Prieto F, Osorio A, De Neira M, Grupo de Vigilancia Centinela de VIH. Prevalencia de VIH en población general de Colombia 2003: VI Estudio Nacional Centinela de VIH 2003–2004. Primera fase. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2004;9:362–75.
 41. Luque R. Situación de la epidemia en Colombia. Presentación del Día Mundial de Lucha contra el SIDA, Videoconferencia nacional, Servicio Nacional de Aprendizaje, diciembre 2005.

42. Colombia, Instituto Nacional de Salud, Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. Informe hasta el 31 de diciembre de 2005.
43. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/sida. Informe de mortalidad por SIDA Colombia 1995–2002. Inédito.
44. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; Colombia, Ministerio de la Protección Social. Infección por VIH/sida en Colombia. Estado del arte 2000–2005. 2006.
45. Correa R. La erradicación de la fiebre aftosa, un compromiso de todos. *Revista Ica-Infoma* 2005;32(2):8–9.
46. Mesa F, Cardenas J, Villamil L. Las encefalitis equinas en la salud pública. Primera edición. Bogotá: Leoprint Editores; 2005.
47. Brito E, Palacios H, Yunda H, Martínez J, Reyes L. Rabia de origen silvestre en Colombia. Construcción de un modelo espacial para determinar áreas de riesgo en Colombia. Instituto Colombiano Agropecuario; 2005. Disponible en: http://www.ica.gov.co/pecuaria/modelo_espacial_abia.pdf. Acceso el 18 de julio de 2006.
48. Center for Research on the Epidemiology of Disasters. Emergency Disasters Data Base (EM-DAT). [Base de datos en línea]. Afectación entre 2002 y 2005. 2006. Disponible en: <http://www.em-dat.net/disasters/list.php>. Acceso el 18 de julio de 2006.
49. Colombia, Presidencia de la República, Oficina de Comunicaciones. Balance de minas antipersonales; 2006. Disponible en: http://www.presidencia.gov.co/resultados/2006/minas_6.pdf. Acceso el 12 de junio de 2006.
50. Colombia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Centro de Referencia sobre Violencia. Forensis 2004. Datos para la vida, boletín de violencia en Colombia. Bogotá; 2005.
51. Colombia, Ministerio de la Protección Social; Organización Panamericana de la Salud. Infracciones a la misión médica en el conflicto armado colombiano (1995–2003). Informe de consultoría. 2003.
52. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. 2005.
53. Colombia. Ley 789 de 2002 por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo. Diario Oficial. 27 de diciembre de 2002. N° 45.046. Capítulo I.
54. Colombia. Decreto 205 de 2003 por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de la Protección Social y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial N° 45.086. Artículo I.
55. Colombia. Ley 812 de 2003. Plan Nacional de Desarrollo 2003–2006. Hacia un Estado Comunitario. Capítulo II. Artículo 5.
56. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Programa Nacional de Salud 2002–2006.
57. Colombia. Decreto 330 de 2001 por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de entidades promotoras de salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas.
58. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Base de datos del Registro Especial de Prestadores de Salud, según información reportada por las entidades departamentales y distritales de salud, 2005.
59. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Superintendencia de Servicios Públicos. Manejo de residuos sólidos en Colombia. 2002.
60. Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social, Departamento Nacional de Planeación. Lineamientos para la formulación de la política de prevención y control de la contaminación del aire 2005. (Documento CONPES 3344). 2005.
61. Colombia, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Dirección de Desarrollo Sectorial Sostenible. Boletín informativo enero–febrero 2006. Convenio de Donación GEF TF 051529. Proyecto de asistencia preparatoria a Colombia para el cumplimiento de los compromisos adquiridos en el marco de la Convención de Estocolmo para Contaminantes Orgánicos Persistentes (COP). Bogotá; 2006.
62. Colombia, Instituto Nacional de Salud. Enfermedades transmitidas por alimentos, 2005. Disponible en: <http://www.invima.gov.co/version1/noticias/informeETAano2005.doc>. Acceso el 24 de mayo de 2006.
63. Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social, Departamento Nacional de Planeación. Política nacional de sanidad agropecuaria e inocuidad de alimentos para el sistema de medidas sanitarias y fitosanitarias 2005. (Documento CONPES 3375). 2005.
64. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Plan de prevención y mitigación de una pandemia de influenza; 2005. Disponible en: <http://www.invima.gov.co/version1/BVSalud/lainfluenzaencolombia.PDF>. Acceso el 24 de julio de 2006.
65. Federación de Aseguradores Colombianos. Cámara Técnica Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT). 2006. Disponible en: http://www.fasecolda.com/int/CT_SOAT.php. Acceso el 28 de julio de 2006.
66. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio de la Política de Precios de Medicamentos en Colombia. Bogotá; 2005.
67. Colombia, Defensoría del Pueblo. Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud Percibida por los Usuarios, Colombia, 2000.
68. Colombia, Defensoría del Pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud, Colombia, 2005.
69. Colombia. Resolución 0293 de 2004 por la cual se reglamentan los procedimientos para la elaboración del catastro físico

- hospitalario de las instituciones prestadoras de servicios de salud de primer nivel de atención del sector público.
70. Colombia, Ministerio de Salud. Desafíos para los recursos humanos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Memorias del foro videoconferencias, octubre 2002.
 71. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Observatorio de Recursos Humanos, Sistema Nacional de Información de la Educación Superior. Base de datos. 2006. Disponible en: http://snies.mineducacion.gov.co:8080/pls/iesprogramas/m_programas.programa_acreditado_lista?p_tipo=2. Acceso el 28 de julio de 2006.
 72. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia; Universidad Nacional de Colombia. Foro Mundial para la Investigación en Salud. Construcción de una agenda de priorización de investigación en salud. Memorias primera reunión. Versión 1.0. Bogotá; 2005.

COSTA RICA



Costa Rica tiene una superficie de 51.100 km². Desde el punto de vista político-administrativo, se divide en siete provincias y 81 cantones. La población estimada para 2004 fue de 4.248.508 habitantes, de los cuales 49,7% correspondían al área urbana y 50,8% al sexo masculino.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

El desempeño macroeconómico del país en el período 2000–2005 fue medianamente satisfactorio. Si se toma como referencia la producción nacional medida por el producto interno bruto (PIB), el crecimiento de la economía fue de 6,5% en 2003 y descendió a 4,1% en 2004 y 2005 (por debajo del 4,6% logrado en la década precedente). Un factor importante de este crecimiento fue el comportamiento de la demanda externa de bienes y servicios elaborados en el país, bienes agropecuarios y productos manufacturados, las crecientes ventas de la industria electrónica de alta tecnología y el incremento de la industria turística nacional.

En el terreno fiscal se han hecho esfuerzos por reducir la evasión con el fin de mejorar las finanzas públicas e invertir en políticas de desarrollo social. Sin embargo, el gasto de consumo final del Gobierno central se ha estancado como producto de una política fiscal austera en detrimento de un gasto social menor, que ha representado entre 15,0% y 15,9% del PIB en el período 2000–2005. La inflación medida por la variación del índice de precios al consumidor (IPC) se mantuvo en cifras cercanas o superiores a 10% durante los últimos años, pasando de 10,1% en 2001 a 14,1% en 2005, la tasa más alta observada al cierre de los últimos 10 años.

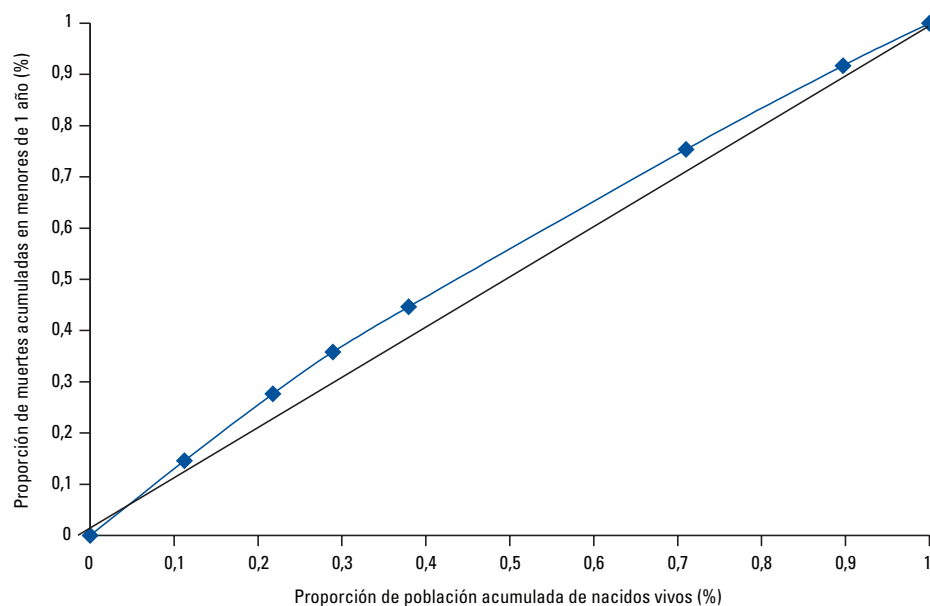
Costa Rica es un país de tradición democrática que celebra elecciones presidenciales cada cuatro años. Durante los últimos años, la falta de una representación política responsable, la debilidad de los sistemas institucionales de control de la gestión pública y el deterioro de la gobernabilidad han generado el descontento ciudadano hacia los gobernantes, el cual se refleja en un creciente abstencionismo, que llegó a ser de 34,8% en las últimas elecciones de febrero de 2006. El Partido Liberación Nacional (PLN) que gobernará el país en el período 2006–2010 no logró la mayoría parlamentaria, situación que lo pone frente a un escenario de negociación, alianza y concertación con otros partidos con el fin de avanzar en la aprobación de tratados, leyes y otros instrumentos legales. Justamente la falta de acuerdos de la legislatura saliente fue uno de los factores que dificultaron avanzar en la aprobación de varias leyes, entre ellas el proyecto de una nueva

ley general de salud que cuenta con el dictamen favorable de la Comisión de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, pero aún no tiene la aprobación del plenario de dicha asamblea. Con objeto de reactivar la economía, el gobierno que entró en funciones en 2006 ha propuesto crear nuevas fuentes de trabajo y reducir la pobreza, así como otras dos medidas inmediatas: impulsar el Tratado de Libre Comercio en la asamblea legislativa y promover la reforma fiscal.

Costa Rica ha descendido en la escala de desarrollo humano del lugar número 41 en 2001 al número 47 en 2005, de manera que pasó de la categoría de alto desarrollo humano a la de desarrollo humano medio. Ese nivel de desarrollo social se explica por el comportamiento de una serie de indicadores, específicamente el nivel de pobreza, que durante la última década se ha ubicado en alrededor de 20%. En 2000 el porcentaje de pobreza era de 17,1% en la zona urbana frente a 25,4% en la zona rural.

En lo que respecta a la distribución del ingreso entre la población, se observa que en lo que va del siglo la mejora del ingreso del decil más pobre de la población fue superior porcentualmente a la del decil más rico, aunque en valores absolutos el poder adquisitivo de los más pobres sigue siendo escaso. Por otra parte, la brecha de ingresos entre el decil más pobre y el más rico, que era de 36,6 veces en 2001, se redujo 7 puntos para ubicarse en 29,6 en 2004, es decir que la inequidad en la distribución del ingreso sigue siendo muy amplia. El desempleo abierto creció de 5,2% en 2000 a 6,6% en 2005 (5,0% en hombres y 9,6% en mujeres).

En el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se plantean algunos retos importantes en relación con la pobreza, la mortalidad infantil y la mortalidad materna. Con respecto a la pobreza, que alcanzó valores de 21,7% en 2004, su reducción a la mitad plantearía una disminución en base a valores de 1990 (18,0%) a 9,0%, y, considerando la tendencia observada, ese valor es poco factible de alcanzar para 2015. En el caso de la mortalidad infantil, que presentó valores nacionales de 9,2 por 1.000 nacidos en 2004, su reducción en dos terceras partes plantearía una disminución en base a valores de 1990 (14,4 por 1.000 nacidos vivos) a 4,8 por 1.000 nacidos vivos, cifra imposible de lograr para 2015. A nivel subnacional, 34 cantones presentan valores por encima del valor nacional e incluso dos cantones tie-

FIGURA 1. Distribución de la mortalidad infantil, Costa Rica, 2005.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

nen valores superiores a 20 por 1.000 nacidos vivos, mientras que 16 cantones muestran valores iguales o mayores a 15 por 1.000 nacidos vivos. Con respecto al porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión, los valores en 2004 son de 87,4% a nivel nacional y, de las siete provincias del país, solo cuatro presentan niveles útiles de cobertura, es decir, por encima de 95%.

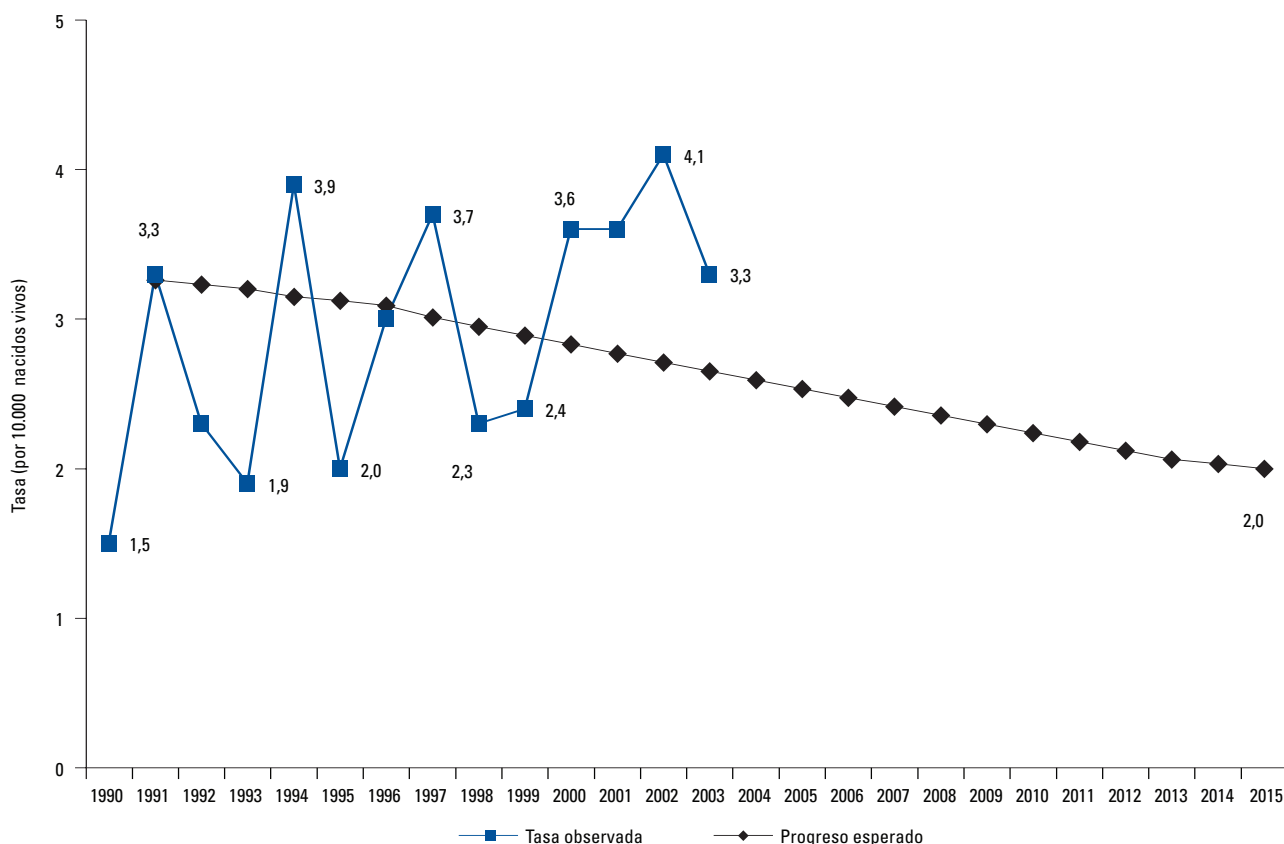
Al analizar la curva de Lorenz de la distribución de la mortalidad infantil para 2005 respecto de la correspondiente al período 1995–1999, se observa una mayor ampliación de la curva debido fundamentalmente a una mayor brecha entre los valores nacionales y los correspondientes a las regiones Huetar Atlántica, Puntarenas y Chorotega (Figura 1).

En 2004 la mortalidad materna fue de 3,0 por 10.000 nacidos vivos. Costa Rica se ha comprometido (ODM 5) a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. La tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2004 y la tendencia para 2015 se presentan en la figura 2.

Con respecto a la malaria, con un índice parasitario anual (IPA) de 0,3 por 1.000 habitantes en 2004 y 32,8% de la población en riesgo de contraer la enfermedad, su reducción para 2015 es completamente factible. Solo la provincia de Limón mantiene un IPA superior al nacional (1,88 por 1.000 habitantes). En relación con la tuberculosis, cuya tasa de incidencia fue de 16,7 por 100.000 habitantes en 2004, también su reducción es completamente factible de cumplir para 2015. Sin embargo, 25 cantones presentan tasas superiores al valor nacional, y de estos, aproximadamente 10 duplican y hasta triplican este valor.

La escolarización ha mostrado avances significativos a partir del decenio de 1990, destacándose, por su magnitud, la ampliación en la cobertura de la educación preescolar, que aumentó 28,3 puntos porcentuales entre 1990 y 2004. En educación primaria, la tasa neta de escolaridad se mantuvo durante los últimos años en torno a 99,0%, con un leve descenso a 98,5% en 2004. En educación secundaria, el aumento de la cobertura ha sido menor: 63,8% en 2004 frente a 55,3% en 2000. En términos de cobertura educativa los avances han sido importantes y actualmente los principales retos consisten en lograr un mejoramiento sustancial del rendimiento educativo y disminuir la deserción.

El índice de desarrollo social (IDS) es un indicador elaborado por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Surge de una combinación de siete indicadores relacionados con la infraestructura educativa, los programas de educación especial, la mortalidad infantil, el peso de la mortalidad en la niñez, el retraso de talla, el consumo de electricidad residencial y los nacimientos en madres solteras. Este índice permite la estratificación en cinco grandes grupos de población y sirve de base para elaborar el mapa de distribución de la pobreza en el país. La mayoría de los cantones del primer grupo (mayor desarrollo) se encuentran ubicados en la zona central del país, en los alrededores de San José. Por el contrario, buena parte de los 17 cantones del quinto grupo (menor desarrollo) se hallan en las zonas de fronteras (regiones Brunca y Chorotega). La proporción de la población total que vive en cada grupo es: en el grupo uno, 15%; dos, 32%; tres, 21%; cuatro, 18%, y cinco, 14%. Quince cantones presentan valores menores al promedio nacional del IDS, que es de 46,9%.

FIGURA 2. Tasa de mortalidad materna, 1990–2003, y progreso esperado, 1990^a–2015.

^aEn este caso se considera 1991 como año base.

Con respecto a la calidad del ambiente, cabe señalar que 25% del territorio nacional se encuentra bajo alguna de las categorías de manejo de áreas silvestres protegidas, porcentaje alto en el ámbito mundial, pues solo 14 países tienen más de 23% de su territorio protegido bajo alguna categoría de manejo. No obstante, se reconocen limitaciones en materia de planificación urbana, infraestructura vial, control de la contaminación y gestión integral del recurso hídrico que, sumadas a las condiciones hidrometeorológicas y al aumento de la densidad de la población, determinan una situación de vulnerabilidad ante las sequías e inundaciones, y señalan la necesidad de renovar acciones para mejorar la protección de las fuentes de agua.

En 1991 y 2002 el acceso a agua para consumo humano alcanzaba a 92% y 97%, respectivamente, y el acceso a alcantarillado sanitario o tanque séptico era de 76% y 94%, respectivamente. En esta dimensión de la sostenibilidad del medio ambiente y con base en los indicadores adoptados para el monitoreo de la meta 10, el país progresa bien hacia el cumplimiento de los ODM. Sin embargo, en contraste con estos promedios nacionales, en los territorios indígenas 62% de las viviendas no tienen acceso domi-

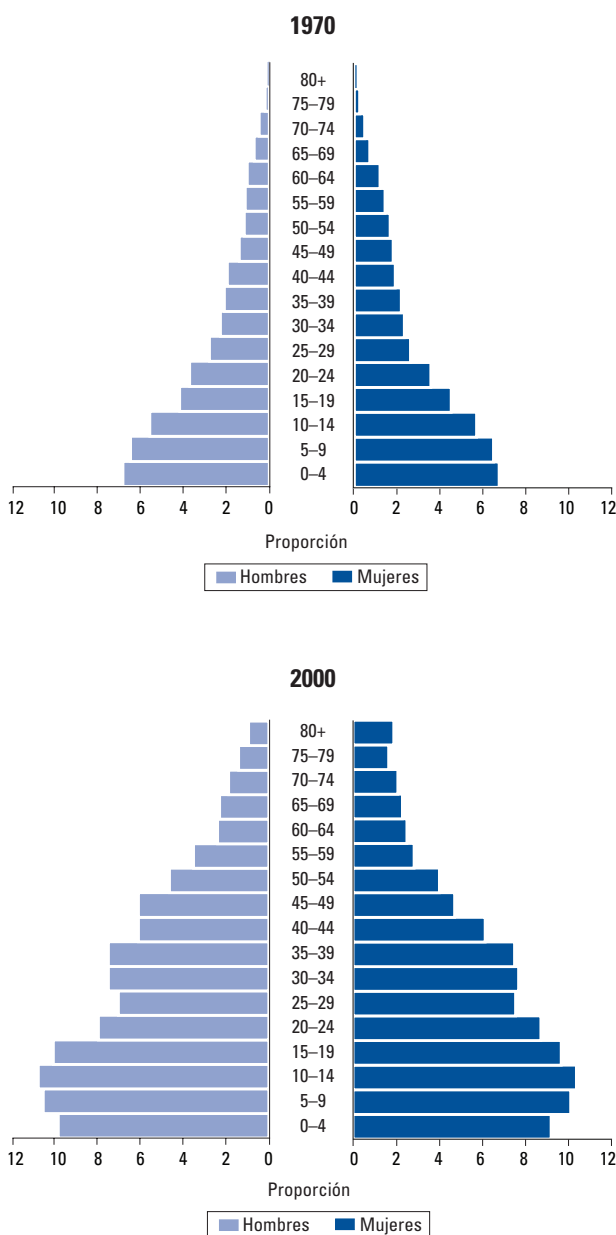
ciliario al agua para consumo y de ellas, 10% tienen conexión en su terreno, 3,2% fuera de su terreno y 42% no dispone de acueducto. Se estima que 21% de las viviendas tienen acceso a tanque séptico y 65% a letrina.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La densidad de población era de 83,14 habitantes por km² en 2004. En los últimos 40 años Costa Rica experimentó profundos cambios demográficos y actualmente se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada, caracterizada por baja mortalidad y baja fecundidad. La tasa de crecimiento de la población sigue siendo relativamente elevada pero tenderá a descender a medida que aumente el envejecimiento relativo de la población. A pesar de que los grandes cambios demográficos ya se dieron en el país, esta dimensión sigue siendo un aspecto crucial para los nuevos retos que acompañan la transición demográfica.

La pirámide de población ha cambiado en forma llamativa en las últimas décadas, con ensanchamiento del centro (Figura 3). Estos cambios obedecen a un descenso marcado de la mortalidad

FIGURA 3. Estructura de la población por edad y sexo, Costa Rica, 1970 y 2000.



y la fecundidad. En los últimos 10 años es evidente que la población del país ha entrado en un proceso de envejecimiento relativo, que continuará en los años futuros.

La mortalidad (1970: 6,8 por 1.000 habitantes; 2004: 3,6 por 1.000), a diferencia de la fecundidad y la natalidad, no ha seguido descendiendo al mismo ritmo y más bien tendió a estabilizarse a partir de 1985 (1994: 13.313 defunciones; 2004: 15.949 defunciones).

Otra de las características de la transición demográfica es la disminución sostenida de la fecundidad y la natalidad, y tan marcada que a pesar de la población más numerosa y de la mayor cantidad de mujeres en edad fértil, en números absolutos el número de nacimientos ha disminuido (1985: 84.337 niños; 2004: 72.247 niños) y actualmente las mujeres tienen dos hijos, es decir que la tasa de fecundidad está por debajo del nivel de reemplazo. Por último, el proceso de transición demográfica muestra que los efectos más directos del envejecimiento de la población se traducen en el aumento de la relación de dependencia de los mayores de 65 años. En la actualidad la relación de dependencia es de 55%, pero el “bono demográfico” permitirá una disminución de esta dependencia a aproximadamente 44% en poco más de 10 años, para luego volver a aumentar.

De acuerdo con el IX Censo Nacional de Población 2000, que consideró por primera vez la variable étnica, los indígenas representaban 1,7% de la población nacional. Del total de la población indígena, 51,5% eran hombres y 48,5% mujeres, y 79,0% residían básicamente en la zona rural (INEC 2001). Esta población se concentra en las zonas de Talamanca y en el Pacífico Sur, especialmente en la zona fronteriza con Panamá. Aunque hay presencia indígena en todas las provincias del territorio nacional, más de tres cuartas partes (77,4%) habita en las provincias de Limón (39,2%), Puntarenas (23,5%) y San José (14,4%). La población indígena está integrada por ocho pueblos: bribis, cabécares, borucas o brunkas, ngöbes, huetares, malekus, chorotegas y térrabas, distribuidos en 24 territorios indígenas.

Con respecto a la inmigración, según el X Informe del Estado de la Nación, los nicaragüenses continúan siendo, con mucha diferencia, la mayoría absoluta de los inmigrantes en el país: en el último censo de población representaban 76,0% de todos los extranjeros y pasaron de 1,9% a 5,9% en el total nacional en ese período. También hay una presencia importante de panameños, estadounidenses, salvadoreños y colombianos; únicamente ha aumentado la inmigración de colombianos y nicaragüenses. Según el censo de 2000, en 10% del total de hogares del país hay personas de origen nicaragüense. No se esperan en los próximos 25 años modificaciones sustanciales en cuanto a la composición por sexo y edad de la población costarricense por efecto de la inmigración internacional. Sin embargo, según cuál sea el curso futuro de esta inmigración, el crecimiento natural de la población podría incrementarse entre 24% y 45%.

Entre los siete grandes grupos de causas de defunción, en el período 1970–2004, las enfermedades del aparato circulatorio constituyeron la principal causas de muerte, tanto en hombres como en mujeres, con una tasa acumulada para hombres que oscila entre 13,4 en 1970 y 11,0 en 2004. En el período de 2000–2004, la segunda y tercera causas de mortalidad para hombres y mujeres fueron otras enfermedades y tumores. El cuadro 1 presenta las tasas de mortalidad por causas y quinquenios entre 1970 y 2004.

CUADRO 1. Tasas acumuladas de mortalidad por causas y quinquenios, Costa Rica, 1970–2004.

	1970–1974	1975–1979	1980–1984	1985–1989	1990–1994	1995–1999	2000–2004
Hombres							
Enfermedades transmisibles	4,67	2,45	1,90	1,62	1,83	1,90	1,95
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,32	0,24	0,23	0,19	0,15	0,14	0,12
Tumores	6,14	6,39	6,66	6,84	6,76	6,75	6,80
Enfermedades del aparato circulatorio	13,44	11,05	11,15	10,80	11,28	11,04	11,00
Causas externas de traumatismos y envenenamientos	2,24	2,52	1,98	1,95	2,14	2,16	2,14
Las demás enfermedades	3,86	4,47	5,06	5,97	5,89	7,25	7,32
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	2,42	1,51	0,87	0,29	0,39	0,26	0,26
Mujeres							
Enfermedades transmisibles	4,35	1,95	1,57	1,27	1,26	1,35	1,37
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,22	0,18	0,16	0,14	0,11	0,10	0,14
Tumores	5,01	4,70	4,52	4,85	4,42	4,35	4,51
Enfermedades del aparato circulatorio	12,38	9,81	9,57	8,85	8,66	8,30	8,28
Causas externas de traumatismos y envenenamientos	0,66	0,86	0,81	0,85	0,87	0,82	0,80
Las demás enfermedades	3,89	4,72	4,58	5,35	4,97	5,60	5,55
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	2,01	1,28	0,64	0,21	0,23	0,14	0,14

Fuente: Costa Rica, Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Salud.

El análisis de la mortalidad por causas en el período 1995–2001 con tasas ajustadas por 100.000 habitantes indica que las enfermedades del sistema circulatorio han tenido una disminución a partir de 1997 y luego una tendencia ascendente a partir de 2001; igual comportamiento se observa en los tumores. Las causas externas y las enfermedades del sistema digestivo muestran una tendencia a la estabilización.

En cuanto a la distribución relativa de los egresos hospitalarios según causas, en los años 1990, 1995 y 2005 las causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio presentaron los mayores porcentajes (35,9%, 34,2% y 31,7%), seguidas por las enfermedades del aparato digestivo y los traumatismos y envenenamientos. El cuadro 2 presenta la distribución de los egresos por grupos de causas en 1990, 1995 y 2005.

Con respecto al riesgo de emergencias y desastres, las zonas geográficas más expuestas a inundaciones continúan siendo las Vertientes Atlántica y Pacífica, siempre vinculadas a desigualdades sociales. Las zonas con antecedentes de terremotos son las provincias de Cartago, Alajuela y Limón. Otras amenazas se han generado por la explotación humana de los recursos naturales, que incluye la deforestación, la contaminación por desechos y la alteración de cuencas hidrográficas. Anualmente en los meses de mayo a julio se presentan grandes inundaciones en la zona de Sixaola, en la frontera con Panamá, y en los meses de septiembre a octubre en la zona de Guanacaste, en la frontera con Nicaragua.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En el período 1990–2004, la tasa de mortalidad infantil descendió de 14,4 a 9,2 por 1.000 nacidos vivos, la más baja de los últimos 10 años. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la tasa de mortalidad neonatal descendió de 8,78 en 1990 a 6,73 en 2004, y la posneonatal pasó de 6,1 en 1990 a 2,5 en 2004. Las tasas más altas se encuentran en las provincias de Guanacaste (11,2), Puntarenas (9,9) y Limón (9,4), que son las de menor desarrollo económico y social del país. En 2004 la principal causa de mortalidad infantil por grandes grupos fueron ciertas afecciones originadas en el período perinatal, con 49,0%, seguidas por malformaciones congénitas (31,0%), enfermedades respiratorias (8,1%), enfermedades infecciosas y parasitarias (2,1%), y otras (9,8%). Este patrón se ha mantenido constante en los últimos años. En el período 1990–2004, la mortalidad neonatal aumentó su peso relativo en la mortalidad infantil de 69% a 73% en el último año. El 40% de las muertes infantiles son evitables.

El grupo de 1 a 4 años constituye 9,6% de la población. La tasa de mortalidad en 2002 fue de 4,8 por 10.000, con los accidentes y violencia como la principal causa de defunción (1,7 por 10.000), seguidos de las enfermedades del aparato respiratorio, las anomalías congénitas, los tumores, las enfermedades infecciosas y

CUADRO 2. Distribución relativa de los egresos hospitalarios, Costa Rica, 1990, 1995 y 2005.

Causas de egresos	1990	1995	2005
Controles de salud	4,2	4,3	5,2
Infecciosas y parasitarias	4,1	3,7	2,8
Tumores	4,1	4,8	4,8
Glándulas endocrinas de la nutrición	2,2	2,2	0,5
Sangre	0,6	0,6	1,8
Trastornos mentales	2,6	2,0	2,0
Sistema nervioso	3,0	3,3	1,5
Enfermedad del ojo y anexos	...	...	2,7
Enfermedad del oído y mastoides	...	...	0,5
Aparato circulatorio	5,0	5,0	5,5
Aparato respiratorio	6,2	6,6	7,1
Aparato digestivo	7,6	8,6	9,5
Aparato genitourinario	6,9	6,7	6,8
Piel y tejido celular	1,5	1,4	1,4
Sistema osteomuscular	2,7	2,6	2,8
Embarazo, parto y puerperio	35,9	34,2	31,8
Anomalía congénita	1,5	1,8	1,6
Afección perinatal	3,5	3,5	3,6
Traumatismos y envenenamientos	7,2	7,1	6,6
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1,2	1,1	1,3

Fuente: Costa Rica, Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

parasitarias, y las enfermedades del sistema nervioso. En 2002 este grupo originó 4,9% de las atenciones de urgencias y 5,0% de las consultas externas. En cuanto a las causas de morbilidad, las afecciones respiratorias agudas representaron 35,7% y las lesiones por causas externas, 10,7%. La mortalidad por sexo muestra una tasa mayor en varones que en niñas (5,5 por 10.000 y 4,1 por 10.000, respectivamente).

Salud de los niños de 5 a 9 años

El grupo de 5 a 9 años de edad representa 11,7% de la población. La tasa de mortalidad en este grupo de edad fue de 2,0 por 10.000 en 2002. Las principales causas de muerte fueron las causas externas, los tumores, las enfermedades del sistema nervioso, y las enfermedades infecciosas y parasitarias. En el mismo año, a este grupo correspondieron 10% de las atenciones de urgencias, con las enfermedades respiratorias como primera causa (51,6%) seguidas de las causas externas (12,6%) y de las enfermedades infecciosas y parasitarias (11%).

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

En 2002, el grupo de 10 a 14 años de edad representaba 10,6% de la población total del país, y el de 15 a 19 años, 10,5%. Las principales causas de muerte en estos grupos fueron las causas

externas (10,9 por 100.000 en el grupo de 10 a 14 años y 29,9 por 100.000 en el de 15 a 19 años) seguidas por los tumores (4,6 y 8,5 por 100.000, respectivamente) y las enfermedades del sistema nervioso (3,0 y 5,4 por 100.000). En ambos grupos el sexo masculino fue el de mayor mortalidad. Al grupo de 10 a 14 años correspondieron 6,7% de las atenciones de urgencias y 4,9% de las consultas externas de los servicios de salud; al grupo de 15 a 19 años, 8,4% de las atenciones de urgencias y 6,1% de las consultas externas. Las infecciones respiratorias y las causas externas fueron las principales causas de atención en ambos sexos, además de las relacionadas con el embarazo en las mujeres. Según el II informe de UNICEF sobre el Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica 2002, algo más de 20% de los partos correspondieron a menores de 19 años (14.860 partos); 80% no tenían relación marital y la mortalidad infantil en este grupo representó una tasa de 15 por 1.000 nacidos vivos, es decir que 25% de las muertes correspondieron a causas obstétricas.

Salud de los adultos (20–59 años)

En 2002 el grupo de 20 a 59 años de edad representaba aproximadamente 51% de la población total. La tasa de mortalidad fue de 11,5 por 10.000 habitantes en el grupo de 20 a 44 años y de 50,0 por 10.000 habitantes en el de 45 a 64 años. Las principales causas de muerte en el primer grupo fueron las causas externas, seguidas por los tumores en los hombres y las enfermedades cardiovasculares en las mujeres; en el segundo grupo la principal causa de muerte en los hombres fueron las causas externas, seguidas por las enfermedades cardiovasculares, mientras que en las mujeres los tumores ocuparon el primer lugar, seguidos por las enfermedades cardiovasculares.

Al grupo de 20 a 44 años correspondieron 36,6% de las atenciones de urgencia, 35,0% de las consultas externas y 45,0% de los egresos hospitalarios; los traumatismos en los hombres, y las causas relacionadas con la reproducción en las mujeres, fueron las causas más frecuentes de demanda en todos estos servicios. Al grupo de 45 a 59 años correspondieron 9,8% de las urgencias, 14% de las consultas y 8,5% de las hospitalizaciones. Las enfermedades respiratorias, las del sistema osteomuscular y los traumatismos fueron las causas más frecuentes de la demanda de estos servicios.

En relación con la salud reproductiva, los niveles de fecundidad han descendido en las últimas décadas. Las principales causas de muerte materna son las complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, los trastornos hipertensivos en el embarazo, y las hemorragias e infecciones. La atención prenatal por personal calificado alcanzó 92% y la atención del parto, 98%. Se estima que 98% de los partos se atienden en hospitales y 2% en el hogar o en ambulancias. Más de 90% de las embarazadas tuvieron control prenatal; el porcentaje de cesáreas ha aumentado de 14,1% en 1983 a 22,0% en 2004.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2002 los adultos mayores representaban 7,5% del total de la población del país; 90% cuentan con seguro social y 36% están pensionados. Se calcula que 28% viven en condiciones de pobreza y la tercera parte de los hombres continúan económicamente activos; 10% viven solos, y tan solo 1% residen en hogares de ancianos. Sus principales causas de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares (40%), las neoplasias (20%–25%), y otras condiciones (20%–25%), entre las que se destacan las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes y el grupo residual de “senilidad”. El cáncer tiene mayor peso entre los hombres, y otras condiciones crónicas, en especial la diabetes, afectan más a las mujeres. Estos tres grandes grupos explican casi 90% de la mortalidad de los adultos mayores. En cuanto a la morbilidad, sus principales causas son la hipertensión, la diabetes mellitus, los trastornos neuróticos, las afecciones gastrointestinales y las respiratorias.

Salud de la familia

Se observa un incremento de familias monoparentales encabezadas por mujeres. En 2002, 22,2% de los hogares estaban encabezados por mujeres y representaban además 32,1 del total de hogares pobres, con mayor concentración en la zona urbana (38,6%) que en la rural (26,0%). La tendencia según sexo y estado conyugal de las jefas o jefes de familia muestra que las primeras tienden a ser solteras, unidas, separadas, divorciadas o viudas. En 2001, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley de Paternidad Responsable, que produjo un impacto significativo en la reducción de la tasa de nacimientos con padre no declarado que pasó de 29,3% en 2001 a 8,1% en 2002.

Salud de los trabajadores

La tasa de incapacidad anual por trabajador se ha mantenido constante en el período 2000–2004, y se puede concluir que 800 de cada 1.000 trabajadores sufren incapacidades anualmente. La región del país donde se concede mayor promedio de días de incapacidad por trabajador es la Región Brunca (7,2 días), solo superada por los hospitales descentralizados, donde el promedio de días otorgados por incapacidad es de 13,41; le siguen la Región Huetar Norte (6,83) y la Chorotega (6,83). En el área metropolitana solo se otorga un promedio de 3,87 días de incapacidad. El promedio nacional de incapacidades ronda los 6,84 días.

Las cuatro causas más frecuentes de incapacidad, y por las cuales se otorga el mayor número de días, son las infecciones de las vías respiratorias superiores (100.000 días al año), las dorso-patías (60.000 días al año), las enfermedades infecciosas intestinales (45.000 días al año) y los trastornos del comportamiento (35.000 días al año), por lo que algunas medidas de mejoramiento del ambiente de trabajo podrían reducir la ausencia laboral.

La segunda actividad más importante en Costa Rica es la agricultura, que ocupa a alrededor de 240.000 personas. Se estima que alrededor de 3% de los trabajadores agrícolas se intoxican anualmente, por lo que cabría esperar alrededor de 7.500 casos por intoxicaciones, aun cuando solo se registran de 600 a 1.000 casos por año, lo que evidencia un subregistro de 82% a 97%. Alrededor de 8% de la población dedicada a la agricultura son mujeres, quienes debido a factores biológicos y no biológicos son más vulnerables a la exposición a los plaguicidas. Las intoxicaciones laborales se presentaron en una razón de dos y medio veces más en varones, a una edad promedio que osciló alrededor de los 31 años de edad. La tasa de letalidad por intoxicaciones laborales es la más baja de todas las formas de intoxicación.

Salud de las personas con discapacidad

Los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2000 realizado por el INEC revelan que 5,4% del total de la población presenta alguna discapacidad; 52% son hombres y 48% mujeres. Las personas con discapacidad constituyen 5% de la población urbana y 6% de la población rural. En algunos cantones del ámbito rural, como Corredores, Parrita, Osa y Montes de Oro, en la provincia de Puntarenas, se registran porcentajes que sobrepasan al promedio nacional en al menos 1,5%. La región central del país concentra la mayor cantidad de personas con discapacidad, con un número estimado de 184.452, seguida por la región Chorotega con 32.586, la región Huetar Atlántica con 29.012, la región Brunca con 26.109, la región Pacífico Central con 20.299, y la región Huetar Norte con 18.901. La ceguera es la discapacidad más frecuente, tanto en hombres (32.784) como en mujeres (29.772), seguida de sordera, parálisis y retraso mental.

Salud de los inmigrantes

Según datos del último censo de población realizado en 2000, 226.374 nicaragüenses residían habitualmente en el país (cerca de 6% de la población total); 50,9% eran mujeres y 49,1% hombres. Alrededor de la mitad de esta población tenía entre 20 y 39 años de edad. Otro tanto de población no calculado estaría conformado también por nicaragüenses, que o bien se mueven por ciclos temporales cortos, o bien no fueron captados en la medición por no estar asentados en residencias habituales.

La población migrante nicaragüense presenta un proceso de distribución y asentamiento desigual y diferenciado entre las distintas regiones del país; las tendencias de ubicación geográfica se concentran en tres regiones (Central, Atlántica y Zona Norte), donde se realizan actividades económicas que captan fuerza de trabajo migrante (agricultura de exportación, plantas agroindustriales y servicios). Vivían en hogares binacionales 295.456 personas, de las cuales 36,9% eran nacidas en Costa Rica y 62,6%, en Nicaragua.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Desde su aparición en 1993, el **dengue** ha representado un problema de salud pública de gran magnitud en Costa Rica. La mayor incidencia de casos se ha presentado en los años 1994, 1997, 2003 y 2005 (tasa de 55–89 por 10.000 habitantes en este período). Se estima que 95,7% de la población está en riesgo de contraer la enfermedad, especialmente la que reside en las zonas con transmisión de dengue y altos índices de infestación del mosquito *Aedes aegypti*. En 2005 se notificaron 37.798 casos. Las regiones con mayor incidencia (81,1% de los casos del país) fueron Pacífico Central (421,3 por 10.000 habitantes), Huetar Atlántica (264,2), Chorotega (172,5) y Central Norte (67,7). Se registraron 52 casos de dengue hemorrágico y dos defunciones, con una tasa de letalidad de 3,8%. El dengue en general ha mostrado un comportamiento estacional, ya que los casos comienzan a aumentar al inicio de la época de lluvia; sin embargo, en los últimos años se ha observado que la estacionalidad es menos marcada, manteniéndose la transmisión prácticamente a lo largo de todo el año. Se ha detectado la circulación de tres serotipos (dengue 1, dengue 2 y dengue 3), lo que aumenta el riesgo de aparición de casos de dengue hemorrágico. En el período 1995–2005 se registraron 329 casos de dengue hemorrágico con ocho defunciones. Al comparar los casos registrados por mes en los últimos tres años, se observa un incremento a partir del mes de mayo en los años 2003 y 2004, y en 2005 a partir del mes de abril, alcanzándose picos máximos en el mes de julio en 2003 y en agosto en 2005. Las encuestas entomológicas realizadas en 2004–2005 muestran índices de infestación que oscilan entre 0 casos y 23,2; en algunas localidades se encontraron índices de Breteau mayores que los de infestación, lo que indica la presencia de más de un foco de reproducción por vivienda. Los sitios con larvas de *Aedes aegypti* se clasifican en: depósitos inservibles (60,6%), como llantas (en las que se detecta la mayor positividad, con 22,7%) y tarros y chatarra (33,5%); depósitos artificiales especiales (38,6%); y depósitos útiles (38,3%), con la mayor positividad en barriles y recipientes destinados a almacenar agua para uso doméstico (72,8%), bebederos y comederos (13,0%).

Desde mediados del quinquenio 2001–2005, se observa un incremento sostenido de casos de **malaria**. El número de casos notificados pasó de 718 en 2003 a 3.541 en 2005, lo que representa un incremento de 393,2%. La incidencia parasitaria anual (IPA) pasó de 1,05 en 2001 a 2,25 en 2005. El mayor porcentaje de casos del quinquenio se registró en la Región de Salud Huetar Atlántica, ubicada al nordeste del país en la frontera con Panamá, con 66,2% en 2001 y 95,2% en 2005. El grupo de edad de 15 a 49 años siguió siendo el más afectado, al pasar de 62,7% de casos en 2001 a 72,0% en 2005. La proporción de varones afectados osciló entre 60,6% en 2001 y 62,67% en 2005. No se notificaron muertes por

malaria durante el quinquenio. De los casos notificados durante el quinquenio, 99,7% fueron causados por *Plasmodium vivax*, sensible a la cloroquina. Los ocho casos de malaria por *P. falciparum* notificados durante los dos últimos años (cinco en 2004 y tres en 2005) fueron importados: cinco de Nicaragua, dos de África, y uno de la República Dominicana. Dadas las condiciones geográficas, climáticas y de uso del suelo en el país, cerca de 70% del territorio nacional se considera área malárica, es decir, favorable para el desarrollo del vector más importante involucrado en la transmisión de esta enfermedad: *Anopheles albimanus*. Estos factores, asociados al fenómeno migratorio hacia y entre zonas de producción agrícola, y a las condiciones socioeconómicas de la población residente en ellas, influyen de manera importante en el control de la malaria.

El problema de la **filariasis bancrofti** en el país está circunscrito a la ciudad de Puerto Limón, en la región de Huetar Atlántica. Los resultados de los estudios epidemiológicos (1974–1983) y de antigenemia (2002–2003) indican la baja probabilidad de que existan fuentes de infección disponibles para mantener una transmisión activa. Las muestras de 3.044 escolares procedentes de todos los barrios de la ciudad de Puerto Limón resultaron con antigenemia negativa; 70% de los portadores presentaron menos de 6 microfilarias por 20 microlitros de sangre, y la morbilidad residual se refiere solo a adultos mayores. Se identificó a *Culex quinquefasciatus* como el principal vector. Se ha concluido que la filariasis linfática en la ciudad de Puerto Limón ha sido eliminada, por lo que se inició el proceso de certificación correspondiente.

Enfermedades inmunoprevenibles

El Programa Ampliado de Inmunización contempla actualmente vacunas contra el sarampión, la rubéola, la parotiditis, la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, la hepatitis B, la infección por *Haemophilus influenzae* tipo b, y la tuberculosis (meníngea y miliar), y contra las complicaciones ocasionadas por el virus de influenza estacional (gripe), esta última para grupos en riesgo. En 2004 se inició la vigilancia de virus influenza en cuatro sitios centinela (Hospital Nacional de Niños, Hospital Nacional Geriátrico, Hospital Max Peralta y Clínica de Pavas), con el fin de fortalecer las pruebas para la selección de la vacuna contra la influenza que se encuentre más acorde con las cepas que circulan en el país. Desde 2000 no se notifican casos confirmados de **sarampión** (el último brote tuvo lugar en 1999), aunque en 2005 se notificó un caso esporádico. A partir de 2001 se puso en marcha un plan de control de la **rubéola** y eliminación del **síndrome de rubéola congénita**, que incluyó la vacunación de la población de 15 a 39 años de ambos sexos en una jornada que alcanzó 98% de cobertura, complementada con la vacunación posparto en la cohorte de mujeres embarazadas. La **hepatitis B** es una enfermedad que presenta mayor incidencia en el grupo de 15 a 44 años; sin embargo, en los últimos años se empieza a notar un aumento en el grupo de 10 a 14 años. La vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) se introdujo en el esquema básico ofi-

cial de vacunación en marzo de 1998. La disminución más marcada en los casos de **meningitis** se produjo a partir de 1998, cuando se iniciaron los esfuerzos para lograr una cobertura nacional de la vacunación. Desde 1988 no se registraban casos de **tétanos neonatal**, aunque en 2002 se notificó y confirmó un caso, y se tomaron medidas para reforzar las coberturas en poblaciones adultas y embarazadas en riesgo. El tétanos en adultos sigue presentándose en forma esporádica, notificándose de uno a tres casos por año. La difteria no se presenta en el país desde 1976, seis años después de la introducción de la vacuna contra la difteria y el tétanos (DT) en el esquema nacional.

A lo largo de la última década y en lo que va del presente siglo el Programa Ampliado de Inmunización ha mantenido niveles de cobertura de 80% y más para todos los biológicos; la tendencia en las coberturas para las vacunas trazadoras del esquema oficial, BCG (vacuna de bacilo Calmette-Guérin), VPO3 (vacuna antipoliomielítica oral-Sabin) y DPT3 (vacuna triple bacteriana contra la difteria, la tos ferina y el tétanos) mostró un comportamiento ascendente durante el período 1998–2002.

Enfermedades infecciosas intestinales

Las tasas de **enfermedades diarreicas agudas** muestran una tendencia creciente en los últimos años, al pasar de 2.917 por 100.000 habitantes en 1992 a 3.939 por 100.000 en 2001 (35% de incremento); sin embargo, la tendencia es descendente para los egresos por estas enfermedades, que pasaron de 8.151 en 1990 a 4.821 en 2000 (una reducción de 40,8%). Este descenso se observa en todos los grupos de edad excepto en el grupo de los mayores de 80 años y en los de 5 a 9 años, en los que se registra un incremento. La mortalidad por enfermedades diarreicas ha tendido a mantenerse constante, excepto en los años 1994, 1995 y 1996, en los que se incrementó; la letalidad ha descendido en los últimos años de 0,12% en 1994 a 0,06% en 2001. Cabe destacar que, al revisar la información, se advierte un importante subregistro de casos en zonas del país, lo que dificulta conocer el comportamiento mensual de esta enfermedad; aun así, se puede observar un incremento en los casos notificados en los meses de marzo y junio. Tanto la incidencia como la mortalidad son mayores en personas de edades extremas, es decir los menores de 5 años y los mayores de 65, y más frecuentes en los varones en el primer grupo, relación que se invierte en los adultos mayores. Las provincias con mortalidad más alta siempre son Puntarenas, Guanacaste y Alajuela.

Enfermedades crónicas transmisibles

Costa Rica se encuentra ubicada entre los países de baja prevalencia de **tuberculosis**, con una tasa de incidencia notificada de 17,35 por 100.000 habitantes en el último cuatrienio. La forma de tuberculosis diagnosticada con más frecuencia es la pulmonar (85% del total de casos); el grupo de población más afectado son los mayores de 25 años y, por otra parte, se registran más casos en varones que en mujeres. Del total de los casos, 10% se presenta

en la población inmigrante. Si bien hay un problema de subnotificación de las muertes por tuberculosis, la mortalidad mantiene tendencia descendente desde 1999, con una tasa promedio de 2,3 por 100.000 habitantes.

La cobertura de BCG en los últimos cuatro años ha sido superior a 90%, y no se han notificado casos de **meningitis tuberculosa**. Se han notificado casos de tuberculosis polifarmacorresistente pero se considera que este tipo de tuberculosis no es un problema importante en el país. Desde el punto de vista operacional, se ha mejorado la detección de sintomáticos respiratorios y se ha incrementado el número de baciloscopias, pero esta cifra todavía es inferior a la esperada, con una positividad de 3% entre los sintomáticos respiratorios; el mejoramiento mediante una mayor cantidad y mejor calidad de baciloscopias permitirá mejorar el conocimiento de la situación epidemiológica.

La estrategia de tratamiento breve bajo observación directa conocida como DOTS o TAES, al presente año alcanza una cobertura de 100%; en 2001 la cohorte de casos nuevos bacilíferos en zonas DOTS alcanzó 58,2% de curación y 25,3% de tratamiento terminado, para un éxito de 83,2%, con 5,6% de defunciones y 10,1% de abandonos. En las áreas no DOTS, los casos curados representaron 34,2%, los tratamientos terminados 27,9% (con un éxito de solo 62,1%), las defunciones 14,6% y los abandonos 22%. Las regiones de salud que presentan el mayor número de casos nuevos son Huetar Atlántica, Pacífico Central, Central Sur y Central Norte.

En 2002 se inició la búsqueda activa de casos de **lepra** en las consultas de dermatología de los hospitales nacionales y regionales. A partir de entonces, se ha logrado rescatar e identificar un total de 114 casos de lepra, que corresponden al período 1998–2003, para una prevalencia de 0,28 casos por 10.000 habitantes. Puntarenas fue la provincia con más casos y más alta prevalencia (0,7 por 10.000 habitantes). La detección por año es de alrededor de 15–20 casos nuevos en los últimos años.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la causa de notificación obligatoria y de consulta externa más frecuente en el país. La tendencia de estas enfermedades fue ascendente hasta 1999, experimentó un descenso en el año 2000 y se mantuvo constante hasta 2004 (tasa de 20.000–25.000 por 100.000 habitantes). Los grupos de edad más afectados son los menores de 10 años, y dentro de estos, los menores de 1 año, con una tasa de hospitalización que oscila entre 26,7 por 1.000 y 32,8 por 1.000; le siguen el grupo de 1 a 4 años, con tasas de hospitalización de 1,65 por 1.000 a 2,41 por 1.000, y en tercer lugar el grupo de 5 a 9 años, con tasas de 0,36 a 0,79 por 1.000. Los menores de 5 años representan entre 80% y 90% de los egresos por esta causa. El otro grupo de edad que se encuentra entre los más afectados son los mayores de 50 años, con tasas de hospitalización que oscilan entre 0,30 y 0,56 por 1.000. Sin embargo, la mortalidad es más elevada en este último grupo en relación con los menores de 10 años. La distribución

temporal de los casos notificados en los últimos cuatro años muestra una mayor incidencia en los meses de marzo, abril y junio.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Los casos de sida muestran una tendencia creciente de 1983 a 1998, año en que se introdujo el tratamiento antirretroviral. El total de casos registrados hasta 2004 fue de 2.742. La clasificación de casos de sida según la vía de infección muestra que 84,2% de los casos se producen por vía sexual (hombres que tienen sexo con hombres, 43,7%; heterosexual, 24,9%, y bisexual, 15,6%), 3,9% por vía sanguínea (hemofilia 2,1%, transfusión 0,9%, uso de drogas intravenosas 0,9%), 1,2% perinatal, y en 6,8% se desconoce la vía de infección. La tasa de mortalidad por VIH/sida ha aumentado en forma sostenida desde el inicio de la epidemia; en 1997 se alcanzó el valor máximo, con 4,8 defunciones por 100.000 habitantes; sin embargo, a partir de ese mismo año se observa una disminución, aunque no sostenida, y en los últimos años la tasa parece mantenerse estable en alrededor de 3,5 defunciones por 100.000 habitantes. La población más afectada es la masculina; la razón hombre: mujer ha venido disminuyendo de 12:1 en 1998 a 7:1 en 2001 y a 5,4:1 en 2005. La tendencia observada en la mortalidad según sexo es un leve descenso en la mortalidad de las mujeres. Con respecto a la mortalidad según grupos de edad se observa una acumulación en la población de 25 a 39 años de edad.

En lo que se refiere a las demás infecciones de transmisión sexual, en 2005 las tasas de incidencia acumulada más altas de **sífilis** se encuentran entre los menores de 1 año (105,2 por 100.000 habitantes), seguidos del grupo de 15 a 54 años (24,0 por 100.000 habitantes). La razón por sexo indica que de cada 1,17 casos femeninos hay uno masculino. A diferencia de la sífilis en todas sus formas, la tendencia de la sífilis congénita ha sido ascendente en 1996, 1998 y 2004. En 2005, las tasas de incidencia acumulada más altas por **gonorrea** correspondieron al grupo de 15 a 44 años (37,5 por 100.000 habitantes).

Zoonosis

Según el registro de enfermedades de notificación obligatoria, la **leptospirosis** es la enfermedad zoonótica de mayor incidencia acumulada. El análisis de la tendencia de la leptospirosis correspondiente al período 1996–2005 revela que esta enfermedad se ha convertido en una zoonosis reemergente, con tendencia ascendente a partir de 1999 atribuida a la mejora en la búsqueda de casos mediante la vigilancia de febriles. Es, pues, necesario reforzar la investigación con el objeto de establecer los puntos de corte para cada una de las serovariedades e identificar las de mayor circulación en el país. La distribución de casos por provincia muestra que Puntarenas (2,4 por 10.000 habitantes) y Limón (1,1 por 10.000) tuvieron la mayor incidencia; los cantones más afectados fueron los de Corredores (1,0 por 1.000 habitantes), Golfito (0,7), Talamanca (0,3) y Matina (0,2). La distribución por sexo refleja un predominio en hombres, con una razón de masculinidad de

4:1. En cuanto a la distribución por grupos de edad, la menor incidencia corresponde a las edades extremas y la mayor incidencia se registra en personas que realizan actividades agroindustriales, en residentes en zonas de inundación, zonas marginales o ambas, y en la población de edades económicamente activas.

Costa Rica no presenta **rabia canina** desde 1987. En 2002 se registraron dos casos de rabia humana infectados por el tipo de virus rábico que circula en vampiros, transmitido por un mismo gato rabioso, en una zona rural con antecedentes de rabia bovina. La vigilancia epidemiológica de la rabia en el país se fortaleció gracias a la coordinación de actividades con el Ministerio de Agricultura y Ganadería. La **cisticercosis** no es una enfermedad de notificación obligatoria, por lo que no hay registro de su incidencia. Sin embargo, al revisar las causas de muerte por enfermedades transmisibles se halló que en 1995 hubo dos defunciones por cisticercosis, y en 2000, cuatro, lo que hace necesario indagar más sobre esta enfermedad para saber si realmente está presentando una incidencia creciente.

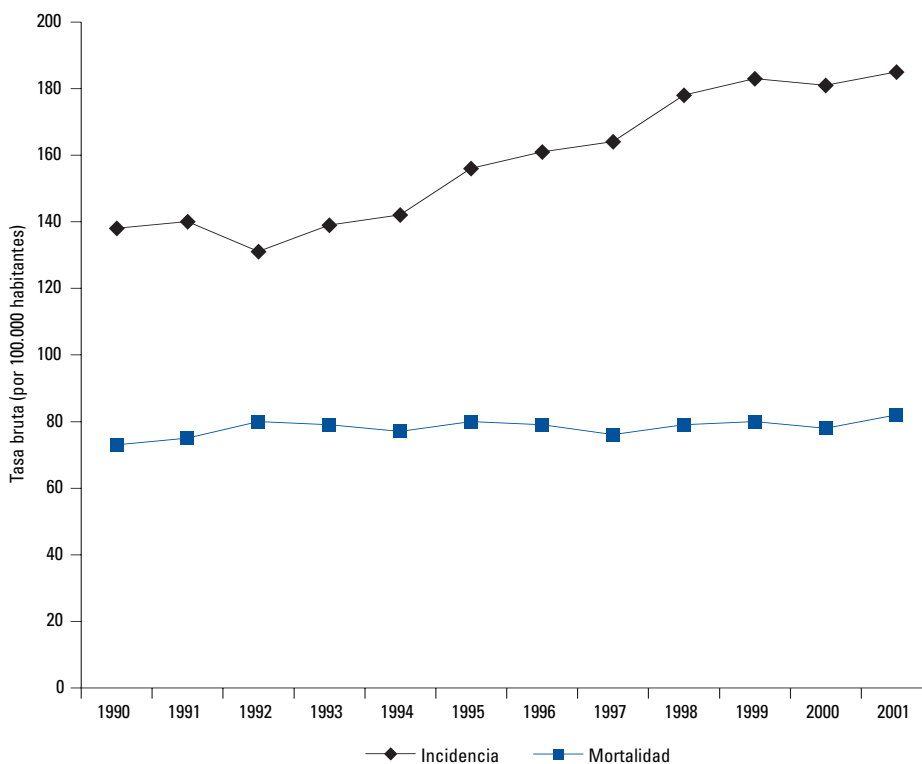
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En 1996 se llevó a cabo la última encuesta nacional de nutrición y en 1997 el último censo de talla en escolares de primer grado, de modo que el país no cuenta con datos recientes sobre la situación antropométrica en el ámbito nacional de niños preescolares, escolares, adolescentes y mujeres en edad fértil como grupos vulnerables en términos nutricionales. Sin embargo, un estudio nacional en escolares de 7 a 15 años realizado en 2002 reveló que, según el índice de masa corporal, 6,2% eran delgados, 73,2% eran normales, 12,7% presentaban sobrepeso y 7,9% obesidad. En 2000, una evaluación nutricional realizada en la comunidad centinela rural de Nicoya (Guanacaste) encontró que 30,4% de niños preescolares tenían deficiencia de reservas de hierro según la medición de la ferritina, y 12,1% de las mujeres en edad fértil presentaban deficiencia de folatos séricos. En 9,9% y 11,1% de los preescolares y escolares, respectivamente, se hallaron niveles séricos deficientes de vitamina A, y en 41,1% y 47,7%, respectivamente, carencia marginal de vitamina A.

Una encuesta nacional de consumo aparente de alimentos en los hogares realizada en 2001 indicó que el porcentaje de adecuación de nutrientes es mayor conforme aumenta el ingreso familiar, hasta alcanzar valores superiores a 100% de adecuación en los hogares de mayor ingreso. El consumo de alimentos tanto en el ámbito del hogar como a nivel nacional es satisfactorio; sin embargo, se observan diferencias por grado de urbanización y disparidades por deciles de ingreso tanto en los hogares de la zona urbana como de la zona rural.

La tasa de mortalidad por **diabetes** presenta una tendencia al aumento que se ha acentuado en los últimos años, con una tasa de 19,3 por 100.000 habitantes en 2004. Datos de una encuesta

FIGURA 4. Incidencia y mortalidad anual por todos los tumores para ambos sexos, Costa Rica, 1990–2001.

Fuente: Costa Rica, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Registro Nacional de Tumores.

realizada en el área metropolitana de San José en 2004, muestran que la prevalencia de casos es 7,9%, de los cuales 1,9% desconocen estar enfermos. La prevalencia es mayor en hombres (8,3%) que en mujeres (7,6%) y se incrementa a partir de los 40 años de edad. Datos de la misma encuesta indican que el porcentaje de personas con índice de masa corporal mayor de 25 es de 58,9% (hombres 62% y mujeres 55,9%). Se estima que 41,2% de la población realiza menos de 30 minutos diarios de actividad física al menos cinco veces a la semana.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades del sistema circulatorio constituyen la primera causa de muerte desde 1970, aunque a partir de 2002 muestran una tendencia decreciente, siempre con valores más elevados en hombres. En 2004 la tasa fue de 112 por 100.000 habitantes en hombres y 103 por 100.000 en mujeres. La tasa de mortalidad por **enfermedades hipertensivas** presenta una tendencia creciente, con 13,2 por 100.000 en 2004, sin grandes diferencias por sexo. Datos de la encuesta realizada en 2004 en el área metropolitana de San José revelan una prevalencia de hipertensión de 25,2 por 100 habitantes, que aumenta con la edad. La **cardiopatía isquémica** muestra una tendencia decreciente desde 2001 (tasa de 50,6 por 100.000 habitantes en 2004, con predomi-

nio en el sexo masculino), al igual que las **enfermedades cerebrovasculares** (tasa de 22,1 por 100.000 en 2004, con predominio en el sexo femenino).

Neoplasias malignas

Los tumores malignos son la tercera causa de muerte. Cada año se diagnostican más de 7.500 nuevos casos de cáncer y mueren más de 3.500 personas por esta causa. El registro de tumores, que existe en Costa Rica desde 1980, indica un incremento en las tasas de incidencia de aproximadamente 40% desde inicios de la década pasada, aunque la tasa de mortalidad no ha presentado mayor variación en los últimos años (Figura 4).

La tendencia de la incidencia en **cáncer de mama** ha mostrado un incremento de más de 45% en sus tasas ajustadas por edad en el período comprendido entre 1990 (tasa de 25,96 por 100.000 habitantes) y 2000 (37,88 por 100.000). La mortalidad ha disminuido en los últimos años, al pasar de una tasa ajustada de 12,09 por 100.000 habitantes en 1990 a 11,27 por 100.000 en 2003. Se encuentra más concentrada en la zona urbana del Valle Central del país.

El **cáncer de cuello del útero** presenta la mayor incidencia en el año 2000, con una tasa ajustada de 46,94 por 100.000 habitantes. La tasa de incidencia de cáncer in situ fue de 30,90 y la de

cáncer invasor 18,17 por 100.000. La tasa de incidencia ajustada de cáncer in situ ha aumentado de 22,62 por 100.000 habitantes en 1990 a 30,90 por 100.000 en 2000, mientras que la incidencia de cáncer invasor ha disminuido de 17,48 a 16,80 por 100.000, lo que demuestra la eficacia del tamizaje. En el mismo período, la tasa ajustada de mortalidad ha disminuido de 9,95 por 100.000 habitantes a 5,60 por 100.000. Su distribución es rural y en las zonas litorales del país.

Costa Rica se ubica entre los 10 países con la mayor incidencia y mortalidad por **cáncer de estómago** a nivel mundial. De 1990 a 2000 no hubo mayor variación en la tasa de incidencia, aunque sí hubo un descenso en la tasa ajustada de mortalidad de 25,73 por 100.000 habitantes a 16,59 por 100.000, respectivamente. En 2000 se diagnosticaron 815 casos (399 en hombres). La región occidental del Valle Central y la región sur del país presentan la mayor cantidad de casos.

Entre 1990 y 2000 la tasa ajustada de incidencia del **cáncer de próstata** se triplicó, pasando de 17,86 a 45,1 por 100.000 habitantes. Igualmente, la tasa ajustada de mortalidad presentó una tendencia creciente en el mismo período, al pasar de 10,29 por 100.000 habitantes a 15,89 por 100.000.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Por su ubicación geográfica, el país está expuesto a la amenaza de diversos fenómenos naturales y a cambios hidrometeorológicos que, sumados a la vulnerabilidad de las poblaciones expuestas en las regiones del Atlántico Norte y Sur, las limitaciones en la aplicación de las políticas para el adecuado manejo ambiental, y la naturaleza de las cuencas hidrográficas, han provocado reiteradas inundaciones. En el período 1998–2005 las pérdidas económicas en el sector salud alcanzaron los US\$ 23 millones, cifra equivalente a 2,7% del valor de los daños totales. Debido a experiencias anteriores, y por la concentración de la población en zonas de riesgo, la exposición a amenazas volcánicas y sísmicas debe continuar manteniéndose en consideración. También debe tenerse en cuenta que los riesgos asociados al desarrollo tecnológico se incrementan a una velocidad mayor que la vigilancia y el control por parte de las entidades responsables.

Violencia y otras causas externas

En 2004 se registraron 52.352 accidentes de tránsito que causaron la muerte de 587 personas (13,8 por 100.000), lo que representa una reducción de 5,6% en relación con el año previo. Según información del Consejo de Seguridad Vial, en 2005 las personas que murieron “in situ” fueron mayoritariamente varones (88,5%); más muertes entre los conductores (23,4%) y peatones (23,2%). En 2005 se produjeron 7,2% más traumatismos

graves que en el año anterior. Las posibles causas de los accidentes en 2005 fueron el exceso de velocidad (29,8%), la imprudencia peatonal (16,8%) y el alcohol (15,3%).

En cuanto a la violencia social y las muertes violentas (homicidio, suicidio y toda clase de accidentes), hay un incremento significativo. La atención de casos de violencia intrafamiliar por diversos servicios institucionales, incluidos los de salud, ha crecido de manera continua en los últimos años. Las medidas de protección solicitadas ante el Poder Judicial aumentaron más de 55% entre 1998 y 2002. La problemática de la violencia contra las mujeres presenta una gravedad y magnitud crecientes; 58% de las mujeres sufrieron al menos un incidente de violencia física, sexual, o ambas, y los hombres más cercanos fueron los principales agresores. En su mayoría (81,9% de los casos) las violaciones contra las mujeres mayores de 16 años fueron cometidas por hombres de la familia o la pareja; 84,3% de los casos de violencia ocurren dentro del hogar. Entre 2000 y 2005 se registraron 152 asesinatos de mujeres en situaciones de violencia intrafamiliar y violencia sexual extrafamiliar, para un promedio de 25,3 mujeres asesinadas por año.

De los 331 menores atendidos en el Hospital Nacional de Niños en 2002, 53,5% fueron víctimas de abuso sexual y 25,5% de agresión física. En 2005, de 7.621 atenciones a menores de 18 años brindadas por el Patronato Nacional de la Infancia, 49,5% correspondieron a maltrato físico, 23,3% a abuso sexual intrafamiliar, 10,6% a abuso sexual extrafamiliar y 16,7% a abuso emocional.

Salud mental y adicciones

Los registros de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) de causas de consulta en psiquiatría correspondientes a 2002, señalan como primera causa de consulta en personas mayores de 10 años los trastornos ansiosos, depresivos y neuróticos; se estima que la depresión en el país tiene una prevalencia de 7,2%. Más del doble de los casos de trastornos depresivos se presentan en mujeres. En la última encuesta realizada por la CCSS en 2001, se encontró que la primera causa de consulta en ambos sexos es la ansiedad, seguida por el alcoholismo y la depresión. La primera causa de egreso hospitalario psiquiátrico corresponde a las psicosis, y dentro de ellas la esquizofrenia. La proporción de egresos muestra una predominancia sostenida del género masculino.

La mortalidad por suicidio (tasa por 100.000 habitantes) en los últimos años presenta las siguientes cifras: 6,2 en 1995; 6,3 en 2000; 4,7 en 2001 y 6,7 en 2005. Correspondieron a hombres 88,2% de las muertes y a mujeres 11,8%. En 2004, la provincia con mayor tasa de suicidios fue Guanacaste, con 7,5 por 100.000 habitantes, seguida por Heredia y San José con 7,1, Alajuela con 6,9 y Cartago con 6,7. En cuanto a los homicidios, 86% correspondieron al género masculino y 14% al femenino, lo que se traduce en una razón hombre/mujer de 6:1.

Participación ciudadana en salud

Según el Padrón Nacional de Organizaciones que Trabajan en Pro de la Salud, elaborado en 2005 por la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS), en Costa Rica existen 3.500 organizaciones activas, de las cuales 143 son juntas de salud, 681 son comités de salud y, el resto, asociaciones de pacientes, grupos de voluntariado y otras organizaciones de la comunidad. Además, existe un importante número de redes sociales en el tema de la violencia intrafamiliar, así como en VIH/sida. En los últimos 10 años, en el sector salud de Costa Rica se han llevado a cabo acciones que han promovido una mayor participación de la sociedad civil, entre las que destacan: la inclusión de la participación social en el Reglamento de Seguro de Salud; la creación de juntas de salud por medio de la Ley 7.852 de desconcentración de los hospitales y clínicas de la CCSS de 1998; la apertura de Contralorías de Servicios en 95% de los hospitales; la elaboración de la guía para comités de salud de 2005 y la elaboración de planes estratégicos de participación social en algunas regiones de salud.

Contaminación ambiental

El informe de 2005 de la Contraloría General de la República indica que en los últimos 10 años ha habido un aumento del uso de plaguicidas agrícolas importados de toxicidad aguda alta y extrema (categoría IA y IB según la OMS) y probables cancerígenos (categorías A B según la Agenda de Protección Ambiental, EPA, EUA). El informe también señala limitaciones de política, normatividad y coordinación interinstitucional para controlar y disminuir el uso de estas sustancias, garantizar su calidad y reducir los riesgos asociados con la salud y el ambiente. Las intoxicaciones por plaguicidas continúan siendo un importante problema de salud pública en las zonas de alta explotación agrícola. Costa Rica forma parte de los países con mayor uso de plaguicidas per cápita en el mundo (2 kg/persona/año).

Salud oral

No se ha realizado una nueva encuesta nacional de nutrición desde 1996. Los datos de esta encuesta informaron sobre una mejoría de la salud oral de los preescolares y escolares respecto a la encuesta de 1992. La población preescolar encuestada en 1996 presentó un índice nacional de dientes cariados, perdidos u obturados (CPO-D) de 3,8 (zona metropolitana 3,0; resto urbano 2,7 y rural 4,0). La prevalencia de CPO-D en la población escolar fue de 49,9%.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

Costa Rica define sus políticas sanitarias cada cuatro años con cada nuevo Gobierno, mediante un proceso participativo coordinado por el Ministerio de Salud. La elaboración de la política nacional de salud para el período 2002–2006 se sustentó en estudios especiales como el análisis sectorial de salud, la medición

del desempeño de las funciones esenciales en salud pública (FESP) y la evaluación de las funciones de rectoría, cuyos resultados permitieron definir los siguientes cuatro ámbitos de política: fortalecimiento y consolidación del sector salud; equidad, universalidad, acceso y calidad de las acciones sanitarias; recreación y promoción de la salud, y salud ambiental y desastres. Estas políticas responden a una Agenda Sanitaria Concertada que propone los siguientes 10 compromisos sectoriales: 1) fortalecer las intervenciones orientadas a conservar o incrementar los logros relacionados con la mortalidad infantil y materna, las enfermedades transmisibles y las carencias nutricionales; 2) promover la construcción de una cultura de la salud centrada en la promoción de la salud y el fomento de estilos de vida saludables; 3) prevenir y atender las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo; 4) promover y atender la salud mental en forma integral, haciendo hincapié en la violencia social; 5) mejorar la equidad, acceso, calidad y ética de los servicios, con énfasis en la atención primaria; 6) mejorar la salud ambiental con énfasis en el saneamiento básico y el manejo integral del recurso hídrico; 7) fomentar acciones orientadas a reducir la vulnerabilidad ante los desastres; 8) consolidar la estructura y funcionamiento del sector salud; 9) modular la inversión, el gasto y el financiamiento en coherencia con los valores y principios que rigen las políticas y prioridades del sector, y 10) consolidar el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. La Agenda Sanitaria Concertada es el marco que orienta las acciones sectoriales a nivel nacional; de la misma manera, en el ámbito subnacional, cada una de las siete regiones de salud tiene agendas formuladas que definen el marco que orienta sus acciones sectoriales.

La salud tiene rango constitucional y se considera un derecho humano básico. El modelo de atención es de tipo universal y todos los habitantes tienen derecho a los servicios públicos que provee la CCSS. Existen instancias extra e intrasectoriales con facultades para supervisar el cumplimiento de ese derecho. Entre

las primeras se encuentran la Sala IV Constitucional, que aboga por el cumplimiento de los derechos constitucionales, incluido el de la salud, y la Defensoría de los Habitantes, que vigila la oportunidad y calidad de la atención sanitaria. El Ministerio de Salud, a través de la Auditoría General de Servicios de Salud, creada por ley en 2002, promueve los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud públicos y privados. Por su parte la CCSS cuenta con oficinas denominadas Contralorías de Servicios en sus establecimientos de salud, que reciben y gestionan quejas de los usuarios, y con Juntas de Salud integradas por representantes de la sociedad civil, que vigilan la gestión de los establecimientos y el uso del presupuesto asignado.

En el período 2001–2005 se continuaron desconcentrando los servicios de rectoría sectorial o de salud pública del Ministerio de Salud, así como los servicios de atención a las personas o de salud individual de la CCSS. La Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS aprobada en 1998 otorga personería jurídica instrumental a los establecimientos para administrar recursos humanos y financieros mediante compromisos de gestión que firman anualmente con el nivel central de la CCSS. En materia de salud pública, el Ministerio de Salud desconcentró la vigilancia de la salud apoyándose en el “Reglamento orgánico y funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud”, que establece las normas sobre la notificación de eventos de denuncia obligatoria a las comisiones interinstitucionales de vigilancia de la salud de los niveles central, regional y local. Asimismo, el Ministerio desconcentró acciones de regulación sanitaria como la habilitación de establecimientos de salud y de salud ambiental. La cooperación técnica apoyó la desconcentración mediante la capacitación de funcionarios para mejorar la capacidad institucional en tareas de rectoría específicas, tales como la medición del desempeño de las funciones esenciales en salud pública (FESP) y las funciones de rectoría, y para medir la exclusión social en salud por áreas geográficas, grupos étnicos, grupos de edad y otras categorías de análisis. El sector salud efectuó la medición de las FESP en el ámbito nacional en 2001, y en las nueve regiones sanitarias entre 2003 y 2004. Aún está pendiente la elaboración de planes correctivos para mejorar el desempeño de algunas FESP, como las referidas a la investigación esencial para implementar soluciones innovadoras en salud pública y al desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

Según el informe de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública en Costa Rica, 2001, “la protección social en salud, medida por la incorporación de la población al seguro público de salud que administra la Caja Costarricense del Seguro Social, ha tenido altibajos en el último lustro. Entre 2000 y 2004 la proporción de población no asegurada fluctuó entre 12,1% y 14,7%, hecho que tiene relación con el comportamiento de las coberturas de aseguramiento de la población económicamente activa (PEA), del aseguramiento por el Estado, de los familiares asegurados y del aseguramiento de pensionados”.

El incremento de la extensión de la protección social en salud es el resultado de los diferentes mecanismos de aseguramiento que ha puesto en funcionamiento la CCSS a través de los años: el seguro obligatorio de los asalariados; el seguro voluntario para trabajadores por cuenta propia; los convenios especiales con gremios particulares como taxistas y trabajadores agrícolas; los convenios con diferentes categorías de pensionados, y los asegurados por cuenta del Estado con cargo al Presupuesto Nacional que cubre a pobres, indigentes y privados de libertad del sistema penitenciario. Cabe señalar que entre 1975 y 1985 la proporción de la población asegurada por estos mecanismos aumentó, pasando de 60% a 81%, aunque en las siguientes dos décadas, de 1985 a 2004, el aseguramiento solo aumentó 7 puntos, de 81% a 88%.

La extensión de la protección en salud a cargo de la CCSS está enfrentando problemas de sostenibilidad financiera. Todos los habitantes pueden usar los servicios de la CCSS, pero el análisis del sistema de recaudación de la CCSS muestra que existe evasión y rezago en los pagos, por lo que el ingreso tiende a ser menor que el egreso con una diferencia de aproximadamente 0,2% del PIB. Esta situación ha reducido las posibilidades de inversión en compra de equipo y materiales, así como la apertura de nuevas plazas, lo que se ha traducido en crecientes listas de espera, deficiente calidad de la atención y limitaciones en la cobertura. Esta situación ha llevado a tomar medidas poco populares, como la de anular el privilegio que tenían los propios trabajadores de la CCSS (aproximadamente 40.000 personas), quienes por muchos años solo pagaron la mitad de la cuota que les corresponde como trabajadores asalariados (5,5% de su ingreso). Otras medidas que se han puesto en marcha para mejorar la gestión institucional de la CCSS son: la disminución del plazo promedio de facturación (de 30 días en 2002 a 18 días en 2005); la presentación de las planillas por medios automatizados; la ampliación de los centros de recaudación y medios de pago para el sector patronal y los trabajadores; la disminución de la tasa anual de morosidad patronal de 13,5% en 2002 a 8,5% en 2005; los mecanismos para captar nuevos trabajadores asalariados e independientes; el reglamento para la afiliación de los trabajadores independientes y asegurados voluntarios; el programa nacional de afiliación de trabajadores independientes; las denuncias en sede judicial y las prevenciones de cierre de negocios por negativa injustificada a suministrar información. En el mediano plazo se deberá valorar si estas medidas realmente aumentan la protección social en salud y mejoran la calidad de los servicios de la CCSS.

Por último, en el país existen otros mecanismos de protección social en salud, como el Seguro de Riesgos de Trabajo y el Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA). El primero cubre a los trabajadores asalariados y en los últimos años ha mantenido una cobertura de 71% de la PEA. Por su parte, el SOA financia la atención médica y hospitalaria de personas con traumatismos causados por el tránsito, tanto viajeros como peatones.

La regulación sanitaria y de los servicios de salud es una de las funciones de la rectoría sectorial, por lo que su coordinación está a cargo del Ministerio de Salud, que establece normativas nacionales que se aplican en forma desconcentrada. Se ejerce regulación en los siguientes tres ámbitos: el servicio de atención a las personas, los insumos para la salud y en materia ambiental.

La regulación de los servicios de atención a las personas está a cargo de la Dirección de Servicios de Salud y consiste básicamente en tres procedimientos, para los cuales se han desarrollado las metodologías e instrumentos apropiados: habilitación de establecimientos de salud, acreditación de hospitales y evaluación integral del primer nivel de atención. A la fecha, se cuenta con resultados anuales de las evaluaciones efectuadas tanto a establecimientos públicos como privados, así como de los progresos logrados en la atención integral en el primer nivel de atención.

En cuanto a la regulación de insumos para la salud, corresponde a la Dirección de Registros y Controles, y consiste en la aplicación de normas y procedimientos para la incorporación y registro en el país, principalmente de medicamentos, productos de consumo humano y equipo técnico. Esta actividad por el momento se encuentra centralizada.

La regulación en materia ambiental está a cargo de la Dirección de Salud Ambiental, que ha definido normas y procedimientos para la autorización de edificaciones, manejo de desechos y calidad del agua, que se aplican principalmente en los niveles regional y local.

Estrategias y programas de salud

La Agenda Sanitaria Concertada, enmarcada en la Política Nacional de Salud, define las acciones estratégicas y las instituciones responsables para cumplir con los 10 compromisos sectoriales. El compromiso 2 se relaciona con la construcción de una cultura de la salud basada en la participación social; el compromiso 5 con el mejoramiento de la equidad, el acceso, la calidad y la ética de los servicios de salud; y el compromiso 9 con la modulación del financiamiento, gasto e inversión en salud. Esta agenda constituye el respaldo técnico y político para formular los programas nacionales de salud, los cuales se impulsan desde la rectoría del Ministerio de Salud. El ejercicio de la rectoría sectorial es la principal estrategia gubernamental para abogar por la equidad, la calidad y la cobertura de los servicios de salud, y vigilar su cumplimiento. No obstante, dicho ejercicio hasta ahora ha sido débil tanto por limitaciones propias del Ministerio de Salud como por falta de recursos y capacidades institucionales, problemas que se van superando gradualmente. La rectoría sectorial en Costa Rica se sustenta en una serie de leyes generales y específicas, así como en decretos ejecutivos, tales como la Ley General de Salud, la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, la Ley de la Administración Pública, y decretos ejecutivos relacionados con la organización y funcionamiento del sistema nacional de salud.

En mayo de 2006 se instaló un nuevo Gobierno y entre sus primeras acciones se destaca la publicación de un Decreto Ejecutivo sobre el Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo, el cual ratifica al Ministerio de Salud como el ente rector en materia sanitaria y ubica a los consejos sectoriales como parte del Poder Ejecutivo, integrados por el ministro rector y los jefes administrativos de las instituciones descentralizadas. Habrá que hacer un seguimiento para ver si estas medidas fortalecen la rectoría en salud.

Organización institucional del sistema de salud

En Costa Rica el sistema de salud se define como el conjunto de instituciones, programas y establecimientos orientados a preservar la salud de las personas, la familia y la comunidad, por lo que también incluye a la ciudadanía, los gobiernos locales y la acción intersectorial. El Ministerio de Salud es el órgano que vigila el desempeño de las funciones esenciales en salud pública y ejerce la rectoría sectorial. La CCSS es la única institución encargada del aseguramiento público de salud para la atención médica integral de las personas; el Instituto Nacional de Seguros (INS) está a cargo de los seguros obligatorios de automóviles y de riesgos del trabajo, y además ofrece alternativas de seguro voluntario tanto médico (INS-Salud) como de automóviles, apoyándose en proveedores médicos privados y en instalaciones propias; el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) regula la provisión de agua de consumo humano y la eliminación de aguas residuales; el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) desempeña funciones de laboratorio nacional de salud pública; el Instituto Costarricense sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) realiza funciones de prevención y atención de las adicciones, y el Instituto Costarricense Contra el Cáncer (ICCC) forma recursos humanos, promueve la investigación y coordina el programa nacional de control del cáncer. Por Decreto Ejecutivo de 1989, se incorporaron al sector salud la Universidad de Costa Rica y los Gobiernos Municipales. El Ministerio de Salud es parte del Poder Ejecutivo, en tanto que la CCSS, el INS y el AyA son instituciones autónomas, con ley y patrimonio propios, dirigidas por una Junta Directiva.

En el período 2002–2006, el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica aprobó, en el marco de la reforma sectorial, ajustes a la estructura organizacional del Ministerio de Salud para continuar su proceso de modernización y fortalecimiento de la función rectora. Este ajuste implicó la creación de nuevas unidades para fortalecer el desempeño de algunas de las funciones de rectoría, como las de modulación del gasto y financiamiento, investigación y desarrollo tecnológico, y aseguramiento de la salud.

La reforma sectorial ha impulsado la separación de la función de rectoría, a cargo del Ministerio de Salud, de las funciones de provisión de servicios y financiamiento que son competencia de

la CCSS, de acuerdo a la legislación local. Sin embargo, el Ministerio aún tiene a cargo la ejecución de programas asistenciales como el de educación y alimentación a niños pobres menores de 7 años, y el de control de vectores, el cual está siendo evaluado por las nuevas autoridades de salud para su posible transferencia a otras dependencias.

Los acuerdos superiores del sistema de salud se deciden en un Consejo Sectorial de Salud, en el que están representadas las instituciones antes citadas a través de sus autoridades de máxima jerarquía. Sin embargo, el funcionamiento de este consejo ha sido irregular, por falta de voluntad política de los titulares de las instituciones. A pesar de esa limitación, el consejo ha sido útil para coordinar acciones sectoriales, tales como las campañas nacionales de vacunación, la atención de emergencias y desastres en zonas del país afectadas por fenómenos naturales y, más recientemente, la formulación de un Plan Nacional para la Pandemia de Influenza, entre otras acciones.

Servicios de salud pública

La atención primaria de salud está a cargo de equipos básicos de atención integral en salud, conocidos como EBAIS e integrados por un médico general, un auxiliar de enfermería y un técnico de atención primaria. En el país existen 893 EBAIS que atienden en promedio a unas 4.000 personas cada uno, de modo que brindan una cobertura poblacional cercana a 90%, lo que significa que aún faltan EBAIS para lograr la cobertura total.

Cada área de salud cuenta con un número determinado de EBAIS, algunos de los cuales no son trabajadores de la CCSS sino trabajadores de cooperativas y programas que son pagados por la CCSS por concepto de compra de servicios y mediante compromisos de gestión previamente pactados. La labor de estos equipos, además de atender la morbilidad prevalente en su zona de influencia, es la de participar activamente en las acciones de promoción de salud y de prevención de enfermedades que implican un trabajo extramuros, lo que se logra medianamente debido al escaso trabajo comunitario. Hasta 2005, todas las áreas de salud han rubricado anualmente compromisos de gestión, y durante la negociación previa a la firma y aprobación del presupuesto deben presentar un análisis de la situación del área a su cargo y, con base en dicho análisis, las coberturas que se proponen lograr y los planes que llevarán adelante a lo largo del año.

Los servicios dirigidos a la salud de la población se enmarcan dentro de una estrategia de atención primaria y se proporcionan a través de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Entre ellos cabe mencionar los de nutrición y estimulación temprana, vacunación, control de vectores, fortificación de alimentos, saneamiento básico, suministro de agua, eliminación de desechos sólidos, recreación y deportes, y comunicación social en salud. La ejecución de estos programas está a cargo de diversas instituciones del sector salud, pero su coordi-

nación y dirección sectorial corresponde al Ministerio de Salud. En la planeación, ejecución y evaluación de estos programas intervienen, aunque de manera limitada, redes sociales, grupos organizados de la comunidad, agentes de salud voluntarios, organizaciones no gubernamentales y gobiernos locales.

En el período 2005–2006 se reorganizaron las unidades de la Dirección de Vigilancia de la Salud y se creó la unidad de Análisis de Situación de Salud, además de las ya existentes de Vigilancia Epidemiológica y Estadísticas de Salud. Todo esto motivó una nueva distribución temática dentro de la Dirección y entre las unidades. Además, se asignaron a la Dirección de Vigilancia de la Salud los aspectos relacionados con farmacovigilancia, indígenas y migrantes. En el período 2002–2006 se realizaron dos análisis sectoriales de salud correspondientes a los períodos 1998–2002 y 2002–2006, que fueron coordinados por el Ministerio de Salud y sirvieron de base para la formulación de las políticas nacionales de salud y de la Agenda Concertada de Salud 2002–2006. En este proceso, el papel de la Dirección de Vigilancia de la Salud resultó fundamental para identificar las limitaciones de información; la falta de bases de datos sistematizadas oportunas y uniformes de carácter intersectorial e interinstitucional; el escaso mapeo para el manejo de datos y que para algunas situaciones no se contó con un adecuado análisis de riesgo. Entre las principales deficiencias observadas en la información se encuentra el subregistro en el sistema de notificación correspondiente a distintas situaciones sanitarias; la elaboración inadecuada del certificado de defunción, y las deficiencias en el llenado de las boletas de notificación. La red de laboratorios de salud pública está conformada por 85 laboratorios y un centro nacional de referencia que es el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA); este centro está concluyendo un proceso de reorganización en el que se destaca su conformación en red de centros nacionales de referencia y la posibilidad de desarrollarse hasta un Instituto Nacional de Salud.

Aún persisten problemas de contaminación de agua, manejo de desechos sólidos y contaminación del aire en zonas urbanas. Los mayores niveles de contaminación siempre están en la Cuenca del río Grande de Tárcoles, que constituye el principal desagadero del Valle Central (la zona más poblada del país), lo que causa contaminación de las aguas del Golfo de Nicoya.

Solo 25% de la población nacional tiene cobertura de alcantarillado sanitario, y el porcentaje de población cubierta con alcantarillado y plantas de tratamiento de aguas residuales en funcionamiento se estima en apenas 2,4%; un 70% de las aguas residuales sin tratar se descargan en los ríos Virillas y Reventazón. Alrededor de 70% de la población tiene acceso a tanques sépticos, pero muchos de estos han sido elegidos con diseños inapropiados y sin haber impartido debidas instrucciones para su uso y mantenimiento, lo cual se asocia con el riesgo de contaminación de acuíferos. A pesar de los avances en relenos sanitarios, solo 42% de las municipalidades los utilizan adecuadamente. Hacen falta más

controles para asegurar el cumplimiento de las normas vigentes y nuevas reglamentaciones sobre el uso de algunos compuestos peligrosos. Se han detectado compuestos orgánicos volátiles en pozos y una creciente concentración de nitratos en pozos y manantiales de la Gran Área Metropolitana, estimándose una alta vulnerabilidad en acuíferos de la región noroeste del Valle Central.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) cuenta con datos correspondientes a 2005 sobre el acceso y calidad del agua de 2.206 acueductos que abastecen a 93,4% de la población; otro 4% tiene acceso fácil o es abastecido por urbanizadores u otras formas organizativas. AyA, con 176 acueductos, abastece a 46% de la población; las municipalidades, con 243 acueductos, abastecen a 18%; la Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH), con 13 acueductos, a 4,7%; y las asociaciones o comités rurales, con 1.774 acueductos, abastecen a 24,7% de la población. En promedio, 18% de la población nacional es abastecida con agua no potable, y en el caso de sistemas operados por AyA, ESHP, municipalidades y organizaciones rurales, 1%, 0%, 30% y 35% de la población servida por cada uno de ellos es abastecida con agua no potable. Mientras que 100% de los sistemas para grupos de población mayores de 50.000 habitantes distribuyen agua desinfectada, solo 35% y 10% de los sistemas para poblaciones de 500 a 2.500 habitantes, y de menos de 500 habitantes, respectivamente, distribuyen agua desinfectada.

Para contribuir a superar las limitaciones actuales de acceso a alcantarillado sanitario con tratamiento adecuado de efluentes en el área metropolitana de San José, AyA está ejecutando proyectos que incluyen rehabilitar y extender colectores y redes, y construir plantas de tratamiento de aguas residuales y lodos, con disposición sanitaria de los residuos. La primera fase del proyecto es para una cobertura del 65% (1 millón de habitantes), y tiene financiación de US\$ 230 millones. En la segunda fase se alcanzará una cobertura de 85% (1,6 millones de habitantes).

Los permisos asociados con rellenos sanitarios son otorgados por el Ministerio de Salud, en coordinación con la Secretaría Técnica Nacional Ambiental (SETENA) del Ministerio del Medio Ambiente (MINAE) y con el asesoramiento del Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM). La Contraloría General de la República revisa los presupuestos de las municipalidades responsables de la prestación del servicio en cada cantón, ya sea directamente o mediante la contratación de operadores. La gestión del servicio no se ha hecho de manera integral y, salvo valiosas excepciones, no se incluyen iniciativas orientadas a reducir, reutilizar o reciclar. En la Gran Área Metropolitana la generación de basura por persona se duplicó en los últimos 20 años.

En cuanto a la prevención y control de la contaminación del aire, un estudio realizado con 100.000 pruebas de revisión técnica para vehículos de gasolina indicó que por este medio se han podido reducir 47% de las emisiones. Esto no compensa el rápido crecimiento del número de vehículos automotores y la proporción de vehículos usados. En el período 1994–2004 el tráfico cre-

ció a un promedio de 8,3% y las políticas fiscales han favorecido el ingreso y permanencia de vehículos usados. El alto precio de los combustibles estimula el uso de motores diésel, con mayores emisiones de material particulado y óxidos de azufre que los vehículos a gasolina. En el marco del proyecto “Aire Limpio” del Ministerio de Salud, los costos por los efectos en la salud de la contaminación del aire en la Gran Área Metropolitana de San José se estimaron en US\$ 280 millones. El estudio indica que 78% de la población del área metropolitana de San José se expone a contaminación de PM-10 en más de 60 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

La estrategia de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) se lleva a cabo desde el año 2000 en municipios postergados, con el fin de contribuir al desarrollo integral de las familias de escasos recursos mediante el apoyo en la ejecución de proyectos productivos generadores de alimentos y de ingreso. Para 2005, 19 municipios (cantones) prioritarios tenían consejos SAN con planes operativos y con una cartera de proyectos productivos administrados por organizaciones e instituciones locales. En el nivel nacional, SAN está dirigida por los ministerios de Salud, de Agricultura, y de Economía y Comercio, además de la Secretaría de la Política en Alimentación y Nutrición (SEPAN). Se cuenta además con una política nacional y un plan nacional en alimentación y nutrición de carácter intersectorial.

En materia de desastres, se constituyó la Unidad de Gestión del Riesgo y Control de Radiaciones Ionizantes, del Ministerio de Salud (Decreto Ministerial No. 129, año 2005), que ejercerá la rectoría del sector salud en este tema. En 2005 se estableció el Centro de Coordinación de Emergencias de la CCSS y se incorporó al sector la sección de ingeniería de bomberos, con lo que se espera fortalecer el trabajo en equipo y la organización intrasectorial. Entre los principales retos para el Ministerio de Salud se encuentran el establecimiento de un plan integrado de salud para la atención de desastres y la consolidación de la gestión en los niveles regional y local. Al momento se identifican esfuerzos aislados y dificultades en la implementación de estrategias coherentes y sostenibles en lo referente a mitigación y prevención de desastres a nivel hospitalario. La pérdida por incendio de parte del Hospital Calderón Guardia debe servir como llamado de alerta para establecer una política de hospital seguro, manejada como un eje transversal que involucre el diseño, la normatividad y la ejecución, con el fin de garantizar la respuesta de la red hospitalaria ante cualquier evento.

Costa Rica ha seguido fortaleciendo las capacidades nacionales para hacer frente a nuevas enfermedades (emergentes y reemergentes), específicamente en lo relacionado con la amenaza de pandemia de influenza, para lo cual se ha ampliado la vigilancia intensificada de sitios centinelas en todo el país (12 sitios), haciendo hincapié en las zonas fronterizas y los puertos. Se ha llevado a cabo la vacunación anual contra la influenza estacional, con aproximadamente 250.000 dosis dirigidas a grupos de riesgo, se conformó la Comisión Nacional de Influenza y se está

poniendo en marcha el Plan Nacional de Preparación y Respuesta para la Pandemia.

Servicios de atención a las personas

Los servicios públicos de salud para la atención de las personas están a cargo de la CCSS y su organización y funcionamiento responden a dos tipos de criterios. En primer lugar, un criterio de complejidad de infraestructura, equipamiento y costo, con arreglo al cual se organizan y funcionan como una red escalonada de servicios de primero, segundo y tercer nivel de atención. En segundo lugar, un criterio de gravedad, en base al cual los servicios se organizan en ambulatorios y hospitalarios. Ambos criterios se complementan, pero su diferenciación es útil para la asignación de recursos y la organización de flujos de pacientes por mecanismos de referencia y contrarreferencia, así como para la operación de un modelo de atención integral de salud. Cabe destacar que el modelo de atención es el que define la amplitud de los servicios que se han de proveer a la población en la red de atención que incluye los tres niveles, y es asimismo el resultado de una reeducación efectuada como parte del proceso de reforma sectorial. Los servicios se agrupan en cinco programas asistenciales que son: niños, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores, cada uno con una cartera de servicios definida.

Como ya se mencionó, el modelo y la red de servicios se basan en el primer nivel de atención, a cargo de los EBAIS, que se localizan en establecimientos pequeños cerca de donde vive la población. Están asignados a un área de salud en cuya sede funciona una clínica que cuenta con recursos tales como rayos X y laboratorio, para apoyo diagnóstico y terapéutico, y con personal multidisciplinario o equipo de apoyo que les brinda asesoramiento. En algunas zonas del país donde la infraestructura de la CCSS es insuficiente, la provisión de servicios está a cargo de proveedores externos de tipo público (la Universidad de Costa Rica a partir de 1999), privado (la Asociación de Servicios Médicos Costarricense [ASEMECO] desde 2002), o cooperativas autogestionarias (Pavas, Tibás y Santa Ana, a partir de 1989). La CCSS contrata a estos proveedores externos mediante convenios especiales y bajo la modalidad de pago per cápita o capitación, para proporcionar los mismos servicios y prestaciones del seguro público de salud, y mediante esa modalidad se atiende a 10% de la población nacional. Las 104 áreas de salud que incluye tanto a las externas como las propias de la CCSS, negocian anualmente su presupuesto con el nivel central de la institución, previa presentación de un análisis de situación de la población a su cargo, de la cobertura que se proponen alcanzar y de los planes que tienen previsto realizar en el año. El presupuesto se les asigna mediante un compromiso de gestión, y al finalizar el año se evalúan sus resultados, sobre cuya base se inicia un nuevo ciclo de negociación presupuestal. La evaluación de los compromisos de gestión muestra diferencias que se traducen en inequidades, tanto en la cobertura como en la ca-

lidad de los servicios de salud, entre diferentes grupos de edad y diferentes regiones sanitarias, tal como ocurre con los programas de detección del cáncer cervicouterino mediante la prueba de Papanicolaou, como con las coberturas de vacunación en niños menores de 5 años. En general se puede observar que la cobertura de Papanicolaou es baja comparada con la de vacunación, y que las regiones de Huetar Atlántica y Brunca presentan coberturas menores comparadas con las otras regiones.

En el segundo nivel se ofrece consulta ambulatoria especializada, internamiento y tratamiento médico-quirúrgico de las especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecología y cirugía, en una red nacional formada por 10 clínicas mayores, 13 hospitales periféricos y siete hospitales regionales. Por su parte, el tercer nivel proporciona atención especializada así como tratamientos médicos y quirúrgicos complejos, a través de tres hospitales nacionales generales (México, San Juan de Dios y Calderón Guardia) y cinco hospitales nacionales especializados (mujeres, niños, geriatría, psiquiatría y rehabilitación). Debido a la insuficiente inversión en infraestructura hospitalaria en las décadas de 1980 y 1990, la oferta de algunos servicios como radioterapia, oftalmología y anatomía patológica, fue superada gradualmente por la demanda, y ello ocasionó largas listas de espera y protesta de los usuarios, problemas que se ha tratado resolver mediante la compra de servicios a hospitales y empresas privadas. Sin embargo, esta medida no ha resultado suficiente, ya que a principios de 2005 había una lista de espera acumulada de 14.000 pacientes y, por otra parte, en diversas ocasiones la calidad de atención de los servicios contratados, así como la transparencia en los mecanismos de contratación y los precios pactados para la compra de servicios privados, han sido cuestionados por la sociedad civil, la Defensoría de los Habitantes y los organismos de control del Estado, como la Contraloría General de la República.

En síntesis, el ingreso al sistema de atención debe realizarse a través del primer nivel de atención, pero si se trata de una urgencia médica o quirúrgica los pacientes acuden a cualquiera de los hospitales o clínicas que cuentan con dicho servicio y que se localizan en las nueve regiones de salud. Si la gravedad del caso lo justifica, los pacientes son referidos del primer nivel hacia alguna de las unidades de segundo nivel de atención, o bien hacia alguno de los hospitales de tercer nivel. Una vez que los pacientes reciben atención en la red hospitalaria, son contrarreferidos al primer nivel para su control y seguimiento en los EBAIS. Debido a fallas del sistema de referencia y contrarreferencia, hay largas listas de espera especialmente para procedimientos de atención oncológica, así como para algunas cirugías y estudios especializados. La atención integral en el sistema de atención de la CCSS se complementa con otros servicios, tales como Clínica Oftalmológica, Centro del Dolor y Cuidados Paliativos, Centro de Detección Temprana y Tratamiento de Cáncer Gástrico, Laboratorio de Genética Molecular Humana (Paternidad Responsable), Laboratorio Nacional de Citologías y Banco Nacional de Sangre.

Promoción de la salud

Según el Padrón Nacional de Organizaciones que Trabajan en Pro de la Salud, elaborado en 2005 por la CCSS, en el país existen 3.500 organizaciones activas, de las cuales 143 son juntas de salud, 681, comités de salud, y el resto, asociaciones de pacientes, grupos de voluntariado y otras organizaciones de la comunidad. Además, existe un importante número de redes sociales en el tema de la violencia intrafamiliar así como en VIH/sida.

En los últimos 10 años, en el sector salud de Costa Rica se han llevado a cabo acciones que han promovido una mayor participación de la sociedad civil, entre las que destacan: la inclusión de la participación social en el Reglamento de Seguro de Salud; la creación de juntas de salud por medio de la Ley 7.852 de desconcentración de los hospitales y clínicas de la CCSS; la apertura de Contralorías de Servicios en 95% de los hospitales; la elaboración de la guía para comités de salud; la elaboración de planes estratégicos de participación social en algunas regiones de salud; la Ley 8.239, que se ocupa de los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud públicos y privados; y la implementación de iniciativas tales como la red de cantones ecológicos y saludables, la red de escuelas promotoras de salud, la red de vivienda saludable, el programa Bandera Azul Ecológica, y consejos cantonales de seguridad alimentaria.

Por otra parte, las mediciones nacionales y regionales del desempeño de las FESP realizadas por el Ministerio de Salud en 2001 y en 2004–2005, respectivamente, revelaron algunas fortalezas de la función 4, “participación de los ciudadanos en salud”, como la existencia de instancias formales de participación ciudadana en los niveles nacional y local, y las estrategias de información a usuarios sobre los derechos en materia de salud. No obstante, las mediciones encontraron también debilidades en cuanto a la carencia de estrategias, acciones o procesos que fomenten la participación, así como en el monitoreo y evaluación de las acciones.

Lo anterior supone algunos retos, tales como la elaboración de directrices de carácter institucional para el desarrollo y seguimiento de procesos de planificación estratégica local con enfoque intersectorial, y el establecimiento de mecanismos institucionales e interinstitucionales (CCSS-Ministerio de Salud) para la conducción y coordinación de procesos sostenidos de participación social en salud, que articulen toda la red social existente. Cabe destacar que el tema de la participación social y ciudadana en salud ha ido recobrando importancia en los niveles políticos y técnicos como mecanismo clave en la rendición de cuentas y la producción social de la salud.

Recursos humanos

El documento de evaluación de las funciones esenciales de salud pública 2001 y otros estudios consultados ponen de manifiesto los problemas de información actualizada sobre los recur-

sos humanos en salud que tiene el país. En tal sentido, el análisis sectorial de salud de Costa Rica 2002 plantea que uno de los problemas del campo de los recursos humanos es la información, caracterizada por “la dispersión, desagregación y poca interrelación de la información disponible”. De allí que propone como “indispensable el fortalecimiento de cada uno de los sistemas de información de recursos humanos de las instituciones del sector”, que permitan “generar nuevas evidencias que sustenten la planificación estratégica en el desarrollo de recursos humanos” y facilite también “el desarrollo de capacidades institucionales en la gestión de recursos humanos”. También en la política nacional de salud 2002–2006 se establece como estrategia el “desarrollo de un sistema de información en cada una de las instituciones empleadoras que estén a su vez integrados en un sistema de recursos humanos sectorial” y el “desarrollo de un sistema de información integrado entre entidades formadoras y empleadoras”.

Los datos de que dispone el país sobre profesionales de salud pueden encontrarse en las bases de datos del Censo Nacional 2000, las instituciones empleadoras, los colegios profesionales y las instituciones formadoras. Con base en la información del censo de 2000, la razón de médicos, enfermeras y dentistas por cada 10.000 habitantes es de 13,6; 8,9 y 3,8, respectivamente. La información que presentan los colegios profesionales para 2005 muestra para estas mismas categorías profesionales una razón de 20,0 para los médicos (8.500), 15,3 para las enfermeras (6.537) y 6,5 para los odontólogos (2.800).

En cuanto a la distribución de los recursos humanos, se observan algunas inequidades tanto en la distribución, para la que no existen definiciones explícitas de las necesidades por parte de las instituciones empleadoras, como en la gestión de los recursos humanos (contratación, salarios, incentivos y acceso a los órganos tomadores de decisiones en recursos humanos). En relación con el empleo, en el Ministerio de Salud se observa una disminución de los profesionales producto de las reformas y el ajuste estructural realizados en el país en el período 1986–2004. En cambio, la nómina de la CCSS casi se ha duplicado en 15 años, lo que constituye un reflejo del sistema de salud y el aseguramiento de la población costarricense a los servicios de salud. El número de escuelas formadoras en ciencias de la salud ha crecido en los últimos 15 años, de manera que en 2005 hay 17 escuelas de Psicología, ocho de Medicina, ocho de Enfermería, cinco de Odontología, cinco de Farmacia, tres de Nutrición, dos de Trabajo Social, dos de Veterinaria y una de Microbiología. Además de la fragmentación de la información, en el campo de los recursos humanos en salud se reconocen otros problemas, tales como la carencia de una orientación adecuada hacia la atención primaria en salud en los procesos formativos; la persistencia de un enfoque biológico, no humanista e individualista, que fomenta el desarrollo de competencias de recursos humanos en esta misma dirección y que no responde a las necesidades del perfil social del país, así como la indefinición de las competencias requeridas de cada

uno de los profesionales de salud. Por los distintos problemas detectados en materia de recursos humanos, se creó por Decreto Presidencial No. 32209-5 de 2005 la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, de carácter intersectorial y en la cual se incluye a la Universidad de Costa Rica.

Suministros de salud

En Costa Rica no existe una política de regulación del precio de los medicamentos, que depende de la oferta y la demanda. Por medio de la seguridad social, el sistema de salud permite tener acceso a los medicamentos aunque no de manera ágil. Se han aplicado políticas para mejorar la accesibilidad en el sector privado, lo que se ha traducido en una mayor competencia y apertura del mercado farmacológico. La actual política de registro y control de medicamentos se ha desarrollado en forma satisfactoria y congruente con las necesidades de la población, aunque es necesario establecer una estrategia más agresiva de farmacovigilancia. El Ministerio de Salud está trabajando en la elaboración de un reglamento para la importación, control y registro de equipo y material biomédico.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

En 2004, el Ministerio de Salud inició un proceso de fortalecimiento de la investigación en salud y el desarrollo tecnológico. Como fruto de este proceso se creó en 2005 la Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud con el fin de conducir, vigilar y fortalecer iniciativas tendientes a la generación de conocimientos en los diferentes grupos involucrados en la investigación, promoción y evaluación de tecnologías, a fin de satisfacer las necesidades prioritarias en el campo de la salud y en cumplimiento de su función rectora en el ámbito público y privado. De esta forma, el Ministerio de Salud define la Agenda Nacional de Investigación en Salud; elabora, revisa y actualiza normas y procedimientos; prepara técnicas e instrumentos sobre esta temática; conduce el proceso de análisis de la investigación científica y tecnológica en salud en forma concertada con los actores sociales involucrados; establece redes de investigación en áreas especiales para el intercambio de información, servicios, oportunidades y contactos, y desarrolla y mantiene actualizado un sistema de información en investigación e innovación tecnológica que permite conocer y actualizar el quehacer en este ámbito. Asimismo, crea redes de comités ético-científicos acreditados por el Consejo Nacional de Investigación en Salud regulados mediante procesos de normalización y acreditación, con sistemas de control, monitoreo y evaluación que garanticen, en el marco de la legislación nacional, el respeto a los principios éticos y científicos de la investigación, entre otras funciones. En 2005 se aprobó la Agenda Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en

Salud 2005–2010 y se preparó un inventario de las investigaciones en esta materia realizadas en el período 2000–2005.

Gasto y financiamiento sectorial

En el año 2000, el gasto público del sector salud representó 5,2% del PIB, y durante los últimos tres años se estancó en 5,7%. No se cuenta con mediciones precisas del gasto privado en salud, pero se estima que este se encuentra en expansión y se ubica en alrededor de 2,5% del PIB. El gasto en salud por habitante que en 2000 era de US\$ 209, aumentó a US\$ 234 en 2004; no obstante, hay que contemplar el efecto inflacionario para evaluar la variación en la capacidad adquisitiva. El aporte del sector salud a la producción nacional pasó de 4,0% en 2000 a 4,5% en 2005.

En cuanto a la participación de las instituciones públicas en el gasto sanitario, en 2004 el gasto de la CCSS representó alrededor de 82,7% del gasto sectorial, cifra ligeramente superior al 80,3% del año 2000. Esto es producto de las políticas de expansión de servicios, mayor equipamiento y construcción de edificaciones para los diferentes niveles de atención. El gasto del Ministerio de Salud también aumentó de 6,1% en el año 2000 a 7,1% en 2004; la participación relativa de los gastos del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados descendió de 8,2% en 2000 a 7,3% en 2004. En los últimos años, el Instituto Costarricense del Cáncer se ha incorporado al gasto sectorial con una participación de 0,1% del PIB en 2004.

Del análisis de gastos de la CCSS por niveles de atención se observa una tendencia al aumento del gasto en servicios ambulatorios de 32% en 2001 a 35% en 2005; en contraste, los gastos en servicios hospitalarios se redujeron de 50,6% en 2001 a 46,2% en 2005, lo cual es congruente con las políticas de fortalecimiento del primer nivel de atención. Se debe destacar el gasto institucional en investigación y desarrollo, que fue de 1,5% del gasto total durante el año 2005.

En los últimos años, como resultado del cambio epidemiológico del país y de algunos dictámenes de la Sala Constitucional que exigieron a la CCSS compras adicionales, se observa un incremento en el gasto institucional en medicamentos, cuya proporción del gasto total pasó de 7,5% en 2001 a 8,6% en 2005.

Con respecto al financiamiento sectorial, las contribuciones a la seguridad social representaron alrededor de 83% de los ingresos totales en 2001 y disminuyeron a 79% en 2004. En 2004, los ingresos totales de la CCSS representaron 4,5% del PIB, en tanto que los gastos totales representaron 4,7%, hecho que refleja la debilidad financiera del seguro de salud.

Cooperación técnica y financiera en salud

Entre 2002 y 2004, la cooperación externa fue de US\$ 832,1 millones (Cuadro 3). De ese monto, solo 23,2% correspondió a la cooperación técnica no reembolsable. En 2003 se obtuvo el

CUADRO 3. Cooperación externa no reembolsable y reembolsable, Costa Rica, 2002–2004.

Modalidad de cooperación	2002		2003		2004		2002–2004	
	Total ^a	%	Total ^a	%	Total ^a	%	Total ^a	%
Cooperación no reembolsable	41,1	4,9	89,3	10,7	62,8	7,6	193,2	23,2
Cooperación reembolsable	148,3	17,8	487,4	58,6	3,2	0,4	638,9	76,8
Total ^a	189,4	22,7	576,7	69,3	66,0	8,0	832,1	100,0

^aMontos en millones de US\$.

Fuente: Costa Rica, Universidad para la Cooperación Internacional; Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2006.

CUADRO 4. Cooperación internacional aprobada, por años y modalidad, Costa Rica, 2002–2004.

Años	Cooperación bilateral (millones US\$)	Cooperación multilateral (millones US\$)	Totales (millones US\$)
2002	25,3	164,0	189,3
2003	115,7	461,1	576,8
2004	52,1	13,9	66,0
Total	193,1	639,0	832,1
%	23,2	76,8	100,0

Fuente: Costa Rica, Universidad para la Cooperación Internacional; Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2006.

mayor porcentaje de los recursos externos, con un monto total de US\$ 576,7 millones (69,3% del total en este período).

El monto de la cooperación asignada a Costa Rica en el período 2002–2004, aportado por los países en forma bilateral, fue de 23,2% (US\$ 193,2 millones), mientras que los préstamos aportados por los organismos internacionales (multilateral) fueron de 76,8% (US\$ 638,9 millones). En ese período, la cooperación internacional dirigida al sector salud fue de US\$ 27,3 millones, lo que representó 3,3% del total de la cooperación y ocupó el sexto lugar entre los sectores favorecidos (Cuadros 4 y 5).

La información disponible no permite desglosar los datos del sector salud según origen de los fondos ni por modalidad de cooperación. Entre los entes multilaterales y bilaterales que han brindado cooperación al sector se destaca la participación de la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional, el Banco de Cooperación Internacional del Japón, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Organización de los Estados Americanos, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, el Gobierno de Corea del Sur, el Gobierno de Holanda, la Unión Europea, el Comité Coordinador Regional de Instituciones de Agua Potable y Saneamiento de Centroamérica, Panamá y República Dominicana, la Agencia de Cooperación Técnica de Noruega, el Banco Centroamericano de Integración Económica y el Comité Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria, entre otros. Las principales áreas de trabajo de los proyectos finan-

CUADRO 5. Cooperación internacional aprobada por sectores, Costa Rica, 2002–2004.

Cooperación por sectores	Monto en millones de US\$	%
Ambiente, energía y telecomunicaciones	378,9	45,5
Economía y finanzas	103,8	12,5
Comercio exterior	87,2	10,5
Obras públicas y transporte	79,2	9,5
Desarrollo local	28,7	3,4
Salud	27,3	3,3
Agropecuario y pesca	25,2	3,0
Vivienda y desarrollo urbano	23,9	2,9
Turismo	15,3	1,8
Ciencia y tecnología	12,5	1,5
Educación	11,6	1,4
Otros (cultura, seguridad)	38,5	4,6
Totales	832,1	100,0

Fuente: Costa Rica, Universidad para la Cooperación Internacional; Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2006.

ciados por entes cooperantes son: fortalecimiento y modernización del sector, fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud, fortalecimiento de la respuesta del país al VIH/sida, mejoramiento de la calidad de aire, control de la contaminación ambiental, creación, expansión y/o mantenimiento de la infraestructura y equipos hospitalarios, incorporación del modelo de atención biopsicosocial en el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), acreditación de campos docentes y capacitación docente, fortalecimiento del primer nivel de atención, mejoramiento de la atención y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, acceso al agua potable en centros urbanos y rehabilitación de la infraestructura sanitaria en comunidades rurales. Adicionalmente, algún tipo de capacitación que recibe el personal del sector con la cooperación técnica posibilita la incorporación de nuevos conocimientos en áreas especializadas de la salud y la gerencia de proyectos sociales. En general, la tendencia mostrada desde la década de 1990 indica que Costa Rica es cada vez menos favorecida por la cooperación externa que otros países en Centroamérica.

Bibliografía

- Alfaro A, Pizarro D, Navas L, Kivers G, Penniecook T, Pérez E. La organización y efectividad de una unidad especial de atención de dengue del área de salud de Limón, Costa Rica, 1999. *Memorias de la Academia Nacional de Ciencias (Costa Rica)*. 2001;7(El Dengue):11–21.
- Caja Costarricense de Seguro Social. Egresos hospitalarios, 1990, 1995 y 2000.
- Castañeda A, Gómez X, Montiel H. Desarrollo y salud de los pueblos indígenas en Costa Rica, 2003.
- Costa Rica, Ministerio de Salud; Caja Costarricense de Seguro Social; Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud. Informe de país: Costa Rica. Reunión del Grupo Técnico Asesor (TAG), noviembre 2002.
- Costa Rica, Ministerio de Salud. Informe de vigilancia de la salud. Foro Nacional de Salud: Hacia la construcción colectiva de la salud. Costa Rica, 1998.
- Costa Rica, Ministerio de Salud. Medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública en Costa Rica. San José; 2001.
- Costa Rica, Ministerio de Salud. Medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública en el nivel regional en Costa Rica 2004–2005. San José; 2005.
- Costa Rica, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Análisis sectorial de salud Costa Rica, 2002 y 2006.
- Costa Rica, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Costa Rica. Indicadores básicos 2005. Washington, DC: OPS; 2005.
- Costa Rica, Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2002–2006. San José: Ministerio de Salud; marzo 2003.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Costa Rica. Primera edición. San José: UNICEF; 2002.
- Mendieta A, Holst B, Montiel H. La discapacidad en Costa Rica: situación actual y perspectivas, febrero 2004.
- Montiel H. Desigualdades de salud en Costa Rica: una aproximación geográfico-poblacional, 2004.
- Morales A, Acuña G, Gómez X, Montiel H. Migración y salud en Costa Rica: elementos para su análisis, julio 2003.
- Morice A, Carvajal X, León M, Machado V, Badilla X, Reef S, et al. Accelerated rubella control and CRS prevention strengthens measles eradication: the Costa Rican experience. *J Infect Dis*. 2003;187:S158–63.
- Morice A, Navas L, Carranza M. Impacto de la vacunación contra *Haemophilus influenzae b* en Costa Rica. Documento técnico.
- Sánchez V. Estudio descriptivo del dengue en la Gran Puntarenas, cantón central de Puntarenas 1993–2000. [Tesis de grado]. Costa Rica, 2001. Documento inédito.
- Soto-Vásquez ML, Rivera E, Faingenzicht I. Impact of *Haemophilus influenzae* type b (Hib) conjugate vaccine in decreasing the incidence of Hib bacterial meningitis in Costa Rica. Presentado en el Congreso de Pediatría.
- Trejos SM. Factores de riesgo materno para sífilis congénita: un estudio de casos y controles en Costa Rica, 1995–1997. *Memorias del VII Congreso Nacional de Salud Pública*, septiembre 2000.
- Villalobos de Chacón, I. Epidemiología del dengue en Venezuela. *Memorias de la Academia Nacional de Ciencia*, Vol. 7; 2001.

CUBA



La República de Cuba es un archipiélago constituido por la Isla de Cuba, la Isla de la Juventud y unas 1.600 isletas y cayos. La superficie total es de 110.860 km² y está situada a la entrada del Golfo de México, en el Mar Caribe. Cuba está dividida en 14 provincias y el municipio especial Isla de la Juventud.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

La reforma económica cubana constituye una experiencia diferente y única en América Latina, orientada a preservar las conquistas sociales alcanzadas y continuar el desarrollo económico y social a partir del uso racional de los recursos disponibles. A pesar de las dificultades financieras, se han mantenido los logros alcanzados en el ámbito social. Se utiliza un sistema de tarifas aplicadas en los sectores sociales de salud, educación, cultura y deporte, que ha permitido mejorar el cálculo del valor adicional que se crea al computar estos servicios en el Producto Interno Bruto (PIB). La tasa de crecimiento promedio anual del PIB fue de 5,1% en el período 2000–2005, y el incremento del PIB per cápita promedio anual fue de 5%, dada la poca variación en la dinámica demográfica del país. Más de 60% de los gastos corrientes de la actividad presupuestada se han destinado específicamente a la salud, la educación, la seguridad y la asistencia social. Se han presentado factores adversos como huracanes y sequías, el recrudescimiento del bloqueo con un costo comercial y financiero acumulado que excede los US\$ 82.000 millones y el incremento del precio promedio del petróleo que de 25,9 dólares el barril en 2001 se elevó a 56,5 en 2005. Las restricciones impuestas por el gobierno de los Estados Unidos afectan al sistema nacional de salud, por las carencias de medicamentos, equipos y otros insumos.

El sector agrícola se ha visto muy afectado por factores climáticos. La sequía y los ocho devastadores huracanes que han causado daños directa o indirectamente a la isla durante 2001–2005 han provocado pérdidas por valor de US\$ 7.760 millones. Las actividades clave de la economía, entre las que se destacan las exportaciones, los servicios sociales, personales y comunales, la construcción y el transporte de carga, se han recuperado en los últimos años.

La actividad turística se revitalizó con el arribo de 2,3 millones de turistas en 2005, lo que significó un aumento de 35,3% con respecto al año 2000. De igual forma crecieron los ingresos en divisas asociados a la actividad turística durante el período.

Las transformaciones socioeconómicas han revertido los índices de desempleo en los últimos años, reduciéndose la tasa de desocupación de 5,4% en 2000 a 1,9% en 2005. El salario medio

mensual en entidades estatales y mixtas en el país fue de 328 pesos en 2005, lo que representó un aumento de 40% con respecto a 2000. Se mantuvo una liquidez monetaria controlada, con cifras que se consideran adecuadas de acuerdo con la actual situación económica del país. El déficit presupuestario persiste en niveles aceptables respecto al PIB. A lo largo de este período, el presupuesto del Estado garantizó el funcionamiento de la actividad presupuestada.

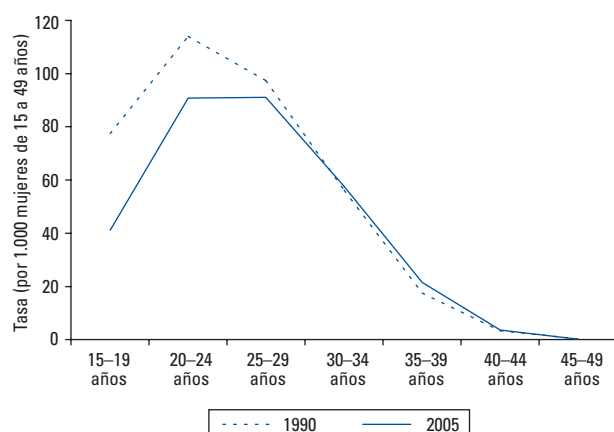
El acceso limitado a fuentes de financiamiento externo fue un factor limitante para lograr un desarrollo más acelerado en la economía. A pesar de ello, se cumplieron importantes compromisos de pago que permitieron ir reduciendo gradualmente la deuda externa y retomar créditos con el consiguiente incremento de las inversiones y el comercio. Aún persisten demandas insatisfechas en cuanto a la construcción y reparación de viviendas, el transporte de pasajeros y el abastecimiento de algunos productos alimenticios y de confecciones.

Demografía, mortalidad y morbilidad

Las tendencias y dinámicas de las variables que intervienen en el movimiento demográfico (fecundidad, mortalidad y migraciones) están en estrecha relación con el desarrollo socioeconómico y determinan el bajo ritmo de crecimiento de la población en los últimos años. Al 30 de junio de 2005, la población estimada era de 11.257.105 habitantes, de los cuales 75,8% residía en zonas urbanas. La tendencia a la disminución en el número de nacimientos observada desde hace tres lustros se acentuó en 2004 y 2005. La tasa bruta de natalidad descendió de 12,4 nacimientos por 1.000 habitantes en 2001 a 10,7 en 2005. En el mismo período, la tasa media anual de crecimiento de la población se redujo de 2,0 por 1.000 habitantes a 0,2 y la tasa general de fecundidad disminuyó de 45,7 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 49 años a 39,9. Las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edad muestran una curva de cúspide dilatada, con disminución de sus niveles en los grupos más jóvenes y una tendencia al ascenso en los grupos menos jóvenes (Figura 1).

La población de 60 años y más siguió aumentando, debido a las bajas tasas de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. En 2005 los mayores de 60 años representaron 15,4% del total de la población (Figura 2).

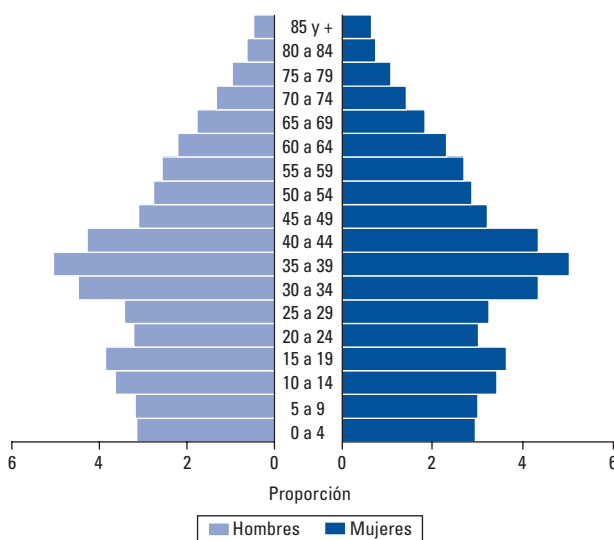
FIGURA 1. Fecundidad según edad de la madre, Cuba, 1990 y 2005.



La tasa bruta de mortalidad fue de 7,5 defunciones por 1.000 habitantes en 2005, y el riesgo de morir, según la tasa estandarizada por edad, fue de 4,8 por 1.000 habitantes, lo que representó una disminución de 4% en relación con 2001. La mortalidad fue mayor en las regiones central y occidental, con cifras mayores en la Ciudad de La Habana (9,0 por 1.000 habitantes), seguida de Villa Clara (8,6), ambas por encima de la media nacional. La mortalidad proporcional según sexo fue ligeramente superior en los hombres (54,1%). La esperanza de vida en el período 2001–2003 era de 77,0 (75,13 para los hombres y 78,97 para las mujeres).

El país ha cumplido tres de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: velar porque todos los niños y niñas puedan terminar un

FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Cuba, 2005.



ciclo completo de enseñanza primaria; eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005 y en todos los niveles de enseñanza para 2015, y reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.

En 2005, las enfermedades infecciosas representaban 1,1% del total de defunciones. Las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de muerte, con una tasa de 306 defunciones por 100.000 habitantes en 2005 (Cuadro 1). En ese año se observó una disminución de las tasas ajustadas por edad para todas las causas, excepto para los tumores, en comparación con 2001. La tasa de mortalidad más baja correspondió al grupo de 5 a 14 años y la más alta al de 65 años y más.

Las principales causas de muerte en el país corresponden a las enfermedades crónicas no transmisibles, que representaron más de 90% de la mortalidad entre 2001 y 2005. Estas enfermedades, y en segundo plano las muertes violentas (en especial los accidentes), han emergido, cada vez con mayor peso, como nuevos problemas del desarrollo que requieren de nuevos enfoques para su prevención y control.

Las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares constituyen las tres primeras causas de muerte en todas las edades y agrupan más de la mitad del total de defunciones (58,9%) (Cuadro 2). Entre 2001 y 2005, el riesgo de morir por tumores malignos aumentó 12,4% y disminuyeron los niveles de mortalidad por accidentes, enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares y lesiones autoinfligidas intencionalmente. Al ajustar por edad las tasas de mortalidad de las principales causas de muerte, se observa una reducción para todas las causas, excepto para los tumores malignos, la diabetes mellitus y la cirrosis (Figura 3). Para la codificación de las causas de muerte se utilizó la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Las tasas de mortalidad según sexo fueron superiores en los hombres para todas las causas, excepto para las enfermedades cerebrovasculares (0,9) y la diabetes mellitus (0,5). En 2005, los tumores malignos, las enfermedades del corazón y los accidentes cobraron el mayor número de años de vida potencial perdidos: 16,6, 11,2 y 7,1 años de vida por cada 1.000 habitantes de 1 a 74 años, respectivamente (Figura 4).

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

La mortalidad infantil mantuvo una tendencia a la disminución, con una tasa de 6,2 por 1.000 nacidos vivos en 2005, lo que representó 0,9% del total de las muertes para todas las edades. La mortalidad neonatal disminuyó de 3,9 por 1.000 nacidos vivos en 2001 a 3,4 en 2005, y el componente postneonatal se mantuvo estable en ese período. La diferencia entre las tasas de mortalidad infantil por regiones continúa disminuyendo. Las cinco primeras causas de muerte en los menores de 1 año representaron 76,5%

CUADRO 1. Mortalidad por grandes grupos de causas (tasas por 100.000 habitantes), según edad, Cuba, 2001 y 2005.

Causas	Grupos de edad										Total			
	0-4		5-14		15-39		40-64		65 y más		Bruta		Ajustada	
	2001	2005	2001	2005	2001	2005	2001	2005	2001	2005	2001	2005	2001	2005
Enfermedades del aparato circulatorio (I00-I99)	4,0	4,4	1,1	1,0	11,1	9,9	204,7	178,5	2381,3	2267,6	295,6	306,0	203,9	188,2
Tumores (C00-D48)	6,5	4,5	5,5	4,8	16,1	15,2	189,6	178,4	959,4	1022,7	153,6	172,7	114,8	116,4
Causas externas (V01-Y89)	14,5	11,9	11,4	10,0	47,4	40,2	58,2	50,5	274,1	253,6	65,2	61,0	52,0	45,4
Enfermedades transmisibles (A00-B99, G00-G03, J00-J22)	18,6	26,1	1,8	1,6	6,5	5,5	32,3	28,7	576,9	560,9	70,0	73,9	46,7	44,4
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	54,1	44,0	0,3	0,2	-	0,1	0,1	0,0	-	-	3,6	2,8	4,1	3,3
Otras causas (resto A00-Y89)	51,6	49,7	5,1	5,6	19,8	18,7	112,0	103,9	774,6	864,5	119,1	137,1	87,9	91,0
Total	149,3	140,6	25,2	23,2	100,8	89,6	596,9	540,0	4966,3	4969,4	707,0	753,5	509,5	488,7

Nota: Tasas ajustada por edad, población censal, 1981.

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP.

CUADRO 2. Principales causas de muerte (tasa por 100.000 habitantes), en todas las edades, Cuba, 2001 y 2005.

Causas	2001	2005
Enfermedades del corazón (I05-I52)	185,5	197,4
Tumores malignos (C00-C97)	149,8	168,4
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	71,9	78,1
Influenza y neumonía (J09-J18)	61,6	64,4
Accidentes (V01-X59, Y85-Y86)	42,8	39,5
Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares (I70-I79)	36,3	28,6
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)	25,0	26,7
Diabetes mellitus (E10-E14)	13,9	17,6
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84, Y87.0)	14,7	12,2
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76.0, K76.1)	8,7	10,2

Nota: Para la codificación de las causas de muerte se utilizó la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Fuente: Sistema de Información Estadístico de Defunciones y Defunciones perinatales.

del total para esta edad en 2005. El mayor riesgo de morir correspondió a ciertas afecciones originadas en el período perinatal, con una tasa de 2,5 por 1.000 nacidos vivos, seguidas de las malformaciones congénitas (1,6 por 1.000 nacidos vivos), la influenza y neumonía (0,3), la sepsis (0,2) y las enfermedades del corazón (0,2). El porcentaje de niños con bajo peso al nacer se redujo de 5,9% a 5,4% entre 2001 y 2005.

FIGURA 3. Tasa de mortalidad ajustada por edad según principales causas de muerte, Cuba, 2001 y 2005.

La tasa de mortalidad por todas las causas en el grupo de 1 a 4 años de edad fue de 0,4 por 1.000. Las cinco primeras causas de muerte en este grupo fueron los accidentes, las malformaciones congénitas, los tumores malignos, la influenza y neumonía y la meningitis bacteriana (Cuadro 3).

En 2005, las muertes en menores de 5 años representaron 1,1% del total de las defunciones. La tasa de mortalidad fue de

FIGURA 4. Años de vida potencial perdidos según principales causas de muerte en habitantes de 1 a 74 años, Cuba, 2005.



8,0 defunciones por 1.000 nacidos vivos. La supervivencia de niños menores de 5 años fue de 99,2%.

Salud de los niños de 5 a 9 años

La tasa de mortalidad en este grupo de edad fue de 0,2 defunciones por 1.000 habitantes en 2005 (0,3 para los niños y 0,1 para las niñas). En ese año, las tres primeras causas de muerte agruparon 64,4% del total de fallecidos entre los escolares y fueron: los accidentes (con una tasa de 7,3 por 100.000 habitantes), los tumores malignos (5,4) y las malformaciones congénitas (0,7). Las enfermedades transmisibles que más afectan a este grupo de

CUADRO 3. Principales causas de muerte (número de muertes y tasas por 10.000 habitantes) en niños de 1 a 4 años de edad, Cuba, 2001 y 2005.

Causas	2001		2005	
Accidentes (V01–X59, Y85–Y86)	60	1,0	49	0,9
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00–Q99)	45	0,8	38	0,7
Tumores malignos (C00–C97)	40	0,7	24	0,4
Influenza y neumonía (J09–J18)	20	0,3	20	0,4
Meningitis bacteriana (G00–G03)	–	0,1	10	0,2

Nota: Para la codificación de las causas de muerte se utilizó la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Fuente: Sistema de Información Estadístico de Defunciones y Defunciones perinatales.

CUADRO 4. Principales causas de muerte (número de muertes y tasas por 100.000 habitantes) en adolescentes de 10 a 19 años de edad, Cuba, 2001 y 2005.

Causas	2001		2005	
Accidentes (V01–X59, Y85–Y86)	241	15,0	212	12,9
Tumores malignos (C00–C97)	90	5,6	71	4,3
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60–X84, Y87.0)	65	4,0	52	3,2
Agresiones (X85–Y09, Y87.1)	43	2,7	47	2,9
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00–Q99)	31	1,9	34	2,1

Nota: Para la codificación de las causas de muerte se utilizó la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Fuente: Sistema de Información Estadístico de Defunciones y Defunciones perinatales.

población son las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas.

Salud de los adolescentes (10–19 años)

La atención a los adolescentes está siempre presente en los programas y acciones de salud. En 2005, este grupo representó alrededor de 15% del total de la población, y 73,8% residía en zonas urbanas, sin diferencias importantes por sexo o subgrupos de edad. La tasa de fecundidad en las adolescentes se redujo de 48,3 por 1.000 mujeres de esta edad en 2001 a 41,1 en 2005. Las defunciones en adolescentes representaron menos de 1% del total en 2005. Los accidentes fueron la primera causa de muerte en este grupo de población, y les siguen los tumores malignos, las lesiones autoinfligidas intencionalmente, las agresiones y las malformaciones congénitas (Cuadro 4).

Salud de los adultos (20–59 años)

La población adulta estimada al 30 de junio de 2005 era de 6.495.506 habitantes (57,7% de la población total); de ellos, 3.243.164 eran mujeres. Durante 2005, las defunciones en este grupo de edad representaron 18,8% del total de muertes. La tasa de mortalidad por todas las causas fue de 2,4 por 1.000 habitantes (3,0 para los hombres y 1,9 para las mujeres). Las cinco primeras causas de muerte correspondieron a tumores malignos (70,3 por 100.000), enfermedades del corazón (45,4), accidentes (22,6), enfermedades cerebrovasculares (15,6) y lesiones autoinfligidas intencionalmente (12,3). Las enfermedades transmisibles que más afectan a este grupo de población son las enfermedades respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas.

La atención a la salud de la mujer y el niño constituye una alta prioridad para la salud pública, que enmarca sus acciones en el

Programa de Atención Materno Infantil. El promedio de consultas prenatales fue de 15 por parto, con 92,8% de las primeras consultas antes de las 14 semanas de gestación. El 99,9% de los partos ocurrió en instituciones de salud y el mayor número de nacimientos se produjo en mujeres de 25 a 29 años, con una tasa de 91,1 nacimientos por 1.000 mujeres en ese grupo de edad en 2005. Hay mayor proporción de nacimientos en mujeres que han terminado el nivel preuniversitario de estudios (nivel medio superior). La tasa de mortalidad materna directa en 2005 fue de 37,3 por 100.000 nacidos vivos.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

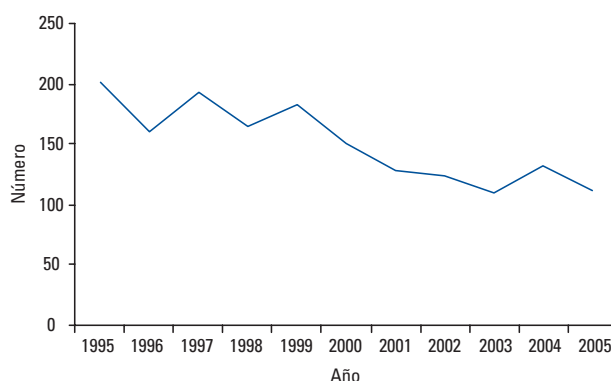
Las defunciones en este grupo de edad se han incrementado en los últimos años. En 2001, 76,8% de las muertes se presentaron en personas de 60 años y más, y aumentaron a 79,2% en 2005 (52,3% en los hombres y 47,7% en las mujeres). Las cinco primeras causas de muerte fueron las enfermedades del corazón (con una tasa de 1.105,7 por 100.000 en 2005), seguidas de los tumores malignos (820,3), las enfermedades cerebrovasculares (446,4), la influenza y neumonía (385,6) y las enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares (176,1). Los riesgos de morir por estas causas disminuyeron en comparación con 2001, excepto para los tumores malignos, que tuvieron un aumento de 4%. Se observó sobremortalidad masculina para todas las causas, excepto para las enfermedades cerebrovasculares, donde el riesgo de morir fue ligeramente superior en las mujeres.

Salud de la familia

La composición familiar es variada y compleja, por la convivencia multigeneracional, el incremento de los hogares reconstituidos, con hijos de uniones anteriores, y con la mujer como jefa de familia. Se han producido cambios en los cánones tradicionales de formación, estabilidad y relaciones de pareja relacionados con la edad, color de la piel, nacionalidad, afiliación religiosa e ideológica, entre otros, en la formación de parejas y en la decisión de divorcio y de maternidad-paternidad. Ello ha incidido de diferentes maneras en ciertos procesos de relación intrageneracional e intergeneracional. La crisis económica que se inició en los años noventa, el recrudescimiento de las condiciones materiales de vida y trabajo, el mosaico de tipología familiar compleja, las estrategias de supervivencia familiar, el conflicto migratorio, los cambios en los patrones de relación familiares, la formación de valores éticos y morales en condiciones de crisis y la multiplicidad de roles que traen aparejadas las elevadas exigencias sociales, caracterizan la problemática de la familia cubana.

Un estudio realizado en 2005 en 294 familias de municipios seleccionados del país, mostró que 51% de ellas se encuentra en condición de ajuste familiar, pero las características familiares no representan un riesgo para la salud. El 43% presentó características familiares de criticidad leve o moderada, y en algunos casos,

FIGURA 5. Accidentes laborales, Cuba, 1995–2005.



de criticidad elevada. El 6% se encuentra en situación de máxima afectación de salud familiar.

Salud de los trabajadores

En 2005, en un total de 13.584 centros de trabajo se realizaba inspección sanitaria estatal. Para prevenir las enfermedades ocupacionales, los trabajadores expuestos a riesgos laborales por plomo, mercurio, plaguicidas organofosforados y carbamatos, arena sílice, ruido y leptospira se mantienen bajo estricto control. Se realizan determinaciones de coproporfirina III de Watson en orina, de mercurio en orina, de colinesterasa sanguínea, así como también radiografías de tórax, audiometrías, etc. Las personas que están expuestas a la leptospira son inmunizadas para evitar su infección, y se ofrecen medios de protección individual en sentido general.

Los accidentes laborales disminuyeron durante los últimos cinco años y la mortalidad por estas causas mantuvo una tendencia hacia la reducción. En 2005 hubo una disminución de 26,5% de estos accidentes en relación con el año 2000, como se muestra en la figura 5. El mayor número de accidentes laborales se produjo en los sectores agrícola, azucarero, eléctrico y de la construcción.

En cuanto a la vigilancia de trabajadores expuestos a riesgos específicos, durante 2005, 43 consultas especializadas dieron servicio a 18.116 trabajadores de alto riesgo o con diagnóstico presuntivo de enfermedades profesionales. Se diagnosticaron 310 casos y los diagnósticos más frecuentes fueron la laringitis nodular crónica en maestros de enseñanza primaria y secundaria, las dermatosis por petróleo, la hipoacusia en la industria sideromecánica y las intoxicaciones químicas.

Salud de las personas con discapacidad

El Estado traza políticas y lleva a cabo programas para promover la equiparación de oportunidades y la equidad de las personas con discapacidad, especialmente en materia de salud, edu-

cación, deporte, cultura, empleo y seguridad social, en los que se asegura una cobertura nacional. El Sistema Nacional de Salud ha establecido una amplia red de servicios de rehabilitación integral que abarca todos los policlínicos y otras unidades de atención primaria, los hospitales y los centros altamente especializados. Además, realiza un programa de formación y capacitación de recursos humanos en materia de rehabilitación.

Hay un subsistema de enseñanza especial para todos los niños y adolescentes con cualquier tipo de discapacidad, que cuenta con 427 escuelas. El deporte y la cultura física forman parte del proyecto de desarrollo humano de las personas con discapacidad y a la vez ofrecen la oportunidad de ocupar el tiempo libre.

El Programa de Empleo para las Personas con Discapacidad, que comenzó en 1995, propicia la integración sociolaboral de estas personas, enfocada fundamentalmente hacia un entorno normal de trabajo. Solo en casos de grave discapacidad se considera la alternativa del empleo protegido. Desde su inicio, el programa centró su atención en la ubicación de personas ciegas y débiles visuales, sordas e hipoacúsicas y con limitación físico-motor, y paulatinamente se ha ido extendiendo a personas que presentan discapacidad intelectual. A fines de 2005 había 28.650 personas discapacitadas realizando algún tipo de trabajo.

Se ha desarrollado una amplia red de servicios sociales destinada a brindar apoyo a las personas discapacitadas que lo requieran, tanto por problemas económicos como sociales (cuidado, autocuidado o de otro tipo), con el propósito de mejorar su calidad de vida.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

A principios de 2001 se incrementó la tendencia ascendente de la infestación por *Aedes aegypti* que se observaba desde 1997 y se produjo un brote de **dengue** que afectó a cinco provincias del país. En la Ciudad de La Habana se concentraba de forma mantenida 50% de la infestación del país. Los altos índices (0,9) existentes en la capital posibilitaron la transmisión de dengue a partir de un caso importado en el municipio Playa. A finales de 2001, la transmisión estaba controlada en la mayoría de los municipios de la ciudad; sin embargo, las provincias restantes mostraban tendencia al incremento. En 2001, la máxima dirección del país convocó a una estrategia intensiva destinada a controlar el mosquito *A. aegypti* e interrumpir la transmisión del dengue, que involucró a la mayoría de los organismos del Estado y la población en general. Al inicio de la ofensiva existían en la ciudad 3.143 viviendas positivas al vector. El índice de infestación por casa era de 0,6. En 42 días se logró disminuir el índice de infestación a 0,09 y a los 77 días a 0,01, lo que equivale a una vivienda

positiva por cada 10.000. El último caso tuvo los primeros síntomas el 22 de febrero, dándose por interrumpida la transmisión un mes después. Esta epidemia produjo 12.889 casos y tres fallecimientos.

Las condiciones de riesgo actual crecen por el incremento de viajeros procedentes de áreas endémicas de enfermedades exóticas para el país. Entre 2004 y 2005 se registraron 17 casos importados y no se notificaron casos autóctonos. En 2005 se produjeron tres brotes, con 216 casos en Ciudad de la Habana y Camagüey, que estuvieron vinculados con viajeros procedentes de países endémicos; todos los brotes se controlaron. Se mantiene una estrecha vigilancia en las fronteras, teniendo en cuenta la situación del dengue en las Américas. Hasta la fecha se ha logrado evitar la endemidad de la enfermedad.

El último caso autóctono de paludismo o **malaria** fue notificado en 1967 y en octubre de 1973 se le otorgó al país el certificado de erradicación. En el período 2001–2005 se notificaron 145 casos, de los cuales 144 fueron importados y uno introducido en la provincia de Guantánamo. Ha predominado el *Plasmodium falciparum*.

Enfermedades inmunoprevenibles

El Programa Nacional de Inmunización protege a la población contra 13 enfermedades y ha logrado la eliminación de la **poliomielitis** (1962), la **difteria** (1979), el **sarampión** (1993), la **tos ferina** (1994), la **rubéola** (1995) y el **tétanos neonatal** (1972). En 2004 y 2005 no se notificaron casos de **tétanos** en el país. Se mantiene la reducción de la morbilidad de meningoencefalitis por *Haemophilus influenzae* tipo b; en 2005 solo se registraron dos casos (33 menos que en 2000), debido principalmente a la inclusión en el esquema oficial de vacunación de la vacuna cubana contra *H. influenzae* tipo b en 1999.

El impacto de la vacunación contra el **meningococo B** y **C** y la **hepatitis B** continúa reflejándose en la disminución de la morbilidad por estas enfermedades: en el año 2000 se notificaron 56 casos de meningoencefalitis por meningococo B y 451 casos de hepatitis B, y en 2005 se notificaron 25 casos de meningoencefalitis por meningococo B y 47 de hepatitis B. En 2004 se introdujo la vacuna sintética contra *H. influenzae* tipo b, la única existente en el mundo, y en el primer trimestre de 2005 se introdujo la vacuna tetravalente DPT+HB. Ambas vacunas están incorporadas en el esquema oficial de vacunación y se aplican a los menores de 2 años.

En 1992 se inició la aplicación de una estrategia para la eliminación de la hepatitis B, basada en la vacunación universal del recién nacido, la vacunación de una cohorte de menores de 20 años que se completó en 2000 y la vacunación de grupos de riesgo. Hay un programa de prevención perinatal, que incluye la pesquisa con el AgHbs de las embarazadas y la vacunación con un esquema diferenciado a sus hijos. En 2005 se logró una reducción de 97,9% en la incidencia de la enfermedad aguda en relación

con las cifras de 1992. Desde el año 2000 no se han notificado casos agudos en menores de 5 años.

Enfermedades infecciosas intestinales

La mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales se redujo de 6,4 por 100.000 habitantes en 1995 a 2,9 en 2005 (54,7% de reducción). La atención médica por **enfermedades diarreicas agudas** disminuyó de 93,0 por 1.000 en 1995 a 77,8 en 2005. Las parasitosis intestinales se vigilan por medio de los cortes coproparasitológicos que se realizan en los niños que asisten a círculos infantiles (entre 1 y 4 años), en mayo y octubre de cada año. Estos exámenes están controlados por la enfermera y el médico del círculo infantil o del consultorio del médico de familia que corresponde a la institución. Los exámenes se realizan a todos los niños matriculados y asintomáticos, y se toma una única muestra; estos niños representan 14,7% del total de esta población. En el último quinquenio, la mayor positividad correspondió a los protozoos (12,4% del total de muestras estudiadas en 2004).

Enfermedades crónicas transmisibles

La **tuberculosis** se considera una enfermedad de baja prevalencia en el país. Desde el año 2000 se observa una reducción de la incidencia de entre 3% y 5% anual, con tasas por debajo de 10 por 100.000 habitantes. En 2005, la cifra fue de 6,5 por 100.000 y el grupo de 60 años y más fue el más afectado. En los menores de 15 años disminuyó la incidencia, con tasas por debajo de 1 por 100.000. Desde 1997 no se registran casos de meningoencefalitis tuberculosa en menores de 4 años.

La asociación de la infección por el VIH y la tuberculosis se mantiene controlada y alcanza aproximadamente 3% del total de casos nuevos detectados, lo que significa que en 2005, 27 de los pacientes con VIH/sida contrajeron tuberculosis en el curso de la enfermedad. La multidrogorresistencia al tratamiento es prácticamente nula (0,3%) y se mantiene estricto control en el estudio de las cepas de los casos nuevos y tratados en el laboratorio nacional de referencia para la tuberculosis.

La **lepra** fue eliminada como problema de salud pública a nivel nacional en 1993, al alcanzar una tasa de prevalencia de 0,79 por 10.000 habitantes. En 2005, la tasa fue de 0,2. En todas las provincias se ha logrado la eliminación de esta enfermedad. La detección de casos nuevos se ha mantenido estable en los últimos años, con una tasa de 1,8 por 100.000 habitantes en 2005. La incidencia en menores de 15 años fue de 0,4 por 100.000 en 2005, lo que representó 3,8% del total de casos nuevos detectados. En los últimos años se ha trabajado en el fortalecimiento de la capacidad técnica de diagnóstico del personal de salud y el incremento de la vigilancia en las poblaciones expuestas a esta enfermedad.

Infecciones respiratorias agudas

La mayor parte de las infecciones respiratorias agudas son autolimitadas y leves, pero constituyen un problema de salud en el

país según el elevado número de atenciones médicas que se notifican anualmente (4.731.614 en 2005). El virus de la influenza A (H3N2) predominó como agente causal en circulación y en menor proporción predominaron el H1N1 y los virus B. Las complicaciones más severas de estas infecciones se registran en personas de 65 años y más y en inmunodeprimidos. La tasa de mortalidad por influenza y neumonía es más elevada en el grupo de 65 años y más, y dentro de este, en los mayores de 80 años. Desde 1997 se aplica anualmente la vacuna antigripal de la temporada a todos los ancianos internados o seminternados en hogares y vinculados a las casas de abuelos. Todos los años reciben la vacuna nuevos grupos de riesgo, y en las dos últimas temporadas (2004–2005) se le ha administrado a 100% de las personas mayores de 85 años y a los trabajadores de granjas avícolas.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

A fines de 2005 había 6.967 casos seropositivos al VIH registrados en el país. De ellos, 2.806 enfermaron de sida y 1.338 fallecieron. La epidemia de VIH/sida ha mantenido un ritmo de crecimiento lento dado que la notificación de casos de sida ha disminuido y la mortalidad por esta causa se ha estabilizado, lo que ha contribuido a que el total de personas con VIH/sida en el país se mantenga y aparentemente no disminuya. La tasa de prevalencia estimada en la población de 15 a 49 años se mantiene por debajo de 0,1%. En la población de 15 a 24 años disminuyó de 0,07% en 2001 a 0,05% en 2005. El 99,4% de los diagnosticados han adquirido la infección por vía sexual. El número de casos infectados por transmisión materno-infantil (0,3%) y a través de sangre y derivados (0,3%) es bajo. El 80% de los casos registrados son hombres y el grupo más vulnerable a la infección (86%) son hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Anualmente se realizan más de 1,5 millones de pruebas voluntarias de VIH en diferentes grupos de población. El tamizaje de la sangre desde 1986 y la existencia de programas que promueven las donaciones voluntarias han eliminado virtualmente la transmisión sanguínea del VIH. El acceso a cuidados prenatales y programas de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (que incluyen diferentes esquemas terapéuticos para la madre y el niño, cesárea electiva y lactancia artificial, con seguimiento clínico y de laboratorio del niño hasta los 18 meses de nacido) han propiciado que la transmisión por esta vía sea mínima, con un total de 25 casos en 20 años de epidemia. Más de 3 millones de mujeres embarazadas han sido examinadas para detectar VIH.

La **sífilis** y la **gonorrea** han disminuido en los últimos cinco años, mientras que los casos con virus del papiloma humano han aumentado. No se han notificado casos de sífilis tardía ni congénita. Desde 1998 la sífilis congénita no constituye un problema de salud pública y en 2005 la tasa de incidencia fue de 16,9 por 10.000 habitantes (79,4% de reducción en relación con el año 2000). La incidencia de casos de gonorrea notificados en 2005 fue de 63,6 por 10.000 habitantes, lo que representó una

reducción del riesgo de enfermar de 62,6% en relación con el año 2000.

Zoonosis

La **rabia** humana reemergió en 1988 a causa de un murciélago no hematófago. Hasta 2005 se habían presentado nueve casos, ocho ocasionados por murciélagos no hematófagos y uno por un gato silvestre. La rabia animal ha predominado en los perros, gatos, mangostas y bovinos; en menor cuantía, la enfermedad también se ha diagnosticado en otras nueve especies. La rabia canina está confinada a algunas zonas suburbanas y rurales y casi siempre está asociada con agresiones de mangostas, principales transmisoras de la infección en animales terrestres. Los murciélagos no hematófagos son la especie de mayor importancia epidemiológica en la transmisión de la rabia humana.

La **leptospirosis** humana, caracterizada por su comportamiento endemo-epidémico, tuvo un marcado ascenso en la primera mitad de los años noventa, cuando alcanzó tasas por encima de 10 por 10.000 habitantes, con una posterior reducción progresiva de su morbilidad y mortalidad. En los últimos cinco años se han registrado tasas anuales inferiores a 5 por 10.000 habitantes. Los hombres y las personas de 15 a 44 años se mantienen como los grupos más afectados. El disponer de la vacuna cubana contra la leptospirosis y de doxiciclina para la profilaxis ha permitido desarrollar una estrategia de intervención en las zonas de mayor riesgo de contraer la enfermedad. Con esta vacuna se han inmunizado más de tres millones de personas expuestas a la infección desde 1996. Otras enfermedades zoonóticas de importancia médica, como la **brucelosis**, la **toxoplasmosis** y la **fasciolosis**, presentan baja morbilidad, no así la **teniasis**, que aún es moderada.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En 2004, 1,9% de los niños menores de 5 años tenía un peso para la talla inferior a -2DS y 4% presentaba algún grado de **retardo del crecimiento**, de acuerdo con las Normas del Centro de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos. La **carencia de hierro** es uno de los problemas de deficiencia de micronutrientes de mayor magnitud, y los grupos más afectados en orden decreciente son los niños menores de 2 años, las mujeres en edad fértil y las embarazadas. Según un estudio realizado en 2005 en niños de 6 meses a 4 años de edad en cinco provincias, la prevalencia de **anemia** (hemoglobina <110g/l) era de 32,5%; la mayoría de los casos eran leves. En las embarazadas, la prevalencia era de 24% en el tercer trimestre de gestación. Se han aplicado estrategias de suplementación medicamentosa con sales de hierro para las embarazadas, las mujeres en edad fértil y los niños hasta los 60 meses de edad. La harina de trigo se fortifica con hierro y ácido fólico y se distribuyen, de forma subsidiada por el Estado, 80 gramos de pan por persona por día (que aportan aproxima-

damente 26% de la recomendación diaria de hierro); los purés de frutas para niños menores de 3 años se fortifican con lactato ferroso, y la leche evaporada para los menores de 1 año se fortifica con hierro protegido. La **carencia de vitamina A** en preescolares y escolares no constituye un problema de salud pública, según los estudios realizados para determinar los niveles de retinol sérico.

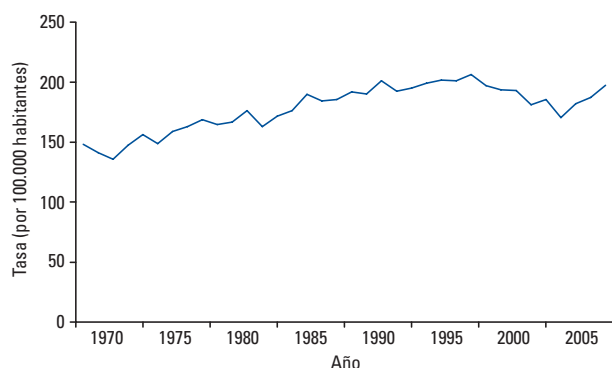
En 2005, la mediana de excreción urinaria de yodo en escolares fue de 246 µg/L. Más de 90% de la sal que llega a los hogares está yodada. El Grupo Consultivo Internacional para los desórdenes por deficiencia de yodo determinó que el país estaba en condiciones de lograr la eliminación sostenible de los desórdenes por **deficiencia de yodo**.

La **obesidad** se ha convertido en un problema creciente y de gran magnitud en todos los grupos de población y muestra una tendencia ascendente. Según los datos de la Segunda Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo y Afecciones no Transmisibles de la Población Cubana, realizada en una muestra representativa de 22.851 individuos y concluida en 2001, 29,7% de los hombres y 31,5% de las mujeres presentaban sobrepeso (IMC 25-29,9), mientras que 7,9% de los hombres y 15,4% de las mujeres presentaban obesidad (IMC>30). En relación con el patrón de distribución de la grasa corporal, aproximadamente 25% de la población presentaba un patrón de obesidad superior, lo que indica un riesgo de asociación con algunas enfermedades crónicas. Los niños menores de 5 años presentaron 13% de obesidad.

Las tasas de prevalencia de **diabetes mellitus** se incrementaron en el último quinquenio. A finales de 2004 se había dispensarizado (proceso organizado continuo y dinámico de evaluación e intervención con un enfoque clínico epidemiológico y social) 342.371 pacientes (tasa de 30,5 por 1.000 habitantes), lo que representó un aumento de 4,1% en relación con el año anterior. La tendencia a la disminución del riesgo de morir por esta causa se mantuvo desde 1998 hasta 2002, pero durante 2003 y 2004 hubo un aumento de la mortalidad, con tasas de 16,5 por 100.000 habitantes.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte desde hace más de 40 años y la segunda causa de años de vida potencial perdidos. Después del descenso observado en los niveles de mortalidad por esta causa a finales de 1990 y principios del año 2000, hubo un incremento en 2004 y 2005. En este último año, la tasa de mortalidad fue de 197,4 por 100.000 habitantes (5,4% de incremento en relación con 2004 y 6,4% en relación con 2001) (Figura 6). El mayor riesgo de morir correspondió a los hombres, y el mayor número de defunciones se registró en la población de 60 años y más (86,5% del total). En 2005, la **cardiopatía isquémica** fue la causa más frecuente y la responsable de 72,1% del total de muertes por enfermedades del corazón. El 45,3% de las muertes por cardiopatía isquémica correspondió al infarto agudo del miocardio, cuya letalidad hospitalaria fue de 17,6% en 2005.

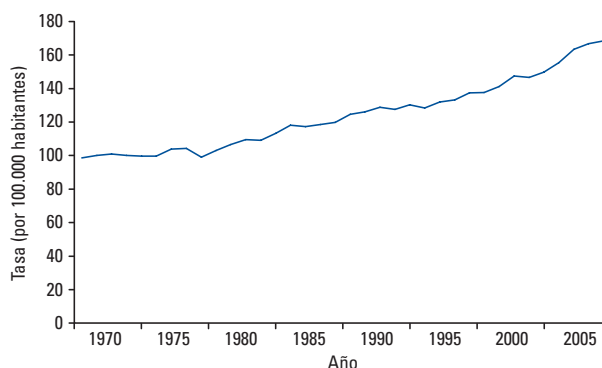
FIGURA 6. Mortalidad por enfermedades del corazón, Cuba, 1970–2005.

A partir de 1999 se obtuvieron importantes resultados en la detección de personas con **hipertensión**, a través de la pesquisa activa del médico y la enfermera de familia, lo que produjo un aumento de la prevalencia en pacientes dispensarizados (194,6 por 1.000 habitantes en 2005).

Las **enfermedades cerebrovasculares** constituyen la tercera causa de muerte en todas las edades y ocasionan 10,2% del total de las defunciones. En el grupo de 25 a 34 años de edad ocupan el sexto lugar como causa de muerte y el noveno en el de 15 a 24 años. La edad es el principal factor de riesgo no modificable y la hipertensión arterial el principal factor de riesgo modificable. En la mujer, estas enfermedades son la tercera causa de muerte a partir de los 35 años y la séptima en el grupo de 15 a 24 años. A partir de 1992, la mortalidad por sexo se invirtió, y ahora se observa sobremortalidad femenina. Hay un desplazamiento de estas enfermedades a los grupos de edades más jóvenes. La forma hemorrágica constituye la mayor causa de mortalidad en la tercera edad. La mortalidad cruda se mantiene más alta en las mujeres (21,9 por 100.000) que en los hombres (11,0), debido fundamentalmente a que la prevalencia es mayor en las mujeres (38,8 por 1.000) que en los hombres (22,2 por 1.000).

Neoplasias malignas

Los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte y la primera causa de años de vida potencial perdidos. Entre 2001 y 2005, la tasa cruda se incrementó de 149,8 por 100.000 habitantes a 168,4 (Figura 7). Las tasas fueron más altas en los hombres y alrededor de 75,2% de las defunciones ocurrieron en el grupo de 60 años y más. Las tasas de incidencia de cáncer fueron de 271,7 por 100.000 para los hombres y de 253,4 para las mujeres. En 2002, alrededor de 63% de la incidencia de cáncer en los hombres se presentó en pulmón, piel, próstata, laringe y colon; en las mujeres, las localizaciones más frecuentes fueron mama, piel, cuello del útero, pulmón y colon. En 2005, los mayores niveles de mortalidad por tumores malignos en los hombres correspondieron a los de tráquea, bronquios y pulmón (23,5%),

FIGURA 7. Mortalidad por tumores malignos, Cuba, 1970–2005.

próstata (11,8%) y colon (8,9%), y en las mujeres, al de mama, que aportó 6,3% del total de las muertes. La mortalidad por cáncer de pulmón en los últimos 10 años aumentó menos de 1% anual en los hombres y de 2,3% en las mujeres.

Entre 2000 y 2005, el número de muertes por cáncer cervicouterino fue de 2.478. Como parte del Programa Nacional de Detección Precoz de este tipo de cáncer, en 2005 fueron examinadas 682.232 mujeres de 25 años y más, para una tasa de examen de 179,0 por 1.000 mujeres en esa edad. El 82% de los casos positivos fueron detectados en la etapa clínica 0. La tasa de mortalidad en 2005 fue de 7,3 por 100.000 mujeres, con una disminución de 69,6% en comparación con el año 2000.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

En 2005, el país se vio afectado por la tormenta tropical Arlene, los huracanes Dennis, Katrina, Rita y Wilma, y por intensas lluvias en las regiones central y oriental. Las medidas puestas en práctica por la defensa civil lograron una importante reducción de lesionados y fallecidos en las situaciones de desastre. A ello contribuye la capacitación de los trabajadores y de la población en general, el envío oportuno de insumos y equipos imprescindibles para evitar enfermedades, personal médico, medicamentos, grupos electrógenos, alimentos y transporte sanitario a zonas cuya población puede quedar aislada. Se toman las medidas necesarias para no interrumpir los servicios en las instalaciones, y se perfeccionan las medidas de protección durante la respuesta al desastre, en particular durante la evacuación de la población en riesgo. El Sistema de Salud y el Sistema de Defensa Civil del país se integran, según establece la legislación vigente, y llevan a cabo acciones coordinadas. El país también brinda ayuda solidaria y desinteresada a los países en situaciones de desastres, lo cual se ha extendido en el contexto de la cooperación internacional.

Causas externas

La mortalidad por accidentes se redujo de 44,3 por 100.000 en 2000 a 39,1 en 2004. Las lesiones autoinfligidas disminuyeron de 16,5 por 100.000 a 13,3. Las caídas accidentales relacionadas con el envejecimiento de la población constituyen el mayor riesgo. La tasa de mortalidad por caídas accidentales fue de 15,6 por 100.000 habitantes y le siguen los accidentes provocados por vehículos de motor, con tasas de 10,0 en 2004. El riesgo de morir en accidentes es mayor en los hombres que en las mujeres, con una razón de tasas M/F de 1,5. Este comportamiento es similar en lesiones autoinfligidas, donde la razón de tasas M/F se eleva a 3,1.

Salud mental

El programa de prevención y control de la conducta suicida realiza un trabajo sistemático para evaluar los riesgos a través de la estratificación epidemiológica en cada región. La tasa de mortalidad por suicidio disminuyó a 14,7 por 100.000 en 2001 y en 2005 a 12,2. Se ha perfeccionado el trabajo comunitario relacionado con la atención a los pacientes esquizofrénicos, lográndose la reinserción sociolaboral de los mismos. El número de camas en los servicios de larga estadía de los hospitales psiquiátricos ha disminuido. Está aplicándose una nueva estrategia dirigida a las personas con dependencia al alcohol y los problemas relacionados, que se apoya en la prueba de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol.

Contaminación ambiental

El control de la exposición a las sustancias químicas se lleva a cabo a través del Programa Nacional de Atención al Trabajador, que incluye la vigilancia sistemática de las condiciones laborales, el monitoreo ambiental y biológico, así como la asistencia médica especializada y la capacitación de trabajadores expuestos. La agricultura es un sector productivo al que se le presta una atención especializada; de acuerdo con el programa se hace chequeo médico preventivo al trabajador expuesto. La separación oportuna del puesto de trabajo ha contribuido al 70% de la seguridad de los trabajadores, dado que son retirados de la exposición al daño, evitando que lleguen a enfermarse. Esta medida ha contribuido a la reducción del número de trabajadores afectados; no se han reportado defunciones para estas exposiciones laborales.

Se utilizan bioplaguicidas para el control de las plagas, lo que ha reducido la exposición del trabajador a productos agroquímicos. Se han evaluado las condiciones de trabajo de los productores y se han tomado medidas encaminadas a disminuir el riesgo de exposición. Se cuenta con un Registro Nacional de Plaguicidas que entre sus principales funciones tiene la de la evaluación química, biológica y ambiental de los plaguicidas antes de la autorización para su uso en el país, la publicación anual en la *Gaceta Oficial* de los plaguicidas autorizados y el retiro de permisos de plaguicidas conforme a las regulaciones de la OPS/OMS tras ha-

berse reconocido efectos adversos en la salud o el medio ambiente. El programa controla la exposición a metales pesados y otros compuestos químicos y establece las acciones necesarias según los distintos indicadores establecidos en las normas vigentes. Hasta 2005 se han dictado más de 23 documentos entre leyes, resoluciones y normas que tienen que ver con el manejo, transportación, almacenamiento, preparación, utilización, evaluación, inspección, protección e higiene, prohibiciones, violaciones, clasificación, requisitos de seguridad, enfermedades del trabajo, entre otros, aplicados a los agroquímicos, químicos industriales y desechos peligrosos.

Salud oral

La salud oral constituye un área clave en el sistema de salud. En 2005, 55% de los niños de 5 a 6 años de edad tenían una salud oral adecuada. A los 12 años de edad, el índice de dientes cariados, perdidos y obturados fue de 1,62%. El 76% de los adolescentes a los 18 años conservaban todos sus dientes. Continúa el programa preventivo a nivel nacional. En 2005 se realizaron 14.682.226 enjuagatorios de flúor en niños de 5 a 14 años y 1.337.471 aplicaciones de laca flúor en menores de 12 años. El cáncer bucal (que incluye cáncer de labio, cavidad bucal y faringe) tuvo una tasa de 5,2 por 100.000 habitantes en 2005, y es la novena causa de muerte por tumores malignos según localización. En 2005, el riesgo de morir por cáncer bucal era de 7,7 en los hombres y 2,6 en las mujeres.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El país ha mantenido el propósito de elevar sostenidamente el estado de salud de la población, así como la calidad y eficiencia de los servicios de salud y la satisfacción de pacientes, familiares y trabajadores, y ha dado ayuda solidaria y gratuita a pacientes de varios países de la Región y de otros continentes. En 2003 se inició la remodelación, ampliación e instalación de equipos médicos de la más alta calidad en 52 hospitales de la mayor complejidad, tamaño y desarrollo y en 129 policlínicos que representan, respectivamente, más de 20% y 25% del total de que dispone el país. Se crearon nuevos servicios asistenciales más cercanos a la población, donde ya se atendía a pacientes con afecciones graves, enfermedades crónicas y otros problemas frecuentes. También se crearon 121 servicios de terapia intensiva y 452 salas de rehabilitación, para garantizar que los 169 municipios del país tengan acceso adecuado a estos servicios de vital importancia. Este desarrollo de la inversión tecnológica ha estado acompañado del proceso de formación especializada de los profesionales y técnicos que se requieren.

Desde 1983 se establecieron por ley los principios básicos para la regulación de las relaciones sociales en el campo de la salud

Políticas de salud para los adultos mayores

La población de 60 años y más ha seguido aumentando, debido a las bajas tasas de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. En 2005, los mayores de 60 años representaron 15,4% del total de la población. La atención integral a los adultos mayores y la satisfacción de sus necesidades de salud cada vez más crecientes son responsabilidad del Programa Integral de Atención al Adulto Mayor, un programa que se sustenta en la atención comunitaria, la atención institucional y la atención hospitalaria. La atención comunitaria se logra mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud Pública, en coordinación con otros organismos y organizaciones involucrados, teniendo como protagonistas a la familia, la comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas. Para ello hay equipos multidisciplinarios de atención gerontológica y grupos de orientación y recreación que brindan a los adultos mayores la posibilidad de incorporarse a la vida social, y los preparan para enfrentar los problemas del diario vivir y adoptar estilos de vida sanos. El país cuenta con las casas de abuelos, que son instituciones de la comunidad guiadas por una trabajadora social que trabaja en estrecha relación con los equipos multidisciplinarios de atención gerontológica, y los círculos de abuelos, que ayudan a elevar la calidad de vida de los adultos mayores mediante el ejercicio físico, la incorporación al plan de alimentación domiciliar y extradomiciliar, el servicio de consejería y ayuda por teleasistencia, y las viviendas protegidas.

pública, con el fin de contribuir a garantizar la promoción y el restablecimiento de la salud, la prevención de las enfermedades, la rehabilitación social de los pacientes y la asistencia social. El avance legislativo en materia de salud ha permitido establecer los procedimientos y requisitos básicos para el registro sanitario de los productos manufacturados del tabaco; organizar las funciones del Buró Regulatorio para la Protección de la Salud Pública; regular el movimiento transfronterizo de muestras de material biológico, y establecer prohibiciones sobre importación y exportación de productos que puedan tener efecto sobre la salud humana. Se dispone de dos compendios de las principales normas jurídicas vigentes al respecto en el país, denominados “Legalidad y Sida en Cuba” y “Aspectos Legales sobre Maternidad y Paternidad Responsables”.

Estrategias y programas de salud

Las estrategias del sector salud se basan en los principios de la salud pública cubana: carácter estatal y social de la medicina, accesibilidad y gratuidad de los servicios, orientación profiláctica, aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica, participación de la comunidad y colaboración internacional. Estas estrategias se encaminan al logro de la equidad en salud, al perfeccionamiento del sistema, de forma que incremente la eficiencia de su gestión y la calidad de la atención que se brinda a la población con la participación activa de la comunidad. Al mismo tiempo, se establece una atención diferenciada que da prioridad a grupos de riesgo o dolencias que comprometen la supervivencia o la calidad de vida de las personas, lo que se aplica en distintos programas que se desarrollan dentro del Sistema Nacional de

Salud, como por ejemplo de atención materno-infantil, de atención al adulto mayor, de control de enfermedades crónicas no transmisibles y de enfermedades transmisibles. Además, se llevan a cabo nuevos programas que se dirigen a brindar una atención especializada en el nivel primario, para mejorar la accesibilidad y efectividad de los servicios a la población.

En los últimos años se han producido cambios importantes en la atención primaria, como llevar servicios especializados al nivel primario que antes se brindaban en los niveles secundario y terciario. Esto ha requerido una importante inversión de recursos materiales y financieros y la capacitación de recursos humanos. La organización de la sociedad cubana hace factible la participación de los diferentes sectores y grupos de población en la solución de los problemas de salud de las diferentes regiones. De hecho existen tres pilares sobre los que reposa la participación social en la solución de problemas de salud: la estructura político-administrativa del país, con la existencia del Poder Popular como órgano de gobierno; la influencia y oportunidad de diferentes tendencias y estrategias generadas por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), y el propio desarrollo e incremento de organizaciones no gubernamentales nacionales y extranjeras que trabajan en el campo de la salud.

Organización del sistema de salud

El MINSAP es el organismo encargado de la aplicación de la política del Estado y el gobierno en materia de salud. El Buró Regulatorio para la Protección de la Salud Pública establece y garantiza el cumplimiento de las actividades de regulación de productos farmacéuticos, diagnosticadores, equipos médicos, alimentos,

cosméticos y productos químicos potencialmente dañinos a la salud, a través del Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos, el Centro Estatal para el Control de Calidad de Equipos Médicos, el Departamento de Registro de Alimentos y Cosméticos, y el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. La Subdirección de Control Externo de los Servicios de Salud del Buró regula las buenas prácticas y la acreditación y certificación de las diferentes organizaciones de salud. El sistema regulador comprende las actividades de reglamentación y autorización para la comercialización, los ensayos clínicos, las inspecciones de buenas prácticas para la investigación, fabricación, control de calidad, distribución, importación y exportación, y las licencias para los establecimientos a cargo de estas operaciones, y la liberación de lotes para productos seleccionados, autorizaciones de importación, control post-comercialización, que incluye el monitoreo de reacciones adversas de medicamentos y estudios sobre su uso. La Dirección Nacional de Farmacia es responsable del control sanitario de los psicotrópicos y estupefacientes y el control metodológico de las farmacias. La inspección sanitaria general está a cargo de los Centros de Higiene y Epidemiología.

Servicios de salud pública

Durante los primeros años de la década de los noventa surgió la necesidad de perfeccionar los sistemas de vigilancia y análisis epidemiológico en cada nivel de la organización de salud, y los sistemas de detección activa y la capacidad de respuesta para identificar cambios a corto plazo y ejecutar las alternativas de intervención con mayor rapidez, oportunidad y eficiencia. El MINSAP creó las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud a nivel central en todas las provincias y municipios del país, como instancias integradoras de la información que genera el sistema de vigilancia. Estas unidades son consideradas como un sistema informativo inteligente de análisis y decisión, donde se combinan el conocimiento teórico-práctico relacionado con la epidemiología y otras ramas de la salud pública, los aspectos tecnológicos derivados de los avances en la informática y las posibilidades que ofrece el uso de la información para obtener finalmente un nuevo conocimiento acerca de la situación de salud actual y una prospectiva que sirva de base para la toma de decisiones. Se realizan análisis de la situación de salud, tendencias y pronósticos y de estratificación epidemiológica, y se han puesto en marcha más de 30 subsistemas de vigilancia relacionados con la atención materno-infantil, del adulto mayor, de las enfermedades transmisibles, no transmisibles y emergentes, entre otros. Además, se mantiene un sistema de vigilancia entomológica y epidemiológica que permite monitorear las enfermedades exóticas y vectoriales de importancia médica, así como la aplicación de las medidas de control y eliminación, asociado a un sistema de vigilancia de los síndromes febriles.

El potencial hidráulico del país permite cubrir las actividades domésticas agropecuarias e industriales. El 72% del agua sumi-

nistrada es de origen subterráneo y el resto de fuentes superficiales. En 2005 se proporcionó agua potable a 2.737 asentamientos a través de los sistemas de acueducto. Por esta vía, se suministraron 1.544.4 hm³, aunque esta cifra fue inferior en 100,8 hm³ con respecto a 2004. Esto se debió al déficit de agua en las fuentes debido a la sequía que azotó al país, así como también a las interrupciones eléctricas y las roturas de los equipos de bombeo. Los indicadores de calidad del agua presentaron en 2005 un comportamiento satisfactorio, alcanzándose 97,9% de tratamiento de aguas servidas, 99,1% de continuidad de cloración y 95,6% en el índice de potabilidad bacteriológica en las redes de distribución.

En el área urbana predominan el alcantarillado y las fosas sépticas, y en la rural las letrinas. Un total de 562 asentamientos cuentan con sistemas de alcantarillado. En el año se evacuaron por estos sistemas 571,1 hm³ de desechos, de los cuales se trató 37%.

Las inversiones en el sector aumentaron durante 2005 por encima de lo esperado. El 86,4% del total de esas inversiones se utiliza en el programa de acueducto y alcantarillado, y al rubro de plantas potabilizadoras le corresponde una cifra importante.

En 1997, con el apoyo de la OPS/OMS, se efectuó un análisis sectorial de residuos sólidos del país, del que surgió la estrategia de trabajo del sector y el desarrollo del mismo. Al cabo de ocho años se ha fortalecido institucionalmente el sector, resaltando el desarrollo de los recursos humanos. El Estado ha hecho inversiones en tecnología para satisfacer las necesidades de la recogida de residuos sólidos domiciliarios y la disposición final, aunque se continúan utilizando otras alternativas para la recogida y transportación, como la tracción animal donde sea posible. Se continúan desarrollando los rellenos sanitarios de operación manual como solución definitiva para la disposición final en localidades de hasta 20.000 habitantes. Independientemente de esta problemática, se observa una recuperación de los servicios de residuos sólidos. Se mantiene el programa de manejo, recogida y disposición final de residuos hospitalarios.

El país tiene un programa nacional de vigilancia para los contaminantes en alimentos, que realiza los muestreos de productos de alto riesgo epidemiológico con periodicidad quincenal, mensual y anual para los centros de producción y unidades de almacenaje y para los centros de distribución y consumo. El desarrollo tecnológico de algunas industrias ha sido un elemento importante para la aplicación del sistema de vigilancia y para la implantación del análisis de riesgo y los puntos críticos de control. El sistema cuenta con 52 laboratorios de vigilancia sanitaria para el muestreo de alimentos. Se ha logrado un uso racional y adecuado de los laboratorios, y una disminución de 30% de los costos. Al elaborar el programa, se analizaron los resultados obtenidos de 10 años anteriores y la problemática de las enfermedades de transmisión digestiva. También se evaluaron las condiciones higiénicas de los centros de alimentos y los resultados de los muestreos realizados por otros organismos.

El cumplimiento de las buenas prácticas de producción y manipulación en toda la cadena alimentaria fue un factor importante. La calidad de los análisis fue avalada por el laboratorio, y el Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos fue el centro de referencia para definir problemas de grandes magnitudes o para realizar investigaciones según los intereses del MINSAP.

En relación con las enfermedades emergentes y reemergentes, se han tomado las medidas necesarias para garantizar el fortalecimiento de la vigilancia epizootiológica y epidemiológica de la gripe aviar. El personal de salud ha recibido capacitación con el objeto de elevar el nivel de conocimiento y de información necesarios para enfrentar la amenaza de una futura pandemia de influenza en el mundo. Por el peligro potencial que representa el virus del Nilo Occidental, se han establecido estrategias integrales y multisectoriales de vigilancia, prevención y control que permiten la identificación oportuna en las aves y el establecimiento de medidas para evitar la aparición de casos humanos y en animales. Como respuesta a la vigilancia mundial de la influenza en 2002, y dada la aparición del síndrome respiratorio agudo severo, un grupo multidisciplinario a nivel nacional desarrolló un plan de emergencia mediante el cual se realizaron actividades de capacitación, diagnóstico y vigilancia que han evitado la entrada de la enfermedad en el país.

Servicios de atención a las personas

La red hospitalaria está conformada por 248 hospitales que brindan atención preventiva, curativa y de rehabilitación a toda la población. Se ha trabajado arduamente en el mejoramiento de la calidad en cada uno de estos centros, el perfeccionamiento del reglamento hospitalario y el desarrollo de la epidemiología hospitalaria, como estrategias fundamentales para modernizar la tecnología médica mediante novedosos y complejos equipos que proporcionen estándares de calidad, eficacia y seguridad para el paciente. Se introdujo la informatización en todos los procesos, la cual propiciará mayor eficiencia en el desempeño. Además, se preparan sistemáticamente los recursos humanos.

El proceso de integración de la atención primaria y los hospitales ha sido fundamental para el trabajo de las instituciones de segundo nivel y ha dado resultados positivos tanto en la asistencia a los pacientes como en la docencia y la investigación vinculadas con los problemas fundamentales de salud de cada territorio.

Los servicios de emergencia, urgencia y atención al paciente grave están organizados en el Sistema Integrado de Urgencia Médica, que ofrece atención a las personas según una cadena de supervivencia de seis eslabones. El primer eslabón es la detección precoz en el lugar donde ocurre el evento y el último se refiere a los cuidados intensivos, cuando estos son requeridos por la gravedad del paciente.

En el nivel de atención primaria, los policlínicos cuentan con servicios de urgencia médica. En 2004, después de un estudio

previo de necesidades que abarcó las áreas de difícil acceso o distantes de hospitales con capacidad resolutoria alta, con el propósito de acercar los servicios de urgencia a la población, se crearon las áreas intensivas municipales (AIM) en 121 municipios del país, que cuentan con médicos y personal de enfermería capacitados que dan servicios las 24 horas del día. Las AIM han ofrecido atención a un total de 51.978 pacientes desde su puesta en marcha hasta fines de 2005, con una supervivencia general de 97,6%. Las 10 enfermedades y daños a la salud atendidos con mayor frecuencia en estos servicios tienen una supervivencia de 98,2%.

En 2004 se aplicaron 498 trombolisis en las AIM y en 2005, 602, lo que representa 41,3% y 52,3%, respectivamente, del total de infartados atendidos. En 2005 se implantó una nueva estructura organizativa de la emergencia móvil y se incorporaron nuevas ambulancias en 121 municipios. Además, se impartió un curso de paramédico integral a todos los conductores en activo de estos vehículos. En 2005 ingresaron más de 70.000 pacientes de 15 años y más en las terapias intensivas hospitalarias.

El Sistema Nacional de Salud cuenta con 470 laboratorios clínicos ubicados en los diferentes policlínicos (atención primaria) y 248 en la atención secundaria, que tienen un nivel de desarrollo capaz de satisfacer las demandas actuales de los médicos y pacientes del país. En institutos especializados y unidades de subordinación nacional del país (atención terciaria) se han instalado 40 analizadores químicos, equipos capaces de realizar 300 determinaciones por hora; 25 gasómetros con ión selectivo y más de 25 complejos hematológicos capaces de realizar 32 determinaciones en 60 pacientes por hora.

En los departamentos de imagenología de los hospitales generales y clínico-quirúrgicos y en los institutos y unidades de subordinación nacional se han instalado equipos de alta tecnología como los de tomografía axial computarizada de 64 cortes, resonancia magnética nuclear y ecocardiogramas tridimensionales.

El Programa Nacional de Sangre y Medicina Transfusional, que cuenta con el Instituto de Hematología e Inmunología, abarca 27 bancos de sangre provinciales, 35 bancos de sangre municipales, 121 centros fijos de extracciones, 162 servicios de transfusiones y una planta de hemoderivados. En 2005, el número de donaciones voluntarias fue de 524.351. La totalidad de la sangre donada es pesquisada para la detección de sífilis, VIH 1-2, AgHBs, y AchVC. Estos tres últimos diagnósticos se realizan mediante el sistema ultra microanalítico (SUMA) de producción nacional. En 2005 se introdujo la técnica para detectar RNA-HVC en pools de plasma para la producción de hemoderivados. En 2005, la prevalencia de hepatitis B y C en donantes fue de 0,7%.

La red compuesta de 1.338 servicios estomatológicos realizó 17.943.732 consultas de estomatología en 2005. Estos servicios se ofrecen en 165 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 y en la Red de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Buco-Máxilo-Facial. En la atención primaria se desarrolla el Modelo de Estomatología General Integral, que se aplica con especialistas de estomatología general integral y técnicos en atención estomatológica, que trabajan con los médicos y enfermeras de familia. Se introdujeron tecnologías como el láser y la implantología, y se estimula la aplicación de las técnicas de medicina natural y tradicional, principalmente la acupuntura, la homeopatía y la fitoterapia, entre otras. Se fortalecieron las consejerías de salud bucal, la atención de niños y adolescentes sanos (0 a 18 años) y JUVEDENTI, que es una estrategia de la promoción bucodental con un tiempo de trabajo que se destina en los servicios estomatológicos a la atención única de adolescentes de acuerdo con los requerimientos y necesidades de este grupo de población (12 a 18 años); su objetivo es realizar acciones de prevención, curación y rehabilitación correspondientes al nivel de atención primaria y en casos que se requiera del nivel secundario a través de interconsultas. Se consolidó el programa de prevención con fluoruros y el diagnóstico precoz del cáncer bucal. Se implantaron las guías de prácticas clínicas y se reorganizó la atención para enfrentar los cambios demográficos de la población, principalmente el envejecimiento.

Los servicios de planificación familiar y riesgo reproductivo se han perfeccionado y se desarrollan otros nuevos servicios en instituciones, que responden a las necesidades identificadas, con un enfoque estratégico de prevención del riesgo reproductivo preconcepcional y la extensión y estabilización en el sistema de salud de la atención prenatal y preconcepcional (6 meses antes del posible embarazo planificado y deseado), dirigido a disminuir los embarazos con riesgos y los riesgos en el embarazo. La red creciente de servicios de planificación familiar, con base en la atención primaria, se apoya principalmente en el médico y la enfermera de la comunidad y en los grupos de trabajo en los políclínicos de 432 áreas de salud, apoyados a su vez 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 la pareja. La cobertura anticonceptiva en el país es de 77,1%, con métodos anticonceptivos modernos, principalmente los DIU de tercera generación. Todos los indicadores indirectos que miden la efectividad de la estrategia de planificación familiar son favorables. La atención a la mujer de edad mediana (40 a 59 años) se ofrece desde el nivel primario por un equipo multidisciplinario y se basa en el diagnóstico médico-social, que incluye el diagnóstico de morbilidad oculta, así como problemas en las relaciones de pareja, familiares o laborales. Las afecciones crónicas se atienden en los niveles de atención correspondientes.

Existe actualmente una Red Nacional de Cardiología y Cirugía Cardiovascular en la que se registran todos los procedimientos que se realizan en el país y se brinda la atención necesaria para la solución y seguimiento de las situaciones que se generan en la especialidad. A través de esta red, que abarca a todas las instituciones hospitalarias del país, unidades de atención primaria de

salud y se usa con éxito en las unidades de cuidados intensivos municipales, se han ingresado 14.632 pacientes, 3.992 con infarto agudo del miocardio, y se han realizado e implantado más de 2.376 marcapasos.

En la Sección de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista se realizaron 5.008 procedimientos diagnósticos, 1.354 operaciones quirúrgicas mayores de alta y mediana complejidad, incluyendo malformaciones congénitas muy complejas, y se realizan trasplantes de corazón con una supervivencia de más de 10 años de estos pacientes.

El programa de trasplantes de órganos y tejidos avanza satisfactoriamente. En 2005 se realizaron 138 trasplantes de riñón, 17 de hígado, 2 de corazón, 2 de pulmón, 8 de células hematopoyéticas, 197 de córnea y más de 500 injertos óseos.

El programa de nefrología brinda atención aproximada a 1.944 pacientes en los servicios de hemodiálisis y dispone de un total de 458 riñones artificiales y 50 plantas de tratamiento de agua, para un índice de enfermos por riñón artificial de 4,3 y con una mortalidad inferior a 30% anual.

El programa nacional contra el cáncer cuenta con tecnología avanzada de radioterapia, cobaltoterapia, braquiterapia, radioterapia superficial, simuladores/medios de localización, sistema de planeación, medios de inmovilización y medios de computación, capaces de satisfacer las necesidades que existen actualmente. Se cuenta con una gama elevada de citostáticos en los servicios del país y se perfeccionaron los medios diagnósticos.

La atención integral a los adultos mayores y la satisfacción de sus necesidades de salud cada vez más crecientes son responsabilidad del Programa Integral de Atención al Adulto Mayor. Este programa se sustenta en la atención comunitaria, la atención institucional y la atención hospitalaria. La atención comunitaria se logra mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud Pública, en coordinación con otros organismos y organizaciones involucrados, teniendo como protagonistas a la familia, la comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas. Para ello se cuenta con equipos multidisciplinarios de atención gerontológica (436 en 2005) y grupos de orientación y recreación (1.435) que le brindan al adulto mayor la posibilidad de incorporarse a la vida social y los prepara para enfrentar los problemas del diario vivir, así como a adoptar estilos de vida sanos. Existen además programas sociales dirigidos especialmente al adulto mayor solo o sin redes de apoyo familiar, que tienen carácter intersectorial, donde el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el MINSAP desempeñan un rol protagónico, con el objetivo de cubrir las necesidades económicas y psicosociales de este sector de la población.

Las casas de abuelos, que son instituciones de la comunidad guiadas por una trabajadora social que trabaja en estrecha relación con los equipos multidisciplinarios de atención gerontológica, y los círculos de abuelos, que ayudan a elevar la calidad de vida de estas personas mediante el ejercicio físico, la incorpora-

ción al plan de alimentación domiciliaria y extradomiciliaria, el servicio de consejería y ayuda por teleasistencia, y las viviendas protegidas, entre otros, denotan logros en lo que se refiere a la salud de este grupo de edad. En 2005 había 201 casas de abuelos, con 5.562 adultos mayores incorporados (0,3% de esta población) y 14.701 círculos de abuelos, con 43,1% de los adultos mayores incorporados. La atención en instituciones de salud se ofrece a través de la red de hospitales y de hogares de ancianos. En 2005 se contaba con 143 hogares de ancianos, con un total de 11.764 camas. En ese mismo año, el número de médicos dedicados a la geriatría ascendía a 350 (267 especializados). Se trabaja además en la capacitación del resto del personal de salud involucrado en la atención a este grupo de edad, para mejorar la calidad en el desempeño de dicho personal. Las políticas de atención al adulto mayor están dirigidas a mantener a este grupo de población participando en el desarrollo del país, conservar en óptimas condiciones su salud y proporcionarles un entorno agradable.

La Constitución de la República de Cuba y el Código de la Familia estipulan los derechos y los deberes de la familia que inciden en la salud, la protección de la maternidad, la paternidad y el matrimonio, las responsabilidades mutuas entre padres e hijos, y el acceso gratuito a los servicios de salud curativos y preventivos. El Programa de Atención Integral a la Familia se desarrolla en la atención primaria por el equipo de salud del consultorio médico, con el apoyo de diversos especialistas del grupo básico de trabajo y del policlínico del área. El equipo básico de salud cumple funciones de promoción, prevención, curación y recuperación de los daños a nivel de la familia y realiza las acciones educativas en las visitas al hogar, en la consulta médica, en los grupos comunitarios de orientación, ya sean con padres y madres, adolescentes o ancianos. El registro sistemático de información sobre la familia a nivel del consultorio médico se plasma en la Historia de Salud Familiar, que incluye, además de la información de sus integrantes, la estructura, las condiciones de vida, el funcionamiento, los principales problemas que la afectan, el plan de acción y su seguimiento durante un año. La atención a la salud familiar se favorece debido a la cobertura nacional del programa de atención integral a la salud de la familia, la existencia de equipos multidisciplinarios de alto nivel que lo desarrollan, los programas de formación de recursos humanos que incluyen a la familia y la actual organización político-administrativa en las regiones, que favorece la participación intersectorial en apoyo a la familia.

El subsistema de atención al trabajador forma parte del Sistema Nacional de Salud y se rige por los mismos principios de gratuidad, accesibilidad, universalidad y participación comunitaria. Las acciones se planifican y controlan desde el nivel central del MINSAP, por el Grupo de Salud Ocupacional de la Unidad Nacional de Salud Ambiental, en estrecha relación con las dependencias locales, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y los sindicatos. Los aspectos de control ambiental corren a cargo del área de Higiene y Epidemiología del MINSAP, con dependencias provinciales y municipales que realizan la inspección sanitaria

estatal. La atención a la salud a nivel primario es realizada por médicos especialistas en medicina general integral, ubicados en los consultorios médicos de la comunidad y de centros de trabajo e instituciones educacionales, que brindan atención preventiva, asistencial y de rehabilitación gratuita a la totalidad de la población, incluida la atención de la salud ocupacional de los trabajadores. La atención especializada se brinda en instituciones hospitalarias distribuidas en todo el país y por personal altamente calificado, que incluye médicos especialistas en medicina del trabajo y en el Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores.

Para la coordinación y conducción del enfoque multisectorial en el control de la epidemia de sida, en 1983 se creó un Grupo de Gobierno que representa la autoridad nacional. Entre los sectores involucrados están el Ministerio de Educación, la Federación de Mujeres Cubanas, el Ministerio de Turismo, las personas con VIH/sida, el Ministerio de Cultura, el Ministerio de Comercio y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. La colaboración de agencias, organismos y organizaciones internacionales ha estado presente en el desarrollo del plan a través de proyectos específicos dirigidos al fortalecimiento de las acciones para el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Durante 2004 y 2005 se ampliaron los servicios de consejería, lo que permitió mejorar el alcance de las acciones dirigidas a grupos más vulnerables. La metodología de educación de pares se aplica en todo el país en las escuelas, la comunidad y las personas con VIH. Para brindar información a los jóvenes se crearon los centros de prevención de lucha contra el sida en diferentes provincias y municipios. El Sistema Nacional de Salud garantiza el acceso a los servicios médicos de toda la población y la atención a las personas con VIH en todos los niveles de atención, asegurando el acceso al tratamiento antirretroviral y de las enfermedades oportunistas. A fines de 2005, un total de 2.098 personas con VIH recibían tratamiento antirretroviral.

Promoción de la salud

La estrategia de promoción de la salud se encamina a fortalecer el principio de que las acciones de salud no son de la exclusiva responsabilidad del sector salud. El Sistema Nacional de Salud promueve la participación popular para la solución de los problemas y se involucra y capacita a los diferentes actores sociales para que identifiquen las acciones a desarrollar. Las acciones están sustentadas y avaladas por propuestas gubernamentales, con un enfoque intersectorial y transdisciplinario, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de la población. Para elevar a la categoría de excelencia todos los servicios de salud, se brindan cursos de pregrado y postgrado, que incluyen categorías científicas en materia de promoción y educación para la salud. La labor de las escuelas para que las nuevas generaciones adopten estilos de vida sanos ha propiciado que la población cubana posea una cultura general integral sobre cómo proteger su salud individual y colectiva. La modalidad de escuelas promotoras de salud ha dado

lugar a un movimiento nacional en el que todos los centros educacionales aspiran a la condición de escuelas promotoras de la salud con los consiguientes beneficios. Se realizan con gran expectativa algunos proyectos nacionales, con componentes eminentemente educativos y de comportamiento, como los programas de prevención y control del tabaquismo, del cáncer, de educación sexual, de nutrición, de salud bucal, y prevención y control de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida. Es importante la participación de los medios de comunicación social y de otras estructuras nacionales en la planificación y materialización de los objetivos de orientación a los individuos, la familia y la comunidad, en beneficio de la adopción de estilos de vida sanos y el autocuidado.

Los Centros Provinciales de Promoción y Educación para la Salud, las estructuras municipales y los consejos populares como máxima expresión de la participación popular en la solución de los problemas, posibilitan la adecuación de los programas a las características y posibilidades de cada región, así como la utilización racional de los recursos disponibles para lograr la cultura en salud necesaria para alcanzar el bienestar de la población.

Recursos humanos

El Sistema Nacional de Salud cuenta con 70.594 médicos (62,7 por 10.000 habitantes); de ellos, 33.769 son médicos de familia y garantizan 99,4% de cobertura médica a la población. Además, dispone de 10.554 estomatólogos (9,4 por 10.000 habitantes), 110.483 técnicos superiores (25.022 licenciados en enfermería) y 158.726 técnicos medios (64.440 técnicos en enfermería).

Desde 1959 se han graduado en el país 87.690 médicos, 12.937 estomatólogos, 29.983 licenciados en enfermería y 501 en tecnología de la salud. En 2005 se graduaron los primeros 1.610 médicos del Proyecto ELAM-CARIBE. El nuevo modelo de formación en enfermería y tecnología permitió incorporar a los servicios de salud a 15.142 técnicos básicos. El proceso de enseñanza que se denomina “de universalización” se desarrolla en el Policlínico en la Atención Primaria en Salud y abarca las carreras de medicina, estomatología, licenciatura en enfermería, psicología de la salud y tecnología de la salud. La docencia se lleva a cabo en los 169 municipios del país. Las unidades del Sistema Nacional de Salud se han convertido en sedes universitarias, que suman 2.242. El primer año de la carrera de medicina comenzó a ofrecerse en 2004 en 75 policlínicos universitarios de 42 municipios del país, cifra que se incrementó a 113 policlínicos de 68 municipios en 2005. Para evaluar este proceso se ha diseñado una investigación denominada Proyecto Policlínico Universitario que abarca seis tareas. Se inició la formación emergente de enfermería en ocho provincias del país, con niveles de ingreso de 9.º, 10.º y 11.º grado, y se utilizan como escenarios las instituciones de salud.

Los internos (estudiantes de sexto año de la carrera de medicina) han tenido una excelente participación en las diferentes misiones que le han sido asignadas.

La formación de recursos humanos en el sector de la salud abarca a estudiantes de más de 80 países. En las provincias de Ciudad de La Habana (Cojimar), Cienfuegos y Holguín se inició la formación del Nuevo Médico Latinoamericano.

En el postgrado, el inicio de ocho maestrías a distancia ofreció la posibilidad de incorporar masivamente a los profesionales de la salud no solo de Cuba, sino de Venezuela y otros 13 países del Programa Integral de Salud. Hay un total de 60 especialidades en ciencias de la salud: médicas (51), estomatológicas (5), enfermería (3) y psicología de la salud (1). Las especialidades de ciencias básicas biomédicas, higiene y epidemiología y bioestadística se ofrecen a todos los profesionales del sector. Entre 1962 y 2005 se formaron como especialistas 66.051 profesionales. A los graduados de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) se les ofreció la posibilidad de continuar los estudios de postgrado en la especialidad de medicina general integral y hacer después una segunda especialidad. La misión “Haciendo Futuro”, dedicada a la formación de especialistas, ha graduado hasta la fecha a 13.449 educandos en 14 especialidades para asegurar en lo fundamental el funcionamiento de los Centros de Diagnóstico Integral en Venezuela y de servicios deficitarios de recursos humanos en Cuba. Actualmente la cifra de doctores en ciencias de la salud es de 574 y se trabaja en una estrategia de grado para formar en los próximos años 25.000 nuevos doctores.

Desde diciembre de 2002 hasta finales de 2005, el Programa de Perfeccionamiento ha graduado a 700.000 trabajadores de la salud en todas las categorías ocupacionales.

Suministros de salud

La fabricación nacional de medicamentos, incluidos inmunobiológicos y medios de diagnóstico *in vitro* (diagnosticadores) es amplia y el control regulador de medicamentos se desarrolla constantemente. Cuba cuenta con regulaciones propias de buenas prácticas para la fabricación y el control de la calidad de estos productos, consistentes con las de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y también, entre otros, para medicamentos biológicos, radiofármacos, citostáticos, aerosoles de dosis metradas, laboratorios clínicos, bancos de sangre e investigación clínica en seres humanos. El Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos certifica el cumplimiento de estos estándares. Están vigentes sistemas de licencias sanitarias para operaciones farmacéuticas y con diagnosticadores para todos los establecimientos que fabrican, distribuyen, importan y exportan estos productos, las que se expiden en base a los resultados del cumplimiento de las prácticas recomendadas en cada caso, comprobados mediante inspección y que pueden ser revocadas conforme los resultados de la vigilancia postcomercialización.

El país forma parte del Esquema de Certificación de la Calidad para los Productos Farmacéuticos Objeto de Comercio Internacional de la OMS, y exige y emite las certificaciones que forman parte del mismo para las autorizaciones de comercialización.

El proceso regulador de los equipos médicos comienza con la inscripción del fabricante y abarca también la evaluación y el registro del producto correspondiente. Esto ha propiciado un mejoramiento cualitativo de las importaciones y una incrementada demanda de las producciones nacionales en la renovación tecnológica sustancial que se emprende en el SNS. La exigencia a los fabricantes se desarrolla, entre otros, mediante auditorías. Hay una labor continuada acerca del tema de calidad y actualmente está en consideración la adopción nacional de la norma 13485:2003 de la International Organization for Standardization.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

El Sistema de Ciencia y Técnica en Salud está integrado por 32 entidades de ciencia e innovación tecnológica, 21 de las cuales están acreditadas en el Registro del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente como institutos y centros de investigación, cuatro como centros de servicios científico-tecnológicos y siete como unidades de desarrollo científico-tecnológico. La investigación la realizan los centros de educación médica superior en el área de la salud: cuatro universidades médicas, 21 facultades de medicina, cuatro de estomatología, cuatro de enfermería y cuatro de tecnología de la salud, la Escuela Nacional de Salud Pública, la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas, 35 filiales médicas, 169 sedes universitarias municipales y 273 sedes universitarias (de ellas 113 son policlínicos universitarios en 68 municipios). A nivel nacional existen 11 programas “ramales” científico-técnicos. Al cierre de 2005 se contaba con 48 proyectos nacionales, 580 ramales, 216 territoriales y 1.448 institucionales de salud tanto de investigación y desarrollo como de innovación tecnológica. En cada hospital y municipio existe un consejo científico que aprueba los proyectos antes de su presentación a la instancia correspondiente.

El Sistema Nacional de Salud cuenta con 574 doctores en ciencias, 1.413 investigadores categorizados y 11.502 profesores de educación médica. El promedio de edad de los investigadores es de 39 años.

Hay en el país 12 Centros Colaboradores de la OPS/OMS en salud y vivienda, investigación y docencia en reproducción humana, medicina ocupacional, nutrición e higiene de los alimentos, atención integrada en diabetes, enfermedades víricas, estudio del dengue y su control, referencia e investigaciones en tuberculosis y micobacterias, malacología médica y control biológico de vectores y hospederos, crecimiento y desarrollo del niño, desarrollo de la biblioteca virtual, y desarrollo del enfoque genético en promoción de salud. Se promueven la evaluación de tecnologías sanitarias y la evaluación del impacto de los nuevos programas y servicios introducidos al Sistema Nacional de Salud.

La Biblioteca Virtual de Salud y su red de información Infomed son reconocidas en la Región y en todo el mundo por haber hecho un uso de las tecnologías de la información y la comunica-

ción de manera intensa y creativa. Un rasgo determinante ha sido la prioridad dada al uso social de estos recursos y al desarrollo de flujos locales de información, que tratan de acercar el conocimiento científico a la acción de salud. El uso de la información científico-técnica ha estado vinculado con la educación y formación continua de los profesionales y se extiende a todo el territorio nacional. En todas las áreas de salud hay estaciones de la Biblioteca Virtual de Salud y se está extendiendo la integración de la Universidad Virtual con los procesos de formación a todos los niveles. La red cubana de información científico-técnica en salud Infomed es el resultado de la acción colectiva de instituciones y trabajadores de la salud y crece mediante sus comunidades de práctica y conocimientos que se visualizan crecientemente en los espacios virtuales de Infomed. Este es un proceso en desarrollo, que tiende a consolidarse. En un artículo científico publicado recientemente por el *Journal of Medical Internet Research*, se plantea que “Infomed es un modelo para la integración de la información en salud en los campos de la asistencia, la investigación, la educación y los servicios”.

Gasto y financiamiento sectorial

En 2005, los gastos totales de la salud pública en el país se incrementaron 24,2% en relación con 2004. Esto representó un incremento en los gastos totales de más de 507,2 millones de pesos, superando el promedio de crecimiento anual que era de 9,6% hasta el año 2000. La distribución de los gastos reflejó un crecimiento en el rubro de los gastos de salario de 452,8 millones de pesos y representó 65,0% del gasto total, así como los medicamentos y materiales afines que demandaron 308,0 millones de pesos (4,0% más que el año anterior). Con el objeto de seguir perfeccionando los servicios de salud hasta alcanzar la excelencia, se destinan a este importante sector 3.193,3 millones de pesos, lo que representa un crecimiento de 23,0% en relación con 2005. Los gastos de personal ascienden a 255,6 millones de pesos, lo que representó 64,4% del total de gastos, correspondiendo al rubro de salarios 2.007,7 millones de pesos. El presupuesto aprobado para los gastos de medicamentos y materiales afines ascendió a 347,0 millones de pesos. Del total del presupuesto se destinaron para la atención primaria 1.309,2 millones de pesos (41,0%), el desarrollo científico-tecnológico 85,5 millones de pesos (2,6%), la asistencia médica hospitalaria 1.660,5 millones de pesos (52,0%). El resto se destina a actividades entre las que están las de la administración y otros centros de apoyo al sistema, que ascienden a 138,0 millones de pesos (4,4 %).

Cooperación técnica y financiera externa en salud

Las relaciones internacionales de Cuba en el campo de la salud con el resto de los países del mundo han tenido un desarrollo ascendente, sobre todo en la colaboración ofrecida (Cuadro 5). Durante el quinquenio 2001–2005 se desarrollaron nuevos planes y

CUADRO 5. Número de colaboradores enviados a otros países según año, Cuba, 2001–2005.

Año	Número de colaboradores
2001	4.317
2002	6.190
2003	17.033
2004	26.014
2005	31.243
Total	84.797

modalidades de cooperación, como Barrio Adentro en Venezuela y la Operación Milagro, que se creó para curar afecciones de la vista de la población del país y de pacientes venezolanos y de otros pueblos de Latinoamérica y el Caribe. Hasta diciembre de 2005 se habían realizado un total de 172.306 operaciones como parte del proyecto “Operación Milagro”, a poblaciones beneficiadas de diversos países de América Latina. A raíz del huracán Katrina en Nueva Orleans, se creó el Contingente Henry Reeve contra grandes epidemias y desastres naturales, como muestra de la solidaridad del pueblo cubano. De igual manera se continuó trabajando en el cumplimiento de las misiones correspondientes al Programa Integral de Salud y demás modalidades de colaboración. El país ha contribuido con la formación de recursos humanos en la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas, donde actualmente estudian jóvenes de África, América Latina, Medio Oriente y de algunas regiones de los Estados Unidos.

Los médicos cubanos que brindan asistencia médica en otros países también actúan como docentes en la formación de los médicos que garantizarán la continuidad de la atención de salud.

Además de la cooperación técnica se recibieron recursos financieros de organismos internacionales y de ONG y donaciones por un total de más de US\$ 27 millones, que permitie-

CUADRO 6. Distribución de los recursos recibidos por los Servicios Nacionales de Salud, Cuba, 2005.

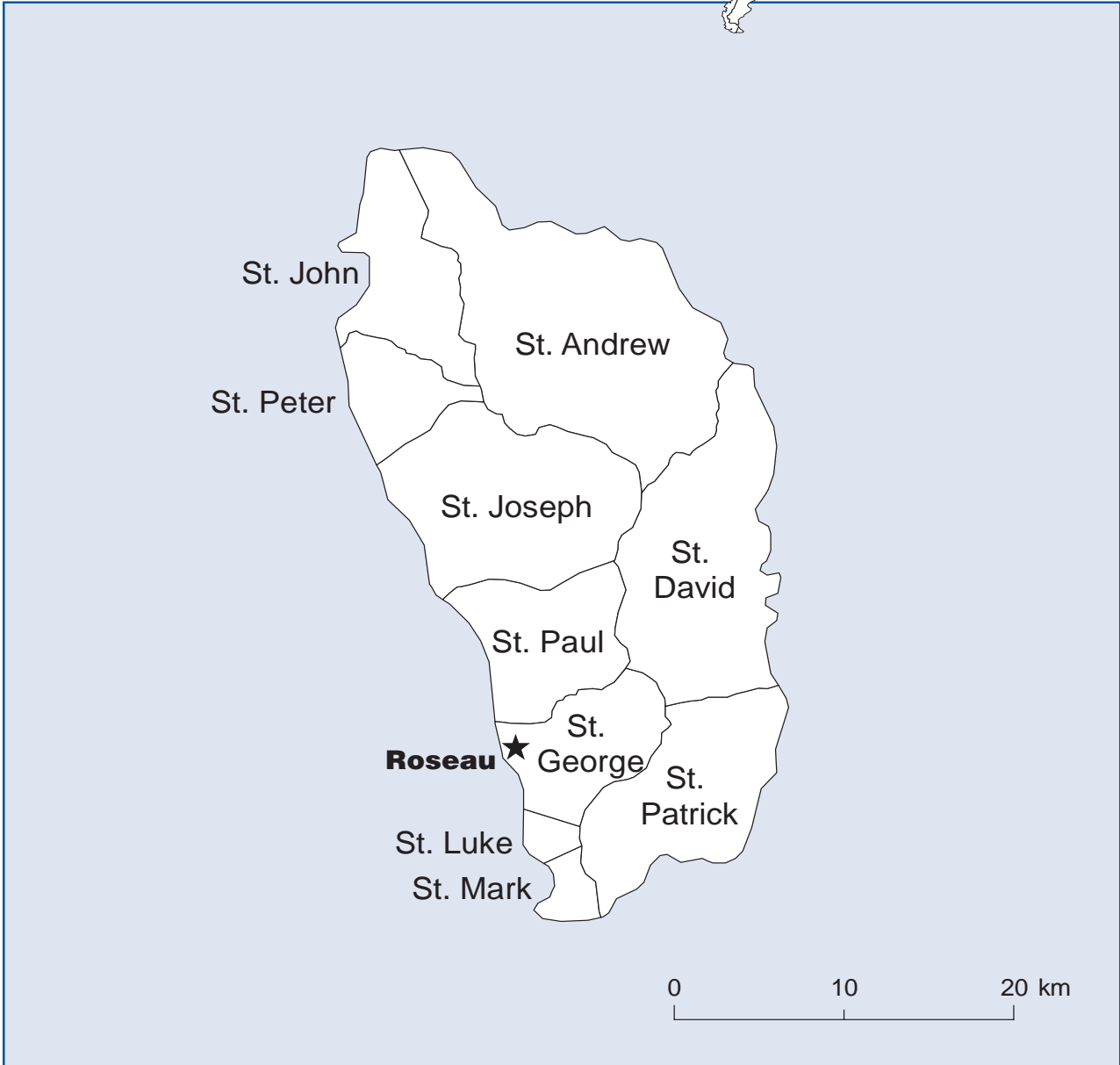
Organismo	Fondos asignados (US\$)
OPS-OMS	771.000,00
UNFPA	308.000,00
UNICEF	826.922,00
PNUD /ONUSIDA	20.000,00
PNUD /Gov. Japón	284.837,00
PNUD /SIDA	2.879.081,81
PMA	258.000,00
DONACIONES	21.963.943,00
Total	27.311.783,81

ron la realización de numerosos proyectos, como se muestra en el cuadro 6.

Bibliografía

- Cuba, Oficina Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico. La Habana: ONE; 2005.
- Cuba, Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente. Informe Anual. La Habana: CITMA; 2005.
- Cuba, Ministerio de Economía y Planificación. Informe Anual. La Habana: MEP; 2005.
- Cuba, Ministerio de Salud Pública. Informe de Programas; 2005.
- Cuba, Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos. Plan Nacional de Acción, 2005.
- Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Washington, DC: OPS; 2003. (Publicación Científica No. 554).

DOMINICA



La Comunidad de Dominica, la más septentrional y extensa (790 km²) de las Islas de Barlovento de las Antillas Menores, está situada entre los territorios franceses de Guadalupe y Martinica. Tiene un clima húmedo, tropical y marítimo, caracterizado por una leve variación entre las estaciones húmedas y secas. Las pronunciadas precipitaciones durante la estación húmeda contribuyen al crecimiento de su frondosa vegetación. La topografía de la isla es escabrosa: tiene montañas empinadas cubiertas de exuberante selva tropical; valles profundos surcados por ríos, y colinas cubiertas por árboles que nutren y mantienen ríos en su estado natural, arroyos perennes y cataratas de aguas bulliciosas. El país tiene una gran diversidad de flora y fauna y sus paisajes, sus extensos bosques y su ecología marítima hacen de la isla un destino turístico muypreciado. De 1993 a 2004, la llegada de turistas aumentó 54,2%, alcanzando la cifra de 80.087 en 2004. Ese mismo año, los cruceros trajeron 383.614 pasajeros a la isla. La mayor parte de los visitantes provienen de otros sitios del Caribe, los Estados Unidos de América y Europa.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Desde su independencia de Inglaterra en 1978, Dominica ha mantenido una organización política regida por el Parlamento británico: una democracia multipartidaria. El idioma oficial es el inglés, pero la mayoría de la población habla un dialecto patois “kweyol”, una fusión de estructuras lingüísticas del africano y del francés.

Dominica está subdividida en diez condados: Saint Andrew, Saint David, Saint George, donde se encuentra la capital, Roseau, Saint John, Saint Joseph, Saint Luke, Saint Mark, Saint Patrick, Saint Paul y Saint Peter.

Determinantes sociales, políticos y económicos

La economía de Dominica se ha basado tradicionalmente en la agricultura, pero los acontecimientos globales y regionales ocurridos recientemente contribuyeron a la debilidad del sector, principalmente la producción de bananos. En 1997, el sector agrícola (en particular el cultivo de bananos) representó 20,0% del Producto Interno Bruto (PIB) y en 2003, 17,7%. Dominica aspira a una economía de mercado libre y liberal.

La economía creció aproximadamente 3,57% en 2004, lo cual representa un aumento en comparación con 0,1% en 2003. Para

enfrentar las dificultades económicas existentes, el gobierno fortaleció su política fiscal y generó apoyo financiero externo adicional. Una vez que los esfuerzos fiscales mostraron los resultados, el gobierno emprendió un programa de reforma más integral para fomentar el crecimiento y avanzar hacia la sostenibilidad de la deuda, evitando el incremento de la misma como un requisito esencial para la estabilidad económica.

El gobierno redujo los salarios en 5% como una medida a corto plazo diseñada para reducir el empleo, a la que posteriormente le seguirá una reforma pública de servicios más integral. A pesar de estas medidas, la inflación (según las mediciones del Índice Anual de Precios al Consumidor) creció 2,5% en 2004, frente a 1,4% en 2003. Se registraron aumentos de costos en el combustible y la electricidad (7,5%), vivienda y servicios públicos (4,7%), educación (3,5%) y alimentos (2,8%).

En el período 2001–2005, el sector dominante en la economía del país fue el de los servicios públicos, seguido del turismo, la construcción, la manufactura y la agricultura. El turismo aportó entre 10% y 12% del PIB y más de 30% de las ganancias de divisas extranjeras, lo que representa el triple de las ganancias del cultivo de bananos. El PIB nominal per cápita (a costo de los factores) en 2001 fue de alrededor de US\$ 3.100 (US\$ 2,72 = EC\$ 1). Las finanzas del gobierno se deterioraron notablemente en este período, lo que generó una situación fiscal precaria (1).

El PIB en 2003 fue de alrededor de US\$ 257,6 millones, el mismo que en 1998. La contribución al PIB en 2003 de los servi-

cios públicos; la agricultura, la pesca y la silvicultura; el comercio mayorista y minorista; la banca y los seguros; y el transporte, fue de aproximadamente 22%, 18%, 13%, 11% y 8%, respectivamente.

El porcentaje de pobreza en los hogares fue de 29% en 2002, lo que significa que alrededor de 7.000 hogares fueron evaluados como pobres. Se consideró indigente a aproximadamente 11% de los hogares (cerca de 2.500). Las personas que habitaban estos hogares tenían gastos promedio anuales per cápita inferiores a US\$ 740 y no podían satisfacer sus necesidades alimenticias básicas. Los hogares que cubrían adecuadamente sus necesidades alimenticias básicas, pero no podían satisfacer sus otras necesidades (gasto promedio per cápita por lo menos US\$ 740 pero inferior a US\$ 1.251) se clasificaron como pobres y representaron 18% de todos los hogares (4.400).

La pobreza del país se debe en gran medida a la rápida disminución en los ingresos del cultivo de bananos, que afectó a todos los sectores de la economía. Sin embargo, el hecho de que el indicador de pobreza (39%) sea más elevado que el nivel de pobreza extrema (15%) sugiere que la mayoría de las personas satisface sus necesidades básicas. La brecha de pobreza, que mide en qué proporción los ingresos de las familias pobres se encuentran por debajo de la línea de pobreza, es de 10,2%; por lo tanto, un promedio de 4.300 hogares tienen gastos por debajo de la línea de pobreza (2). La población caribe es una de las más pobres en el país, con tasas de prevalencia de pobreza e indigencia muy superiores al promedio para el país en su conjunto.

La encuesta de evaluación de la pobreza reveló que un factor contribuyente al nivel de pobreza y pérdida de bienestar, especialmente entre los indigentes, es el abandono de las personas mayores a su propio cuidado, una situación a menudo exacerbada por la enfermedad y la discapacidad. Si bien las condiciones para los indigentes son inferiores al promedio, las actitudes entre los relativamente pobres son muy optimistas. Muchos critican firmemente la idea de que son pobres, lo que pone de manifiesto una clara falta de correlación entre la pobreza por ingreso y el bienestar para este grupo.

Según la Revisión de la Protección Social del país de 2002 (elaborada para establecer las características, el alcance y las causas de la pobreza e identificar maneras de reducirla), la brecha de sexo en la fuerza de trabajo fue especialmente alta entre los pobres (49% de las mujeres pobres y 33% de los hombres pobres estaban desempleados). Según la Encuesta sobre la Fuerza Laboral y el Censo de Población y Vivienda de 2001, la tasa de desempleo disminuyó para ambos sexos entre 1997 y 1999. La participación de los hombres en la fuerza laboral fue más alta para todos los grupos de edad en el transcurso de este mismo período. La tasa de participación para ambos sexos disminuyó con el correr de los años, con un ritmo más acentuado en las tasas de mujeres. Los sectores de la construcción y la agricultura estaban en gran parte dominados por los hombres.

Se han registrado problemas en las prisiones, entre los que están un importante hacinamiento, la falta de una dieta apropiada para las personas con hipertensión y diabetes, la potencial transmisión de enfermedades transmisibles (como el VIH/sida y la tuberculosis), la eliminación inapropiada de desechos humanos y la ropa de cama inadecuada.

En 2005 se logró la educación universal primaria y secundaria, y ya se ha alcanzado la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en cuanto al acceso equitativo de la niñez a todos los niveles educativos.

La matrícula escolar primaria neta para los niños fue mayor que para las niñas (83% y 79%, respectivamente) en el período 1998–2004. En 2002, tres instituciones terciarias se fusionaron y formaron el Dominica State College. Más mujeres que hombres aprovecharon las oportunidades de educación terciaria, lo que con el tiempo ha llevado a un crecimiento significativo en el número de mujeres en posiciones administrativas jerárquicas, tanto en el sector privado como público. Aumentó el número de hombres que buscaron capacitación vocacional, y el gobierno concedió becas a más estudiantes hombres.

En 2001, 4,5% de los hogares no tenía acceso a agua potable segura, un porcentaje inferior en comparación con 7,5% en 1991. En 2004, la Dominica Water and Sewerage Company, Ltd. (DOWASCO), que administra los sistemas de abastecimiento público de agua del país, tenía en funcionamiento 43 sistemas individuales de abastecimiento de agua que suministraban agua potable a 100% de las zonas urbanas y aproximadamente a 95% de las zonas rurales. El 5% restante de la población rural se abastecía por sistemas privados o por otros medios, como vertientes, ríos, o cuencas de captación de lluvias.

El consumo de agua per cápita en 2004 se estimó en 151 a 227 litros por persona, por día. DOWASCO manejó aproximadamente 13.285 conexiones del servicio y 549 fuentes de agua; el 78,30% del total de las conexiones del servicio contaba con medidores. Aproximadamente 60% de la población tiene acceso a todos los servicios de almacenamiento, recolección y eliminación de desechos sólidos de la Corporación de Manejo de Desechos Sólidos; el 40% restante recurre al compostaje, la reutilización, la quema y el entierro de desechos sólidos. Un pequeño porcentaje de hogares continúa recurriendo al vertido a cielo abierto. Arrojar basura sigue siendo un problema importante en toda la isla, que afecta las cuencas bajas de los ríos y las zonas costeras.

Antes de 1980, aproximadamente 60% de los hogares tenía acceso a un sistema de recolección de desechos sólidos. La cobertura aumentó a alrededor de 70% en 1991 y aproximadamente 84% para 2001. La mayor cobertura de servicios de abastecimiento de agua y eliminación de excretas dio lugar a una disminución de la helmintiasis y la fiebre tifoidea entre la población.

En 2005, el Departamento de Salud Ambiental tenía registrados 213 restaurantes y 229 establecimientos alimenticios que atendían a menos de cinco clientes (*snackettes*); el 70,9% y 66,4%,

respectivamente, obtuvieron puntajes satisfactorios (70% o más) según los criterios de evaluación del formulario de inspección de restaurantes.

El país está constantemente amenazado por las inundaciones, y los huracanes son frecuentes en los últimos meses de verano. En 2003 se produjo un importante desprendimiento de tierras en el sur del país que cobró la vida de dos trabajadores de servicios públicos que se desempeñaban en la zona. A fines de 2004, Dominica fue sacudida por un terremoto que midió 6,0 en la escala de Richter y causó daños por US\$ 33 millones, especialmente en el norte del país. El Hospital Portsmouth sufrió serios daños. Tres meses después se produjeron temblores secundarios que midieron 4,7 y 5,4 en la escala de Richter, que causaron preocupación en los residentes locales.

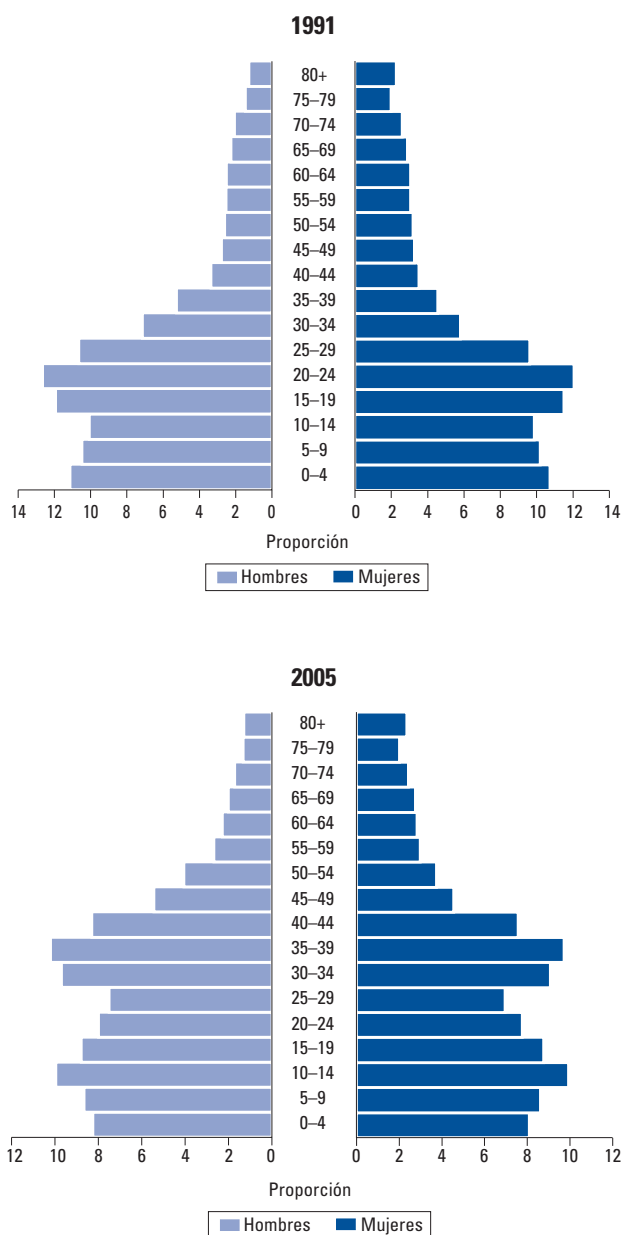
Demografía, mortalidad y morbilidad

Según los datos del Censo de Población de 2001, la población total del país era de 69.625 habitantes; el cálculo para fines de 2003, sin embargo, arrojó una cifra de 70.340 habitantes. La población está constituida principalmente por descendientes de africanos y una pequeña población (4,0%) de indígenas kalinago (o caribes), la última tribu sobreviviente de los primeros habitantes del Caribe y uno de los grupos de población más pobres del país. Se registró una población no institucional de 14.539 habitantes para la ciudad de Roseau.

Según estimaciones del Negociado del Censo de los Estados Unidos, la población de 0 a 20 años representaba un porcentaje menor de la población total en 2005 (36%) que en 1991 (45%), y la mayor diferencia en la distribución de la población total entre 1991 y 2005 estaba en el grupo de 20 a 60 años (46% en 1991 y 54% en 2005). Se observó una leve diferencia en el grupo de 60 años y más (11% en 1991 y 10% en 2005). Las diferencias por sexo en los distintos grupos de edad fueron pequeñas y la mayor se observó en el grupo de 60 años y más en 2005 (hombres, 9% y mujeres, 12%), mientras que en 1991, las diferencias en este grupo de edad fueron de 10% para los hombres y de 13% para las mujeres. En la última década, la población se ha desplazado hacia la línea media de la pirámide edad-sexo, donde se espera un mayor impacto de las enfermedades crónicas (véase la figura 1.) La densidad de la población disminuyó 2,1% (de 95 a 93 habitantes por km²).

La esperanza de vida al nacer en 2005 era de 74,7 años (71,7 para los hombres y 77,7 para las mujeres). En 1990–1995, la esperanza de vida se estimó en 67,8 años (63,5 para los hombres y 69,8 para las mujeres). La tasa global de fecundidad se mantuvo constante entre 1991 y 2001 (3,0 niños por mujer). La edad fértil promedio fue de 27,2 años en 1991 y 27,8 en 2001. Se registraron dos defunciones maternas entre 2000 y 2003, ambas ocasionadas por complicaciones en el embarazo. En promedio, hubo 1.137 nacidos vivos por año en el mismo período. La tasa bruta de natali-

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Dominica, 1991 y 2005.



dad alcanzó un promedio de 16,1 por 1.000 habitantes en el mismo período. La tasa bruta de mortalidad registró un promedio de 7,7 por 1.000 habitantes; se notificaron 2.172 defunciones.

En el período 1991–2001 emigraron hacia otros países del Caribe y los Estados Unidos de América 8.866 personas, por lo que se mantuvo la tendencia hacia una disminución en la población. La migración internacional asciende vertiginosamente después

de los huracanes, ya que los trabajadores especializados pierden sus empleos y buscan mejores condiciones laborales en otro sitio. Sin embargo, en 2003–2005 disminuyó el flujo de salida de la población (solo 23 personas se trasladaron a otro país en 2003), lo cual contribuyó, junto con el aumento en la tasa de natalidad, al crecimiento de la población (3).

Las diez causas principales de muerte en 2003 fueron las neoplasias malignas (123 defunciones), las enfermedades hipertensivas (86), las cardiopatías (71), la diabetes mellitus (31), las enfermedades cerebrovasculares (26), las enfermedades del sistema respiratorio a excepción de la enfermedad respiratoria aguda (20), la infección respiratoria aguda (16), las afecciones originadas en el período prenatal (14), las enfermedades del sistema digestivo (13) y las enfermedades del sistema nervioso excepto la meningitis (12).

En 2002 se realizaron 39.728 consultas a médicos de distrito o enfermeros de familia. En general, las mujeres realizaron el doble de visitas (67,7%) que los hombres (32,3%). La mayor diferencia se encuentra en el grupo de 30 a 64 años, en el cual las mujeres triplicaron el número de consultas.

La mayoría de los niños de 0 a 5 años (88,8%) presentaba un estado nutricional normal en 2001 y el 9,4% era obeso. En 1990–2000, 30% de la población adulta tenía sobrepeso (Índice de masa corporal [IMC] entre 25 y 30) y 17,9% era obesa (IMC superior a 30). Las causas principales de morbilidad y mortalidad estaban influenciadas por ciertos hábitos de estilo de vida, como una actividad física inadecuada, una dieta deficiente, un mal manejo de los eventos vitales, incluidos los hábitos de conducción de vehículos. El número de víctimas por accidentes automovilísticos, violencia y lesiones ha aumentado en Dominica.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Según el censo de 2001, los niños de 0 a 4 años representaban 8,9% de la población (4,5% niños y 4,4% niñas).

Se registraron 7.010 nacimientos durante el período 2001–2005. La tasa bruta de natalidad en 2001 fue de 17,2 por 1.000 habitantes y de 15,1 en 2004. La tasa de mortalidad infantil fue de 19,8 por 1.000 nacidos vivos en 2001, 18,9 en 2003 y 13,1 en 2004. La tasa de mortalidad neonatal fue de 14 por 1.000 nacidos vivos en 2001 y de 10,3 en 2004. La tasa de mortalidad perinatal varió de 26,8 por 1.000 nacidos vivos en 2001 a 28,8 en 2004; se registraron 70 defunciones perinatales durante el período. Las causas principales de muerte en este grupo de edad fueron el síndrome de distrés respiratorio del recién nacido (19) y la malnutrición fetal (33). Las defunciones en niños menores de 1 año variaron de 21 en 2000 (11 niños, 10 niñas) a 14 en 2004. La tasa de mortalidad en los niños menores de 5 años fue de 4,3 por 1.000 en 2001 y de 2,8 en 2004.

La prevalencia de bajo peso al nacer aumentó de 8,2% en 2002 a 9,8% en 2004.

La cobertura de inmunización para las enfermedades epidemiológicas es superior a 99%, aunque algunos padres rechazaron la vacunación por motivos religiosos.

La tasa de iniciación de la lactancia materna es de 98,7% y el 33,9% de las mujeres amamantaron exclusivamente hasta los seis meses. El 74% de los niños comienza a consumir alimentos de la dieta familiar a los seis meses. En 2004, 10% de los niños de este grupo de edad era obeso.

Según el Programa Nacional del Sida, no se registraron lactantes nacidos de madres positivas al VIH entre 2003 y 2004. En 2005 hubo un incremento de 20% en la aceptación de la prueba de detección del VIH en embarazadas, que condujo a la identificación de tres lactantes positivos al VIH; estos lactantes están a la espera de una prueba final para determinar su estado.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Se registraron dos defunciones en este grupo de edad en 2003. Dos niños quedaron huérfanos por el sida durante este período.

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

En 2001, el grupo de 10 a 14 años representaba 10% de la población (4,9% hombres y 5% mujeres) y el de 15 a 19 años, 9,6%, con la misma distribución de los sexos.

La tasa de natalidad de madres menores de 20 años se mantuvo constante, con una variación de 43 por 1.000 en 2001 a 44 por 1.000 en 2005. No se disponía de servicios especiales de salud para adolescentes dentro del sistema de salud estatal, y el único método de anticoncepción disponible en los establecimientos de salud eran los condones. En 2001, la tasa de fecundidad para las adolescentes de 15 a 19 años fue de 140 nacidos vivos por 1.000 adolescentes de ese grupo de edad.

Hubo 37 defunciones en 2000–2004 y el número más alto (11) se registró en 2002. Las principales causas de muerte fueron los accidentes automovilísticos (6), las neoplasias malignas (no especificadas) (6), las enfermedades del sistema circulatorio (6), los homicidios (3), el suicidio (1) y las defunciones maternas (1). Los datos de la Encuesta Mundial sobre el Tabaquismo en la Juventud en 2004 revelaron que 34,4% de los estudiantes de escuela primaria y secundaria fumaba (39,4% para los hombres y 26,4% para las mujeres).

El porcentaje de estudiantes que nunca habían fumado varió de 33% a 41% en 2000 y de 25% a 38% en 2004, y alrededor de 27% de los estudiantes entrevistados en 2000 y 2004 había empezado a fumar antes de los 10 años. El consumo de tabaco y la edad de iniciación vigentes se mantuvieron constantes para ambos años de las encuestas. Los datos de 2004 revelaron que 20% de las mujeres entrevistadas eran propensas a fumar.

Casi 60% de los estudiantes estaba expuesto al humo del tabaco en lugares públicos, y se observó un aumento en el número de estudiantes que informaron que uno de sus padres, o ambos, fumaba.

Salud de los adultos (20–59 años)

En 2003, el número de adultos de 20 a 59 años era de 32.518, y representaban 47,6% de la población (el más alto porcentaje de cualquier grupo de edad); de ellos, 16.018 eran mujeres (22,8%) y 16.500, hombres (24,9%).

La tasa global de fecundidad en 2001 fue de 2,5 niños por mujer, y la edad promedio de las mujeres en edad de procrear fue de 27,8 años.

Según el informe de 2004 de la Asociación Familiar de Dominica, los anticonceptivos más habitualmente suministrados eran los condones, los anticonceptivos orales y los anticonceptivos inyectables. El número de pruebas de Papanicolaou en este establecimiento disminuyó de 650 en 2000 a 363 en 2004.

La abrupta disminución en el uso de espermicidas que no ofrecen protección contra la transmisión del VIH/sida puede estar relacionada con un mayor conocimiento sobre cómo prevenir el VIH/sida.

Entre 2003 y 2004 hubo un incremento en el número de nuevas personas que aceptaron el uso de anticonceptivos (de 244 a 261), cifra que representa un aumento de 7%. El número de consultas por anticonceptivos aumentó de 4.248 en 2003 a 4.566 en 2004, lo cual representa un aumento de 7,5%.

Se ofrecen servicios de atención prenatal a todos los que la necesitan. La mayoría de los nacimientos fueron atendidos en instituciones de salud y por profesionales de salud especializados. También se ofrece la prueba de detección del VIH a todos los pacientes de atención prenatal; entre 2003 y 2005 se produjo un aumento de 20% de las personas que aceptaron hacerse la prueba.

Entre las principales causas de muerte en este grupo están las neoplasias malignas (22%), la enfermedad hipertensiva (15,4%) y la cardiopatía (12,7%), seguidas de la diabetes mellitus y la enfermedad cerebrovascular. Según el informe del Médico Jefe, en 2003 se registraron 12 defunciones relacionadas con el sida (10 hombres y 2 mujeres), lo cual representa 2,1% de todas las defunciones. Durante 2000–2003 se notificaron 397 defunciones en este grupo de edad, de las cuales 250 fueron hombres.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

A fines de 2003, el número de personas en este grupo de edad era de 9.610 (4.183 hombres y 5.427 mujeres); el 1,2% del total de la población tenía 85 años o más.

Se registraron 1.574 defunciones (746 hombres y 828 mujeres) en el período 2000–2003. Según las investigaciones realizadas en 2002 por el Consejo de Adultos Mayores de Dominica, los princi-

pales problemas sociales que enfrentan las personas de edad avanzada son la inestabilidad financiera, la falta de apoyo social, la soledad entre aquellos que no cuentan con familias extensas y la falta de actividades comunitarias que requieran de su participación. Los principales problemas de salud fueron la hipertensión, la artritis, los problemas de la vista y la diabetes. Las mujeres son más conscientes de sus problemas y aparentemente tenían una mayor interacción con el sector salud. Tanto las mujeres como los hombres usaron medicamentos recetados, así como también medicamentos tradicionales caseros.

Salud de la familia

Entre 1991 y 2001 (los últimos dos años del censo), el promedio de hogares aumentó 10,9%. El 34,0% de los hogares pobres estaban liderados por mujeres solteras y 45% de las personas pobres vivían en hogares liderados por mujeres. Según el Censo de Población y Vivienda de 2001, los hogares liderados por mujeres representaban 36,9% del total. El número promedio de personas por hogar era de 3,1, con 3,3% de los hogares constituidos por más de ocho personas. Esto incluye 311 hogares, o 42,5%, liderados por mujeres y 421 hogares liderados por hombres. Un número más alto de mujeres que de hombres había perdido a su cónyuge (3:1). Las mujeres en este grupo continuaron cubriendo sus necesidades por sí mismas o bien dependieron del apoyo público, familiar, o de remesas, especialmente aquellas sin los ingresos de una pensión. Más de 75% de las mujeres cabeza de familia tenía solamente educación primaria, si bien los niveles educativos han mejorado para la población en su conjunto.

Las tasas de embarazos en adolescentes fueron altas a pesar de la disponibilidad de anticonceptivos orales en los dispensarios, lo cual fue motivo de gran preocupación durante el período del informe. El uso de drogas y el consumo de alcohol, especialmente entre los hombres jóvenes, también fue motivo de preocupación.

Salud de las personas con discapacidad

En el período 2002–2005, una proporción más alta de hogares pobres tenía algún miembro con una discapacidad grave. Sin el apoyo social o familiar, la vejez se asociaba evidentemente con salud deficiente, discapacidad y pobreza. El Censo de Población y Vivienda de 2001 reveló que 1,1% del total de la población (773 personas) tenía discapacidades visuales, 0,5% (320) discapacidades auditivas, 0,7% (475) discapacidades del habla, 1,6% (1.131) disminución de la movilidad, 0,8% (556) retardo mental y 1,5% (1.046) otro tipo de discapacidad.

Grupos étnicos

La población caribe es joven; el 70% tiene menos de 30 años y 40% menos de 19. La actividad económica de los caribes se

centra en una agricultura de subsistencia mixta, la producción de artesanías y la construcción de embarcaciones. Los caribes viven en un área delimitada llamada el Territorio Caribe, en el nordeste del país. La prevalencia de la pobreza entre la población caribe era de 70% en 2002, y casi la mitad de los caribes eran indigentes. Este grupo representa alrededor de 4% (2.800) del total de la población y 7% de la población pobre (4).

En 2001, solamente 2,3% de la población caribe tenía agua suministrada por conexiones dentro de las viviendas, 4,6% tenía inodoros con cisternas, 56,3% tenía electricidad y 63,0% utilizaba la madera como un elemento para cocinar. Estos datos reflejan las importantes disparidades de las condiciones de vida de los caribes y el resto de la población.

El gobierno está trabajando para mejorar la eficacia, la efectividad y la calidad de los servicios prestados a los caribes. Los planes incluyen la disponibilidad de un servicio de ambulancias; la mejora de la infraestructura edilicia de los establecimientos de atención de salud; la implementación de actividades de promoción de la salud para fomentar conductas saludables, y la mejora de la salud mental a través de programas para la prevención del abuso de sustancias, incluido el abuso de alcohol. El Territorio Caribe está atendido por dos distritos de salud, Castle Bruce y Marigot.

El Plan Nacional de Salud de 2002–2006 reconoce las necesidades de salud específicas de los caribes. En 2001 se lanzaron iniciativas específicas para la prevención de la helmintiasis y la tuberculosis en dicha comunidad.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Las dos enfermedades transmitidas por vectores que afectan considerablemente al país son el **dengue** y la **leptospirosis**. El informe de 2004 del Médico Jefe hace hincapié en la necesidad de las actividades de control de vectores, habida cuenta de los índices domésticos preocupantes,¹ que variaron entre 18% y 25%. Se notificaron cinco casos de dengue entre 2001 y 2004. No ha habido casos de **malaria** en la población autóctona desde la década de 1960; sin embargo, el mosquito *Anopheles albimanus* es endémico en tres distritos de salud. Se registró un aumento en el número de personas que migraron a Dominica desde países en los que la malaria es endémica.

Enfermedades inmunoprevenibles

La cobertura para todas las vacunas incluidas en el programa nacional de inmunización (BCG, OPV (antipoliomielítica), DPT

(contra difteria, tos ferina y tétanos) y SRP (contra sarampión, parotiditis y rubéola) en el período 2001–2005 varió de 95% a 100%. La vacuna contra la **hepatitis B** se aplica a los trabajadores de salud y otros considerados de alto riesgo para la enfermedad. Las vacunas contra *Haemophilus influenzae tipo b* y hepatitis B se administran solamente a los niños en el sector privado. Como parte del programa de erradicación de la **rubéola**, 21.172 (94,1%) personas de 12 a 35 años recibieron la vacuna contra sarampión, parotiditis y rubéola en 2000, y 99,2% de los niños de 1 a 5 años recibieron su segunda dosis. La cobertura de vacunación de antígenos administrados en 2005 fue la siguiente: BCG, 98%; SRP, 100%, tercera dosis de OPV, 98% y DPT, 98%.

El último caso de poliomielitis se registró en 1980 y el último caso de sarampión en 1991. En el período 2000–2001 no se registraron casos de rubéola, síndrome de rubéola congénita, difteria, tos ferina, tétanos ni tétanos neonatal.

Se evaluó integralmente el programa de inmunización y en 2004 se desarrolló un plan de cinco años de duración.

Enfermedades infecciosas intestinales

La **gastroenteritis** fue la principal enfermedad intestinal infecciosa en 2001–2005, con 740 casos registrados en niños menores de 5 años y 712 casos entre personas de 5 años o más. No se notificaron defunciones por gastroenteritis en el período de análisis. Se diagnosticaron cinco casos de **fiebre tifoidea** en el período.

Enfermedades crónicas transmisibles

La incidencia de la **tuberculosis** no aumentó y se desarrollaron protocolos para facilitar el hallazgo de casos, el rastreo de contactos y la sistematización del tratamiento.

La tasa de incidencia de la influenza en 2003 fue de 605 por 100.000 habitantes, cifra que representa un aumento desde 2002.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Entre 1987 y 2005, 305 personas tuvieron un resultado positivo en las pruebas de detección del VIH. Ocho personas tuvieron resultado positivo al VIH en 2003, aunque esta cifra debe interpretarse con cautela porque la prueba voluntaria de detección del VIH no fue masiva en el país. Los hombres de 25 a 44 años fueron los más afectados por el VIH/sida.

Desde 1987, 120 personas murieron por enfermedades relacionadas con el sida. En 2005, 34 pacientes asistieron a la clínica de enfermedades infecciosas: 23 hombres y 11 mujeres. Se sometieron a pruebas de recuento de células CD4 37 pacientes, de los cuales 24 comenzaron el tratamiento antirretroviral. Las relaciones sexuales entre hombres fueron el principal modo de transmisión.

El número y el porcentaje de muestras de sangre positivas aumentaron año a año de 1998 a 2001.

¹Porcentaje de hogares infectados con la larva o crisálida de *Aedes aegypti*.

Zoonosis

Hubo un caso confirmado de leptospirosis en 2005.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La **diabetes** fue un importante problema de salud pública que influyó considerablemente en la morbilidad y mortalidad. En 2002, la diabetes ocasionó 5.253 consultas clínicas en centros distritales de salud, 13,2% del total de las consultas clínicas. En 2004 se realizaron 12.623 consultas por diabetes. En 2002–2003, los medicamentos para la diabetes representaron 14,4% del presupuesto total de medicamentos. En los hombres, 50% de las consultas por diabetes se registraron en el grupo de 65 años y más; en las mujeres, 50% de las consultas se registraron en el grupo de 60 años y más.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares causaron 474 defunciones en 2000–2004. En los hombres, el número de casos fue de 234 (49%) y en las mujeres, 240 (51%). Se registró un mayor número de defunciones por enfermedades cerebrovasculares en las mujeres (61% del total de defunciones). En 2004 se realizaron 27.676 consultas por **hipertensión**.

Neoplasias malignas

Entre 2000 y 2004 se registraron 583 muertes por neoplasias malignas, con un promedio anual de 117 defunciones. Los hombres representaron 60,9% de todas las defunciones por neoplasias malignas. Las localizaciones más frecuentes fueron el estómago (13%); la próstata, (28%); las mamas (7%); el sistema digestivo (16%) y el cuello del útero (12%). Las personas de 70 años y más representaron 46% de todas las defunciones por neoplasias malignas; 267 personas (172 hombres y 95 mujeres) en ese grupo de edad murieron por esta causa. El número de defunciones por cáncer de próstata aumentó de 29 en 2000 a 41 en 2004.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud mental

El estigma y la discriminación asociados con la enfermedad mental siguieron siendo motivo de preocupación. Hubo 318 admisiones por enfermedad mental en 2003. El tratamiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados está disponible en el Hospital Princess Margaret, en la capital.

El Plan de Acción de 2002 para la Atención de la Salud de Dominica contempla el establecimiento de un programa nacional de salud diseñado para reducir la incidencia de trastornos mentales.

Salud oral

Los servicios de salud oral se ofrecen a través de una red de establecimientos públicos y privados. El gobierno administra siete consultorios públicos de salud dental que ofrecen odontología preventiva, curativa y restauradora.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

La misión del gobierno es promover el bienestar de todos los ciudadanos de Dominica mediante la prestación de servicios preventivos, curativos, de promoción de la salud y rehabilitación, que cumplan con las normas aceptables y tengan un costo asequible y sostenible.

El Plan Estratégico de 2002 siguió suministrando un marco para la salud. El Plan busca obtener la colaboración y la participación multisectorial, fortalecer las asociaciones entre el sector público y el privado y estimular la participación de las personas y la sociedad civil. El Plan es lo suficientemente flexible como para adaptarse a los cambios planteados por los desafíos que surjan.

En 2002 se revisó la Ley Número 21 sobre Hospitales y Establecimientos de Atención de Salud. En 2003 se terminó y presentó al Ministerio de Salud el anteproyecto de Ley Médica, pero no se promulgó hasta fines de 2005. Ese mismo año se elaboró un proyecto de ley sobre seguridad de alimentos y se realizó una reunión de consulta a nivel nacional. Se presentaron otros proyectos de reglamentos, que se refieren a la construcción; la eliminación de material ofensivo; la contaminación del aire, el suelo y el agua, y las normas de salud para los peluqueros.

La participación de Dominica en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco fue aprobada por el Gabinete en 2003, y en junio de ese año, el país se convirtió en uno de los signatarios y miembros participantes del convenio.

Estrategias y programas de salud

El gobierno ha establecido una red de seguridad social, mediante programas de asistencia pública, así como a través de esfuerzos más amplios, para garantizar el acceso de los pobres a la educación y la atención de salud básica. El gobierno también se ha propuesto incorporar un programa nacional de seguro de salud.

El Plan de Acción de 2002 para la Atención de Salud se centró en varios objetivos: en cuanto a la salud de la mujer, reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad en el grupo de 25 a 59 años; en cuanto a la salud reproductiva, promover una conducta sexual responsable y habilidades para la crianza; en cuanto a los hombres, reducir la morbilidad y la mortalidad entre los adultos jóvenes y los de edad avanzada; en cuanto a los adultos mayores, implementar programas para mejorar su bienestar; en cuanto a

las personas con discapacidades, mejorar el acceso a los servicios públicos y de salud; en cuanto a las personas marginadas, aprovechar los recursos para una vida saludable mediante la promoción de la participación comunitaria; en cuanto a los caribes, mejorar la calidad de los servicios; en cuanto a la salud oral, garantizar una mejor salud oral en grupos objetivo específicos; en cuanto a la salud mental, establecer un programa nacional de salud para reducir la incidencia de los trastornos mentales en relación con la demanda y el expendio de medicamentos; en cuanto a la alimentación y nutrición, mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes y sus niños, y en cuanto al control de las enfermedades transmisibles, reducir la morbilidad y la mortalidad.

Organización del sistema de salud

La prestación de servicios de salud se canaliza a través de los servicios de atención primaria y salud social. Para la prestación de atención de salud primaria, Dominica se divide en siete distritos, los cuales, a su vez, están agrupados en dos regiones administrativas: la Región I, que incluye los distritos de salud de Roseau, St. Joseph y Grand Bay, y la Región II, que incluye los distritos de salud de Portsmouth, Marigot, Castle Bruce y La Plaine. Cada distrito tiene de cuatro a siete consultorios tipo I y un centro de salud tipo III.

Los consultorios tipo I atienden de 600 a 1.000 personas en un radio de ocho kilómetros del dispensario (hay 44 consultorios tipo I en todo el país). Cada centro de salud tipo III funciona como sede administrativa del distrito. Los consultorios son el primer punto de contacto con los servicios de salud y su función es minimizar las presiones de la demanda en los centros de salud y el hospital de atención secundaria. Dos hospitales de distrito, los hospitales de Marigot y Portsmouth, ofrecen servicios ambulatorios limitados y también forman parte del sistema de atención de salud primaria. Los servicios de atención primaria están totalmente descentralizados y la prestación es gratuita. El Director de Atención de Salud Primaria y el Personal de Enfermería Comunitaria de Personas Mayores tienen la responsabilidad directa de la administración de la prestación de los servicios de atención de salud primaria. La administración del distrito está respaldada por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud.

El Hospital Princess Margaret cuenta con 225 camas y proporciona servicios de atención secundaria (la atención secundaria no está descentralizada). Se ha establecido un programa de pagos para la atención médica en el hospital, donde se indican los honorarios para las consultas a médicos especialistas, los procedimientos técnicos y la hospitalización. Hay un sistema de referencia bien organizado; todos los pacientes que necesitan servicios de atención secundaria son atendidos en el Hospital Princess Margaret.

Los servicios privados de atención de salud se limitan a la atención ambulatoria proporcionada por profesionales, que generalmente trabajan a tiempo parcial. La gran mayoría de los profesionales privados trabaja en la capital.

Hasta la redacción del presente documento, Dominica no tenía un sistema nacional de seguro de salud, a pesar de que existen varios procedimientos para asistir a los pacientes que no pueden pagar los costos de la atención médica. La División de Bienestar Social cuenta con un presupuesto anual de alrededor de EC\$ 1 millón, destinado a poner en funcionamiento un programa que brinda un subsidio para gastos de subsistencia a las personas inscritas, y destinado a cubrir el costo de las tomografías computarizadas para quienes reúnen los requisitos. Se proporciona un subsidio especial a niños con discapacidades graves. El Ministerio de Salud y Seguridad Social y el Hospital Princess Margaret disponen de algunos mecanismos, dentro de ciertos límites, para dar ayuda financiera o para la reducción/exención de facturas, con objeto de facilitar el acceso a los servicios médicos a las personas más necesitadas. La Seguridad Social garantiza beneficios a corto y largo plazo, como pensiones, beneficios de licencia por enfermedad y subsidios por maternidad, para las personas empleadas o formalmente empleadas.

Servicios de salud pública

La Unidad de Información de Salud, encabezada por el epidemiólogo nacional, se encarga de la vigilancia de las cuestiones de salud, especialmente las enfermedades transmisibles. En 2001–2005, esta unidad fortaleció la vigilancia de las enfermedades de interés para la salud pública. Se estableció el Equipo de Vigilancia y Respuesta a la Salud Pública Nacional, un comité multisectorial y multidisciplinario que se reúne semanalmente para revisar los datos de vigilancia y poner en marcha respuestas coordinadas a las posibles amenazas para la salud. Con la asistencia técnica del Centro de Epidemiología del Caribe, la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional, el Cuerpo de Paz de los Estados Unidos y el Servicio de Voluntarios Japoneses para la Cooperación en el Extranjero, la Unidad modernizó los sistemas de vigilancia para las enfermedades transmisibles, incluida la actualización de los sistemas computarizados que ha mejorado la calidad de los análisis y los informes.

La compañía de agua y alcantarillado, Dominica Water and Sewerage Company, Ltd., se encarga del control y la administración de los sistemas de abastecimiento de agua del país.

El Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud garantiza la provisión de agua potable. En 1990–2000 se sometieron a análisis 924 muestras de agua. En promedio, 85% de las muestras analizadas cumplía con las normas establecidas por la OMS. El Departamento de Salud Ambiental también fomenta el uso de métodos sanitarios en la matanza de animales para consumo humano. En 2003–2004 se inspeccionaron 3.624 animales

Mejor acceso a los servicios de salud para los indios caribes

Los 3.000 indios caribes de Dominica habitan en ocho villas dispersas en un territorio de poco más de 9.000 hectáreas que bordea la costa oriental del país. La actividad económica se centra en los cultivos necesarios para asegurar la subsistencia y en la construcción de botes. Los caribes constituyen apenas 4% de la población total, pero representan 7% de la población en situación de pobreza. El acceso a los servicios de salud de los caribes ha sido menos que el de la población general. El Plan Nacional de Salud 2002–2006 reconoce las necesidades de salud de los caribes, por lo que el gobierno está trabajando para mejorar la eficacia y la calidad de los servicios de salud de este grupo étnico. Las organizaciones no gubernamentales también les están brindando servicios de salud. Entre ellos, el Proyecto Misión Salybia, una organización sin fines de lucro en la que participan estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad Ross, bajo la dirección de un médico descendiente de los caribes.

muecos, 362 reses de ganado vacuno, 554 cerdos, 30 cabras y 2.696 aves de corral. Se desarrollaron programas educativos sobre la higiene de los alimentos en todos los distritos para informar a los manipuladores de alimentos sobre aspectos sanitarios de los mismos, incluida la higiene personal, técnicas de manipulación adecuada de los alimentos, métodos de almacenamiento de alimentos y el análisis de peligros en puntos críticos de control.

La Corporación de Manejo de Desechos Sólidos, creada y regulada por la Ley de Manejo de Desechos Sólidos de 2000, se encarga de almacenar, recolectar y eliminar los desechos sólidos. El objetivo general de la corporación es supervisar y facilitar la implementación eficaz de un programa de desechos sólidos mediante la supervisión y coordinación de programas de salud ambiental, asociados con la administración de desechos sólidos a nivel distrital y nacional.

En el segundo semestre de 2003, la Corporación de Manejo de Desechos Sólidos emprendió actividades educativas junto con el Departamento de Salud Ambiental y los consejos locales de Castle Bruce, La Plaine, Tete Morne, Ma Bouche, Cochrane, Vieille Case, Wesley y Woodfordhill. Los residentes observaron prácticas para una mejor administración de desechos sólidos y se informaron sobre los planes para la atención de estas zonas mediante la recolección de desechos sólidos al borde de la acera. Varias comunidades, especialmente en el nordeste y este del país, todavía no tienen un sistema de recolección establecido. En las zonas donde se ha implementado la recolección de desechos sólidos al borde de la acera, los residentes se quejaron de la poca frecuencia de la recolección por parte de la Corporación de Manejo de Desechos Sólidos, lo que llevó a la acumulación de basura al borde de las carreteras y, en algunos casos, a la creación indiscriminada de basurales.

Los laboratorios estatales desempeñaron funciones de salud clínica y privada. Prestaron servicios en microbiología, serología, química clínica, histopatología y citología, hematología y como bancos de sangre. Los servicios de laboratorio básicos son gra-

tuitos para los residentes referidos de consultorios distritales o del departamento de accidentes y urgencias. La prueba de detección del VIH es gratuita para las mujeres embarazadas si la solicita un médico que se desempeña en el sector público. Los sectores público y privado refirieron 32.581 personas en 2003. Hubo 847 donantes de sangre.

La Oficina de Preparación ante Desastres coordina el manejo de desastres.

Servicios de atención a las personas

Los consultorios tipo I están dotados de parteras residentes o enfermeros de atención primaria. Los dispensarios ofrecen servicios de atención materno-infantil, incluidos partos e inmunizaciones; atención médica; tamizaje de cáncer; atención de la diabetes y enfermedades hipertensivas; educación para la salud; servicios odontológicos; consultas domiciliarias y control del medio ambiente.

Los centros de salud tipo III cuentan con un médico residente, un enfermero de familia, un funcionario encargado del saneamiento ambiental, un farmacéutico, enfermeros de salud comunitaria, enfermeras parteras tituladas, un odontoterapeuta y personal de apoyo.

Los centros de salud tipo III ofrecen servicios más complejos e integrales que los consultorios tipo I; en los centros también se prestan servicios psiquiátricos y oftalmológicos.

El Hospital Princess Margaret, el único hospital de referencia que brinda atención secundaria en el país, atiende a pacientes hospitalizados y ambulatorios, y ofrece servicios especializados y de diagnóstico, incluidos medicina interna, diálisis, gastroenterología, cirugía, oftalmología, otorrinolaringología, obstetricia y ginecología, dermatología, psiquiatría, patología, oncología, radiología, anestesiología y pediatría. Los servicios terciarios se pueden obtener a través de consultores médicos o en las islas vecinas, con los gastos a cargo del paciente.

Promoción de la salud

El gobierno ha adoptado una estrategia de promoción de la salud que se lleva a cabo a través de diversos programas de intervención. Entre ellos, la iniciativa de la Comunidad Saludable, que aprovecha los recursos para promover una vida saludable mediante la participación de la comunidad en asociación con los funcionarios de los departamentos y las agencias gubernamentales y no gubernamentales, y con grupos de ciudadanos voluntarios. Como parte de esta campaña, el centro de recursos de promoción de la salud capacitó a los oficiales de distrito y a los líderes de la comunidad; realizó evaluaciones y perfiles comunitarios en todos los distritos como preparación para las iniciativas de Comunidad Saludable; elaboró los términos de referencia para que el comité coordinador de iniciativas supervise la implementación y evaluación de la iniciativa Comunidad Saludable; estableció una asociación con el Ministerio de Turismo para trabajar en iniciativas de turismo saludable, y recibió el apoyo financiero de parte del Ministerio de Turismo para otorgar Premios de Comunidad Saludable en 2005.

Recursos humanos

El Ministerio de Salud y Seguridad Social se comprometió a aumentar sustancialmente la retención del personal de salud para 2006. Como parte de esta iniciativa, en 2004 se revisó la escala de salarios para ocupaciones o profesiones específicas, como enfermeros, maestros y técnicos en computación. Después de obtener los resultados de la encuesta de salarios, se tomó la decisión de aumentar por lo menos en 15% los ingresos brutos de las personas cuyos sueldos o salarios mensuales eran inferiores a US\$ 110,00. En 1999–2001 se capacitó a 20 enfermeros de salud mental, considerados el principal medio para el cambio dentro del sistema de salud.

Suministros de salud

El gobierno se esfuerza por mejorar los servicios farmacéuticos en el sector público y privado. Dominica sigue participando en el Servicio de Adquisición de Productos Farmacéuticos de la Organización de Estados del Caribe Oriental. Los medicamentos esenciales se expenden gratuitamente en las farmacias de distrito, pero es posible que algunos medicamentos no estén disponibles, en función de las existencias de la Tienda Médica Central.

Gasto y financiamiento sectorial

El presupuesto para el gasto ordinario total de Dominica para el período 2005–2006 era de EC\$ 226,8 millones y el presupuesto

para el gasto ordinario del Ministerio de Salud y Seguridad Social, de EC\$ 29,8 millones (14% del presupuesto total anual).

La mayor parte del presupuesto de salud se asigna a salarios y otros beneficios para enfermeros, médicos y administradores. Las remuneraciones y los subsidios representan 80% del total del presupuesto de salud; el 20% restante es para bienes y servicios. Las compras de insumos médicos representan el rubro de mayor gasto, después de bienes y servicios.

En cuanto a la asignación presupuestaria por servicio, el Hospital Princess Margaret representó más de la mitad del presupuesto ordinario de salud (50,49%). La atención de salud primaria, que incluye los consultorios tipo I y los centros de salud tipo III en los siete distritos de salud, más dos hospitales en la zona norte del país, representó 26,21% del total del presupuesto de salud.

El Hospital Princess Margaret está dividido en siete programas, cada uno de ellos con su propia asignación presupuestaria: administración, 4%; mantenimiento general, 3%; servicios médicos, 70%; servicios de apoyo, 8%; protección y seguridad, 1%; la unidad psiquiátrica, 8%, y los servicios de laboratorio, 7%.

El presupuesto del Ministerio también está compuesto por presupuesto de capital. El presupuesto del gasto de capital total para 2005–2006 era de US\$ 30 millones. El Ministerio de Salud recibió US\$ 3,3 millones (11% del presupuesto de capital total). De los US \$3,3 millones asignados a salud, US\$ 2,3 millones representan fondos para subsidios, US\$ 0,8 millones representan algún préstamo y US \$0,1 millones es financiamiento estatal.

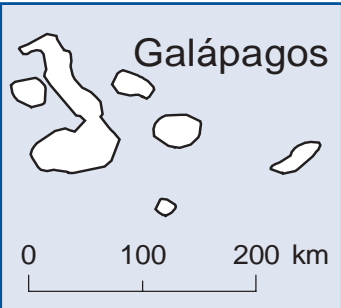
Cooperación técnica y financiera en salud

El apoyo técnico y financiero provino del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM), el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), la Fundación Clinton, la Facultad de Medicina de Harvard, el Centro Epidemiológico del Caribe, la Cruz Roja Americana, la Unión Europea, el Banco de Desarrollo del Caribe, la Fundación Brenda Strafford y la Organización Panamericana de la Salud. Cuba, Nigeria, la República de China y Taiwán también prestaron ayuda.

Referencias

1. Caribbean Development Bank of the commonwealth of Dominica. Country Poverty Assessment Final Report, Volume 1 of 2. Halcrow Group Limited; 2003.
2. Dominica Social Indicators and Millennium Development Goals; 2006.
3. Demographic Statistics, No. 4, 2004.
4. Medium Term Growth and Social Strategy; 2006.

ECUADOR



- 1 Cotopaxi
- 2 Los Ríos
- 3 Bolívar
- 4 Tungurahua
- 5 Chimborazo

El Ecuador se encuentra en la costa noroeste de América del Sur y tiene una extensión territorial de 256.370 km². La cadena montañosa de los Andes divide al país en las regiones geográficas Costa, Sierra, Amazonía e Insular (o Islas Galápagos, localizadas a 1.000 km de la costa). El país está dividido geopolíticamente en 22 provincias, las cuales a su vez se subdividen en 269 cantones y estos en parroquias.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

Como resultado de la crisis económica de 1999, en 2000 Ecuador adoptó el dólar estadounidense como moneda oficial. Entre 2001 y 2005, la economía del país registró una tasa de crecimiento promedio de 4,9%. El desempeño de esta se tradujo en un mayor nivel de producto interno bruto (PIB) per cápita, que se expandió a una tasa promedio anual de 3,5% en este período; al cierre de 2005, el PIB per cápita alcanzó US\$ 2.743. Por otra parte, la inflación se redujo significativamente al pasar de un promedio anual de 37,7% en 2001 a 2,12% en 2005, lo que permitió la recuperación de los salarios reales (1). El desempleo también disminuyó: la tasa de desempleo urbano pasó de 10,9% en 2001 a 7,9% en 2005 y, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en noviembre de 2003 el desempleo de la población total era de 9,2% (246.085 mujeres y 215.008 hombres) (2). Por su parte el salario mínimo, en términos reales, registró un incremento promedio de 10% entre 2001 al 2005. Como consecuencia de la crisis económica de 1999–2000, en el período 2001–2005 aproximadamente un millón de personas abandonaron el país en busca de mejores condiciones de vida y oportunidades económicas. Para 2005, más de US\$ 1.700 millones al año ingresaron al circuito de la economía por concepto de remesas.

Esta evolución de la economía se dio en un marco de inestabilidad política interna, ya que de 2001 a 2005 hubo tres presidentes, cuando el período presidencial normal es de cuatro años. El presupuesto fiscal del sector salud —que incluye el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y otras instituciones— se incrementó de 3,3% del presupuesto general en 2001 a 5,9% en 2005 (3). Además se canalizaron otras fuentes de financiamiento, como el Fondo de Solidaridad para la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, para el fortalecimiento de la red pública del MSP.

En 2004, el II Congreso por la Salud y la Vida emitió políticas en favor de la interculturalidad y recomendaciones para las re-

formas estructurales tendientes a desarrollar un modelo de atención integral (es decir, considerando los factores económicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales), intercultural, con enfoque de género e intergeneracional (4). En el mismo congreso se complementaron las políticas al plantear la agenda de salud para 2005–2006.

En una encuesta nacional donde se midió la pobreza según consumo,¹ realizada por el INEC, se encontró que en 2003 41,5% vivía en situación de pobreza y 8,5%, en pobreza extrema, mientras que para el siguiente año, los porcentajes fueron 52% y 14%, respectivamente. Para el período 2005–2006, la proporción de pobreza registrada para la población rural fue 79% y para la urbana 39%. Ese mismo año, el 20% más rico de la población accedía a 46,5% de todo el consumo, mientras que el 20% más pobre tenía acceso a 7,7%. Mediante el Decreto Ejecutivo 1619 de mayo de 2004, el gobierno reconoció que uno de los problemas más graves que enfrenta el país es la pobreza, por lo que diseñó una estrategia nacional para su reducción mediante procesos sostenidos de reforma institucional que permitan consolidar nuevos parámetros de gestión en la producción, entrega y prestación de servicios sociales públicos a la población más vulnerable.

En 2004, aproximadamente 56% de las mujeres de 20 a 49 años de edad no realizaba trabajo remunerado, siendo un poco menor este porcentaje en la sierra (51%) y en la zona insular (54%). En las esferas política y pública, las mujeres tienen menos voz que los hombres y ocupan 31% de los puestos ejecutivos y 25% de los cargos locales de elección popular.

Según el *Informe sobre desarrollo humano* de 2005 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Ecuador se situó en el puesto 82 entre los 159 países que se incluyeron en la medición de Índice de Desarrollo Humano (IDH).

¹Pobreza de consumo: número de personas pobres expresado como porcentaje del total de la población en un determinado año. Se define como “pobres” a aquellas personas que pertenecen a hogares cuyo consumo per cápita, en un período determinado, es inferior al valor de la línea de pobreza. La línea de pobreza es el equivalente monetario del costo de una canasta básica de bienes y servicios por persona por período de tiempo (generalmente, quincena o mes).

En 2005 se publicó un informe que estableció la política nacional para alcanzar el compromiso del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (5). Este mostró un diagnóstico sobre los progresos sociales conseguidos en el período 1990–2003; detalló los principales desafíos, incluido un primer ejercicio de costeo, y destacó el principal reto de modificación de las tendencias inerciales de crecimiento económico y de la acción pública y social. Se estimó que un crecimiento real de 4,5% del PIB anual permitiría lograr los niveles de inversión pública requeridos para el cumplimiento de los ODM, siempre y cuando se priorice efectivamente el gasto público social en los sectores en desventaja.

La inestabilidad política de 2001 a 2005 generó problemas de gobernabilidad, violencia social, incremento de la corrupción (6), inestabilidad administrativa y falta de continuidad en la gestión pública (7). Esta situación afectó la dinámica del sector salud y sus potenciales reformas. Los reiterados cambios de autoridades (nueve ministros de salud entre 2001 y 2005) y la inserción de planes y programas propios en cada administración —tales como protección social en salud, descentralización, extensión de cobertura, licenciamiento de servicios, plan integrado de alimentación complementaria y nutricional en las parroquias más pobres del país, y aseguramiento universal, entre otros— debilitaron la autoridad sanitaria nacional, limitando el desarrollo y la sostenibilidad de procesos de reforma más coherentes. En la primera fase del Aseguramiento Universal en Salud (8) se preveía alcanzar, para 2010, la cobertura universal de las poblaciones de los quintiles 1 y 2 de menores ingresos (5.200.000 habitantes); se incluían diversas iniciativas de acciones educativas y preventivas intersectoriales para el control de eventos epidémicos (en especial de dengue y otras enfermedades transmisibles) y acciones integradas de alimentación y nutrición para la protección de los grupos más vulnerables en las zonas con más carencias, tanto urbanas como rural.

La tasa general de analfabetismo de la población de más de 15 años se situó en 9,0% para 2004: 9,3% en la Sierra y Oriente, y 8,7% en la Costa; en las provincias de Chimborazo, Cotopaxi y Bolívar, con alta concentración de población indígena, fue de 19%, 17,6% y 17,5%, respectivamente. La tasa fue mayor para las mujeres (10,3%) que para los hombres (7,7%); este predominio de analfabetismo en las mujeres se registró en todas las provincias, a excepción de Manabí (por ejemplo, en Chimborazo esa tasa fue 13,4% para los hombres y 23,8% para las mujeres). Para 2005, 66,8% de la población total completó la educación primaria (67,9% hombres y 65,8% mujeres) (9). La proporción de mujeres que no han ingresado al sistema escolar se incrementó de 1% en el grupo de 15 a 19 años a 10% en el grupo de 45 a 49 años; la proporción con instrucción superior y postgrado descendió de 23% en mujeres de 20 a 24 años a 16% en el grupo de 45 a 49 años. Excepto en el grupo de 15 a 19 años, la escolaridad promedio de las mujeres (promedio nacional = 8,7 años) descendía en la medida que aumentaba la edad (10).

En la política nacional de agua y saneamiento (2003) el gobierno identificó la necesidad de una inversión de alrededor de US\$ 150 millones por año, para eliminar el déficit existente en los servicios de agua y saneamiento en el período 2001–2010. En cuanto a residuos sólidos, para el mismo período se estimaron US\$ 42 millones como la inversión necesaria para la disposición final en 180 municipios del país.

Para el período 2001–2005 se identificaron dos importantes zonas fronterizas objeto de análisis e intervención por el gobierno en su conjunto y de manera especial por el sector salud y organismos de cooperación: la zona de frontera Norte con Colombia y la zona de frontera Sur con Perú. La frontera Norte está conformada por las provincias de Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos; con la excepción de Imbabura, las otras tres limitan con Colombia, tienen un total de 42.065 km² (16% del territorio nacional) y 1.119.550 habitantes (8,3% de la población del país en 2005). En Esmeraldas, Imbabura y Sucumbíos había 7 cantones (de un total de 20) con más de 90% de la población bajo la línea de pobreza (medida por las necesidades básicas insatisfechas), particularmente en el área rural (11).

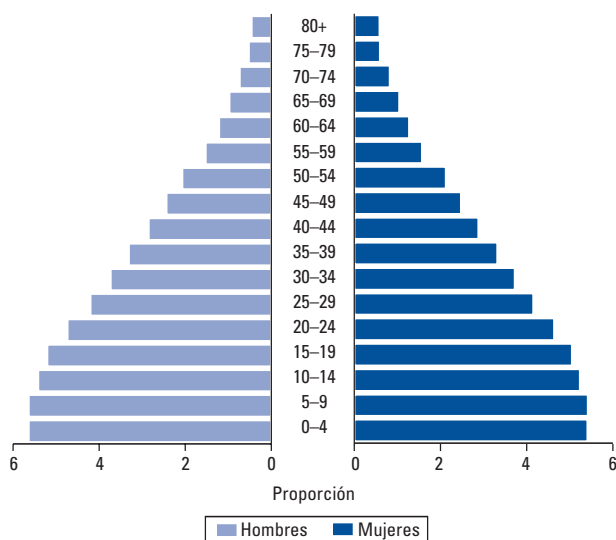
La situación de conflicto en Colombia generó el desplazamiento de población de ese país en busca de refugio; el MSP y el Alto Comisionado para los Refugiados de las Naciones Unidas (ACNUR) registró un aumento de solicitudes de refugio: 475 solicitantes en 2000, 11.515 en 2003 y 27.190 solo en el primer semestre de 2004. Hasta el primer trimestre de 2006, 12.000 personas recibieron estatus de refugiados y se ubicaron principalmente en las provincias de Sucumbíos, Esmeraldas, Imbabura, Pichincha, Carchi y Azuay.

El país presenta riesgos para desastres naturales debido a las múltiples amenazas (fallas geológicas, volcanes, terrenos en declive, deforestación, inundaciones y deslizamientos, entre otras), las cuales interactúan con las vulnerabilidades de un alto porcentaje de su población. La cordillera de los Andes que atraviesa el país y un territorio insular netamente volcánico contribuyen con un grupo de 72 volcanes con algún factor de riesgo y de ellos al menos 13 con alto riesgo para la población; entre los más conocidos están Tungurahua, Guagua Pichincha, Reventador, Cotopaxi, Sangay y Sierra Negra (en las Galápagos).

Demografía y mortalidad

En 2005, la población total estimada fue de 13.215.089, de los cuales 6.586.721 (49,8%) eran mujeres (Figura 1). La densidad poblacional en el país es de 49,3 habitantes por km² y la mayoría de la población (63,4%) vive en zonas urbanas. La distribución poblacional no es homogénea y se encuentra concentrada en los polos de desarrollo de las principales provincias (Guayas 26% y Pichincha 15%), en especial en las ciudades de Quito (12%) y Guayaquil (17%) (12). El país se caracteriza por ser pluricultural y multiétnico; según el VI Censo de Población, realizado en 2001

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Ecuador, 2005.



Fuente: Ecuador, Proyecciones de Población 1950-2025. INEC-CEPAL

por el INEC, 6,1% de la población mayor de 15 años se consideró como indígena; 5%, afroecuatoriana y mulata; 77,7%, mestiza, y 10,8%, blanca. La concentración de población indígena por provincias en 2005 fue la siguiente: Chimborazo 70%, Cotopaxi 60%, Imbabura 45%, Bolívar 40% y Tungurahua 28% (13).

De acuerdo con el censo de población de 2001, la tasa de crecimiento poblacional anual fue de 2,05% con respecto al censo de 1990 que fue de 2,19%, siendo mayor la tasa de crecimiento en el sector urbano (3%) que en el rural (0,85%). La tasa global de fecundidad (TGF) según diferentes fuentes mantuvo tendencia a disminuir en el período 2001-2005. Para 2001 alcanzó 2,8 hijos/mujer y para 2005 2,7 (14, 15). Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (INEC-CELADE), para el período 2000-2005 la TGF fue 2,8 hijos/mujer y 3,1 en el período anterior (1995-1999) (16), mientras que según la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) de 2004, para el período 1999-2004 la TGF fue 3,3, siendo mayor en el área rural, 3,9 (urbana 2,9), en la población indígena, 4,9 y en los mestizos, 3,1.

Según el INEC-CELADE, el índice de envejecimiento para 2005 fue de 25% (adultos mayores de 60 años/población 0-14 años). La esperanza de vida en los períodos 1995-1999 a 2000-2005 se incrementó para ambos sexos, pasando de 72,3 a 74,2 años; para los hombres aumentó de 69,6 a 71,3 años y para las mujeres, de 75,1 a 77,2 (16). En 2004 se registraron 305.620 nacidos vivos, de los cuales 53,3% correspondían a nacimientos ocurridos en ese mismo año y los demás fueron inscripciones tardías (46,7%).

El subregistro de mortalidad estimada para el período 2000-2005 fue de 13,4%. La tasa cruda de mortalidad (por 1.000 habitantes) para 2001 se estimó en 5,8 (14) y para 2005 en 5,0 (15). El INEC notificó en 2003 que 76,9% de las muertes tuvieron certificación médica, y las causas mal definidas constituyeron el 12,6% (17). En un período anterior (alrededor del año 2000) este último dato fue 13,3% (18). Para 2004 se registraron un total de 54.729 muertes (31.292 hombres y 23.437 mujeres), cuyas causas principales se describen en el cuadro 1.

En 2004, la distribución en hombres y mujeres tuvo diferencias: las tasas por 100.000 habitantes de cirrosis y otras enfermedades del hígado fueron 8,0 para mujeres y 17,0 para hombres; las de diabetes mellitus, 23,0 para mujeres y 18,0 para hombres, y la tasa de insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas del corazón fue la misma para hombres y mujeres, 31,0.

En relación con las causas de muerte por violencia para 2004, las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes fueron las agresiones (homicidios), 18,0 (32,0 hombres, 3,0 mujeres); los accidentes de tránsito terrestre, 14,0 (22,0 hombres, 7,0 mujeres) y los suicidios 6,0 (9,0 hombres, 4,0 mujeres).

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Para 2001 la tasa de mortalidad infantil estimada por 1.000 nacidos vivos fue de 24,9 y para 2004, de 22,3 (15). En 2003 las muertes registradas de menores de 1 año fueron 3.942 (2.241 niños y 1.701 niñas), de las cuales 3.121 fueron en el área urbana y 821 en el área rural. La mayoría de las defunciones se concentraron en la región Sierra (2.100) y la provincia con más muertes fue Pichincha (1.061). Las principales causas de mortalidad infantil fueron trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (14,8%, 340 niños y 244 niñas); neumonía e influenza (10,1%, 218 niños y 181 niñas); sepsis bacteriana del recién nacido (9,0%, 205 niños y 150 niñas); otras afecciones respiratorias del recién nacido (6,1%, 143 niños y 99 niñas); y dificultad respiratoria del recién nacido (4,5%, 97 niños y 80 niñas) (19). En relación a la lactancia materna, 73% de mujeres encuestadas en 2004 lactaron el primer día después del parto; a los tres meses únicamente 49% practicaban la lactancia materna exclusiva. Por otro lado, 39,6% de los menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva. El promedio total (no exclusiva) fue de 16 meses (10).

En el grupo de 1 a 4 años de edad, en 2003 se registraron 1.800 muertes (996 niños y 804 niñas). Las principales causas de muerte fueron influenza y neumonía (14,4%), seguidas por las enfermedades infecciosas intestinales (11,2%), ahogamiento y sumersión accidentales (5,4%), desnutrición y anemias nutriciona-

CUADRO 1. Tasa de mortalidad por causa y sexo según lista condensada de 103 grupos (CIE 10), Ecuador, 2004.

			Total país								
			Total			Hombres			Mujeres		
Población estimada 2004			13.026.891			6.535.564			6.491.327		
Total de defunciones			54.729			31.292			23.437		
Tasa de mortalidad general			420,1			478,8			361,1		
Código	Códigos CIE-10	Causas de muerte	Número	Tasa	%	Número	Tasa	%	Número	Tasa	%
068	I26-I51	Otras enfermedades del corazón	4.014	30,8	7,3	2.010	30,8	6,4	2.004	30,7	8,6
074	J12-J18	Neumonía	2.998	23,0	5,5	1.608	24,6	5,1	1.390	21,3	5,9
069	I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	2.949	22,6	5,4	1.540	23,6	4,9	1.409	21,6	6,0
052	E10-E14	Diabetes mellitus	2.672	20,5	4,9	1.179	18,0	3,8	1.493	22,8	6,4
066	I10-I13	Enfermedades hipertensivas	2.474	19,0	4,5	1.289	19,7	4,1	1.185	18,1	5,1
102	X85-Y09	Agresiones	2.315	17,8	4,2	2.104	32,2	6,7	211	3,2	0,9
067	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	2.300	17,7	4,2	1.379	21,1	4,4	921	14,1	3,9
092	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1.906	14,6	3,5	1.109	17,0	3,5	797	12,2	3,4
096	V01-V99	Accidentes de transporte	1.873	14,4	3,4	1.451	22,2	4,6	422	6,5	1,8
080	K70-K76	Enfermedades del hígado	1.655	12,7	3,0	1.124	17,2	3,6	531	8,1	2,3
029	C16	Tumor maligno del estómago	1.484	11,4	2,7	822	12,6	2,6	662	10,1	2,8
076	J40-J47	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	909	7,0	1,7	529	8,1	1,7	380	5,8	1,6
101	X60-X84	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	796	6,1	1,5	559	8,6	1,8	237	3,6	1,0
012	A40-A41	Septicemia	697	5,4	1,3	356	5,4	1,1	341	5,2	1,5
005	A15-A16	Tuberculosis respiratoria	697	5,4	1,3	471	7,2	1,5	226	3,5	1,0
053	E40-E46	Desnutrición	646	5,0	1,2	315	4,8	1,0	331	5,1	1,4
040	C61	Tumor maligno de la próstata	636	4,9	1,2	636	9,7	2,0	0	0,0	—
031	C25	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	573	4,4	1,0	279	4,3	0,9	294	4,5	1,3
034	C43	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	569	4,4	1,0	332	5,1	1,1	237	3,6	1,0
093	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	503	3,9	0,9	265	4,1	0,8	238	3,6	1,0
020	B20-B24	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	495	3,8	0,8	404	6,2	1,1	91	1,4	0,3
098	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	467	3,6	0,9	391	6,0	1,2	76	1,2	0,3
045	C17, C23-C24	Leucemia	458	3,5	0,7	237	3,6	0,7	221	3,4	0,8
049	D50-D64	Anemias	424	3,3	0,8	198	3,0	0,6	226	3,5	1,0
038	C54-C55	Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas del útero	409	3,1	0,7	0	0,0	—	409	6,3	1,7
030	C18-C21	Tumor maligno del colon, del recto y del ano	401	3,1	0,7	175	2,7	0,6	226	3,5	1,0
097	W00-W19	Caídas	369	2,8	0,7	303	4,6	1,0	66	1,0	0,3
003	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	334	2,6	0,6	178	2,7	0,6	156	2,4	0,7
036	C50	Tumor maligno de la mama	312	2,4	0,6	8	0,1	0,0	304	4,7	1,3
032	C25	Tumor maligno del páncreas	256	2,0	0,5	122	1,9	0,4	134	2,1	0,6
056	F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	251	1,9	0,5	228	3,5	0,7	23	0,4	0,1
079	K25-K27	Úlcera gástrica y duodenal	247	1,9	0,5	156	2,4	0,5	91	1,4	0,4
043	C82-C85	Linfoma no hodgkin	239	1,8	0,4	136	2,1	0,4	103	1,6	0,4
037	C53	Tumor maligno del cuello del útero	235	1,8	0,4	0	0,0	—	235	3,6	1,0
042	C70-C72	Tumor maligno de las meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	204	1,6	0,4	111	1,7	0,4	93	1,4	0,4

(continúa)

CUADRO 1 (Continuación).

Código	Códigos CIE-10	Causas de muerte	Número	Tasa	%	Número	Tasa	%	Número	Tasa	%
070	I70	Aterosclerosis	163	1,3	0,3	81	1,2	0,3	82	1,3	0,3
100	X40-X49	Envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas	156	1,2	0,3	125	1,9	0,4	31	0,5	0,1
083	M00-M99	Enfermedades del sistema osteo-muscular y del tejido conjuntivo	154	1,2	0,3	52	0,8	0,0	102	1,6	0,4
059	G00,G03	Meningitis	126	1,0	0,2	78	1,2	2,0	48	0,7	0,2
039	C56	Tumor maligno del ovario	111	0,9	0,2	0	0,0	–	111	1,7	0,5
089	O10-O92	Otras muertes obstétricas directas	109	0,8	0,2	0	0,0	–	109	1,7	0,5
099	X00-X09	Exposición al humo, fuego y llamas	101	0,8	0,2	66	1,0	0,2	35	0,5	0,1
094	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	6.363	48,8	11,6	3.338	51,1	10,7	3.025	46,3	12,9
		Resto de causas de muerte	9.679	74,3	17,7	5.548	84,9	17,7	4.131	63,2	17,6

Nota: Se incluye la población de zonas no delimitadas; se incluyen 69 defunciones de residentes en el exterior. Las tasas son por 10.000 habitantes.

les (4,7%) y accidentes de transporte terrestre (3,4%) (20). En 2004 el MSP reportó una cobertura de 20,6% en la atención ambulatoria de este grupo de edad (21).

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2005 este grupo constituía 21,1% de la población (proporción similar entre hombres y mujeres). En 2003, en el grupo de 5 a 14 años se registraron 1.364 muertes (787 niños y 577 niñas); los accidentes de transporte terrestre constituyeron la primera causa de muerte con 12,1%, seguidos por ahogamiento y sumersión accidentales (6,0%), influenza y neumonía (5,8%), neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyéticos y tejidos afines (4,8%) y enfermedades del sistema urinario (2,8%); la desnutrición y las anemias nutricionales ocuparon la décima posición con 1,7% (20). Un estudio realizado en 2001 encontró una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 14% en escolares de 8 años (obesidad 5% y sobrepeso 9%) (22).

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

El 2005, según proyecciones del INEC, la población de 10 a 19 años representó 20,7% del total de los habitantes (más de 2,7 millones), de los cuales 46,9% fueron hombres y 53,1% mujeres (23). En 2004, un estudio (24) encontró que 45% de las muertes de adolescentes entre 12 y 17 años fueron por causas evitables, como accidentes o actos de violencia. Según la misma fuente, entre 2000 y 2002 murieron un promedio de 1.200 adolescentes por año por las mismas causas; además, se estimó un total de 256 suicidios (1 cada cuatro días). Para 2003, 32% de la población de 15 a 19 años reportó algún tipo de agresión (25).

En 2004, 27,0% de mujeres de 15 a 19 años ya habían tenido relaciones sexuales y 38,9% en el grupo de 15 a 24 años ya habían estado embarazadas—38,0% en el área urbana y 40,3% en la rural. Los porcentajes por regiones fueron 43,0% en la Costa, 42,9% en la Amazonía y 35,0% en la Sierra; el porcentaje más alto entre las provincias lo alcanzó Los Ríos (50,8%) (10). Para ese mismo año, el INEC informó que 78,6% de los partos se realizaron con asistencia profesional (19). En 2003, el INEC reportó 30.489 abortos, siendo esta la segunda causa de egresos hospitalarios femeninos a nivel nacional (16). En 2004 el MSP reportó 20.439 abortos y 21.358 legrados o curetajes (21).

Salud de los adultos (20–59 años)

La edad mediana de la población para 2005 se estimó en 24 años; la población de 15 a 29 años representó 27,7% del total de la población, y los adultos entre 30 y 59 años, 32%. En 2004, 13,5% de las mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual informó haber usado un método anticonceptivo en su primera relación sexual. El promedio nacional de uso de métodos de anticoncepción fue 73% y en indígenas 47%; el método más utilizado fue el condón (6,7%). En relación a los partos, en el grupo de 15 a 49 años, 43,9% se atendieron en establecimientos del MSP; 20,1% en casas con o sin partera; 19,2% en instituciones semiautónomas y 16,8% en instituciones privadas (10). Ese año el MSP reportó la atención de 130.524 partos (cobertura estimada 36%). Las provincias con mayor número de partos atendidos fueron Pichincha (31.091, cobertura 47,3%), Guayas (19.666, 21,2%) y Manabí (13.437, 34,3%). También en 2005, se informaron 30.783 cesáreas; las provincias con el mayor número fueron Pichincha (7.098), Guayas (4.484) y Manabí (3.918). Respecto a la citología

cervicouterina, el MSP registró 144.514 en 2004 (cobertura estimada 8,3%) (21).

En 2001 la razón de mortalidad materna estimada fue 97,0 por 100.000 nacidos vivos, y en 2003 fue 77,8 (15, 26). El INEC en 2004 reportó como principales causas de muerte materna: la eclampsia y otros trastornos hipertensivos (41,7%); las complicaciones del trabajo de parto y del parto (31,7%); el embarazo terminado en aborto (6,5%), y las complicaciones relacionadas principalmente con el puerperio (5,8%). En 2004 la tasa nacional de mortalidad materna fue 76,4 por 100.000 nacidos vivos. Con relación a la distribución urbana y rural, según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna, existió un predominio de muertes en mujeres que residían en áreas rurales de mayor pobreza (65%), lo que coincide con lo informado por ENDEMAIN en 2004. En 2003, el INEC notificó 12.089 muertes en el grupo de 15 a 49 años (8.213 hombres y 3.876 mujeres). Las primeras causas fueron homicidios (12%, 1.346 hombres y 114 mujeres); accidentes de transporte terrestre (9,7%, 988 hombres y 194 mujeres); suicidios (4,4%, 344 hombres y 186 mujeres); ahogamiento y sumersión accidentales (4,1%, 420 hombres y 78 mujeres), y enfermedades cerebrovasculares (3,4%, 247 hombres y 167 mujeres). El mismo año, para el grupo de 50 a 59 años se reportaron 8.053 muertes (4.821 hombres y 3.232 mujeres). Las primeras causas de mortalidad fueron diabetes mellitus (8,3%, 345 hombres y 322 mujeres); enfermedades cerebrovasculares (6,0%, 277 hombres y 207 mujeres); cirrosis y otras enfermedades del hígado (5,8%, 345 hombres y 121 mujeres); enfermedades isquémicas del corazón (5,4%, 296 hombres y 144 mujeres), y enfermedades hipertensivas (4,8%, 234 hombres y 155 mujeres). En este grupo se registraron 193 muertes por neoplasia maligna del útero (2,4% del total) y 122 por cáncer mamario femenino (1,5% del total). Los accidentes de transporte terrestre (3,8%) se desplazaron hasta el octavo puesto en este grupo y la neoplasia maligna del estómago (3,6%) aparece en noveno lugar (27).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2004, en base al censo de la población de 2001, la proyección de población para el grupo de 65 años y más fue de 724.658 (53,2% mujeres), y para el período 2000–2005 se estimó un incremento de 16,5% en este grupo (19). Para 2003 se reportaron 26.173 muertes (13.317 hombres y 12.856 mujeres). Las primeras causas de mortalidad fueron insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas del corazón (8,7%, 1.045 hombres y 1.220 mujeres); enfermedades cerebrovasculares (7,5%, 956 hombres y 1.011 mujeres); enfermedades hipertensivas (5,9%, 712 hombres y 823 mujeres); enfermedades isquémicas del corazón (5,8%, 859 hombres y 647 mujeres), y diabetes mellitus (5,8%, 600 hombres y 905 mujeres) (27). El IESS para 2005 registraba 87.000 personas jubiladas afiliadas, de las cuales

17.000 se beneficiaban de servicios sociales complementarios a los de salud.

Salud de la familia

En relación a la composición del grupo familiar, para el período 2003–2004 se registraron en el área urbana un promedio de 4,1 integrantes, con una diferencia entre el quintil más pobre (5,4) y el más rico (3,0). Para el mismo período, el ingreso per cápita por grupo familiar fue de US\$ 177,7 mensuales —para el quintil más pobre US\$ 48,9 y para el más rico US\$ 555,6 (28). La estructura de los hogares se afectó especialmente debido al proceso de emigración; en 2003 se informó que un promedio de 15% de las familias de las principales ciudades del país (Quito, Guayaquil y Cuenca) tenían algún miembro identificado como emigrante. La distribución de emigrantes por sexo fue equilibrada para el total nacional (50% para cada uno), con excepción de Cuenca, donde predominaron los hombres con 67%. La mayor concentración se presentó en el grupo de 20 a 39 años de edad (29).

Salud de los grupos étnicos

El promedio de desnutrición crónica en niños indígenas de 0 a 59 meses fue 47%, mientras que el promedio nacional en este grupo de edad fue 23%. La desnutrición global en menores de 5 años fue 9,4%; en niños indígenas, 15,3%; en afrodescendientes, 11,6%; en mestizos, 8,7%, y en blancos, 6,3%.

Para 2004 el promedio de mujeres afiliadas o beneficiarias de un seguro social público fue 15,7%, y el de mujeres indígenas 13,7%. El porcentaje de mujeres indígenas que reportó haber sido maltratada físicamente antes de cumplir los 15 años fue 40,8% (promedio nacional, 27,7%) y psicológicamente 34,7% (promedio nacional, 24,9%) (30).

Salud de las personas desplazadas

En 2004, un acuerdo ministerial ratificó el compromiso del país en la asistencia humanitaria y en la atención de la población refugiada; los refugiados se incorporaron a los programas regulares del MSP, se estableció que la atención de su salud debía ser bajo iguales condiciones que para la población local y se integró la atención de embarazadas refugiadas en la Ley de Maternidad Gratuita. Para ese año, la cobertura de atención prenatal de esta población por las provincias receptoras fue de 87,8% en Carchi, 79,2% en Imbabura y 82,8% en Esmeraldas (promedio nacional 80,6%). En términos de atención profesional del parto, Carchi reportó 78,5%, Imbabura 60,4% y Esmeraldas 51,8% (promedio nacional 75,0%) (10). En cuanto a la atención ambulatoria en establecimientos del MSP en esas provincias, las enfermedades más frecuentes fueron 15.058 casos de infecciones respiratorias agudas en Carchi (65,2%); 2.328 casos de enfermedad diarreica

aguda en Esmeraldas (65,9%) y 15.644 casos de infecciones respiratorias agudas en Sucumbíos (60,8%) (31).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Con respecto a la **malaria**, en 2001 el índice parasitario anual (IPA) por 1.000 habitantes fue 22,5 y las provincias con mayor IPA fueron, en orden de frecuencia, Cotopaxi (54,7), Esmeraldas (54,7), Sucumbíos (53,5) y Pichincha (35,1). En 2005, el IPA nacional fue 2,21 y los IPA más elevados se registraron en Esmeraldas (17,0), Pastaza (6,6), Pichincha (5,9) y Sucumbíos (5,0). Ese año la provincia con el mayor porcentaje de casos de malaria fue Esmeraldas con 29,0%. En el período 2001–2005 predominó la malaria por *Plasmodium vivax*, aunque se presentaron casos de *P. falciparum*. Durante 2005 se examinaron 358.361 muestras hemáticas, de las que se diagnosticaron 16.487 casos; de estos, 2.127 resultaron positivos para *P. falciparum* y 14.360 para *P. vivax*. El grupo de edad más afectado fue el de la población económicamente activa (15 a 44 años), con 65% del total de casos. El fracaso terapéutico en 90% de los pacientes con tratamiento antimalárico superó el umbral recomendado de 25%. Se determinó resistencia incipiente a la sulfadoxina con pirimetamina, que se sitúa en niveles de 8%. La susceptibilidad del *P. vivax* al uso de la cloroquina continúa manteniéndose en 100% (32).

En relación con la transmisión del **dengue**, se demostró la dispersión de *Aedes aegypti* en las zonas tropicales, amazónicas, subtropicales e insulares del país, con la identificación de los cuatro serotipos del virus del dengue. En 2003 hubo un brote de dengue con un total de 10.726 casos sospechosos de dengue clásico y 206 casos confirmados de dengue hemorrágico, de los cuales 189 correspondieron a la provincia del Guayas, con una tasa provincial de 5,44 por 100.000 habitantes. La tasa de incidencia para la región Costa fue de 3,15 (33). En 2004 se notificaron 6.057 casos en todo el país, de los cuales solo 1.111 tuvieron exámenes confirmatorios. En 2005 se confirmaron 4.653 casos; las tasas más altas se observaron en Napo, Zamora y Manabí, con valores de 268,0, 135,1 y 131,0 por 100.000 habitantes, respectivamente. En 2004, el número de casos notificados de dengue hemorrágico fue de 64 en todo el país, concentrados principalmente en las provincias costeras: 46 casos en Guayas; 10 en Manabí; 3 en Los Ríos, y 2 en el Oro (tasa para la Región Costa, 0,9 por 100.000 habitantes). En 2005, se produjo un brote de dengue hemorrágico en la Región Costa, con 334 casos (tasa de 4,9 por 100.000 habitantes y letalidad de 4,2%). De estos casos, el mayor número se ubicó en Guayas (225; 175 de ellos en Guayaquil), Manabí (75) y Los Ríos (14).

En 2001 no se notificaron casos de **fiebre amarilla**. La vigilancia centinela implantada desde 2003 permitió mejorar la vigi-

lancia del síndrome febril icterico hemorrágico agudo relacionado con fiebre amarilla. Se implementó el monitoreo rápido de las coberturas urbanas y rurales en la Amazonía para mejorarlas en la población de alto riesgo (34).

Durante 2000–2004 se notificaron 32 casos de **peste** y tres muertes. Si bien en 2005 no se reportaron casos, los factores de riesgo se mantienen en observación (35).

Las zonas de riesgo para enfermedad de **Chagas** abarcaron 183 cantones en 20 provincias; de aproximadamente 8,4 millones de personas que vivían en estas zonas, 3 a 5 millones eran especialmente vulnerables debido a las características de sus viviendas o a su condición de pobreza. La prevalencia general de la infección por *Trypanosoma cruzi* alcanzó 1,3% de la población general (0,6% en la Sierra, 1,9% en la Costa y 1,7% en la Amazonía).

El país formó parte de la iniciativa regional representada por el Programa para la Eliminación de la **Oncocercosis** en las Américas. Además, dentro del marco de la estrategia regional, llevó a cabo programas efectivos, seguros y localmente sostenibles para la distribución de Ivermectina en las localidades endémicas. En 2001 la OMS difundió criterios de eliminación y con ello el país inició un ejercicio de certificación. En 2002 se realizaron dos rondas de distribución de tratamiento, con una cobertura de 94,8% en la población elegible. En 2005 la distribución de Ivermectina como estrategia de eliminación de la enfermedad se realizó en 119 comunidades endémicas para oncocercosis, 117 en la provincia de Esmeraldas y 2 en la de Pichincha (aproximadamente 25.000 personas en riesgo).

Enfermedades inmunoprevenibles

En 2006, el Programa Ampliado de Inmunización cumplió 16 años sin poliomielitis, 9 sin sarampión, 4 sin fiebre amarilla y uno sin rubéola y logró la eliminación de tétanos neonatal como problema de salud pública. La ley de vacunas creada en 1999 y reformada en 2000 facilitó la obtención de esos resultados; también permitió que se asignara presupuesto para el financiamiento de la aplicación de vacunas de uso regular y la introducción de nuevas vacunas. A partir de 1999 se introdujo la vacuna contra la fiebre amarilla en la población de 1 año de edad en la Región Amazónica. En 2000 se introdujo la vacuna triple viral SPR (sarampión, parotiditis y rubéola) y en 2003 la pentavalente (difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b) con tres dosis en menores de 1 año, y se incorporó la vacuna monovalente contra hepatitis B en escolares en zonas de riesgo. Las coberturas mantuvieron niveles sobre 90% en 2004–2005 (en este último año, por ejemplo, las tres dosis de la pentavalente alcanzaron 93,45%; las tres dosis de la vacuna antipoliomielítica oral llegaron a 92,6% y la de SPR fue de 92,9%). El país incrementó su tasa de notificación de parálisis flácida de 0,5 por 100.000 menores de 15 años en 2004 a 1,0 en 2006 (hasta la semana epidemiológica 25).

Se fortaleció la vigilancia integrada del **sarampión** y la **rubéola**, lo que incrementó la notificación de casos sospechosos.

En relación con la eliminación de la rubéola, el país comenzó a aplicar las estrategias de vacunación con SR (sarampión y rubéola) sugeridas por la OPS desde 2002, cuando vacunó a la población de 6 meses a 14 años e incrementó las coberturas. Entre mayo y junio de 2004, se llevó a cabo exitosamente una campaña para vacunar adolescentes y adultos de ambos sexos contra el sarampión y la rubéola, cubriendo a 98% de la población meta. Se interrumpió la circulación del virus de la rubéola a partir de noviembre 2004, año en que se reportó el último caso confirmado por laboratorio.

Enfermedades infecciosas intestinales

A fines de 2003 se notificó un brote de **cólera** en la provincia de Zamora Chinchipe con 25 casos, lo que correspondió a una tasa de 30,8 por 100.000 habitantes en esa provincia. Durante 2001, 2002, 2004 y 2005 no se reportaron casos.

En 2003, 2004 y 2005 las tasas de notificación de **enfermedades diarreicas agudas** fueron de 2,0, 2,4 y 2,7 por 100.000 habitantes, respectivamente. En 2005 la región Oriental presentó la mayor tasa de notificación (5,9), que duplicó la tasa nacional. Las tasas más altas del país por provincia fueron: Pastaza, Morona, Napo y Zamora (36).

Enfermedades crónicas transmisibles

En 2004 la **tuberculosis** ocupó el lugar 15 como causa de muerte (5,0 por 100.000 habitantes). Fue más frecuente en hombres (7,0 por 100.000 habitantes) que en mujeres (3,0). El grupo más afectado fue el de 15 a 24 años con 1.254 casos, seguido por el de 25 a 34 con 879 casos. Los menos afectados fueron los de 0 a 14 años y los de 65 y más (192 y 273 casos, respectivamente). Ese mismo año se notificaron 5.557 casos de tuberculosis de todas las formas (tasa 42,6 por 100.000 habitantes); 4.340 casos tuvieron baciloscopias positivas y 438 fueron de tuberculosis extrapulmonar. La coinfección sida/tuberculosis en 2003 y 2004 fue de 226 casos anuales en promedio (de un total de 1.806 de casos sida). La mayoría de los enfermos coinfectados eran de Guayas (76,5%), seguido por Pichincha (8,0%); la predominancia fue masculina (73,0%) y 60,6% eran trabajadores y obreros. En 2005, un estudio de resistencia a las drogas antituberculosas evidenció resistencia primaria (5%) y resistencia secundaria a múltiples drogas (24,3%). La cobertura del tratamiento acortado directamente observado (DOTS, por sus siglas en inglés) en las unidades operativas del MSP hasta 2005 fue de 100% en Azuay, Pichincha, Guayas, Tungurahua y El Oro y de 90% en Manabí (lo que en conjunto representa 70% de la población meta definida por el programa).

En 2003 se registraron 251 casos de **lepra**, lo que correspondió a una tasa de 2,0 por 100.000 habitantes. Ese año se notificaron 189 nuevos casos; en 2004, 144, y en 2005, 116 (tasas de 14,0, 11,0 y 9,0 por 100.000 habitantes, respectivamente). El grupo más afectado fue el de mayores de 15 años. Los casos multibacilares predominaron en los hombres (78%) y los paucibacilares fueron más frecuentes en mujeres (58%).

Infecciones respiratorias agudas

En 2005 constituyeron la primera causa de consulta externa en las unidades operativas del MSP, en todas las provincias a excepción de Bolívar. Las tasas más altas (26,6 y 18,7 por 100.000 habitantes) correspondieron a Napo y Morona. En ese año las infecciones respiratorias agudas fueron tres veces más frecuentes en la consulta externa que las enfermedades diarreicas agudas (36).

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Hasta 2006, el país no contaba con un estudio de prevalencia de personas infectadas por VIH. De 2001 a 2005 los casos VIH positivos notificados llegaron a un total de 2.752 (con una variación desde 294 en 2001 hasta 1.027 en 2005); los casos de sida acumulados en ese mismo período fueron 1.902 (la variación fue de 318 en 2001 a 445 en 2005) y murieron 884 personas. En 2005, 67,9% del total de enfermos con sida mayores de 14 años fueron hombres y la razón hombre:mujer fue 2:1, menor a la del año anterior (3:1). En 2005 las tasas de notificación más altas de sida fueron en el grupo de 30 a 34 años (8,9 por 100.000 habitantes) seguido por los de 35 a 39 y 25 a 29 años (8,8 y 8,1, respectivamente). En menores de 15 años, los de 1 a 4 años tuvieron la tasa más alta (1,9 por 100.000 habitantes) y en mayores de 60 años fue de 1,0 por 100.000.

En 2005, en el grupo de mujeres con sida e infectadas por VIH, el mayor porcentaje correspondió a amas de casa (73,9%), seguido por trabajadoras sexuales (5,5%). Por provincias, la tasa más alta de notificación de sida en 2005 fue la de Guayas con 6,6 por 100.000 habitantes, seguida por Manabí (5,2), Sucumbíos (3,9), Pichincha (3,87) y Cañar (3,17). Hasta marzo de 2006 se encontraban en tratamiento antirretroviral un total de 1.093 pacientes (887 adultos y 206 niños). El INEC notificó 399 y 422 muertes por sida en 2002 y 2003, respectivamente. En 2003, 82,4% de las muertes correspondieron a hombres y 89,1% al grupo de 15 a 49 años de edad, seguido por el de 50 a 64 años con 9,3% (37).

El Programa Nacional de VIH/ITS inició la implementación del manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual en 2005; hasta 2006 no se contaba con datos nacionales consolidados. Para 2005, las provincias que reportaron algunas de las infecciones fueron Guayas, Pichincha, El Oro, Manabí, Loja y Sucumbíos. Esta última reportó una tasa de 58 por 100.000 habitantes para gonorrea, 55 para sífilis primaria y secundaria y 18 para herpes genital.

Zoonosis

En 2005 se registraron 23 rebaños de ganado (21 bovinos y 2 porcinos) afectados por **fiebre aftosa** por virus tipo O (38, 39), con 4.089 animales perjudicados y siete muertos; 78% de estos focos se registraron en Manabí. Hasta 2006 el país no alcanzó a tener zonas libres de la enfermedad. La cobertura de vacunación registrada a nivel nacional alcanzó 56,2% en 2005.

En 2001 se notificaron 75 casos de **rabia** canina y posteriormente, de 2002 a 2005, se notificaron 6, 12, 11 y 2 anuales, res-

pectivamente. De 2001 a 2003 las provincias que presentaron casos fueron Cañar, Azuay, Cotopaxi y Tungurahua y en 2004 Guayas y Manabí. En 2004 la cobertura de vacunación alcanzó 82% de la población canina estimada para ese año. En 2001 se notificó un caso de rabia humana; de 2002 a 2004 no se reportaron casos, y en 2005 hubo dos casos de rabia humana transmitida por mordedura de murciélago en la provincia de Pastaza (40).

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Neoplasias malignas

En 2004, el registro de defunciones del INEC informó que las neoplasias malignas más frecuentes fueron las de estómago con 2,7% (total 1.484, 822 hombres y 662 mujeres), seguidas por las de próstata 1,2% (636), hígado y vías biliares intrahepáticas 1,0% (total 573; 279 hombres y 294 mujeres), tráquea, bronquios y pulmón 1,0% (total 569; 332 hombres y 237 mujeres), útero 0,7% (409), colon, sigmoide, recto y ano 0,7% (total 401; 175 hombres y 226 mujeres) y la de la mama femenina 0,6% (312) (16).

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Las erupciones del Tungurahua en 1999 y sus consecuencias hicieron que 25.000 personas fueran evacuadas; se estimó el costo de los daños en US\$ 17 millones y las pérdidas en el campo turístico en US \$12 millones. Posterior a esto la actividad volcánica continuó con períodos de crisis variables desde 1999 hasta 2006. La erupción del volcán Reventador en noviembre de 2002 comprometió cerca de 40.000 hectáreas de pastizales, y causó daño en vías y servicios de acceso a agua segura. Dejó lecciones sobre la evacuación de personas de las zonas de alto riesgo y los efectos sobre la salud de la población, así como sobre las acciones de intervención. Por la temporada invernal de 2002, cerca de 28.000 personas fueron afectadas, 25 murieron, 1.700 quedaron sin vivienda y 1.500 familias fueron evacuadas; también hubo daños en 5.200 casas y 3.000 centros educativos. El período de lluvias a inicios de 2006 afectó a 29.818 familias, 1.160 de ellas damnificadas, causó 12 muertos y comprometió a cinco provincias de la Región Costa por el incremento de la morbilidad por enfermedades transmisibles, situación ante la cual se movilizaron apoyos internacionales para mitigar el impacto en salud.

Salud mental

En 2005 los principales motivos de consulta psiquiátrica por cada 100.000 habitantes en el MSP fueron violencia y maltrato (53,6), alcoholismo (23,6) e intentos de suicidio (15,3) (36). En la segunda encuesta nacional sobre consumo de drogas, realizada en 2005 por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) con el apoyo de la OEA

(41) en estudiantes entre 11 y 21 años, se informó que la prevalencia de vida fue 61,6% para consumo de alcohol, 54,4% para cigarrillos, 7,0% para marihuana y 6,1% para tranquilizantes sin receta médica. Asimismo, la edad de inicio del primer consumo de drogas se encontró entre los 12,6 y los 14,1 años.

Contaminación ambiental

La producción de flores y cultivos no tradicionales se incrementó de 2001 a 2005, lo que produjo un aumento en la producción, la comercialización y el uso de plaguicidas; en 2004 se estimó en US\$ 115,8 millones el monto de las importaciones de plaguicidas —2,6 veces superior al dato registrado en 1992 (42). El mismo estudio para 2003 encontró que la tasa de mortalidad entre los trabajadores agrícolas expuestos al manejo de plaguicidas alcanzó 20,5 por 100.000 habitantes. Ese año, las provincias Carchi y Manabí ubicaron a las intoxicaciones agudas por plaguicidas como la novena causa de morbilidad. En 2004 y 2005 la tasa de notificación en Carchi se incrementó a 28,0 y 33,2 por 100.000 habitantes, ubicándose como la décima causa de morbilidad. En 2005, las provincias de Tungurahua y Orellana notificaron 35,9 intoxicaciones agudas por 100.000, ubicándose en el noveno lugar de morbilidad. En 2003, el INEC registró 1.826 egresos hospitalarios debido a intoxicaciones con plaguicidas; en el grupo de 20 a 44 años se concentraron 49,2% de los casos, seguido por el grupo de 10–19 años con 26,1%; por sexo, 48,4% correspondió a los hombres y 51,6% a las mujeres (43).

Salud oral

En 2004 el MSP registró 1.850.010 consultas odontológicas. Para el período 1995–2003 las estimaciones reportaron un índice CPOD (dientes cariados, perdidos y obturados) de 2,9 (15).

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

La Constitución del país vigente desde 1998 expresa la decisión del Estado de reconocer a la salud como un derecho que debe ser garantizado, promovido y protegido, así como el acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud para las personas que los necesiten.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002) estructura el sistema en los niveles nacional, provincial y cantonal, y plantea el funcionamiento de los consejos provinciales y cantonales de salud. También delimita el ámbito del sistema por medio de las funciones de rectoría, provisión de servicios de salud, aseguramiento y financiamiento, y establece las normativas generales sobre los recursos humanos en salud, los medicamentos e insumos y la ciencia y tecnología.

En mayo de 2005 el MSP elaboró y divulgó su plan estratégico para 2005–2006, con los siguientes objetivos: fortalecer la rectoría del MSP; llevar a cabo la primera fase del aseguramiento uni-

versal en salud dirigida a la población más pobre; desarrollar el sistema nacional de salud; controlar las enfermedades de alto impacto epidemiológico, social y económico; fortalecer la red de servicios, en especial en las provincias y cantones correspondientes a las parroquias donde vive la población más pobre, y realizar acciones intersectoriales para la protección y promoción de la salud, principalmente en temas relacionados con ambiente, escuelas, alimentación y nutrición.

El Sistema Nacional de Salud, por medio del Consejo Nacional de Salud (CONASA), organizó dos congresos nacionales, en 2002 y 2004, con el tema “por la salud y la vida”, los cuales contaron con una amplia participación social; en estas reuniones se elaboraron la política de Estado en salud y, para su implementación, la agenda de salud.

La Constitución establece en los artículos 225 y 226 la descentralización del Estado, y el proceso de descentralización en salud comenzó en 2001 con la promulgación del Decreto Ejecutivo 1616 y la formulación del Plan Nacional de Descentralización. Desde 1997, con reformas en los años 2000 y 2003, está vigente la Ley de descentralización del Estado y de participación social. La ley reafirma la fortaleza rectora del nivel central, a la vez que promueve el funcionamiento de los consejos de salud como instancias de coordinación, para que la descentralización se dé en un proceso coherente y ordenado. Desde marzo de 2004 se está trabajando en el proyecto de Ley Orgánica de Salud, sustitutiva del Código de la Salud (1971).

Estrategias y programas de salud

La política nacional de salud se fundamenta en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad, pluralidad, eficiencia, ética e integralidad. Sus principales objetivos son promover en la ciudadanía la garantía, el respeto, la promoción, la protección y la demanda de los derechos humanos en salud para el ejercicio de una vida digna y saludable; garantizar la protección integral de la salud de la población, facilitando los medios para promover la salud, tanto física como mental, y prevenir y enfrentar las enfermedades y sus causas, mitigando sus efectos biológicos, económicos y sociales.

CONASA y los gobiernos provinciales y cantonales promovieron la aplicación de la ley para la construcción del sistema mediante la conformación de los consejos cantonales y provinciales de salud y sus respectivos planes locales de salud. Hasta 2006, el MSP realizaba actividades de prevención de la enfermedad y protección de la salud junto con la atención de la morbilidad prevalente; el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, y la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía atendían a sus afiliados, y el sector privado se dedicaba a la atención de los eventos de morbilidad. El marco jurídico de modernización del Estado y la Ley del Sistema Nacional de Salud mencionan expresamente la participación social y comunitaria como un requisito básico para su implantación y desarrollo, y reconocen todas las formas de orga-

nización barriales y comunitarias existentes. En ese contexto, desde 2002 se realizaron acuerdos en el ámbito de la salud para empoderar a la comunidad en la toma de decisiones en los consejos de salud, así como a comités de usuarias para la vigilancia del cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Prevención de la Violencia Intrafamiliar.

En 2002 se promulgó la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, que estableció los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. La Ley de Seguridad Social, vigente desde noviembre de 2001, estableció el marco de referencia en este campo. A la par de la aprobación de la nueva constitución (1998) se aprobaron reformas a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, vigente desde 1994, que en función de sus disposiciones constituye el primer peldaño del aseguramiento universal en salud al asegurar el derecho de toda mujer a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto; el acceso a programas de salud sexual y reproductiva, y la atención sin costo a los recién nacidos y menores de 5 años. El país cuenta con otras leyes específicas como la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, la Ley de Prevención y Asistencia Integral del VIH/sida, la Ley de Aprovechamiento y Utilización de Sangre y sus Derivados, la Ley de Transplante de Órganos y Tejidos, la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como las reformas al Código de Salud y la adopción oficial de la Comisión Nacional del Codex Alimentario. En mayo de 2006 el Congreso Nacional ratificó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

Organización del sistema de salud

El sector público de salud está conformado por los servicios del MSP, el cual desarrolla programas tradicionales de promoción y protección de la salud; el IESS, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía (dependientes de los Ministerios de Defensa y de Gobierno, respectivamente); los servicios de salud de algunos municipios; la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG); la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil; la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), y la Cruz Roja Ecuatoriana. Al MSP le corresponde la regulación, dirección y control del sector y cuenta con una dirección de salud en cada provincia y, al interior de cada una de ellas, con áreas de salud que son circunscripciones geopoblacionales, en su mayoría coincidentes con el ámbito político-administrativo del cantón o municipio. El MSP también lleva a cabo una serie de programas de promoción y protección de la salud y coordina con el Ministerio de Educación el desarrollo de la iniciativa de escuelas saludables.

El IESS mantiene un régimen de afiliación personal, orientado básicamente a proteger a los trabajadores dependientes tanto del sector público como del privado; el esquema de seguro social incluye prestaciones económicas y de atención médica, con las cuales cubre a 10% de la población. El Seguro Social Campesino afilia a los trabajadores del área rural y su cobertura es de carácter

familiar; incluye prestaciones sociales como servicios mortuorios, invalidez y vejez, así como servicios de atención médica primaria que se proyectan a la población rural del país (la cual representa 37% de la población nacional), de la cual se estima cubre a 9,2%. La Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía dispone de servicios ambulatorios y de hospitalización. La JBG es una entidad autónoma de servicio social cuyo financiamiento proviene principalmente de la lotería nacional y que cuenta con cuatro hospitales, dos de medicina general y dos especializados localizados en la ciudad de Guayaquil. SOLCA —una entidad privada con fines sociales que cubre parte de la demanda nacional de diagnóstico y tratamiento del cáncer y que se basa en instituciones regionales con autonomía administrativa y financiera ubicadas en las principales ciudades del país— cuenta con cinco hospitales especializados. Los servicios de salud municipales tienen a su cargo las direcciones de higiene para atender problemas de salud ambiental y de control sanitario, a excepción de los de Quito y Guayaquil, que incluyen algunos servicios ambulatorios y hospitalarios privados.

El sector privado (que representa 15% de los establecimientos de salud del país) está integrado tanto por entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada), como por diversas ONG, asociaciones de servicio social y otras. Para su funcionamiento, los entes privados deben estar registrados y autorizados por el MSP. Las empresas de medicina prepagada cubren menos de 3% de la población de los estratos de ingreso mediano y alto.

En cumplimiento de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y de las recomendaciones del II Congreso por la Salud y la Vida, la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas del MSP, junto con la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador y otras entidades oficiales, públicas y privadas, crearon las comisiones de medicinas ancestrales, de las nacionalidades y pueblos indígenas, así como una comisión de interculturalidad, con el fin de fortalecer los modelos de atención (4). Para 2006, se conocían experiencias de interculturalidad y de relación entre los sistemas de salud, cultura y desarrollo, por ejemplo el sistema cantonal descentralizado de Cotacachi en Imbabura; el proyecto de aseguramiento de la calidad en Tungurahua, aplicado en áreas de salud y un hospital provincial (ejecutado por una ONG); los promotores de salud de la cooperativa de producción agrícola y pecuaria en el Napo y Orellana (apoyados por la Cruz Roja Suiza); el puesto de salud de Borbón en la Provincia de Esmeraldas; y el proyecto de desarrollo humano sustentable ubicado en la provincia de Morona, en las áreas de salud 3 y 5. En este ámbito se encontraban también iniciativas tales como el centro de salud integral “Jambi Huasi” de Otavalo, Imbabura; el hospital Alli Causai de Ambato, Tungurahua, y el Hospital Alternativo Andino en Riobamba, Chimborazo. De igual manera, los departamentos de salud indígena promovieron trabajos relativos al uso de recursos etnobotánicos en el Guayas, al modelo de salud intercultural en Azuay (Nabón) y al parto vertical y las

casas de espera en Pastaza (Puyo); además, el del área de salud de Guamaní, en Quito, proporcionaba medicinas y terapias tradicionales y alternativas.

Servicios de salud pública

Diversos foros nacionales recogieron las posiciones de los diferentes actores del sector, que manifestaron la necesidad de profundizar la reforma del Estado sobre la base de fortalecer los procesos de desconcentración y descentralización de la estructura de salud, salvaguardando la vigencia del sistema nacional de salud, el fortalecimiento de la autoridad sanitaria y la amplia y permanente participación social en la construcción del modelo de salud familiar y comunitaria. En ese contexto, el MSP definió y viene aplicando desde junio de 2004 un nuevo modelo de atención integral basado en la atención primaria de salud.

La evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica del MSP en 2001 identificó un subregistro de 47% de las enfermedades de notificación obligatoria (44). En respuesta a ese subregistro se desarrollaron sistemas de vigilancia por programas (tales como el PAI, muerte materna, alimentación y nutrición y enfermedades vectoriales), por enfermedades (VIH/sida, tuberculosis y lepra) o eventos (muertes maternas y violencia intrafamiliar); sin embargo, el simultáneo y creciente desarrollo de sistemas de información (múltiples y paralelos) limitó alcanzar la integralidad de los sistemas de información y vigilancia. En este tema, además, se presentaron dificultades y limitantes en la coordinación del MSP con otras instituciones prestadoras de servicios, así como en la sistematización, análisis y uso de la información para la gestión.

En 2003 se inició en el MSP la implementación del sistema integral de vigilancia epidemiológica (SIVE), el cual alcanzó una cobertura de 60% de las provincias, según una evaluación a finales de ese año. En 2004 se inició la implantación del SIVE-Alerta, como una versión más desarrollada del sistema antes mencionado, y en 2005 el sistema alcanzó una cobertura de 88% de las áreas de salud del MSP (150 de 169).

El Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez” (INHMT), entidad adscrita al MSP, tiene su sede en Guayaquil; cuenta con 33 laboratorios a nivel nacional y supervisa 250 laboratorios locales. Tiene como ámbitos de acción: ser el centro nacional de referencia de laboratorios; realizar el diagnóstico definitivo en la vigilancia epidemiológica; otorgar el registro sanitario, que garantiza la calidad de los productos que se consumen en el país (medicamentos, productos naturales, cosméticos, productos higiénicos, alimentos procesados y plaguicidas); producir biológicos y vacunas; conducir investigaciones en salud humana y animal, y asegurar la capacitación y docencia del recurso humano interno y externo. El Instituto mantiene estructurada su red de laboratorios en microbiología para el diagnóstico de tuberculosis, sífilis, VIH, dengue, peste, leishmaniasis, Chagas, aspergilosis, clamidiasis, meningococemia y otras. El

INHMT logró certificar el laboratorio de alimentos procesados en base a la norma ISO 17025 y recibió certificación de evaluación externa en el laboratorio de bioquímica en salud humana durante 2003–2005 (45).

Los servicios de agua, saneamiento y residuos sólidos están bajo las atribuciones de la Subsecretaría de Agua Potable y Saneamiento Básico del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI), que ejerce la rectoría en este sector mediante la política nacional de agua y saneamiento. En este marco y a solicitud del gobierno, la OPS/OMS impulsó una mesa intersectorial de agua y saneamiento que tuvo como objetivo manejar la cartera de proyectos con el propósito de beneficiar a las poblaciones más pobres; el MSP fue responsable de la coordinación y el MIDUVI se hizo cargo de la secretaría.

El MIDUVI, entidad rectora de los servicios de agua y saneamiento, registró para 2006 coberturas a nivel nacional de 67% en agua potable, 57% en saneamiento y 51% en residuos sólidos (46). Según estimaciones de las Naciones Unidas, para 2002 la cobertura nacional fue 86% (92% urbana y 77% rural). El gobierno programó una inversión de US\$ 343 millones en el período 2002–2006 para incrementar 6,5% la cobertura de agua potable y 11,5% la de alcantarillado (47).

En 2005 se implementó el Programa de Manejo de Desechos Hospitalarios en 891 instituciones públicas y privadas, el cual es regido por un reglamento sobre el manejo de los desechos infecciosos en las instituciones de salud. Además, el MSP capacitó y asesoró a casi 6.000 trabajadores y profesionales de la salud en el manejo de desechos hospitalarios. En 2001 se adoptó el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes (COP), y en 2004 se ratificó y se asumió la responsabilidad de desarrollar el Plan Nacional de Implementación para la Gestión de los COP, que tiene como finalidad proteger a la población y al ambiente frente a los COP. El plan propone: velar por la reducción de bifenilos policlorados (BPC), que en 2003 se calcularon en 6.000 toneladas de aceite contaminado; eliminar dioxinas y furanos, con un valor de emisiones por año de (gEQT/a) de 97,57, y terminar de eliminar los plaguicidas COP, que en su mayoría están suprimidos en el país, pero aún restan 1.650,81 kg de residuos de DDT de los que hay que disponer.

En septiembre de 2005 el gobierno solicitó a las Naciones Unidas conformar una misión para explorar la viabilidad y tipos de estudio posibles para evaluar el impacto potencial de las aspersiones aéreas de glifosato en la salud, el ambiente y la agricultura en la frontera norte del país. En respuesta, la ONU conformó una misión interinstitucional que empezó su trabajo a inicios de 2006 y en el curso de este año entregó su informe; en él se propusieron cinco estudios requeridos para clarificar científicamente el escenario de los eventuales perjuicios en la salud y en el ambiente derivados de las aspersiones aéreas del herbicida glifosato o de sus mezclas, así como proyectos de corto plazo orientados al mejoramiento de las condiciones básicas para el desarrollo socioeconómico integral de la región.

El Servicio Ecuatoriano de Sanidad Agropecuaria (SESA), por medio de la Comisión Nacional de Erradicación de la Fiebre Aftosa (CONEFA), es el organismo encargado de precautelar la situación sanitaria de las ganaderías ecuatorianas. Para tal finalidad el SESA dispone de 51 oficinas a nivel nacional, con el apoyo de 194 comités locales de la CONEFA. El MSP y las otras instituciones del sector no cuentan con un sistema de vigilancia de la seguridad alimentaria.

Desde 2003, con el propósito de integrar programas y estrategias en los temas de alimentación y nutrición, se emitió un decreto ejecutivo por medio del cual se inició el Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN). Este sistema focalizaba sus acciones en la población más pobre y estaba conformado por el Programa Nacional de Alimentación y el Programa Integrado de Micronutrientes del MSP, el Programa de Alimentación Escolar del Ministerio de Educación y Cultura y el Programa Aliméntate Ecuador del Ministerio de Bienestar Social. En 2005, el MSP reformuló el Sistema y diseñó un plan integrado de alimentación complementaria y nutricional, para mejorar el estado nutricional y la situación alimentaria de la población residente en las 200 parroquias más postergadas del país, en base a necesidades básicas insatisfechas (48). La estrategia contemplaba la integración y coordinación con otros programas y proyectos del MSP, del Ministerio de Educación y Cultura y del Ministerio de Bienestar Social, que estaban conformados como estrategias de ayuda social con base en la entrega de complementos alimentarios. La evaluación del programa nacional de alimentación por medio de su producto “Mi Papilla”, dirigido a niños de 6 a 24 meses, demostró sus beneficios sobre el estado nutricional (mejoramiento del peso para la edad) y los micronutrientes (hierro, zinc y vitamina A) (49).

Tanto en las inundaciones en la Costa (2002, 2005 y 2006), como en las erupciones del Reventador (2002) y Tungurahua (2006) y en el flujo permanente de población en busca de refugio en la frontera norte (2001–2005), hubo respuestas oportunas del sector salud y liderazgo en la coordinación sectorial. Los hospitales de mayor complejidad de las provincias en riesgo de inundaciones (Guayas y Manabí), erupciones volcánicas (Chimborazo, Pichincha, Tungurahua y Cotopaxi) y flujos masivos de población (Sucumbíos, Imbabura, Carchi, Esmeraldas), contaron con planes de contingencia para desastres, lo que les facilitó una respuesta adecuada.

En 2001 el Sistema Nacional de Defensa Civil inició, con su normativa y guías correspondientes, el Centro de Operaciones de Emergencia, el cual abarca al sector salud. La respuesta a emergencias incluye la constitución a nivel provincial de las salas de situación y la conformación de equipos multidisciplinarios de respuesta rápida; la coordinación de los equipos recae en los puntos focales de desastres de las direcciones provinciales, quienes han sido previamente preparados en metodologías de evaluación de daños y análisis de necesidades, lo que ha facilitado una atención oportuna a las situaciones de emergencia y desastre. En 2004, el MSP estableció una Red Nacional de Salud para

Integración intersectorial para la seguridad alimentaria

Con el fin de realizar acciones integradas de alimentación y nutrición para la protección de los grupos más vulnerables en las zonas con más carencias, tanto urbanas como rurales, en 2003 se inició el Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN). En 2005 se reformuló el Sistema y se diseñó un plan integrado de alimentación complementaria y nutricional, conformado por los siguientes programas:

- Programa de Alimentación Complementaria, del MSP, que atiende a mujeres embarazadas y en período de lactancia y a niños menores de 3 años con los complementos alimentarios “Mi Bebida” y “Mi Papilla”.
- Programa Integrado de Micronutrientes del MSP, con los subprogramas de suplementación con micronutrientes (hierro, ácido fólico, vitamina A) y el Subprograma de Fortificación de Harina de Trigo con micronutrientes.
- Programa de Alimentación Escolar del Ministerio de Educación y Cultura, que cubre la población escolar de 6 a 15 años.
- Programa Aliméntate Ecuador del Ministerio de Bienestar Social, que atiende a la población infantil entre 4 y 5 años, discapacitados y adultos mayores.

La evaluación de “Mi Papilla” mostró un efecto benéfico sobre el estado nutricional y de micronutrientes, principalmente de hierro, en la población menor de 2 años. Este producto proporciona el 100% de los requisitos diarios del hierro, ácido fólico y cinc; el 60% de vitamina C, vitaminas del complejo B y magnesio, y el 30% de vitamina A, calcio y fósforo; además, es precocido y solo requiere de una fuente limpia de agua potable para su preparación.

Atención en Emergencias y Desastres, liderada por la Dirección de Planeamiento de la Seguridad para el Desarrollo Nacional, responsable de la gestión de riesgos y de la planificación y ejecución de las acciones de mitigación, prevención y atención de la salud en casos de emergencias y desastres.

De 2002 a 2006 se ejecutaron, por parte de la OPS/OMS, cinco fases del proyecto de fortalecimiento del sector salud para la atención de la población refugiada; se movilizó un total de US\$ 250.000, proveniente de USAID, ECHO y CIDA, en coordinación con el MSP, gobiernos locales, ONG, iglesias y agencias del sistema de Naciones Unidas (ACNUR y OIM). El proyecto generó resultados en gestión de riesgos para emergencias y desastres, planeamiento hospitalario, vigilancia en salud pública, sistemas de información, atención integral de población refugiada y mejoramiento de la calidad del agua de consumo en las comunidades de riesgo de las provincias de la frontera norte. Desde 2005, en el marco del CTBS los gobiernos de Ecuador y Colombia aplicaron el plan de desarrollo de la zona de integración fronteriza. La OPS/OMS ofreció apoyo para el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública, con énfasis en plaguicidas y calidad del agua. Entre 2004 y 2005, como parte del fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sector salud y con financiamiento de la Oficina Humanitaria de la Comisión Europea (US\$ 400.000), la OPS/OMS desarrolló un proyecto de preparativos para erupciones volcánicas para Ecuador y Colombia, cuyos materiales técnicos fueron utilizados después por países de América Central y del Sur. Para el período 2002–2006 los organismos de Naciones Unidas en Ecuador establecieron un grupo técnico interinstitucional para la res-

puesta a emergencias por inundaciones, erupciones volcánicas, desplazamientos masivos y temas relacionados.

En 2005 se desarrolló un plan nacional de contingencia para enfrentar la posible pandemia de influenza en el Ecuador; el plan fue de carácter interinstitucional e incluyó guías operativas y estrategias para el abordaje de esta amenaza para los períodos pre-pandémico y pandémico. El plan contempló acciones específicas de coordinación interministerial (MSP, Ministerio de Agricultura, Ministerio de Ambiente, Servicio Ecuatoriano de Sanidad Agropecuaria) e intersectorial (Ministerio de Gobierno, empresas avícolas y medios de comunicación social) y, además, contó con las contribuciones de los organismos del sistema de Naciones Unidas —especialmente la OPS/OMS y FAO. Componentes importantes del plan fueron: la vigilancia epidemiológica, la preparación de los servicios de salud y un plan estratégico de comunicación y movilización social. En 2006 se inició la vacunación contra la gripe estacional (con recursos asignados en el presupuesto del MSP) (50). La inversión nacional en este tema se inició en 2006 y se hicieron asignaciones presupuestarias para 2007. Previo a la entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional en 2007, las autoridades de salud asumieron el cumplimiento voluntario e inmediato de las disposiciones en relación a la gripe aviar y la posible pandemia de influenza.

Servicios de atención a las personas

La capacidad resolutoria de los servicios de salud del MSP está organizada por niveles de complejidad. En el nivel I (complejidad

baja) se encuentran 434 puestos, 1.122 subcentros (774 rurales y 348 urbanos) y 153 centros de salud, los cuales ofrecen atención ambulatoria, promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud; todos promueven acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria y los subcentros ofrecen atención del parto, emergencias y atención odontológica. En el nivel II (complejidad intermedia) hay 90 hospitales básicos y 23 hospitales generales que, además de la atención del nivel I, ofrecen hospitalización de corta estancia. El hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia; el hospital general ofrece, además de lo mencionado, alguna especialidad de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia; también dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. En el nivel III (complejidad alta) hay 14 hospitales especializados y 1 de referencia para la atención de la población local, regional y nacional; también realizan docencia e investigación en salud.

Para la organización funcional del MSP existían al 2005 tres niveles: área de salud (169), nivel provincial (22) y nivel nacional (1). El área de salud está conformada por la unidad de conducción y las unidades operativas del primero y segundo nivel, con capacidad resolutoria técnica, administrativa y financiera. El nivel provincial está constituido por la dirección provincial de salud, cuya función es apoyar técnica y administrativamente a las jefaturas de área y a los hospitales de su jurisdicción geográfica. El nivel nacional es la instancia rectora del sector salud, conformada por diversos procesos responsables de elaborar y difundir normas técnicas, administrativas y financieras de aplicación nacional. El IESS administra 5 hospitales de nivel I, 10 hospitales de nivel II, 3 hospitales de nivel III, 25 centros ambulatorios, 42 unidades ambulatorias y 348 dispensarios del seguro social campesino.

En 2003 se registraron 33 bancos de sangre en el país y se recolectaron 79.204 unidades de sangre (29,9% de donantes voluntarios y el resto por “reposición”), las cuales fueron tamizadas en 100% para *Trypanosoma cruzi*, sífilis, virus de la hepatitis C, antígeno de superficie de la hepatitis B y VIH. La prevalencia de esos marcadores fueron 0,36% para *T. cruzi*; 3,90% para sífilis; 0,35% para el virus de hepatitis C, 0,15% para el antígeno de superficie de la hepatitis B y 0,28% para el VIH (51).

En 2006 el MSP solicitó la incorporación del país a la propuesta regional CARMEN para el control de las enfermedades no transmisibles; para ese mismo año no se contaba con un registro de datos de este grupo de enfermedades.

Promoción de la salud

En 2004 el CONASA conformó una comisión de promoción de la salud que coordina y orienta las acciones de promoción de carácter intersectorial. En 2006 se inició la discusión de la política nacional de promoción de la salud (52), con la participación del

MSP, el Ministerio de Educación, el Ministerio del Ambiente, la Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME), universidades, algunos gobiernos locales, ONG y otras instituciones. La red ecuatoriana de escuelas promotoras de salud, coordinada por los Ministerios de Educación y Salud y por la OPS, y apoyada por otras instancias nacionales e internacionales, registraba en 2004 más de 3.000 escuelas que propiciaban el desarrollo de ecolubres. La red de ecolubres promueve la participación comunitaria y la comunicación social en el control de dengue, malaria y otras enfermedades y riesgos (53).

El proyecto de espacios saludables de Loja, que concluyó en el año 2002, generó conocimientos y experiencias locales en promoción de la salud. En 2006 la red de municipios saludables, coordinada por la AME y el MSP y apoyada por la OPS, estaba conformada por más de 20 municipios. Ese mismo año se aprobó un acuerdo ministerial para establecer la estrategia de promoción de la actividad física y la alimentación saludable, centrada en la reglamentación de los lugares donde se expenden alimentos dentro de las escuelas, y en el combate al sedentarismo.

Suministros de salud

Las líneas fundamentales de la política nacional de medicamentos (1999) se orientan a garantizar la disponibilidad, el acceso, la calidad, el uso racional y el menor precio de los medicamentos. La Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamentos de Uso Humano de 2000 establece normativas orientadas a ampliar el mercado de medicamentos genéricos, al incentivar su producción nacional y facilitar su registro mediante el procedimiento de homologación para los productos importados. En 2004 el mercado farmacéutico ecuatoriano (87% privado y 13% público) contaba con alrededor de 225 laboratorios, 170 distribuidores, 5.000 farmacias y 6.439 productos (1.539 de ellos genéricos) (54, 55). El mercado privado creció 35,8% en el período 2001–2005 (de US\$ 407.079 millones a US\$ 553.157 millones) (56). El número de productos genéricos aumentó de 16,2% en 2001 a 25,2% en 2005; el volumen de ventas en 2005 no superó 11,3% del total, entre otras razones debido a la desconfianza de quienes emiten las prescripciones por la falta de garantía de calidad y seguridad de esos productos. En 2004 se estimó que alrededor de 80% de los medicamentos se adquiría y consumía sin receta médica. La Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos del CONASA bianualmente actualiza, publica y difunde el cuadro nacional de medicamentos básicos. La quinta revisión se publicó en 2004, y en 2006 se aprobó y revisó la sexta. Los medicamentos incluidos en ese listado son de uso obligatorio en todas las instituciones del sector público de salud y de referencia para el sector privado.

En 2006, el país contaba con la producción de las vacunas DTP (difteria, tos ferina y tétanos), DT (difteria y tétanos), BCG (antituberculosa), antirrábica de uso humano y veterinario (cerebro de ratón lactante modificado), suero antiofídico (contra envene-

namiento por serpientes del género *Bothrops*, especies *asper*, *atrox* y *xantograma*). Ese año, se encontraban en proceso de implementación las buenas prácticas de manufactura.

En 2004, con base en la atención primaria en salud y el modelo de atención integral, el programa de extensión de cobertura del MSP desarrolló y aplicó un sistema de licenciamiento de las unidades de salud de primero y segundo nivel en las 200 parroquias identificadas como las más pobres del país (según las necesidades básicas insatisfechas), movilizándolo recursos financieros (US\$ 6.600.000) y realizando adecuaciones y equipamiento de las unidades (57). Además, capacitó al recurso humano de los niveles técnico-administrativos de apoyo e identificó a la población beneficiaria.

Recursos humanos

En 2001, en las escuelas de medicina, enfermería, obstetricia y tecnología médica se registró una relación mujer: hombre de 1,8:1. Ese año, los médicos y odontólogos tendían a concentrarse en las áreas urbanas mientras que las enfermeras y obstetras se desplazaban más a las áreas rurales. En 2003, por cada 10.000 habitantes había 15,6 médicos; 5,3 enfermeras; 1,7 odontólogos; 1,8 obstetras, y 9,8 auxiliares de enfermería. El mismo año la tasa más baja de médicos fue en Orellana (5,4) y la mayor en Azuay (26,6). En cuanto a enfermeras, la provincia de Orellana presentó la menor tasa (1,8) y la mayor Pichincha (9,8). Un estudio de 2004 realizado en cuatro universidades de Quito y Cuenca concluyó que, a la fecha del estudio, del total de médicos y enfermeras formados en 2001, 9,8% habían salido del país y 34,8% tenían planes de viajar al exterior (58). En 2005 existían 18 universidades formadoras de profesionales en medicina, debidamente reconocidas y acreditadas por el Consejo Nacional de Educación Superior. Entre 2001 y 2005 se crearon 5 instituciones formadoras de odontólogos, 2 de enfermeras y 1 de obstetras. A partir de 2005, los centros de educación superior que incluyeron temas de interculturalidad fueron la Universidad Andina Simón Bolívar y la Universidad Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas Amawtay Wasi, ambas en Quito.

Desde 2001 la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud del CONASA tiene a su cargo el Observatorio de Recursos Humanos en el país; además, esta instancia elaboró el anteproyecto de la Ley de Carrera Sanitaria (2006) que fue presentado al CONASA. Hasta 2006, el MSP desarrollaba proyectos o programas de educación permanente en salud.

Debido a que desde 1992 se detuvo la creación de puestos en los servicios del MSP, en 2003 esa institución empleaba 54,6% de los médicos que laboraban en el sector, 59,6% de las enfermeras, 68,8% de los odontólogos, y 94,6% de las obstetras. En ese mismo año la distribución de los profesionales de salud que trabajaban en el sector público correspondió a 49,95% de los médicos, 81,86% de las enfermeras, 91,82% de los odontólogos y 80,95% de las obstetras (59).

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

El MSP, mediante su proceso de ciencia y tecnología, ejerce la rectoría en investigación y desarrollo científico y tecnológico en salud. Para tales fines cuenta con el apoyo de la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT), la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología del CONASA (COMCYT) —que en 2006 formuló la política de investigación en salud que fue considerada por el CONASA—, el Consejo Nacional de Universidades y Escuelas Politécnicas, y otros organismos nacionales e internacionales. El Foro Nacional de Investigación en Salud reúne a investigadores e instituciones relacionadas con investigación en salud e impulsa políticas de investigación orientadas a las prioridades nacionales.

La inversión en investigación y desarrollo en 2003 fue 0,07% del PIB. Por su importancia como instrumento para el desarrollo social y económico del país, el gobierno decidió invertir en ciencia y tecnología, por lo que se adjudicó 5% de los fondos existentes en la Cuenta Especial de Reactivación Productiva y Social—US\$ 8 millones en 2005 y US\$ 26 millones en 2006, en cada caso aproximadamente 14% del total para salud— para actividades relacionadas con ciencia, tecnología e innovación (60).

Desde su inicio en 1998 hasta 2003, la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) abrió siete centros cooperantes, los cuales ingresan y envían información regularmente para alimentar la base de datos de la BVS (61); además, se organizó la red de información con cuatro centros de área ubicados en diferentes universidades y un centro coordinador de áreas. En enero de 2006 se publicó la política nacional de ciencia, tecnología e innovación (60).

Gasto y financiamiento sectorial

En 2004, 50,4% del gasto total en salud provino del sector público (MSP, IESS, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía, y gobiernos seccionales) y 49,2% del sector privado. Del gasto privado en salud, 90% correspondió a gasto directo de los hogares (61% para la adquisición de medicamentos e insumos, 24,3% para la atención médica y 4,7% para exámenes de laboratorio, materiales odontológicos y aparatos ortopédicos); el 10% restante es pago directo a los médicos proveedores. Del gasto privado, 74,7% se realizó en el área urbana y 25,3% en el área rural, donde vive 37% de la población, de la cual más de 50% es pobre. El gasto público social en salud como porcentaje del PIB pasó de 0,6% en 2000 a 0,8% en 2001, 1,2% en 2002 y 1,5% en 2004. En el sector público, el gasto en salud destinó 81,2% para atención curativa y 18,8% para atención preventiva. Asimismo, se gasta en el primer nivel de atención 34,1%, en el segundo 29,9% y en el tercero 36%. De ese gasto, 34,4% corresponde a la provisión de servicios hospitalarios, 29,3% al suministro de medicamentos, 23,6% a servicios ambulatorios, 11,7% a la salud pública y 0,9% a la investigación. Por otro lado, sólo 31,8% se focaliza en los grupos en pobreza y el resto recibe 68,2%. El presupuesto del MSP mantuvo un incremento constante desde 2001 (US\$ 151,7 millones) hasta 2006

(US\$ 561 millones), pasando de 2,8% del presupuesto general del Estado en 2001 a 6,0% en 2006 (3). La propuesta presentada para 2007 fue de US\$ 845 millones (8,3%) del presupuesto nacional.

Cooperación técnica y financiera en salud

En 2003 el país recibió US\$ 811 millones en cooperación internacional, 79,6% por préstamos externos y 20,4% por fondos no reembolsables. En 2004 el monto total descendió a US\$ 555 millones, de los cuales 67,3% correspondieron a préstamos externos y 32,7% a fondos no reembolsables. El monto total de la cooperación bilateral durante el período 2003–2004 fluctuó de US\$ 105 millones en 2003 a US\$ 102 millones en 2004, mientras que la cooperación multilateral se incrementó 40%, de US\$ 26 millones en 2003 a US\$ 36 millones en 2004. La cooperación proveniente de los organismos no gubernamentales se incrementó 23%, de US\$ 34 millones en 2003 a US\$ 42 millones en 2004 (62). La cooperación multilateral se enfocó principalmente en el sector de bienestar social (nueve cooperantes), educación, ciencia y tecnología (ocho cooperantes), y ambiente y recursos naturales y salud y saneamiento (siete cooperantes). En función del financiamiento otorgado para proyectos en el período 2003–2004, la Comisión Europea fue la principal contribuyente, con 8,6% del total (US\$ 12,31 millones).

En el período 2001–2005 la cooperación de la OPS/OMS se enfocó política y técnicamente en procesos estratégicos que contribuyeron al desarrollo de la salud. Los logros más importantes fueron la aprobación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su posterior desarrollo. En la fase de implementación apoyó el proceso reglamentario, el desarrollo y fortalecimiento del directorio del CONASA y sus comisiones técnicas (de carácter intersectorial) y los consejos cantonales y provinciales de salud, así como el incremento del presupuesto de salud pública.

En 2003 se introdujo la vacuna pentavalente (difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b), se incorporó la vacuna contra la influenza estacional para grupos de riesgo y se aprobó financieramente la introducción de la vacuna contra rotavirus para 2007. En este período el país se mantuvo libre de poliomielitis y dejaron de ser un problema de salud pública el sarampión, la difteria, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, y el tétanos neonatal. La OPS apoyó al MSP en el fortalecimiento y descentralización del Programa Nacional de Malaria y en el desarrollo de investigaciones de resistencia a los insecticidas y a los antimaláricos. En dengue se colaboró en el trabajo intersectorial que fue liderado por el MSP y contó con la participación de las municipalidades, los ministerios de educación, gobernación y defensa, y la comunidad organizada—lo que favoreció el rápido control de brotes y la disminución del número de muertes.

Asimismo, la OPS apoyó la respuesta ante emergencias y desastres ocasionados por inundaciones y riesgos volcánicos. En el MSP se fortaleció la descentralización del Programa Nacional de

Preparación, Respuesta y Mitigación de Desastres; se movilizó recursos internacionales para la mitigación de los desastres, principalmente las inundaciones en la Costa, y se estimuló el trabajo interinstitucional para una respuesta coordinada de la comunidad internacional. Se construyó un liderazgo reconocido por todos los actores nacionales e internacionales; se promovió el trabajo intersectorial e interinstitucional en la frontera con Colombia, donde participaron el MSP, el Ministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano y la Organización Internacional de Migraciones, a fin de asegurar la vigilancia de la calidad del agua a nivel de plantas de tratamiento y redes de abastecimiento, y de garantizar el agua potable para la población sin acceso mediante tecnología apropiada y participación comunitaria; esta experiencia también se llevó a cabo en poblaciones ubicadas en las parroquias más pobres del país. Se asesoró al país en la elaboración de políticas nacionales para el cumplimiento de los ODM y la implementación del aseguramiento universal de salud, así como en la preparación de informes y planes prácticos relacionados con los ODM en general y con la salud en particular.

Referencias

1. Banco Central del Ecuador. Boletín estadístico mensual. Disponible en: www.bce.fin.ec. Acceso el 15 de mayo de 2006.
2. Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Empleo, Subempleo y Desempleo (ENEMDU). Serie histórica. INEC; diciembre 2006. Disponible en: www.inec.gov.ec. Acceso el 14 de abril y 15 de mayo de 2006.
3. Ecuador, Ministerio de Economía y Finanzas. Estados financieros consolidados a diciembre 2005. Disponible en: www.minfinanzas.ec-gov.net. Acceso el 14 de abril y 15 de mayo de 2006.
4. Ecuador, Consejo Nacional de Salud; Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. II Congreso Nacional por la Salud y la Vida, junio 2005.
5. Gobierno de Ecuador; Naciones Unidas, Secretaría Nacional de Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe ODM 2015: el futuro tiene fecha. 2005.
6. Transparencia Internacional. Barómetro Global de la Corrupción, 2004, Ecuador, septiembre 2005. Disponible en: www.transparencia.org.es. Acceso el 14 de abril y el 15 de mayo de 2006.
7. Sola J. Una desconcentración incompleta: la reforma de la salud en el Ecuador. Revista Ecuador Debate N° 61. Quito; 2004.
8. Presidencia de la República del Ecuador; Secretaría Nacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sistema Nacional de Aseguramiento Universal en Salud; abril 2006. Disponible en: www.presidencia.gov.ec. Acceso el 14 de abril y el 15 de mayo de 2006.

9. Contrato Social por la Educación en el Ecuador. Indicadores de la situación educativa en Ecuador; 2005.
10. Ecuador, Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) 2004. Informe final. Quito: CEPAR; octubre 2005.
11. Naciones Unidas. La frontera norte del Ecuador: evaluaciones y recomendaciones de la Misión Interagencial del Sistema de Naciones Unidas del Ecuador. Quito; junio 2004.
12. Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Proyecciones de población por provincias, cantones, áreas, sexo y grupos de edad, período 2001–2010.
13. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Informe de la Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígenas; 2005.
14. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2001. Washington, DC: OPS; 2001.
15. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2005. Washington, DC: OPS; 2005.
16. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Instituto Nacional de Estadística y Censos; Programa Anual de Inversiones (SEMPLADES); Secretaría Técnica de Frente Social. Indicadores básicos de salud del Ecuador, 2005. septiembre 2005.
17. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Instituto Nacional de Estadística y Censos; Secretaría Técnica de Frente Social; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Indicadores básicos de salud del Ecuador, 2004. agosto 2004.
18. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico. 2003;24(4).
19. Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Anuario de estadísticas vitales, nacimientos y defunciones, 2004. Disponible en: www.inec.gov.ec. Acceso el 14 de abril y el 15 de mayo de 2006.
20. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Dirección de Mejoramiento y Control de la Salud Pública, Subproceso de Epidemiología-Vigilancia Epidemiológica. Situación de la salud del Ecuador. Quito; marzo 2006.
21. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Sistema Común de Información. Producción de establecimientos de salud, Ecuador 2004. Quito; mayo 2005.
22. Aguilar D, Alarcón E, Guerrón A, López P, Mejía S, Riofrío L. El sobrepeso y la obesidad en escolares de 8 años del área urbana. [Tesis de grado]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2001.
23. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Fondo de Población de las Naciones Unidas. Proyecciones de la población por provincias, cantones y parroquias según grupos programáticos. Ecuador 2005. abril 2005.
24. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. Estado de los derechos de la niñez y adolescencia en el Ecuador, 2005. UNICEF; 2005.
25. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Comisión de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos del CONASA. Quito; abril 2005.
26. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2003. Washington, DC: OPS; 2003.
27. Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 2003. Disponible en: www.inec.gov.ec. Acceso el 14 de abril y el 15 de mayo de 2006.
28. Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos; Banco Interamericano de Desarrollo. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos 2003–2004. Resultados preliminares. Quito; abril 2004.
29. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Ecuador; Banco Central del Ecuador; Universidad de Guayaquil; Universidad de Cuenca. La emigración internacional en Quito, Guayaquil y Cuenca. Quito; enero 2004.
30. Ecuador, Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social. Situación de salud de los pueblos indígenas en el Ecuador. En: ENDEMAIN 2004. abril 2006.
31. Gross M, Terán C, Terán J. Línea de base en temas del sector salud de provincias de la frontera norte del Ecuador. Quito; mayo 2006. Documento inédito.
32. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Malaria; Instituto Nacional de Higiene. Estudio de drogoresistencia a los anti-maláricos. Resultados preliminares. Ecuador 2004–2005.
33. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Informe anual Programa Nacional de Malaria, 2004.
34. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Informe Programa Ampliado de Inmunizaciones, 2005.
35. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Zoonosis, 2001–2005.
36. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica, 2001–2005.
37. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Informe Programa Nacional de SIDA, 2005.
38. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Informe del Programa Nacional de Rabia, 2001–2006.
39. Terán G. Plaguicidas: su impacto en salud. Ecuador, 2005.
40. Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Egresos hospitalarios, 2003.
41. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas; Organización de Estados Americanos, Comi-

- sión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas; Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito. II Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Ecuador, 2005.
42. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa; Servicio Ecuatoriano de Sanidad Agropecuaria; Ministerio de Agricultura y Ganadería. XXXIII COSALFA: Informe anual de los países 2005. Documento de trabajo. OPS; 2005.
 43. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Situación de los programas de erradicación de la fiebre aftosa: América del Sur. 2004.
 44. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Planificación y Financiamiento. Propuesta para la creación del sistema único de información con enfoque georeferencial para el Ministerio de Salud Pública y el sector salud. septiembre 2001.
 45. Benites E. Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez”. Informe especial MT15-SSH.AC. junio 2005.
 46. Ecuador, Ministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano. Agenda de agua potable y saneamiento básico, 2006.
 47. Ecuador, Ministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano. Política nacional de agua y saneamiento, diciembre 2003.
 48. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas. Plan integrado de alimentación complementaria y nutricional en las parroquias más pobres del Ecuador. Quito; 2005.
 49. Lutter C, Sempértegui F, Rodríguez A, Fuenmayor G, Ávila L, Madero J, et al. Evaluación de impacto del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000). Washington, DC: OPS; mayo 2005.
 50. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Ministerio de Agricultura y Ganadería; Servicio Ecuatoriano de Sanidad Agropecuaria; Ministerio del Ambiente. Plan nacional de contingencia para enfrentar posible pandemia de influenza en el Ecuador, diciembre 2005.
 51. Organización Panamericana de la Salud. Medicina transfusional en los países del Caribe y Latinoamérica 2000–2003. Washington, DC: OPS; 2005. (Publicación técnica THS/EV-2005/005 E).
 52. Ecuador, Consejo Nacional de Salud, Comisión de Promoción de la Salud. Política nacional de promoción de la salud. Versión preliminar; junio 2006.
 53. Ecuador, Fundación Nacional de Ecoclubes. Ecoseñal: guía para la formación de ecoclubes. Guayaquil; noviembre 2004.
 54. Paredes P, Romo H, Quevedo M. Estudio del mercado farmacéutico en el Ecuador. Quito; julio 2004.
 55. Corporación de Estudios para el Desarrollo. Impacto económico sobre el sector farmacéutico ecuatoriano de la adopción de un capítulo sobre la protección de derechos de propiedad intelectual. Resumen ejecutivo. Quito; septiembre 2005.
 56. Ecuador, Instituto Nacional de Salud. Auditoría mercado farmacéutico privado. Investigación de mercado en salud. Ecuador. 2001–2005.
 57. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud, Proyecto Modernización y Desarrollo de Redes Integrales de Servicios de Salud (MODERSA). Programa de extensión de cobertura en salud en base a la estrategia de atención primaria y el licenciamiento de la red de servicios de salud. mayo 2004.
 58. Ecuador, Consejo Nacional de Salud; Comisión Nacional de Recursos Humanos; Observatorio de Recursos Humanos de Salud en Ecuador; Ministerio de Salud. Migración de médicos y enfermeras recién graduados en Quito y Cuenca. Informe para el Proyecto Modersa. Elaborado por Merino C. Quito; 2004.
 59. Merino C; Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Ecuador; Comisión Nacional de Recursos Humanos. Empleo de los recursos humanos en salud en instituciones del sector público. Quito; 2006.
 60. Ecuador, Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología, Fundación para la Ciencia y Tecnología. Memoria anual 2005. Enero 2006.
 61. Ecuador, Biblioteca Virtual en Salud. Disponible en: www.bvs.org.ec. Acceso el 15 de mayo de 2006.
 62. Ecuador, Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional; Ministerio de Relaciones Exteriores. Cooperación para el desarrollo. Ecuador 2003–2004. Quito; 2005.

EL SALVADOR



El Salvador se encuentra en América Central. Tiene una extensión territorial de 21.040,79 km², dividida administrativamente en 14 departamentos y 262 municipios. Es una República con un Gobierno electo democráticamente, representativo y descentralizado, integrado por tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

El producto interno bruto (PIB) a precios corrientes aumentó de US\$ 12.464,7 millones en 1999 a US\$ 16.974,0 millones en 2005, con un crecimiento promedio de 2,8% (1, 2). El gasto por todo concepto del Gobierno central promedió 14,4% del PIB para el período 2000–2003 (2), aunque en 2003 alcanzó un máximo de 15,0%. El PIB per cápita a precios corrientes en 2005 fue de US\$ 2.469, mientras que a precios constantes (PIB real) fue de US\$ 1.220,5. En el período 1996–2005, el PIB a precios constantes creció a una tasa promedio anual de 2,6% (de US\$ 1.676 a US\$ 2.342 millones). El Ministerio de Economía señaló que en 2005 la tasa de inflación anual fue de 4,7 (2).

El índice de desarrollo humano ubica al país en la posición 104 entre 177 países, con un valor de 0,732 (3). La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de 2002, indica que los departamentos de San Salvador (0,783) y La Libertad (0,752) tenían índices de desarrollo humano superiores al nacional. Se estimó que en 2004 había 183.874 personas desocupadas (4).

La EHPM de 2004 revela que la pobreza en el país ha venido descendiendo; sin embargo, la brecha urbano-rural se amplió. De acuerdo con las cifras de las EHPM de 2002 y 2004, el porcentaje de hogares en condiciones de pobreza disminuyó de 42,9% en 2002 a 34,6% en 2004; de estos últimos, 12,6% se encontraban en condiciones de pobreza extrema, es decir que no cubrían el costo de la canasta básica de alimentos. En 2004 se halló que en la zona rural la pobreza afectaba a 43,7% de los hogares, cifra que representa una reducción de 12,1% en comparación con 2002, mientras que en la zona urbana alcanzó a 29,2% de los hogares. El 46% de estos 263.000 hogares en situación de pobreza se concentraban en la zona metropolitana de San Salvador. La población en estado de pobreza extrema y relativa, y sin protección social en salud, residía principalmente en la zona rural del país (19,3% y 24,4% respectivamente) (4).

La EHPM de 2004 indicó que en El Salvador se consideraba apta para trabajar a toda persona mayor de 10 años de edad. La población económicamente activa representaba 61,1% del total de habitantes (60,4% eran hombres y 39,6% mujeres). La tasa de

desempleo a nivel nacional se estimó en 6,8% (6,5% para la zona urbana y 7,2% para la zona rural). La tasa de subempleo urbano fue de 34,6% (clasificados como subempleados visibles, 4,3%, es decir, los que trabajan menos de la jornada legal de trabajo y como subempleados invisibles, 30,3%, los ocupados que a pesar de trabajar más de la jornada legal, perciben ingresos inferiores a los contemplados por la ley).

En 2005, la Asamblea Legislativa de El Salvador aprobó el Tratado de Libre Comercio entre Centroamérica y los Estados Unidos (CAFTA por sus siglas en inglés), considerado una herramienta que estimularía el desarrollo y la inserción en el mercado mundial. Todo esto a su vez representa grandes retos para el país, que tendría que ajustar aspectos relacionados con la competencia y los derechos de autor, así como revisar su estructura fiscal, entre otras cosas (5). Asimismo, se espera un crecimiento del empleo, la mejoría de la balanza comercial con los Estados Unidos y el fortalecimiento del PIB mediante el aumento de las inversiones extranjeras y nacionales.

Los salvadoreños residentes en el exterior pasaron de 250.000 en 1970 a 2.778.286 en 2002. De estos, aproximadamente 90% se encuentran en los Estados Unidos. El Banco de Reserva de El Salvador estimó que el ingreso generado por las remesas para 2004 fue de US\$ 2.548 millones, es decir 16% del PIB (15.824 millones) (1–3).

En 2004 las tasas de analfabetismo total, urbano y rural en personas mayores de 10 años fueron de 15,5%, 9,6% y 24,6% respectivamente (4). En el área metropolitana de San Salvador la tasa de analfabetismo fue de 6,4%, una de las más bajas del país; en cuanto a la distribución por género, fue mayor en la población femenina (17,7%) que en la masculina (13,0%). La escolaridad promedio (número de años aprobados por las personas de más de 6 años de edad) fue de 5,3 años (6,9 años para la población urbana y 3,7 años para la población rural).

Según datos de la EHPM 2004, 70,8% de las viviendas son de concreto, 37,9% tienen techo de lámina de amianto y 30% de lámina metálica; 58,1% tienen piso de ladrillo/cemento y 21,2% de tierra (4). Asimismo, se estimó que 96,5% de los hogares disponían de servicio de alumbrado eléctrico, 65,5% tenían acceso al servicio de agua por cañería privada (80,9% urbano) y los hogares que no contaban con servicios sanitarios a nivel nacional fueron 109.129, de los cuales casi 84% se hallaban en la zona rural.

En las últimas décadas, un creciente número de desastres naturales ha costado una cantidad cada vez mayor de muertes y daños materiales en las zonas vulnerables del país. El Salvador está expuesto a fenómenos hidrometeorológicos como los huracanes, que producen fuertes inundaciones y deslizamientos de tierra, ocasionando graves daños en infraestructuras y servicios básicos, así como pérdidas de vida, principalmente en las zonas bajas de las cuencas fluviales.

La Unidad de Desastres, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), ha estimado que, del total de la población del país, 5% se encuentra en zonas de muy alto riesgo de inundación (con una frecuencia anual), 80% vive en zonas de riesgo sísmico (frecuencia estimada cada 10 años) y 1% en zonas de erupción volcánica (cada 80 años) (6).

En cuanto a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el cuadro 1 permite valorar el avance realizado y los desafíos pendientes.

Demografía, mortalidad y morbilidad

Según datos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) del Ministerio de Economía, la población estimada para 2005 era de 6.874.926 habitantes, de los cuales 49,2% eran hombres y 50,8% mujeres, con una tasa de crecimiento estimada de 2,1% para el período 1991–2001 y una tasa de fecundidad de 3,0 hijos por mujer. Tanto la tasa de crecimiento de la población como la de fecundidad muestran una tendencia descendente; sin embargo, aún no han llegado a alcanzar el nivel de reemplazo (tasa de fecundidad menor a 2,5, o tasa “cero” de crecimiento [1%], o ambas cosas). Si El Salvador mantuviese la misma tasa de crecimiento demográfico la población del país se duplicaría en aproximadamente 39 años (7).

La densidad poblacional es de 321 habitantes por km², con grandes diferencias entre las distintas zonas del país, ya que 46% de la población total vive en el área metropolitana del Gran San Salvador, que comprende San Salvador, El Paisnal, Aguilares, Guazapa, Tonacatepeque, Apopa, Ayutuxtepeque, Cuscatancingo,

CUADRO 1. Progreso en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, El Salvador, estado en 1991, estado actual y meta 2015.

Indicador	1991 ^a	Actual ^b	Meta 2015 ^a
Población de ingresos inferiores a US\$ 1			
Total	57,8	19,2 (2002) ^c	28,9
Urbana	38,6	12,1 (2002) ^c	19,3
Rural	75,2	29,1 (2002) ^c	37,6
Brecha (hogares) de la pobreza			
Total	34	34,6 (2004) ^d	17
Urbana	30	29,2 (2004) ^d	15
Rural	37	43,7 (2004) ^d	18
Población bajo la línea de pobreza			
Total	10,3	49,2 (2002)	5,15
Urbana	6,9	34,0 (2002)	3,45
Rural	13,2	55,8 (2002)	6,6
Tasa de desnutrición			
Total	11,2 (1993)	7,6 ^e	7
Urbana	9,1 (1993)		
Rural	13,2 (1993)		
Tasa de mortalidad menores de 5 años			
Total	52 (1993)	24,6 (2004)	17
Porcentaje de mortalidad infantil	41 (1993)	41,3 (2004)	14
Porcentaje de menores vacunados contra el sarampión	98 (1990)	99 (2005)	100
Tasa de mortalidad materna			
Total	158 (1993)	172 (2002/03) ^f	118
Porcentaje de partos atendidos por personal de salud	51	71,5 (MSPAS)	100
Porcentaje de partos atendidos por personal de salud	51	69,4 (2002/03)	100
Incidencia de VIH/sida	2,46 (1991)	10,2 (2004)	1,43
Número de casos de VIH	96 (1990)	1.946	
Incidencia de tuberculosis	1,9 (1990)	22,4 (2005)	
Número de casos de tuberculosis	2.367 (1990)	1.788 (2005)	

^awww.digestyc.gob.sv

^bEstimaciones/Adaptación OPS/El Salvador.

^cPrograma de las Naciones Unidas para el Desarrollo, El Salvador. Informe sobre el desarrollo humano: El Salvador 2005. Una mirada al nuevo nosotros. El impacto de las migraciones. PNUD-El Salvador; 2005.

^dEl Salvador, Ministerio de Economía. Resultados económicos 2005 y Perspectivas 2006: Informe de gestión. MINEC; diciembre 2005.

^eMSPAS. Diagnóstico del estado nutricional (una vez al año) 2005. Solo población atendida por el MSPAS.

^fEl Salvador, Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2003. MINEC; 2004.

Ciudad Delgado, Ilopango, Mejicanos, Nejapa, San Marcos, San Martín, Soyapango, Santiago Texacuangos, Santo Tomas, Panchimalco y Rosario de Mora. El área metropolitana tiene una densidad de población de 4.250 habitantes por km².

Aproximadamente 53% de la población tiene menos de 25 años. La proporción de personas de 60 años y más solo es de 7,5% (Figura 1), y se estima que será de 8,8% en 2015. En cuanto al grupo de 0 a 4 años, la tendencia ha sido descendente, ya que en 1995 representaba 14,2% del total de la población y en 2005, 11,1%. El grupo de 25 a 29 años es el de mayor crecimiento: entre 1995 y 2005 pasó de 6,1% a 9,6% del total de la población. En 2004 la esperanza de vida al nacer era de 69,5 años (66 años para los hombres y 72,7 para las mujeres).

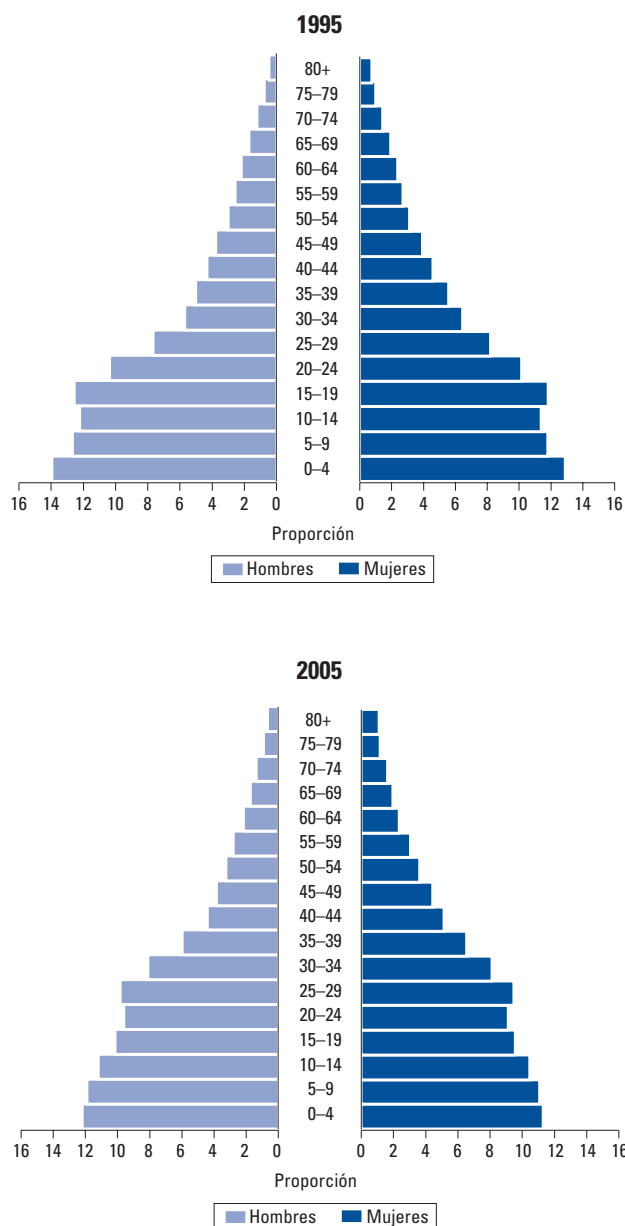
En 2004 se registraron 30.075 defunciones a nivel nacional (tasa de 445 por 100.000 habitantes) (7), 58% de las cuales correspondieron al sexo masculino (Cuadro 2). Del total de muertes, 13,4% se clasificaron como “mal definidas”, lo que representa un aumento de 2,7% en comparación con el año 2000, cuando solo se registraron en este rubro 10,7%. El análisis de la mortalidad se basa en los registros de defunciones de las alcaldías que, en la práctica, plantean algunas dificultades porque se estima que existe cierto grado de subnotificación, aún no debidamente cuantificado. No obstante, en los últimos 10 años se observa una tendencia descendente en la tasa bruta de mortalidad general, que pasó de 489,5 por 100.000 habitantes en 1997 a 445,1 por 100.000 habitantes en 2004, es decir, una disminución de 9%.

De las principales causas de muerte, 74,0% corresponden a enfermedades no transmisibles y 25,8% a enfermedades transmisibles. Las cinco principales causas de muerte (Cuadro 3) son: las enfermedades cardiovasculares (81,61 por 100.000 habitantes), cuyas complicaciones más frecuentes son la isquemia del miocardio y la insuficiencia cardiaca; las lesiones de causa externa (81,57 por 100.000), con un predominio de homicidios, principalmente por armas de fuego, y de accidentes de tránsito asociados a los peatones; los tumores malignos (48,51 por 100.000), entre los cuales el cáncer de estómago es la causa más importante de defunción tanto para los hombres como para las mujeres; las enfermedades del sistema respiratorio (39,19 por 100.000), sobre todo las neumonías, y las enfermedades del sistema genitourinario (28,3 por 100.000) (7).

En cuanto a las defunciones por enfermedades transmisibles, las causas más frecuentes fueron las neumonías, septicemia, infección por el VIH e infecciones respiratorias agudas. En general, la distribución de las muertes por sexo no presenta grandes diferencias; sin embargo, en el caso de las lesiones de causa externa, los trastornos mentales y uso de sustancias psicoactivas, las enfermedades del sistema genitourinario y la infección por el VIH, se observa un predominio en el sexo masculino.

En el grupo de causas externas, los homicidios ocupan el primer lugar, con 91% en el sexo masculino y predominio en los grupos de adolescentes y adultos jóvenes, mientras que los accidentes de tránsito se concentran principalmente en el grupo de adultos de edad avanzada.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, El Salvador, 1995 y 2005.



De los 805.572 años potenciales de vida perdidos (APVP) por las 10 principales causas de mortalidad en 2004 (Cuadro 4), 74,2% correspondieron al sexo masculino y el 25,8% restante al sexo femenino. En orden descendente, los APVP por grupos de enfermedades fueron: causas externas (33,0%), enfermedades no transmisibles (26,0%), enfermedades infecciosas (10,0%), enfermedades mentales (3,0%) y otras (28,0%).

A diferencia de la información obtenida por el cálculo de las tasas de mortalidad para las principales causas de muerte, las

CUADRO 2. Número de defunciones y tasas de mortalidad^a para las 15 principales causas de muerte, por sexo, El Salvador, 2004

Grupos de causas	Masculino		Femenino		Total	
	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa
Enfermedades cardiovasculares	2.578	77,6	2.937	85,5	5.515	81,6
Enfermedad isquémica del corazón	917	27,6	939	27,3	1.856	27,5
Insuficiencia cardiaca congestiva	434	13,1	591	17,2	1.025	15,2
Enfermedades cerebrovasculares	442	13,3	509	14,8	951	14,1
Enfermedades hipertensivas	157	4,7	222	6,5	379	5,6
Lesiones de causa externa	4.632	139,4	880	25,6	5.512	81,6
Homicidios	2.376	71,5	239	6,9	2.615	38,7
Accidentes de transporte	1.406	42,3	354	10,3	1.760	26,0
Suicidios	349	10,5	117	3,4	466	6,9
Signos mal definidos	2.057	61,9	1.970	57,3	4.027	59,6
Todos los tumores malignos	1.364	41,1	1.914	55,7	3.278	48,5
Estómago	276	8,3	223	6,5	499	7,4
Pulmón	98	2,9	110	3,2	208	3,1
Cervicouterino	—	—	220	6,4	220	3,3
Hígado	81	2,4	114	3,3	195	2,9
Próstata	175	5,3	—	—	175	2,6
Mama	5	0,2	128	3,7	133	1,9
Enfermedades del sistema respiratorio	1.388	41,8	1.260	36,7	2.648	39,2
Influenza (gripe) y neumonía	798	24,0	687	20,0	1.485	21,9
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	238	7,2	284	8,3	522	7,7
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	15	0,4	7	0,2	22	0,3
Enfermedades del sistema genitourinario	1.340	40,3	575	16,7	1.915	28,3
Insuficiencia renal crónica no especificada	774	23,3	333	9,7	1.107	16,4
Insuficiencia renal no especificada	439	13,2	161	4,7	600	8,9
Enfermedades del sistema digestivo	890	26,8	584	17,0	1.474	21,8
Diabetes mellitus	402	12,1	572	16,6	974	14,4
Enfermedades del hígado	563	16,9	271	8,0	834	12,3
Trastornos mentales y uso de sustancias psicoactivas	802	24,1	28	0,8	830	12,3
Septicemia	397	11,9	325	9,5	722	10,7
Enfermedades del sistema nervioso	340	10,2	367	10,7	707	10,5
VIH 389	11,7	161	4,7	550	8,1	
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	245	7,4	201	5,9	446	6,6
Malformaciones congénitas/deformidades/anomalías cromosómicas	187	5,6	157	4,6	344	5,1
Total	17.594	529,7	12.481	363,3	30.075	445,1

^aTasa por 100.000 habitantes.**Fuente:** Estadísticas de mortalidad DIGESTYC, 2004.

neoplasias se encuentran en la cuarta posición, mientras que, cuando se estiman los APVP, pasan a ocupar el segundo lugar. Ello se debe principalmente a que la mortalidad se concentra en los adultos jóvenes y de edad media. La población femenina, con 61,5% del total de muertes, es el grupo más afectado.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

La Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 2002/03) registró una tasa de mortalidad infantil de 25 por 1.000 nacidos

vivos (Cuadro 5) (8). Esta tasa refleja un descenso de 10 muertes por 1.000 en relación con la estimada en la FESAL 98. El descenso obedece a la disminución tanto de la mortalidad postneonatal (de 18 por 1.000 a 12 por 1.000) como de la mortalidad neonatal (de 17 por 1.000 a 13 por 1.000). De las defunciones infantiles, 56% se produjeron en el período neonatal (0 a 28 días de vida); las defunciones notificadas en madres con cinco o más controles prenatales fue de 19 por 1.000 nacidos vivos y de 35 por 1.000 cuando las madres no recibieron controles prenatales durante el embarazo o recibieron menos de cinco. En relación con el peso al nacer, la mortalidad fue de 20 por 1.000 nacidos vivos para los niños que pesaron 2.500 gramos o más, y de 40 por 1.000 para

CUADRO 3. Diez primeras causas de mortalidad, El Salvador, 1997 y 2004.

Grupos de causas	1997	Posición	2004	Posición
Enfermedad del sistema circulatorio (I00-I99)	3.816	3	5.515	1
Causas externas de morbilidad y de mortalidad (V01-Y89)	4.932	2	5.513	2
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	5.478	1	4.027	3
Tumores (neoplasias) (C00-D48)	2.788	4	3.278	4
Enfermedad del sistema respiratorio (J00-J98)	2.625	5	2.648	5
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N98)	1.033	10	1.915	6
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	2.000	6	1.656	7
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K92)	1.689	7	1.474	8
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E88)	1.126	8	1.343	9
Trastornos mentales y del comportamiento (F01-F99)	1.034	9	840	10
Demás causas	2.401		1.867	
Total	28.922		30.076	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC).

CUADRO 4. Años potenciales de vida perdidos (APVP) según causas de mortalidad seleccionadas, El Salvador, 2004.

Causa de muerte	Sexo		Total
	Hombres	Mujeres	
Total lesiones de causa externa	227.419	40.728	268.147
Agresiones	127.810	12.622	140.432
Accidentes de tránsito	60.612	15.439	76.051
Neoplasias	27.267	43.094	70.361
Neumonías	34.195	25.668	59.863
Enfermedades genitourinarias	31.395	13.376	44.771
Enfermedad isquémica	14.520	26.237	40.757
Enfermedades mentales y psicoactivas	28.633	1.118	29.751
Enfermedad del hígado	18.502	6.688	25.190
Septicemia	11.352	7.027	18.379
Diabetes	8.121	9.105	17.226
Enfermedad cerebrovascular	7.528	7.116	14.644
Total APVP	597.354	208.218	805.572

CUADRO 5. Mortalidad infantil y materna, El Salvador, 1993 a 2002.

Encuesta y período de las estimaciones	Mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad posneonatal
FESAL 2002/03 1993–2002	173	25	13	12
FESAL 98 1988–1998	120	35	17	18
FESAL 93 1983–1993	158	41	23	18

Fuente: FESAL 2002/03.

los que nacieron con un peso menor de 2.500 gramos. La tasa de mortalidad neonatal para los niños nacidos a término fue de 8 por 1.000 nacidos vivos, en cambio para los prematuros fue de 72 por 1.000.

De acuerdo con los datos de la DIGESTYC, en 2004 las causas de mortalidad perinatal más frecuentes fueron la sepsis bacteriana del recién nacido (24,3%), el síndrome de dificultad respiratoria (22,5%) y la hipoxia intrauterina (11,0%) (7). En 2004 se registraron 1.258 defunciones en el grupo de menores de 1 año: 35,4% correspondieron a ciertas afecciones originadas en el período perinatal, 26,5% a enfermedades no transmisibles y 25,0% a enfermedades transmisibles. Entre las enfermedades no transmisibles, las primeras causas fueron malformaciones congénitas no específicas (47,0%), malformaciones congénitas del corazón (28,5%) e hidrocefalo congénito no especificado (7,9%).

El MSPAS notificó que en 2005 las primeras cinco causas de morbilidad en menores de 1 año fueron las infecciones respiratorias agudas (67,8%), la diarrea (20,8%), las neumonías (5,7%), la conjuntivitis bacteriana (2,4) y la desnutrición leve (1,0%). El total de los egresos hospitalarios de este grupo de edad fue de 42.213, y entre las primeras causas de egreso se encontraban las neumonías (18%), los trastornos respiratorios específicos del período perinatal (12,6%), la diarrea de presunto origen infeccioso (11,0%) y el feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto (9,2%). Las causas de mortalidad intrahospitalaria más frecuentes fueron: ciertas afecciones originadas en el período perinatal (53,9%), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (20,0%), neumonías (9,0%) y otras enfermedades infecciosas intestinales (2,6%).

En 2004 se registraron 405 defunciones en el grupo de 1 a 4 años de edad, debidas a enfermedades transmisibles (31,0%), enfermedades no transmisibles (31%), causas externas (18,5%) y causas mal definidas (16,3%) (7). De las defunciones causadas por enfermedades transmisibles, 42,2% se debieron a neumonía y bronconeumonía, 35,5% a diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, 13,0% a septicemia no especificada y 5,0% a meningitis bacteriana no especificada. De las defunciones por causas externas, 41,3% se debieron a accidentes de transporte, 29,3% a ahogamiento y sumersión accidentales, 9,3% a accidentes que obstruyen la respiración y 8,0% a agresión y homicidio.

Según datos del MSPAS, en 2005 las principales causas de morbilidad en este grupo fueron las infecciones respiratorias agudas (71,7%), la diarrea (15,9%), la neumonía (2,8%), la amibiasis (2,5%) y la desnutrición leve (1,5%). Se notificaron en 2005 un total de 30.074 egresos hospitalarios, y los diagnósticos correspondieron a neumonía (21,8%), diarrea (19,0%), asma (4,8%) y otras enfermedades infecciosas intestinales (4%). Las defunciones hospitalarias más frecuentes fueron por neumonía (19,8%), malformaciones congénitas (10,8%) y desnutrición (5,1%).

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2004 se registraron en este grupo 221 defunciones debidas a causas externas (45,7%), enfermedades del sistema respiratorio (9,5%), enfermedades del sistema nervioso (1,9%), tumores (1,8%) y malformaciones congénitas (1,4%). La mortalidad por causas externas incluyó: accidentes de transporte (63,4%), ahogamiento y sumersión accidentales (22,8%) y agresiones y homicidio (5,0%).

Según el MSPAS, en 2005 las primeras causas de morbilidad fueron las infecciones respiratorias agudas (79,2%), la diarrea (6,0%), la amibiasis (4,5%), la giardiasis (2,1%) y la conjuntivitis bacteriana (1,5%). El total de egresos hospitalarios fue de 17.314 en 2005, y las principales causas fueron las enfermedades del apéndice (7,2%), las fracturas de otros huesos de los miembros (6,9%), la neumonía (5,6%), el asma (5,3%) y otros traumatismos (5,3%). Las causas de mortalidad hospitalaria más frecuentes fueron: traumatismo de la cabeza (15,7%), neumonías (10,1%), tumor maligno de las meninges (6,7%) y resto de las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (6,7%).

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

De las 1.069 defunciones registradas en adolescentes en 2004, 68,0% fueron por causas externas, 5,6% por enfermedades del sistema respiratorio y 4,3% por tumores. Las agresiones, los accidentes de tránsito y las lesiones autoinfligidas constituyeron las principales causas externas de mortalidad (tasa de 51,4 por 100.000).

En 2005, las principales causas de morbilidad en la población adolescente fueron las infecciones respiratorias agudas (74,3%), la amibiasis (5,8%), la diarrea (5,6%), las mordeduras de animales transmisores de rabia (2,2%) y la giardiasis (1,8%). Del total de egresos notificados por el MSPAS, 15,4% (52.527) correspondieron a adolescentes, y de ellos, 74,0% eran mujeres. De los egresos hospitalarios de las adolescentes de 15 a 19 años, 69,0% fueron por razones de su salud sexual y reproductiva. A la población adolescente correspondieron 31,7% (28.943) de las consultas de inscripciones prenatales realizadas por el MSPAS en 2005. En el mismo año, de los 72.293 partos atendidos por profesionales, 21.730 partos o 30,1% del total fueron partos de madres adolescentes.

Casi 40% de la población femenina y 65% de la población masculina de 15 a 24 años han tenido experiencia sexual premarital. Se estimó que la edad mediana del primer embarazo fue 20 años y la edad de inicio de la vida sexual, 18 años, mientras que los hombres inician su actividad sexual a los 16 años en promedio.

Salud de los adultos (20 a 59 años)

En 2004, se registraron en este grupo de edades 10.490 defunciones por las siguientes causas: externas (36,2%, con una tasa de 116,4 por 100.000), tumores (10,1%, con una tasa de 32,6 por 100.000), enfermedades del sistema circulatorio (8,6%, con una tasa de 27,8 por 100.000) y enfermedades transmisibles (7,5%,

con una tasa de 24,1 por 100.000). Entre las causas externas (3.802 casos), 88,5% correspondieron a hombres y las más frecuentes se debieron a agresiones y homicidio (54,0%), accidentes de transporte (29,2%), y lesiones autoinfligidas (9,2%). Los tumores malignos (1.065 casos) notificados principalmente fueron los del estómago (12,2%), del cuello uterino (11,6%) y de la mama (6,5%). Entre las enfermedades del sistema circulatorio (907 casos) se encuentran la enfermedad isquémica del corazón (36,2%), la enfermedad cerebrovascular (19,7%) y la enfermedad hipertensiva (8,4%). Las enfermedades transmisibles más frecuentes fueron la infección por el VIH (63,0%), septicemia no especificada (26,0%), y diarrea y tuberculosis (4,0% cada una). De estas muertes, 70,1% correspondieron al sexo masculino. En 2005, las causas más frecuentes de morbilidad en este grupo de edad fueron las infecciones respiratorias agudas (65,1%), la diarrea (9,4%), la amibiasis (5,0%), los trastornos de ansiedad (3,6%) y la candidiasis de vulva y vagina (2,5%). Las principales causas de egresos hospitalarios en el grupo de 20 a 24 años edad fueron por razones de salud sexual y reproductiva (71,0%), otros traumatismos de regiones especificadas (3,3%) y apendicitis (2,2%). En el grupo de 25 a 59 años se registraron 112.733 egresos, cuyas principales causas fueron: razones de salud, sexual reproductiva (30,6%), coledocistitis y colecistitis (3,4%), diabetes mellitus (3,3%), otros traumatismos de regiones no especificadas (3,3%) y otros trastornos del sistema genitourinario (3,0%). Las tres primeras causas de defunción hospitalaria fueron el sida (9,8%), los traumatismos intracraneales (9,2%) y las enfermedades del hígado (7,9%).

Con base en datos de la FESAL 2002/03, se estimó que la razón de la mortalidad materna para el período 1993–2002 se encuentra entre 106 y 239 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con un valor intermedio de 173. Actualmente, el MSPAS está desarrollando una línea basal nacional para determinar el estándar de mortalidad materna.

Según la Evaluación de disponibilidad y uso de cuidados obstétricos de emergencia en El Salvador, elaborada en 2003 (9), las principales causas de morbilidad y mortalidad materna fueron la hipertensión, las hemorragias ante y posparto, la sepsis y las complicaciones del aborto. En 54% de las muertes, la causa se relacionó con fallas en el criterio diagnóstico, deficiencias de manejo, procedimientos realizados por personal inexperto (anestesia y cirugía), falta de equipo e insumos, decisión tardía para la referencia, y deficiencias en las referencias de pacientes. Otro 33% de las muertes maternas se produjeron por falta de reconocimiento de la complicación, tanto por parte de la mujer como de la familia, y retraso en la búsqueda de asistencia médica o de una partera. Al comparar los casos notificados por la DIGESTYC entre 1997 y 2004, se evidencia un subregistro de 43% en la notificación de defunciones maternas en comparación con las estadísticas informadas a nivel institucional, subregistro que entre 2003 y 2004 se incrementó a más de 90% (9).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2005 se registraron en este grupo de edad 16.449 defunciones, que representaron 54,7% de la mortalidad total del país; 27,4% de estas defunciones se debieron a enfermedades del sistema circulatorio, 12,8% a neoplasias malignas, 10,8% a enfermedades del sistema respiratorio y 5,1% a enfermedades del sistema genitourinario. Las principales causas por enfermedades del sistema circulatorio fueron: enfermedades isquémicas (33,4%), insuficiencia cardíaca (24,4%), enfermedades de la circulación pulmonar (17,7%), enfermedad cerebrovascular (16,8%) y enfermedades hipertensivas (6,5%). Entre las principales neoplasias malignas se encuentran las del estómago (17,4%), la próstata (7,9%), la tráquea, bronquios y pulmón (6,9%), el hígado y vías biliares intrahepáticas (6,8%) y el cuello del útero (4,5%).

Según el informe epidemiológico del MSPAS para 2005, entre las primeras cinco causas de morbilidad se encuentran las infecciones respiratorias agudas (60,1%), la hipertensión arterial (9,3%), la diarrea (8,9%), la amibiasis (4,2%) y la diabetes mellitus (3,6). En 2005 se notificaron un total de 47.770 egresos hospitalarios, cuyas principales causas fueron: diabetes (8,1%), bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (5,0%), neumonía (4,7%), insuficiencia cardíaca (3,9%) e insuficiencia renal (3,8%).

Salud de la familia

Se calcula que 62,7% de los hogares están encabezados por hombres y 37,3% por mujeres (8); estos últimos son más frecuentes en la zona urbana (43,2%) que en la zona rural (30,7%). La DIGESTYC halló que existe un círculo vicioso entre pobreza y educación de la mujer, ya que la causa de abandono de los estudios más mencionada por ellas fueron precisamente los problemas económicos (31,3%), información que, sumada a la declaración de que “tenían que trabajar” (10%), indica que al menos una de cada 10 mujeres abandonaron los estudios por falta de ingresos económicos. Otras razones del abandono escolar fueron haber quedado embarazadas o haber tenido la primera unión marital (12,9%) u otros problemas familiares no especificados (11,3%).

Salud de los trabajadores

No existe hasta la fecha ningún diagnóstico integral del estado de salud de los trabajadores. Se sabe que la cobertura que brinda el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) es bastante baja (alrededor de 13% a 15% de los trabajadores). También se conocen denuncias por malas condiciones laborales por parte de las personas que trabajan en las maquilas, que suman más de 85.000 en todo el país, aunque en muchos casos no están bien documentadas.

Salud de las personas con discapacidad

Según el Censo de Población de 1992, 81.721 personas tenían discapacidad (1,6% de la población total), 53,3% eran hombres y 46,7% mujeres. La encuesta por muestreo 2000–2001 de alcance nacional para personas con discapacidad, llevada a cabo por la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Agencia de Cooperación Alemana (GTZ) y de la Universidad Don Bosco (UDB), halló una prevalencia general de diferentes tipos de discapacidad de 6,6%. En enero de 2005 el Registro Nacional de las Personas Naturales, entidad encargada de inscribir a todos los mayores de 18 años, registró a 153.583 personas con discapacidad (4,1%). Según la encuesta para personas con discapacidad realizada por OMS/GTZ/UDB para el período 2000–2001, los cinco primeros tipos de discapacidad en la población encuestada fueron: visión disminuida (41,9%), problemas de movilidad, tales como caminar, subir, saltar o estar de pie (31,2%), problemas para agarrar, levantar y cargar cosas (15,5%), disminución de la agudeza auditiva (15,2%) y problemas para hablar (11,9%) (10). Del total de personas con discapacidad, el grupo de 21 a 50 años concentra el mayor porcentaje, con 35%, le siguen los menores de 20 años, con 30%, el grupo de 51 a 70 años, con 22%, y el de 71 años y más con 13%. En cuanto a la distribución por género, 49,9% eran mujeres y 50,1%, hombres. Con respecto a la distribución geográfica, vivían en la zona rural 61% de los discapacitados, y en la zona urbana, 39%. Según esta encuesta, las enfermedades representan la primera causa de discapacidad, con 48,4% (no se profundizó acerca de la clasificación de estas enfermedades); la segunda causa, fueron las anomalías congénitas, con 27,1%; la tercera, los accidentes comunes, con 9,8%, y la cuarta, “otras” causas, que incluye enfermedades crónicas degenerativas como la artritis, la diabetes, la hemofilia y la demencia senil de origen desconocido.

Salud de los grupos étnicos

Se estima que la población indígena asciende a 687.492 personas (10% del total de la población) y está compuesta por los nahuat, el grupo mayoritario, con 94,4% de la población; los lenca, con 4,1%, y los cacaopera, con 1,5%. Estos pueblos se encuentran distribuidos en siete de los 14 departamentos del país: Ahuachapán (cuatro municipios), Sonsonate (14), La Libertad (5), San Salvador (4), La Paz (8), Morazán (3) y Santa Ana (1). La lengua predominante es el náhuatl (11). La supervivencia de estos pueblos se basa en una economía agrícola de subsistencia que incluye la producción de maíz, frijoles y otros cultivos en pequeñas parcelas de tierra, en su mayoría arrendadas. La población indígena en edad productiva tiene de 8 a 59 años; 38,3% de las familias indígenas viven en condiciones de extrema pobreza, y 61,1% están por debajo de la línea de pobreza (11). Falta información actualizada y desagregada sobre la salud de los indígenas: la más reciente corresponde a 1999. Con base en datos presentados en “El perfil de los pueblos indígenas en El Salvador”,

un documento publicado por el Banco Mundial en 2003, se estima que 3,2% tenían cobertura del ISSS. Del total de mujeres jefas de familia solo 2% utilizaba algún método de planificación familiar. La tasa de fecundidad era de 3,5 hijos por mujer. Las mujeres indígenas en edad fértil representaban 20,8% de la población total. Del total de mujeres indígenas en edad fértil, solo 0,5% utilizaban métodos de planificación familiar. La mortalidad infantil estimada era de 42,5 por 1.000 nacidos vivos. Asimismo, 73% de los niños habían sido vacunados y 27% tenían una cobertura de vacunación completa. El 91,6% de la población se abastecía de agua de río, surgentes o pozos. La basura se acumulaba cerca de la vivienda en 30% de los casos, lejos de la vivienda en 20,9%, y se enterraba o quemaba en 40,8%. El 37,2% de las familias defecaban al aire libre, 59,7% poseían letrina y 3,1% servicio sanitario con escurrimiento de aguas.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La **malaria** muestra una tendencia decreciente: entre 2000 y 2005 el número de casos notificados cada año fue respectivamente de 753, 362, 117, 85, 112 y 67, dos de ellos por *Plasmodium falciparum* importados y el resto por *P. vivax*, con un índice parasitario anual de 0,011. No se registran casos por *P. falciparum* autóctonos desde hace más de 10 años. En los últimos años se produjeron pequeños brotes relacionados con casos importados de países vecinos como Guatemala y Honduras, donde ha aumentado la incidencia de esta enfermedad.

De 2000 a 2005 se notificaron 70.945 casos sospechosos de **dengue**, con un promedio de ingresos hospitalarios de 20% de los casos notificados en cada año. Fueron confirmados por laboratorio más de 28.352 casos, de los cuales 95% se catalogaron como de dengue clásico y 5% como dengue hemorrágico. La letalidad ha disminuido pasando de 26 muertes notificadas en 2000, a una en 2004. El laboratorio ha procesado más de 72.000 muestras de IgM para dengue y confirmado la circulación de los cuatro serotipos en este período.

El dengue presenta características endémicas con brotes epidémicos en los últimos seis años y tendencia al aumento de los casos de dengue hemorrágico. Durante este período se han registrado dos epidemias: la primera, en el año 2000, fue causada por el serotipo 2 y produjo 16.963 casos sospechosos de dengue clásico, incluidos 491 casos sospechosos de dengue hemorrágico y 26 defunciones. Fueron confirmados en el laboratorio 2.824 casos de dengue clásico y 409 de dengue hemorrágico. La segunda epidemia se registró en 2002, con 18.267 casos sospechosos de dengue, de los cuales fueron confirmados en el laboratorio 5.076 casos, 4.671 (92%) de dengue clásico y 405 (8%) de dengue hemorrágico, con 11 defunciones. En los últimos dos años

(2004–2005) se registraron en promedio más de 7.000 casos anuales. Existe transmisión continua y activa de la enfermedad en 46% de los municipios, y solo 8% de los municipios no han notificado casos durante este período. El riesgo se incrementó de 6 a 8 veces más durante la temporada de lluvia.

Un número indeterminado de casos de la enfermedad de **Chagas** se producen anualmente. El sistema de vigilancia epidemiológica de la enfermedad de Chagas presenta un elevado subregistro que impide conocer la real incidencia de esta enfermedad, y por ende adoptar medidas efectivas y oportunas de prevención y control. En 2005 el MSPAS registró 101 casos sospechosos de Chagas agudo, de los cuales 75 fueron confirmados en el laboratorio (74,2%); 87% de los casos se trataron ambulatoriamente. En niños menores de 10 años de edad se registraron 50% de los casos. La enfermedad afecta por igual a ambos sexos. En cuanto a la procedencia, 58% de los casos corresponden a la zona rural y 42% a la urbana. Los departamentos de Sonsonate, Santa Ana y Ahuachapán (al occidente del país, en la frontera con Guatemala) notificaron el mayor número de casos (46,5% del total nacional), así como los índices de infestación más elevados, con 33,3% en el departamento de Sonsonate, región que cuenta desde 2003 con el apoyo de la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA). Mediante estudios serológicos se confirmaron 1.311 y 1.292 casos en 2000 y 2005 respectivamente. En cuanto al tamizaje serológico en bancos de sangre, de un total de 76.096 muestras (tamizaje 100%) se informaron 1.826 casos positivos, con una seropositividad de 2,40%; en 2005 el número de donantes disminuyó a 38.725, igual número de muestras fueron tamizadas y solamente 956 casos resultaron positivos, con una seropositividad de 2,46%.

Enfermedades inmunoprevenibles

El Salvador ha realizado notables progresos en materia de erradicación, eliminación y control de las enfermedades prevenibles por vacunación, ya que desde 1987 se mantiene libre de **poliomielitis**; el último caso de **sarampión** autóctono se confirmó en 1996, y prácticamente se han eliminado la **difteria** (por más de 20 años) y el **tétanos neonatal** (tasa inferior a 1 por 1.000 nacidos vivos). A partir de 2004, gracias a la realización de la jornada masiva de vacunación a 2.694.763 personas de 15 a 39 años (97,5% de la meta a alcanzar para ese grupo de edad), se logró la interrupción de la transmisión endémica del virus de la **rubéola**, con cuatro casos aislados en 2006, debidos posiblemente a importaciones de otros países aún endémicos.

Según el informe epidemiológico las tasas de incidencia por 100.000 habitantes en 2005 fueron: varicela, 278; hepatitis A, 28; parotiditis, 8; parálisis flácida aguda en menores de 15 años, 3,4; hepatitis B, 0,4; rubéola, 0,0; tétanos, 0,1. No se han confirmado casos de difteria (desde 1987), poliomielitis (1988) y sarampión (2001), lo que refleja niveles útiles de protección en la población susceptible. En 2001 se confirmaron dos casos importados de sarampión y es por esta razón que no entran en la casuística na-

cional, ya que cumplieron su período de incubación en países europeos, por lo que se considera que se infectaron en dicho continente. La búsqueda activa de casos de parálisis flácida ha evidenciado un ascenso para 2005, cuando se notificaron 130 casos frente a 105 en 2004; de acuerdo con los resultados de laboratorio, en 27,0% de las muestras analizadas se han aislado otros enterovirus.

En 2004 se produjo un brote de **tos ferina**. El hospital pediátrico de referencia notificó 52 casos, con cinco defunciones y una letalidad de 9,6%; 31 correspondían al sexo femenino, con una media de edad de 5,2 y 3,6 meses para el sexo femenino y el masculino, respectivamente. Del total de muestras analizadas, en una se aisló *Bordetella pertusis*, lo que obligó a fortalecer la vigilancia epidemiológica y de laboratorio, actualizar los protocolos de atención, capacitar al personal de salud y evaluar el esquema de vacunación.

Enfermedades infecciosas intestinales

Las enfermedades gastrointestinales se encuentran entre las primeras tres causas de morbilidad notificadas en el país, con dos alzas, una en la estación seca y otra en la temporada lluviosa; la primera se asocia a infecciones de tipo viral principalmente y la segunda a infecciones bacterianas. Un estudio realizado en el Hospital de Niños Benjamín Bloom entre mayo de 2001 y abril de 2002 demostró que la **gastroenteritis por rotavirus** tiene una estacionalidad en la época seca, y se asocia con vómitos y deshidratación. Los niños con gastroenteritis por rotavirus eran más pequeños (edad mediana 9 meses) que los niños afectados por otros agentes (edad mediana 13 meses para bacterias, 16 meses para parásitos). A partir de 2003, el MSPAS incorporó la vigilancia viral para rotavirus en sitios centinelas ubicados en diferentes partes del país; el muestreo se realizó en menores de 5 años de edad.

El último caso de **cólera** se notificó en octubre de 2000. No se ha detectado en el país la circulación de *Vibrio cholerae* en el período de referencia, a pesar de que se mantiene la vigilancia tanto en las personas como en las distintas fuentes de suministro de agua para consumo humano.

De 2000 a 2005 la media anual registrada fue de 193.000 casos de **parasitosis intestinales**. La tasa de incidencia fue de 2.670 por 100.000 habitantes para 2005, con una tendencia descendente de 15% desde 2000. Las mayores tasas se observaron en menores de 10 años de edad. Las parasitosis intestinales fueron causadas por protozoarios (amibiasis y giardiasis) en 93% de los casos y por helmintos (uncinariasis o anquilostomiasis e infecciones por cestodos) en 7% de los casos.

Enfermedades crónicas transmisibles

En el período 1997–2005 se han diagnosticado 63 casos de **lepra** en el país. La tasa de prevalencia de esta enfermedad muestra una tendencia descendente, al pasar de 0,03 por 10.000 habitantes (20 casos) en 1997 a 0,001 por 10.000 habitantes en 2005

(1 caso). Actualmente hay 14 casos de lepra bajo tratamiento, 71% de los cuales están distribuidos en las zonas norte y central del país (Santa Ana, Chalatenango, San Salvador y La Libertad).

Durante los últimos años la tasa de incidencia de la **tuberculosis** ha disminuido de 70,0 por 100.000 habitantes en 1994 a 25,6 por 100.000 en 2005. En efecto, comparando los datos de 1990 con los de 2005 se observa un descenso de casos informados, de 2.367 a 1.758. La tasa de mortalidad por tuberculosis experimentó un descenso de 49%, al pasar de 2,35 por 100.000 habitantes en 1997 a 1,20 por 100.000 en 2004. El riesgo anual de infección por tuberculosis fue de 0,6% según la última estimación realizada en 2005, lo que equivale a una tasa de casos con baciloscopia positiva de 32 por 100.000 habitantes.

El porcentaje de éxito del tratamiento es elevado: casi 88%, cifra que supera la meta de OPS/OMS de 85% para 2005. El porcentaje de abandono del tratamiento ha registrado una importante reducción entre 1997 y 2004, al pasar de 11,3% a 4,1%. Se estima que estos pacientes presentan problemas sociales tales como alcoholismo o indigencia, que dificultan la administración y supervisión del tratamiento. En 1997 se implementó la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS), que actualmente tiene una cobertura de 100% en los establecimientos de salud de la red del MSPAS, el seguro social y los centros penitenciarios. Durante los últimos cuatro años ha aumentado el promedio de pacientes con diagnóstico de coinfección VIH/tuberculosis, que pasó de 3,6% para 2002 a 8,5% para 2005: un aumento de casos de 167%.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en El Salvador. En 2004 se registraron 1.895.819 casos en todos los grupos de edad, con una tasa de incidencia de 34.509 por 100.000 habitantes. De estos, 58,7% correspondieron al sexo femenino. La distribución por grupos de edad fue: en menores de 1 año, 184.151 casos (139.544 por 100.000 habitantes), de 1 a 4 años, 515.101 casos (763.313 por 100.000), de 5 a 9 años, 404.739 casos (63.499 por 100.000) y 60 años y más, 92.303 casos (22.710 por 100.000). De todos los casos atendidos, 36,9% correspondieron a menores de 5 años. La tasa de morbilidad por este tipo de afección en el grupo de mayores de 60 años ha sido relativamente baja. Sin embargo, la tasa de mortalidad en este grupo fue de 200,6 por 100.000 habitantes, mayor que la tasa de 116 por 100.000 nacidos vivos en niños menores de 1 año.

En 2003, una epidemia de **neumonía** explicó un incremento de más de 50% de los casos en comparación con años anteriores. La tasa de incidencia fue de 130 por 10.000 habitantes. Los menores de 5 años concentraron 77% de las consultas; en este grupo se registraron las mayores tasas de incidencia (832 por 10.000 habitantes), seguido por el de mayores de 60 años (103 por 10.000 habitantes) (12). La tasa de mortalidad por neumonía y bronconeumonía fue de 22,0 por 100.000 habitantes en

2004, año en que se inició la vigilancia centinela con dos sitios para la identificación del virus respiratorio asociado a estas enfermedades.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Desde la aparición del primer caso de sida en 1984 hasta diciembre de 2005 se han notificado 16.343 casos de infección por VIH. De estos, 7.339 eran casos de sida, con una tasa anual por 100.000 habitantes que se incrementó de 2,5 en 1991 a 10,2 en 2004, y descendió a 6,2 en 2005. La procedencia de casos es de predominio urbano (73% urbanos, 24% rurales y 3% sin determinar); geográficamente la epidemia se desplaza hacia el centro del país. La tasa de incidencia anual por 100.000 habitantes aumentó de 2,5 en 1991 a 20,0 en 2004; sin embargo, en 2005 descendió a 17,3. Es importante mencionar que en su informe anual de mayo de 2006, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) estimó que existe un subregistro de entre 40% y 50%, por lo que habría en el país alrededor de 30.000 casos de personas infectadas por el VIH. De acuerdo con la tipología epidemiológica propuesta por UNUSIDA, El Salvador puede clasificarse como un país con una epidemia de baja prevalencia, concentrada en grupos de alto riesgo, tales como los hombres que tienen sexo con hombres y los trabajadores del sexo (13). Se estimó que en 2004 se infectaron seis personas cada día y, en 2005, 4,4 personas (14).

En 2004, la infección por el VIH/sida ocupó el decimotercer lugar entre las causas de mortalidad general del país, y constituyó la segunda causa de muerte en el grupo de 20 a 30 años de edad y la quinta en el grupo de 20 a 59 años. La tendencia de la mortalidad por VIH/sida es ascendente: en 1997 se notificaron 258 muertes (tasa de 4,32 por 100.000 habitantes) y en 2004, 549 muertes (8,14 por 100.000). Desde 1998 hasta 2004 se registraron 1.611 defunciones hospitalarias por sida. Esta enfermedad constituye la primera causa de defunción en el grupo de 20 a 59 años, y entre los 20 y los 34 años se registra la mayor concentración de casos, con 36% del total. Se calcula que 63% de los casos afectan a la población masculina. En 2005 la relación de infectados por sexo fue de 1,3 hombres por cada mujer. Predomina la transmisión sexual, con 85% de los casos; la transmisión vertical representa 7,0% de los casos. Los casos de VIH/sida, según la orientación sexual informada por los portadores/pacientes, corresponden a relaciones homosexuales y bisexuales, con 5,0% y 3,0% respectivamente. Según el último dato disponible (15), el porcentaje de niños de la calle infectados por el VIH era de 21,6% en 1997. En San Salvador se concentraban 56% de los casos; 8% en Sonsonate, 6% en La Libertad y 6% en Santa Ana.

Con respecto a otras infecciones de transmisión sexual, este grupo se encuentra entre las enfermedades con mayor índice de contagio en el país: entre 2000 y 2005 se han notificado más de 313.000 casos por infecciones de transmisión sexual, con un promedio anual de 52.000. En dicho período, la incidencia de algunas de ellas ha aumentado. En comparación con las cinco enfer-

Coordinación para la prevención y mitigación de los desastres

En las últimas décadas, un creciente número de desastres naturales ha costado una cantidad cada vez mayor de muertes y daños materiales en las zonas vulnerables de El Salvador. El país está expuesto a fenómenos hidrometeorológicos como los huracanes, que producen fuertes inundaciones y deslizamientos de tierra, ocasionando graves daños en infraestructuras y servicios básicos, así como pérdidas de vida, principalmente en las zonas bajas de las cuencas fluviales. En 2005 el volcán Santa Ana, también conocido como Ilimatepec presentó una súbita actividad eruptiva y la tormenta tropical Stan azotó el territorio salvadoreño durante seis días, con lluvias intermitentes que causaron inundaciones, y provocaron la muerte de 69 personas y cuantiosos daños materiales. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el impacto económico ocasionado por la erupción del volcán Ilimatepec y la tormenta tropical Stan fue de US\$ 355,7 millones. La Ley de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres fue aprobada en 2005 y establece un Sistema Nacional de Protección Civil, responsable de velar por la seguridad de poblaciones en peligro, y a cargo de la coordinación con las otras instituciones (gubernamentales, no gubernamentales, empresas privadas, instituciones de socorro, etc.) en caso de desastre o para su prevención.

medades venéreas clásicas (sífilis, gonorrea, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal), que han mostrado una tendencia descendente, otras afecciones, como la tricomoniasis y la candidiasis genital, presentan una prevalencia aún superior. Según el MSPAS, en 2005 las tasas de incidencia de las infecciones de transmisión sexual fueron, en orden descendente, candidiasis en la vulva y la vagina, con 909 casos por 100.000 habitantes, tricomoniasis urogenital 126, gonorrea 22, herpes genital 17, y condiloma acuminado 16. La incidencia de sífilis adquirida en el país descendió de una tasa de 18,0 por 100.000 habitantes en 2000 a 8,1 por 100.000 en 2005, con una reducción de 55,0% en este período. El MSPAS notificó un total de 433 casos de sífilis congénita entre 2000 y 2005, con un promedio anual de 72 casos. A partir de 2002 se ha observado un leve descenso en la notificación de casos por esta enfermedad, con 45 casos para una tasa de 0,38 por cada 1.000 nacidos vivos en 2005.

Zoonosis

El Salvador ha sido uno de los países exitosos en el control de la rabia. Al inicio del decenio de 1990, existía un número elevado de casos de rabia humana con un total de 19 en 1992. Posteriormente comenzó una reducción gradual que culminó en 1999 con la ausencia de casos, y con un caso en 2000. En 2001 se presentaron cuatro casos humanos y en 2002 el número de casos se incrementó a seis, con una tasa de mortalidad de 0,10 por 100.000, 10 veces mayor que la tasa de la Región de las Américas. Esta situación se mantuvo en 2003. A partir de 2004 se notó una disminución en la incidencia de rabia humana, con tres casos, y uno en 2005. Entre enero de 2005 y junio de 2006 se notificaron 39.329 personas agredidas por un animal, de las cuales 57,8% correspondieron a tres departamentos (San Salvador, La Libertad y Santa Ana). De estas agresiones, se aplicó el correspon-

diente tratamiento a 16.506 personas, de las cuales 67,3% correspondieron a los departamentos de San Salvador, La Unión, San Miguel y Usulután.

En cuanto a la rabia animal, durante el período 1999–2005 se notificaron 1.314 casos, de los cuales casi 90% correspondieron a animales domésticos urbanos (perros y gatos). La tendencia se incrementó 3,7 veces entre 1999 (68 casos) y 2004 (253 casos), y disminuyó en 2005 (175 casos). En este período, 52% (136) de los municipios del país registraron algún caso confirmado. En 2002 se realizó una encuesta nacional sobre la población canina y felina, y se estimó un número aproximado de 1.176.000 animales. La cobertura de vacunación canina en 2005 fue de 60,4% y la felina, de 47%.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

En este grupo de enfermedades, el MSPAS registró en 2005 las siguientes tasas de incidencia por 100.000 habitantes, en orden descendente: hipertensión arterial (639), insuficiencia renal crónica (36), cáncer cervicouterino (33) y cáncer de mama (9). Las enfermedades crónicas constituyen la segunda causa de años APVP en el país.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La **diabetes** constituye la octava causa de muerte general; sin embargo, de acuerdo con el Sistema de Morbilidad y Mortalidad que posee el MSPAS, fue la segunda causa de muerte hospitalaria y la octava causa de egreso hospitalario.

Según la FESAL 2002/03 (8), el **retraso del crecimiento** medido por el indicador de talla para la edad en niños de 3 a 59 meses fue de 18,9% (una reducción de 4,4% con respecto a 1998), y afectó casi igualmente a niños y niñas (18,3% y 19,7%

respectivamente); sin embargo, en la zona rural (25,6%) fue 2,3 veces mayor que en la zona urbana. El déficit del crecimiento en la niñez está directamente asociado al nivel educativo de las madres. En El Salvador este indicador en niños y niñas cuyas madres no tienen educación formal fue de 31,7%, es decir, cinco veces mayor que el déficit en aquellos cuyas madres tienen 10 o más años de escolaridad.

En cuanto a las tendencias del estado de emaciación en los menores de 5 años (peso bajo para la talla [$<-2,00$ DE]), en El Salvador desde 1988 la prevalencia de emaciación es baja (2,1%), teniendo en cuenta que el valor estadístico esperado en países industrializados es menor o igual a 2,3%, situación que se ha mantenido estable hasta el último dato notificado en 2002–2003. El bajo peso para la edad en menores de 5 años continúa siendo un problema importante: en 2002–2003 la prevalencia era de 10,3%, 1,5% menos que en 1998 (8).

Según la FESAL 2002/03, 19,8% de niños de 12 a 59 meses presentaban **anemia**, por lo que el problema no ha mejorado respecto a 1998 (18,9%). En la zona rural (23,1%) la prevalencia es mayor que en la urbana (15,8%). De las madres de menores de 5 años, según la misma encuesta, 8,8% presentaron anemia a nivel nacional, sin variación importante entre la zona urbana (8,5%) y la rural (9,1%). En 2005, de 195.013 menores de 5 años atendidos por el MSPAS, 7,6% tenían algún grado de **desnutrición**. No obstante lo anterior, la mortalidad por desnutrición aumentó de 3,07 por 100.000 habitantes (200 muertes) en 2002 a 3,30 por 100.000 (223 muertes) en 2004 (8); en 2004, del total de estas muertes, 92 correspondieron al grupo de menores de 5 años (59 niños y 33 niñas).

Se empieza a presentar un problema de **sobrepeso** en niños menores de 5 años que viven en la zona urbana (5,1%), 2,2 veces mayor que el porcentaje esperado (2,3%). A nivel nacional, en la misma población la prevalencia es de 3,6%. El Salvador está en el principio de lo que puede ser una epidemia de sobrepeso en las nuevas generaciones. La prevalencia de sobrepeso en la zona urbana (5,1%) fue 2,1 veces mayor que en la zona rural (2,4%). El sobrepeso no parece estar asociado con el nivel educativo de las madres; sin embargo, las prevalencias más altas (40%) corresponden a hogares de nivel socioeconómico alto, y a hogares en los que las madres no tienen ingresos fijos o no trabajan fuera del hogar (37,2%). El grupo de 15 a 19 años presenta las prevalencias más bajas de sobrepeso y **obesidad** (27,2% y 9,1%, respectivamente). La prevalencia más alta de sobrepeso se observa en el grupo de 30 a 34 años (43,3%), mientras que la más alta de obesidad se registra en el grupo de 40 a 44 años (25,0%); 35,8% de las mujeres de 15 a 49 años presentaron sobrepeso y 18,4% obesidad. La FESAL 2002/03 estimó que más de 60% de la población mayor de 18 años tenía algún problema de sobrepeso u obesidad, de modo que no representa un problema de nutrición pública; ello puede deberse al cambio de hábitos alimentarios por influencia del medio, el acceso a alimentos con alto contenido calórico

y la escasa actividad física (8), ya que no existen lugares apropiados y seguros para realizar actividades físicas.

Enfermedades cardiovasculares

Según la DIGESTYC, en 2004 se notificaron 5.515 defunciones asociadas a enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de mortalidad de 81,6 por 100.000 habitantes; 53% de los casos correspondieron a mujeres. Las tasas más altas corresponden a la enfermedad isquémica del corazón (33,6%), la enfermedad cardiovascular (17,2%) y las enfermedades hipertensivas (6,9%). En las personas mayores de 60 años se registran 82% de las defunciones, con una tasa de mortalidad de 903 por 100.000 habitantes.

Neoplasias malignas

En 2004 se contabilizaron 3.278 defunciones por neoplasias malignas, con una tasa de mortalidad de 48,5 por 100.000 habitantes (hombres 41,1 por 100.000 habitantes y mujeres 55,7 por 100.000), de las cuales 58% correspondieron al sexo femenino. Las neoplasias malignas fueron responsables de 12,5% del total de defunciones. La población más afectada fue la de 60 años y más, con una tasa de 118,83 por 100.000 habitantes. Existen importantes diferencias en la mortalidad de la población de 80 años y más, ya que la tasa de mortalidad por cáncer es 1,4 mayor entre los hombres (mujeres: 284,07 por 100.000 habitantes, hombres: 403,52 por 100.000). Los principales tipos de neoplasias malignas fueron: del estómago (15,2%), de los órganos digestivos y del peritoneo (14,3%), del cuello del útero (6,7%), y de la tráquea, los bronquios y el pulmón (6,3%).

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

En 2001, El Salvador sufrió dos terremotos de gran magnitud, cuyas consecuencias fueron devastadoras: 1.259 muertes, 8.864 lesionados y 1.616.782 damnificados (75% de muertes, 63% de lesionados y 84% damnificados fueron notificados en el primer terremoto), con una tasa de lesiones y muertes de 140 y 20 por 100.000 habitantes, respectivamente. El primer terremoto afectó a 71% del país y el segundo a 28%. En ambos desastres, los principales afectados fueron las personas mayores de 70 años, tanto hombres como mujeres. Fueron hospitalizadas 33% de las víctimas del primer terremoto y 38% de las del segundo, y en ambos desastres predominaron los traumatismos (47% y 52% respectivamente) (6).

En 2005 el volcán Ilamatepec presentó una súbita actividad eruptiva que causó dos muertes y más de 5.014 personas fueron trasladadas a albergues ante el riesgo inminente de otra erupción (6). El cuadro 6 presenta el número de defunciones, daños y pérdidas económicas causados por desastres naturales en El Salvador entre 1998 y 2005.

CUADRO 6. Defunciones, daños a viviendas y costos económicos causados por desastres naturales, El Salvador, 1998–2005.

Evento	Defunciones	Familias damnificadas	Daños económicos (US \$)
Huracán Mitch	240	10.000	398 millones
Terremotos 2001	1.159	316.500	1.660 millones
Erupción volcán Ilimatepec y tormenta tropical Stan	69	14.525	355,7 millones

Ese mismo año, la tormenta Stan azotó el territorio salvadoreño durante seis días, con lluvias intermitentes que causaron inundaciones, y provocaron la muerte de 69 personas y cuantiosos daños materiales. Los departamentos de La Libertad, Sonsonate, San Salvador, La Paz, San Vicente y Santa Ana fueron los más afectados, con 81,5% de los damnificados y 87% de las defunciones. Para atender los albergues se asignaron más de 1.500 recursos humanos multidisciplinarios del área de salud. El Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) brindó asistencia al MSPAS para la contratación de 200 profesionales, que estuvieron pendientes de las necesidades de los pobladores de las zonas afectadas. El Ministerio de Educación suspendió las clases y cerca de 269 centros escolares se utilizaron como albergues; además, 86 centros escolares quedaron inutilizados por las lluvias. El MSPAS informó que resultaron afectadas 80 instalaciones de salud (64 unidades de salud, tres hospitales, seis casas de salud y siete instalaciones administrativas). El monto total de los daños ascendió a US\$ 15,6 millones, de los cuales US\$ 9,7 millones correspondieron a las unidades de salud.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el impacto económico ocasionado por la erupción del volcán Ilimatepec y la tormenta Stan fue de US\$ 355,7 millones, de los cuales US\$ 196,2 correspondieron a daños directos (pérdidas de capital) y 159,5 a daños indirectos (pérdidas en flujo).

Violencia y otras causas externas

Según los datos de mortalidad general proporcionados por la DIGESTYC, en 2004 todos los tipos de lesiones de causas externas constituyeron la segunda causa de mortalidad general en el país, con una tasa de 81,6 por 100.000 habitantes (5.512 defunciones) y la tendencia fue ascendente comparada con 2002, con una tasa de 71,9 por 100.000 (4.687). En 2004 los homicidios fueron la causa más frecuente de lesiones de causa externa (tasa de 38,7 por 100.000 habitantes), seguidos por los accidentes de tránsito (26,0 por 100.000) y los suicidios (6,9 por 100.000). De todos los homicidios, accidentes de transporte y suicidios ocurridos en 2004, 90,8%,

79,1% y 74,9%, respectivamente, correspondieron al sexo masculino. Es importante resaltar que cuando se estiman los APVP, los homicidios fueron la primera causa de muerte, con un total de 140.432 APVP, que corresponde a 52,4% del total de APVP asociados a todas las muertes por lesiones de causas externas (Cuadro 4).

Según el MSPAS, en 2005 las tasas de incidencia de lesiones debidas a causas externas por 100.000 habitantes, en orden descendente, correspondieron a accidentes de trabajo (331), accidentes de tránsito de vehículos de motor (74), heridas con arma blanca (68), heridas por arma de fuego (49), maltrato físico (19) y violación sexual (2).

La DIGESTYC reveló que el total de defunciones por accidentes de tránsito ascendió de 1.415 en 1997 a 1.760 en 2004. Asimismo, la red hospitalaria del MSPAS notificó este tipo de traumatismos como la tercera causa de egresos hospitalarios, con 5.327 casos y una tasa de letalidad de 8,6%.

En cuanto a la violencia intrafamiliar, los médicos del MSPAS detectaron 438 casos, de los cuales 103 (23,5%) correspondieron al grupo de 0 a 9 años de edad y 151 (34,5%) a mujeres de 20 a 59 años.

Entre 1996 y 2004 se registraron más de 15.000 casos de intoxicaciones agudas por plaguicidas, para un promedio anual de 1.700 casos (tasa de 28 por 100.000 habitantes), de los cuales 67% correspondieron al sexo masculino. La red de hospitales atendió a 98% de los casos; las principales manifestaciones fueron de tipo digestivo (49%) y sistémicas (37%). La letalidad fue de 12%. El intento de suicidio fue la principal causa de intoxicación (46%) y el principal plaguicida utilizado fue la fosfamina; otras formas de intoxicación fueron de tipo accidental (28%) y laboral (26%).

Salud mental

Cifras del Programa Nacional de Salud Mental del MSPAS correspondientes a 2005 indican que las tasas de incidencia de trastornos de ansiedad fueron de 715,1 por 100.000 habitantes; depresión, 132,6; alcoholismo, 34,1; intento de suicidio, 7,7 y drogadicción, 1,7. Los primeros dos trastornos afectan principalmente a las mujeres. Se registraron 2.912 egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento relacionados con el alcohol; por uso de sustancias psicoactivas (209), trastornos del humor (406). En 2004 se notificaron 840 defunciones por trastornos mentales y del comportamiento, con una tasa de 12,4 por 100.000 habitantes. La principal causa de muerte fue el uso de sustancias psicoactivas (consumo de alcohol en su mayoría). Los departamentos de Cuscatlán (22,3), San Vicente (14,8) y La Paz (11,1) registran las mayores tasas de mortalidad.

Adicciones

La FESAL 2002/03 estimó que 70% de la población masculina entre los 15 y los 59 años de edad ha fumado; 85% ha consumido bebidas alcohólicas y 33% ha consumido de 1 a 4 bebidas por semana. De acuerdo con el Informe Preliminar 2006 del Primer

Estudio Nacional sobre el Consumo de Drogas en la población general en El Salvador (16), se encuestaron 4.819 personas, de las cuales 61,6% de los hombres y 20,7% de las mujeres manifestaron haber consumido tabaco alguna vez. Se encontró que consumieron alcohol 66,5% de los hombres y 31,0% de las mujeres; tranquilizantes 5,0% de la población total; sustancias inhalables 3,1% de los hombres y 0,1% (casi inexistente) de las mujeres. En cuanto a las drogas ilícitas, la encuesta reveló que cerca de 150.000 salvadoreños han consumido alguna, y a los hombres correspondió el mayor consumo (15,2%) en comparación con las mujeres (0,5%). La principal sustancia usada fue la marihuana (hombres 14,3% y mujeres 0,2%), seguida por la cocaína (hombres: 4,0 % y mujeres: 0,2%), y en tercer lugar, los alucinógenos (hombres: 1,3% y mujeres 0,007%). El consumo de otro tipo de drogas fue muy bajo. La encuesta determinó que fue principalmente la población de 12 a 29 años de edad la que declaró haber consumido esas drogas. Los entrevistados manifestaron que resulta relativamente fácil o muy fácil conseguir cualquier tipo de drogas (71% de los hombres y 65% de las mujeres), y que la principal fuente de información sobre las drogas es la televisión.

Contaminación ambiental

La red hospitalaria del Ministerio de Salud notificó 310 casos de intoxicación por plaguicidas, de los cuales 71,6% afectaron a la población masculina y el restante 28,4% a la población femenina. Es importante resaltar que de estos casos, 123 (39,7%) fueron clasificados como intoxicación por plaguicidas dentro de la vivienda. Del total de ingresos hospitalarios hubo 20 muertes, de las cuales 13 correspondieron al sexo masculino. Los grupos de edad de 15 a 19 y 20 a 24 años presentan las tasas de intoxicación por plaguicidas más altas (6,8 y 7,8 por 100.000 hospitalizados respectivamente). Asimismo, la letalidad aumenta con la edad. La distribución geográfica de los casos de intoxicación por plaguicidas tiene un comportamiento variado, ya que está determinado por el tipo de sustancia. Por ejemplo, la intoxicación con organofosforados es más frecuente en los Departamentos de Usulután, Ahuchapán y Santa Ana, mientras que en la intoxicación por herbicidas y fumicidas, los Departamentos de la Unión, Usulután, La Libertad y Morazón cobran más importancia.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El Salvador está profundizando un proceso de reforma sanitaria que responda a los derechos y deberes de sus habitantes, así como a la función del Estado de brindar atención gratuita a las personas que carecen de recursos. Asimismo, se concibe el concepto de salud en forma integrada e intersectorial, partiendo de la necesidad de bienestar de los usuarios desde el ámbito local y asegurando la calidad de vida, la protección social y la salud familiar en el contexto de un medio ambiente sostenible (17). En

este sentido, es importante fortalecer la integración del sector salud, organizar las redes integradas de servicios de salud, que optimicen el uso de los siempre escasos recursos, aseguren el acceso equitativo y oportuno a la población, e implementen estrategias de extensión de la protección social en salud (17). Se han realizado esfuerzos tendientes a modernizar las instituciones que conforman el sector, dando impulso a la descentralización en busca de la eficiencia, y al aumento de cobertura de servicios.

La reforma del sistema de salud procura redefinir los roles institucionales, separando las funciones rectora, normativa, financiera y de provisión de servicios, para optimizar la eficiencia de las acciones sectoriales (17). La Comisión Nacional de Seguimiento de la Reforma Integral de Salud, formada por el ministro de Salud, el director del ISSS y un representante de las organizaciones no gubernamentales, de gremiales de salud, del sector profesional de la salud, de los usuarios y de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, se propone consensuar y formular los lineamientos sectoriales que van a regir la política nacional del sector salud, y ha concluido una propuesta de reforma de la salud presentada por el Ejecutivo a la Asamblea Legislativa para su discusión y aprobación. La política nacional visualiza un sistema de salud integrado, con coordinaciones intrasectoriales efectivas; un modelo de atención que disminuya la duplicación de esfuerzos y trabaje integrando los tres niveles, y un modelo de gestión basado en la descentralización y la participación social, que haga el mejor uso de los recursos, modificando el marco legal con arreglo a la realidad nacional (17). La Comisión Nacional de Seguimiento de la Reforma tiene cuatro subcomisiones: Recursos Humanos, Financiamiento, Organización del Modelo de Reforma y Participación Social.

La propuesta de reforma integral de salud contiene nueve lineamientos (17): 1) consolidar un sistema nacional de salud; 2) afianzar un modelo de atención basado en la promoción, la prevención y la atención primaria de salud; 3) consolidar un modelo de provisión mixta; 4) fomentar un modelo de gestión basado en la rectoría del Ministerio de Salud Pública; 5) institucionalizar la participación social como un eje transversal del sistema de salud; 6) promover la descentralización como un eje transversal del sistema de salud; 7) invertir en los recursos humanos para la salud como elemento central del cambio y gestión del sistema de salud; 8) fortalecer la intersectorialidad en la respuesta social organizada a los retos en salud y 9) garantizar servicios esenciales de salud a toda la población.

Estrategias y programas de salud

El Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) nace como una de las principales estrategias del Gobierno central para el sector salud, y es uno de los componentes del Plan Presidencial "Oportunidades". El FOSALUD ampliará la cobertura de los servicios esenciales de salud en los ámbitos rural y urbano, y la atención de urgencias y emergencias médicas mediante el desarrollo de pro-

gramas especiales orientados al fortalecimiento de la atención en salud pública. Los servicios proporcionados por FOSALUD son gratuitos y benefician a 3,8 millones de habitantes a nivel nacional. A partir de agosto de 2005, inició la prestación de servicios, contando a la fecha con 66 unidades de salud, con las modalidades de 24 horas, fines de semana y días festivos. El FOSALUD utiliza la infraestructura física de los establecimientos del MSPAS, maximizando así sus recursos. La transformación gradual y progresiva del sistema nacional de salud orientada a disminuir las desigualdades en el acceso a la salud mediante el aumento de la cobertura a servicios integrales, la reducción de las inequidades en materia de salud de los distintos grupos sociales y la introducción de nuevos enfoques en los modelos de atención, con énfasis en la integralidad, la desconcentración y la ordenación de las prestaciones y en los modelos de gestión de la salud, supone cambios en las estructuras y el funcionamiento institucional, en el desempeño de los funcionarios y equipos de trabajo, y en las formas de establecer objetivos, metas, planes y de gerenciarlos, de solucionar conflictos, de tomar decisiones basadas en la información relevante, de repensar los sistemas de incentivos morales, profesionales y económicos, y de controlar, evaluar y reconducir el proceso de cambio.

Dos ejercicios de medición del desempeño de las funciones esenciales en salud pública (FESP) realizados por el Ministerio de Salud Pública constituyen un hito para las necesarias transformaciones sectoriales en El Salvador. La primera evaluación (mayo de 2001) se realizó con participación multisectorial y multidisciplinaria y permitió obtener un panorama general de la situación respecto de los estándares óptimos que se desea alcanzar. El segundo taller de evaluación (abril de 2005) fue el resultado de un esfuerzo interinstitucional entre la OPS/OMS y el MSPAS, y destacó la necesidad de elaborar un plan nacional para el mejoramiento del desempeño. El MSPAS es el organismo de mayor presencia en el ámbito nacional en relación con la ejecución de las FESP. Sin embargo, no siempre puede desempeñar plenamente la función de Autoridad Sanitaria Nacional porque depende de las funciones y atribuciones definidas para otras instituciones, tanto fuera como dentro del sector salud.

Mejor puntuación obtuvieron las funciones más estrictamente relacionadas con la “inteligencia sanitaria”, es decir, con las capacidades para desarrollar eficiencia y eficacia institucional. Así, las mejor evaluadas fueron las funciones de monitoreo y análisis de la situación de salud; vigilancia, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; diseño de políticas y planes para apoyar las actividades en salud pública y la función rectora de las autoridades de salud nacionales; fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud, y reducción del impacto de las emergencias y de los desastres sobre la salud, las cuales oscilan dentro del cuartil de desempeño medio superior y óptimo.

Las que merecieron la más baja puntuación fueron las funciones de promoción de la salud; participación social y refuerzo del

poder de los ciudadanos en materia de salud; evaluación y promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud; desarrollo de recursos humanos y adiestramiento en salud pública; garantía de la calidad de los servicios dirigidos a las personas individualmente y a la población; y desarrollo y adopción de soluciones innovadoras, que se encuentran en el cuartil de desempeño mínimo (0,0%–0,25%).

Se han registrado importantes avances en algunos indicadores de las FESP pero, debido a la fragmentación del sistema de salud, otros solo han tenido un desarrollo parcial. El fortalecimiento de las funciones esenciales está generalmente determinado por las asignaciones de presupuesto, y por la acción interinstitucional e intersectorial, y depende también de las actitudes y prácticas de la sociedad civil.

El MSPAS se propone impulsar acciones en el marco de la Alianza Solidaria y de la Alianza por la Seguridad, que contribuyan a mejorar el nivel de vida y de salud de los salvadoreños. Para ello, propicia la eficiencia, eficacia, equidad, calidad y calidez en la provisión de los servicios, con un enfoque integral de la atención de salud, y fortaleciendo la participación activa de todos los actores sociales. Asimismo, ha adoptado como estrategia la conformación de sistemas básicos de salud integral (SIBASI), en los cuales los establecimientos de salud se organizan en redes que se apoyan entre sí, para fortalecer su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población (18). Cada SIBASI cubre una zona geográfica y una población delimitadas, lo que garantiza la distribución equitativa y el uso eficiente de los recursos para la atención permanente y eficaz de las necesidades sanitarias de esa población (18). El país se ha dividido en 28 SIBASI, que se encuentran bajo la coordinación de cinco equipos técnicos zonales (ETZ).

Los SIBASI constituyen la estructura básica y operativa que reúne en el contexto local los elementos del sistema nacional de salud, bajo la rectoría del MSPAS. Brindan un modelo de atención integral en salud, mediante una red de proveedores que, articulados armoniosamente, complementan esfuerzos evitando la duplicación de acciones con base en un uso eficaz y eficiente de los recursos que facilita el seguimiento y evaluación de las actividades en términos del impacto sobre la salud de la población bajo su responsabilidad (18). Según la Ley del Sistema Básico de Salud Integral, promulgada a finales de 2005 y vigente desde abril de 2006, las direcciones regionales constituyen el nivel técnico-administrativo gestor de los recursos asignados a los SIBASI, a los cuales corresponde toda la extensión de cobertura, sobre todo a la población más pobre de la atención de salud de primer nivel. Los SIBASI incluyen las intervenciones de distintos proveedores para la solución de los problemas identificados en el contexto local, mediante el modelo de atención integral y la ejecución de acciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación enfocadas en el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, con el fin de obtener un nivel de salud que contribuya al desarrollo social. Para la atención de esa población, el SIBASI coordina sus acciones de primer nivel con establecimientos de

salud de segundo y tercer nivel. El sistema de referencia y retorno será el elemento que propicie la integralidad y continuidad en la atención. Para que el SIBASI desarrolle su potencialidad, deberá mantenerse la coordinación y promoverse la corresponsabilidad de todas las fuerzas sociales y económicas. Son, pues, necesarias la participación social y la intersectorialidad para unir esfuerzos que contribuyan a la resolución de los problemas y garantizar la transparencia en la gestión (18).

Organización del sistema de salud

El sector salud está conformado por cuatro subsectores: el público, la seguridad social, los servicios médicos de entidades autónomas, y el privado. En el área gubernamental participan principalmente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Sanidad Militar, Bienestar Magisterial y el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI).

El Código de Salud (1987), actualmente en revisión para ser presentado al Congreso, asigna al MSPAS funciones normativas, reguladoras, de administración de programas, financieras, de apoyo técnico-administrativo y de provisión directa de servicios de salud (teóricamente 80% a 85% de la población).

El Consejo Superior de Salud Pública tiene a su cargo numerosas funciones, sobre todo en aspectos normativos, reguladores y operativos.

El Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS), ente autónomo vinculado con el órgano ejecutivo a través del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, desempeña funciones normativas, de administración de programas de salud, financieras, de apoyo técnico-administrativo y de provisión de servicios a la población asegurada y sus respectivos beneficiarios (16% de la población).

Sanidad Militar brinda servicios médicos preventivos y curativos al personal de las Fuerzas Armadas, así como a pensionados militares y grupos familiares. En los últimos años ha comenzado a prestar servicios médicos a la población que lo requiera, mediante pago directo, para optimizar su infraestructura (3% de la población).

El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos es un ente autónomo dedicado a la rehabilitación, para lo cual cuenta con varios institutos especializados en la atención de personas con discapacidad y personas de la tercera edad.

El Programa de Bienestar Magisterial proporciona servicios de salud exclusivamente para los maestros y su grupo familiar, mediante la contratación de servicios y con la contribución financiera de sus afiliados y un subsidio gubernamental.

La población cubierta por el MSPAS se estimó en 50% (4), aunque en términos generales se ha sostenido por años que alcanza a 80%. La última Encuesta de Demanda de Servicios de Salud, realizada en 1988, indica que, a nivel de la atención ambulatoria, el MSPAS atiende aproximadamente a 40%–45% de la demanda; mientras que, a nivel hospitalario, este indicador as-

ciende a 75% de la demanda nacional. Asimismo, el MSPAS informó haber realizado en 2004: 527.902 atenciones infantiles a menores de 1 año; 709.923 controles infantiles al grupo de 1 a 4 años; 341.974 controles prenatales; 73.447 partos; 222.142 atenciones de planificación familiar, con una estimación de 206.310 usuarias activas de 15 a 49 años, incluidas esterilizaciones; 331.825 egresos hospitalarios; y 93.099 cirugías mayores, con un porcentaje de ocupación hospitalaria de 85,2% (12). El MSPAS tiene como población de referencia la de escasos recursos económicos, y la población en general en casos de catástrofes o epidemias, tal como lo establece la Constitución de la República. En la práctica, el MSPAS atiende a toda persona que así lo requiera, independientemente de su condición socioeconómica, esté o no adscrita a algún sistema de aseguramiento (19). Ello impide que el MSPAS concentre sus recursos y esfuerzos en la población de menores recursos, que es la que más los necesita.

En cuanto al ISSS, entre asegurados y beneficiarios suma alrededor de 1.099.988 personas, es decir 16% de la población total del país. No obstante, del total de personas que se enfermaron o accidentaron, únicamente 11% asistieron a establecimientos de este instituto (4). En general, la población afiliada al ISSS pertenece al sector formal de la economía.

Sanidad Militar atiende al personal de las fuerzas armadas y sus familiares. No se cuenta con cifras fidedignas sobre su cobertura. Bienestar Magisterial atiende únicamente al gremio de maestros y sus familias. La información indica que su cobertura ronda 1,6% del total de población. El aseguramiento privado no está suficientemente desarrollado en el país. De hecho, los seguros colectivos no sobrepasan a 1% de la población; los privados sin fines de lucro, 0,1%, y los privados con fines de lucro, poco más de 1% de la población. Un porcentaje nada despreciable de población (18%) consulta a curanderos, farmacéuticos u otros para resolver su problema de salud (4). En resumen, alrededor de 12% de la población no está cubierto por ningún tipo de seguro médico privado o público.

Servicios de salud pública

La introducción de nuevas vacunas han sido logros relevantes, como la introducción de la triple bacteriana (difteria, tos ferina y tétanos) en 1997, la vacuna contra la hepatitis B en 1999, la vacuna contra la fiebre amarilla para viajeros en 2000, la vacuna pentavalente (DPT + HB + Hib: difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b) en 2002, la vacuna contra la influenza en 2004 para niños de 6 a 23 meses y adultos mayores de 60 años, con la cual se han realizado ya tres jornadas nacionales, y la vacuna SR (vacuna doble viral: sarampión y rubéola), para adultos de 15 a 39 años. El país se prepara para la introducción de la vacuna contra la gastroenteritis por rotavirus en octubre de 2006. La introducción de esta vacuna se logró mediante la estrategia de “apertura de espacio fiscal” para un fondo de salud recaudado en concepto de impuestos al licor y el tabaco (FOSALUD).

Los indicadores de vigilancia de las parálisis flácidas agudas se han mantenido por encima de los estándares mínimos internacionales, con tasas superiores a 1 por 100.000 en mayores de 15 años; los indicadores de vigilancia del sarampión/rubéola han estado arriba de 80%, excepto el de investigación adecuada de casos, que ha permanecido inferior a ese porcentaje en los últimos seis años. Después de 2004 no se han detectado casos de síndrome de rubéola congénita, pero es necesario mejorar la búsqueda activa de casos. En cuanto a la vigilancia de rotavirus, el país posee siete hospitales centinelas que han logrado detectar los serotipos circulantes en el país desde 2003 (G1P8), 2004 (G1P8 y G9P8), 2005 (G9P4) y 2006 (G2P4 y G9P8), lo cual permitirá evaluar el impacto de la introducción de la vacuna en 2006.

En 41% de los municipios del país las coberturas de vacunación son en promedio de 95% o más; 59% de los municipios (156 de 262) aún deben incrementar las coberturas a 95% o más con todos los biológicos, por lo que se requiere la intensificación de intervenciones de vacunación y vigilancia epidemiológica. En un futuro cercano se modificará el sistema de información del programa de inmunización a fin de obtener datos de coberturas por género y zona (urbana y rural), que permitan corregir las inequidades en los municipios mediante estrategias de intensificación de la vacunación.

Según datos del MSPAS, en 2001 se inició la aplicación del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/sida (73 tratamientos) y a diciembre de 2005 lo recibían 2.235 personas, un marcado incremento en el número de personas con acceso gratuito a estos fármacos. En 2006 (enero a junio), también se administró el tratamiento con antirretrovirales a 94 mujeres embarazadas, como profilaxis para la transmisión vertical, y a 104 recién nacidos, como profilaxis postexposición perinatal. Según estadísticas del MSPAS, desde la implementación del tratamiento antirretroviral en 2001 (73 tratamientos) se ha registrado un incremento anual, en particular en los dos últimos años (731 tratamientos nuevos en 2004 y 980 en 2005). Según datos del Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control del VIH/sida y las ITS (infecciones de transmisión sexual), 44% de los pacientes están recibiendo tratamiento antirretroviral, lo que supera la recomendación de la OMS de que al menos 25% de las personas con infecciones notificadas deben estar bajo tratamiento, y refleja el avance logrado por el país en esta materia.

Del total de pruebas para la detección del VIH realizadas en 2005, 48,5% correspondieron a mujeres embarazadas, de las cuales 0,14% resultaron positivas. En ese mismo año también se notificaron tratamientos con fármacos antirretrovirales a 242 mujeres para profilaxis postexposición y a 242 recién nacidos para profilaxis postexposición perinatal. Las estadísticas muestran una reducción significativa desde 2001, cuando se notificaron 142 casos de infección por el VIH/sida en menores de 1 año, hasta 2004 y 2005, con 20 casos cada año, lo que representa un logro importante para el país. La reducción se debió al fortalecimiento en 2003 de la iniciativa para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH/sida a nivel nacional, mediante la realiza-

ción de pruebas gratis en las unidades de salud del país que cuentan con laboratorio; a la capacitación de los niveles operativos del Ministerio; y a una intensa campaña educativa en los medios de comunicación. Las pruebas de tamizaje aumentaron de 98.393 en 2001 a 217.748 en 2005 (más de 100%) debido a la descentralización del diagnóstico y el uso de pruebas rápidas. Solo 20,3% de los hombres y 5,6% de las mujeres declararon haber utilizado condón en su última relación sexual (8).

El subsector de agua potable y saneamiento está constituido por la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA), que presta servicios en 151 municipios; 110 municipios son atendidos por alcaldías y otros abastecedores, y solo Cuisnahuat, en el departamento de Sonsonate, carece de sistema de abastecimiento de agua en la zona urbana. En la zona rural, las mismas comunidades administran los servicios. El país carece de una política nacional de recursos hídricos y no existe una separación clara ni adecuada de las funciones de regulación, normatividad y prestación de servicios.

Los datos de cobertura de servicio de agua potable muestran que 65,5% de los hogares del país disponen del servicio de agua por cañería privada; 11,2% la extraen de pozos, y 10,4% de la pila o chorro público. En la zona urbana, 80,9% de los hogares se abastecen por cañería privada y 10,1% por pila o chorro público. Por el contrario, en la zona rural solo 39,5% de los hogares disponen de agua por cañería dentro de la propiedad, 24,9% extraen agua de pozo y 19,7% lo hacen por medio de ojo de agua. En el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS), el abastecimiento de agua a los hogares se realiza principalmente por medio de cañería privada (80,2%), seguido de pila o chorro público, incluido el chorro común (7,6%) (7).

Actualmente continúa el proceso de reforma del sector hídrico, con propuestas que incluyen: un anteproyecto de ley de aguas con enfoque de cuencas y ordenamiento sostenible del subsector de agua potable y saneamiento; una política nacional de agua y saneamiento para la zona rural; una propuesta de políticas orientadas a la promoción del ordenamiento de tierras, y la creación de una Comisión Nacional de Recursos Hídricos. El MSPAS continúa con el programa de desinfección del agua de consumo, para lo cual produce y promueve el uso de una solución de hipoclorito de sodio al 0,5% llamada PURIAGUA. Asimismo, destina importantes esfuerzos para mantener en funcionamiento los 250 equipos generadores, promueve la participación ciudadana, impulsa estrategias educativas para el uso del PURIAGUA y procura fortalecer el compromiso de los actores del sector salud.

En octubre de 2004, el MSPAS oficializó la norma técnica sanitaria para la instalación, uso y mantenimiento de letrinas secas sin arrastre de agua, en la que se regulan los diferentes tipos de letrinas utilizadas para la disposición sanitaria de excretas en la zona periurbana y rural del país.

Según datos del Ministerio del Medio Ambiente correspondientes a 2005, se generaban 2.715,3 toneladas por día de basura (2.258,4 corresponden a la zona urbana y 456,9 provienen de la zona rural), lo que equivale a una producción anual de 991.084,5

toneladas; cerca de la mitad de esta cifra se genera en el Área Metropolitana de San Salvador, que está controlada por una red de recolección y disposición final adecuada en un relleno sanitario que posee las condiciones mínimas sanitarias de ingeniería para recibir 1.500,0 toneladas por día. A nivel nacional se ha avanzado en cuanto a la disposición final y se encuentran funcionando otros 10 rellenos sanitarios tanto manuales como mecanizados. La cobertura de recolección urbana de los desechos sólidos comunes, que era de 73,7% en 2003, aumentó a 81,0% en 2005, lo que significa que 211 municipios del país prestan algún tipo de servicio de recolección de basura. Además, 88% de los municipios subsidian la recolección con fondos propios, lo que equivale a decir que o bien las tarifas son muy bajas o la gente no paga a nivel nacional la generación promedio diaria de basura por persona (0,62 kg), lo cual tiene implicaciones para la sostenibilidad de las labores municipales de recolección. Finalmente, no existe hasta la fecha un programa nacional para el manejo integral de los desechos; sin embargo, se ha avanzado en el establecimiento de un marco regulador para el manejo integral de los desechos sólidos que fija las normas relativas a la recolección y el transporte, y los criterios ambientales para los sitios de transferencia, tratamiento y disposición final.

De acuerdo con la Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Empresarial (FUSADES), en 2003 se descargaron en el país 1,25 millones de toneladas de contaminantes, entre los cuales los más importantes son el monóxido de carbono (CO), 36% y los compuestos orgánicos volátiles (COV), 28%. San Salvador (300.000 toneladas) es el departamento con mayor emisión de contaminantes atmosféricos, seguido por los departamentos de La Libertad (152.000 toneladas) y Sonsonate (140.000 toneladas). La fuente principal de emisión de contaminantes son los vehículos de motor y la leña para cocción. En el caso del departamento de San Salvador, 51% de las emisiones contaminantes provienen de vehículos de motor. Las zonas más afectadas son los municipios de San Salvador (zona centro), Soyapango, Santa Tecla y Apopa. En los Departamentos de Santa Ana y Sonsonate, la leña para la cocción residencial es la principal fuente de contaminación, con 49% y 47% respectivamente del total de las emisiones. Uno de los elementos asociados a la contaminación es la edad de los vehículos; se encontró que, en 2003, 35% del parque automotor tenía más de 20 años y resultaba responsable de 50% de las emisiones contaminantes. Asimismo, los vehículos fabricados entre 1998 y 2003, que constituyen 20,6% del total de la flota vehicular, solo son responsables de 5,25% del total de las emisiones contaminantes.

Se estima que emiten contaminantes atmosféricos 13,4% de la disposición final de desechos sólidos mediante quema de basura a cielo abierto y compostaje, así como 81% de los rellenos sanitarios.

En cuanto a los desechos sólidos hospitalarios, en los 30 hospitales nacionales se está aplicando el principio sanitario de la separación en el origen de los desechos comunes y peligrosos, con lo que se ha logrado reducir el riesgo de contaminación laboral y ambiental. Se han equipado dos hospitales nacionales (Nueva

Guadalupe y Santiago de María de los departamentos de San Miguel y Usulután respectivamente) y 21 unidades de salud de los SIBASI de Cojutepeque, La Paz y Santiago de María, con aparatos que pulverizan y destruyen desechos punzocortantes (agujas contaminadas con fluidos biológicos) lo que supone la reducción en la fuente y el control de la disposición final de estos desechos. Esta adjudicación se efectuó con el apoyo de la Agencia de Cooperación Alemana (GTZ). Se fortaleció la formación y capacidad técnica de 196 recursos del MSPAS, entre ellos del personal que integra los comités de infecciones nosocomiales de los 30 hospitales nacionales, y técnicos en saneamiento ambiental, epidemiología y enfermería de los 28 SIBASI. Por último, cabe mencionar el esfuerzo institucional del MSPAS para regular el manejo de los desechos bioinfecciosos; hasta la fecha ya se ha oficializado una Norma Obligatoria (NSO: 13.25.01:05, del tomo 370 del Diario Oficial, con fecha 2 de febrero de 2006), asimismo, se dispone de un modelo de gestión para manejar sanitariamente este tipo de desechos. De las 7,58 toneladas por día que se generan, 3,85 cumplen satisfactoriamente las condiciones sanitarias que la norma exige.

El Salvador no produce plaguicidas, solo realiza la formulación o maquila para empresas que realizan la comercialización, y esa formulación representa 5% del total de plaguicidas comercializados. El resto de los plaguicidas se importan como productos formulados generalmente en presentación de 200 l o 25 kg.

En cuanto a la utilización de plaguicidas, datos del Ministerio de Agricultura y Ganadería indican que el mayor porcentaje de inversión en plaguicidas corresponde a las hortalizas (13,9% a 30,8 %). Los cultivos agroindustriales tienen un patrón común de 3,6% (café) a 4,7% (caña) y 8,6% (granos básicos). Asimismo, para el control de vectores los más utilizados son: deltametrina, permetrina, bendiocarb, k-aotrine y temefós. El marco legal ha dado la pauta para la cancelación de productos correspondientes a la denominada “docena sucia” (DDT, aldrín, dieldrín, clordano, heptacloro, 2,4-D, y paratión, entre otros).

El MSPAS se compromete a mantener el sistema de vigilancia y a establecer un plan de fortalecimiento en el Laboratorio Central para la puesta en práctica de la determinación de plaguicidas en aguas y de la capacitación continua a nivel institucional para la atención directa de pacientes, así como en las comunidades, con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad por intoxicaciones.

En materia de seguridad alimentaria nutricional, el MSPAS impulsa diversas iniciativas; una de ellas es el programa de Atención Integral en Nutrición (AIN), una estrategia basada en la comunidad que promueve la salud y nutrición a través del monitoreo del aumento de peso de las mujeres embarazadas y los niños menores de 2 años de edad, y que además se lleva a cabo por medio de voluntarios (padres y madres) y del equipo local de salud, principalmente los promotores de salud. Otras iniciativas son el programa Nutriendo con Amor Crecerá Sano El Salvador, que se ejecuta desde 2000 en coordinación con la Secretaría Nacional de la Familia, los gobiernos locales, las organizaciones no gubernamentales y la comunidad, que proporciona orientación nutricional, alimentos y suplementos proteínicos a menores de

5 años, mujeres gestantes y madres en el período de lactancia, y el Plan de Atención Nutricional dirigido al grupo materno-infantil en los municipios afectados por la crisis del café.

Para garantizar el suministro de vitaminas y minerales a la población se ha impulsado el Programa de Fortificación de Alimentos Procesados, que beneficia a toda la población, con una cobertura de alcance nacional. El programa cuenta con cuatro alimentos fortificados: la sal con yodo, el azúcar con vitamina A, la harina de trigo con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B, y la harina de maíz nixtamalizado con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B.

El Salvador cuenta con un Sistema Nacional de Protección Civil —conforme a lo establecido por la Ley de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres, del 30 de agosto de 2005—, responsable de velar por la seguridad de poblaciones en peligro, y a cargo de la coordinación con las otras instituciones (gubernamentales, no gubernamentales, empresas privadas, instituciones de socorro, etc.) en caso de desastre o para la prevención de desastres.

Servicios de atención a las personas

La red pública está compuesta por 623 establecimientos de salud (30 hospitales, 367 unidades de salud, 170 casas de salud, 51 centros rurales de nutrición, 3 clínicas y 2 centros de atención de emergencias). Hay cuatro hospitales de referencia de tercer nivel (Maternidad, Infantil, Neumológico y Especialidades) (12). De igual forma, el ISSS cuenta a nivel nacional con 273 centros de atención para la salud, distribuidos en 11 hospitales, 65 unidades de salud (33 clínicas comunales y 32 unidades médicas) y 197 clínicas empresariales (12).

En el marco de la modernización del sistema de salud, el Programa Nacional de Sangre y la Comisión Red Nacional de Bancos de Sangre de El Salvador (que incluye al MSPAS, la seguridad social, Sanidad Militar, la Cruz Roja y hospitales privados), están participando en diferentes actividades con el fin de garantizar que los receptores de sangre y productos sanguíneos dispongan de sangre segura en forma oportuna y eficiente.

En general, el Programa Nacional de Sangre ha seguido las resoluciones y líneas estratégicas promulgadas por la OPS/OMS en materia de seguridad sanguínea, y ha logrado avances en cuanto a la capacitación de los recursos humanos que intervienen en las diferentes etapas del proceso. Se ha revisado el marco legal y se han elaborado los reglamentos de medicina transfusional y bancos de sangre, que se encuentran sometidos actualmente a la firma del Presidente de la República. Asimismo, se han preparado manuales normativos de selección de donantes y medicina transfusional, y el Laboratorio Central Max Bloch del MSPAS y otras instituciones afines continúan participando en los programas de evaluación externa del desempeño que promueve la OPS/OMS. Se ha propuesto la regionalización de los bancos de sangre y para ello se impulsa la implementación de un plan estratégico de zonificación dentro del programa de mejora continua de la calidad del sector.

Según el informe del Laboratorio Central Max Bloch correspondiente al período de enero a diciembre de 2005 (20), existen 32 centros de recolección de sangre en los que se han recolectado 80.142 unidades de sangre, de las cuales solamente 9,5% procedían de donantes voluntarios y el resto (90,49%) de familiares y amigos. De estas, 0,09% resultaron positivas para VIH; 0,28% para hepatitis B; 0,019% para hepatitis C; 1,02% para sífilis, y 2,4% para enfermedad de Chagas. El 95,3% de las unidades fueron separadas en componentes sanguíneos.

En el contexto de la reforma y modernización en salud mental, la creación de Unidades de Salud Mental en los hospitales nacionales San Juan de Dios, en Santa Ana, de Neumología y Medicina Familiar Dr. José Antonio Zaldaña, San Juan de Dios, en San Miguel, y San Rafael en La Libertad, ha permitido sistematizar la avocación de los servicios en salud mental a las zonas de influencia de dichos hospitales. Ello ha posibilitado el descongestionamiento paulatino de la demanda en el Hospital Nacional Psiquiátrico, y ha definido un espacio de atención especializada. A fin de unificar criterios para la implementación de servicios en salud mental, se han elaborado los lineamientos para la creación de unidades de salud mental en hospitales generales. Asimismo, se cuenta con documentos reguladores que proporcionan los lineamientos para la atención en salud mental: 1) la norma de atención integral en salud mental, 2) las guías clínicas para la atención de los problemas más frecuentes de salud mental, 3) las guías clínicas para la atención de personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas, y 4) el modelo de intervención en crisis en situaciones de emergencias y desastres, que presenta los elementos necesarios para la atención psicológica oportuna y la derivación de los casos que requieran atención especializada.

Se ha elaborado una propuesta de descentralización de la atención de la persona epiléptica que entrará en vigencia a partir de 2007, con la consecuente oficialización de la guía de atención integral al paciente con epilepsia.

Promoción de la salud

Las instituciones gubernamentales y no gubernamentales trabajan bajo las directrices expresadas en el Programa de Gobierno 2004–2009: País Seguro, cuyas líneas de acción en la salud (calidad y cobertura universal); fortalecimiento social y familiar (cohesión social), y seguridad ciudadana (mejor calidad de vida) están dirigidas a mejorar las condiciones de vida de los habitantes (18). Para ello, el MSPAS ha definido como política institucional el fortalecimiento del proceso de descentralización y modernización institucional, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, riesgos y daños al medio ambiente, y la rehabilitación, mediante un enfoque de atención primaria para mejorar el nivel de salud de la población y el ambiente (18). Se continúa desarrollando el modelo de atención integral en salud concebido como el conjunto de principios, normas, intervenciones e instrumentos para la promoción de la salud, mediante el funcionamiento de los programas Nutriendo con Amor, Maternidad Segura, Escuela

Saludable, Centros Rurales de Nutrición, Salud Mental, la Estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Programa ITS/VIH/sida, y Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, entre otros.

El Instituto del Seguro Social de El Salvador (ISSS) es un eslabón entre la promoción y la prevención, y aplica estas estrategias a través de las clínicas comunales en apoyo al modelo de provisión definido como “alternativas para organizar en redes a los proveedores públicos y privados que garanticen el acceso a los beneficios del sistema de salud con calidad, equidad y continuidad” (17).

En 2001 se firmó una Declaratoria Nacional para la Promoción de la Salud, en la que se propuso aplicar políticas públicas que contengan criterios de participación social, inversión en salud, corresponsabilidad, investigación en salud, y procesos de municipalización. Hasta el presente se dispone de una propuesta para una política nacional de promoción de la salud construida con la participación activa de representantes de las instituciones que realizan actividades de promoción de la salud (18). Los temas dentro de la estrategia de comunicación, educación, o ambas, incluyen aspectos relacionados con las formas de vida saludable, la salud ambiental, y la vacunación, entre otros.

Se promueve la participación y la formación de alianzas entre la sociedad civil y los diversos sectores, especialmente para desarrollar, implementar y evaluar la política o los programas de promoción de la salud, tales como: la formación de comités de consulta social en el ámbito comunitario; la existencia de proyectos con participación de los gobiernos locales, las universidades, los comités intersectoriales, las alcaldías, la Policía Nacional Civil, el MSPAS y organismos no gubernamentales, entre otros; y la construcción de políticas, normas y planes sobre la base de consultas y consensos, como resultado de los cuales se diseñó la política de promoción de la salud.

Entre las principales dificultades para la aplicación de la política de promoción de la salud se encuentran: la falta de presupuesto específico; la falta de sistematización que permita multiplicar las experiencias exitosas; el desconocimiento intersectorial de las acciones de promoción que realiza cada sector específico; la falta de fortalecimiento de la aplicación de las leyes y normativas vigentes, y la escasez de profesionales capacitados. De acuerdo con el MSPAS, los principales retos para el desarrollo y fortalecimiento de la promoción de la salud en los próximos cinco años son: realizar el seguimiento a la Declaratoria Nacional de la Promoción de la Salud; aprobar y socializar la política de promoción de la salud elaborada en diciembre de 2005; crear programas, planes y proyectos de promoción de la salud; mejorar las estrategias de comunicación, información y divulgación; llevar a cabo una gestión financiera que garantice la sostenibilidad y formación de recursos humanos; crear políticas públicas saludables y perfeccionar la legislación vigente; sistematizar e intercambiar experiencias exitosas en materia de promoción de la salud; crear condiciones para una participación social de las comunidades en materia de promoción de la salud; orientar la coo-

peración internacional hacia proyectos de promoción de salud; crear un Consejo Nacional de Promoción de la Salud y fortalecer las redes de promoción, y fomentar la participación intersectorial en los niveles público y privado.

Recursos humanos

En 2005 El Salvador contaba con 10.694 médicos registrados. Entre 2000 y 2005, la razón de médicos por habitante aumentó de 14,1 a 15,5 por 10.000 habitantes. Un crecimiento similar se observó proporcionalmente en otras carreras de la salud, aunque en menor número. La razón de licenciados en enfermería por médico experimentó un sensible descenso al pasar de 0,5 en 1999 a 4,9 en 2003 y a 4,7 en 2005. El mayor aumento de especialistas se observó 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 (19). El mayor incremento de recursos humanos se produjo en el rubro de personal de enfermería de todo tipo, que pasó de 13.784 enfermeras en 2003 a 15.191 en 2005.

Gasto y financiamiento sectorial

De acuerdo con las Cuentas Nacionales de Salud de El Salvador, el porcentaje del PIB corriente destinado a salud entre 1999 y 2004 fue de 7,8% y disminuyó a 7,7% del PIB en 2003, mientras que el gasto per cápita en salud pasó de US\$ 161 en 1999 a US\$ 184 en 2004. Estas cifras ubican al país en un nivel medio/bajo del gasto en salud en el ámbito latinoamericano (1).

Por otra parte, la composición del gasto en salud (tanto o más importante que el monto total gastado), se concentró en tres agentes: los hogares, los empleadores y el Gobierno. La información obtenida de las cuentas de salud revela que un alto porcentaje (más de 50%) del gasto nacional en salud procede del gasto directo de bolsillo de los hogares, si bien durante los últimos años ha ido incrementándose paulatinamente la participación del gasto público dentro del gasto total en salud. La alta participación de los gastos directos de los hogares es un indicador importante de desigualdad en la contribución del gasto en salud del país, razón por la cual es necesario generar esquemas de financiamiento del sector salud que prioricen la protección financiera de las familias.

El Ministerio de Hacienda, en su carácter de institución recaudadora y administradora de los ingresos del Estado, ejerce la macrofunción de financiamiento (captación, distribución y administración de recursos financieros de carácter público o privado para la provisión de servicios de salud). El presupuesto del MSPAS ha pasado de US\$ 231,99 millones en 2002 a US\$ 313,07 millones en 2006, lo que en términos relativos significa que ha experimentado un aumento de 35% (US\$ 81 millones) respecto del monto aprobado para 2002. Si bien ha habido un incremento en valores absolutos y corrientes del presupuesto asignado al MSPAS durante los últimos años, este no ha sobrepasado 1,8% del PIB.

Cooperación técnica y financiera en salud

La cooperación internacional ha desempeñado un papel relevante para el MSPAS, ya que entre 1999 y 2004 ha apoyado el desarrollo de planes, programas y proyectos prioritarios en el ámbito nacional y ha ayudado a afrontar las emergencias provocadas por brotes de epidemias, terremotos e inundaciones. En 2005 el financiamiento de la cooperación internacional ha apoyado la cobertura de servicios integrales de salud en zonas vulnerables. Las acciones estratégicas incluyeron: la promoción de programas de calidad; la disminución de la mortalidad materno-infantil; la atención integral en programas como el de prevención, atención y control del VIH/sida y las ITS, de atención al adolescente y al adulto mayor, y programas de nutrición, desastres y saneamiento básico. Además se apoyó el diseño de proyectos de reconstrucción y equipamiento de la red de establecimientos de salud, mejorando su capacidad instalada, y se proporcionó asistencia técnica y capacitación al personal de salud. Según datos de la Oficina de Cooperación Externa (Dirección de Planificación del MSPAS) en 2005 se recibieron US\$ 15,4 millones. El crédito del Banco Mundial para la reconstrucción de la infraestructura física hospitalaria luego del terremoto del 2001, ascendió a US\$ 142,6 millones. En el período 2003–2004 se contó con donaciones que fueron ejecutadas directamente por los organismos donantes, por un monto de US\$ 16.672.114. Los proyectos realizados con estos fondos fueron: el Sistema Nacional de Información y Vigilancia Epidemiológica US\$ 1.325.766 (USAID); la reconstrucción de infraestructura de salud US\$ 2.343.541 (USAID) y fondos del Gobierno US\$ 271.285; el fortalecimiento de la atención primaria de salud, la calidad del agua y el saneamiento ambiental US\$ 3.255.590 (Unión Europea); el Programa VIH/sida y tuberculosis US\$ 6.593.932 (Fondo Global), y el Programa de Salud en Oriente US\$ 2.882.000 (Gran Ducado de Luxemburgo). Por otra parte, la cooperación técnica de la OPS/OMS para el bienio 2004–2005 fue de US\$ 4.644.003,03 y se distribuyó en cuatro áreas (epidemiología, salud ambiental, seguridad humana, calidad de los servicios).

Referencias

1. Meerhoff R. Análisis del financiamiento del sector salud de la República de El Salvador y de la producción de servicios del MSPAS y del ISSS. OPS-El Salvador; diciembre 2005.
2. El Salvador, Ministerio de Economía. Resultados económicos 2005 y Perspectivas 2006: Informe de gestión. MINEC; diciembre 2005.
3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, El Salvador. Informe sobre el desarrollo humano: El Salvador 2005. Una mirada al nuevo nosotros. El impacto de las migraciones. PNUD-El Salvador; 2005.
4. El Salvador, Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2003. MINEC; 2004.
5. El Salvador, Ministerio de Economía. Disponible en: www.minec.gob.sv.
6. Organización Panamericana de la Salud. Informe final. Flash Appeal: Atención a emergencias. OPS-El Salvador; 2005.
7. El Salvador, Dirección General de Estadística y Censos. Disponible en: www.digestyc.gob.sv.
8. Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta Nacional de Salud Familiar. FESAL 2002–2003. El Salvador; julio 2004.
9. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Evaluación de disponibilidad y uso de cuidados obstétricos de emergencia en El Salvador, 2003.
10. Organización Mundial de la Salud; Cooperación Técnica Alemana; Universidad Don Bosco. Encuesta para Personas con Discapacidad; 2000–2001.
11. Banco Mundial. Perfil de los pueblos indígenas de El Salvador; 2003.
12. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín sobre indicadores de salud. MSPAS; 2004.
13. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín informativo sobre la situación del VIH/sida en El Salvador; junio 2006.
14. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. 2006 Informe sobre la epidemia mundial de sida. Ginebra: ONUSIDA; 2006.
15. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas, 2002. Washington, DC: OPS; 2002.
16. Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas. Primer estudio nacional sobre consumo de drogas en población general de El Salvador: Informe preliminar. SIDUC; abril 2006.
17. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de El Salvador sobre los logros en promoción de la salud con respecto a los compromisos en la declaración de México. MSPAS; julio 2002.
18. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de labores 2005–2006.
19. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de labores 2003–2004.
20. El Salvador, Ministerio de Salud y Asistencia Social; Organización Panamericana de la Salud. Marco conceptual y operativo para el desarrollo del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI).

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA



Durante los años noventa y principios del decenio de 2000, Estados Unidos experimentó un crecimiento económico, pero también se ensancharon las desigualdades en los ingresos. Los indicadores descriptivos de salud mejoraron, pero persistieron las disparidades en materia de salud entre los grupos de población. Durante este período, siguió cambiando la estructura por edad de la población, lo cual implicó un desplazamiento de las necesidades de salud y la prestación de servicios de salud.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

En 2003, aproximadamente la mitad de la población de Estados Unidos vivía en grandes zonas metropolitanas y solo 20% residía en zonas *micropolitanas* (zonas urbanas más pequeñas con un núcleo urbano de por lo menos 10.000 y no más de 50.000 habitantes) o en zonas rurales. No obstante, la distribución dista mucho de ser estática. En el ejercicio económico 2003, unos 40 millones de personas (alrededor de 14% de la población total) se mudaron a otros sitios, aunque en la mayoría de los casos la distancia fue corta. Los blancos no hispanos se mudaron menos (12%) que los negros o hispanos (aproximadamente 18%). En la figura 1 se presenta la estructura de la población por edad y sexo en 2005.

El producto interno bruto (PIB) real del país creció 37,6% entre 1995 y 2005 (Figura 2), pese a los ocho meses de recesión en 2001. El porcentaje de personas que vivían en condiciones de pobreza descendió de 13,5% en 1990 a 11,3% en 2000, pero luego aumentó hasta llegar a 12,6% en 2005.

Las familias encabezadas por mujeres con hijos (un subgrupo de las familias encabezadas por mujeres) están entre los grupos más vulnerables a la pobreza. Durante este período, la tasa de pobreza en este subgrupo siguió una tendencia similar a la tasa general de pobreza, pero alcanzó un nivel mucho más alto: en 2005, 36,2% de estas familias estaban por debajo del límite oficial de pobreza. Esta “feminización” de la pobreza está en parte vinculada con las diferencias de ingresos entre los hombres y las mujeres. En 2005, las mujeres con un trabajo remunerado ganaban considerablemente menos que los hombres; los hombres de 15 o más años de edad ganaban en promedio US\$ 34.349 al año, en tanto que las mujeres ganaban solamente US\$ 23.074, 33% menos que los hombres, en parte debido a la concentración de mujeres en ocupaciones mal remuneradas. En 2005, 20% de las trabajadoras se desempeñaban en áreas de servicios, mientras que solo 13% de los hombres ocupaban estos puestos de menor

paga; en forma similar, 22% de las trabajadoras ocupaban puestos de apoyo administrativos y de oficina, en comparación con 6% de sus homólogos masculinos.

Los hispanos y los negros están también entre los grupos más vulnerables a la pobreza. Durante este período, las tasas de pobreza en estos grupos siguieron tendencias similares a las tasas de pobreza general, pero llegaron a un nivel mucho más alto; las tasas de pobreza en estos grupos en 2005 fueron de 21,8% y 24,9%, respectivamente.

Según el coeficiente de Gini, en los últimos decenios las desigualdades en la distribución del ingreso personal crecieron a la par del PIB. A pesar de los intervalos de estabilidad o descenso del coeficiente de Gini, como ocurrió en el período comprendido entre 1993 y 1998, la tendencia a largo plazo ha sido ascendente desde mediados de los años setenta. Durante los últimos 10 años, el coeficiente de Gini aumentó 4,2% y pasó de 0,45 a 0,469.

Esta ampliación de la brecha de los ingresos se ha vinculado con cambios estructurales en el mercado laboral de Estados Unidos, en virtud de los cuales las personas más altamente calificadas de los percentiles superiores de ingresos obtuvieron aumentos reales de sus salarios, mientras que los trabajadores menos calificados sufrieron pérdidas del salario real. Esto a su vez ha sido explicado por un cambio en la industria hacia los servicios técnicos y las ventas minoristas y por el uso más frecuente de trabajadores temporeros, una disminución proporcional en la afiliación a los sindicatos, una baja del valor real del salario mínimo y un aumento de la competencia mundial y la inmigración.

En 2005, 16% de la población, 46,6 millones de personas, no tenían cobertura de seguro médico, lo que representó un aumento con respecto al porcentaje de 14,2% en 2000. Entre las personas que vivían en situación de pobreza, 32% no tenían seguro médico, a pesar de la existencia de programas públicos de seguro médico destinados a los pobres, como Medicaid. Entre los negros, los hispanos, los asiáticos, los originarios de las islas del Pacífico y los extranjeros, era relativamente alto el riesgo de carecer de seguro médico. Estos grupos, excepto por los asiáticos y los originarios de las islas del Pacífico, también presentaban tasas altas de

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Estados Unidos de América, 2005.

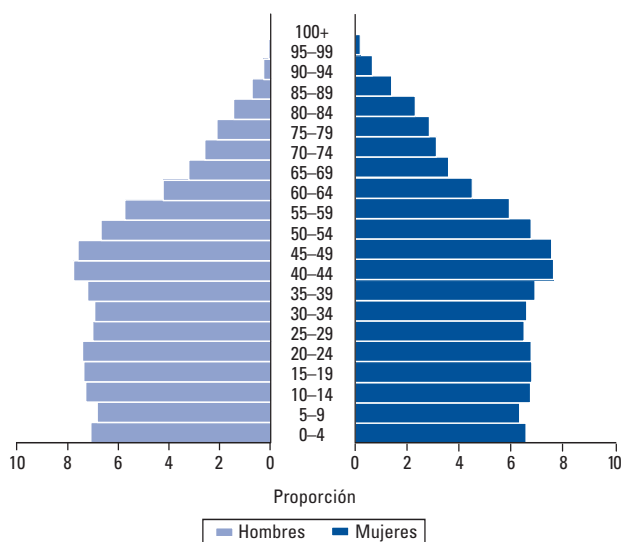
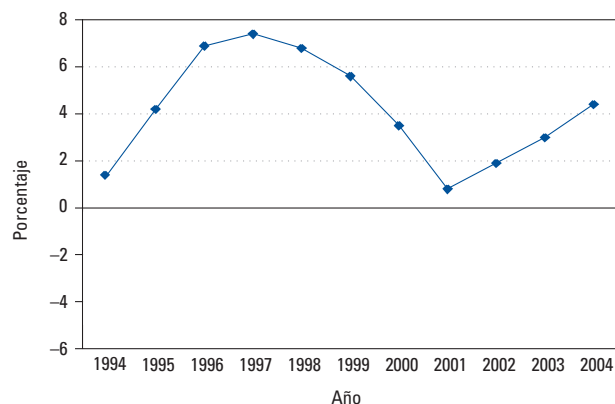


FIGURA 2. Crecimiento anual del producto interno bruto, Estados Unidos de América, 1994–2004.



pobreza. La cobertura de seguro médico más baja, aproximadamente de 18%, se registraba en el sur y en el oeste del país. Las regiones del medio oeste y el nordeste tenían una cobertura de entre 12% y 14%. No es sorprendente que las regiones con las tasas más altas de pobreza tuvieran también la cobertura más baja.

A principios del decenio de 2000, se produjo una disminución de la proporción de niños sin cobertura médica, que cayó de 11,9% en 2000 a 11,2%, que equivale a 8,3 millones de niños, en 2005. Un aumento de la cobertura de Medicaid compensó sobradamente la reducción de los seguros médicos del sector privado; 19% de los niños pobres no tenían seguro médico.

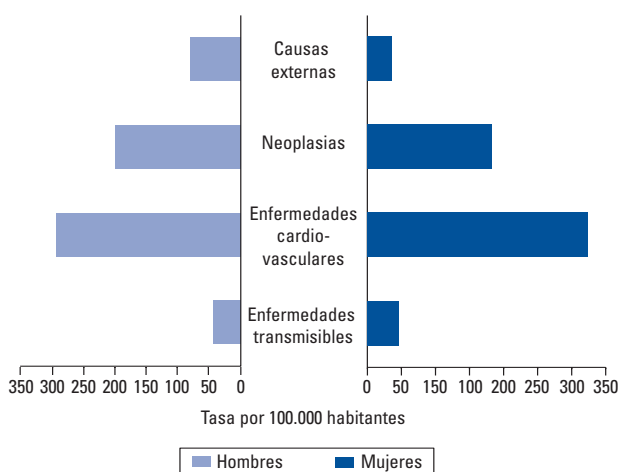
Demografía, mortalidad y morbilidad

En el decenio de 1990, la población del país creció 13% y pasó de 249 millones de habitantes en 1990 a 281 millones en 2000 y 296 millones en 2005. Una de las causas de este crecimiento fue la inmigración: en 2000, 11% de la población (aproximadamente 30 millones de personas) habían nacido en el extranjero, lo que representa un considerable aumento con respecto al 8% (casi 20 millones de personas) de 1990. Muchos de estos inmigrantes venían de América Latina. De hecho, durante los años noventa, la proporción de hispanos en el país creció y está cambiando la composición étnica poblacional. Por ejemplo, en el ejercicio económico 2004, Estados Unidos recibió 175.364 inmigrantes provenientes de México, que ocupaba el primer lugar entre los diez países que aportaron más inmigrantes a los Estados Unidos. La República Dominicana y El Salvador, con 30.492 y 29.795 inmigrantes respectivamente, también se encontraban entre esos países; otras naciones latinoamericanas incluidas en los 10 países fueron Colombia, Cuba y Guatemala. La elevada tasa de fecundidad de la población hispana también contribuyó al rápido crecimiento de este grupo en Estados Unidos. La tasa de fecundidad de las mujeres hispanas supera ampliamente la de cualquier otro grupo étnico en el país; en 2004, las mujeres hispanas en Estados Unidos tuvieron una tasa de fecundidad de 97,8 nacidos vivos por 1.000 mujeres, en comparación con las mujeres blancas no hispanas, cuya tasa de fecundidad fue de 58,4. En 2004, los “latinos” representaban 14% de la población y ahora son el grupo minoritario más grande en el país. Entre los niños de 5 a 17 años, 18% hablaban otro idioma además de inglés con sus familias; aproximadamente 7 de cada 10 de estos niños hablaba español.

Desde 1998 a 2004, las tasas brutas de natalidad y las tasas de fecundidad permanecieron relativamente sin modificaciones. Las tasas brutas de natalidad variaron entre 14 y 14,8 nacidos vivos por 1.000 habitantes y las tasas de fecundidad fluctuaron entre 64 y 66 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad. En todos los grupos étnicos, las mujeres postergaron la maternidad hasta edades mayores. En el período de 1998 a 2004, las tasas de natalidad en las adolescentes descendieron constantemente y en general disminuyeron las tasas de natalidad en las mujeres de 20 a 25 años.

La esperanza de vida sigue aumentando; en 2003, 12% de la población eran personas de 65 o más años de edad y la esperanza de vida era de 77,5 años, en comparación con 75,8 años en 1995. En 2003, la esperanza de vida de las mujeres era 5,3 años superior a la de los hombres. A pesar de que durante el decenio anterior la esperanza de vida de los negros también mejoró, en 2003 estaban 5,3 años atrás de los blancos. Se prevé que la tasa de crecimiento de la población de adultos mayores continúe aumentando hasta 2030, cuando los últimos nacidos durante el período de gran crecimiento de la natalidad en la posguerra ingresen en la categoría de adultos mayores. La Oficina del Censo de los Estados Unidos proyecta que, para el año 2050, la población de adultos de edad avanzada, personas de 85 o más años, podría pasar de 4,2 millones en 2000 a casi 20 millones.

FIGURA 3. Mortalidad estimada, por grandes grupos de causas y sexo, Estados Unidos de América, 2003.



El crecimiento previsto de la población de adultos mayores durante los próximos 50 años tendrá un impacto extraordinario en el sistema de atención de salud de los Estados Unidos. La oferta de servicios de salud y la demanda de trabajadores de salud se verán particularmente afectadas. Por una parte, es posible que la prestación de servicios por los proveedores de atención de salud disminuya a medida que los trabajadores se jubilen o reduzcan su jornada laboral. Por otra parte, los adultos mayores absorberán un porcentaje desproporcionado de los servicios de atención de salud y, en consecuencia, la demanda crecerá. El envejecimiento de la población también afectará al tipo de servicios utilizados y a la preparación de la fuerza laboral necesaria para prestar esos servicios.

En 2003, la tasa bruta de mortalidad en Estados Unidos fue de 841,9 por 100.000 habitantes; esto implicó una disminución de 1,4% con respecto a la tasa de 854 observada en 2000 (Figura 3). La tasa de mortalidad ajustada según la edad (que tiene en cuenta el envejecimiento de la población estadounidense) disminuyó 4,2% y bajó de 869 en 2000 a 832,7 en 2003. Las tasas de mortalidad aumentaron en el grupo de 40 a 49 años de edad, mientras que disminuyeron 2,6% en las personas de 65 a 74 años, el mayor descenso observado en todos los grupos de edad. Las tasas de mortalidad también se redujeron en los grupos de 55 a 64, 75 a 84 y 85 o más años.

En 2003, las principales causas de defunción de hombres y mujeres fueron, en orden de importancia, las cardiopatías, las neoplasias malignas, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las lesiones no intencionales (los accidentes), la diabetes mellitus, la influenza y la neumonía, la enfermedad de Alzheimer, la nefritis, el síndrome nefrítico y la nefrosis y la septicemia. La tasa de defunción por cardiopatías de las mujeres ajustada según la edad fue 33,6% más baja que la correspondiente tasa de los hombres. La

tasa de defunción por cáncer fue 31% más baja en las mujeres que en los hombres, principalmente porque son más los hombres que fuman, una causa importante del cáncer de los pulmones y otros tipos de cáncer del aparato respiratorio. Asimismo, en los hombres fueron casi dos veces más altas las probabilidades de morir en accidentes, más de cuatro veces más altas las probabilidades de que cometieran suicidio y más de tres veces más altas las probabilidades de ser víctimas de homicidio, en comparación con las mujeres. En el decenio de 1990, la tasa bruta de mortalidad general de las mujeres fue considerablemente más baja que la de los hombres, pero, en 2003, fue aproximadamente la misma.

Las tasas de defunción variaron considerablemente entre las zonas urbanas y las rurales y también se observaron estas diferencias de una región geográfica a otra. Desde 1994–1996 a 2000–2002, las tasas generales de defunción ajustadas por edad disminuyeron en todas las regiones geográficas y en todas las categorías de urbanización. Las tasas generales de defunción ajustadas según la edad en los condados metropolitanos centrales más grandes y urbanizados descendieron sustancialmente, de 902,5 defunciones por 100.000 habitantes a 833,1. Las tasas de los condados no metropolitanos más rurales se redujeron menos, de 945,8 por 100.000 a 914,3. La región del sur, que tuvo las tasas de defunción ajustadas según la edad más altas en los condados más rurales, también experimentó el menor descenso en las tasas de esos condados entre 1994–1996 y 2000–2002. En 2000–2002, la tasa de defunción ajustada según la edad en los grandes condados metropolitanos centrales del sur se estabilizó por debajo de la tasa de los condados más rurales. En el medio oeste, en 2000–2002 las tasas de defunción ajustadas según la edad en los grandes condados metropolitanos centrales siguieron siendo más altas que en los condados más rurales.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En los niños más pequeños, la pobreza afecta en gran medida la mortalidad, la morbilidad y el acceso a una atención de salud de calidad, lo que explica muchas de las diferencias entre los grupos clasificados por raza y origen. En 2005, una quinta parte de los niños menores de 6 años vivían en situación de pobreza. (En ese año, el umbral oficial de la pobreza para una familia integrada por cuatro personas era de menos de US\$ 20.000).

Durante los últimos años del decenio de 1990, la tasa de mortalidad infantil disminuyó, pero aumentó en 2002. En 1995, la mortalidad infantil fue de 7,57 defunciones por 1.000 nacidos vivos. Más recientemente, la mortalidad infantil se mantuvo relativamente estable y fluctuó de 6,84 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 2001, a 6,95 en 2002 y a 6,84 en 2003. En 2003, las cinco principales causas de defunción infantil fueron las anomalías congénitas (20% de todas las defunciones infantiles), los trastornos relacionados con un período de gestación corto y bajo

peso al nacer no especificado (17%), el síndrome de muerte súbita del lactante (8%), las complicaciones maternas durante el embarazo (6%) y las complicaciones vinculadas con la placenta, el cordón y las membranas en los recién nacidos (4%). La población negra no hispana, que tuvo tasas de mortalidad infantil considerablemente más altas que las de cualquier otro grupo étnico o racial, experimentó una disminución en las tasas, que se redujeron de 14,65 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1995 a 13,6 en 2003. En 2003, como en años anteriores, la tasa de mortalidad infantil varió mucho según los distintos estados. En general, los estados del sudeste tuvieron tasas más altas, mientras que los estados del oeste y el nordeste tuvieron tasas más bajas.

La mortalidad neonatal siguió un patrón similar. De 1995 a 2001, la tasa de mortalidad neonatal se redujo de 4,92 a 4,54 defunciones por 1.000 nacidos vivos; esta tasa aumentó a 4,67 en 2002 y luego descendió a 4,63 en 2003. En los negros no hispanos, que nuevamente presentaron la tasa más alta de todos los grupos étnicos, la tasa bajó de 9,65 por 1.000 nacidos vivos en 1995 a 9,22 en 1997, 9,4 en 1998 y 9,57 en 1999. En 2003, la tasa fue de 9,26 defunciones. En los niños de 28 días a 11 meses de edad, las tasas de mortalidad descendieron de 2,65 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1995 a 2,27 en 2000. Entre 2000 y 2003, la tasa se mantuvo relativamente sin modificar. Los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska compartieron con los negros no hispanos las tasas de mortalidad posneonatal más altas, con 5 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1995; en 2003, la tasa descendió a 4,18 en los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska y a 4,34 en los negros.

En los años noventa y principios del decenio de 2000, las tasas de mortalidad de los niños de 1 a 4 años de edad experimentaron una disminución. En 2003, la tasa de mortalidad en este grupo de edad fue de 31,5 defunciones por 100.000 niños de esas edades; las tasas más altas correspondieron a los niños negros, con 46,8 defunciones por 100.000 niños. En 2003, la principal causa de defunción de estos niños fueron las lesiones no intencionales, con 10,9 defunciones por 100.000 niños de 1 a 4 años de edad, 34,6% del total de defunciones en este grupo de edad. Más de la mitad de estas defunciones estuvieron relacionadas con accidentes automovilísticos, muchos de los cuales podrían haberse evitado; la mayoría de los niños que murieron en este tipo de accidentes no estaban sentados en asientos de seguridad ni usaban el cinturón de seguridad. La segunda causa de defunción más importante en este grupo de edad fueron las malformaciones congénitas, con 3,4 defunciones por 100.000 niños, que representan 10,9% del total de defunciones. Estas dos tasas de mortalidad asociadas con una causa específica disminuyeron sustancialmente en el decenio de 1990. Las siguientes tres causas principales de defunción de estos niños fueron el cáncer (7,9% del total de defunciones en el grupo de niños menores de 5 años), el homicidio (7,6%) y las cardiopatías (3,7%). La sexta causa principal de defunción fueron la influenza y la neumonía, que provocaron 3,3% del total de defunciones en este grupo de edad.

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2000, los niños de 5 a 9 años constituían un poco más de 7% de la población del país. Esos niños tuvieron la tasa de mortalidad más baja de todos los grupos y la tasa descendió ligeramente de 16,4 defunciones por 100.000 niños en 2000 a 14,7 en 2003. La principal causa de defunción en este grupo fueron las lesiones no intencionales y la mayoría de las defunciones fueron provocadas por accidentes automovilísticos.

Dos enfermedades crónicas observadas en estos niños, el asma y la intoxicación por plomo, suelen afectar más a los niños que viven en situación de pobreza. En 2004, se diagnosticó asma en aproximadamente 12% de los niños de todas las edades y fue ligeramente mayor la probabilidad de que sufrieran la enfermedad los niños en situación de pobreza (14%). Se cree que el asma es la causa más frecuente de ausentismo escolar. En 2000, alrededor de un millón de niños estadounidenses menores de 6 años tuvieron concentraciones sanguíneas de plomo suficientemente altas para causar efectos adversos en su desarrollo, su comportamiento y su capacidad de aprendizaje; de esos niños, un número desproporcionado vivía en la pobreza. Los problemas provocados por la intoxicación por plomo comienzan a surgir cuando los niños ingresan en la escuela. La fuente más común de intoxicación fue la pintura que contenía plomo utilizada en las casas más antiguas.

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

Los adolescentes en situación de pobreza están expuestos a un riesgo mayor de morbilidad. En los adolescentes que no vivían en situación de pobreza era 15% mayor la probabilidad de que señalaran que gozaban de una salud buena o excelente, en comparación con los jóvenes que vivían en situación de pobreza. En 1998, 17% de los adolescentes provenían de familias en situación de pobreza y otro 20%, de familias que vivían en situación cercana a la pobreza. Además, vivían en la pobreza 40% de los adolescentes pertenecientes a familias encabezadas por mujeres.

La iniciación del hábito de fumar durante la adolescencia es un buen indicador de las futuras tasas de tabaquismo y de las tendencias de la morbilidad vinculada con ese hábito. Según una encuesta nacional realizada entre adolescentes, el porcentaje de niños de 13 y 14 años alumnos de octavo grado que había fumado en los 30 días anteriores cayó de un pico de 19% en 1997 a 9% en 2005. En el mismo período, la prevalencia del tabaquismo entre los alumnos de 17 y 18 años del último año de la escuela secundaria disminuyó de aproximadamente 37% a 23%. En 2005, 50% de los alumnos del décimo segundo grado habían probado el tabaco. Los estudiantes de las zonas rurales fumaban más que sus homólogos de las zonas urbanas.

El consumo de alcohol y de drogas ilícitas por adolescentes menores de edad tuvo una reducción moderada entre 1997 y 2005. En 2005, la marihuana fue la droga ilícita de uso más frecuente notificado por los adolescentes: 38% de los estudiantes

varones y 30% de las estudiantes de 17 y 18 años de las escuelas secundarias informaron que habían fumado marihuana. El consumo de drogas ilícitas en los 30 días anteriores a la encuesta notificado por los alumnos de octavo grado de 13 y 14 años descendió de 13% a 8,5% entre 1997 y 2005. En este mismo período, el uso de drogas ilícitas en los 30 días anteriores a la encuesta entre los adolescentes de 17 y 18 años del último año de la escuela secundaria descendió de 26% a 23%. Entre 1997 y 2001, el consumo de metilendioximetanfetamina (MDMA), llamada éxtasis en la calle, aumentó en ambos grupos y luego comenzó a disminuir. En 1997, 3% de los estudiantes de octavo grado habían consumido MDMA; el porcentaje aumentó a 5% en 2001 y volvió a descender a 3% en 2005. En los adolescentes del último año de la escuela secundaria se observó una tendencia similar, con tasas de uso de MDMA que ascendieron de 7% a 12% entre 1997 y 2001, y descendieron a 5% en 2005. El consumo de alcohol por los adolescentes reviste especial importancia por su relación con un mayor número de defunciones y lesiones en accidentes automovilísticos. El consumo de bebidas alcohólicas por adolescentes del último año de la escuela secundaria en los 30 días anteriores a la encuesta disminuyó de 53% a 47% entre 1997 y 2005. Asimismo, el consumo excesivo de alcohol, definido como la ingestión de cinco o más copas seguidas en una misma ocasión, en las dos semanas anteriores a la encuesta por adolescentes del último año de escuela secundaria cayó de 31% a 28% en el mismo período. Desde 1997 a 2005, el consumo de drogas y alcohol entre los alumnos de octavo grado en general siguió las mismas tendencias, con una prevalencia aproximadamente equivalente a la mitad de la observada en los estudiantes del último año de secundaria. La excepción fue el uso de sustancias inhalables, cuyo consumo por los alumnos de octavo grado fue casi el doble del consumo por los estudiantes del último año de la escuela secundaria. Las tasas de uso de sustancias inhalables en el año anterior a la encuesta descendieron en ambos grupos entre 1995 y 2003; sin embargo, en 2003 y 2004, el uso de esas sustancias aumentó en ambos grupos.

El consumo de bebidas alcohólicas por los alumnos de octavo grado en los 30 días anteriores a la encuesta se redujo de alrededor de 25% a 17% entre 1997 y 2005; el consumo excesivo de alcohol en este grupo descendió levemente, de 15% a 11% aproximadamente.

Desde fines de los años noventa y durante los primeros años del decenio de 2000, la prevalencia del consumo declarado de drogas y alcohol notificado por los varones fue sistemáticamente superior al observado en las mujeres. En años recientes, las alumnas de octavo grado y a veces las de décimo grado presentan tasas de consumo de alcohol y uso de drogas ilícitas más altas que las correspondientes a los varones. Estos tienen tasas de uso de marihuana más altas que las mujeres en todos los grados. Entre los adolescentes blancos no hispanos la prevalencia del consumo declarado de drogas y alcohol es mayor que entre los adolescentes negros.

Los problemas de peso también asediaron a los adolescentes de Estados Unidos durante el período del estudio. Entre los adolescentes, como en el resto de la población del país, fue cada vez mayor la prevalencia del sobrepeso. En el período de 1976 a 1980, 5% del grupo de 12 a 19 años tenía sobrepeso. Para 1988–1994, casi 11% tenía sobrepeso y, en 2003–2004, el problema afectaba a más de 18% de los adolescentes de 12 a 19 años.

En 2005, casi la mitad (47%) de los estudiantes del último año de secundaria entrevistados señalaron que eran sexualmente activos: 14% habían tenido cuatro o más parejas sexuales y 37% no habían usado un condón en su último encuentro sexual. En todo el país, casi 8% de los estudiantes de secundaria declararon que habían tenido relaciones sexuales contra su voluntad al menos una vez. En lo que respecta a las infecciones de transmisión sexual entre los adolescentes, en 2004 la infección por *Chlamydia* y gonorrea fueron relativamente frecuentes y la sífilis, relativamente rara. Se estima que las niñas de 10 a 14 y de 15 a 19 años tenían tasas de infección por *Chlamydia* cercanas a 132 por 100.000 y a 2.762 por 100.000, respectivamente. Las tasas de gonorrea en ambos grupos fueron de 37 por 100.000 y de 611 por 100.000, respectivamente. Los varones de esos dos grupos de edad informaron tasas de infección por *Chlamydia* de 11 y 458, respectivamente, y tasas de gonorrea de casi 6 y 253, respectivamente. En 2004, los adolescentes de 15 a 19 años tuvieron tasas de infección por *Chlamydia* y de gonorrea más altas que las de los demás grupos de edad de ambos sexos en el país. Las diferencias en las tasas de ITS notificadas en niñas y varones 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 las infecciones de transmisión sexual es más común en ellas. La escasez de fondos para la prestación de servicios, la falta de transporte y la preocupación por la confidencialidad hicieron que el acceso a los servicios de prevención de las ITS fuera más difícil para los adolescentes sexualmente activos que para los grupos de más edad.

Desde 1997 a 1998, disminuyó 17% la aparición de nuevos casos de sida en niñas de 13 a 19 años, mientras que en los varones del mismo grupo de edad se redujo en 22%. En 1999, si bien los casos de sida en adolescentes varones habían disminuido nuevamente, en las adolescentes aumentaron 17%. Sin embargo, a principios de 2000, el número de casos nuevos en varones de 13 a 19 años comenzó a aumentar con más rapidez que los casos nuevos en las niñas. Para 2002, el número de casos nuevos en varones y niñas adolescentes era similar y en 2003 se informaron muchos más casos en los varones que en las niñas: 249 y 209 casos nuevos de sida, respectivamente.

En 1991, más de la cuarta parte de los estudiantes de escuela secundaria declararon que portaban algún tipo de arma. En 2005, casi 19% de los estudiantes de escuela secundaria de 14 a 18 años informaron que habían portado un arma de fuego, una navaja o una cachiporra en el mes anterior a la encuesta y casi 7% admitieron que habían llevado un arma a la escuela. En cada

encuesta nacional realizada entre 1991 y 1999, cada vez menos estudiantes de escuela secundaria declararon que portaban armas, pero las tasas no variaron entre 1999 y 2005. En el período de 1993 a 2003, los porcentajes de estudiantes de escuela secundaria que informaron haber portado un arma en los últimos 30 días fueron menores, pero no hubo diferencia en estos porcentajes entre 2003 y 2005. Además, en 2005, 43% de los estudiantes varones y 28% de las niñas de las escuelas secundarias habían tenido una pelea física en los 12 meses anteriores a la encuesta. Entre 1993 y 2003, los adolescentes también fueron víctimas de delitos violentos con más frecuencia que los adultos. En comparación con los adultos, los adolescentes fueron víctimas de delitos con tasas tres veces más altas de agresión simple, dos veces más altas de agresión con agravante, dos veces más altas de robo, y dos veces y media más altas de violación y agresión sexual. El número de adolescentes varones víctimas de delitos violentos fue mayor que el número de niñas víctimas de esos delitos.

Las tasas de victimización de adolescentes aumentaron con la edad en el caso de las niñas, pero disminuyeron en el de los varones. En 2003, se informaron 32 casos de niñas víctimas de delitos violentos por cada 1.000 niñas de 12 a 15 años y 70 casos de víctimas masculinas por cada 1.000 varones del mismo grupo de edad. En 2003, la tasa anual fue de 38 víctimas por 1.000 niñas de 16 a 19 años y de 68 víctimas por 1.000 varones del mismo grupo de edad. Entre 1993 y 2003, la tasa general de víctimas no mortales de la violencia en los jóvenes de 12 a 17 años disminuyó a la mitad. Las niñas de 12 a 19 años tuvieron más de dos veces más probabilidades de ser víctimas de casos notificados de violación y agresión sexual que las de los otros grupos de edad. Numerosos adolescentes sufrieron depresión y muchos mostraron tendencias suicidas. En 2005, 17% de los estudiantes de las escuelas secundarias entrevistados declararon que habían pensado seriamente en suicidarse. Se informó que 8% de los estudiantes de escuela secundaria de 14 a 18 años habían intentado suicidarse en los 12 meses anteriores a la encuesta. La probabilidad de pensar seriamente en suicidarse fue mayor en las estudiantes de escuela secundaria que en sus homólogos varones.

Salud de los adultos (20–59 años)

Este grupo de edad constituye la mayor parte de la población del país. Los patrones de la mortalidad cambian radicalmente de un extremo a otro de la escala de edad: por ejemplo, en 2003 hubo 3.250 defunciones por enfermedades cardiovasculares entre las personas de 25 a 34 años de edad, pero en el grupo de 45 a 54 años las defunciones por esta causa ascendieron a 37.732. En ese mismo año, las defunciones por cáncer sumaron solamente 3.741 en los adultos de 25 a 34 años, pero en las personas de 45 a 54 años llegaron a 49.843. Las defunciones por otras causas específicas, como la enfermedad de Alzheimer y la diabetes, siguieron patrones similares.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

El rápido crecimiento de la proporción de adultos mayores presenta un desafío para los sistemas de salud y los servicios de asistencia a largo plazo porque estas personas requieren una atención más frecuente y costosa. Además de los muchos problemas característicos de salud que enfrentan los adultos mayores, el acceso a la atención de salud también complica la prestación de servicios para muchos de ellos. Un número desproporcionado de adultos mayores viven en zonas rurales donde hay que recorrer grandes distancias para llegar a establecimientos de atención de salud y es menor la cantidad de médicos por habitantes.

Los adultos mayores tienen más problemas crónicos de salud que el resto de los grupos de edad, como cardiopatías, hipertensión, síntomas de artritis, diabetes y osteoporosis. Las mujeres presentan tasas más altas de hipertensión, asma, bronquitis crónica y síntomas de artritis, mientras que en los hombres son más elevadas las tasas de cardiopatías, cáncer, diabetes y enfisema. La prevalencia de algunas afecciones está aumentando con el tiempo. En 1997–1998, 47% de los adultos de más de 65 años informaron que sufrían hipertensión; en 2003–2004, el porcentaje se elevó a aproximadamente 52%. En el mismo período, el porcentaje de adultos mayores que padecían diabetes subió de 13% a 16%. Entre 1988 y 1994, alrededor de la mitad de los adultos mayores presentaron una menor densidad ósea en la cadera.

Los problemas de salud mental también revistieron especial importancia en las personas mayores; con el envejecimiento, aumenta la incidencia del deterioro de la memoria causado por la enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencias. La prevalencia de un deterioro de la memoria moderado o grave es seis veces más alta en las personas de 85 o más años que en las personas de 65 a 69 años. En 2002, la proporción de personas de 85 o más años con un deterioro de la memoria moderado o grave fue de 32%, comparado con 5% en las personas del grupo de 65 a 69 años.

En comparación con la mayoría de los otros grupos de edad, un porcentaje desproporcionadamente alto de adultos mayores padece depresión y el suicidio también es relativamente más frecuente en este grupo de población. En 2002, 16% de las mujeres y 10% de los hombres de 65 a 69 años informaron que sufrían síntomas depresivos; en los adultos de 85 o más años de edad, 22% de las mujeres y 15% de los hombres informaron que tenían esos síntomas.

En 1999, aproximadamente 6,6 millones de estadounidenses de 65 o más años utilizaban dispositivos de ayuda o recibían atención personal debido a una discapacidad crónica. Algo más de la mitad de estas personas (3,4 millones) dependía de la asistencia proporcionada por cuidadores no remunerados, por lo general familiares y amigos. La otra mitad recibía exclusivamente atención pagada y continuaba viviendo en su hogar (314.600), utilizaba dispositivos de ayuda solamente para mantener su independencia (1,3 millones) o vivía en un hogar de ancianos o algún otro tipo de institución de cuidados a largo plazo (1,6 millones).

Los principales factores de riesgo que contribuyen al mal estado de la salud y al deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores del país son el peso excesivo (en 2003–2004, casi 30% de las personas de 65 o más años eran obesas y aproximadamente tres cuartas partes de esas personas tenían sobrepeso), la alimentación carente de frutas, verduras y productos lácteos, la escasa actividad física (en 2002, solo 21% de las personas de 65 o más años informaron que realizaban habitualmente alguna actividad física en su tiempo libre) y el hábito de fumar. El porcentaje de adultos mayores estadounidenses que fuma disminuyó drásticamente en los últimos 37 años.

En los años 2002 y 2003, las principales causas de defunción de los adultos mayores fueron las cardiopatías (1.632 defunciones por 100.000 adultos mayores) y el cáncer (1.100 defunciones por 100.000 adultos mayores), con cifras que representan más de la mitad del total de defunciones en este grupo. Otras causas principales de muerte en este grupo de edad fueron las enfermedades cerebrovasculares (accidentes cerebrovasculares, con 404 defunciones por 100.000 adultos mayores), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (301 por 100.000), la influenza y la neumonía (155 por 100.000) y la diabetes (151 por 100.000). La importancia de la influenza y la neumonía como causas de mortalidad indica la función crucial que desempeñan las vacunas en la prevención de estas enfermedades en este grupo de la población.

Salud de la familia

Según la encuesta de la población actual efectuada por la Oficina del Censo en 2000, las familias con hijos encabezadas por mujeres representaban casi una cuarta parte del total de familias en los Estados Unidos. Más de dos millones de estas mujeres eran abuelas que actuaban como responsables del cuidado de los niños en sus hogares y cerca de la quinta parte de estas familias encabezadas por abuelas estuvieron en situación de pobreza en algún momento de los 12 meses anteriores a la encuesta.

La pobreza fue el más importante factor determinante de la salud familiar. Pese a los esfuerzos de los gobiernos federal, estatales y locales y de las organizaciones sin fines de lucro por proporcionar una red de seguridad para proteger la salud de las familias más vulnerables, persistieron las condiciones deficientes de salud. Si bien mejoraron las tasas de mortalidad infantil, empeoraron otros indicadores de salud frecuentemente relacionados con la pobreza. Por ejemplo, la proporción de niños con bajo peso al nacer (inferior a 2.500 g) aumentó de 7,4% en 1996 a 8,1% en 2004. De manera similar, el porcentaje de recién nacidos con muy bajo peso (inferior a 1.500 g) aumentó de 1,37% a 1,47%. En el caso de las madres de 20 o más años de edad, las tasas de hijos con bajo peso al nacer fueron más altas en las madres que no habían terminado la escuela secundaria y más bajas en las que tenían una educación superior a la secundaria. Las madres de raza negra no hispanas, que afrontaban los índices de

pobreza más elevados, fueron especialmente vulnerables y, en 2004, 13,7% de todos los niños nacidos vivos de este grupo de mujeres 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 menos acceso a la atención de salud. La creación del Programa Estatal de Seguro de Salud para los Niños (SCHIP, por sus siglas en inglés) en 1997 ayudó a reducir la cantidad de niños sin cobertura médica. Los niños pobres (clasificados por debajo de 100% en las pautas federales para definir la pobreza) son en gran medida elegibles para recibir las prestaciones de Medicaid y, entre 1997 y 2005, el porcentaje de niños pobres sin seguro médico disminuyó de 24% a 19%. En el caso de los niños en situación cercana a la pobreza (clasificados entre 100% y 200% en las pautas federales para definir la pobreza), que en su mayoría son elegibles para participar en el programa SCHIP, la disminución fue más considerable. El porcentaje de niños casi pobres sin seguro médico descendió de 24% en 1997 a 16% en 2005.

Salud de los trabajadores

Los riesgos ocupacionales de defunción variaron según el sexo y la edad: los hombres tuvieron 10 veces más probabilidades de morir durante la jornada de trabajo que las mujeres, hecho que quizás refleja en parte las diferencias de ocupación. Los trabajadores de 35 a 64 años de edad presentaron la tasa más alta de letalidad por causas ocupacionales.

Desde 1980 y hasta fines de 2005, en los Estados Unidos se produjeron 150.799 defunciones por causas ocupacionales. El número de defunciones por lesiones en el trabajo varió de 5.430 en 2000 a 5.702 en 2005. Desde 1992, las tasas han reflejado cambios, de un elevado número de 5,3 defunciones por lesiones laborales por 100.000 trabajadores a la actual tasa de 4 defunciones por 100.000 trabajadores. Las principales causas de defunción relacionadas con el trabajo durante este período fueron los accidentes de transporte terrestre, los homicidios, los accidentes relacionados con máquinas, las caídas, la electrocución y los golpes resultantes de la caída de objetos. Los riesgos de defunción variaron según el sexo y la edad; las probabilidades de los hombres de morir durante la realización de tareas laborales fueron doce veces mayores que las de las mujeres, lo que pone de manifiesto las diferencias de ocupación. Los trabajadores de 65 o más años de edad tuvieron una tasa de letalidad por causas ocupacionales más alta que las de los demás grupos de edad (11,8 defunciones por causas ocupacionales por 100.000 trabajadores de 65 o más años, tasa que es 2,9 veces mayor que la tasa general de letalidad por causas ocupacionales para todos los trabajadores).

En 2005, 60% de las mujeres de 18 años o más estaban empleadas o buscaban trabajo y 3,5 millones de mujeres tenían más de un empleo a la vez. En 2005, los ingresos semanales medios eran de US\$ 713 para los hombres de 16 o más años de edad y de US\$ 580 para las mujeres; este último ingreso equivale a approxi-

madamente 81,3% del salario semanal de los hombres. En comparación con los hombres, las trabajadoras sufrían más trastornos osteomusculares, como esguinces, distensión muscular, síndrome del túnel del carpio y tendinitis. En 2004, los trastornos osteomusculares representaron 34% del total de lesiones y enfermedades por causas ocupacionales que sufrieron las mujeres, en comparación con 30% en el caso de los hombres. Las mujeres también fueron víctimas de 64% de las lesiones no mortales causadas por agresiones; la mayoría de las agresiones ocurrieron en ocupaciones en el sector de servicios.

Salud de las personas con discapacidad

Las discapacidades afectaron a cada sector de la población, pero las personas que viven en situación de pobreza sufrieron desproporcionadamente. Según una encuesta de la Oficina del Censo, 51,2 millones de personas, 18% de los estadounidenses, señalaron en 2002 que tenían algún tipo de discapacidad y 32,5 millones (12%) declararon que sufrían una discapacidad grave. En la población adulta, 20% de las mujeres y 17% de los hombres informaron que tenían una discapacidad. En el grupo de niños menores de 15 años, la probabilidad de sufrir una discapacidad era mayor en los varones que en las niñas (11% y 6%, respectivamente).

Entre 12% y 23% de los niños menores de 18 años necesitan una asistencia especial: sufren una afección crónica con una limitación funcional u otras consecuencias negativas. Entre las afecciones con mayor prevalencia en 2002 figuraban el asma (12% de los niños menores de 17 años), las alergias respiratorias (12% de los niños menores de 17 años), las deficiencias en el aprendizaje (8% de los niños de 3 a 7 años) y el trastorno de déficit de la atención con hiperactividad (7% de los niños de 3 a 17 años). En 2003–2004, aproximadamente 12,2% de los niños y jóvenes de 3 a 21 años usaban servicios de educación especial, un aumento con respecto al 11,7% en 1999–2000. Los departamentos de educación de los gobiernos federal y estatales invirtieron US\$ 50.000 millones al año en programas de educación especial para el grupo de 3 a 21 años, en comparación con US\$ 27.300 millones invertidos en la educación ordinaria.

En 2002, era muy probable que las personas con discapacidades graves tuvieran la cobertura proporcionada por Medicare o Medicaid, vivieran en situación de pobreza, declararan que su salud era regular o mala, recibieran asistencia pública y tuvieran un ingreso del grupo familiar inferior a US\$ 20.000. La tasa de pobreza para las personas de 25 a 64 años de edad sin discapacidades fue de 8%, en comparación con la tasa de 11% en las personas con una discapacidad leve o moderada y de 26% en las que padecían una discapacidad grave.

Entre los adultos de 21 a 64 años con una discapacidad, alrededor de 56% habían tenido un empleo durante el año anterior a la encuesta. Las personas con una discapacidad grave presentaron la tasa de empleo más baja (42%), en comparación con la tasa

de las personas con una discapacidad leve o moderada (82%) y la tasa de las personas sin discapacidades (88%).

Las discapacidades afectaron a todos los sectores de la población, pero los adultos de 65 o más años sufrieron desproporcionadamente discapacidades y deficiencias. Según una encuesta realizada en 2004, 19,7% informaron que padecían una discapacidad crónica. Alrededor de 19% de las mujeres de 65 o más años y 14% de los hombres de este mismo grupo de edad informaron que tenían dificultades para ver, aun usando lentes de contacto o anteojos. Treinta y cuatro por ciento de las mujeres del mismo grupo de edad informaron que sufrían alteraciones auditivas, en tanto que el porcentaje de los hombres fue de 48%. En este grupo de edad avanzada, 13,7% de los hombres y 23,6% de las mujeres informaron que tenían dificultad para caminar dos o tres cuadras.

Grupos étnicos y otros grupos

En los Estados Unidos, los negros, los hispanos, los indígenas estadounidenses, los asiáticos y las 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. 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, aun cuando en el decenio de 1990 estos indicadores de salud mejoraron en la mayoría de los grupos. Estas enormes diferencias de salud entre los diversos grupos étnicos y raciales estuvieron estrechamente relacionadas con las disparidades socioeconómicas y las diferencias en la prevalencia de la pobreza en cada grupo.

En 2000, la población hispana, la minoría más grande y de crecimiento más rápido en los Estados Unidos, representaba 12,5% de la población e incluía a personas originarias de México, Puerto Rico, Cuba, y varios otros países de la Región. Las disparidades de salud dentro de la población hispana del país —las tasas de defunción ajustadas según la edad fueron mucho más bajas en los hispanos de origen cubano que en los de origen mexicano o puertorriqueño— reflejaron principalmente diferencias socioeconómicas. En general, los indicadores de salud de los hispanos mejoraron en los años noventa y principios del decenio de 2000.

Los afroestadounidenses, que en 2000 representaban 12% de la población, tienen una proporción de personas en situación de pobreza tres veces mayor que la observada en la población blanca no hispana: una tercera parte de la población de raza negra vive en la pobreza. La mitad de la población negra total vive en zonas urbanas que se caracterizan por viviendas inadecuadas, escuelas carentes de financiamiento, falta de oportunidades de empleo con salarios dignos y violencia. Las tasas de defunción de los afroestadounidenses por casi todas las causas fueron más altas que las de los blancos. En el grupo de afroestadounidenses de 15 a 24 años, el homicidio fue la primera causa de muerte de los

hombres y la segunda de las mujeres. No obstante, las tasas ajustadas según la edad de suicidio, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, enfermedad de Alzheimer, enfermedad hepática crónica, cirrosis y enfermedad de Parkinson en la población negra fueron más bajas que las de los blancos. En general, durante los años noventa y principios del decenio de 2000, mejoraron muchos de los indicadores de salud de las comunidades de raza negra. Las tasas de defunción por cáncer colorrectal, de mama y de las vías respiratorias disminuyeron y mejoraron los principales indicadores de salud, como la mortalidad infantil y las tasas generales de defunción.

En 2000, los asiáticos y las personas originarias de las islas del Pacífico, que hablan más de 30 idiomas diferentes y proceden de culturas muy distintas, representaban casi 4% de la población del país. En general, tenían aproximadamente el mismo nivel socioeconómico y de salud que la población blanca mayoritaria. Algunas personas de este grupo habían estado en Estados Unidos por varias generaciones, pero otras habían llegado más recientemente. Dada esta diversidad, los problemas de salud de esta población varían considerablemente de un grupo a otro. Los hombres originarios de Asia Sudoriental presentaron más casos de cáncer de pulmón que la población masculina mayoritaria y los hombres de edad avanzada provenientes de Filipinas que vivían en California tuvieron mayores tasa de hipertensión arterial que los demás hombres californianos de la misma edad. La probabilidad de que los inmigrantes provenientes de Asia Sudoriental sufran tuberculosis y hepatitis B es 40 veces mayor que la de la población en general.

En 2000, quienes se declararon solamente indígenas estadounidenses o naturales de Alaska constituían 0,9% de la población, es decir, 2,5 millones de personas, y quienes se declararon descendientes de indígenas estadounidenses o naturales de Alaska y de por lo menos otra raza más representaban 0,6% de la población, es decir, 1,6 millones de personas. Esta minoría vive principalmente en zonas urbanas o en reservas y muchos de sus miembros reciben atención médica en 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. En esta población indígena, las probabilidades de morir a causa de la diabetes mellitus relacionada con la obesidad y por una enfermedad hepática causada por el abuso de alcohol era mucho mayor que en la población en general. Los accidentes y la violencia (homicidios y suicidios) son 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. La prevalencia de tabaquismo también es más elevada en estos grupos y aumenta el riesgo de sufrir las enfermedades relacionadas con el tabaco.

En 2004, casi 54.000 refugiados fueron admitidos en los Estados Unidos, lo que representó un aumento considerable con res-

pecto a los dos años anteriores, cuando las admisiones fueron relativamente bajas debido a los ataques terroristas de 2001 (27.000 en 2002 y 28.000 en 2003). Los principales grupos de refugiados que se admitieron en 2004 fueron dos: los bantú somalíes procedentes de Kenia (12.000 personas aproximadamente) y los hmong provenientes de Tailandia (unas 14.000 personas). Además de estos refugiados, en 2004 también ingresaron al país alrededor de 23.000 cubanos. Con frecuencia, los refugiados y las personas que ingresan al país tienen problemas de salud que deben ser atendidos como parte de su reasentamiento inicial. Los gobiernos federal y estatales proporcionan cobertura médica a estos recién llegados por medio de Medicaid (si satisfacen los criterios de elegibilidad del programa) o de una cobertura médica especial para refugiados durante los primeros ocho meses en el país (cuando no satisfacen los criterios de elegibilidad de Medicaid).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La mayoría de los casos de **malaria** notificados en los Estados Unidos fueron de personas que contrajeron la enfermedad fuera del país. Son contados los casos de pacientes que contrajeron la malaria en el país por transfusiones de sangre, transmisión congénita u otro modo de transmisión no determinado. De los 1.337 casos de malaria notificados en 2002, solo cinco se originaron en el país: una persona contrajo malaria por una transfusión de sangre, otra por transmisión congénita y tres mediante un modo de transmisión no determinado.

En 2004, se notificaron 1.324 casos de malaria, cantidad que representa un aumento de 3,6% con respecto a 2003 (1.278 casos informados). Aproximadamente 50% de los casos notificados en Estados Unidos en 2004 se atribuyeron a *Plasmodium falciparum* y 24%, a *Plasmodium vivax*.

En 2005, se comunicaron 3.000 casos de enfermedad por el **virus del Nilo Occidental**, lo que representó un aumento de 15,4% en relación con 2004. De estos casos, 1.294 fueron casos de encefalitis o meningitis del Nilo Occidental, 1.607 fueron casos de fiebre del Nilo Occidental y 99 no se especificaron.

En 2004, se informaron 19.804 casos de la enfermedad de Lyme, con un promedio nacional de 6,7 casos por 100.000 personas. En los 12 estados donde la **enfermedad de Lyme** es más frecuente, el promedio fue de 27,4 casos por 100.000 personas.

Casi todas las demás enfermedades transmitidas por vectores fueron contraídas fuera del país, con excepción de la **tularemia** y la **encefalitis arboviral**, que en Estados Unidos son endémicas. La **peste** es muy poco frecuente en los Estados Unidos, con un promedio de solamente 10 a 15 casos notificados al año.

Enfermedades inmunoprevenibles

Diversas enfermedades debilitantes o en potencia mortales, antes muy frecuentes en los Estados Unidos, ahora se mantienen en niveles bajos gracias al uso generalizado de vacunas, en especial en los niños. En 2004, no se presentaron casos de **difteria**, **poliomielitis paralítica** por el poliovirus salvaje o **síndrome congénito de la rubéola** y hubo menos de 12 casos notificados de **sarampión** y **tétanos** en el país. En marzo de 2005, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos anunciaron un hecho trascendente en el ámbito de la salud pública: la eliminación del virus de la rubéola en el país.

En 1983, se recomendó el uso ordinario de las vacunas disponibles contra siete enfermedades. Para el verano de 2006, se disponía de vacunas contra 16 enfermedades, cuya aplicación se recomienda en niños y adolescentes. Desde 2000, en las recomendaciones sobre la inmunización ordinaria en los Estados Unidos se agregaron la vacuna conjugada antineumocócica, la vacuna conjugada antimeningocócica, una dosis integral de refuerzo contra el tétanos, la difteria y la tos ferina, el uso universal de la vacuna contra la hepatitis A, la vacuna contra los rotavirus, la vacuna contra el virus del papiloma humano y una recomendación sobre la vacunación ordinaria contra la influenza de los niños de 6 a 59 meses de edad. Estas vacunas nuevas tienen grandes posibilidades de reducir la carga de enfermedades prevenibles mediante la inmunización, pero su aplicación requiere una gran inversión de recursos, el desarrollo de infraestructura y la educación de los prestadores de atención médica y el público en general.

Mediante una evaluación económica del impacto de siete vacunas —antidiftérica, antitetánica y antitosferínica acelular (DtaP), antitetánica, contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), antipoliomielítica, contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola, contra la hepatitis B y contra la varicela, administradas como parte de un calendario de vacunación infantil— se determinó que son muy eficaces. La inmunización ordinaria de los niños con estas vacunas, que previenen casi 14 millones de casos de enfermedad y más de 33.000 defunciones a lo largo de la vida de los niños nacidos en un año dado, generó un ahorro de US\$ 9.900 millones en costos médicos directos y un ahorro adicional de US\$ 33.400 millones en costos indirectos.

Las tasas de cobertura de la inmunización infantil registran niveles más altos que nunca con cada vacuna y con todas las mediciones de la serie de vacunación y, en general, han mejorado desde 2000. En 2000, 73% de los niños de 19 a 35 meses de edad habían recibido cuatro dosis de la vacuna DTP, tres dosis de la vacuna antipoliomielítica, una dosis de la vacuna contra el sarampión y tres dosis de la vacuna contra Hib y contra la hepatitis B. En 2004, esta cobertura combinada aumentó y llegó a 81%. La cobertura de la inmunización también ha mejorado mucho en el caso de algunas vacunas nuevas. Durante los años noventa, hubo aproximadamente 11.000 hospitalizaciones y 100 defunciones por año provocadas por la **varicela**. Se ha logrado un gran pro-

greso en la educación de los prestadores de atención médica y el público acerca de los beneficios de la vacuna contra la varicela. En 2004 la cobertura llegó a 88%.

Por desgracia, la carga de enfermedades inmunoprevenibles en los adultos de los Estados Unidos sigue siendo elevada. Según los datos sobre la mortalidad nacional en 2000, la **influenza** y la **neumonía** siguen siendo la quinta causa principal de muerte en todas las personas de 65 o más años. A pesar de que se cuenta con vacunas para los adultos contra esas dos enfermedades, en 2004 solamente 65% de las personas de 65 o más años informaron que se habían aplicado la vacuna contra la influenza y 57% de las personas en el mismo grupo de edad señalaron que se habían aplicado la vacuna antineumocócica. Lograr en los adultos el mismo éxito alcanzado con la inmunización infantil es un desafío crítico para los Estados Unidos.

Enfermedades prevenibles mediante el tamizaje de la sangre

En los Estados Unidos, antes de ser asignada a la transfusión en pacientes, la sangre de donantes es sometida a un tamizaje para detectar virus de la hepatitis B y C, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH 1 y 2), el virus linfotrópico de los tipos I y II para linfocitos T humanos y la bacteria que causa la sífilis.

Enfermedades infecciosas intestinales

Se calcula que en los Estados Unidos cada año las enfermedades transmitidas por los alimentos causan 76 millones de casos, 325.000 hospitalizaciones y 5.000 defunciones. Los agentes patógenos conocidos provocan aproximadamente 14 millones de casos de enfermedad, 60.000 hospitalizaciones y 1.800 defunciones. Tres agentes patógenos, *Salmonella*, *Listeria* y *Toxoplasma*, son responsables de 1.500 defunciones al año, que representan más de 75% de las defunciones causadas por agentes patógenos conocidos. Agentes desconocidos originan los restantes 62 millones de casos, 265.000 hospitalizaciones y 3.200 defunciones.

Se estima que *Escherichia coli* O157:H7 causa 73.000 casos de enfermedad al año en los Estados Unidos. Entre 1982 y 2002, 49 estados informaron 350 brotes, que representaron 8.598 casos, 1.493 hospitalizaciones, 354 casos del síndrome urémico hemolítico y 40 defunciones. La vía de transmisión fueron los alimentos en 183 casos, desconocida en 74, de persona a persona en 50, el agua en 31, por contacto animal en 11 y, en un caso, la transmisión relacionada con el laboratorio. La carne molida fue el vehículo alimentario en el caso de 75 brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos; los productos agrícolas generaron 38 brotes.

En los Estados Unidos, el consumo de agua potable contaminada en hogares y empresas generalmente es el resultado de la rotura de las tuberías principales de agua o de otras situaciones de emergencia. Los parásitos causan la mayoría de los problemas. En 1999–2000, 25 estados informaron 39 brotes asociados con el agua potable. Estos brotes provocaron enfermedades en aproximadamente 2.068 personas y dos defunciones. De los 39 brotes,

El peso de la epidemia de obesidad

Estados Unidos ha quedado sumergido en una epidemia de obesidad y sobrepeso. Entre las dos encuestas realizadas, la primera en el período 1976–1980 y la segunda entre 2003 y 2004, la prevalencia de obesidad en los adultos y los niños de 2 a 5 años aumentó más de dos veces; entre los niños de 6 a 11 años y los adolescentes de 12 a 19 años el aumento fue más del triple. Uno de los objetivos de salud propuestos en la iniciativa gubernamental “Gente Sana 2010”, es reducir a menos de 15% la prevalencia de obesidad entre los adultos. El Programa Pasos (Steps) es una de las iniciativas más esperanzadoras en el camino para conseguir este objetivo. Este programa otorgará subsidios a las comunidades, destinados a implementar actividades de prevención de las enfermedades crónicas y de la promoción de la salud pensadas para hacer frente a condiciones como la obesidad y la diabetes, la inactividad física y la mala alimentación.

28 (71,8%) estuvieron relacionados con fuentes de agua subterránea y 18 (64,3%) se vincularon con pozos privados o no comunitarios que no eran fiscalizados por el Organismo de Protección Ambiental de los Estados Unidos.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 2000, se notificaron 16.309 casos nuevos de **tuberculosis** (TB), equivalentes a una tasa de 5,8 casos nuevos por 100.000 habitantes. Para 2004, los casos nuevos de tuberculosis habían disminuido a 14.517, equivalentes a una tasa de 4,9 por 100.000 personas. A pesar de que las tasas de tuberculosis continuaron su descenso entre 2000 y 2004, la tuberculosis sigue siendo una importante enfermedad endémica en los Estados Unidos. La mayoría de los casos se presentaron en jóvenes y adultos de mediana edad. En 2004, 34% de los casos se produjeron en el grupo de 25 a 44 años y 29%, en el grupo de 45 a 64 años; solo 11% correspondieron a niños menores de 15 años. Además, entre 2000 y 2004, el porcentaje de casos en personas nacidas en Estados Unidos descendió de 53% del total a 46%, mientras que entre los extranjeros el porcentaje aumentó de 47% del total a 54%. Como ambos grupos de población crecieron, en 2000–2004 se registró en ambos grupos una disminución neta de los casos nuevos de tuberculosis de 3,5 a 2,6 casos nuevos por 100.000 habitantes nacidos en Estados Unidos y de 25,3 a 22,8 por 100.000 extranjeros residentes en el país. En 2004, California, Nueva York y Texas tuvieron 42% del total de casos del país en ese año. El Distrito de Columbia, Hawái, California, Texas, Nueva York y Alaska presentaron las tasas más elevadas, seguidos de los estados del sur. Como en el caso de la incidencia de la tuberculosis, las tasas de defunción por tuberculosis también disminuyeron a principios del decenio de 2000. En 2000, la tasa específica de defunción por tuberculosis fue de 0,3 por 100.000 habitantes; según datos preliminares, para 2003 esta tasa había descendido a 0,2 por 100.000 habitantes.

La reducción de las tasas de tuberculosis ha sido atribuida 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 cada vez menor de casos de resistencia a múltiples medicamentos.

La **lepra** continúa siendo relativamente poco frecuente en los Estados Unidos. En 2002, se informaron 96 casos en el país.

Infecciones respiratorias agudas

La **influenza** y la **neumonía** fueron las dos principales causas de defunción en los Estados Unidos a principios del decenio de 2000. En 2003, la tasa ajustada según la edad de defunción por influenza y neumonía fue de 21,8 por 100.000 habitantes. Pese a que durante la temporada de gripe se suministra ampliamente al público la vacuna contra la influenza, las demoras en la producción causaron un déficit de vacunas en tres de las últimas cinco temporadas de incidencia de la influenza (de 2000–2001 a 2004–2005).

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

A fines de 2004, se habían acumulado más de 944.305 casos notificados de sida y 529.113 defunciones por esa enfermedad en el país y aproximadamente 415.193 personas vivían con el sida.

Las tasas de incidencia del sida y de mortalidad por esta causa fueron altas en los hombres; en 2004, los hombres representaron 73% del total de casos de infección por el VIH/sida en adolescentes y adultos. Entre 2001 y 2004, el número calculado de casos de infección por el VIH/sida disminuyó 2% en los hombres y 15% en las mujeres. En este período, el número calculado de casos de infección aumentó en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y disminuyó entre los usuarios de drogas inyectables, los adultos heterosexuales, los adolescentes y los niños. Las mujeres estaban 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 contagiarse de sus parejas masculinas que para los hombres contagiarse de sus parejas femeninas. En 2004, se estimó que 10.410 mujeres fueron infectadas por el VIH; aproximadamente 68% de ellas eran afroestadounidenses, 16% eran blancas y 15%,

hispanas. Alrededor de tres cuartas partes del total de mujeres infectadas por el VIH se contagiaron por medio de un contacto heterosexual y la mayoría de las mujeres restantes se infectaron por medio del uso de drogas inyectables. En los hombres y las mujeres que se inyectan heroína y cocaína, el uso compartido de agujas infectadas por el VIH es la principal vía de transmisión. En las mujeres que usan drogas inyectables y están infectadas por el VIH, es más probable que se manifieste el sida a partir de esa infección que en sus homólogos masculinos con la misma concentración de VIH en la sangre.

Los casos pediátricos nuevos de sida han disminuido constantemente desde 1994, cuando el gobierno difundió una serie de pautas para las pruebas y el tratamiento de las embarazadas y los recién nacidos con el propósito de reducir la transmisión perinatal del VIH. La gran mayoría de los casos pediátricos de sida se producen durante la exposición perinatal. En 2003, se notificaron unos 150 casos nuevos de sida en niños menores de 13 años, en comparación con los más de 700 casos comunicados en 1990.

El sida no tiene una distribución geográfica uniforme: las tasas siguieron siendo altas en las zonas metropolitanas del noreste del país, que tuvo la segunda tasa más alta entre todas las regiones de Estados Unidos. Este hecho refleja la distribución diferencial entre las zonas urbanas y rurales; las ciudades del noreste están dentro del importante corredor de narcotráfico que sigue el curso de la carretera interestatal 95 y tiene porcentajes en extremo altos de usuarios de drogas. En 2000–2004, el sur tuvo las tasas de sida más altas del país, hecho que se atribuye principalmente a la presencia de zonas con mayor concentración de pobreza, como los barrios pobres del corazón de las ciudades y las zonas rurales del sur.

Las infecciones de transmisión sexual son una carga particularmente pesada para la salud de las mujeres. Cada año, en los Estados Unidos cerca de un millón de mujeres sufren un episodio sintomático de **enfermedad inflamatoria de la pelvis**.

Cada 7 a 10 años, la disminución de la **sífilis** en el país ha estado seguida de una epidemia. La tasa de casos notificados de sífilis primaria y secundaria en los Estados Unidos descendió durante los años noventa y, en 2000, fue la más baja desde que se inició la notificación de casos en 1941. Sin embargo, la tasa de casos comunicados de sífilis primaria y secundaria ha aumentado cada año desde 2001, principalmente en los hombres. En 2004, los casos notificados de sífilis primaria y secundaria aumentaron de 7.177 comunicados en 2003 a 7.980, lo que representó un incremento de 11,2%. El número de casos en mujeres notificados aumentó por primera vez en más de 10 años, aunque solo levemente. Los casos de sífilis congénita siguieron disminuyendo; en 2004, se informaron 353 casos, lo que implicó una disminución con respecto a los 432 casos comunicados en 2003.

Desde 2000 a 2004, siguieron aumentando las tasas de casos notificados de infección por *Chlamydia*. En 2004, se registraron 929.462 casos de infección genital por *Chlamydia trachomatis*, que implicaron un aumento de 5,9% en comparación con la tasa de

2003. Estas tendencias probablemente se deben a la expansión continua de los programas de detección de clamidiasis, el empleo de pruebas de diagnóstico con más sensibilidad y mejores sistemas de vigilancia de esta enfermedad. En 2004, se notificaron 330.132 casos de gonorrea en los Estados Unidos. Desde 2000, la tasa de casos informados de **gonorrea** ha disminuido 15,2%, después de un período sin cambios en 1998 y 1999. La infección por *Chlamydia* fue la más frecuente de las tres infecciones de transmisión sexual, con una tasa de 319,6 casos notificados por 100.000 habitantes en 2004; la gonorrea ocupó el segundo lugar, con una tasa de 113 casos por 100.000, y la sífilis se ubicó en un tercer puesto bastante distante, con una tasa de 2,7 casos por 100.000.

Unos 6,2 millones de estadounidenses contraen una infección genital nueva por el **virus del papiloma humano (VPH)** cada año. Aproximadamente 10 de los 30 tipos de VPH genital identificados pueden llegar ocasionalmente a causar cáncer cervicouterino. Las investigaciones demostraron que, en la mayoría de las mujeres (90%), la infección cervical por VPH se torna indetectable en un lapso de dos años. A pesar de que solo una pequeña proporción de mujeres tienen infecciones persistentes, estas infecciones, combinadas con tipos de VPH de “alto riesgo”, son el principal factor de riesgo de cáncer cervicouterino.

Las tasas de infecciones de transmisión sexual son desproporcionadamente altas en las minorías étnicas, una disparidad que se relaciona con el más elevado índice de pobreza de estos grupos y su falta de acceso a los servicios de salud.

Zoonosis

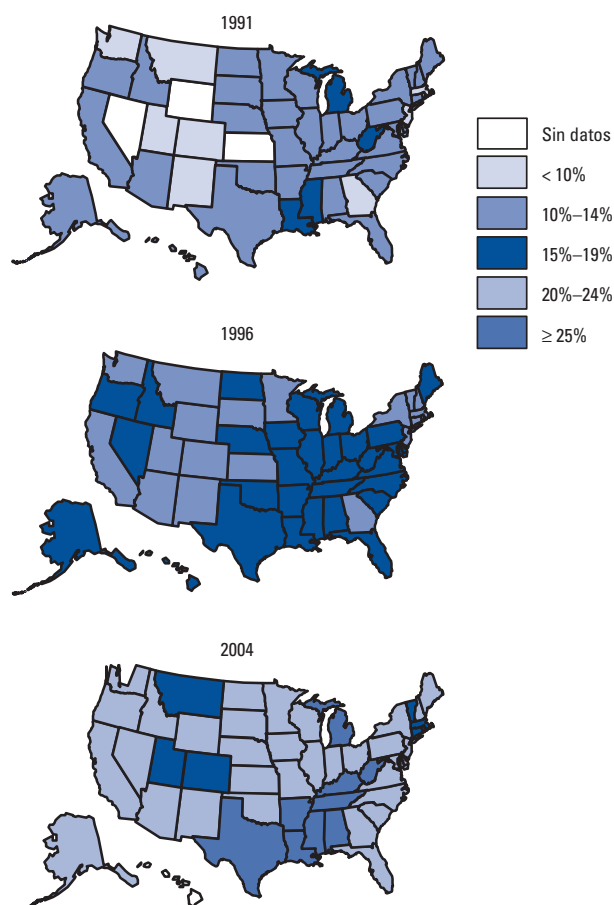
En 2001, 49 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico notificaron a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades 7.437 casos de **rabia** en animales, pero no hubo ningún caso en seres humanos (Hawai es el único estado que nunca informó un caso autóctono de rabia en seres humanos o animales). El número total de casos informados aumentó 0,92% con respecto a los notificados en 2000 (7.369 casos). Los animales silvestres representaron 93% de los casos de rabia notificados en 2001. Los mapaches siguieron siendo la especie silvestre que más casos de rabia registró (37,2% del total de casos en animales durante 2001), seguidos de las mofetas (30,7%), los murciélagos (17,2%), los zorros (5,9%) y otros animales silvestres, incluidos roedores y lagomorfos (0,7%). Los casos informados en mapaches y zorros disminuyeron 0,4% y 3,5%, respectivamente, en relación con los totales informados en 2000. Los casos notificados en mofetas y murciélagos aumentaron respectivamente 2,6% y 3,3% en comparación con los totales informados en 2000.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En el decenio de 2000, el país siguió enfrentando una epidemia de **obesidad**. En el período entre 1988 y 1994, el porcentaje

FIGURA 4. Tendencias a la obesidad^a en adultos, Estados Unidos de América, 1991, 1996, y 2004.



^a IMC ≥ 30 o aproximadamente 30 libras de sobrepeso para personas que miden 5'4".

Fuente: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Behavioral Risk Factor Surveillance System.

de adultos obesos fue de 22,3%; para 2003–2004, el porcentaje había aumentado a 32,2%. En estos dos últimos años, un 34,1% adicional de adultos tenía exceso de peso. La proporción de adultos obesos varía mucho según los estados (Figura 4). En 2003–2004, 34,8% de los niños y adolescentes de 2 a 19 años estaban en riesgo de tener sobrepeso. Veintisiete por ciento de los adultos informaron que no realizaban actividades físicas y solamente una cuarta parte consumía las cinco o más porciones diarias de frutas y verduras recomendadas. Las personas con un peso excesivo tienen tasas de mortalidad más altas que las personas con un peso normal y están expuestas a un mayor riesgo de sufrir diabetes, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer. Cada año, alrededor de 300.000 adultos estadounidenses mueren prematuramente por causas relacionadas con la obesidad. En los Estados Unidos, el costo total de las enferme-

dades asociadas con la obesidad es de aproximadamente US\$ 100.000 millones al año.

La proporción de personas adultas con **diabetes** aumentó de 8,4% en el período de 1988 a 1994 a 9,4% en 1999–2002. Contribuyó mucho a este aumento el rápido incremento de la obesidad, un importante factor de riesgo de padecer diabetes del tipo 2. Las tasas de diabetes infantil también están aumentando con rapidez, en parte debido a los porcentajes cada vez más altos de obesidad infantil. Los costos directos e indirectos asociados con la diabetes se calculan en US\$ 132.000 millones al año.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares, principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares, son la principal causa de defunción en el país y provocaron 36,9% del total de defunciones en 2003. Se calcula que más de 24 millones de personas en Estados Unidos tienen alguna forma de enfermedad cardiovascular. En 2003, en Estados Unidos se realizaron alrededor de 6,8 millones de procedimientos y operaciones cardiovasculares en pacientes hospitalizados. En 2006, se estimaron en US\$ 403.100 millones los costos directos e indirectos de las enfermedades cardiovasculares.

En Estados Unidos, las tasas de enfermedades cardiovasculares no tienen una distribución uniforme. En 2003, ajustadas según la edad, las tasas de enfermedades cardiovasculares fueron más altas en el sur. Dado que esas tasas aumentan con la edad y proporcionalmente hay más ancianas que ancianos, la tasa de mortalidad por esta enfermedad es mayor en las mujeres.

Neoplasias malignas

Aproximadamente una cuarta parte del total de defunciones en el país se deben al cáncer. En 2003, se calcularon en US\$ 192.000 millones los costos anuales de atención de salud y pérdida de productividad por morbilidad y mortalidad causadas por el cáncer.

En 2006, en Estados Unidos se estimó que se diagnosticaron 1,4 millones de casos nuevos de cáncer invasivo, excluidos el cáncer de la piel y el carcinoma in situ. En ese mismo año, se calculó que hubo más de 100.000 casos de carcinoma in situ, principalmente cánceres de mama y melanomas. En los hombres, los tipos de cáncer diagnosticados con más frecuencia en 2006 fueron el **cáncer de próstata**, de los **pulmones** y los **bronquios**, y de **colon y recto**. El cáncer de próstata representó una tercera parte de todos los casos nuevos de cáncer en los hombres. En las mujeres, las neoplasias malignas diagnosticadas con mayor frecuencia fueron el **cáncer de mama**, de los **pulmones** y **bronquios**, y de **colon y recto**; estas neoplasias en conjunto consituyeron más de la mitad del total de casos de cáncer diagnosticados en las mujeres. En promedio, uno de cada dos hombres y una de cada tres mujeres tenían probabilidades de sufrir un cáncer invasivo en el transcurso de su vida.

Entre 1992 y 2003, las tasas generales de incidencia del cáncer se mantuvieron relativamente estables, si bien en las mujeres las tendencias han mostrado un pequeño aumento anual de 0,3% desde 1987. Durante los años noventa, las tasas de incidencia del cáncer de mama aumentaron lentamente, pero permanecieron iguales en el período de 2001 a 2003. A mediados de los años ochenta, las tasas de incidencia del cáncer colorrectal comenzaron a disminuir tanto en los hombres como en las mujeres, con reducciones comunicadas en los últimos diez años en la mayoría de los grupos étnicos y raciales. En los hombres, las tasas de incidencia del cáncer de los pulmones y los bronquios han disminuido durante más de 20 años, pero en las mujeres continúan en aumento, si bien con más lentitud en los últimos 10 años. La incidencia del cáncer de próstata ha aumentado desde mediados de los años noventa.

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 2006, se estimó que 90.330 hombres y 72.130 mujeres murieron de cáncer de los pulmones. Las defunciones por cáncer de mama (40.970) ocuparon el segundo lugar en el caso de las mujeres y, en los hombres, el segundo lugar correspondió al cáncer de próstata (27.350 defunciones). En 2006, se estima que se produjeron aproximadamente 564.830 defunciones por cáncer en los Estados Unidos, 291.270 de hombres y 273.560 de mujeres.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Durante el período estudiado, Estados Unidos experimentó una serie de desastres naturales. Varios huracanes en el Golfo de México y en las costas del Atlántico y del Pacífico, terremotos cerca de la falla de San Andrés y otras fallas, especialmente en la costa del Pacífico, tornados en los estados de las grandes llanuras e inundaciones en diversas partes del país han dejado a su paso víctimas mortales, lesiones, alteraciones de la vida cotidiana y grandes daños en las propiedades. Como muchos otros sectores, los servicios públicos y privados de atención de salud tuvieron que responder a esas catástrofes.

En 2005, se declararon 48 situaciones graves de desastre. Las tormentas invernales obligaron a siete estados a declararse en situación de desastre de grandes proporciones. En Puerto Rico y en 20 estados se desataron tormentas estacionales, incluidas tormentas tropicales e inundaciones, que llevaron a la declaración de situación de desastre. Tres estados fueron azotados por tornados y en 11 estados los incendios forestales causaron una extensa destrucción. En Samoa Norteamericana se declaró situación de desastre a causa de un ciclón y las Islas Marianas del Norte fueron asoladas por un tifón. Los huracanes condujeron a la declaración de situación de desastre en seis estados. El huracán Katrina, un poderoso huracán de categoría 3 en la escala de Saffir-Simpson, fue una de las tormentas más devastadoras que arrasara las cos-

tas estadounidenses en los últimos 100 años y figura entre los peores desastres naturales en la historia del país. El huracán obligó a evacuar la ciudad de Nueva Orleans y esta fue la primera vez que se realizó la evacuación completa de una ciudad estadounidense importante. Los efectos tierra adentro incluyeron fuertes vientos e inundaciones en varios estados y una extensa destrucción en los estados de Alabama, Florida, Louisiana y Mississippi. El daño infligido por el huracán a individuos y familias desmembradas fue inmenso y se estima que hubo más de 1.800 defunciones directa o indirectamente causadas por Katrina, un total de defunciones que es el más alto causado por un desastre natural en el país desde el huracán que en 1928 azotó el sur de Florida. El daño provocado por Katrina se agravó cuando poco después el huracán Rita tocó tierra cerca de la frontera entre Texas y Louisiana. El impacto de estos huracanes puso de manifiesto el sinnúmero de desafíos que plantean los desastres naturales y la respuesta a este desastre ayudará a orientar futuras actividades de respuesta y preparativos para situaciones de emergencia médica y de salud pública. La importancia de este suceso no debe ser subestimada, dado que se pronostica una fase activa de huracanes en la cuenca del Atlántico para los próximos 10 a 20 años.

Violencia y otras causas externas

En los Estados Unidos, el hogar ocupa el segundo lugar como sitio donde con más frecuencia se producen lesiones mortales no intencionales; los accidentes de tránsito terrestre están en primer lugar. Más de 18.000 personas mueren cada año en los Estados Unidos a causa de lesiones no intencionales producidas en el hogar. Las caídas son la causa de una tercera parte de las defunciones por lesiones no intencionales en el hogar. Los hombres sufren más lesiones mortales no intencionales en el hogar que las mujeres, pero estas sufren un número ligeramente mayor de lesiones no mortales en el hogar que los hombres. Las tasas más altas de defunción por lesiones no intencionales en el hogar corresponden a los adultos mayores y en las personas de por lo menos 80 años de edad las tasas son más de 20 veces más altas que en sus homólogos más jóvenes.

Las víctimas de los traumatismos más graves son asistidas en los servicios de urgencias de los hospitales. En 2004, hubo más de 41 millones de consultas relacionadas con traumatismos en los servicios de urgencias de los Estados Unidos. En ese mismo año, casi 21% del total de traumatismos tratados en los servicios de urgencias fueron el resultado de caídas. Los accidentes de transporte terrestre representaron casi 11% de los casos de traumatismos tratados en los servicios de urgencias. Además, en esos servicios hubo 2,3 millones de consultas relacionadas con traumatismos por incidentes de violencia, de los cuales más de 75% se vincularon con una agresión y cerca de 23% fueron lesiones autoinfligidas.

La violencia es un problema importante en Estados Unidos. Afecta a las personas en todas las etapas de la vida, desde los lactantes a las personas de edad avanzada. En 2003, 17.732 personas murieron víctimas de un homicidio y 31.484 se suicidaron. El nú-

mero de defunciones violentas refleja solo parte de la historia. Muchas más personas sobreviven a estos hechos de violencia, pero con cicatrices físicas y emocionales permanentes. La violencia también socava las comunidades al reducir la productividad, disminuir el valor de las propiedades y desorganizar los servicios sociales.

Se estima que, en 2004, los residentes estadounidenses de 12 o más años de edad fueron víctimas de 5,2 millones de delitos violentos (agresión sexual y violación, robo, agresión simple y agresión con agravante). En general, las tasas agregadas de delitos violentos disminuyeron en 9% entre 2001–2002 y 2003–2004. En conjunto, las estimaciones de los cambios en un año (2003 a 2004) y dos años (2001 a 2002 y 2003 a 2004) indican que las tasas de delitos permanecieron estables en los niveles más bajos registrados desde 1973. De todos los delitos violentos que informaron las víctimas en 2004, aproximadamente 4,6 millones fueron agresiones simples o con agravantes, 600.000 fueron casos de robo y 200.000, casos de agresión sexual y violación. En 2004, los hombres y los jóvenes, que históricamente han sido el sector más vulnerable a la victimización violenta, continuaron presentando tasas más elevadas de victimización que el resto de la población. En 2004, en 22% del total de delitos violentos estuvieron involucrados delincuentes armados. La presencia de un arma se relacionó con el tipo de delito. Por ejemplo, era menos probable que fueran cometidos por un delincuente armado los incidentes de violación y agresión sexual (8%), en comparación con los robos (46%). El tipo de arma también varió según el tipo de violencia: en 19% de los incidentes de robo estuvo presente un arma de fuego, en comparación con 5% de los incidentes de agresión. La tasa de violencia con un arma de fuego disminuyó considerablemente entre 1993 y 2004 (de 5,9 a 1,4 victimizaciones por 1.000 personas de 12 o más años de edad).

En 2003, el año para el que se cuenta con datos más completos, el FBI informó un total de 16.500 asesinatos u homicidios dolosos, cifra que implicó un aumento de 1,7% con respecto a 2002. A pesar de que la tasa de homicidios cambia de un año a otro, la relación entre las características de la víctima y el homicidio tiende a mantenerse constante. En ese mismo año, 78% de las víctimas de homicidio fueron hombres. Cuando se determinó la raza de las víctimas, un poco menos de 49% eran blancos, un porcentaje similar eran negros y menos de 3% eran de otras razas. Por lo general, los homicidios son cometidos entre personas de la misma raza. Con mayor frecuencia, los delincuentes fueron hombres (90%) y adultos (92%). Cuando se dispuso de información sobre la relación entre la víctima y el delincuente, se determinó que 78% de los delincuentes eran conocidos por las víctimas; 29% de los homicidios se originaron en una disputa. En 71% de los homicidios se utilizaron armas de fuego.

El promedio anual de víctimas de violación en 2003–2004 fue de 65.510, una disminución de 27,9% en relación con 2001–2002. En todo el país, casi 63 mujeres por 100.000 informaron que habían sido violadas en 2000. Las zonas metropolitanas tuvieron

tasas de 65 violaciones forzadas por 100.000 mujeres y los condados más rurales tuvieron tasas de 43 por 100.000. Entre 1999 y 2000, en las ciudades se observó un incremento de 1,5% en las violaciones informadas, mientras que en las zonas suburbanas se produjo una disminución de casi 1%. Las tasas en los condados rurales permanecieron prácticamente sin modificaciones. De todas las violaciones forzadas, 12% fueron cometidas por jóvenes.

En 2004, hubo una disminución de la frecuencia de agresiones con agravantes notificadas a las autoridades locales. Los condados no metropolitanos tuvieron la tasa de agresiones con agravantes más baja, con 171 delitos por 100.000 habitantes; las ciudades tuvieron la más alta, con 344 delitos, y los suburbios se ubicaron en una posición intermedia, con 234 delitos.

Salud oral

La salud oral del país está mejor que nunca, pero, aun así, en Estados Unidos las enfermedades orales son frecuentes. El país invierte alrededor de US\$ 60.000 millones anuales en servicios odontológicos, que incluyen aproximadamente 500 millones de visitas a consultorios dentales. Las personas que más padecen problemas de salud oral son los estadounidenses pobres, en especial los niños y los adultos mayores. Los integrantes de grupos étnicos y raciales también sufren una cantidad desproporcionada de problemas de salud oral. Asimismo, las personas con discapacidades y afecciones médicas complejas están expuestas a un riesgo mayor de padecer enfermedades bucodentales, que posteriormente pueden agravar su salud.

La mayoría de los adultos muestran algún signo de enfermedad de las encías. Las formas graves de esta enfermedad afectan a aproximadamente 14% de los adultos de 45 a 54 años. Más de una tercera parte de los adultos (de 18 o más años de edad) que viven en situación de pobreza tienen por lo menos un diente cariado sin tratar, en comparación con 16% de los adultos que no están en esa situación. Los adultos mayores estadounidenses con dificultades económicas o que sufren una discapacidad, están confinados en su hogar o internados en una institución y no cuentan con seguro médico, están expuestos a un riesgo mayor de tener mala salud oral.

La caries dental es una de las enfermedades infecciosas crónicas más frecuentes en la población infantil estadounidense. En los niños de familias de bajos ingresos, casi 30% de las caries no son tratadas. El porcentaje de niños y adolescentes de familias de bajos ingresos con caries sin tratar (20%) es más de dos veces superior al de sus homólogos de familias con ingresos más altos (8%).

Cada año se diagnostican más de 30.000 casos de cáncer de la cavidad bucal y la faringe y aproximadamente 7.400 personas mueren a causa de estas enfermedades.

Enfermedades emergentes y reemergentes

Las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes representan una amenaza permanente en los Estados Unidos. A

pesar de que los avances modernos han permitido controlar ciertas enfermedades, los brotes del síndrome respiratorio agudo grave (SARS) y la viruela del mono en 2003 y el aumento de la resistencia a los medicamentos antimicrobianos, en especial de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA, por su sigla en inglés), son recordatorios recientes de la extraordinaria capacidad de los microbios de adaptarse y evolucionar.

Durante el brote de SARS en 2003, en los exámenes de laboratorio de ocho personas en Estados Unidos se encontraron pruebas de que el SARS había sido causado por un coronavirus nuevo (SARS-CoV). Estas personas habían viajado a Estados Unidos desde otras partes del mundo. En ese mismo año, hubo 37 casos confirmados y 10 casos probables de viruela del mono en seres humanos. La mayoría de estas personas se enfermaron después de tener contacto con marmotas de las praderas mantenidas como mascotas, que estaban infectadas con la viruela del mono. Esta fue la primera vez que se registró un brote de viruela del mono en los Estados Unidos.

Según estudios recientes, casi 60% de las infecciones de la piel en pacientes adultos asistidos en servicios de urgencias de 11 ciudades estadounidenses fueron causadas por MRSA y las infecciones invasivas por MRSA (tanto las vinculadas con centros de atención de salud como las resultantes de la propagación en la comunidad) están aumentando en las comunidades donde se efectúa el seguimiento de las cifras. Los datos indican que entre 8% y 20% de los aislados clínicos de MRSA están vinculados con la comunidad.

También surgieron amenazas mundiales, incluida la posibilidad de una epidemia de influenza aviaria capaz de infectar a seres humanos mediante el contacto directo con aves infectadas. Esta forma de influenza, la influenza A (causada por el virus subtipo H5N1), apareció por primera vez en el hombre en Hong Kong en 1997 y, desde entonces, ha infectado a más de 200 personas en Asia, con una tasa de mortalidad de más de 50%. La amenaza de la influenza A (por el H5N1) o de otro virus nuevo de la influenza que pudiera ocasionar una pandemia ha llevado a los Estados Unidos a realizar numerosas actividades de preparación, orientadas a prevenir o retrasar una posible pandemia.

La morbilidad y la mortalidad causadas por agentes químicos, biológicos, radiológicos y nucleares también surgieron como amenazas para la salud. En octubre de 2001, se presentó el primer caso de inhalación de ántrax en Estados Unidos desde 1976, en un trabajador de una empresa de medios de comunicación de Florida. A raíz de esto, se inició una investigación nacional con el objeto de identificar otros casos y determinar posibles casos de exposición a *Bacillus anthracis*. Se intensificó la vigilancia para identificar casos nuevos, definidos como una enfermedad clínicamente compatible con la infección por *B. anthracis* confirmada en el laboratorio. Desde el 4 de octubre al 20 de noviembre de 2001, se identificaron 22 casos de ántrax (11 por inhalación y 11 por transmisión cutánea); 5 de los casos por inhalación fueron mortales. Veinte pacientes (91%) estuvieron en contacto con

correspondencia contaminada o estuvieron expuestos en lugares de trabajo donde se procesó o recibió correspondencia contaminada. Se aisló *B. anthracis* en cuatro sobres que contenían el polvo y en 17 muestras de pacientes; no fue posible determinar mediante la subtipificación molecular la presencia del bacilo en 106 muestras ambientales. Los casos de enfermedad y defunción no se produjeron solamente en lugares de trabajo específicos sino también a lo largo del trayecto de la correspondencia y en otros entornos. Desde que ocurrió este incidente, los Estados Unidos han realizado considerables esfuerzos por intensificar la vigilancia y organizar y establecer medidas preventivas contra las amenazas químicas, biológicas, radiológicas y nucleares.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

Si bien a fines de los años noventa no hubo reformas fundamentales del sistema de salud, se realizaron algunos ajustes importantes y se asumieron nuevos compromisos para satisfacer las necesidades cambiantes.

A partir de 2006, a los beneficiarios de Medicare se les brindó una cobertura para los medicamentos recetados; para mayo de ese año, 90% de los afiliados a Medicare recibían la cobertura. La mayoría de las personas pagan una prima mensual por esta cobertura, que reduce los costos de los medicamentos con recetas y protege contra aumentos futuros. La cobertura para medicamentos recetados de Medicare es un plan de seguro: las compañías privadas proporcionan la cobertura y los beneficiarios eligen el plan de medicamentos y pagan la prima mensual.

En 2005, el Congreso y el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos tomaron medidas para abordar el problema del costo creciente de la atención a largo plazo para las personas con discapacidades (incluidos los adultos mayores). Si bien la mayoría de las personas que necesitan asistencia a largo plazo dependen de los cuidados no remunerados prestados por familiares y amigos, el costo medio de una habitación privada en un hogar de ancianos es de US\$ 70.000 al año. El más grande prestador público de cuidados a largo plazo en los Estados Unidos es el programa Medicaid, un organismo federal y estatal que cubre la atención en instituciones y en la comunidad de las personas con discapacidades y los adultos mayores con bajos ingresos. En 2004, los gastos de Medicaid en cuidados a largo plazo fueron de US\$ 47.300 millones. Medicare, el programa de seguro de salud para las personas adultas mayores y con discapacidades, generalmente no cubre los cuidados a largo plazo, excepto durante un período reducido de estadía posterior a una enfermedad aguda. Una fuente relativamente nueva de financiamiento para la asistencia a largo plazo es el seguro de cuidados a largo plazo. Desde 1987 hasta 2002, se vendieron aproximadamente 9,2 millones de pólizas para cuidados a largo plazo y, en 2004, se pagaron prácticamente US\$ 5.600 millones por beneficios. Como el Congreso promulgó

varias reformas claves con el fin de alentar a los estadounidenses a planificar por adelantado para una posible necesidad de asistencia a largo plazo (por ejemplo, mediante la adquisición de un seguro de cuidados a largo plazo), el número de tenedores de pólizas privadas está aumentando con un ritmo acelerado.

Después de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 y de los huracanes de 2005, los preparativos para emergencias se han convertido en un área de fundamental interés a nivel federal, estatal y comunitario y se ha logrado un gran progreso en ese sentido. En 2004 y 2005, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos suministró más de US\$ 2.000 millones a los estados, territorios y localidades para fortalecer su capacidad de respuesta al terrorismo y otras situaciones de emergencia de salud pública. Los fondos se utilizarán para apoyar el Plan Nacional de Respuesta con el fin de intensificar la vigilancia de las enfermedades infecciosas, mejorar la preparación de los hospitales y los sistemas de atención de la salud para atender a grandes cantidades de víctimas, ampliar la capacidad de los servicios de comunicación y de laboratorio de salud pública y optimizar la conexión entre los hospitales y los departamentos de salud estatales y locales para aumentar la notificación de datos sobre las enfermedades.

En 2003, entraron en vigencia las primeras normas federales que protegen la privacidad de las historias clínicas de los pacientes y otra información de salud proporcionada a los planes de salud, los médicos, los hospitales y otros prestadores. Las normas fueron elaboradas por el Departamento de Salud y Servicios Sociales y brindan a los pacientes acceso a sus registros médicos y un mayor control sobre el empleo y la divulgación de la información personal de salud. Constituyen medidas federales y uniformes de protección de la privacidad de los usuarios de todo el país y limitan las formas en que los planes de salud, las farmacias, los hospitales y otras entidades incluidas pueden utilizar la información médica personal del paciente. Las disposiciones protegen las historias clínicas y otra información de salud de carácter personal conservada por escrito, en medios informáticos o comunicada verbalmente. La ley que establece estas medidas de protección de la privacidad también promueve las transacciones electrónicas.

Finalmente, en los sectores público y privado es cada vez mayor el reconocimiento de que se pueden realizar mejoras significativas en la calidad de la atención de salud y la continuidad y eficiencia de la asistencia mediante el empleo de tecnología de la información. Se han iniciado varias actividades para respaldar la adopción de esta tecnología. En abril de 2004, el Presidente firmó un decreto donde se reconoce la necesidad de desarrollar y aplicar en todo el país una infraestructura de tecnología interoperable de información sanitaria y se crea el cargo de Coordinador Nacional de Tecnología de la Información Sanitaria en el Departamento de Salud y Servicios Sociales. Se prevé que la nueva infraestructura se establecerá como una entidad pública y privada conjunta, descentralizada y vinculada mediante normas.

Organización del sistema de salud

El sistema de salud de los Estados Unidos es en realidad un conjunto de sistemas de diversa complejidad. Los gobiernos federal, estatales y locales han definido, a menudo de común acuerdo, 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 lo general, los servicios directos de atención de salud son prestados por el sector privado. Muchos de los servicios gubernamentales y no gubernamentales comparten los fondos públicos, el asesoramiento técnico, las normas de reglamentación y la investigación en salud proporcionados por los gobiernos federal, estatales y locales.

El Gobierno Federal administra varios programas, supervisa la investigación y ofrece orientación y asesoramiento técnicos, capacitación, financiamiento y otros recursos de salud pública, principalmente por medio del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. El Departamento con frecuencia trabaja por medio de programas gubernamentales locales y estatales y con otros asociados. Muchas otras organizaciones del Gobierno Federal que están fuera de la jurisdicción del Departamento, como el Organismo de Protección Ambiental, la Administración del Seguro Social, el Departamento de Agricultura, el Departamento de Transporte y el Departamento de Seguridad Interna, también trabajan activamente para procurar la salud y la seguridad de la población.

La responsabilidad de los problemas individuales de atención de la salud está mucho más descentralizada. El gobierno proporciona un seguro médico a los grupos muy vulnerables, como algunas familias en situación de pobreza, personas con discapacidades y adultos mayores. No obstante, la mayoría de las personas adquieren cobertura privada de seguro médico por medio de sus empleadores o por cuenta propia y queda a discreción del empleador o del interesado buscar un seguro en el mercado.

Los servicios directos de atención de salud, incluida la atención primaria, secundaria y terciaria, son prestados principalmente por medio de miles de hospitales y consultorios médicos del sector privado en todo el país. El Gobierno Federal financia directamente otros hospitales y dispensarios que brindan servicios de atención de salud al personal militar, los veteranos de guerra, los indígenas estadounidenses y los naturales de Alaska.

Servicios de salud pública

En general, los gobiernos locales y estatales administran o fiscalizan los servicios de disponibilidad universal, como el abastecimiento de agua potable y la evacuación municipal de desechos sólidos. Los asuntos de salud que trascienden las fronteras locales y estatales —como la contaminación del aire, la inocuidad de los alimentos y los suplementos alimentarios para las poblacio-

nes vulnerables— normalmente son reglamentados por los gobiernos federal y estatales. La calidad de la atención de salud y la acreditación de los profesionales de la salud suelen ser responsabilidad de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro y de los gobiernos estatales.

Entre muchas otras funciones normativas, administrativas y de asesoramiento, los gobiernos locales y estatales han asumido la responsabilidad de la vigilancia epidemiológica, la reglamentación para el control de los medicamentos, la seguridad de los dispositivos, la seguridad en el lugar de trabajo, las normas sobre la contaminación del agua y el aire y los comportamientos que garantizan la seguridad, como el uso del cinturón de seguridad y los límites de velocidad. Los gobiernos federal, estatales y locales también responden a los brotes de enfermedades y otras situaciones sanitarias de emergencia, como los desastres naturales y las catástrofes causadas por el hombre.

Promoción de la salud

El Gobierno Federal continúa su ambiciosa campaña de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. La iniciativa “Gente sana 2010” establece un amplio programa a escala nacional encaminado a mejorar la salud de toda la población de los Estados Unidos en el primer decenio del siglo XXI. La campaña se dedica a promover la salud y prevenir las enfermedades, las discapacidades y las muertes prematuras. La iniciativa tiene dos metas generales: ayudar a las personas de todas las edades a mejorar la calidad de vida y aumentar el número de años de vida saludable, y eliminar las disparidades en materia de salud, ya sean en razón del sexo, la raza o el origen étnico, la educación o el ingreso, la discapacidad, la ubicación geográfica o la orientación sexual.

“Gente sana 2010” abarca casi 500 objetivos agrupados en 28 áreas de interés. Muchos objetivos se concentran en intervenciones para reducir o eliminar la morbilidad, la discapacidad o la muerte prematura; otros se refieren a cuestiones más amplias como un mejor acceso a atención de salud de calidad, el fortalecimiento de los servicios de salud pública y una mayor disponibilidad de información relacionada con la salud. Esta campaña busca la cooperación de las comunidades, los sectores privados filantrópicos y con fines de lucro y las dependencias gubernamentales con el fin de reducir los factores de riesgo identificados y mejorar los factores de protección para minimizar la incidencia de las condiciones insalubres y las enfermedades.

Recursos humanos

En 2004, había más de 17 millones de empleos en el sector salud o en actividades fuera del sector vinculadas con la salud, que representaban casi 12% del total de la fuerza laboral de los Estados Unidos. En esos empleos se desempeñaban aproximadamente 2,4 millones de enfermeras tituladas, 1,45 millones de auxiliares de enfermería, 1,3 millones de ayudantes de salud para

asistencia personal o domiciliaria, 567.000 médicos, 230.000 farmacéuticos y 150.000 dentistas.

Teniendo en cuenta que la atención de la salud es el sector de empleo de mayor crecimiento en el país, la Oficina de Estadísticas Laborales de los Estados Unidos estimó que, entre 2004 y 1994, el sector de atención de salud crecería más de 27%, en comparación con un crecimiento inferior a 12% en todos los demás sectores de empleo. Dentro de la atención de la salud, se prevé que el crecimiento más rápido corresponderá a empleos en la atención domiciliaria y en consultorios de profesionales de la salud, en particular en los consultorios de los médicos. Se espera que las ocupaciones en el campo de la salud en las que se agregarán más puestos de trabajo nuevos serán las de las enfermeras tituladas (703.000 puestos nuevos), los ayudantes de salud para asistencia domiciliaria (350.000 puestos nuevos) y los auxiliares de enfermería (325.000 puestos nuevos). También se necesitarán más de 200.000 médicos y 100.000 farmacéuticos para ocupar los puestos nuevos y para reemplazar a quienes se jubilan.

La mayoría de las fuentes reconocen que existe una grave escasez de personal de enfermería, que posiblemente se acentúe con el envejecimiento de la población. Se mencionan como factores agravantes los problemas vinculados con el reembolso, las condiciones de trabajo y los requisitos normativos.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

El gobierno y el sector privado dedican cuantiosos recursos humanos y económicos a la investigación directa e indirecta en salud, incluidos temas como la biomedicina, los productos farmacéuticos, las políticas y los sistemas de salud, la inocuidad de los alimentos y los productos y la salud agrícola y ambiental. Este trabajo está vinculado con el de numerosas instituciones gubernamentales y organismos del sector empresarial y entidades sin fines de lucro.

En 2005, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos invirtió más de US\$ 30.000 millones en investigación, experimentación y evaluación, incluidas las inversiones en investigaciones médicas, de salud pública y sobre inocuidad de los alimentos y seguridad de los fármacos. Los Institutos Nacionales de Salud invierten más de US\$ 27.000 millones anuales en investigaciones médicas; 80% de esa cantidad se distribuyen por medio de casi 50.000 subvenciones otorgadas mediante concursos a más de 212.000 investigadores de más de 2.800 universidades, escuelas de medicina y otras instituciones de investigación de los estados y de todo el mundo. Otro 10% del presupuesto de los Institutos financia proyectos que llevan a cabo aproximadamente 6.000 científicos en los laboratorios de los Institutos.

Dentro del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) invierten más de US\$ 650 millones en investigaciones encaminadas a abordar los problemas de salud y seguridad, incluida la investigación de salud pública sobre enfer-

medades infecciosas emergentes, las amenazas ambientales, el envejecimiento de la población y las opciones de modos de vida. Otra dependencia del Departamento es la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), que realiza investigaciones y actividades de normatividad para asegurar la inocuidad de los alimentos, los medicamentos, los dispositivos y los cosméticos. La FDA invierte más de US\$ 140 millones en investigación. Otras importantes áreas de investigación dentro del Departamento de Salud y Servicios Sociales son la calidad de la atención de salud, el envejecimiento y los servicios de salud mental.

Si bien la investigación básica es realizada por el gobierno, la mayoría de las investigaciones sobre equipo médico y farmacéutico son financiadas por las compañías que fabrican estos productos. Una organización privada que representa a las compañías de biotecnología y de investigación farmacéutica más importantes del país estimó que, considerando la industria en su totalidad, se destinaron a la investigación US\$ 51.300 millones en 2005.

Gasto y financiamiento sectorial

En 2004, Estados Unidos gastó US\$ 1.900 millones en atención de salud. En ese mismo año, la proporción del PIB destinada a gastos de salud creció 0,1% y llegó a 16%. Este porcentaje reflejó un aumento inferior al experimentado en los últimos años, debido a que el crecimiento económico en 2004 avanzó con el ritmo más rápido registrado desde 1989. Los gastos de salud per cápita se incrementaron de US\$ 4.539 anuales en 2000 a US\$ 6.280 anuales en 2004. En este último año, el gasto en salud aumentó 7,9%, porcentaje inferior al 8,2% de 2003 y al 9,1% de 2002.

Si bien en 2004 el gasto privado siguió representando la porción más grande del gasto en salud (US\$ 1,03 billones, en comparación con el gasto federal y estatal total de US\$ 847.000 millones), el gasto federal y estatal en atención de salud aumentó 8,2%. La cobertura de Medicare encabezó la lista del gasto público con US\$ 309.000 millones, seguida de cerca por Medicaid, con US\$ 291.000 millones.

El gobierno ofrece cobertura de seguro de salud a la población elegible que vive en situación de pobreza (principalmente por medio de Medicaid), a las personas de 65 o más años de edad (principalmente por medio de Medicare) y a los miembros de las fuerzas armadas. En 2004, el Gobierno Federal aportó US\$ 600.000 millones para gastos de salud y los gobiernos locales y estatales invirtieron otros US\$ 247.000 millones. En el año

2004, cerca de 88% de las personas con un seguro de salud privado estaban en algún plan relacionado con el empleo.

La proporción de la población con cobertura de seguro gubernamental aumentó de 24,7% en 2000 a 27,3% en 2005. Esta modificación de la cobertura gubernamental obedeció fundamentalmente al aumento del porcentaje de la población con cobertura de Medicaid, que ascendió de 10,6% en 2000 a 13%, equivalentes a 38,1 millones de personas, en 2005. La cobertura de Medicare para los adultos mayores se mantuvo relativamente estable durante el decenio, con 42,5 millones de beneficiarios en 2005. Aproximadamente nueve millones de miembros de las fuerzas armadas de los Estados Unidos reciben atención de salud por medio del programa de atención médica para militares, TRICARE.

En 2004, los prestadores privados desempeñaron un papel más importante en la reducción del gasto que los prestadores públicos. El crecimiento del gasto privado disminuyó a 7,6% en 2004, en comparación con 8,6% en 2003. En 2004, los pagos directos crecieron 5,5% menos que el crecimiento del gasto agregado en salud y menos que las primas de los seguros privados, tanto en conjunto como por asegurado. En ese mismo año, la prima de seguro médico privado por asegurado creció 8,4%, en comparación con el crecimiento de 11,5% en 2002 y de 10,4% en 2003.

Desde el año 2000 y en coincidencia con una mayor proporción del aumento del gasto en servicios hospitalarios, ha disminuido la proporción del crecimiento del gasto personal en salud vinculado con los medicamentos recetados. Entre 1997 y 2000, los medicamentos recetados representaron 23% del gasto personal en salud, pero en 2002–2004, solo representaron 14% del gasto. Desde 1997 a 2000, el gasto en servicios de hospital constituyó 28% del crecimiento del gasto personal en salud, pero, en 2002–2004, aumentó a 38%.

El desembolso por servicios hospitalarios representó casi una tercera parte de los gastos nacionales en salud; el crecimiento de estos gastos en 2004 equivalió a 33% del aumento general del gasto de salud. En 2004, el gasto en medicamentos recetados se incrementó en 8,2%, en comparación con el crecimiento de 10,2% en 2003 y de 14,3% en 2000–2002. En 2004, el gasto en medicamentos recetados constituyó casi 11% del gasto en salud. El pago por servicios prestados por los médicos representó 21% del gasto en salud en 2004. En este último año, los costos totales de los cuidados a largo plazo prestados a los adultos mayores fueron de US\$ 211.400 millones.

FRONTERA DE ESTADOS UNIDOS Y MÉXICO



La línea fronteriza entre los 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 la Paz, la franja fronteriza quedó definida legalmente en 100 kilómetros (62,5 millas) a cada lado del límite internacional.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Las zonas fronterizas de los dos países comparten características ambientales, sociales, económicas, culturales y epidemiológicas entre sí, pero funcionan bajo diferentes políticas, normas y reglamentos.

La frontera de Estados Unidos y México está formada por 10 estados,¹ 48 condados de los Estados Unidos, 80 municipios mexicanos y 14 pares de ciudades hermanas,² que constituyen una población total de un poco más de 13 millones de habitantes. En general, aunque obviamente hay excepciones, los determinantes de la salud en el lado mexicano de la frontera muestran condiciones más favorables que en el país en general. Se observa lo contrario a lo largo del lado estadounidense de la frontera, donde los determinantes de la salud suelen ser peores que en el país en general.

Determinantes sociales, políticos y económicos

La frontera de Estados Unidos y México es la más transitada del mundo. Según el Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos, en 2002 más de 190 millones de personas ingresaron a los Estados Unidos desde México por medio de 24 puertos de entrada oficiales. Según la información publicada en línea por *Economic Development America*, en 2004, cerca de 60% de los 500 millones de visitantes admitidos en los Estados Unidos entraron a través de la frontera, al igual que 90 millones de automóviles y 4,3 millones de camiones. Este tránsito humano y vehicular es un gran contribuyente a los US\$ 638 millones de ingresos por concepto de comercio realizado a lo largo de la frontera a diario. Los datos de la Dirección de Estadísticas de Transporte del

Departamento de Transporte de los Estados Unidos indicaron que el número de camiones que ingresaron a los Estados Unidos en 2005 aumentó a 4,9 millones y que esa cifra osciló entre 40.042 (0,8% del total de cruces de camiones) en Nuevo México y 3.275.563 (66% del total de cruces de camiones) en Texas.

México es el tercer socio comercial de los Estados Unidos; los Estados Unidos son el principal socio comercial de México. En 2003, las exportaciones de México a los Estados Unidos ascendieron a US\$ 146,8 trillones y sus importaciones de los Estados Unidos en el mismo período fueron de US\$ 105,7 trillones. Las maquiladoras de México (plantas manufactureras que importan materia prima y piezas para fabricación o ensamblaje con mano de obra mexicana y posterior exportación de los productos acabados), se han convertido en el mayor elemento de comercio de los Estados Unidos con México y son un motor de crecimiento en la zona fronteriza. Casi todas las maquiladoras son propiedad de los Estados Unidos e importan la mayoría de sus piezas de proveedores estadounidenses.

Con la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC) y la consecuente abolición de la mayoría de las barreras para el comercio y las inversiones entre Canadá, México y los Estados Unidos, la tasa de desarrollo industrial a lo largo de la frontera floreció aún más: en 1990, había unas 1.700 plantas en funcionamiento en México; ya en 2001, ese número había ascendido a casi 3.800 maquiladoras, de las cuales 2.700 estaban situadas en los estados fronterizos. Se estima que en 2004 más de un millón de mexicanos trabajaban en más de 3.000 maquiladoras situadas a lo largo de la frontera.

A pesar del extraordinario grado de interdependencia transfronteriza, el desarrollo económico a lo largo de la frontera es desigual. Por ejemplo, los estados fronterizos de México tienen menores tasas de desempleo y mayores salarios en comparación con las otras regiones del país. Los estados fronterizos de México también tienen las tasas de pobreza más bajas y las tasas de alfabetismo más altas del país.

En las condiciones imperantes en los Estados Unidos se observa lo contrario: cuatro de las siete ciudades más pobres y cinco de los condados más pobres de los Estados Unidos están localizados en Texas a lo largo de la frontera mexicana. En general, los condados del lado estadounidense han experimentado un aumento en el desempleo y una reducción del ingreso per cápita en

¹ Del lado de México: Baja California, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas. Del lado de los Estados Unidos: Arizona, California, Nuevo México y Texas.

² San Diego/Tijuana (California/Baja California), Calexico/Mexicali (California/Baja California), Yuma/San Luis (Arizona/Sonora), Nogales/Nogales (Arizona/Sonora), Naco/Naco (Arizona/Sonora), Douglas/Agua Prieta (Arizona/Sonora), Columbus/Puerto Palomas (Nuevo México/Chihuahua), El Paso/Ciudad Juárez (Texas/Chihuahua), Presidio/Ojinaga (Texas/Chihuahua), Del Río/Ciudad Acuña (Texas/Coahuila), Eagle Pass/Piedras Negras (Texas/Coahuila), Laredo/Nuevo Laredo (Texas/Tamaulipas), McAllen/Reynosa (Texas/Tamaulipas), y Brownsville/Matamoros (Texas/Tamaulipas).

los últimos 30 años. Por ejemplo, en la ciudad de El Paso, Texas, la pobreza duplica el promedio nacional y el ingreso promedio equivale a una tercera parte de la cifra nacional. El nivel de escolaridad de la población en los condados de la frontera estadounidense también es menor que en otras partes del país. En toda la nación, el porcentaje de personas sin educación intermedia es de 0,5%, frente a 22,1% en Luna, 21% en el Condado de Presidio y 20,1% en Maverick.

A pesar de los beneficios del creciente comercio entre México y los Estados Unidos, el auge ha tenido su lado desfavorable, como por ejemplo un aumento del tránsito vehicular de carga en las dos naciones, lo que puede exacerbar el riesgo de contaminación ambiental y las lesiones relacionadas con el tránsito. Además del comercio oficial, hay redes transfronterizas de comercio informal y aun ilegal. Por una parte, está el narcotráfico: según la Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos, 65% de la cocaína consumida en los Estados Unidos entra a través de la frontera mexicana, y casi 100% de la heroína producida en México y América del Sur se destina a mercados de los Estados Unidos. Por otra parte, existe un próspero mercado de neumáticos usados que se acumulan por millones en varios vertederos en todas las ciudades fronterizas mexicanas.

Si bien el crecimiento económico ha contribuido sin duda a un mayor índice de empleo, la infraestructura de la zona fronteriza no ha logrado ponerse a la altura. Además, la llegada de millones de nuevos residentes del interior de México y de otras partes de América Latina a la zona fronteriza, atraídos por la promesa de empleos y de una vida mejor, impone una carga aún más pesada a los ya escasos recursos existentes, incluso a los vineulados con la atención de salud.

Las enfermedades infecciosas se propagan con facilidad a través de la frontera permeable, a medida que centenares de miles de personas cruzan la frontera en viajes de ida y regreso. Aunque hace algunos años la zona fronteriza era principalmente rural, se está urbanizando con rapidez, lo cual acarrea el peligro de todas las enfermedades de las grandes ciudades causadas por la contaminación, el estrés y los malos hábitos de alimentación. Como muchas naciones emergentes, la frontera de Estados Unidos y México debe hacer frente a la doble carga de las enfermedades transmisibles que van acompañadas de padecimientos crónicos.

Las cuestiones de salud ambiental son, con mucho, los problemas más acuciantes en la zona fronteriza, entre los que se destacan la calidad deficiente del aire, la escasez y contaminación del agua, la contaminación por plomo y los sistemas inadecuados de evacuación de desechos, por citar solo algunos. El agua es el recurso máspreciado en una gran parte de la frontera que es principalmente árida. La contaminación del aire se sitúa entre los peores problemas ambientales: las concentraciones de partículas siguen excediendo de las normas durante intensos fenómenos meteorológicos, y en la región se siguen realizando muchos proyectos en los que se examinan los efectos sanitarios de la contaminación del aire. La contaminación por ozono también amenaza

a muchas comunidades, aunque la relajación de la norma (de un promedio de una hora a uno de ocho horas) ha reducido el número de casos en que se sobrepasan los límites fijados.

Las comunidades rurales a lo largo de la frontera deben enfrentar una amplia gama de problemas ambientales, entre ellos la contaminación proveniente de actividades agropecuarias, que representa una amenaza para los recursos hídricos superficiales y subterráneos. La contaminación por plaguicidas constituye una amenaza mucho mayor para las zonas donde existe una alta concentración de actividades de explotación agrícola, como en el Valle Imperial y el Valle del Río Bravo. Los programas de vigilancia de la exposición humana están dispersos y carecen de coordinación.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La corriente neta anual de migración mexicana hacia los Estados Unidos aumentó notablemente durante los tres últimos decenios del siglo XX y, después de registrar un promedio anual un poco inferior a 30.000 personas entre 1961 y 1970, ascendió a cerca de 400.000 entre 2001 y 2004. Esta corriente migratoria en continuo crecimiento ha dado origen a una numerosa comunidad de procedencia mexicana residente en los Estados Unidos. Obviamente, este enorme desplazamiento humano tiene repercusiones en la estructura familiar, el empleo y la atención de salud y exige, a todas luces, mayor exploración y estudio.

Según la información de 2004, proveniente de la Iniciativa de Salud México-Estados Unidos, los cuatro estados fronterizos de los Estados Unidos que estuvieron entre los 13 estados con más de 100.000 inmigrantes mexicanos fueron, en orden ascendente, Nuevo México (111.049 inmigrantes mexicanos), Arizona (618.105), Texas (2.356.702) y California (4.026.219). En conjunto, los cuatro tenían más de siete millones de inmigrantes mexicanos residentes en 2005.

En el período 2001-2004, tres cuartas partes de los inmigrantes carecían de documentación apropiada para cruzar la frontera legalmente, cifra que representa un aumento en comparación con menos de la mitad del número de indocumentados en 1993-1997.

Un informe de la Oficina de Rendición de Cuentas del Gobierno de los Estados Unidos sobre inmigración ilegal, presentado al Senado de ese país en agosto de 2006, indicó que se ha duplicado el número de muertes de personas que cruzan la frontera desde 1995. El análisis de los datos mostró que el número anual de muertes aumentó de 241 en 1999 a 472 en 2005 y que la mayor parte de ese aumento ocurrió en el sector de Tucson vigilado por la patrulla fronteriza, que incluye gran parte del desierto de Arizona. Los datos provenientes del Centro Nacional de Estadísticas de Salud para 1990-2003 muestran un cambio importante en las causas de muerte de inmigrantes al cruzar la frontera; las muertes por accidentes de tránsito fueron la principal causa de muerte de inmigrantes al cruzar la frontera a comienzos de la década de

1990, en tanto que desde el final de esos años, la exposición al calor ha sido la principal causa. El aumento del número de defunciones debidas a la exposición al calor en los últimos 15 años se atribuyó a un cambio del tránsito de inmigrantes que, en lugar de realizarse a través de zonas urbanas como San Diego y El Paso, se hace por el desierto, como resultado de la aplicación de la Estrategia de la Frontera del Sudoeste en 1994. Por ser una población itinerante, los inmigrantes indocumentados tienen menos acceso a servicios preventivos y curativos.

Las comunidades fronterizas son predominantemente urbanas y 83% de la población de los condados de San Diego, Pima, El Paso, Hidalgo y Camerón en los Estados Unidos residía en zonas urbanas. Los hispanos representan 40% de la población de los estados fronterizos y 48% de la población en los condados fronterizos es de origen hispano.

Más de 13 millones de personas viven en la zona fronteriza y 53% de ellas viven en el lado estadounidense. Si persisten las tendencias de rápido crecimiento demográfico (en más del doble del crecimiento general en cada país), se prevé que la población total podría alcanzar los 20 millones de habitantes en el año 2020. En los Estados Unidos, según el censo de 2000, el crecimiento general fue de 0,92% en comparación con un promedio de 2,87% en los condados fronterizos. En 2005, con tasas de crecimiento anual que oscilan entre 1,2% y 2,7%, los seis estados fronterizos mexicanos (con un promedio de 1,8%) registraron una tasa de crecimiento más acelerada que la del país, que fue de 1,0%.

Casi 95% de la población fronteriza vive en 14 pares de ciudades hermanas. La metrópolis formada por las ciudades hermanas de Ciudad Juárez y El Paso tiene más de dos millones de habitantes, lo que la convierte en la comunidad fronteriza más grande. Según el censo de 2000, las comunidades fronterizas de crecimiento más acelerado, con un aumento de población cercano a 5% anual, fueron Hidalgo y Reynosa. La población en ambos lados de la frontera es relativamente joven. En 2005, 29% de los residentes en el lado mexicano eran menores de 15 años de edad, proporción un poco menor que la cifra general de 30% en el país. En el lado estadounidense, 23% de la población tenía menos de 15 años, frente a 21% en el país en general. En 2003, la tasa de fecundidad en los estados fronterizos de los Estados Unidos, en su conjunto, fue de 2,4, frente a 2,0 en el país. La tasa global de fecundidad de los estados fronterizos de México en 2005 fue de 2,1, cifra igual a la tasa general en el país.

La esperanza de vida al nacer en los estados fronterizos de los Estados Unidos en 2003 osciló entre 72,2 años (Arizona) y 77,2 años (Texas). La esperanza de vida al nacer en 2005 en los estados fronterizos mexicanos osciló entre 75,8 años (Tamaulipas) y 76,6 años (Baja California), cifras mayores que la nacional de 75,4 años. Las mujeres vivieron de 4,4 a 5,3 años más que los hombres.

En 2003, la tasa bruta de mortalidad en los cuatro estados fronterizos de los Estados Unidos fue inferior a la de 842 defunciones por 100.000 habitantes en los Estados Unidos en general:

Texas, 700; California, 675; Arizona, 778; y Nuevo México, 790. Cabe señalar que entre 1992 y 1994, las tasas brutas de mortalidad en los estados fronterizos de los Estados Unidos fueron de 60% a 70% mayores que las tasas estandarizadas por edad correspondientes a la población del mundo en general. A partir de la evaluación de las tasas de mortalidad, la población del lado mexicano de la frontera es más joven que la del lado estadounidense. Se prevé que esta tendencia se mantendrá durante 2001–2005. En 2003, las tasas brutas de mortalidad por 100.000 habitantes muestran que tres estados fronterizos en el lado mexicano, a saber: Coahuila (477), Chihuahua (540) y Sonora (506), tuvieron tasas mayores que la cifra nacional de ese país (470); la menor tasa se observó en Tamaulipas, con 430.

Entre 1992 y 1994, las tasas estandarizadas por edad en los estados fronterizos mexicanos fueron de 25% a 37% mayores que las tasas brutas correspondientes. Se prevé esta misma tendencia general para 2001–2005. Los problemas de salud son similares en cada lado de la frontera y afectan a poblaciones similares. Seis de las diez causas principales de mortalidad son las mismas en ambas naciones: enfermedades del corazón, neoplasias malignas, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, enfermedades del hígado y cirrosis y accidentes de transporte terrestre. La tuberculosis pulmonar y las enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos también son enfermedades importantes a lo largo de la frontera.

En 2003, las diez causas principales de muerte en los cuatro estados fronterizos de los Estados Unidos fueron todas las enfermedades del corazón (182–195 defunciones por 100.000 habitantes), las neoplasias malignas (153–173), las enfermedades cerebrovasculares (41–50), los accidentes (30–65), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (34–50), la influenza y la neumonía (16–23), la diabetes (20–32), la enfermedad de Alzheimer (18–31), el suicidio (10–18) y las enfermedades crónicas del hígado y la cirrosis (10–17). Las cinco causas principales en 1992–1994 fueron las mismas. La infección por el VIH/SIDA no fue una causa importante en ninguno de los períodos citados.

En 2003, las principales causas de muerte en los seis estados fronterizos mexicanos fueron la enfermedad isquémica del corazón (57–82 defunciones por 100.000 habitantes), las neoplasias malignas (62–72), la diabetes mellitus (48–79), la enfermedad cerebrovascular (23–29), las enfermedades del hígado y la cirrosis (15–19), las infecciones crónicas de las vías respiratorias inferiores (11–19), ciertas afecciones originadas en el período perinatal (11–21), los accidentes de transporte terrestre (8–18), las infecciones respiratorias agudas (6–13) y las enfermedades del aparato urinario (9–13). Las tasas más bajas de mortalidad de seis de las 10 causas principales se registraron en Baja California y cuatro de las tasas más altas, en Chihuahua.

La comparación de estas categorías de enfermedades con las causas principales en 1992–1994 muestra pocas diferencias, pero las tasas en el período anterior, con excepción de las correspon-

dientes a enfermedades del corazón, fueron más o menos las mismas o inferiores: enfermedad isquémica del corazón (54–67), neoplasias malignas (56–69), diabetes (33–46), enfermedades cerebrovasculares (25–28) y enfermedades crónicas del hígado y cirrosis (12–20). Cabe señalar que el sida no fue una de las principales causas de muerte en ninguno de los períodos citados.

Es importante señalar que el intervalo de tasas de mortalidad por diabetes en 2003 fue aproximadamente dos veces más alto en los estados fronterizos de México que en los estados fronterizos de los Estados Unidos. Entre 1992 y 1994, la razón de las tasas de mortalidad por diabetes en personas de 45 a 64 años en las ciudades hermanas de la zona fronteriza fue de 6,3 (México) a 1 (Estados Unidos).

Las pruebas obtenidas indican que el estilo de vida sedentario y los malos hábitos de alimentación han contribuido a las altas tasas de enfermedad crónica en ambos lados de la frontera, aunque las dos poblaciones son relativamente jóvenes.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En 2003, los cuatro estados fronterizos de los Estados Unidos registraron tasas de mortalidad menores que las nacionales (6,8 por 1.000 nacidos vivos): 5,2 en California, 5,8 en Nuevo México, 6,5 en Arizona y 6,6 en Texas. La tasa general de mortalidad infantil combinada de los cuatro estados fronterizos del lado estadounidense en 2003 fue inferior a la registrada en 1992–1994.

Los datos publicados en 2004 en *Salud Pública de México* indican que en 2003, dos estados fronterizos mexicanos (Chihuahua y Baja California) tuvieron tasas de mortalidad infantil femenina mayores que la tasa nacional (14,5 defunciones infantiles femeninas por 1.000 niñas nacidas vivas), y Baja California, Chihuahua y Sonora tuvieron mayores tasas de mortalidad infantil masculina en comparación con la tasa nacional general (18,4 defunciones infantiles masculinas por 1.000 varones nacidos vivos).

Entre 1992 y 1994, las tasas de mortalidad infantil en los estados fronterizos mexicanos fueron el doble de las registradas en los estados fronterizos estadounidenses. Las tasas de mortalidad infantil en los estados fronterizos mexicanos oscilaron entre 12,6 defunciones por 1.000 nacidos vivos en Tamaulipas y 20,6 en Coahuila; la tasa nacional de México fue de 17,7.

Las cuatro causas principales de muerte de lactantes en 2003 en los estados fronterizos estadounidenses fueron las anomalías congénitas, un corto período de gestación, el síndrome de muerte infantil repentina y las complicaciones maternas del embarazo.

Las principales causas de mortalidad infantil en los seis estados fronterizos mexicanos en 2003 se asemejaron mucho a las registradas en México en general. Las diez causas principales incluyeron ciertas afecciones originadas en el período perinatal, malformaciones congénitas del corazón, infecciones agudas de

las vías respiratorias inferiores, enfermedades intestinales infecciosas, malnutrición proteínico-calórica, anencefalia y malformaciones similares, defectos de la pared abdominal, el síndrome de Down, las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores y espina bífida. En 2003, la tasa de mortalidad perinatal registrada fue de 77,4 por 1.000 nacidos vivos.

En 2003, los estados fronterizos estadounidenses representaron 25% de las 4.965 defunciones de niños de 1 a 4 años de edad en el país, con 557 defunciones en California, 524 en Texas, 134 en Arizona y 46 en Nuevo México. En 1992–1994, los estados fronterizos estadounidenses representaron 23% de las 20.630 defunciones de niños de 1 a 4 años de edad en los Estados Unidos, con 2.600 defunciones en California, 1.634 en Texas, 420 en Arizona y 167 en Nuevo México.

Las cuatro causas principales de muerte en niños de 1 a 4 años de edad en tres estados fronterizos de los Estados Unidos (Arizona, California y Nuevo México) en 2003 fueron las lesiones no intencionales, las anomalías congénitas, las neoplasias malignas y el homicidio; el patrón fue similar en Texas, aunque ahí el homicidio se situó en cuarto lugar. Las tasas de mortalidad registradas en niños de 1 a 4 años de edad por cada 1.000 habitantes en 1992–1994 oscilaron entre 0,39 en California y 0,53 en Arizona, en tanto que la tasa general en los Estados Unidos fue de 0,44. En los estados fronterizos mexicanos, las principales causas de muerte de niños de 1 a 4 años de edad en 2003 se asemejaron mucho a las del país en general: enfermedades intestinales infecciosas, infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, malformaciones congénitas del corazón, accidentes de tránsito de vehículos de motor, ahogamiento accidental y sumersión, malnutrición proteínico-calórica, leucemia, homicidios, anemia y epilepsia.

En 1992–1994, las tasas en los estados fronterizos mexicanos oscilaron entre 0,67 por 1.000 niños de 1 a 4 años en Nuevo León y 1,1 en Chihuahua, frente a la tasa general de México de 1,2.

Salud de los adultos

En 2003, las tasas de mortalidad materna más altas registradas en los estados fronterizos estadounidenses correspondieron a Texas (15,9 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos), seguido de California (15,0) y de Arizona y Nuevo México (cada uno con 5,0). Un análisis de la mortalidad materna en el período 2000–2003 mostró que Nuevo México ha tenido, constantemente, la tasa de mortalidad materna más baja, y que California tuvo la más alta en 2000, 2002 y 2003. En 2001, Texas tuvo la mayor tasa registrada, que fue de 11,0.

Las tasas de mortalidad materna más alta registradas en los estados fronterizos mexicanos en 2003 correspondieron a Baja California (62,8 por 100.000 nacidos vivos), Chihuahua (53,7), Tamaulipas (45,2), Coahuila (32,1), Sonora (29,3) y Nuevo León (15,9). Con excepción de Baja California, en todos los demás estados se registraron tasas menores que las de México en general (62,6). Nuevo León tuvo constantemente la tasa más baja en 2001–2003.

Se abre una ventana a la salud

Una vez que se solucionen los problemas del medio ambiente en la frontera de Estados Unidos y México, se afrontará el gran desafío de garantizar el acceso a los servicios de salud de esta población. Se calcula que más de 13 millones de personas viven a lo largo de la frontera, y que entre 250 y 400 millones se desplazan cada año hacia ambos lados de la misma. Del total de casos de infección por el virus del Nilo Occidental que se registraron en los Estados Unidos en 2005, 40% se produjeron en cuatro estados fronterizos; la frontera fue testigo del primer caso de transmisión local de fiebre hemorrágica del dengue dentro de los Estados Unidos. El programa "Ventanilla de Salud" trata de abordar estos problemas. Mediante este programa, el sistema consular de México, en colaboración con organizaciones locales de defensa de la salud y atención de salud, y en algunos casos valiéndose de la ayuda financiera otorgada por el Gobierno de los Estados Unidos, implantó el programa "Ventanilla de Salud" en distintas oficinas consulares. El personal que atiende el programa es bilingüe y bicultural, y ofrece asesoramiento en materia de salud, derivaciones de casos, información sobre los derechos de los pacientes y enlaces a servicios disponibles.

Sonora registró la tasa más baja en 2000. La tasa nacional fue más alta que las tasas estatales en todo el período 2000–2003.

En comparación con las tasas de 2003, las tasas de mortalidad materna para 1992–1994 oscilaron entre 16,1 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos en Baja California y Tamaulipas y 38,3 en Sonora. Las tasas de mortalidad materna en los estados fronterizos de México fueron todas inferiores a las tasas para el país en general (47,7). En 1992–1994, las tasas de mortalidad materna en los estados fronterizos estadounidenses oscilaron entre 3,4 defunciones por 100.000 nacidos vivos en Arizona y 10,8 en Nuevo México. La tasa de mortalidad materna general de los Estados Unidos fue de 7,9 muertes maternas por 1.000 nacidos vivos.

Los datos sobre la atención prenatal precoz (porcentaje de nacidos vivos con atención prenatal precoz) en los estados fronterizos estadounidenses en el período 2001–2003 mostraron que la tasa de California, de 86,4%, fue mayor que la tasa nacional (83,7%), en tanto que los otros tres estados registraron tasas menores de 80,6% (Texas), 76,6% (Arizona) y 68,9% (Nuevo México). La atención prenatal (número de consultas de las mujeres embarazadas) en 2004 en los estados fronterizos mexicanos osciló entre 5,5 (Tamaulipas) y 6,2 (Baja California), cifras mayores que el promedio nacional (5,0) en ambos casos. Las consultas en cada estado fueron de 5,9 (Nuevo León) y 6,0 (Coahuila, Chihuahua y Sonora). El porcentaje de partos atendidos por personal capacitado en los estados fronterizos mexicanos en 2004 osciló entre un mínimo de 63% (Chihuahua) y un máximo de 96,4% (Coahuila), lo cual indica que la cobertura en cinco de los estados fronterizos fue mayor que la cifra nacional de 74,2%.

Salud de los grupos étnicos

En los Estados Unidos hay 26 tribus indígenas reconocidas por el Gobierno Federal (con una población de 9 a 17.000 habi-

tantes) y siete pueblos indígenas mexicanos en la zona fronteriza. Existen estrechos vínculos familiares y culturales entre algunas de estas tribus y pueblos.

En mayo de 2006, Arizona y Sonora crearon un consejo de salud que representara a las comunidades de la frontera de Arizona en la Nación Tohono O'odham, el condado de Pima Occidental y las comunidades de Caborca, Sonoyta y Puerto Peñasco de la frontera del noroeste de Sonora. El consejo de salud será uno de otros 13 consejos binacionales de salud situados a lo largo de la frontera de Estados Unidos y México y el primer consejo trinacional de salud en el que participan los Estados Unidos, México y la Nación Tohono O'odham.

La falta de equidad en salud a lo largo de la frontera afecta particularmente a las poblaciones indígenas, que son muy vulnerables debido a la pobreza y la falta de seguro médico. Los profesionales de la salud de la zona indican que el número de indígenas que abandonan su tierra natal ha aumentado en los últimos años y que esos grupos son los más vulnerables, dadas las barreras lingüísticas y culturales que enfrentan para poder acceder a los servicios de salud.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

En 2005 se notificaron 3.000 casos de infección por el **virus del Nilo Occidental** en los Estados Unidos y 40% de esos casos ocurrieron en cuatro estados fronterizos estadounidenses: Arizona (113 casos y cinco defunciones), California (880 casos y 19 defunciones), Nuevo México (33 casos y dos defunciones) y Texas (195 casos y 11 defunciones). Las 37 defunciones repre-

sentan 31% del total de defunciones por causa de la infección por el virus del Nilo Occidental notificadas en los Estados Unidos en 2005.

No hubo casos notificados de infección por el virus del Nilo Occidental en los estados fronterizos del lado mexicano entre 2003 y 2005, pero los muchos casos notificados a lo largo de la frontera estadounidense en 2005 indican que la infección por el virus del Nilo Occidental bien puede ser una preocupación en materia de salud en ambos lados de la frontera.

Aunque se notificaron solamente 61 casos autóctonos de **fiebre del dengue** en los Estados Unidos en el período 1980–1999, el dengue es una amenaza reemergente a lo largo de la frontera. En 2005, en el lado mexicano se notificaron 4.333 casos de dengue en Tamaulipas durante las 41 primeras semanas. Posteriormente, el Proyecto de Vigilancia de las Enfermedades Infecciosas en la Frontera realizó una activa vigilancia en los consultorios participantes de los Estados Unidos y descubrió 18 casos de dengue. Uno de ellos fue un caso de dengue hemorrágico (el primer caso de dengue hemorrágico clásico contraído localmente en el territorio continental de los Estados Unidos). No se notificaron casos de dengue en los seis estados fronterizos mexicanos en 2002 y 2003. En 2001, los seis estados fronterizos notificaron un total de 171 casos encabezados por Tamaulipas (93 casos), seguido de Nuevo León (76 casos), Baja California y Coahuila (un caso en cada uno), pero no se notificaron casos en Chihuahua ni Sonora. Estos seis estados representaron 2,8% del total de 6.095 casos notificados en México.

Enfermedades inmunoprevenibles

Los programas de inmunización infantil han sido un éxito en ambos países y en la zona fronteriza. Se han registrado altas tasas de cobertura de vacunación sin precedentes y las enfermedades inmunoprevenibles tienen la tasa de incidencia más baja de todos los tiempos. El sarampión ya no es endémico y el control de la rubéola ha sido eficaz. Se ha erradicado la poliomielitis de la Región de las Américas.

La Semana Nacional de Inmunización Infantil en los Estados Unidos y la Semana de Vacunación en las Américas se han realizado conjuntamente en la zona fronteriza desde 2004.

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, la cobertura de inmunización de 2004 con una serie completa de las vacunas contra difteria, tétanos y tos ferina, poliomielitis, *Haemophilus influenzae* tipo b, hepatitis B y sarampión en los Estados Unidos en general es de 81%. En los estados fronterizos, la cobertura fue de 71% en Arizona, 81% en California, 84% en Nuevo México y 73% en Texas.

La cobertura de vacunación en México es muy alta. Los datos del Instituto Nacional de Salud Pública de México indican que, en diciembre de 2004, la cobertura de los niños de 1 a 4 años de edad totalmente inmunizados en los estados fronterizos de México fue

mayor (96%) que el promedio nacional (93%). Tamaulipas tuvo la mayor cobertura en 2004.

La incidencia de **hepatitis A** se ha reducido considerablemente en comparación con la registrada en 1987–1997, cuando todos los estados fronterizos y la mayoría de los condados fronterizos notificaron tasas de incidencia anuales de ≥ 20 casos por 100.000 habitantes. En 2004, solo dos zonas fronterizas tenían tasas de ≥ 20 por 100.000 habitantes.

Los datos correspondientes a México para 2000–2004 indican que en 2003 hubo más de 15.000 casos de hepatitis A (la tasa más baja en el período), con un aumento a 16.000 en 2004. Se notificaron 1.888 casos en los seis estados fronterizos mexicanos, que representaron 12,3% del total de casos en México en 2003. El mayor número de casos anuales ocurrió en diferentes estados, a saber: Tamaulipas (939) en 2001, Nuevo León (836) en 2002, Baja California (489) en 2003 y Coahuila (439) en 2004.

En los cuatro estados fronterizos de los Estados Unidos hubo 1.125 casos de hepatitis B (20,5% de los 5.497 casos ocurridos en los Estados Unidos en 2005); en los seis estados fronterizos mexicanos hubo 126 casos (21,5% de los 587 casos registrados en México ese mismo año).

Enfermedades infecciosas intestinales

Los cuatro estados fronterizos de los Estados Unidos registraron 49 casos de **fiebre tifoidea** en 2005, 80 en 2004, 91 en 2003 y 65 en 2002.

Los seis estados fronterizos mexicanos registraron 11.544 casos de fiebre tifoidea en 2005, lo cual indica graves problemas de saneamiento de los alimentos y del agua. Los casos de fiebre tifoidea notificados anualmente aumentaron a 2.725, 6.123 y 8.342, respectivamente, entre 2002 y 2004. Tamaulipas tuvo el mayor número de casos de fiebre tifoidea notificados en los últimos cinco años desde 2001, que ascendió a 5.837 en 2005.

Enfermedades crónicas transmisibles

La **tuberculosis** sigue siendo motivo de preocupación para las zonas fronterizas de México y los Estados Unidos. Ambos países notifican unos 15.000 casos de todas las formas de tuberculosis anualmente. En 2005, la tasa de incidencia de tuberculosis en México fue de 15 por 100.000, en tanto que en los Estados Unidos se notificó una tasa de 4,7 casos incidentes de tuberculosis por 100.000 habitantes. El motivo de mayor preocupación radica en que los estados de la frontera notificaron una tasa de incidencia de tuberculosis mayor que el promedio nacional, con tasas de 7,9 en los estados fronterizos estadounidenses y de 26,3 en los estados fronterizos mexicanos. El empeño puesto en el control de la tuberculosis en la frontera de Estados Unidos y México se refleja en el plan estratégico de Diez contra la Tuberculosis, para 2005–2010, una iniciativa binacional creada por los directores de salud de los diez estados fronterizos de los Estados Unidos con México en junio de 1995.

En 2005 se notificó un total de 11.547 casos de tuberculosis en los Estados Unidos. Los cuatro estados fronterizos registraron 3.560 casos (31%), divididos de la manera siguiente: Arizona, 221; California, 2.034; Nuevo México, 35; y Texas, 1.270.

En lo que respecta a México en 2005, se notificó un total de 14.038 casos de tuberculosis, de los cuales los seis estados fronterizos tuvieron 4.277 (31%); 407 se registraron en Coahuila y 1.172 en Baja California.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

En 2005, Baja California ocupó el séptimo lugar en la nación y el primero entre los estados fronterizos mexicanos en el número de casos nuevos de sida notificados (160), que representan 4,5% del total de casos de sida notificados en el país; en Coahuila se notificaron 43 casos nuevos (1,2%), el menor número registrado a lo largo de la frontera.

Los datos publicados en *Salud Pública de México* indican que la mayor tasa de mortalidad masculina y femenina por sida se registró en Baja California. En 2003, la mortalidad masculina por sida registrada en Baja California (32,1 por 100.000 hombres) duplicó la cifra nacional correspondiente a los hombres (16,7); la mortalidad femenina registrada (5,3 por 100.000 mujeres) también fue mayor que la cifra nacional correspondiente a las mujeres (3,1). Un examen de los datos de mortalidad por sida en el período 2000–2003 muestra que los hombres tuvieron una tasa de mortalidad por sida sostenida mayor que la registrada en las mujeres. Entre 1992 y 1994, la tasa de mortalidad por sida fue de 0,9 por 100.000 habitantes en las ciudades hermanas de México, la misma tasa registrada en México en general. Al comparar los estados fronterizos con México, solamente Baja California tuvo una tasa (1,3) mayor que la tasa nacional; los estados fronterizos restantes tuvieron tasas inferiores a 0,5 por 100.000 habitantes. En el lado estadounidense de la frontera, las tasas de mortalidad por sida en las ciudades hermanas (1,6) llegaron casi al doble de las registradas en las ciudades hermanas mexicanas, pero fueron equivalentes a la mitad de las notificadas en los Estados Unidos en general (4,0).

Zoonosis

Los cuatro estados fronterizos estadounidenses registraron 47 casos de **brucelosis humana** notificados en 2005. California tuvo 26 casos, Texas 17, Nuevo México uno y Arizona tres. En 2005, en los seis estados fronterizos mexicanos se notificaron 759 casos (38,2% del total de casos humanos de brucelosis notificados en México). De 2001 a 2005, el número de casos humanos de brucelosis notificados osciló entre 1.083 en 2002 y 1.988 en 2005. En el período 2003-2005, Coahuila registró el mayor número de casos entre los seis estados fronterizos mexicanos: 491 en 2003, 618 en 2004 y 311 en 2005, en tanto que Nuevo León notificó el mayor número de casos (423) en 2001 y (435) en 2002.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La **diabetes** va en aumento a lo largo de la frontera de Estados Unidos y México; el número de personas con diabetes aumenta a una tasa alarmante en ambos lados. En 2003, la diabetes fue la tercera causa principal de defunción en los estados fronterizos mexicanos y la sexta en el lado estadounidense. De las 14.513 defunciones ocurridas en los estados fronterizos de los Estados Unidos en ese mismo año, California registró 7.093 (20 por 100.000 habitantes) y Nuevo México, 559 (32 por 100.000). Arizona tuvo 20,7 defunciones por 100.000 habitantes y Texas, 25,6 por 100.000. En comparación, en el período 1992–1994, las tasas brutas de mortalidad por diabetes mellitus en los estados fronterizos fueron de 17,6 defunciones por 100.000 en Arizona, 13,2 en California, 24,4 en Nuevo México y 23,1 en Texas.

En los estados fronterizos mexicanos, la mortalidad por diabetes mellitus ha venido aumentando tanto en los hombres como en las mujeres. Los datos publicados en *Salud Pública de México* indican que la tasa de mortalidad más alta por diabetes en 2003 se registró en Coahuila (70,3 por 100.000 para los hombres y 89,2 por 100.000 para las mujeres). La segunda tasa más alta se registró en Tamaulipas (56,5 para los hombres y 68,2 para las mujeres). Estas tasas son mucho más altas que las registradas hace un decenio. En 1992–1994, el promedio anual de tasas de mortalidad por diabetes en hombres y mujeres fue de 40,4 por 100.000 y 51,9 por 100.000, respectivamente, es decir, cerca de 30 por 100.000 menos que en 2003. En Tamaulipas, la tasa de mortalidad en los hombres fue de 35,7 y en las mujeres, de 41,9 entre 1992 y 1994, es decir, cerca de 20 por 100.000 menos que en 2003.

La tasa bruta de mortalidad por **diabetes mellitus** en 1992–1994 en las ciudades hermanas de los Estados Unidos fue de 17,3 por 100.000 habitantes, en tanto que en las ciudades hermanas mexicanas fue 2,5 veces mayor y se situó en 43,6. Las tasas de mortalidad en las mujeres fueron un poco más altas que en los hombres en ambos lados de la frontera. Entre las ciudades hermanas mexicanas, la tasa de mortalidad por diabetes mellitus en los hombres fue de 40,4 y en las mujeres, de 46,6. En el lado estadounidense, la tasa de mortalidad por diabetes mellitus en los hombres fue de 16,1 y en las mujeres, de 18,5.

Se realizó un estudio de prevalencia de diabetes entre febrero de 2001 y octubre de 2002 con 4.027 personas (1.905 del lado estadounidense y 2.122 del lado mexicano) en 54 comunidades fronterizas (38 de México y 16 de los Estados Unidos). Los resultados iniciales mostraron que cerca de 1,2 millones (15,7%) de los 7,5 millones de adultos que viven a lo largo de la frontera tienen diabetes. De ese número, aproximadamente 500.000 viven en el lado mexicano de la frontera y los 700.000 restantes, en el lado estadounidense. Se estima que la prevalencia de prediabetes afecta a cerca de 14% (645.000) del total de la población adulta residente en el lado estadounidense de la frontera.

En respuesta al problema de la diabetes, se estableció el Proyecto de Colaboración entre Estados Unidos y México para la Prevención y el Control de la Diabetes en la Frontera, con el fin de determinar la prevalencia de diabetes a lo largo de la frontera y crear y realizar programas binacionales de prevención y control de la diabetes dirigidos a las necesidades de la población de la zona fronteriza.

La **obesidad** es también un grave problema que afecta a la población residente a lo largo de la frontera. Según el estudio del Proyecto de Colaboración entre Estados Unidos y México para la Prevención y el Control de la Diabetes en la Frontera correspondiente a 2001 y 2002, se estima que 5,3 millones de adultos residentes a lo largo de la frontera con México tienen exceso de peso o son obesos. Un millón de ellos vive en el lado mexicano y 1,5 millones en el estadounidense. Las personas obesas del lado estadounidense tienen un riesgo 2,8 veces mayor de padecer diabetes que aquellas con peso normal y, en el lado mexicano, el riesgo es 2,2 veces mayor. La tasa de obesidad masculina es ligeramente mayor en el lado estadounidense (37,7%) que en el mexicano (26,7%). Ocurre lo contrario con la obesidad femenina, que registra tasas mayores en el lado mexicano (31,9%).

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades del corazón siguen siendo la principal causa de defunción en ambos lados de la frontera de Estados Unidos y México. En 2003, hubo 124.932 defunciones en los estados fronterizos estadounidenses, que oscilaron entre 3.402 en Nuevo México, con una tasa bruta de mortalidad de 181,5 defunciones por 100.000 habitantes y 68.864 en California, con una tasa bruta de mortalidad de 194,1 por 100.000. La tasa de mortalidad por enfermedades del corazón en Arizona fue de 195,1 y en Texas, de 188,9.

En 2003, la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón en los estados fronterizos mexicanos (62,6 defunciones por 100.000 habitantes) fue mayor que la tasa nacional (45,4). La tasa de mortalidad osciló entre 54,8 (Baja California) y 77,7 (Sonora).

En el período 1992–1994, la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón en las ciudades hermanas de México fue aproximadamente 1,4 veces mayor que la de México en general. Las comparaciones de las tasas estatales con las nacionales mostraron que las tasas de Baja California y Sonora son 1,4 y 1,8 veces más altas, respectivamente, que la tasa general correspondiente a México.

La mortalidad por enfermedad isquémica del corazón aportó el mayor número de defunciones por enfermedades del corazón en 2003, con tasas brutas en los estados fronterizos de México que oscilaron entre 56,8 por 100.000 habitantes en Baja California y 102,0 en Nuevo León. En 1992–1994, las tasas de incidencia

de enfermedad isquémica del corazón variaron entre 49,0 en Coahuila y 67,0 en Sonora.

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas siguen ocupando el segundo lugar entre las principales causas de muerte en los cuatro estados fronterizos estadounidenses y los seis estados fronterizos mexicanos.

En 2003, hubo 100.916 defunciones por neoplasias malignas en los estados fronterizos estadounidenses, que oscilaron entre 3.103 en Nuevo México, con una tasa bruta de mortalidad de 166 por 100.000 habitantes y 54.319 en California, con una tasa de 153 por 100.000 habitantes. Arizona y Texas tuvieron tasas de 173 y 153 por 100.000 habitantes, respectivamente. Todas estas tasas estuvieron por debajo de la tasa bruta de mortalidad para el país en general (192 defunciones por 100.000 habitantes).

En el período 1992–1994, las tasas de mortalidad por neoplasias malignas también fueron más altas en Nuevo México (157 por 100.000 habitantes al año), California (163), Arizona (195) y Texas (171) que en los Estados Unidos en general (205).

En 2000, cinco de los seis estados fronterizos mexicanos tuvieron tasas de mortalidad por neoplasias malignas por encima de la cifra nacional (65,3 por 100.000 habitantes).

Las neoplasias malignas del cuello uterino son el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres en edad reproductiva y la principal causa de defunción de las mujeres de 25 años y más en los estados fronterizos.

En México, la tasa de mortalidad por **cáncer cervicouterino** fue de 16,2 por 100.000 mujeres en 2003. Dos estados fronterizos tuvieron tasas similares, aunque un poco más altas: Coahuila, con 16,7 por 100.000 mujeres y Chihuahua, con 16,3. Las tasas de mortalidad por neoplasias malignas cervicouterino oscilaron entre 6,7 por 100.000 mujeres en Nuevo León y 10,9 en Coahuila en 2003. Durante 1992–1994, el promedio anual de las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino osciló entre 8,4 en Nuevo León y 12,8 en Tamaulipas; la tasa nacional fue de 11,2. Entre los estados fronterizos mexicanos, solamente Nuevo León tuvo una tasa inferior a la nacional.

En el período 2001–2003, las tasas de mortalidad por **cáncer de mama** en los estados fronterizos mexicanos se mantuvieron por encima de la nacional, con una tasa bruta de mortalidad de 8,0 por 100.000 mujeres. En 2003, Baja California tuvo la misma tasa de mortalidad por cáncer de mama que México en general (15,7 por 100.000 mujeres).

Las tasas de mortalidad por cáncer de mama oscilaron entre 8,3 defunciones por 100.000 mujeres en Baja California y 11,0 en Chihuahua en 2003. En el período 1992–1994, oscilaron entre 6,7 en Baja California y 10,7 en Nuevo León; la tasa nacional fue de 11,2 por 100.000 mujeres.

Las tasas de mortalidad por **cáncer de la próstata** oscilaron entre 7,3 por 100.000 en Tamaulipas y 10,5 en Sonora. En el pe-

río 1992–1994, oscilaron entre 5,7 en Baja California y 8,0 en Sonora; la tasa nacional fue de 6,2 por 100.000.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

En los últimos cinco años, la zona fronteriza sufrió desastres naturales, incluso huracanes, incendios forestales e inundaciones. En 2005, los huracanes Rita y Katrina azotaron la región oriental de Texas y Tamaulipas. Los incendios forestales también causaron daños en los cuatro estados fronterizos estadounidenses. En 2006, las inundaciones producidas por lluvia repentina e intensa ocurrida en un período breve causaron daños en El Paso, Las Cruces y Ciudad Juárez. Ninguna de estas ciudades estaba preparada para una lluvia intensa ni tenía sistemas adecuados de drenaje de agua pluvial. Esto causó el desplazamiento de muchas personas y daños a las viviendas y a la infraestructura. No se notificaron muertes como resultado directo de las inundaciones en ninguno de los dos países.

Violencia y otras causas externas

En 2003, la violencia ocupó un lugar elevado entre las tasas brutas de mortalidad en los estados fronterizos; Chihuahua tuvo la tasa más alta (16,9 muertes violentas por 100.000 habitantes) y Nuevo León la más baja (3,3); se observaron patrones similares con tasas un poco más altas entre 1992 y 1994. En 2003, los hombres tuvieron 6,7 veces más posibilidades de sufrir una muerte violenta que las mujeres, en los estados fronterizos de México. En Baja California, 3,5% del total de defunciones en 2003 se debió a homicidios. En el lado estadounidense, las tasas de homicidio en los estados fronterizos oscilaron entre 7 y 9 por 100.000 habitantes en 2003, cifra inferior a la de 10 a 13 por 100.000 entre 1992 y 1994.

El tránsito a lo largo de la frontera es intenso y se estima que ocurren de 800.000 a un millón de cruces en la frontera diariamente. Según el Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de los Estados Unidos (que forma parte de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades), los accidentes de tránsito de vehículos de motor ocuparon el octavo lugar entre las principales causas de muerte en 44 condados fronterizos en el lado estadounidense en 2000, lo que causó unas 1.000 muertes. En el caso de los hispanos, los accidentes de tránsito de vehículos de motor ocuparon el quinto lugar entre las principales causas de muerte, en comparación con el noveno en el caso de las personas blancas que no son de origen hispano. Al emplear la medida de años potenciales de vida perdidos, los accidentes de tránsito de vehículos de motor fueron la tercera causa principal de defunción de los hispanos residentes en la frontera y la quinta causa principal de defunción de las personas blancas que no son de origen hispano, residentes en la frontera. Al dividir esas cifras por grupo de edad,

los datos mostraron que los accidentes de tránsito de vehículos de motor son la principal causa de defunción en los grupos de 1–4, 5–14, 15–24 y 25–34 años de edad en todo el país, en los estados fronterizos y en los condados fronterizos.

Los datos provenientes de México para 2003 mostraron que las tasas de mortalidad masculina observadas por accidentes de tránsito (defunciones por 100.000 habitantes) oscilaron entre un máximo de 25,1 en Chihuahua y 24,9 en Tamaulipas, 22,3 en Sonora, 18,4 en Nuevo León y 16,7 en Coahuila y un mínimo de 11,3 en Baja California. Las tasas de mortalidad femenina fueron mayores en Chihuahua (7,9), seguidas de Sonora (6,7); el patrón siguió la misma tendencia observada en las tasas de mortalidad masculina en 2003.

Salud mental y adicciones

La adicción, el consumo de tabaco y la salud mental son problemas de salud pública que causan preocupación a lo largo de la frontera. Los adolescentes son el grupo de población más vulnerable, y están expuestos a alto riesgo de adicción (incluso al consumo de tabaco), suicidio, lesiones causadas por accidentes de tránsito y embarazo indeseado.

En 2003, el suicidio fue la novena causa principal de muerte en los estados fronterizos estadounidenses, con una tasa de 15,1 por 100.000 habitantes en Arizona y 18,3 en Nuevo México. La tasa de suicidio en los Estados Unidos en general en 2003 fue de 10,8 por 100.000 habitantes. El suicidio fue la décima causa principal de muerte en California (7,0 por 100.000 habitantes) y Texas (6,9). En el período 1992–1994, el promedio anual de la tasa de suicidio en los Estados Unidos fue de 12,0 por 100.000 habitantes. En ese mismo período, el promedio anual de las tasas de suicidio fue mayor que en 2003 en los estados fronterizos estadounidenses, y Arizona registró 18,1 por 100.000 habitantes, California 12,1, Nuevo México 18,4 y Texas 12,7.

En 2003, el suicidio fue la segunda causa principal de defunción en el grupo de 10–14 años de edad en Arizona y Nuevo México, y la segunda causa de muerte en el grupo de 25–34 años de edad en Arizona, Nuevo México y Texas. El homicidio fue la segunda causa principal de defunción del grupo de 15–24 años de edad en toda la zona fronteriza estadounidense, y del grupo de 25–34 años de edad en Texas.

Según información del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de México, el estado de Baja California registró la mayor frecuencia de suicidio en jóvenes de 18–25 años de edad per cápita en todo el país. Baja California Sur ocupó el sexto lugar nacional en suicidios de hombres de todas las edades en 2003. En respuesta, en 2004 el estado lanzó una campaña de ayuda por medio de una línea telefónica directa para proporcionar orientación sobre el suicidio, la adicción a las drogas y la violencia doméstica. En Coahuila se registraron 120 suicidios en 2003. La razón de suicidio entre hombres y mujeres fue de 3:1.

La tasa de suicidio en los seis estados fronterizos mexicanos en el período 1992–1994 fue la siguiente: 3,0 por 100.000 habitantes en Baja California, 4,2 en Sonora, 4,0 en Chihuahua, 2,7 en Coahuila, 2,9 en Nuevo León y 4,7 en Tamaulipas. En el mismo período, la tasa nacional de suicidio en México fue de 2,7 por 100.000 habitantes.

En 2003, las lesiones intencionales y no intencionales fueron la segunda causa principal de muerte en los estados fronterizos mexicanos.

Contaminación ambiental

Los contaminantes más persistentes y predominantes en las ciudades hermanas son el ozono y las partículas (PM10, o partículas con 10 μ de diámetro o menos). De 2001 a 2005, las concentraciones de ozono superaron la norma binacional de 0,08 ppm en Mexicali/Valle Imperial y Tijuana/San Diego. Las concentraciones de ozono en Ciudad Juárez/El Paso mejoraron en los últimos cinco años y se mantuvieron por debajo de las normas establecidas en 2004 y 2005. Las concentraciones de ozono en el Valle Bajo del Río Bravo también se mantuvieron por debajo de las normas establecidas. Las concentraciones medias anuales de PM10 (media correspondiente al año de interés junto con los dos años precedentes) de 2001 a 2005 en el Valle Bajo del Río Bravo fueron inferiores a la norma anual binacional de 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Las concentraciones en las otras cuatro zonas de vigilancia fronterizas excedieron del límite fijado y las máximas concentraciones se observaron en Mexicali/Valle Imperial.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

La Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos (CSFMEU), creada en 2000, está a cargo de proveer liderazgo internacional para optimizar la salud y la calidad de vida a lo largo de la frontera. Esa comisión binacional está integrada por 26 miembros, que comprenden las secretarías de salud federales, el director general de salud de los 10 estados fronterizos y destacados profesionales de salud de las comunidades de ambas naciones; está dirigida por las secretarías de salud de ambos países. La CSFMEU opera con un presupuesto independiente, define el programa binacional de trabajo en salud y preside la administración de los servicios de salud a lo largo de la frontera.

En respuesta a los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001, los Estados Unidos y México firmaron la Alianza Fronteriza México-Estados Unidos, en la que reiteran su compromiso de cooperar para el logro de una frontera segura y ordenada, con medidas específicas destinadas a fortalecer sus intereses comunes en materia de seguridad, desarrollo económico y turismo en los años venideros. Los preparativos para hacer frente a atentados bioterroristas han recibido una mayor prioridad en los estados fronterizos por medio de varias iniciativas, entre ellas el estable-

cimiento del Programa de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Infecciosas para la Alerta Temprana por la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos.

Además de tener funciones epidemiológicas y de laboratorio, el programa está orientado a fortalecer las actividades transfronterizas de detección temprana e identificación y notificación de enfermedades infecciosas relacionadas con posibles agentes empleados en atentados bioterroristas.

Después de firmar el Tratado de Libre Comercio de América del Norte, Canadá, México y los Estados Unidos crearon la Comisión para la Cooperación Ambiental de América del Norte para abordar los problemas regionales relacionadas con el medio ambiente, ayudar a prevenir posibles conflictos comerciales y ambientales y promover la aplicación eficaz de la ley de protección ambiental. Además, México y los Estados Unidos crearon la Comisión de Cooperación Ecológica Fronteriza (COCEF) y el Banco de Desarrollo de América del Norte. La COCEF identifica, evalúa y certifica proyectos de infraestructura con efectos para el medio ambiente; el Banco, una institución financiera binacional capitalizada por aportes iguales de ambos países, financia proyectos de protección ambiental certificados por la COCEF. Ambas instituciones trabajan junto con las comunidades y los patrocinadores de proyectos en ambos países, con el fin de crear y financiar la infraestructura necesaria para tener un medio ambiente limpio y saludable para los residentes de la frontera.

Desde 2002, la Conferencia Legislativa Fronteriza se ha reunido varias veces al año para buscar soluciones comunes a los problemas existentes a lo largo de la frontera. La Conferencia está formada por legisladores de los estados fronterizos de México y los Estados Unidos, que se reúnen para estudiar problemas comunes, intercambiar información y establecer programas conjuntos cuando procede.

Estrategias y programas de salud

Al trabajar por medio de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, los gobiernos de ambos países definen sus prioridades en materia de salud para la zona fronteriza. En ese sentido, durante la segunda reunión de la Comisión en 2001, lanzaron el programa Frontera Saludable 2010, que establece un programa de trabajo binacional de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Los dos objetivos centrales del programa son mejorar la calidad de vida y prolongar los años de vida saludable y eliminar las disparidades en materia de salud. Las metas del programa Frontera Saludable 2010 se canalizan por medio de 11 campos, cada uno con sus propios fines específicos. Los campos y sus respectivas metas son los siguientes: 1) acceso a atención de salud, con garantía de acceso a los servicios de atención primaria; 2) cáncer, con la reducción del número de defunciones por cáncer de mama y del cuello uterino; 3) diabetes, con la disminución de la mortalidad y la hospitalización por la enfermedad; 4) salud ambiental, con la mejora del acceso de las

familias a servicios de alcantarillado y desagüe y la reducción del número de hospitalizaciones por intoxicación aguda con plaguicidas; 5) VIH/sida, con la disminución de la incidencia de la infección por el VIH/sida; 6) inmunización y enfermedades transmisibles, con la ampliación del alcance de las vacunaciones de los niños y la disminución de la incidencia de hepatitis y tuberculosis; 7) prevención de lesiones, con la reducción de la mortalidad por accidentes de tránsito de vehículos de motor y por lesiones no intencionales de los niños; 8) salud maternoinfantil, con la reducción de la mortalidad infantil por defectos congénitos, la mejora de la atención prenatal y la disminución de las tasas de embarazo de adolescentes; 9) salud mental, con la reducción de la mortalidad por suicidio; 10) salud bucodental, con un mejor acceso a los servicios de salud bucodental; y, por último, 11) infecciones respiratorias, con la reducción de la tasa de hospitalización por asma. Los problemas o afecciones de salud, como las enfermedades cardiovasculares, el consumo de tabaco, el consumo de sustancias, las enfermedades gastrointestinales, la nutrición y la obesidad, la falta de actividad física y los preparativos para hacer frente a atentados bioterroristas se incorporarán al programa en el futuro.

Para abordar los problemas ambientales y afines más acuciantes en la zona fronteriza, en 2003 varios representantes de la frontera de Estados Unidos y México se reunieron para lanzar el programa Frontera 2012, un plan de trabajo de 10 años cuya misión es proteger el medio ambiente y la salud pública a lo largo de la frontera, de conformidad con los principios del desarrollo sostenible. Esta última encarnación de una iniciativa binacional multianual de protección del medio ambiente representa una actividad conjunta de los gobiernos federal, estatal y local y varias entidades de las dos naciones, así como la activa participación de los gobiernos tribales de los Estados Unidos. Las seis metas del programa Frontera 2012 son las siguientes: reducir la contaminación del agua; disminuir la contaminación del aire; reducir la contaminación de la tierra; mejorar la salud ambiental; disminuir la exposición a sustancias químicas como resultado de su liberación accidental o de actos de terrorismo, y mejorar el comportamiento ecológico mediante el cumplimiento, la aplicación de la ley, la prevención de la contaminación y la promoción de la ordenación ambiental. Para medir los resultados del programa, se prepararán informes bienales de ejecución para examinar el progreso, un informe quinquenal de avance que se publicará en 2007 y un informe final que se publicará en 2012. El programa trabaja en una estrategia para controlar los vertederos de neumáticos usados en el futuro y limpiar los existentes.

Organización del sistema de salud

En los Estados Unidos, el sistema de atención de salud se caracteriza por un modelo de demanda y la atención se presta con un sistema de honorarios por servicios. Los servicios de atención de salud son prestados por instituciones sin fines de lucro o por

entidades privadas. En 2000, 65% de la población de los estados fronterizos estadounidenses estaba cubierta por seguro particular y 25,6% por seguro público. Según los datos que figuran en statehealthfacts.org (un sitio web que es parte de la Fundación Henry J. Kaiser para la Familia), en 2004 y 2005, 51% de la población de los estados fronterizos en el lado estadounidense estaba cubierta por seguro particular (seguro individual concedido por una empresa y por Medicaid), 27% estaba cubierta por seguro público (Medicare, Medicaid y otros seguros públicos de Medicare) y 22% no tenía ningún seguro. En general, el porcentaje de personas sin seguro médico privado ni público en las comunidades de la frontera estadounidense fue mayor que la cifra nacional (22% frente a 17%).

En México, la atención de salud se considera un derecho constitucional. Varias instituciones proporcionan servicios de atención de salud. El subsistema de seguro social proporciona cobertura a los empleados y a las personas a su cargo y está complementado por servicios proporcionados por el Estado a las personas desempleadas, conocidas como la "población abierta". También se dispone de servicios privados de atención de salud, ya sea por medio de pago de seguro médico o de pago directo a los proveedores. A partir de 2002 se abrió otra vía de acceso a servicios de atención de salud como parte del plan nacional de salud, conocido como *seguro popular*, que ahora cubre a aproximadamente un millón de familias.

En 2000, las comunidades de la frontera mexicana por lo general gozaron de mayor cobertura del sistema de seguro social (59%) en comparación con el promedio nacional (43%). La mayor cobertura del sistema de seguro social se observó en las comunidades fronterizas más industrializadas. Los datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática correspondientes a 2005, mostraron que el porcentaje de la población de los estados fronterizos cubierta por seguro (el seguro del Instituto Mexicano del Seguro Social, el seguro del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el seguro público para los empleados del Estado y de la empresa estatal Petróleos Mexicanos, el seguro de las Fuerzas Armadas, el Seguro Popular creado en 2001, y otros planes de seguro), fue mayor que la cifra nacional. En 2005, Nuevo León tuvo la mayor cobertura de seguro médico (69,2%) y Baja California y Tamaulipas tuvieron la menor (56,2%). La cobertura para otros estados en el mismo año fue de 58,4% en Chihuahua, 64,7% en Tamaulipas, 66% en Sonora y 69% en Coahuila.

Servicios de salud pública

Los sistemas de atención de salud de los Estados Unidos y México han establecido varios programas y proyectos para promover la salud a lo largo de la frontera. En el lado mexicano, la Secretaría de Salud tiene oficinas de promoción de la salud en cada una de las 13 ciudades fronterizas principales, cada una de las cuales recibe apoyo estatal. En el lado estadounidense, algunos

departamentos de salud locales tienen divisiones de promoción de la salud que atienden necesidades específicas. Desde finales de 2003 se comenzó a trabajar en la creación de un Plan Binacional para la Promoción de la Salud Fronteriza.

La Semana Binacional de Salud, que comenzó en California en 2001, es una de las actividades más extensas de movilización conjunta (organismos de los gobiernos federal y estatal, organizaciones comunitarias y voluntarios) destinada a mejorar la salud y el bienestar de la población latina subatendida en el Canadá, México y los Estados Unidos. Se celebran actividades de promoción de la salud y educación sanitaria en toda la zona fronteriza durante esa semana.

Con la apertura de una ventanilla de salud en el Consulado de México en El Paso, en abril de 2006 se puso en servicio la cuarta estación de ese tipo establecida dentro de una iniciativa ejecutada a lo largo de la frontera, junto con las de San Diego (California), McAllen (Texas) y Tucson (Arizona). El programa de la Ventanilla de Salud es una alianza entre organizaciones locales de servicios de promoción y atención de la salud y la red consular mexicana, que tiene como fin incorporar educadores y promotores bilingües, biculturales y sumamente bien capacitados en salud como parte de los servicios consulares de México en los Estados Unidos para orientar a los clientes sobre la admisibilidad a los planes de seguro médico financiados por el Estado, otros servicios de atención primaria y, cuando procede, varias cuestiones jurídicas.

Según el censo de 2000, el acceso a los servicios de abastecimiento de agua por tubería dentro de las viviendas es de 90% o más en las comunidades de la frontera estadounidense. En las comunidades de la frontera mexicana, el acceso es menor y oscila entre un mínimo de 66% en Acuña y un máximo de 85% en Ciudad Juárez y Piedras Negras.

Recursos humanos

Según los datos publicados en línea en statehealthfact.org (un sitio web que es parte de la Henry J. Kaiser Family Foundation), en 2004 los cuatro estados fronterizos estadounidenses tenían menos del promedio estadounidense de médicos no pertenecientes a los servicios federales (28,1 por 100.000 habitantes). Había menos médicos por 10.000 habitantes en cada uno de los cuatro estados fronterizos que en los Estados Unidos en general y la diferencia máxima era de 22% en Texas y la mínima de 7% en California. Lo mismo sucede con las enfermeras diplomadas: la proporción de enfermeras diplomadas por cada 10.000 habitantes en los cuatro estados fronterizos de los Estados Unidos es 20% menor que el promedio nacional de 28 por 10.000 habitantes. Los condados fronterizos en Arizona y California tienen el mismo número de médicos, enfermeras y dentistas por 10.000 habitantes que los Estados Unidos en general, en tanto que los condados fronterizos de Nuevo México y Texas tienen una menor proporción de trabajadores de la salud en relación con el promedio nacional o estatal.

La distribución de recursos humanos en los estados fronterizos de México en 2004 fue comparable a las cifras nacionales de 11 médicos por 10.000 habitantes y 19 enfermeras por 10.000 habitantes. Según información de las secretarías de salud de los estados fronterizos mexicanos, la proporción de médicos por 10.000 habitantes en Baja California fue de ocho y en Tamaulipas de 15; las cifras de la seguridad social oscilaron entre nueve en Baja California y Chihuahua y 14 en Tamaulipas. El número de enfermeras por 10.000 habitantes osciló entre 17 en Baja California y Chihuahua y 24 en Coahuila.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

En la reunión del Consejo de la Agenda de Investigación en Salud Fronteriza México-Estados Unidos, celebrada en febrero de 2002, se señalaron cuatro campos de interés en materia de investigación, a saber: control y prevención de las enfermedades; salud y medio ambiente; sistemas y servicios de atención de salud y desarrollo de recursos humanos; y salud, sociedad y desarrollo.

La Oficina de Campo Frontera México-Estados Unidos, de la OPS, comenzó a participar en actividades destinadas a facilitar el uso de tecnología apropiada, incluso a proporcionar capacitación a instituciones fronterizas sobre el uso del programa informático del sistema de información geográfica, SIGEPI, y de otros programas informáticos de comunicaciones. El Centro de Gestión de Información y Conocimiento tiene bases de datos en línea de publicaciones periódicas y revistas, y proporciona acceso a cursos para mejorar la competencia en la búsqueda de información. También distribuye material bibliográfico y produce varios documentos técnicos sobre cuestiones de salud pública en diversos formatos.

Gasto y financiamiento sectorial

Los Estados Unidos y México financian la salud de formas sumamente diferentes. Los porcentajes presentados en esta sección se incluyen solamente con la intención de hacer comparaciones dentro de los países.

En los estados fronterizos estadounidenses en 2004, el gasto total en salud como porcentaje del producto estatal bruto osciló entre 11% en California y 12% en Arizona y Texas y 13% en Nuevo México. En el plano nacional, el gasto total en salud como porcentaje del producto interno bruto fue de 13%.

En los estados fronterizos de México, el gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto (gasto público) en 2004 osciló entre 2,1% en Nuevo León y 3,3% en Sonora, en comparación con el nivel nacional de 3%. El gasto público en salud como porcentaje del gasto público total osciló entre 16,5% en Tamaulipas y 26,9% en Nuevo León en comparación con el nivel nacional de 17,4%.

Cooperación técnica y financiera en salud

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) proporciona fondos y asistencia técnica para for-

talecer los sistemas de vigilancia epidemiológica y tratar las enfermedades crónicas, la tuberculosis y la mitigación de desastres en la frontera.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha tenido una oficina de campo en la frontera de México con los Estados Unidos desde 1942. En la actualidad, esa oficina contribuye al cumplimiento de los objetivos de los programas Frontera Saludable 2010, Frontera 2012 y otras iniciativas de salud fronteriza, dentro del marco del Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003–2007, y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La OPS seguirá proporcionando cooperación técnica y servicios.

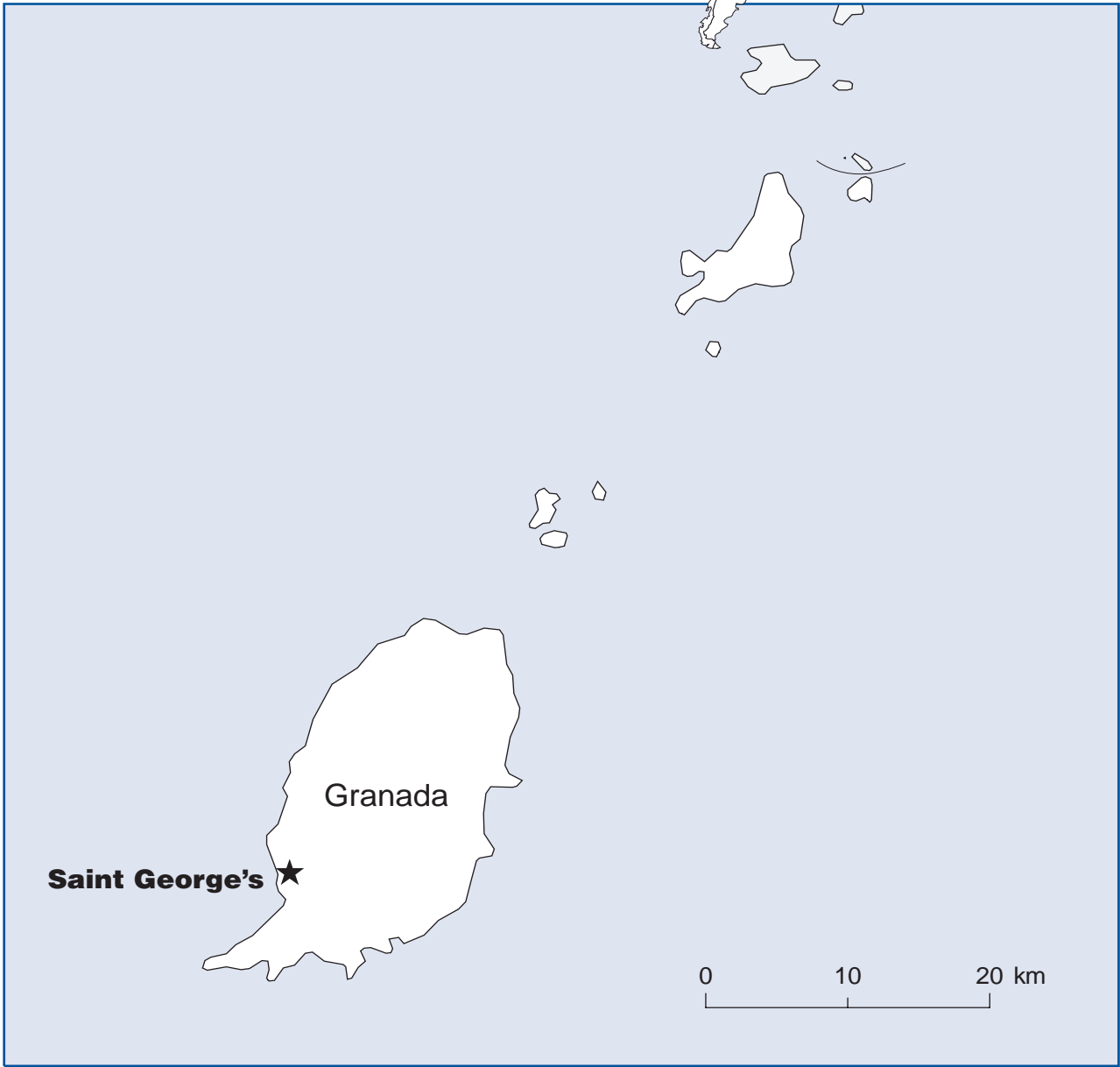
Otras instituciones locales, nacionales e internacionales también trabajan a lo largo de la frontera. Además hay coaliciones, organismos, asociaciones, fundaciones, instituciones académicas, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que proporcionan financiamiento para actividades relacionadas con la salud en ambos lados de la frontera.

Bibliografía

- Albertorio-Díaz JR, Notzon FS. Diabetes at the border: a profile of hospitalization rates along the US-Mexico border region; 2006. Presentation at the 63rd Annual Meeting of the United States-Mexico Border Health Association.
- Ambriz L. Information and Knowledge Management Report. El Paso: Pan American Health Organization United States-Mexico Border Field Office; 2006: 13.
- Boletín Epidemiológico 2002–2005. Washington, DC: OPS.
- Border Health Research Agenda Council. Border Health Research Agenda Council Meeting Report. Edinburg (Texas); 2002. Disponible en: <http://www.fep.paho.org/english/Alianzas/BHRAC%20Report%20English.pdf>.
- Bruns A. Maquilas or bust. Site Selection Online 2004;42(2): 88–90.
- Cheryl W. Cancer deaths, California 2000–2003. California Department of Health Services; 2005.
- Daniel C. Diabetes deaths in California, 2004. California Department of Health Services; 2006.
- Erik S. Brucellosis cases in Texas (2000–2005). Texas Department of State Health Services; 2006.
- Henry J. Kaiser Family Foundation. State Health Facts 2005. Menlo Park, California; 2005.
- Hereford J. The U.S.-Mexico Border: Integrated Economies: Economic Development America (EDA); 2006.
- International Boundary and Water Commission. International Boundary and Water Commission, Its Mission, Organization and Procedures for Solution of Boundary and Water Problems. 2006. Disponible en: http://www.ibwc.state.gov/html/about_us.html. Consultado el 25 de septiembre de 2006.
- Mariana M. New lab ready to help solve Juarez crimes. The Houston Chronicle. 2006 Sept 22; Sect. A. Page 22. Available from: <http://www.chron.com/>.
- Mathews TJ. Infant mortality statistics from the 2001 period linked birth/infant death data set. Hyattsville (Maryland); 2003.
- México, Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población en México. CONAPO; 2002.
- México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. 2000. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Anuario Estadístico: Baja California Sur, Edición 2003. México, DF: INEGI; Gobierno del Estado de Baja California Sur; 2004. Pág. 410.
- México, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud: 2003.
- México, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Anuarios de morbilidad. SSA; 2005.
- México, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica. Semana 1, 2005. SSA; 2005.
- México, Secretaría de Salud. Las 20 primeras causas de mortalidad, jurisdiccional y por municipio. Ciudad Juárez; 2002.
- México, Secretaría de Salud. Mortality in women; 2002.
- México, Secretaría de Salud. Principal causes of infant mortality. SSA; 2002.
- Nalder SN. Cases of brucellosis in New Mexico (2000–2005). 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2003. Situación de salud en la Frontera México-Estados Unidos. El Paso: OPS; 2003.
- Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2000. Washington, DC: OPS; 2003.
- Pan American Health Organization; University of Arizona. Border Health Research Agenda Council Meeting Report. Edinburg, Texas; 2002.
- Pan American Health Organization. U.S.-Mexico Border Diabetes Prevention and Control Project: First Report of Results. PAHO; 2005.
- Sandy F. California's infant mortality rate, 2003. Sacramento: California Department of Health Services; 2005.
- Steven S. Human Immunodeficiency Virus Disease Deaths California, 2000–2003. California Department of Health Services; 2005.
- Sun B. Brucellosis cases in California (2000–2005). California Department of Health Services; 2006.
- United Nations Development Program. Human Development Report. New York: Oxford University Press; 2005.
- United States, Arizona Department of Health Services. Arizona Health Status and Vital Statistics; 2006.

- United States, Arizona Department of Health Services, Office of Border Health. 2006. Disponible en: <http://www.azdhs.gov/phs/borderhealth/index.htm>. Consultado el 22 de agosto de 2006.
- United States, Arizona Public Health Association. Health Disparities in Arizona's Racial and Ethnic Minority Populations. 2005.
- United States, Bureau of the Census. [Computer data]. 2000. Available from: <http://www.census.gov/>.
- United States, California Department of Health Services. Deaths and Age-Adjusted Death Rates for Leading Causes of Death by Sex, California, 2000–2003. Report No. VSCA 05-07. May 2004.
- United States, California Department of Health Services. Death, Percent of Deaths, Death Rates, and Age-Adjusted Death Rates for Leading Causes of Death: 2005.
- United States, Centers for Disease Control and Prevention. Behavioral Risk Factor Surveillance System. Atlanta: CDC; 2003.
- United States, Central Intelligence Agency. The World Fact Book. Washington, DC: CIA; 2005.
- United States, Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Health Statistics. Health, United States, 2005. With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Maryland: National Center for Health Statistics; 2005.
- United States, Environmental Protection Agency. Border 2012: U.S.-Mexico environmental program: response summary report, 2002. Washington, DC: EPA; 2003: 59 pp.
- United States, Environmental Protection Agency. U.S.-Mexico Border 2012 Framework. EPA; 2003.
- United States, Government Accountability Office. Illegal Immigration. Washington, DC: GAO; 2006.
- United States-Mexico Border Health Commission. Healthy Border 2010: an agenda for improving health on the United States-Mexico border. El Paso: United States-Mexico Border Health Commission; 2003.
- United States-Mexico Border Health Commission. Inauguration of the Ventanilla de Salud in El Paso. 2006.
- United States, Texas Department of State Health Services. Texas resident life expectancy at birth for selected years. 2006.
- US Cancer Statistics Working Group. United States Cancer Statistics: 1999-2002 Incidence and Mortality Web-Based Report. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Cancer Institute
- Wasem RE. Congressional Research Service (CRS) Report for Congress. Unauthorized Aliens in the United States: Estimates since 1986. Washington, DC; 2006.
- William FA. Cases of brucellosis in Arizona (2000–2005). 2006.
- World Bank, International Economics Department Development Data Group. World Development Indicators. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development; 2003.
- World Bank. World Development Report. New York: Oxford University Press. 1997–2006.
- World Health Organization. Global Initiative on Children's Environmental Health. Pilot Projects. WHO; 2006: 2.
- World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. WHO; 2005.
- World Health Organization; Public Health Agency of Canada. Ottawa; 2005.
- Zuniga E, Wallace SP, Berumen S, Castaneda X, et al. Mexico-United States Migration: Health Issues. Mexico, DF: Consejo Nacional de Población; 2005.

GRANADA



El Estado de Granada está constituido por las islas de Granada, Carriacou y Petit Martinique, con una superficie total de 344 km². Granada se encuentra en el extremo meridional de las Islas de Barlovento, aproximadamente a 160 km al norte de Venezuela y 145 km al sudoeste de Barbados.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

Granada es una democracia parlamentaria. El poder legislativo está constituido por una legislatura bicameral compuesta por una Cámara de Representantes, cuyos 15 miembros son elegidos mediante votación, y un Senado integrado por 13 miembros designados por nombramiento. El poder ejecutivo ha sido 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. En el país hay varios partidos políticos activos y se celebran elecciones generales cada cinco años.

Pese a que la pequeña economía abierta del país es vulnerable a los efectos de la recesión económica mundial y de los desastres naturales, desde 1983 Granada ha disfrutado de un clima político estable, que ha facilitado el desarrollo y el crecimiento sostenido. Según los datos del Ministerio de Asuntos Económicos, después de la desaceleración del crecimiento económico de Granada con posterioridad a los acontecimientos del 11 de septiembre de 2001 en los Estados Unidos, el país comenzó a experimentar una recuperación económica. En 2002 y 2003, la economía mostró un crecimiento positivo de 0,8% y 5,8%, respectivamente.

Los resultados de la Encuesta sobre Indicadores Básicos del Bienestar efectuada en 2005 muestran una tasa de alfabetización de los adultos de 96%. Menos de la mitad de las familias con niños en edad escolar tienen fácil acceso a las escuelas primarias y solamente 24% tienen acceso a las escuelas secundarias. El acceso a la educación escolar se define en términos del tiempo que toma llegar a una escuela primaria o secundaria; a las familias que viven a una distancia que no requiere más de 15 minutos de viaje para llegar a una escuela se las define como familias con fácil acceso. Según la encuesta, las familias de las zonas urbanas tienen fácil acceso a las escuelas, mientras que menos de 30% de los estudiantes pobres de las zonas rurales gozan de acceso. No obstante, a pesar del acceso limitado, el porcentaje de la matrícula supera 90%.

En 2004 y 2005, la economía de Granada sufrió las serias embestidas de los huracanes Iván y Emily, respectivamente. El huracán Iván, en particular, causó daños considerables, especialmente

al sector de las viviendas, donde se estima que las pérdidas llegaron a US\$ 5,2 mil millones, que equivalen a 58% del total de daños en el país. Aproximadamente 90% de los edificios resultaron afectados y muchas personas perdieron sus hogares. Se confirmaron 37 muertes y se informaron más de 300 casos de lesionados. Los daños ocasionados por el huracán Iván tuvieron un impacto importante en la economía de Granada; como consecuencia, la agricultura y el turismo experimentaron un crecimiento negativo de 6,9%. El sector salud, como la mayoría de los otros sectores, fue gravemente afectado por el huracán Iván en 2004 y el huracán Emily en 2005. Se calcula que el costo total de los daños en el sector salud fue de cuatro millones de dólares. Muchos centros de salud resultaron afectados. A pesar de estos contratiempos, el Gobierno siguió prestando servicios de atención de salud accesibles y de calidad a la población. Para 2005, la mayoría de los establecimientos dañados habían sido reparados, remodelados y puestos en funcionamiento con la ayuda financiera de entidades, organizaciones e instituciones donantes, otros gobiernos, organizaciones cívicas e individuos.

En 2005, la economía experimentó un considerable crecimiento de 12,9% y para 2006 se estimó que sería de 7,4%. Este vigoroso desempeño de la economía obedeció al incremento de las actividades en la industria de la construcción, en la minería y la explotación de canteras y en el turismo, que registraron tasas de crecimiento de 7,6%, 10,2% y 54,5%, respectivamente.

La tasa media de inflación en 2005 fue de 3,5%, debido principalmente a los aumentos recientes en los precios de los combustibles. En comparación con 2004, el desempeño fiscal fue mejor en 2005. Por otra parte, los gastos ordinarios se redujeron en 10,6%, a US\$ 109 millones, principalmente por la disminución en los pagos de intereses. En 2005, el ahorro en los intereses totalizó US\$ 18,4 millones.

La fuerza laboral activa representa dos tercios de la población. El desempleo es mayor entre los pobres y en el grupo de 15 a 29 años de edad.

Antes del huracán Iván, la tasa de desempleo era de 13%. Dada la gran cantidad de personas que perdieron sus trabajos como consecuencia del huracán, la tasa de desempleo aumentó drásticamente después del desastre natural. Según la Encuesta sobre Indicadores Básicos del Bienestar efectuada en 2005, ese año la

tasa de desempleo fue de 18,8% y llegó a un porcentaje aún mayor en el caso de las mujeres. En las zonas urbanas, la tasa de desempleo de las mujeres fue más de dos veces más alta que la de los hombres. Casi un tercio de los jóvenes no tienen empleo y nuevamente las tasas más altas corresponden a las mujeres.

Un inventario sobre los desechos que se realizó en 2003 indicó que en Granada se generaban aproximadamente 30.000 toneladas de basura. El desglose por sector mostró que los desechos orgánicos representaban 46,4% y 43,7% de los desechos que generaban los residentes de las zonas rurales y urbanas, respectivamente, en tanto que los desechos de papel constituían respectivamente 17,9% y 19,5% del total. Las zonas rurales generan más desechos orgánicos, que son menos perjudiciales para el medio ambiente. Es posible que algunas zonas urbanas provoquen riesgos ambientales, pero este impacto aún debe ser investigado a fondo. Según la tasa actual de generación de desechos per cápita de 2,2 kg diarios, se estimó que para el año 2016 se producirán aproximadamente 38.000 toneladas anuales de desechos. El nivel de generación de desechos proyectado plantea un desafío al gobierno, que deberá encontrar otros sitios para su eliminación. El territorio de Granada es pequeño y su topografía accidentada constituye un gran obstáculo para encontrar sitios alternativos.

La Encuesta sobre Indicadores Básicos del Bienestar patrocinada por el PNUD reveló que 87% de las viviendas tienen acceso a agua potable: 70% mediante el abastecimiento público a través de tuberías que llegan al interior de las viviendas, 8,4% a través de tuberías que llegan a los patios de las viviendas y 8,5% por medio de tomas públicas.

En las zonas rurales, 60,3% de los habitantes tienen acceso a servicios sanitarios y un sistema higiénico de eliminación de excretas y aguas servidas; en las zonas urbanas, el porcentaje es de 88,3%. En 54,4% de las viviendas hay fosos sépticos; en 36,3%, letrinas de pozo; en 5,4%, inodoros, y en 0,7% no existe ninguno de estos sistemas.

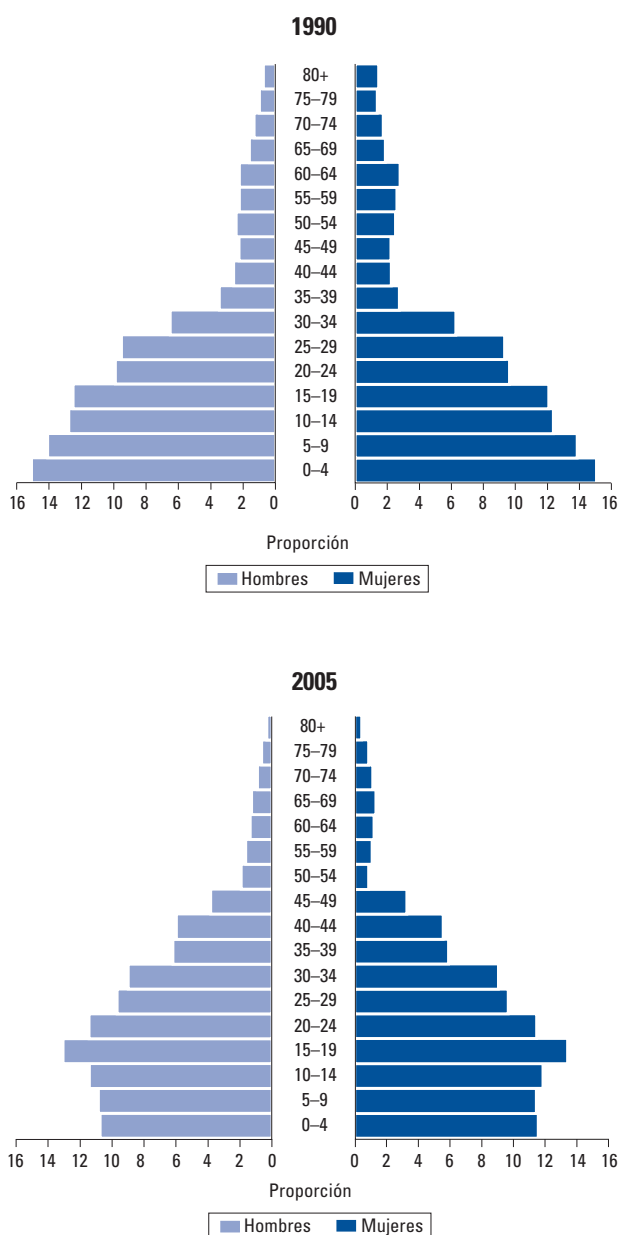
Noventa y siete por ciento de las viviendas tienen acceso a un sistema de recolección de desechos. El servicio gubernamental de recolección prestado por la Autoridad de Manejo de Desechos Sólidos de Granada cubre a 87% de las viviendas; en 1,1% de las viviendas se recurre a la quema de desechos o a arrojar los desechos en sitios sin medidas higiénicas.

Demografía, mortalidad y morbilidad

En 2001, se estimó que Granada tenía 103.137 habitantes. En 2005, la población calculada fue de 105.892 habitantes, con una tasa aproximada de crecimiento de 2,6%. El grupo de menores de 15 años representaba 32% de la población y el grupo de mayores de 64 años, 9%, que equivalen a una tasa de dependencia de 71,5. (En la figura 1 se muestra la estructura de la población del país.)

En 2002, se calculó que la esperanza de vida era de 71 años. Los datos preliminares muestran que, entre 2003 y 2005, el promedio estimado de la esperanza de vida aumentó a 73 años. En el

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Granada, 1990 y 2005.



próximo decenio, el incremento previsto de 10% en el grupo de 65 o más años de edad aumentará la demanda de servicios de salud, los cuales pueden requerir grandes gastos en el presupuesto nacional. En consecuencia, los sistemas de salud deberán crear entornos de apoyo y servicios adecuados para este grupo de edad. Además, el sistema público de prestación de servicios de salud enfrenta muchos desafíos en relación con su desarrollo, en parte debido al aumento de la demanda de nuevas tecnologías

con costos cada vez más altos; algunos retos adicionales incluyen la reforma del sector salud, del financiamiento y de la información sanitaria.

En el período 2001–2005, se registraron 3.230 muertes; el promedio anual fue de 807 muertes. En 2002, las principales causas de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio (incluidas las enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares), las neoplasias malignas, las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades parasitarias. Los datos preliminares del Hospital General indicaron que, entre 2003 y 2005, las principales causas de muerte fueron similares a las de los años anteriores. El número de muertes por neoplasias malignas fue de 151 (24% del total de muertes) en 2003, 45 (24%) en 2004, y 47 (21%) en 2005. Otras causas principales de defunción en el mismo período fueron los trastornos endocrinos y metabólicos, la cardiopatía isquémica, las enfermedades del sistema genitourinario, y los accidentes y traumatismos.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Durante el período 2002–2005, se registraron 107 defunciones infantiles, que representaron 27 defunciones anuales o 15 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. En el mismo período, se informaron 50 muertes neonatales, que representaron un promedio de 12 muertes anuales o 7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Entre 2003 y 2005, 3.683 (49%) de los casos de infecciones respiratorias agudas se presentaron en el grupo de 0 a 4 años. Los casos de gastroenteritis registrados en este grupo en el mismo período (488) representaron 45% del total de casos. En los registros de los hospitales correspondientes a 2004 y 2005, se señalan 18 muertes infantiles. Las causas principales de defunción fueron hipoxia, asfixia al nacer y afecciones respiratorias (8 defunciones), infecciones respiratorias agudas (5), cardiopatías congénitas (2), septicemia (1) broncoaspiración (1) y enfermedad del sistema genitourinario (1).

Los informes sobre la salud de la comunidad indican que, entre 2003 y 2005, 1.224 lactantes menores de un año fueron atendidos en los dispensarios del país. De ellos, 450 (37%) fueron exclusivamente amamantados durante un mínimo de tres meses. En el mismo período, un promedio de 3% de estos lactantes tenían bajo peso o sobrepeso. Entre los niños de 1 a 4 años, en solo 0,3% de las 18.444 visitas a dispensarios se detectaron bajo peso o sobrepeso.

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2004, se informaron dos defunciones en este grupo de edad. Una de las muertes fue por una enfermedad cerebrovascular y la otra se debió a un trastorno circulatorio pulmonar. No se registraron defunciones en 2005.

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

En 2005, la población estimada de los grupos de 10 a 14 y de 15 a 19 años de edad era de 23.504 jóvenes. La mayoría de ellos asistían a la escuela y parecían tener buena salud. Los datos de los hospitales mostraron que, en 2004, no se registraron defunciones en estos grupos de edad. En 2005, sólo se informó una muerte en el grupo de 15 a 19 años, causada por una neoplasia maligna. Entre 2003 y 2005, tuvieron hijos 444 madres adolescentes, las cuales representaron 23% del total de madres de nacidos vivos en 2003, 28% en 2004 y 32% en 2005.

Salud de los adultos (20–64 años)

La fuerza laboral de Granada pertenece por completo a este grupo de edad, lo que lo convierte en el sector más productivo de la población. Los registros de los hospitales indican que, entre 2004 y 2005, se produjeron 100 defunciones en este grupo de edad, 61 de hombres y 39 de mujeres. Las tres principales causas de muerte fueron las neoplasias malignas (27%), seguidas de las enfermedades del sistema respiratorio (15%) y las enfermedades cerebrovasculares (13%).

Salud de los adultos mayores (65 años y más)

El Ministerio de Desarrollo Social es el responsable de prestar servicios a los habitantes de Granada de 65 o más años de edad. En el país, hay 11 residencias para adultos mayores. Las cuatro que son propiedad del gobierno y son administradas por este son Richmond Home, Grand Anse Home for the Aged y Cadrona Home en la isla de Granada y Top Hill en Carriacou. El Ministerio de Desarrollo Social proporciona un subsidio mensual a las restantes residencias administradas por el sector privado. Los adultos mayores son afectados principalmente por enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades coronarias o cardiovasculares y sus complicaciones.

En 2005, se estimó que el grupo de 65 o más años de edad representaba 9% de la población. Se espera que, en el próximo decenio, este grupo aumente a más de 10% de la población. Con el incremento de este grupo de edad en los próximos años, el tratamiento de las enfermedades crónicas constituirá un enorme desafío debido al aumento de la demanda de servicios de hospital en la comunidad. En 2006, se celebró en Granada un Día Internacional contra el Maltrato de los Adultos Mayores. Se redactó una política nacional sobre el cuidado de los adultos mayores, que protegerá los derechos de las personas de edad y les procurará una vida con dignidad y respeto. También garantizará su participación en el desarrollo comunitario y nacional y en otras cuestiones sociales que afectan sus vidas.

Salud de la familia

En 2003, se aplicaron inyecciones anticonceptivas a 5.057 mujeres y 1.557 recibieron anticonceptivos orales en los dispensa-

rios de salud pública. En 2004, se aplicaron inyecciones anticonceptivas a 1.300 mujeres y solo 421 recibieron anticonceptivos orales, lo que representó una disminución de 74% y 73%, respectivamente, en relación con 2003. Este descenso abrupto probablemente se deba a la interrupción de la prestación de servicios después del huracán Iván. La Asociación de Planificación Familiar de Granada también presta servicios de salud reproductiva. En 2004, se registraron 6.570 consultas para servicios que no estaban relacionados con la recepción de anticonceptivos. De ellas, 505 fueron para efectuar la prueba de Papanicolaou; en 12 de estas últimas consultas se prescribieron tratamientos para infecciones menores y en 45 se remitió a las pacientes a un médico para el tratamiento ulterior. Ese mismo año, se realizaron 906 pruebas de embarazo y 283 dieron resultados positivos. En cuanto al uso de anticonceptivos, en 2004 se registraron 241 nuevas usuarias, en comparación con las cifras de 2003; 149 de esas mujeres recibieron anticonceptivos orales y 77, anticonceptivos inyectables. El dispositivo intrauterino (DIU) y otros métodos de barrera no son muy usados. Se distribuyeron 9.596 condones.

Salud de los trabajadores

Los datos del sistema nacional de seguro indican que, entre 2001 y 2005, se registraron 16.323 asegurados nuevos, con un promedio de 3.265 por año. Durante el período de 2002 a 2005, se informó un total de 1.518 casos de lesiones. De ellos, 478 (32%) ocurrieron en el sector de la construcción, 333 (22%) en el sector de servicios sociales y otros servicios relacionados, 160 (11%) en el sector del comercio mayorista y minorista, y 153 (10%) en el sector de servicios de hotelería y restaurantes. En el mismo período, se notificaron 403 casos de traumatismos, 226 casos de laceraciones y 218 casos de fracturas. Cincuenta y nueve por ciento de todas las lesiones informadas ocurrieron entre 2004 y 2005. Es posible que esto se deba al incremento de las actividades en la industria de la construcción para reparar los daños ocasionados por el huracán Iván.

Salud de las personas con discapacidad

Se calcula que 10% de la población de Granada tiene algún tipo de discapacidad. En 1985, se estableció el Consejo Nacional de Granada para las Personas con Discapacidad con el fin de proporcionar un foro donde las personas con discapacidades pudieran manifestar sus problemas y buscar la forma de solucionarlos, concientizar al público sobre la difícil situación de estas personas y abogar por ellas. El Consejo está financiado por el Gobierno de Granada y recibe un subsidio del Ministerio de Desarrollo Social, que tiene por objetivo satisfacer las necesidades de las personas discapacitadas y prestarles servicios. El Dorothy Hopkins Home y el Bel Air Home, ambos en Saint George's, atienden a niños con discapacidades.

Mediante su Proyecto de la Isla de las Especies (apelativo con que se conoce a Granada), la organización altruista Action for Children/National Children's Home brinda servicios de guardería y escolares para niños con discapacidades en la parroquia de St. Mark. También hay dos escuelas de educación especial, una en St. George's y la otra en St. Andrews. En la parroquia de St. George's, hay una escuela para sordos.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

El Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud procura reducir la incidencia de la **malaria** y el **dengue** mediante el control de sus vectores, los mosquitos *Anopheles* y *Aedes aegypti*, respectivamente. En 2005, se informó un caso importado de malaria. Anteriormente, se habían confirmado los últimos dos casos importados en 1998. Pese a que no se realiza una vigilancia activa del mosquito *Anopheles*, hay algunas actividades de vigilancia en sitios centinelas, como el Hospital General. En 2004, el índice de infestación domiciliaria¹ por el mosquito *Aedes aegypti* fue de 13,9%. En octubre de 2005, el índice de infestación domiciliaria había descendido levemente a 11,5%. En 2002, se confirmaron 310 casos positivos de dengue, que equivalen a tres por cada 100.000 habitantes. Este incremento repentino se debió principalmente al ingreso del serotipo 3 a la isla y al correspondiente aumento de las actividades de vigilancia. En 2003, sólo se confirmaron cuatro casos y, en 2005, dos.

Enfermedades inmunoprevenibles

El Ministerio de Salud sigue dando prioridad al programa de inmunización del país. En 2001, se introdujeron las vacunas contra la infección por *Haemophilus influenzae* tipo b y la **hepatitis B** en el programa de inmunización nacional, mediante el empleo de la vacuna pentavalente (DPT/HepB/Hib). En el período 2001–2005, no se registraron casos de **difteria**, **rubéola**, **tétanos**, **tétanos neonatal** o infección por *Haemophilus influenzae* tipo b.

La cobertura de vacunación en 2001–2005 fue superior a 90%, excepto en el año 2004, cuando se interrumpieron todos los programas debido al huracán Iván. En 2004, las coberturas con las tres dosis de la vacuna DPT, contra la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b, la VOP3 y la MMR fueron de 84%, 84% y 75%, respectivamente. En 2005, la cobertura de inmunización con las tres vacunas fue de 100%.

¹La razón entre el número de viviendas infestadas y el número total de viviendas inspeccionadas.

Enfermedades infecciosas intestinales

En el período 2001–2005, la incidencia notificada de **gastroenteritis** disminuyó constantemente. En 2003, se informaron 1.566 casos de gastroenteritis, en 2004, 1.376, y en 2005, 1.065; 24% de los casos se presentaron en niños de 5 a 14 años de edad.

Enfermedades crónicas transmisibles

En el período 2001–2005, la incidencia de casos de **tuberculosis** con baciloscopia positiva fue de 12 por cada 100.000 habitantes, en comparación con 4 por cada 100.000 en 2000. Se notificaron 7 casos de tuberculosis en 2005, 2 en 2002, 2 en 2003, 2 en 2004 y 1 en 2001. Se informaron tres defunciones causadas por esta enfermedad: una por año en 2002, 2003 y 2004. Es posible que el aumento de la incidencia de la tuberculosis en 2005 se deba al deterioro de las condiciones de vida después del huracán Iván. La mayoría de los casos (8) se presentaron en el grupo de 25 a 64 años de edad.

En el período 2001–2005, se confirmaron dos casos de **lepra**, en un hombre y una mujer de la misma familia. Ambos recibieron tratamiento con rifampicina, clofloxacina y dapsona durante 18 meses y están bajo vigilancia para detectar una posible reaparición de la infección.

Infecciones respiratorias agudas

En la actualidad, las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de morbilidad en Granada. Los datos de los hospitales indican que se notificaron 9.170 casos en 2003, 8.605 casos en 2004 y 7.852 en 2005.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Entre 2001 y 2005, 75 personas (49 hombres, 26 mujeres) tuvieron por primera vez resultados positivos en las pruebas para detectar la **infección por el VIH** y se confirmaron 59 casos nuevos de **sida** (39 hombres, 20 mujeres). El total acumulado hasta 2005, desde que se confirmó el primer caso en 1984, ascendía a 277 casos. De ellos, 179 eran hombres y 98, mujeres. La razón hombre/mujer es de 1,6:1. El grupo más afectado es el de las personas de 15 a 45 años de edad, el grupo más productivo de la población. Se registraron 158 defunciones por sida. Entre 2000 y 2005, nacieron 12 bebés de un total de 10 madres infectadas por el VIH. Desde entonces, tres madres han muerto y dos de los niños resultaron VIH positivos. Hay nueve niños que viven con el sida.

Según los datos de los hospitales, entre 2003 y 2005 se informaron 319 casos de **gonorrea**: 133 en 2003, 119 en 2004 y 67 en 2005. En 2005, las personas de 15 a 44 años de edad fueron las más afectadas por esta enfermedad, con 31 casos en el grupo de 15 a 24 años y 25 en el grupo de 25 a 44 años. En 2003 y en 2004, fue similar el número de casos en estos grupos.

En 2004, se notificaron 150 casos de **sífilis** y en 2005, 35. Las personas más afectadas por esta enfermedad en el año 2005 fue-

ron las personas de 65 o más años (15), seguidas por las de 25 a 44 años (8).

Zoonosis

En 2004 se confirmaron dos casos de **leptospirosis** y en 2005, siete; la enfermedad reviste importancia para la salud pública en el país. En Granada, la **rabia animal** sigue siendo endémica en la población de mangostas. Desde 1970, no se han comunicado casos de rabia en seres humanos.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Según los resultados de la evaluación nutricional efectuada en 2005 por el Consejo de Alimentación y Nutrición de Granada en guarderías administradas y sostenidas por el Gobierno, el porcentaje de **lactantes con bajo peso** varió de un máximo de 6,6% en 2002 a un mínimo de 1,8% en 2005; la proporción de **lactantes con sobrepeso** varió de 5,3% en 2002 a 9% en 2005.

La prevalencia de la **deficiencia de hierro** entre los niños de Granada es alta. Las pruebas para diagnosticar la deficiencia de hierro en niños de 1 año de edad mostraron que, de los que fueron examinados en 2003, 2004 y 2005, 65%, 62% y 56%, respectivamente, estaban anémicos, con concentraciones de hemoglobina inferiores a 11 g. Más de 60% de estos niños requirieron suplementos de hierro. El estudio de la prevalencia de anemia en las embarazadas examinadas en los consultorios de atención prenatal durante el mismo período reveló que, en 2003, 14,3% tenían concentraciones de hierro inferiores a 10 g; en 2004, el porcentaje fue de 9,6% y en 2005, de 15,1%. En 2003, 12,5% de las mujeres tenían concentraciones de hierro de entre 8 g y 10 g; en 2004, el porcentaje fue de 9,6% y en 2005, de 13,5%. En esos mismos años, los porcentajes de mujeres con una concentración de hierro inferior a 8 g fueron de 2%, 6% y 1,6%, respectivamente. En el mismo lapso, los porcentajes de mujeres en el período postnatal con concentraciones de hemoglobina inferiores a 10 g fueron de 3,2%, 5,2% y 6,4%, respectivamente. La prevalencia más alta de anemia en las embarazadas y los niños de 1 año de edad se registró en la parroquia de St. Andrews.

Hubo 1.726 casos de **diabetes** en 2003–2005.

Enfermedades cardiovasculares

Según las estadísticas de los hospitales, de los 8.061 casos de enfermedades no transmisibles que se registraron entre 2003 y 2005, 1.407 fueron de **enfermedad hipertensiva**. En los años 2004 y 2005, las principales causas de defunción fueron las **enfermedades cerebrovasculares** (82 muertes), seguidas de las **enfermedades del sistema circulatorio pulmonar y otras formas de cardiopatía** (52), la cardiopatía isquémica (36) y los trastornos endocrinos y metabólicos (35). Las enfermedades

cerebrovasculares provocaron 20% del total de muertes registradas en hospitales. El grupo más afectado fue el de las personas de 65 o más años de edad.

Neoplasias malignas

Entre 2003 y 2005, se notificaron 634 casos de neoplasias malignas, con un promedio de 211 casos al año. La mayoría de los casos correspondieron a personas de 45 o más años. En 2003, se registraron 41 casos de neoplasias malignas del aparato digestivo (24 hombres y 17 mujeres); en 2004, hubo 37 casos (32 hombres y 5 mujeres) y en 2005, 28 (19 hombres y 9 mujeres). En 2005, se registraron 36 casos de neoplasias malignas del sistema linfático y hematopoyético (19 hombres y 17 mujeres); en 2004, hubo 29 casos de esas neoplasias (13 hombres y 16 mujeres) y en 2003, 28 (19 hombres y 9 mujeres).

En los hombres de 45 o más años es mayor la prevalencia del cáncer de próstata; se informaron 45 casos en 2003 y 44 en 2004.

En 2003, se produjeron 26 casos de neoplasias malignas de útero y 21 casos de neoplasias malignas de mama en mujeres de 45 o más años de edad; en 2004, los casos de neoplasias malignas de útero y de mama fueron 21 y 19, respectivamente, y en 2005, 27 y 17, respectivamente.

Violencia y otras causas externas

Los datos incluidos en las altas de pacientes víctimas de accidentes y de la violencia abarcan envenenamientos accidentales, caídas, accidentes con armas de fuego, accidentes de tránsito, homicidios y lesiones autoinfligidas. Los datos indican que los hombres son hospitalizados con más frecuencia debido a accidentes e incidentes violentos.

En las altas de hospital de los hombres en el período 2001–2004, los accidentes y las lesiones aumentaron de 9.695 casos (2,1% del total) en 2001 a 10.928 (6,3%) en 2004. En 2003, se comunicaron 348 casos de accidentes y lesiones; en 2004 y 2005 las cifras correspondientes fueron 336 y 512, respectivamente. El número de accidentes de tránsito fue de 1.321 en 2001, 1.484 en 2002 y 1.506 en 2003. El número de casos de lesiones en esos mismos años fue de 236, 269 y 239, con 10, 6 y 8 muertes. En 2003, hubo 88 accidentes automovilísticos y de otros tipos de transporte; en 2004, se produjeron 91 accidentes automovilísticos. En 2005, el número ascendió a 129, cantidad que representa un incremento de 30%. Este incremento se debe principalmente al aumento de la cantidad de automóviles y otros tipos de transporte y a las mejores condiciones de las carreteras. Se comunicaron 283 accidentes por caídas en 2003, 138 en 2004 y 223 en 2005. Es posible que el abrupto aumento que se registró en 2005 se deba al incremento de las actividades de construcción y reparación de edificios después de los huracanes Iván y Emily. En 2005, el envenenamiento accidental y las lesiones punzantes ocasionadas por máquinas sumaron 25 y 22 casos, respectivamente. En 2003, se registraron 15 casos de suicidio y de lesiones autoinfligidas; en 2004, 10 y en 2005, 9. La mayoría de los casos se presentaron en mujeres jóvenes de 15 a 24 y de 25 a 44 años de edad.

Salud oral

En los centros se prestan servicios de atención odontológica principalmente a las personas de 65 o más años y a los niños. En 2003, 2.238 niños y jóvenes (de 5 a 19 años) fueron examinados por primera vez: 99% tenían problemas dentales y 95% (2.023) recibieron tratamiento. En 2003 y 2004, las visitas a los servicios de odontología efectuadas por personas de 65 y más años y adultos más jóvenes sumaron 6.318 y 5.015, respectivamente. Se realizan extracciones y trabajos de restauración, pero estos servicios son restringidos por la falta de insumos y de mantenimiento periódico de los equipos. Salvo por el programa de fluoración que se inició en 1990, el país no cuenta con programas de promoción de la salud oral ni de prevención de caries.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El Ministerio de Hacienda, Planificación y Desarrollo coordina el desarrollo nacional de Granada guiado por un plan económico estratégico a mediano plazo de tres años de duración, que tiene en cuenta factores económicos, incluidos los problemas de desarrollo social, como la atención de la salud y la igualdad entre los sexos. El plan es preparado por el Ministerio de Hacienda, en colaboración con otros ministerios, como el Ministerio de Salud. Actualmente el Ministerio aplica el plan económico estratégico a mediano plazo, correspondiente a 2006–2008.

Se están llevando a cabo discusiones públicas entre las diversas partes interesadas con el propósito de establecer un sistema de gestión de la información que permita vigilar con mayor eficacia el progreso y el desarrollo social del país. Los indicadores del sistema se concentran en el desarrollo de recursos humanos, la calidad de la atención de salud, la reducción y la eliminación de la pobreza, el desarrollo rural, el uso sostenible del entorno físico y la igualdad entre los sexos.

A pesar de que el Ministerio de Salud es responsable de la prestación de los servicios de salud a la población, el Ministerio de Hacienda es la autoridad definitiva en lo concerniente a todos los gastos. El Departamento de Recursos Humanos, que depende de la oficina del Primer Ministro, toma todas las decisiones relativas a la dotación de personal de los servicios públicos. La Comisión de Servicios Públicos selecciona y designa todo el personal y determina los términos y las condiciones de empleo.

Se creó la Secretaría de Reconstrucción y Desarrollo para promover la cooperación entre los ministerios, los organismos públicos, el sector privado, la sociedad civil y las organizaciones internacionales en la realización de diversas actividades encaminadas a restablecer los medios de vida de la población después del huracán Iván. Varios sectores de la economía participaron en esta iniciativa, denominada “Reconstruir y Mejorar”.

El Ministerio sigue actualizando el marco normativo para el control y el mejoramiento del sistema público de salud. La ley más reciente es la de Gestión de los Desechos de 2001, que esta-

“Reconstruir y Mejorar” después del huracán Iván

Granada es especialmente vulnerable a los huracanes. En 2004, el huracán Iván, uno de los más devastadores, cobró la vida de 37 personas y dejó más de 300 heridos. Casi todos los edificios sufrieron daños en alguna medida, en su mayoría cuantiosos. Los daños en las viviendas superaron los US\$ 5.000 millones e innumerables granadinos perdieron sus hogares. En los sectores de la agricultura y el turismo hubo grandes pérdidas, con las consiguientes repercusiones negativas en la economía. Numerosos establecimientos sanitarios sufrieron grandes daños, por un valor estimado en US\$ 4 millones. En respuesta a la devastación provocada por el huracán Iván, el gobierno creó en septiembre de 2004 la Secretaría de Reconstrucción y Desarrollo. Bajo el lema “Reconstruir y Mejorar,” el organismo actuó como ente coordinador de la labor de reconstrucción efectuada por los ministerios, las instituciones públicas, grupos del sector privado, la sociedad civil y organismos internacionales.

blece cómo se eliminarán los desechos de acuerdo con las mejores prácticas ambientales. La ley también aboga por la formulación de una estrategia nacional de gestión de los desechos.

La Ley de Tránsito fue enmendada en 2001 para reglamentar el uso obligatorio de los cinturones de seguridad en todos los vehículos públicos y privados. Esta ley exige que todas las personas que se sienten en los asientos delanteros de cualquier vehículo usen cinturones de seguridad. Asimismo, exige que las personas que conducen motocicletas usen un casco protector.

La Ley de Registro y Control de los Perros de 2002 reglamenta la posesión de estos animales y controla la importación y posesión de perros peligrosos o destinados a fines peligrosos.

La Ley de Control de Ruidos de 2005 regula y controla los ruidos excesivos e innecesarios.

Estrategias y programas de salud

Desde 1998, el Gobierno ha emprendido un programa de reforma del sector salud; el objetivo es mejorar la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud que se prestan a la población. Las reformas se orientaron principalmente a resolver los problemas institucionales y estructurales del sistema de servicios médicos.

Con el fin de hacer frente a los costos cada vez mayores derivados de la prestación de servicios para la atención de casos agudos, el Gobierno hará hincapié en la prevención primaria mediante actividades educativas y de promoción de la salud. El objetivo de esta iniciativa es estimular estilos de vida saludables en la población que, en última instancia, reducirán la carga de morbilidad y la demanda de servicios de rehabilitación y de atención de casos agudos.

Además, se está elaborando una nueva política de salud mental para mejorar estos servicios. La integración de los servicios de salud mental de la comunidad con los servicios de atención primaria será prioritaria. También se pondrá énfasis a la capacitación del personal de los servicios de salud mental.

En 2002, el Gobierno de Granada recibió una subvención del Banco de Desarrollo del Caribe para el fortalecimiento del sistema

de gestión de hospitales, incluidas la revisión y la elaboración de políticas y manuales de procedimientos. En la actualidad, se está aplicando gradualmente un modelo de organización ejecutiva para la gestión de los servicios de los hospitales. Se creó una cuenta de administración ejecutiva para la adquisición de bienes y servicios. Un Director de Servicios de Hospital administra todos los hospitales. En enero de 2003 se puso en marcha el proyecto de desarrollo de los hospitales.

En 2005, el Gobierno comenzó el proceso de elaboración de un plan estratégico nacional de salud de cinco años, bajo el lema “Salud para el desarrollo y el crecimiento económicos”. Se espera que este plan trace el camino del sector salud para el período 2006–2010. Ya se han realizado análisis de la situación en materia de salud y se han identificado las áreas con prioridad que servirán como punto de partida en el proceso de planificación.

En 2001, se creó el Departamento de Asuntos Ambientales dentro del Ministerio de Salud y se designó a un Oficial de Protección Ambiental. El departamento se ocupa de facilitar la coordinación, la colaboración y la cooperación entre las partes interesadas en la gestión de las actividades relacionadas con los recursos naturales de Granada. A su vez, también es responsable de poner en vigor el marco institucional para el manejo del medio ambiente y el desarrollo sostenible con el fin de minimizar los posibles efectos adversos e indiscriminados sobre la salud de la población y el desarrollo nacional. También permite incrementar el grado de concientización del público sobre los problemas ambientales en Granada y facilitará el desarrollo de las actitudes y destrezas necesarias para llevar a cabo actividades comunitarias de manejo del medio ambiente.

La Estrategia Nacional de Política y Gestión Ambientales de 2005 complementa y amplía las políticas y los instrumentos existentes para abordar los problemas de sostenibilidad y calidad del medio ambiente. Se elaboró un proyecto de ley sobre gestión del medio ambiente encaminado a intensificar los esfuerzos y alcances de la Ley de Gestión de los Desechos Sólidos de 2001. La legislación procura fundamentalmente reducir la contaminación por desechos sólidos. Parte del proyecto de ley se refiere a las ac-

tividades de gestión ambiental relacionadas con problemas marinos, el traslado de desechos peligrosos, los cambios climáticos y los acuerdos sobre cuestiones marinas en los que Granada es signataria (el Convenio de Basilea sobre los Movimientos Transfronterizos de Desechos Peligrosos y el Protocolo de Montreal, entre otros).

Organización del sistema de salud

El Ministerio de Salud, Seguridad Social, Medio Ambiente y Relaciones Eclesiásticas es responsable de la gestión general del sector salud y lleva a cabo su labor mediante un sistema de administración centralizada. En esta estructura, el Ministro actúa como jefe de asuntos políticos, el Secretario Permanente es el jefe de administración y el Oficial Médico Superior es el principal asesor técnico sobre servicios médicos. El Ministerio está dividido en tres áreas según sus funciones: administración, servicios de hospital y servicios comunitarios de salud. La función administrativa del Ministerio consiste en formular políticas, hacer cumplir las normas, ofrecer orientación a los programas y supervisar las estadísticas vitales y de salud, los gastos, el control del inventario y las cuestiones relativas al personal. El área de servicios de hospital abarca cuatro hospitales de atención de casos agudos: el Hospital General, el Hospital Princess Alice, el Hospital Princess Royal en Carriacou y el Hospital Psiquiátrico de Mount Gay. Los servicios comunitarios de salud, también llamados servicios de atención primaria o preventiva, se prestan en los distritos y representan el primer punto de contacto para las personas que requieren servicios de salud.

Granada está dividida en siete distritos de salud: St. Andrews, St. George's, St. Johns, St. Mark, St. Patrick, St. David y Carriacou. De ellos, seis cuentan con un centro de salud como establecimiento principal de atención primaria. Además, hay 30 dispensarios distribuidos en todo el país, que suelen ser el primer punto de contacto dentro del sistema público de salud. Todas las personas tienen acceso a un centro de salud situado a menos de cinco kilómetros de su domicilio.

A cada distrito de salud se asigna un médico de distrito, diversas categorías de enfermeras, dentistas y auxiliares de odontología, farmacéuticos, especialistas en salud ambiental y trabajadores comunitarios de salud mental. En algunos centros se prestan servicios especializados, por ejemplo, de pediatría, psiquiatría y tratamiento de las enfermedades crónicas. Los hospitales del sector público de Granada son el Hospital General en St. George's, el Hospital Princess Alice en St. Andrews, el Hospital Princess Royal en Carriacou y el Hospital Psiquiátrico Mount Gay en St. George's.

El Ministerio de Salud es responsable de la seguridad social y el sistema nacional de seguros. Algunas personas tienen seguros de salud privados, individuales o grupales, para el que hacen aportes tanto el empleador como el empleado. El Gobierno está considerando la posibilidad de crear un sistema nacional de se-

guro de salud, que ofrezca un paquete básico de servicios como una opción de financiamiento.

Servicios de salud pública

En 2002, se amplió el Programa Nacional para el sida con el fin de incluir otras enfermedades de transmisión sexual y se puso en marcha el proyecto nacional de Prevención y Control del VIH/sida a cargo de la Dirección Nacional para Combatir el sida. Ese mismo año, se fundó también una Unidad Nacional para el Control de Enfermedades Infecciosas. En 2003, la unidad inició un programa de orientación y pruebas para prevenir la transmisión de la madre al hijo y se abrió un dispensario para realizar las pruebas. También se pusieron a disposición del público medicamentos antirretrovíricos sin costo alguno.

Granada sigue aplicando estrategias para controlar la propagación de la infección por el VIH/sida. Como parte de esta iniciativa, en 2005 se estableció un programa de orientación y pruebas voluntarias encaminado a estimular a las personas infectadas por el VIH a que se sometían a exámenes y pruebas para determinar su estado de salud. Desde el comienzo del programa, se ha capacitado a 34 personas para que lleven a cabo estas actividades.

En cuanto al control de las enfermedades transmitidas por vectores, los dos elementos principales son el control químico de los mosquitos, focalizado en las zonas de alto riesgo, y los programas de educación sanitaria. El uso generalizado de insecticidas, como el malatión y el temefós, durante aproximadamente los últimos 50 años sigue desempeñando una función integral en el control del mosquito *Aedes aegypti*.

El Departamento de Salud Ambiental continúa trabajando para minimizar la incidencia de la rabia animal mediante campañas anuales de vacunación de los animales domésticos en todo el país. En 2005, se vacunaron unos 7.000 animales, cifra que representó una tasa de cumplimiento superior a 87% de los 8.000 animales que se pensaba vacunar contra la rabia.

Además, se capturan mangostas y se las somete a pruebas de laboratorio para estimar la incidencia de la rabia en las colonias de esos animales y mantener así la barrera establecida para la transmisión de la rabia de la mangosta al hombre.

En 2005, el Departamento siguió garantizando la disponibilidad de agua potable mediante el programa de vigilancia de la calidad del agua, que se instituyó en 1998. Por otra parte, se revisan y analizan los informes semanales sobre el muestreo bacteriológico que realiza la Autoridad Nacional de Agua y Alcantarillado. El examen de estos resultados bacteriológicos revela que la calidad del agua en general se ajusta a las normas establecidas.

El Departamento de Salud Ambiental también sigue a cargo del saneamiento general; sin embargo, hay iniciativas que buscan relevar al Ministerio de Salud de estas funciones tradicionales con el propósito de que actúe más como entidad de vigilancia y reglamentación.

Una de las funciones principales de la Autoridad de Gestión de Desechos Sólidos de Granada es controlar todos los aspectos del manejo de desechos sólidos en el país y hacer hincapié en la eficiencia y la debida atención a los factores ambientales y ecológicos.

El Gobierno está revisando la imposición de un gravamen a la importación de contenedores llenos o vacíos con el fin de reducir el nivel de importación en el país. También se está considerando la práctica de reutilización y reciclado como una forma de gestión de los desechos.

El Departamento de Salud Ambiental se encarga de controlar la contaminación del agua, mejorar el tratamiento de las aguas servidas, asegurar la distribución de agua potable a la población e identificar los riesgos para la salud y la seguridad en las zonas de captación de agua. También es responsable de mejorar los sistemas de eliminación de excretas y otras sustancias nocivas para la vida humana, animal y vegetal, y para la higiene de los alimentos.

Las actividades para garantizar la inocuidad de los alimentos se concentran en la inspección de los establecimientos que expenden alimentos, como la carne y otros productos, y en la educación continua de quienes manipulan alimentos. Hay planes en marcha para reforzar la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos mediante el mejoramiento de la recolección, el cotejo, el análisis y la interpretación de los datos. Cabe destacar que la venta de alimentos en la calle y la proliferación de vendedores ambulantes de alimentos en los centros urbanos plantean un nuevo desafío para el método tradicional de inspección de los establecimientos que sirven alimentos en Granada. En 2004, había aproximadamente 600 vendedores ambulantes de alimentos registrados en el Departamento de Salud Ambiental. En gran medida, este sector de actividades carece de reglamentaciones, como la aplicación del Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control, y las nuevas prácticas para garantizar la inocuidad de los alimentos aún no son conocidas ni han sido adoptadas por los vendedores ambulantes. Además, los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos generalmente no son notificados. Por ejemplo, en el tercer trimestre de 2002, se comunicaron 56 casos; durante el mismo período de 2003, sólo se informaron 10 casos. No hubo cambios importantes durante el primer trimestre de 2004 (16 casos) y de 2005 (15 casos).

El Consejo de Alimentación y Nutrición de Granada trabaja en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Agricultura para poner en práctica programas conjuntos que fomenten hábitos alimentarios y otros modos de vida saludables; también vigila la deficiencia de hierro en las embarazadas y los niños.

Los acontecimientos del 11 de septiembre de 2001 destacaron la vulnerabilidad de la frágil economía de Granada a las influencias externas. Como respuesta, el Gobierno de Granada introdujo un programa de seguridad alimentaria por medio del Ministerio de Agricultura, que se inició en 2002. El objetivo del programa es procurar cierto grado de autosuficiencia aumentando la producción de alimentos y el consumo de alimentos de

producción local. Se calcula que 90% de los alimentos que se consumen en Granada son importados. Se proporcionaron materiales para la agricultura y la cría de ganado a los granjeros y se les brindó capacitación y asistencia técnica, incluidas ciertas instrucciones sobre la preparación de la tierra, el uso de fertilizantes, los tipos de alimentos para los animales y otras cuestiones importantes para incrementar la producción de alimentos y ganado. A pesar de que la mayoría de los granjeros se dedicaban a la producción de los cultivos tradicionales, muchos otros campesinos comenzaron a participar y parece estar aumentando la producción de alimentos.

Servicios de atención a las personas

Los servicios de atención de la salud para las personas se prestan principalmente en los establecimientos públicos, que ofrecen servicios ambulatorios, de hospitalización y de urgencias. El Hospital General, con 198 camas, es el principal hospital para la referencia de pacientes y ofrece atención permanente de urgencias y accidentes y servicios especializados de pediatría, cirugía, medicina interna, ginecología y obstetricia, oftalmología, oncología, psiquiatría, ortopedia y neurología. Los servicios de apoyo incluyen los de laboratorio, imaginología, fisioterapia, rehabilitación y servicios sociales. La unidad para casos psiquiátricos agudos del Hospital General, con 20 camas, es la principal unidad de admisión para pacientes que requieren atención psiquiátrica. El hospital también ofrece servicios de dietética y nutrición y de ambulancia. Los servicios son administrados por un equipo de gestión ejecutiva integrado por un Director de Servicios de Hospital, un Director de Servicios Médicos, un Director de Servicios de Enfermería y los administradores de los servicios de salud del Hospital Princess Alice, el Hospital Princess Royal y el Hospital Richmond Hill.

En el período de 2003 a 2005, 76.133 personas acudieron al departamento de atención de accidentes y urgencias del Hospital General; fueron hospitalizadas 20.977 personas, con un promedio de permanencia de seis días y una tasa de ocupación del 95%. Las hospitalizaciones y las altas se clasifican según los servicios. Del total de hospitalizaciones en 2005, 2.107 personas (1.137 hombres, 970 mujeres) fueron admitidas en las salas de atención médica, 1.785 (1.185 hombres, 600 mujeres) en las salas para pacientes quirúrgicos, 750 en las de ginecología, 1.653 en las de obstetricia, 1.364 (841 varones, 523 mujeres) en las de pediatría y 208 (123 hombres, 85 mujeres) en las de oftalmología; hubo 1.183 recién nacidos.

El Hospital Princess Alice, con 60 camas, se encuentra en la parroquia rural de St. Andrews. Sufrió daños severos a raíz del huracán Iván y ahora tiene una capacidad reducida de 20 camas. Brinda servicios de atención secundaria de salud, concentrada en los servicios obstétricos de bajo riesgo, los servicios médicos generales y los de cirugía menor, así como en la estabilización de los casos de urgencia. En 2004 y 2005, en el departamento de

accidentes y urgencias, se presentaron 21.919 personas en total; se registraron 2.820 admisiones.

El Hospital Princess Royal, con 40 camas, presta atención secundaria de salud en la isla de Carriacou y también atiende a los residentes de Petit Martinique. Ofrece servicios similares a los que brinda el Hospital Princess Alice y también un número limitado de servicios de diagnóstico. Entre 2003 y 2004, 5.892 personas fueron atendidas en el departamento de accidentes y urgencias; de ellas, 1.002 fueron hospitalizadas.

El Hospital de Mt. Gay, con 80 camas, es el único centro de salud mental para internación prolongada en Granada. Ofrece tratamiento psiquiátrico, psicoterapia, terapia ocupacional y ludoterapia, y servicios de orientación individual y familiar. Diversos centros de salud ofrecen en todo el país servicios de salud mental comunitaria y de seguimiento y reevaluación de los pacientes. Se asignan trabajadores de salud mental comunitaria a cada distrito de salud para proporcionar el tratamiento y la atención de seguimiento y velar por la estabilidad de los pacientes y el cumplimiento de las indicaciones médicas. Entre 2002 y 2005, se registraron 1.011 admisiones en el Hospital Mt. Gay. No se dispone de las categorías de diagnóstico.

Carlton House, con 16 camas, es el único centro de rehabilitación y tratamiento de adicciones. En 2004, el huracán Iván causó grandes daños a este centro y, como resultado, se suspendió la prestación de servicios. Entre los años 2000 y 2004, fueron admitidas 242 personas en el centro Carlton House, 235 (96%) hombres y 7 (4%) mujeres. El alcoholismo fue la causa de 43% de todas las admisiones; mientras que 31% de las admisiones fueron consecuencia del consumo de múltiples drogas, 16%, del consumo de cocaína y crack y 9%, del consumo de marihuana.

En los hospitales y en los distritos, hay consultorios especializados en psiquiatría, ginecología, enfermedades crónicas y enfermedades de transmisión sexual. En 2005, 9.475 pacientes fueron atendidos en los consultorios de especialidades del Hospital General: 3.184 pacientes fueron asistidos en los servicios de ginecología y obstetricia, 2.303 personas fueron atendidas en los servicios de cirugía y urología, 1.860 en los servicios de ortopedia, 1.587 en los de medicina interna, 399 en los de cirugía maxilofacial y 142 en los de neurocirugía. Un equipo de médicos visitantes de CHORES (siglas en inglés de una organización altruista estadounidense de servicios asistenciales y educativos para la infancia) ofrece una gama de servicios principalmente destinados a los niños. El equipo visita Granada dos veces al año para atender a nuevos pacientes y brindar atención de seguimiento. En 2005, fueron asistidos 163 pacientes, 53,4% eran mujeres y 46,6%, varones.

En mayo de 2005, se inauguró un consultorio de oncología atendido por un oncólogo visitante; entre mayo y diciembre de 2005, acudieron al consultorio 255 personas, 70% eran mujeres y 30%, hombres.

Los médicos de distrito remiten a las personas que requieren atención en otras especialidades al Hospital General, pero hay prolongadas esperas para recibir esos servicios. El envío de pa-

cientes desde otros hospitales y centros de salud para su hospitalización generalmente se canaliza por medio del departamento de accidentes y urgencias del Hospital General. No existe un sistema oficial de seguimiento y remisión para los pacientes que son dados de alta en el Hospital General.

Los servicios de salud mental ofrecen tratamiento y rehabilitación a las personas que son admitidas en el Hospital Psiquiátrico.

Promoción de la salud

El Departamento de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud se encarga de la coordinación de la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de promoción de la salud en el ámbito nacional, comunitario e institucional y de intensificar las actividades de educación para la salud en el sector salud y otros sectores. El departamento también aporta liderazgo, experiencia técnica y recursos para fortalecer las actividades comunitarias y trabaja en estrecha colaboración con el Departamento de Tránsito de la Real Policía de Granada para promover la concientización sobre los problemas de seguridad vial. Se realizó un taller para representantes de organizaciones no gubernamentales con el fin de introducir los conceptos de educación para la salud y promoción de la salud y, de este modo, alentar la participación social, que es fundamental para el avance de las iniciativas de salud. Actualmente, se está elaborando un directorio para facilitar el establecimiento de redes de grupos comunitarios, organizaciones no gubernamentales y organismos afines. Se preparó una guía didáctica que ayudará a los maestros a proporcionar información sobre temas delicados y les permitirá conocer métodos innovadores de enseñanza.

Se han puesto en práctica intervenciones para llegar a las diversas poblaciones destinatarias mediante consultas sobre problemas de salud, cuestionarios y distintas formas de actividades de comunicación masiva. Se promueven modos de vida saludables por medio de programas de tamizaje, caminatas para la salud y competencias escolares. Además, se realizó un estudio sobre las actitudes y el grado de satisfacción de los trabajadores en todo el sistema sanitario. Los resultados del estudio ayudarán a planificar programas adecuados orientados a las áreas problemáticas.

Recursos humanos

En 2002, en Granada había 8,1 médicos por cada 10.000 habitantes, la misma proporción que tenía el país en 1997. Las proporciones de enfermeras (19,5 por cada 10.000) y de dentistas (1,1 por cada 10.000) también se mantuvieron en los niveles de 1997. En 1998, había 6,9 farmacéuticos y 0,75 nutricionistas por cada 10.000 habitantes. Los graduados de las escuelas de farmacia y enfermería siguen incorporándose al sistema de salud. En 2001, el Gobierno aplicó una política de crecimiento cero en la prestación de servicios públicos como parte de una estrategia de control de costos. Hay disposiciones especiales para

la contratación de personal médico y de enfermería según sea necesario.

Suministros de salud

La Unidad de Compras se encarga de obtener, almacenar y distribuir suministros farmacéuticos, médicos, quirúrgicos, dentales, domésticos, de rayos X, de laboratorio y otros suministros necesarios para desempeñar las funciones administrativas. Esta unidad ha establecido un proceso sistemático y coordinado de compras para procurar la eficacia en función de los costos en la obtención de suministros, dado que estos representan entre 20% y 25% del total de gastos de los servicios comunitarios y de los hospitales. La compra de medicamentos está centralizada y se realiza por medio del Servicio de Adquisición de Productos Farmacéuticos de la Organización del Caribe Oriental, con sede en Santa Lucía, que permite comprar medicamentos a precios competitivos. Aproximadamente 85% de los medicamentos que se utilizan en el sector público de salud se obtienen por conducto de este servicio, de acuerdo con un vademécum regional que Granada adopta como su vademécum nacional. Este vademécum es actualizado cada 18 meses con el acuerdo de los comités de los vademécum nacionales de todos los estados miembros. También se han establecido procedimientos para solicitar medicamentos que no estén incluidos en el vademécum. Todos los medicamentos y demás suministros se almacenan en el Departamento Central de Suministros Médicos y se distribuyen en función de las solicitudes de los diversos departamentos. Además, se aplica una política sobre donaciones que brinda orientación para lograr una mejor colaboración y coordinación con los donantes, con el fin de procurar que Granada obtenga el mayor beneficio posible de las donaciones y mantener normas para el suministro, la entrega y la recepción de los bienes donados y para la prestación de servicios técnicos y profesionales.

Todos los equipos de alta tecnología están en el Hospital General, el principal hospital de atención de casos agudos. La unidad principal de mantenimiento de tecnología biomédica también se encuentra en el Hospital General; los otros hospitales tienen unidades de mantenimiento más pequeñas. Estas unidades son responsables de realizar el mantenimiento preventivo en todos los centros de salud del país. Se comenzará la segunda etapa de construcción del Hospital General; las nuevas instalaciones estarán provistas de equipo moderno.

El laboratorio de salud pública está totalmente equipado; junto con el departamento de imagenología serán ubicados en una nueva instalación.

El sector privado presta algunos servicios de laboratorio y es el único proveedor de tomografías computarizadas. Tanto el sector público como el privado prestan servicios de ultrasonografías, electrocardiogramas y mamografías.

La mayoría de los centros del sector público se hallan en condiciones razonablemente adecuadas. Cerca de 20% de estos cen-

tros aún requieren reparaciones, que se completarán durante los próximos tres años.

Gasto y financiamiento sectorial

El Ministerio de Salud recibe sus fondos de la tributación general por medio del fondo consolidado del Ministerio de Hacienda. Varios organismos internacionales donantes, gobiernos, organizaciones de beneficencia e individuos también ayudan a financiar los proyectos y programas. La gestión del financiamiento público de la salud es responsabilidad conjunta del Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda, bajo la dirección del Parlamento y el Gabinete, y forma parte del proceso presupuestario anual.

El gasto total del sector público en 2003, 2004 y 2005 fue de US\$ 105 millones, US\$ 121,3 millones y US\$ 108,5 millones, respectivamente. Los gastos en salud para el mismo período fueron de US\$ 14,5 millones en 2003, US\$ 14,6 millones en 2004 y US\$ 16,1 millones en 2005. Los datos sobre los gastos mostraron que la salud y la educación siguen consumiendo en promedio 11,6% y 16,7%, respectivamente, del presupuesto total para gastos ordinarios. El gasto ordinario calculado para 2006 fue de US\$ 120,8 millones y se estima que el gasto en salud consumió 12,09% de esa cantidad. En ese mismo año, el gasto per cápita en salud fue de US\$ 1.033. Los servicios de hospital reciben un subsidio de aproximadamente ocho millones de dólares del Caribe Oriental al año para el aprovisionamiento de bienes y servicios. Los servicios de hospital suelen ser gratuitos y se cobran tarifas nominales a los pacientes por el uso de habitaciones privadas, el quirófano, servicios de diagnóstico y medicamentos recetados a los pacientes que ocupan las habitaciones privadas; todas las tarifas que se recaudan se depositan en el fondo consolidado.

Cooperación técnica y financiera en salud

El Ministerio de Salud continúa recibiendo importante asistencia técnica y financiera de la OPS y la OMS, el Banco de Desarrollo del Caribe por conducto del Fondo Fiduciario para Necesidades Básicas, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Proyecto Hope, el Banco Mundial y países como Cuba, Nueva Zelandia, Qatar y Venezuela.

La OPS brinda la mayor parte de la asistencia técnica y financiera destinada a la reforma del sector salud, la salud ambiental, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La organización también ofrece becas a corto y a largo plazo. Después de los huracanes Iván y Emily, la OPS movilizó fondos para reconstruir la única instalación pública del país para los adultos mayores, que había sufrido grandes daños. También se suministraron fondos de emergencia para la adquisición de suministros destinados al laboratorio clínico y a la unidad de control de vectores.

El Proyecto Hope proporcionó US\$ 80.000 destinados a un programa de educación continua para las enfermeras y a la com-

pra de computadoras, libros de texto y otros materiales para la Escuela de Enfermería de Granada.

El Gobierno de Cuba brinda apoyo constante al departamento de tecnología biomédica del Hospital General por medio de técnicos e ingenieros biomédicos. Sin embargo, dado que el ministerio dispone de fondos limitados para el mantenimiento preventivo, el servicio que presta este departamento está restringido por la falta de equipos y fondos. Diversos organismos de financiamiento han proporcionado asistencia financiera para renovar los centros de servicios de hospital y de atención primaria, especialmente después de los huracanes Iván y Emily.

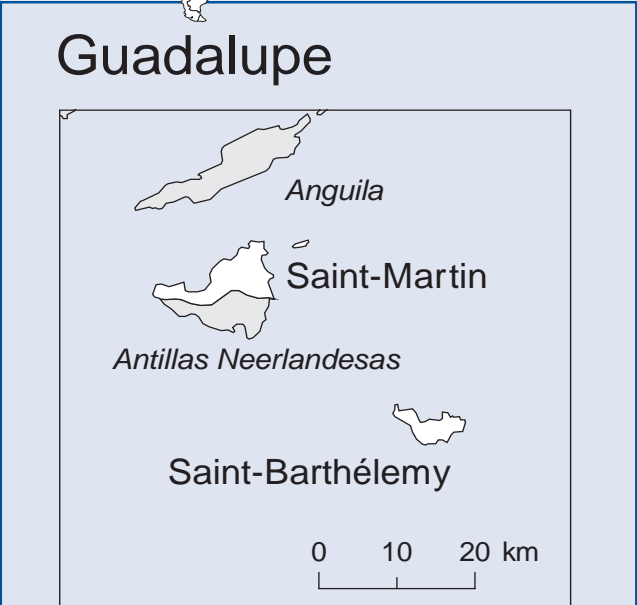
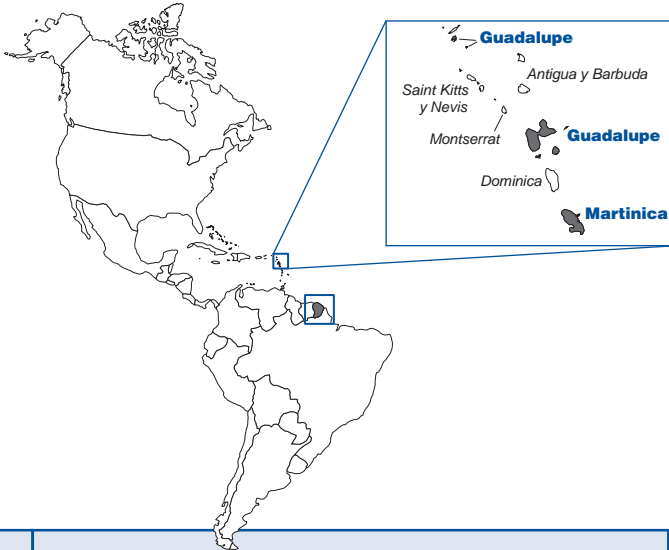
La USAID suministró US\$ 340.000 para reparar 11 centros comunitarios de salud. El Gobierno de Nueva Zelandia también aportó fondos para finalizar la construcción de la Escuela de Enfermería de Granada, y el Banco de Desarrollo del Caribe financió la restauración y la reconstrucción de seis centros comunitarios de salud. El Gobierno de Venezuela ha destinado US\$ 13,5 millones a la finalización de la segunda etapa de la construcción del Hospital General.

Por medio del Banco Mundial, se reasignaron los fondos destinados al control de la infección por el VIH/sida para reemplazar gran parte del equipo necesario para el laboratorio, los dispensarios de Woburn y Crochu y la sala de enfermeras del centro de salud de St. David.

La Universidad de St. George's ha firmado un memorando de entendimiento con el Ministerio de Salud, por medio del cual la universidad otorga cada año cinco becas a habitantes de Granada, dos en medicina y tres en las maestrías del programa de salud pública. La universidad también destina US\$ 150.000 anuales a los servicios de hospital para la adquisición de equipo médico y coopera con el Hospital General en la investigación y la asistencia médica en las áreas de especialidades.

En 2005, los consultores de la Universidad de Dalhousie realizaron un examen de los servicios de salud mental del país, con miras a elaborar una política nacional y un plan de salud mental que formarán parte del Plan Estratégico Nacional de Cinco Años para el Sector Salud.

GUADALUPE, GUAYANA FRANCESA Y MARTINICA



Las islas de Guadalupe y Martinica en las Antillas Menores, y la Guayana Francesa, situada en la costa nordeste de América del Sur, entre Suriname y Brasil, constituyen, desde 1946, los tres departamentos franceses de ultramar que se encuentran en la Región de las Américas. A pesar de que están alejados geográficamente de Francia, su organización política y administrativa, en departamentos y regiones, es similar a la que rige en el resto de Francia.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Guadalupe, con una superficie de 1.703 km², es la más grande de las dos islas y comprende, además de la isla homónima (integrada por Basse-Terre y Grande-Terre, separadas por un canal marino), las islas de María-Galante, los Santos, la Deseada, San Bartolomé y la zona francesa de San Martín. Martinica tiene una superficie de 1.128 km² y Guayana Francesa, de 83.534 km². Guadalupe y Martinica gozan de un clima tropical atemperado por los vientos alisios y a menudo son azotadas por tormentas tropicales durante los meses de julio a octubre, mientras que la Guayana Francesa tiene clima ecuatorial. La Guayana Francesa es el más vasto de los departamentos franceses de ultramar, pero 94% de su territorio está cubierto por una densa selva amazónica surcada por ríos de distinta magnitud.

Determinantes sociales, políticos y económicos

Guadalupe, la Guayana Francesa y Martinica se consideran regiones ultraperiféricas de la Unión Europea, por lo que su moneda oficial es el euro. La economía de los departamentos franceses de ultramar no escapa a los problemas propios de las pequeñas islas autónomas, entre los que están las exportaciones poco competitivas, la mayor dedicación a los bienes de servicios, la enorme dependencia del turismo y de los recursos naturales, la fragilidad ambiental y la vulnerabilidad a los desastres naturales. A todo ello se agrega su profunda dependencia financiera de Francia continental para mantener la estabilidad económica y política, y la escasez de intercambios comerciales con el resto del mundo. Apenas 9% de las importaciones de los tres departamentos proviene del Caribe y solo 3% de las exportaciones puede situarse dentro de los mercados de esta subregión.

La actividad económica de la Guayana Francesa tiene dos pilares. El primero es el Centro Espacial Guayanés, construido por el Gobierno francés a mediados del decenio de 1960, que opera como base de lanzamiento de satélites. Este centro está situado en el pequeño pueblo costero de Kourou, y su contribución al PIB varía todos los años. El segundo es el lavado de oro, que consti-

tuye la principal actividad exportadora junto con las operaciones espaciales, pero que también genera puestos de trabajo ilegal y cuantioso contrabando. En Guadalupe y Martinica, el sector productor y exportador de banana se ve amenazado por las permanentes fluctuaciones de las condiciones del mercado.

El PIB per cápita, que había repuntado considerablemente en años anteriores, se halla por debajo de los valores de todas las demás regiones de Francia metropolitana. En 2002, el PIB per cápita fue de 15.622 euros en Martinica, 14.108 en Guadalupe y 12.858 en la Guayana Francesa. El estándar de vida propio de los departamentos franceses de ultramar es relativamente alto frente al de muchos de sus vecinos geográficos, en virtud de los subsidios e importaciones del Gobierno francés, pero la rentabilidad laboral y del comercio exterior los sitúa prácticamente en el nivel más bajo de los miembros del grupo del Caribe, y su PIB no es tanto reflejo de riqueza y actividad productiva como de su exclusiva condición de departamento de Francia.

La tasa de desempleo en 2005 fue sumamente elevada en todos los departamentos. La población en edad laboral desocupada en la Guayana Francesa era de 26,5%, 26% en Guadalupe y 21,8% en Martinica. Estas tasas se mantuvieron constantes durante los últimos años, pero la situación ha mejorado levemente si se la compara con la de 1998, cuando el desempleo alcanzó un valor máximo de 30% en las Antillas (Guadalupe y Martinica). Las personas más afectadas por el desempleo son los jóvenes, especialmente los menos preparados, y las mujeres. La tasa de desempleo puede atribuirse en gran medida al acentuado incremento de la población económicamente activa a partir del decenio de 1980, y al desplazamiento de la actividad del campo hacia la producción de servicios tercerizados. El problema del desempleo es más acuciante en la Guayana Francesa, porque el enorme aumento de la fuerza de trabajo no se acompañó del aumento acorde de las plazas de empleo, y porque las oportunidades de capacitación que se ofrecen son insuficientes y los empleadores no tienen posibilidad de conseguir personal idóneo. Los trabajadores ilegales dispuestos a recibir salarios bajos agravan aún más esta situación.

El entorno socioeconómico en los departamentos franceses de ultramar no es tan favorable como en otras regiones francesas,

incluso a pesar de que tienen un estándar general de vida superior al de la mayoría de los países vecinos. En 1988, Francia creó el Ingreso Mínimo de Inserción (RMI, por sus siglas en francés), que garantiza un ingreso mínimo a las personas de más de 25 años de edad y la posibilidad de gozar de determinados beneficios sociales. EL RMI también ofrece ayuda para lograr la integración social, profesional, o ambas. La proporción de beneficiarios del RMI es considerablemente más elevada en los departamentos de ultramar que en Francia continental, y el 31 de diciembre de 2005 alcanzaba a 80.000 beneficiarios (13% de la población entre 20 y 59 años de edad en la Guayana Francesa, 14% de este mismo grupo de edad en Guadalupe y 15% en Martinica).

El Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos (INSEE, por sus siglas en francés) efectuó una encuesta en 2001 que demostró que la cifra porcentual de hogares pobres de los departamentos franceses de ultramar superaba la de Francia metropolitana. Asimismo, la encuesta indicó que la situación de la Guayana Francesa era la peor de los tres departamentos, con 20,7% de todos los hogares situados por debajo de la línea de pobreza,¹ frente a 12,5% en Guadalupe y 12% en Martinica. El contraste era incluso mayor cuando se cuantificaba la pobreza de la población infantil. En la Guayana Francesa, 32% de los niños vivían por debajo de la línea de pobreza, frente a 16% en Guadalupe, 13% en Martinica y 8% en Francia continental.

A fin de garantizar la atención médica para toda la población, el Gobierno francés puso en vigor la cobertura universal básica de salud para todas las personas que hayan vivido en Francia durante tres meses por lo menos y que no tengan otro seguro de salud. El plan también incluye un seguro complementario de enfermedad, que a diferencia del seguro básico universal ofrece atención médica adicional en forma gratuita, sin cantidad deducible, y que no requiere pago con reintegro. La cobertura complementaria de enfermedad se destina a las poblaciones más necesitadas. El seguro universal de enfermedad básico y complementario ofrece servicios a un alto porcentaje de la población de los departamentos franceses de ultramar. En 2005, una cuarta parte de la población de las Antillas y la tercera parte de la población de la Guayana Francesa estaban bajo el amparo del seguro universal de enfermedad complementario.

La oferta de vivienda es cada vez mayor a raíz de las medidas impositivas que favorecen la construcción de viviendas y también en virtud de la mayor disponibilidad de alojamientos rentados a bajo costo. Pese a todo lo que se ha mejorado en este sen-

tido, la demanda de vivienda sigue siendo enorme debido al crecimiento de la población y el número total de hogares, y a la menor tendencia de las familias numerosas a vivir bajo el mismo techo. Las condiciones de habitabilidad mejoran a la par que tiende a disminuir el alojamiento en condiciones precarias.

El impacto de la política urbana sobre los distritos más precarios y pobres de Guadalupe, la Guayana Francesa y Martinica fue algo mezclado en el decenio de 1990. Por un lado, el gobierno hace claros esfuerzos para mejorar las condiciones de vivienda y de vida, pero por otra parte, los residentes de esos distritos fueron los más afectados por la creciente tasa de desempleo a pesar de los incentivos que se crearon para suscitar la oferta de puestos de trabajo.

La escolaridad es obligatoria para los niños y adolescentes de 6 a 16 años de edad. En consecuencia, prácticamente todos los niños de 3 a 6 años asisten a la escuela. A comienzos del año escolar 2005–2006, cerca de 275.000 niños asistían a las escuelas en los departamentos; de ellos, más de la mitad asistía a las escuelas primarias (jardín preescolar y escuela elemental), una cuarta parte concurría a la escuela secundaria elemental y una quinta parte (alumnos de 15 a 18 años) estaba matriculada en instituciones que otorgan licenciaturas (*liceo francés*).²

En 2004 aprobaron la licenciatura general 72% de los estudiantes de la Guayana Francesa, 75% de los estudiantes de Guadalupe y 79% de los de Martinica. Aunque estas tasas han mejorado, todavía están por debajo de las de Francia continental y la proporción de no graduados permanece elevada, especialmente en la Guayana Francesa, donde la tasa de estudiantes que no se gradúan se incrementa con la edad.

Los departamentos franceses de ultramar tuvieron 19.050 estudiantes en la Universidad durante el período lectivo 2004/2005, 60% de los cuales estaban inscritos en la Universidad de las Antillas y la Guayana Francesa. Después del incremento sostenido durante el decenio de 1990, el número de estudiantes se ha mantenido estable en los últimos años. Dado que no existen todas las carreras localmente, la gente joven se ve obligada a proseguir sus estudios en Francia u otros países.

Las determinadas características del medio ambiente pueden perjudicar la salud de los habitantes de los departamentos. En las Antillas, los fenómenos naturales peligrosos, como terremotos, tormentas tropicales y erupciones volcánicas se tienen en cuenta al elaborar los principales planes para la prevención de riesgos. Además, el uso de pesticidas organoclorados durante muchos años en Guadalupe y Martinica ha perjudicado el medio ambiente natural (vertientes de agua, sedimentos fluviales y suelos). Se han efectuado numerosos estudios, algunos de los cuales están todavía en marcha, para conocer la magnitud del riesgo al que están expuestos los habitantes de estas regiones.

¹Se considera que una persona es «pobre» si pertenece a un hogar cuyo estándar de vida se sitúa por debajo de la línea de pobreza, a la que se define como la mitad del estándar de vida medio. El estándar de vida medio se obtiene dividiendo el número total de hogares de una zona geográfica dada en dos mitades iguales. Esta definición es a la vez monetaria y relativa ya que la línea de pobreza está en función del lugar que ocupa en la escala de ingresos de un conjunto de hogares. Esto explica por qué la línea de pobreza varía de un territorio a otro y la razón para calcularlas por separado para los departamentos franceses de ultramar y Francia continental.

²La enseñanza secundaria (o 12° grado) sigue a la enseñanza preescolar y elemental (1er grado) y la imparten las escuelas secundarias elementales y los liceos o bachilleratos.

La provisión de agua potable y el lavado de oro son las principales cuestiones relacionadas con el medio ambiente en la Guayana Francesa. El saqueo de los depósitos de oro se produce tanto dentro de los límites de los sitios autorizados para la explotación minera como en el interior de la jungla. Sus consecuencias adversas se dejaron ver agudamente en la deforestación, la aniquilación de la vida selvática, la polución mercurial de los ríos y la propagación de la malaria. En virtud de sus características geográficas, la Guayana Francesa no logra asegurar el suministro de agua corriente inocua a todos sus habitantes. Este déficit afecta sobre todo a las poblaciones del interior y a ciertos segmentos de población que habitan junto a las riberas de los ríos o en distritos urbanos y periurbanos marginales que carecen de agua corriente.

Demografía, mortalidad y morbilidad

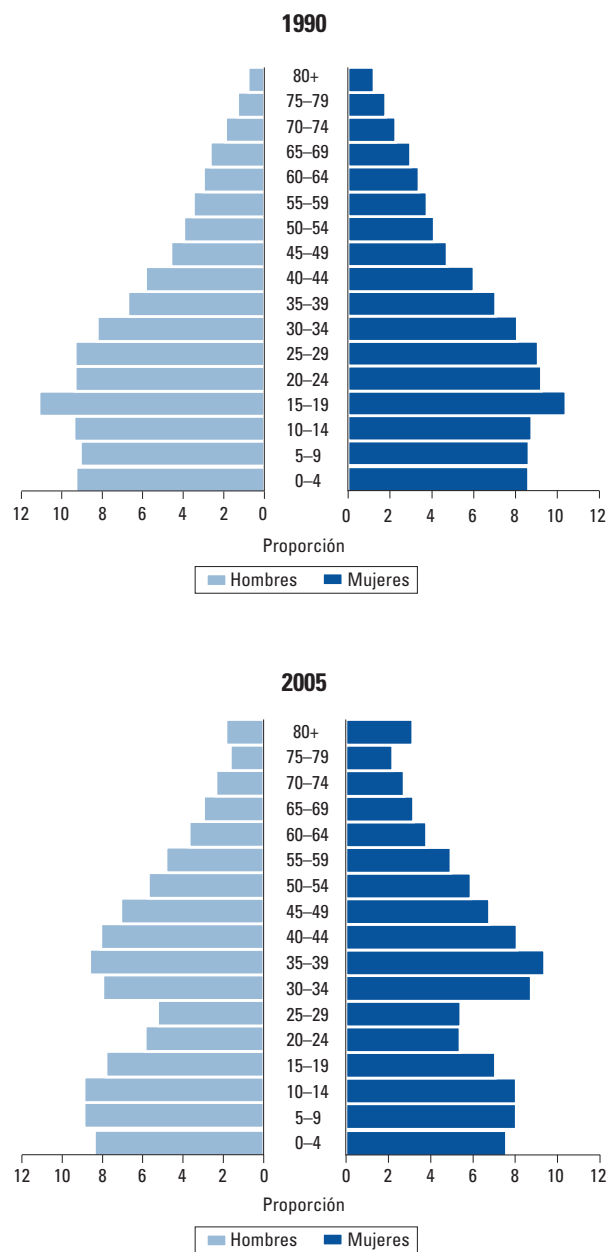
A pesar del aumento de la tasa de natalidad, la población de los departamentos franceses de ultramar se mantuvo estable en el período comprendido entre los decenios de 1960 y 1980 debido a la emigración hacia Francia provocada por la falta de trabajo. La disminución de la emigración a mediados del decenio de 1980 desencadenó el crecimiento de la población en los departamentos. Además, el aflujo de inmigrantes expandió considerablemente las poblaciones de Guadalupe y, en mayor grado, de la Guayana Francesa. En virtud de esto último, la población de Guadalupe se duplicó en el lapso de 50 años (tenía 229.000 habitantes en 1954) y la población de la Guayana Francesa aumentó siete veces (a partir de 28.000 habitantes en 1954).

Entre 1999 y finales de 2004, la población se expandió 4,5% en Martinica, 7,5% en Guadalupe y 22,5% en la Guayana Francesa. El 1º de enero de 2005, Guadalupe tenía la mayor población (453.029 habitantes), seguida de Martinica (397.820) y la Guayana Francesa (190.842). Dada su escasa superficie de tierra, Martinica es el departamento más densamente poblado, con 353 habitantes por km² en 2005. Ese mismo año, Guadalupe tenía 266 habitantes por km², mientras que la Guayana Francesa, pese a la relativa vastedad de su territorio, contaba con apenas dos habitantes por km².

La distribución de la población varía en los distintos departamentos. La población de las Antillas aún es joven, pero está envejeciendo. Martinica tiene la proporción más alta de adultos mayores (17% de sus habitantes habían cumplido más de 60 años de edad en 2005). Por otra parte, la Guayana Francesa tiene la población más joven (44% tiene menos de 20 años de edad). Las figuras 1, 2 y 3 ilustran la distribución de la población por edad y sexo en 1990 y 2005 en Guadalupe, la Guayana Francesa y Martinica, respectivamente.

La población de las Antillas es el resultado en gran medida del mestizaje de amerindios, negros, blancos e indios que habitaron las islas durante siglos. A diferencia de las demás islas caribeñas, ya no quedan descendientes de las razas indígenas puras (amerindios). La población de la Guayana Francesa es un mosaico de

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Guadalupe, 1990 y 2005.



razas. Los amerindios se mezclaron con los europeos y los descendientes de esclavos negros de África a partir del siglo XVII. Durante el siglo XIX, las colonias penitenciarias y la primera fiebre del oro llevaron al incremento de la población. Por último, hubo inmigraciones de mercaderes chinos y libaneses durante el siglo pasado y se produjo el asentamiento de una comunidad de granjeros Hmong del Alto Laos.

FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Guayana Francesa, 1990 y 2005.

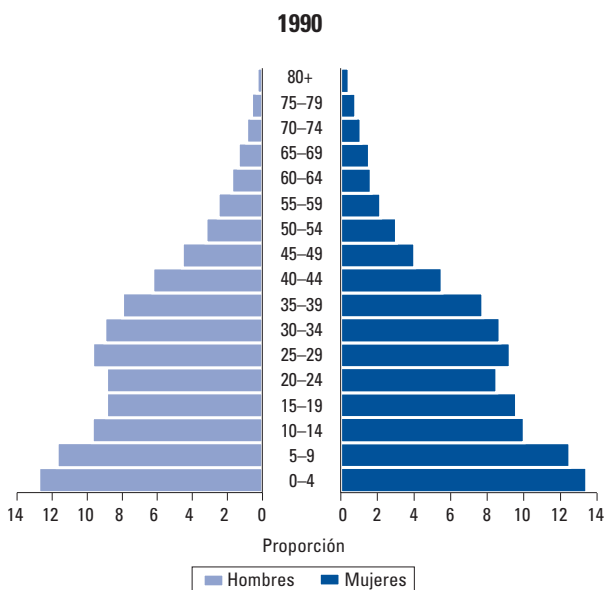
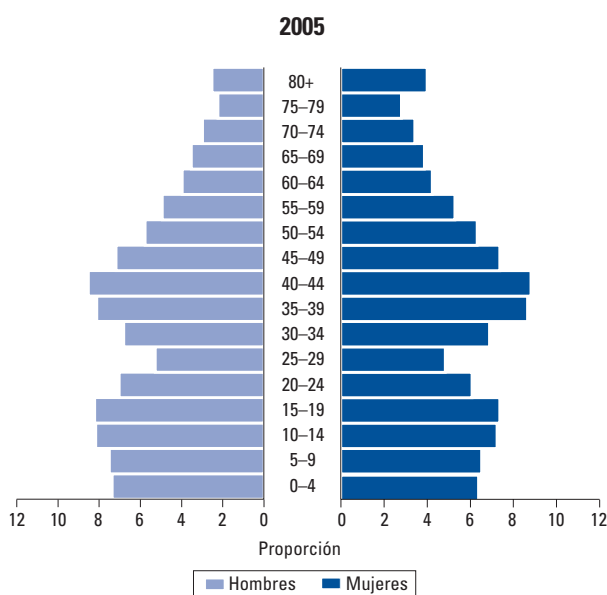
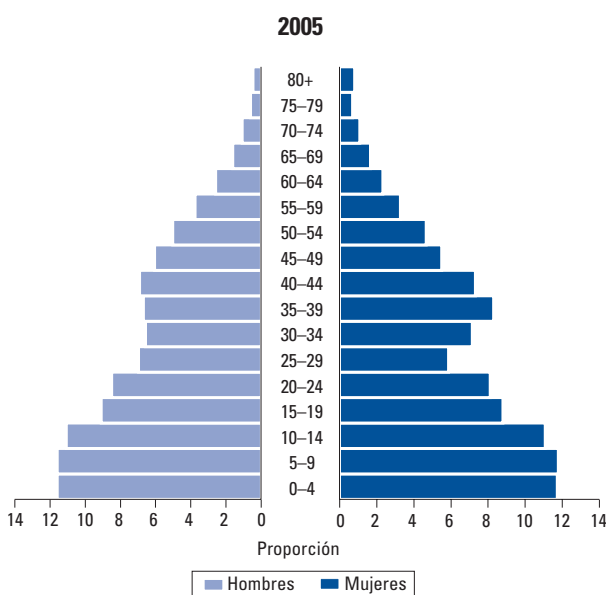
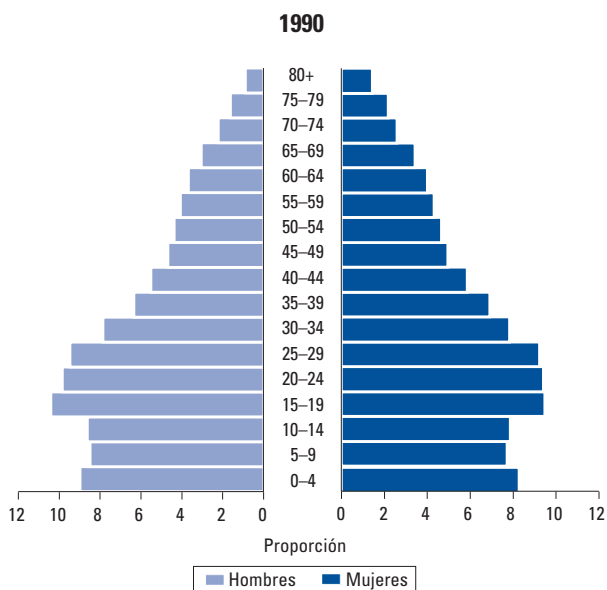


FIGURA 3. Estructura de la población por edad y sexo, Martinica, 1990 y 2005.



En Martinica existe una minoría extranjera que se mantiene estable en 1% de la población total. Está integrada en su mayor parte por nativos de Haití y Santa Lucía. En Guadalupe, los inmigrantes representaban 5% de la población según el censo de 1999; prácticamente la mitad de ellos era de origen haitiano. El municipio de San Martín alberga la mitad de los habitantes de origen extranjero de Guadalupe. En la Guayana Francesa, los con-

tingentes más populosos de inmigrantes provienen de Suriname (39%), Haití (30%) y Brasil (15%). Según datos oficiales, los pobladores de origen extranjero representan 33% de la población, pero las delgadas fronteras territoriales, además de la facilidad con que pueden cruzarse los ríos limítrofes Maroni y Oyapock y las actividades relacionadas con el lavado de oro, favorecen la inmigración clandestina. La población extranjera se ha subesti-

mado, por lo que se infiere que los datos numéricos oficiales de la población total están por debajo de lo que correspondería en el caso de que pudiera conocerse con exactitud el número de extranjeros.

Existen 34 municipios en Guadalupe y Martinica y 22 en la Guayana Francesa. En Guadalupe, más de 40% de la población vive en Pointe-à-Pitre, capital sede de la economía situada en Grande-Terre, mientras que apenas 10% de la población vive en Basse-Terre, centro de la actividad administrativa asentado en la isla homónima. En Martinica, más de la tercera parte de la población vive en el centro administrativo, Fort-de-Francia. En la Guayana Francesa, la mayor parte de la población habita en la franja costera; el espeso escudo de bosques húmedos dificulta el acceso a los municipios del interior.

Las condiciones sanitarias en Guadalupe y Martinica por lo general se asemejan a las de países desarrollados. En la Guayana Francesa, algunos de sus indicadores se asemejan a los de los países desarrollados (la incidencia de enfermedades crónicas y la relativa riqueza), mientras que otros reflejan características propias de los países en desarrollo (tener una población joven y altas tasas de mortalidad perinatal y de enfermedades infecciosas y parasitarias). Los obstáculos en Guayana Francesa incluyen su geografía (zonas remotas considerables en las que se dificulta la comunicación y la accesibilidad); sus indicadores sociodemográficos (una población en rápido crecimiento, la economía frágil y los flujos de migración) y la falta de recursos humanos e infraestructura (muy pocos profesionales de la salud y falta crónica de equipos médicos. A pesar de estos inconvenientes, la situación sanitaria de la población mejoró en los últimos 30 años. Durante los últimos 15 años, los principales indicadores en Guadalupe muestran su recuperación, acompañada del descenso de la mortalidad infantil, el mejor estándar de vida y los adelantos en la atención médica y el desarrollo de la prestación de los servicios de salud. No obstante, en Guadalupe y en los otros dos departamentos existen problemas de salud difíciles de solucionar, como la hipertensión, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, la salud mental (que también incluye alcoholismo y adicción al crack), el cáncer de próstata y la infección por el VIH. Además, los indicadores de salud perinatal de los tres departamentos aún causan preocupación, y Martinica y Guadalupe, que tienen poblaciones más viejas que la Guayana Francesa, enfrentan el creciente problema de salud pública que deriva del envejecimiento de la población.

Martinica tiene la esperanza de vida al nacer más alta. En 2003, este índice era de 81,7 años para las mujeres y 75,9 años para los hombres. Guadalupe ocupa el siguiente lugar, con un índice de 81,6 años para las mujeres y de 75,3 años para los hombres. La esperanza de vida más baja correspondió a la Guayana Francesa: 79,7 años para las mujeres y 71,3 años para los hombres.

Las cifras antes mencionadas indican el progreso alcanzado a partir de 1990, cuando la esperanza de vida al nacer era de 79,6 años para las mujeres y 73,3 años para los hombres en Martinica;

78,5 años para las mujeres y 70,8 años para los hombres en Guadalupe y 76,1 años para las mujeres y 67,2 años para los hombres en la Guayana Francesa.

En 2004, la tasa general de natalidad era de 13,3 nacimientos por 1.000 habitantes en Martinica, 16,2 en Guadalupe y 28,8 en la Guayana Francesa. Las mujeres en edad fértil (15–49 años de edad) representaban 50% de la población femenina de las Antillas y 52% de la de la Guayana Francesa. La tasa de fecundidad entre las mujeres en edad fértil era de 53 nacimientos por 1.000 mujeres en Martinica y 62 en Guadalupe, pero se duplicaba en la Guayana Francesa (113 en 2004). La tasa de fecundidad calculada fue de alrededor de dos niños por mujer en las Antillas y de casi cuatro niños por mujer en la Guayana Francesa.

El envejecimiento de la población y la disminución de la tasa de natalidad dan cuenta de la disminución del número de nacimientos en las Antillas, mientras que en la Guayana Francesa este índice muestra un crecimiento agudo. En 2004 se registraron 7.273 nacimientos en Guadalupe, 5.255 en Martinica y 5.312 en la Guayana Francesa.

Por el envejecimiento de la población, tanto el número de defunciones como la tasa global de mortalidad están aumentando en las Antillas; el promedio de defunciones en Martinica era de 2.200 a 2.300 por año durante el decenio de 1990, mientras que la cifra actual es de 2.700 defunciones por año.

Cada año se registran cerca de 6.000 defunciones (52% en hombres y 48% en mujeres). La principal causa de mortalidad en los tres departamentos son las enfermedades cardiovasculares, seguidas por las neoplasias y las causas externas de traumatismo. En la Guayana Francesa, las enfermedades infecciosas y parasitarias ocupan el cuarto lugar, mientras que en las Antillas, la siguiente causa de muerte son las afecciones endocrinas, nutricionales y metabólicas, principalmente la diabetes mellitus.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 1 año

La salud de los niños menores de 1 año ha mejorado (en cuanto a la mortalidad infantil), pero los indicadores de salud perinatal en los departamentos franceses de ultramar todavía causan preocupación y están por debajo de los que se registran en Francia. Las Antillas han mejorado en alguna medida, pero en la Guayana Francesa el progreso es inconstante y lento.

En 2003, la mortalidad infantil era de 6,1 por 1.000 nacimientos en Martinica, 7,9 en Guadalupe, y 10,4 en la Guayana Francesa. En 1990, las tasas fueron de 7,2, 10,2 y 18,1, respectivamente. El descenso sostenido de la mortalidad infantil a lo largo de los últimos decenios se logró gracias al mejor estándar de vida, los adelantos médicos, el mayor acceso a la atención de salud y la organización de campañas de prevención.

El patrón de la mortalidad perinatal en las Antillas y la Guayana Francesa es el mismo que el de la mortalidad infantil. En

Martinica, la mortalidad perinatal por 1.000 nacimientos en total se elevó de 14,6 en 2000 a 19 en 2002. En 2002 nacían muertos más de 16 niños por 1.000 nacidos en total. Las defunciones neonatales disminuyeron. En 2002, tres de cada 1.000 nacidos vivos murieron durante su primera semana de vida frente a 4,6 en 2000. La persistencia de una alta tasa de mortinatos puede probablemente atribuirse al control insuficiente durante el embarazo, mientras que la tasa de mortalidad de recién nacidos ha disminuido gracias a las mejores condiciones de higiene y a los adelantos médicos. En Guadalupe, la mortalidad perinatal disminuyó hasta 1992 y se elevó nuevamente con el aumento de la tasa de mortinatalidad. La tendencia osciló de un año a otro y llegó a ser de 19,2 defunciones por 1.000 nacimientos en 2002. Aunque la tendencia general de este indicador en los últimos 20 años ha sido adecuada, vale la pena destacar que la tendencia a descender todavía no está firme. Las dos causas más importantes de mortalidad perinatal han sido las infecciones transmitidas de la madre al feto y la hipertensión materna.

En la Guayana Francesa, la mortalidad perinatal por 1.000 nacimientos descendió durante el decenio de 1990 (de 25,8 en 1990 a 16,1 en 2000), para mantenerse entre 17 y 18 a comienzos de los años 2000. Esta reducción responde principalmente a la disminución de la tasa de mortinatalidad (de 20 por 1.000 nacimientos en 1990 a apenas 13 por 1.000 en 2002). La tasa de mortalidad neonatal temprana, por otra parte, apenas puede decirse que ha disminuido. En 2002 se mantuvo igual que en 1990 (aproximadamente seis defunciones por 1.000 nacimientos) e incluso se incrementó a mediados del decenio de 1990 alcanzando un valor máximo de 10,8 en 1995. La distancia que deben recorrer algunas embarazadas para llegar a los centros de salud en la Guayana Francesa impide que puedan asistir a los controles prenatales en forma regular. El cuadro 1 muestra las tasas de mortalidad específicas en los niños menores de 1 año durante los años 2001–2003.

La tasa de nacidos prematuros en los departamentos es de 10% a 12% de todos los nacimientos. Las dos causas más fre-

CUADRO 1. Tasas medias de mortalidad en los niños menores de 1 año por 1.000^a en los departamentos franceses de ultramar, 2001–2003.

Tasas	Guayana		
	Guadalupe	Francesa	Martinica
Mortinatos	15,6	12,0	15,5
Mortalidad perinatal	18,4	17,3	18,8
Mortalidad neonatal temprana	2,9	5,3	3,3
Mortalidad neonatal tardía	1,8	2,2	1,1
Mortalidad postneonatal	2,4	4,2	2,2

^aLas tasas de mortinatalidad y de mortalidad perinatal se definen por 1.000 nacimientos en total; las demás tasas se definen por 1.000 nacidos vivos.

Fuente: Instituto Nacional Francés de Estadística y Estudios Económicos (INSEE).

cuentas de defunción materna son la hemorragia durante el parto y la hipertensión.

Salud de los niños y adolescentes de 1 a 14 años

Se registraron 78 defunciones por año durante el período 2000–2002 en este grupo de edad (cerca de 1% de todas las defunciones). Las causas de muerte en las tres regiones fueron principalmente las lesiones traumáticas o las intoxicaciones (40% de todas las defunciones en este grupo de edad). En la Guayana Francesa, una tercera parte del total de defunciones se debió a lesiones traumáticas o intoxicaciones, seguidas por enfermedades infecciosas y parasitarias (17% de las defunciones). En Guadalupe y Martinica, 40% de todas las defunciones se debió a traumatismos o a intoxicaciones, seguidas por las enfermedades respiratorias (10% de los casos).

Salud de los adolescentes y adultos (15–34 años)

En 2000–2002 se registraron 320 defunciones por año en este grupo de edad (5% de todas las defunciones). Los accidentes de tránsito y otras formas de violencia fueron las causas principales notificadas por los tres departamentos. En Guadalupe y Martinica, las causas que seguían en orden de frecuencia eran las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio, mientras que en la Guayana Francesa, las enfermedades infecciosas y parasitarias causaron enormes pérdidas de vidas. Las principales afecciones crónicas en ambos sexos dentro de este grupo de edad son las enfermedades mentales, la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares (Cuadro 2).

La edad promedio de las madres que dan a luz por primera vez está aumentando en Martinica y Guadalupe y el número de ado-

CUADRO 2. Principales causas de atención de salud prolongada de adolescentes y adultos de 15 a 34 años y distribución por sexo en los departamentos franceses de ultramar, 2003.

HOMBRES	Número	%
Enfermedades mentales	252	44
Diabetes mellitus, tipos 1 y 2	49	8
Enfermedades cardiovasculares	46	8
Otras causas	229	40
Total	576	100
MUJERES	Número	%
Enfermedades mentales	119	20
Diabetes mellitus, tipos 1 y 2	78	13
Enfermedades cardiovasculares	58	10
Otras causas	342	57
Total	597	100

Fuente: Estudios CNAMTS y CANAM de la Organización Mundial de la Salud.

lescentes embarazadas es sumamente elevado en la Guayana Francesa; en 2002, uno de cada seis nacimientos era de madre adolescente. La tasa de fecundidad en la Guayana Francesa (52 nacimientos por 1.000 mujeres) es más alta que la de las mujeres de 19 años de edad en Guadalupe y Martinica. La tasa de fecundidad en la Guayana Francesa se eleva por cada año más de edad de la mujer a partir de entonces, hasta alcanzar una cifra máxima de 151 nacidos por 1.000 mujeres de 19 años.

El número de abortos provocados en 2004 en los tres departamentos fue de 9.000; 40 de cada 100 concepciones son abortadas en Guadalupe, 32 en Martinica y 24 en la Guayana Francesa.

Salud de los adultos (35–64 años)

Se registraron 1.450 defunciones por año en este grupo de edad en el período 2000–2002 (25% de todas las defunciones). Las neoplasias y las enfermedades cardiovasculares fueron las principales causas de mortalidad en los tres departamentos, seguidas por los accidentes de tránsito y otras formas de violencia, tanto en Guadalupe como en Martinica. Las afecciones crónicas más comunes de hombres y mujeres de 35 a 64 años de edad fueron las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y las neoplasias (Cuadro 3).

Salud de los adultos mayores (65 años y más)

Guadalupe y Martinica, que han tenido poblaciones jóvenes por mucho tiempo, actualmente enfrentan los problemas propios de una población que envejece. El tamaño de la población de los adultos de 65 años y más en Martinica prácticamente se triplicó entre 1967 y 1999, al aumentar de 16.000 a 47.000. En 2005, esta población se calculó en 52.645 habitantes (13% de la población total). En Guadalupe, 50.500 personas pertenecían a este grupo

de edad en 2005 (11% de la población total de ese año). En el otro extremo se halla la Guayana Francesa, cuya proporción de adultos de 65 años y más representa apenas 4% de la población (7.500 personas).

La incidencia de problemas de salud importantes alcanza su cifra más alta luego de los 65 años de edad; esto hace que las consultas médicas por temas de salud sean más frecuentes. La incidencia de enfermedades coexistentes, como hipertensión y diabetes, influyen enormemente sobre la calidad de vida. En las personas de 85 años y más, la prevalencia de dependencia física, psicológica o ambas aumenta rápidamente.

En las personas mayores de 65 años, las dos causas principales de mortalidad son las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias, en ese orden. En Guadalupe y la Guayana Francesa, la tercera causa de muerte son las afecciones endocrinas, nutricionales y metabólicas, fundamentalmente la diabetes mellitus. En Martinica, la tercera causa de muerte son las enfermedades respiratorias. En los hombres de este grupo de edad, las afecciones principales que exigen atención de salud a largo plazo son las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias y la diabetes mellitus, en ese orden. En las mujeres, las tres enfermedades crónicas que demandan atención de salud a largo plazo son las enfermedades cardiovasculares, seguidas por la diabetes mellitus y las enfermedades mentales como demencia y enfermedad de Alzheimer (Cuadro 4).

Salud de la familia

El número de miembros en los hogares se redujo sostenidamente durante el período en estudio; mientras que esta reducción es algo menor en la Guayana Francesa, el tamaño de las familias en Guadalupe y Martinica se mantiene en menos de tres

CUADRO 3. Principales causas de atención de salud prolongada de adultos de 35 a 64 años y distribución por sexo en los departamentos franceses de ultramar, 2003.

HOMBRES	Número	%
Diabetes mellitus, tipos 1 y 2	1.292	36
Enfermedades cardiovasculares	973	27
Neoplasias	504	14
Otras causas	805	23
Total	3.574	100
MUJERES	Número	%
Enfermedades cardiovasculares	1.646	38
Diabetes mellitus, tipos 1 y 2	1.246	28
Neoplasias	536	12
Otras causas	976	22
Total	4.404	100

Fuente: Estudios CNAMTS y CANAM de la Organización Mundial de la Salud.

CUADRO 4. Principales causas de atención de salud a largo plazo de la población adulta de 65 años y más y distribución según el sexo en los departamentos franceses de ultramar, 2003.

HOMBRES	Número	Porcentaje
Enfermedades cardiovasculares	1.411	41
Neoplasias	916	27
Diabetes mellitus, tipos 1 y 2	536	16
Otras	560	16
Total	3.423	100
MUJERES	Número	Porcentaje
Enfermedades cardiovasculares	2.080	52
Diabetes mellitus, tipos 1 y 2	872	22
Enfermedades mentales	395	10
Otras	648	16
Total	3.995	100

Fuente: Estudios CNAMTS y CANAM de la Organización Mundial de la Salud.

personas por familia. La estructura de las familias en los departamentos también ha sufrido un profundo cambio hacia los hogares con un solo padre, como ocurre aproximadamente en 40% de las familias de Guadalupe y Martinica y en una tercera parte de los hogares de la Guayana Francesa. En nueve de cada 10 de estos hogares, la mujer es la jefa de la familia, lo cual no hace más que poner de relieve la tradición (sociedades matriarcales) y las últimas tendencias sociales (uniones menos estables).

Salud de las personas con discapacidad

La Comisión Departamental de Educación Especial de cada uno de los departamentos franceses de ultramar se encarga de estudiar todos los pedidos de plazas para niños y adolescentes de menos de 20 años con discapacidad y también las solicitudes de ayuda económica por parte de los familiares. A partir del 31 de diciembre de 2005, 2.673 niños habían obtenido el subsidio para educación especial, lo cual indica que había ocho beneficiarios por cada 1.000 personas jóvenes de menos de 20 años.

En el caso de adultos discapacitados de 20 años y más, la Comisión Técnica para la Orientación y la Reclasificación Profesional de los Discapacitados es el organismo encargado de determinar en cada caso la condición de discapacitado, dar asesoramiento sobre las posibilidades laborales, revisar la adjudicación de ayuda económica y enviar a los candidatos a instituciones especializadas. En los departamentos, al 31 de diciembre 2005 se habían otorgado subsidios por discapacidad a 16.031 adultos. Esta cifra indica que había 29 beneficiarios por cada 1.000 individuos de entre 20 y 59 años.

La mayoría de los adultos discapacitados viven con la familia o en su propio hogar y son muy pocos los que pueden alojarse en instituciones especializadas por falta de lugar. Hay mayor disponibilidad de instituciones de cuidado especializado para niños.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Martinica y Guadalupe notifican 10 casos importados anuales de **malaria**, pero la enfermedad está mucho más difundida en la Guayana Francesa. La cifra anual de casos notificados por las provincias de la Guayana Francesa donde la malaria es endémica se mantuvo en 4.000 a 5.000 casos hasta 1999. La incidencia declinó hasta alrededor de 3.000 casos anuales en 2002 y 2003, pero volvió a elevarse hasta 4.414 casos en 2005.

Desde finales de 2001, los casos de malaria aumentaron alarmantemente en los municipios de Régina y Cacao de las zonas costeras de la Guayana Francesa y en el municipio de Camopi, más alejado de la costa. La práctica clandestina de actividades

mineras y los constantes movimientos migratorios y desplazamientos de población en vastas áreas lejanas hacen que la lucha contra esta enfermedad sea una tarea de enormes proporciones en la Guayana Francesa.

No se han notificado casos de **fiebre amarilla** en Guadalupe, la Guayana Francesa y Martinica durante el período 2001–2005. Todas las personas que viajan a la Guayana Francesa tienen la obligación de presentar el certificado de vacunación contra la fiebre amarilla.

La Guayana Francesa sufrió tres epidemias de **dengue** (en 2001, 2002 y 2004–2005) causadas en todos los casos por el serotipo 3. A finales de 2005 comenzó una nueva epidemia de dengue causada por el serotipo 2, que afectó a más de 15.000 personas y causó la muerte de cuatro entre diciembre de 2005 y julio de 2006. Guadalupe y Martinica sufrieron dos brotes epidémicos de dengue en 2001 y 2005; el primero de ellos fue causado por el serotipo 3 y el segundo por el serotipo 4, predominantemente. En el curso de esta epidemia en Martinica se aisló también el serotipo 2 comúnmente relacionado con las formas más graves de dengue. Esta isla sufrió otra epidemia en 2001 que afectó a aproximadamente 25.000 personas, 400 de ellas fueron hospitalizadas y cuatro murieron. Cerca de 14.500 personas sufrieron esta enfermedad en 2005 (4% de la población isleña local), 200 personas debieron ser internadas y cuatro murieron. En Guadalupe se calcula que cerca de 9.000 personas consultaron a médicos de pueblo por cuadros sospechosos de dengue durante la epidemia de 2005. Reunión, departamento francés de ultramar situado en el Océano Índico, sufrió una epidemia de chikungunya ampliamente propagada hacia finales de 2005 y comienzos de 2006. En Martinica hubo tres casos importados de Reunión, detectados durante el primer cuatrimestre de 2006; también se notificaron otros tres casos en la Guayana Francesa y un caso más en Guadalupe. A fin de evitar la persistencia de la enfermedad en los departamentos, las autoridades sanitarias han puesto en marcha sistemas de vigilancia activa y de alerta y respuesta precoz en todos los casos de viajeros que regresan de Reunión y otras islas del Océano Índico, y pusieron en práctica programas para la eliminación de los mosquitos.

Enfermedades inmunoprevenibles

Han transcurrido ya muchos años desde que se notificaron los últimos casos de **parálisis flácida**, **poliomielitis** y **difteria** en los departamentos franceses de ultramar. Sin embargo, periódicamente se notifican epidemias de **tos ferina** o algunos casos aislados. No se notificaron casos de **tétanos neonatal** desde que concluyó el decenio de 1970. Se han producido casos esporádicos de tétanos en adultos mayores que fueron perdiendo la inmunidad inducida por la vacuna con el tiempo y nunca volvieron a vacunarse. Se registraron muy pocos casos de tétanos entre 1993 y 2003: nueve en Guadalupe, cinco en Martinica y ninguno en la Guayana Francesa. Sin embargo, en la Guayana Francesa se regis-

Las nuevas políticas sanitarias también alcanzan a los departamentos franceses de ultramar

En 2004, la legislatura francesa aprobó tres leyes sobre derechos y deberes locales en materia de salud pública y seguro de enfermedad que representaron un cambio radical de la política del país en materia sanitaria. En consecuencia, los territorios franceses de ultramar, Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica, que adoptan la misma organización política y administrativa que el resto del país, elaboraron, cada una de ellas, su propio plan sanitario regional para el período 2006–2010. Estos planes comparten los mismos objetivos generales expresados en forma de prioridades, estrategias principales y líneas de acción orientados a prevenir las defunciones evitables, disminuir la incidencia de enfermedades y discapacidad y reducir cuanto sea posible las inequidades, actuando sobre los determinantes sociales de la salud —educación, nutrición, acceso a los servicios de atención de salud y saneamiento ambiental— y fomentando la participación de la población en temas de salud pública. La meta de lograr la buena salud para todos los ciudadanos franceses que habitan los departamentos en tierra americana es el compromiso que da sustento a cada de estos planes.

traron dos casos de tétanos en 2005. Durante el período 2001–2005, la red centinela de Martinica notificó un único caso sospechoso de **sarampión**; Guadalupe no informó ninguno. En la Guayana Francesa, la vigilancia del sarampión se sumó a la del dengue a partir de 2001. Todos los casos sospechosos de dengue con erupción cutánea se someten a pruebas de detección de la inmunoglobulina M (IgM) para sarampión y rubéola. Hasta la fecha no se ha notificado ningún caso con pruebas positivas. Francia ha lanzado una política destinada a erradicar el sarampión y el síndrome de la rubéola congénita para 2010.

El grado de cobertura de inmunización en la población joven de las Antillas por lo general es adecuada, pero la situación no es tan buena en la Guayana Francesa, donde la cobertura es menor en las zonas interiores aisladas y algo mejor en las regiones costeras más desarrolladas. En 2000, la cobertura de la vacuna MMR en los niños de 24 meses de edad de la zona costera era de 69%, frente a niveles de cobertura que oscilaban entre 43% y 61% en el interior del país. La cobertura con la vacuna DPT 3 en niños de 1 año de edad era de 68% en la zona costera, frente a niveles de cobertura de 9% a 60% en el interior.

Enfermedades infecciosas intestinales

La incidencia de las epidemias de **gastroenteritis viral** se mantiene elevada todo el año y estas afecciones constituyen la causa principal de diarrea en las Antillas. La distribución de los casos de gastroenteritis es irregular en la Guayana Francesa, como consecuencia de la contaminación del agua que abastece a algunos segmentos de la población. La incidencia de enteropatías es superior a 10% en algunos municipios del interior.

Todos los años se produce un promedio de 10 brotes de intoxicación por alimentos en los tres departamentos franceses de ultramar. Es habitual que se presenten casos de intoxicaciones

por **ciguatera** en las Antillas (se registraron dos brotes en junio de 2006, uno de ellos en Guadalupe y el otro en Martinica).

Las mejores medidas higiénicas, preventivas y de pesquisa puestas en práctica por las autoridades sanitarias locales lograron reducir considerablemente la incidencia de anquilostomiasis y estrongiloidiasis en las Antillas en los últimos 20 años.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 2004 se notificaron 30 casos de **tuberculosis** en Guadalupe, 17 en Martinica y 51 en la Guayana Francesa.

La lepra aún es endémica en los departamentos franceses de ultramar, pero su incidencia está en descenso. Se notifican anualmente menos de 10 casos de **lepra** en cada una de las tres regiones. En Guadalupe, la cifra de casos diagnosticados descendió de 14 en 1997 a nueve en 2004. En la Guayana Francesa, la incidencia de lepra era de 3,29 casos por 10.000 habitantes en 1984 y descendió a 0,57 en 2001 (cerca de 10 enfermos nuevos por año). Cada departamento francés de ultramar cuenta con un centro de referencia para la lepra que se ocupa del tamizaje de los pacientes, les da la posibilidad de consultar al médico o al trabajador social y ofrece visitas a domicilio.

La **drepanocitosis** es la más frecuente de las enfermedades genéticas en Guadalupe y Martinica. La pesquisa se efectúa de rutina a los recién nacidos, y en promedio, uno de cada 300 recién nacidos por año presentan un rasgo genético productor de un síndrome mayor de drepanocitosis (SS, SC, o S/b thal). Guadalupe y Martinica cuentan con establecimientos especializados de atención médica y prevención. Debido a una mejor atención de salud se ha logrado que la drepanocitosis presente problemas parecidos a los de otras enfermedades crónicas, con un mayor número de pacientes en actividad, una esperanza de vida más prolongada y las afecciones propias del envejecimiento.

Infecciones respiratorias agudas

Los brotes de **bronquiolitis** en los departamentos franceses de ultramar son comunes a lo largo del primer trimestre del año. Según una encuesta realizada en Martinica entre noviembre de 2005 y febrero de 2006 se calcula que cada semana padecen de bronquiolitis entre 115 y 230 recién nacidos y lactantes.

Entre 1998 y 2003 se notificaron tres casos de la enfermedad de los legionarios en Guadalupe, mientras que Martinica y la Guayana Francesa notificaron un caso cada una.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

La infección por el VIH/sida es más prevalente en la Guayana Francesa y San Martín que en las islas de Guadalupe y Martinica. Durante el período 2001–2005, la estigmatización de las personas con reacciones positivas al VIH, la discriminación y otras formas de segregación aún eran los principales obstáculos para la detección temprana, el acceso al tratamiento y la atención, y en consecuencia, para el control de la enfermedad. La situación es más delicada aún para los grupos más expuestos como los adictos a drogas inyectables, los que practican el comercio sexual y los inmigrantes ilegales.

Desde que comenzó la epidemia y hasta el 30 de septiembre de 2005 se han notificado 2.885 casos de VIH/sida en los departamentos franceses de ultramar (1.074 en la Guayana Francesa, 1.175 en Guadalupe y 636 en Martinica). El 35% de los casos eran mujeres y el 20% del total de casos correspondían a la población de 50 años y más; el 71% de los casos se produjo por contacto heterosexual. Desde que comenzó la epidemia han fallecido 1.492 personas, lo que indica una tasa de letalidad de 52%. La disponibilidad de fármacos antirretrovirales logró mantener la mortalidad por el sida relativamente estable durante el período 2001–2005.

Con la aparición del tratamiento con tres drogas en 1996 se incrementó la prevalencia de la infección por el VIH, y la evolución hasta la manifestación completa del sida se circunscribe principalmente a los individuos que presentan seroconversión al VIH y no reciben tratamiento. La notificación de la infección por el VIH es obligatoria desde marzo de 2003. Esta medida permite conocer mejor la población seropositiva y allana el seguimiento de la infección. Desde marzo de 2003 a septiembre de 2005 se detectaron 735 casos seropositivos nuevos (343 en la Guayana Francesa, 239 en Guadalupe y 153 en Martinica). Las dificultades que hallan los profesionales de la salud para atender correctamente los casos de VIH/sida en los departamentos franceses de ultramar incluyen las barreras insuperables del idioma y las limitaciones sociales, culturales y religiosas de quienes acuden en busca de tratamiento, así como las cuestiones relacionadas con la discriminación y la estigmatización. En 2002 se pusieron en práctica el control y la evaluación para hallar soluciones a estos problemas.

El tratamiento de las personas con infección por el VIH incluye la información sobre el virus y la atención en centros especializados (centros de información y atención médica para pacientes con

VIH). Hay siete centros asistenciales: uno en Fort-de-Francia para Martinica, tres en Guadalupe (Pointe-à-Pitre, Basse-Terre y Marigot en San Martín) y tres en la Guayana Francesa (Cayenne, Kourou y Saint-Laurent-du-Maroni). Entre los meses de enero a diciembre de 2004, los centros controlaron y atendieron a 2.862 personas infectadas con el VIH en los departamentos franceses de ultramar. En los centros de San Martín y la Guayana Francesa predominan las pacientes mujeres, con una relación hombre/mujer de 0,7 y 0,8, respectivamente, mientras que en Guadalupe y Martinica este cociente es de 1,2 y 1,6, respectivamente. En más de 90% de los casos, el contagio se produce por contacto sexual, por lo general heterosexual. En Martinica, las relaciones sexuales entre hombres explican 22% de los contagios. Prácticamente no existen casos de transmisión por vía parenteral con la inyección de drogas adictivas. En San Martín y la Guayana Francesa son particularmente numerosos los pacientes infectados que no son franceses; los pacientes franceses suman apenas 24% y 20% de los casos activos que acuden a las clínicas de estos dos lugares, respectivamente, mientras que la proporción de pacientes franceses infectados es de 69% en Guadalupe y 89% en Martinica. En 2004 recibieron fármacos antirretrovirales 75% de los pacientes controlados. El tamizaje para VIH se efectúa en los laboratorios médicos y los centros de pesquisa; este servicio es anónimo y gratuito.

Se han presentado nuevos brotes de **sífilis** en Guadalupe en 2001 y en Martinica en 2004. El centro médico del Hospital Universitario de Pointe-à-Pitre, en Guadalupe, notificó 13 casos de sífilis primaria y secundaria a principios de 2001. Una encuesta efectuada en 2001 detectó 38 casos de sífilis en una población de alto riesgo predominantemente desocupada. En aproximadamente una cuarta parte de los casos se detectó coinfección con el VIH. La epidemia ocurrida en Martinica en 2004 afectó en gran medida a las personas infectadas con el VIH. Ocho de los 14 pacientes eran hombres que mantenían relaciones sexuales con otros hombres. Estos 14 casos de sífilis reciente se diagnosticaron en el centro médico del Hospital Universitario de Fort-de-France entre enero de 2004 y septiembre de 2005, y 11 de ellos, entre abril y septiembre de ese último año.

Zoonosis

La **leptospirosis** es una enfermedad que se presenta con frecuencia en Guadalupe y Martinica. La incidencia de casos confirmados es considerablemente más elevada en Guadalupe que en Martinica. En Guadalupe, la incidencia fue de 16,5 casos confirmados por 100.000 habitantes en 2003, y la incidencia de los casos confirmados llegó al máximo en enero y diciembre. En 2004, la incidencia fue de 21 casos por 100.000 habitantes. En Martinica, la incidencia de leptospirosis alcanzó su valor más alto en julio y en los meses de octubre a diciembre de 2003 y 2004. En estos dos años, la tasa de incidencia anual fue de 7,3 por 100.000 habitantes en 2003 y de 6,9 en 2004. En la Guayana Francesa se notificaron casos de leptospirosis periódicamente durante los últimos 30 años. Las principales cepas halladas en los animales y

en el hombre en las Antillas son leptospira *icterohaemorrhagiae* y leptospira *ballum* (o *castellonis*); también se detectaron otros 10 serogrupos entre los que se mencionan las cepas *australis*, *cyanopteri*, *canicola*, *panama*, *sejroë* y *grippotyphosa*.

No ha habido casos que hicieran sospechar la posibilidad de **influenza aviar** en los departamentos franceses de ultramar durante el período 2001–2005.

No hubo casos de **enfermedad de Chagas** en Guadalupe y Martinica. En la Guayana Francesa se notificaron apenas nueve casos entre 1939 y 1989, 15 casos clínicos entre 1990 y 2004, de los cuales seis fueron agudos y ocho crónicos y dos de ellos fallecieron presuntamente por la enfermedad. La infección en las zonas ribereñas de los ríos Maroni y Oyapock causó nueve casos autóctonos y se detectaron algunos casos importados en la región costera. A finales de 2005 se registraron ocho casos confirmados, un caso probable y otro sospechoso agudo en el municipio de Iracoubo en la Guayana Francesa.

La deforestación, la migración anárquica y la importación del vector de la enfermedad de Chagas incrementaron el riesgo de infección en la Guayana Francesa.

Los casos de **esquistosomiasis** en los departamentos franceses de ultramar tienen una distribución geográfica irregular. Los tamizajes realizados entre 2001 y 2005 en las plantaciones de berros en Martinica y en los ambientes acuáticos confirmaron la erradicación completa del caracol *Biomphalaria glabrata*, el principal huésped intermediario en la esquistosomiasis. En los últimos años solo se han registrado casos esporádicos remanentes. Se puede decir que la esquistosomiasis quedó erradicada de Martinica a partir de 2005, dada la falta de transmisión activa del parásito durante más de 20 años y la eliminación confirmada en 2001 del caracol que actúa como principal huésped intermediario.

En Guadalupe, las ciénagas albergan enormes poblaciones de ratones intensamente infectados con esquistosomas que sustentan la endemia. Estas zonas son una amenaza para los criaderos de ganado y los granjeros que las frecuentan, pero no se sabe con certeza cuál es el grado de transmisión al ser humano.

En la Guayana Francesa solamente se han detectado casos de esquistosomiasis importada. Nunca se confirmó la transmisión activa del parásito. Las aguas ácidas de la Guayana Francesa son medios altamente desfavorables para el caracol que actúa como huésped intermediario de la esquistosomiasis.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Los hábitos dietéticos en los departamentos franceses de ultramar se han modificado como consecuencia de los adelantos sociales y económicos, la modificación del estilo de vida y el rápido aumento de la oferta de comidas rápidas; en los últimos años, las enfermedades vinculadas con los malos hábitos dietéticos y el comer en exceso, como **obesidad**, **diabetes** e **hipercolesterolemia** han ido adquiriendo mayor trascendencia como preocupaciones sanitarias.

Cada año se notifican cerca de 260 defunciones atribuidas a diabetes en los departamentos, que representan de 4% a 5% de todas las defunciones, la mayor parte, en mujeres mayores.

Según una encuesta efectuada en Martinica a finales de 2003 y comienzos de 2004, la prevalencia de diabetes en individuos de 16 años y más era de 6,5% (8,1% para las mujeres y 4,7% para los hombres). Estas cifras se elevaban con la edad a 1,7% en el grupo de 16 a 44 años, 10% en el grupo de 45 a 64 años y 18% en los adultos de 65 años y más.

Existe un elevado número de pacientes con **insuficiencia renal crónica** en Guadalupe y Martinica; en Guadalupe alcanza una incidencia estimada en 200 casos por millón de habitantes. La diabetes es la principal causa de diálisis (la tercera parte de los pacientes sometidos a diálisis son diabéticos), la segunda causa de ceguera y la tercera de la necesidad de amputación. En Guadalupe se realizan trasplantes de riñón a los pacientes con insuficiencia renal de los tres departamentos franceses de ultramar desde finales de 2004. En los primeros 18 meses que siguieron a la inauguración de este servicio se efectuaron cerca de 50 trasplantes.

La población obesa o con sobrepeso está aumentando en Guadalupe y Martinica. Una encuesta efectuada entre 2003 y 2004 puso de manifiesto que prácticamente un niño de cada cuatro (24%) en Martinica tiene sobrepeso (16%) o es obeso (8%). En el caso de los adultos, 33% de ellos tienen sobrepeso y 20%, obesidad. El 26% de las mujeres y 14% de los hombres son obesos. Los datos de otras encuestas realizadas en Guadalupe arrojaron los mismos resultados. Los estudios efectuados en escuelas de los tres departamentos señalan que la cifra de niños que sufren de sobrepeso en la Guayana Francesa es considerablemente más baja que en Guadalupe y Martinica.

Enfermedades cardiovasculares

Las **enfermedades cardiovasculares** son la principal causa de muerte en los departamentos franceses de ultramar, con 1.800 defunciones por año (30% del total de defunciones). Estas cifras son más altas entre las mujeres que entre los hombres. La proporción de las enfermedades cardiovasculares dentro de la mortalidad general aumenta con la edad y se eleva sobre todo después de los 65 años.

A diferencia de las distintas regiones de Francia continental, los departamentos franceses de ultramar se caracterizan por la alta incidencia de enfermedades cerebrovasculares, mientras que las **cardiopatías isquémicas** son menos frecuentes. De las enfermedades que cuentan con cobertura para atención de salud prolongada, las cardiovasculares suman 38% de las admisiones hospitalarias anuales. La mayoría de los casos corresponden a hipertensión y enfermedades cerebrovasculares.

La **hipertensión** es una afección frecuente en la población de los departamentos. Una encuesta efectuada en 2003–2004 señala que la incidencia de presión arterial elevada en la población de

más de 16 años es de 22% (20% en los hombres y 25% en las mujeres). La incidencia aumenta con la edad, desde 5% en el grupo de 25 a 34 años hasta 65% en las personas de 65 años y más. El 73% de los pacientes con diagnóstico de presión arterial elevada estaban medicados en el momento de la encuesta. La proporción de hombres hipertensos medicados (55%) es menor que la de mujeres (84%).

Los pacientes con enfermedades cardiovasculares están expuestos a sufrir otras condiciones comórbidas, como hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia, las que a su vez llevan a complicaciones graves como accidentes cerebrovasculares, amputaciones, insuficiencia renal y ceguera.

Neoplasias malignas

El promedio anual de defunciones por neoplasias malignas notificadas en los departamentos franceses de ultramar es algo más de 1.300. Las neoplasias malignas ocasionan una de cada cuatro defunciones en los hombres y una de cada cinco en las mujeres. En el grupo de 65 años y más, las neoplasias ocasionan una de cada cuatro defunciones.

En los hombres, las localizaciones más comunes de cáncer son la próstata, el estómago, los labios, la boca y la faringe. En las mujeres, el cáncer más común es el de mama, seguido por el colorrectal y el cervicouterino.

Desde 2005 se efectúa el tamizaje metódico para pesquisar cáncer de mama en los tres departamentos. En Martinica se efectúa además la pesquisa de cáncer cervicouterino. No obstante, las dificultades que entraña asegurar la pesquisa universal de cáncer y la atención de salud son considerables, porque Guadalupe es un archipiélago cuya población se halla dispersa en varias islas, y en la Guayana Francesa, numerosos municipios del interior están aislados.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Violencia y otras causas externas

En Guadalupe hubo 954 **accidentes de tráfico** en 2003 que provocaron lesiones a 1.383 personas y la muerte de 83 de ellas. En Martinica, cada año ocurren cerca de 700 accidentes de tráfico que dejan un saldo de 800 heridos y 50 muertos. En la Guayana Francesa ocurren alrededor de 800 accidentes por año, con cerca de 1.000 lesionados. La cifra de víctimas mortales oscila anualmente entre 30 y 40.

Salud mental

Según una encuesta realizada en la población general de Guadalupe y Martinica hacia finales del decenio de 1990, las patologías más comunes eran la **depresión**, las **tendencias suicidas** y la **ansiedad generalizada**. Las causas principales de admisión hospitalaria fueron la **esquizofrenia**, la **psicosis** con delirio y las **afecciones vinculadas con las toxicomanías**.

El suicidio y la conducta suicida se tratan en un plan nacional que cubre todas las regiones de Francia. En los departamentos franceses de ultramar se cometen 85 suicidios anualmente, la mayoría de las víctimas son hombres y el grupo de edad predominante es el de más de 35 años. Existe un control del número anual de víctimas de suicidio pero no se cuenta con datos sobre los intentos de suicidio. Sin embargo, en una encuesta sobre salud mental efectuada en Martinica en 2000, 4,1% de los adultos respondieron haber intentado suicidarse por lo menos una vez en la vida. En una encuesta escolar efectuada también en Martinica en 2003–2004, 13% de los adolescentes de 14 a 19 años afirmaban haber pensado en suicidarse frecuentemente o con bastante frecuencia durante los últimos 12 meses y 11% de ellos respondieron haber intentado suicidarse una o más veces; de este porcentaje, las mujeres representaron 15% y los varones, 6%; apenas 15% fue hospitalizado por ese motivo.

Adicciones

Guadalupe y Martinica son productores tradicionales de ron, y aunque el consumo de este producto pueda disminuir, el de otras bebidas alcohólicas como vino, champaña, whisky y cerveza está en aumento.

Una encuesta efectuada a finales de 2000 y comienzos de 2001 indicó que de las 26 regiones francesas, Martinica ocupaba el tercer lugar en orden de prevalencia de alcoholismo en la población masculina, la Guayana Francesa el cuarto y Guadalupe el quinto lugar. Otras encuestas efectuadas periódicamente en Martinica y la Guayana Francesa también señalan el aumento de la prevalencia del consumo de alcohol en la población en edad escolar.

El consumo de tabaco en los departamentos franceses de ultramar es relativamente bajo; este hecho se refleja en la menor morbilidad y mortalidad atribuida a enfermedades respiratorias y cardiovasculares vinculadas a este factor de riesgo. Según señala una encuesta de 2003–2004, 87% de las personas de 16 años y más en Martinica no fuman; 77% de ellos nunca fumaron y 10% lo hicieron en el pasado. Afirmaron ser fumadores habituales 10% de los encuestados y 3% respondió fumar ocasionalmente. Entre los fumadores predominaban los hombres y la mayoría de los que eran fumadores en ese momento tenía entre 25 y 34 años de edad.

El consumo de sustancias adictivas ilegales en los departamentos se caracteriza sobre todo por el elevado consumo de cannabis, y desde mediados del decenio de 1980 por la creciente prevalencia del consumo de crack o pasta de coca. La popularidad del crack ha influido decisivamente en la sociedad de los departamentos, fomentando la actividad criminal y la tendencia de los adictos a vivir sin hogar.

En la población escolar, el cannabis es la sustancia que más se consume; en realidad, los escolares apenas consumen las demás drogas. Sin embargo, el consumo difiere por edad y sexo; por ejemplo, hay mayor tendencia a probar las drogas o el consumo

de drogas se hace más regular, o ambas cosas, a medida que los niños crecen, y es más elevado entre los varones. Según una encuesta efectuada periódicamente a partir de 2003 entre las personas de 18 años, el consumo habitual de cannabis parecía ser algo más alto entre las personas jóvenes en Guadalupe y la Guayana Francesa (7% y 6%, respectivamente) que en Martinica (3%). Con el propósito de actuar ante el creciente consumo de cannabis y hallar las medidas más apropiadas para los jóvenes, en 2005 se organizaron consultas sobre el cannabis en cada uno de los departamentos franceses de ultramar.

La mayoría de los que consumen drogas ilegales son adictos al crack de cocaína, pertenecen al sexo masculino y tienen entre 25 y 39 años de edad. La drogadicción es una de las preocupaciones prioritarias en los departamentos franceses de ultramar.

Contaminación ambiental

Las situaciones de peligro sanitario relacionadas con el medio ambiente están bajo la responsabilidad principal de dos organismos de los departamentos franceses de ultramar: la Unidad Interregional de Intervención Epidemiológica de las Antillas y la Guayana Francesa (CIRE, por sus siglas en francés), que se ocupa fundamentalmente de las medidas directas y de las respuestas indispensables para enfrentar las amenazas ambientales para la salud, y el Instituto Francés de Salud e Investigación Médica que se especializa en la conducción de investigaciones sobre la materia.

Proteger la salud de la población evitando las intoxicaciones con alimentos es una prioridad. En 2002–2003, la Agencia Francesa de Inocuidad de los Alimentos (AFSSA, por sus siglas en francés), bajo la dirección del Ministerio de Agricultura y Ganadería, el ministerio a cargo de la legislación en materia de consumo y el Ministerio de Salud, estudió los efectos perjudiciales para la salud que ejerce la exposición al pesticida organoclorado clordecón en Martinica. Los alimentos que tenían más posibilidades de constituir fuentes de exposición crónica al clordecón eran de consumo habitual e incluían, entre otros, el taro, el ñame, las batatas, los pepinos, las zanahorias, los tomates, los melones y la piel del pollo.

La información y los estudios de la encuesta realizada por AFSSA permiten concluir que 3% de la población de Martinica (equivalente a 12.700 individuos) presentaba niveles de contaminación excesivos con este pesticida, por encima de los umbrales de seguridad de referencia para exposiciones repetidas. Ante estos resultados se está elaborando un programa de prevención para evitar la exposición a este tóxico.

Guadalupe y Martinica han efectuado o todavía mantienen en marcha otros estudios de investigación sobre los riesgos que implican para la salud los contaminantes organoclorados presentes en el ambiente y los riesgos ocupacionales inherentes. Estos estudios analizan la relación entre la exposición al pesticida y la fecundidad masculina, el desarrollo prenatal y postnatal, y el cáncer de próstata.

Uno de los estudios que analiza la exposición a clordecón en mujeres embarazadas en Guadalupe detectó el tóxico en 90% de las muestras de sangre obtenidas de la madre y del cordón umbilical, en 100% de las muestras de tejido adiposo abdominal de la madre y en 40% de las muestras de leche materna tomadas dentro de las 72 horas que siguieron al parto.

Los estudios realizados en el decenio de 1990 determinaron que el mercurio empleado para el lavado de oro en el interior de la Guayana Francesa estaba contaminando los peces del río que a su vez eran consumidos por la población. Algunas poblaciones amerindias del interior que consumen grandes cantidades de pescado de río presentaron niveles altos de impregnación mercurial. Estudios adicionales sobre la exposición a la contaminación con mercurio efectuados por la CIRE confirmaron en 2001, 2002 y 2004 que los grupos de población más expuestos eran los que habitaban las márgenes superiores de los ríos Maroni y Oyapock, cuya dieta se basaba predominantemente en el consumo de pescado. Según una encuesta efectuada en 1997, 57% de las mujeres en edad de procrear de la zona interior del alto Maroni presentaban niveles de contaminación mercurial que excedían los límites considerados seguros, mientras que una encuesta de 2004 halló que entre 8% y 21% de las mujeres que habitaban en las riberas del río Oyapack presentaban asimismo niveles de contaminación peligrosos.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

Francia continental está integrada por 22 regiones y 96 departamentos que gozan del mismo régimen político-jurídico. Los departamentos franceses de ultramar, que fueron reestructurados en 2003, están divididos en dos entidades legislativas diferentes: los cuatro departamentos de ultramar creados en 1946 (Martinica, la Guayana Francesa, Guadalupe y Reunión), que se rigen por la misma legislación que los departamentos de la metrópoli francesa (departamentos metropolitanos) y los demás departamentos territoriales de ultramar parcialmente autónomos (Nueva Caledonia, Polinesia Francesa), que tienen regímenes legislativos especiales.

Cada departamento francés de ultramar es una región administrativa bajo dos autoridades, que cuenta cada una con una asamblea propia elegida por votación popular: el Consejo General para ese departamento y el Consejo Regional para la región.

Como se mencionó anteriormente, los departamentos franceses de ultramar se consideran regiones ultraperiféricas de la Unión Europea y en consecuencia gozan de medidas de protección especiales y fondos estructurales otorgados por este organismo.

La reforma constitucional de 2003 propuso enmiendas para reemplazar la autoridad departamental por una autoridad individual parcialmente autónoma. Después de efectuar consultas electorales y haber obtenido la aprobación del electorado, Guadalupe,

la Guayana Francesa y Martinica mantuvieron la condición de departamentos, pero las islas de San Martín y San Bartolomé eligieron separarse de Guadalupe y con la aprobación del parlamento francés formarían comunidades territoriales parcialmente autónomas.

En un departamento, el prefecto o gobernador civil nombrado por el presidente de Francia es el representante del gobierno y el único que tiene autoridad en el Estado. La administración del Estado es centralizada, pero en los departamentos franceses de ultramar incluye varios estratos, sobre los que delega autoridad, conocidos como departamentos gubernamentales descentralizados.

El Gobierno de Francia se ocupa de la salud pública. En agosto de 2004 se aprobaron tres leyes: la Ley 809, que reglamenta los derechos y obligaciones locales, y devuelve a su condición centralizada numerosas prerrogativas del Consejo General. Las obligaciones en materia de salud del Consejo General se circunscriben actualmente a la política de acción social y protección de la salud de la familia y los hijos (salud de la madre y el hijo y planificación familiar); la Ley 810 sobre seguro de enfermedad tiene por objeto mejorar el control de los gastos del sector salud. Una misión sanitaria regional integrada por la oficina de internación hospitalaria y la asociación regional para los fondos del seguro de enfermedad reglamenta la redistribución territorial de los profesionales privados de salud, la organización de los mecanismos de atención de salud continua y el programa anual de medidas orientado a mejorar la coordinación entre los distintos elementos regionales del sistema de atención de salud que tienen a su cargo prestar los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento cubiertos por el seguro de enfermedad, y la Ley 806, dedicada a la política sanitaria, sitúa la prevención como la principal meta de los esfuerzos conjuntos y busca impulsar la participación del Estado en la coordinación de las actividades de los distintos actores del sector salud, las acciones llevadas a la práctica y los medios económicos para sustentarlas. La nueva forma de organización del sector salud habilita tanto el aporte regional en materia de política sanitaria como el enfoque de acción voluntaria para la prevención y la promoción de la salud, enlazando las estrategias de prevención con la atención de salud. La organización en el nivel regional del sector salud se sustenta en la aplicación del Plan Regional de Salud Pública como la estructura de soporte para la planificación sanitaria, el Grupo Regional de Salud Pública como el cuerpo ejecutivo que implementa las políticas y la Conferencia Regional de Salud Pública como organismo consultivo. Durante el período 2005–2006, cada uno de los tres departamentos franceses de ultramar estableció sus prioridades dentro del Plan Regional de Salud Pública.

En Guadalupe se señalaron 11 prioridades que se mencionan a continuación: 1) asegurar que todos los habitantes tengan acceso a la información sobre promoción de la salud; 2) mejorar la salud de los niños en edad escolar; 3) eliminar las inequidades en materia de atención médica; 4) fomentar las conductas que favorezcan la dieta equilibrada y la actividad física apropiada; 5) prevenir,

pesquisar y controlar las enfermedades crónicas y sus complicaciones; 6) luchar contra la epidemia del VIH/SIDA; 7) promover la salud sexual y reproductiva de la población y mejorar la atención de salud de la embarazada y perinatal; 8) prevenir la drepanocitosis y pesquisarla en la población; 9) prevenir y controlar el cáncer; 10) luchar contra las toxicomanías, y 11) elaborar y poner en práctica un programa de saneamiento ambiental.

En la Guayana Francesa, el Plan Regional de Salud Pública definió las principales estrategias para atender las siguientes cuestiones prioritarias: 1) el VIH/sida, 2) el cáncer, 3) la educación sexual, 4) las enfermedades inmunoprevenibles, 5) la drogadicción, 6) las enfermedades infecciosas, 7) el Programa de Salud del Alto Maroni y del Alto Oyapock, 8) el saneamiento ambiental y 9) garantizar a las personas discapacitadas el acceso a los planes de promoción de salud y la atención de salud.

En Martinica se escogió actuar sobre siete áreas sanitarias: 1) nutrición, 2) comportamientos de riesgo, 3) grupos sociales susceptibles, 4) atención médica preventiva, 5) enfermedades poco comunes, 6) saneamiento ambiental y 7) situaciones de alerta sanitaria y plan de acción en las situaciones de emergencia sanitaria.

Los desafíos más acuciantes que se plantean al Plan Regional de Salud Pública y que comparten los tres departamentos franceses de ultramar son: superar las inequidades sociales y territoriales en materia de atención de salud, prevenir las enfermedades evitables y disminuir la mortalidad relacionada con las mismas, promover el saneamiento del medio ambiente, mejorar el conocimiento sobre salud pública y encararlo en forma multidisciplinaria, e impulsar la participación comunitaria en cuestiones relacionadas con la salud pública.

Para completar el Plan Regional de Salud Pública, la Agencia Regional de Hospitalización de cada uno de los departamentos franceses de ultramar publicó la tercera edición de los Planes Regionales para la Organización de la Atención de Salud en marzo de 2006.

Servicios de salud pública

Las Direcciones de Salud y Desarrollo Social y la CIRE se ocupan de la vigilancia epidemiológica. Estos organismos trabajarán conjuntamente con el Instituto Nacional de Vigilancia Sanitaria para fortalecer la tarea de los departamentos descentralizados del Ministerio de Salud en dos áreas importantes: las enfermedades infecciosas y los riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente.

Se han definido 27 enfermedades transmisibles de denuncia obligatoria ante las autoridades sanitarias, como ocurre en todas las demás regiones de Francia. Esta notificación depende de una red de médicos que integran un sistema centinela de vigilancia y notifican semanalmente los casos sospechosos de dengue, las afecciones de tipo gripal, los casos de gastroenteritis, sarampión, varicela, gonorrea y demás infecciones de transmisión sexual, entre otras. La red centinela de vigilancia ya existía hacía varios años en Guadalupe y Martinica, pero la Guayana Francesa no la estableció

hasta 2006. Este sistema es respaldado, además, por los informes de los laboratorios públicos y privados como el Instituto Pasteur de Pointe-à-Pitre (Guadalupe) especializado en micobacteriología y otro laboratorio en Cayenne (Guayana Francesa) que actúa como centro de referencia para arbovirus y virus influenza.

Dadas las nuevas amenazas sanitarias y la mayor preocupación en materia de seguridad frente al medio ambiente global actual, una prioridad del Ministerio Francés de Salud es el fortalecimiento de los sistemas de alarma y respuesta tempranas. El Plan de Alerta y Acción ante Situaciones de Emergencia Sanitaria fortalece la creación de mecanismos de vigilancia sanitaria y alerta ante la amenaza de enfermedades locales y regionales en los departamentos franceses de ultramar.

La CIRE y las Unidades de Vigilancia Sanitaria de las Direcciones de Salud y Desarrollo Social tienen a su cargo los sistemas de vigilancia y alerta sanitaria regionales. La CIRE proporciona su conocimiento científico para apoyar las acciones públicas emprendidas por los Prefectos de los tres departamentos franceses de ultramar en coordinación con la Unidad de Vigilancia Sanitaria, el nivel operativo del sistema de alerta y respuesta tempranas. Por conducto de esta organización, que aplica procedimientos avanzados y nuevos recursos humanos y tecnológicos, los departamentos franceses de ultramar no solamente tienen una mayor capacidad de respuesta rápida y eficaz ante las situaciones sanitarias de riesgo locales sino que también contribuyen a la consolidación de un sistema de vigilancia sanitaria para el Caribe, e internacional, que es de vital importancia en el mundo globalizado de hoy.

En colaboración con las Unidades de Vigilancia Sanitaria y numerosos participantes, la CIRE puso manos a la obra para la elaboración de su Programa de Vigilancia de la Epidemia de Dengue, Alerta Temprana y Plan de Acción en 2005. Esta iniciativa pone en vigor la vigilancia del dengue y las medidas orientadas a controlar el peligro de epidemias de distinta índole. Los cuatro campos de acción fundamentales del programa son: 1) la vigilancia y la investigación epidemiológica y entomológica; 2) la eliminación del mosquito mediante el uso de insecticidas y la aplicación de estrategias destinadas a movilizar la población; 3) compartir la información entre los profesionales de la salud, los encargados de la conducción política y administrativa (Direcciones de Salud y Desarrollo Social, hospitales, Prefecto, Consejo General y funcionarios municipales) y el público en general y 4) el desarrollo y la aplicación amplia de protocolos de atención médica y tratamiento. Estas medidas requieren la participación bien coordinada de distintos integrantes adicionales dentro de las áreas de epidemiología, entomología, erradicación de mosquitos, medicina clínica, biología y medios masivos de comunicación. La elaboración del programa finalizó en 2006.

En junio de 2004 se aprobó un Plan Nacional de Saneamiento Ambiental con el propósito de reducir la incidencia de enfermedades vinculadas al medio ambiente y mejorar los hábitats naturales. El plan incluye 45 objetivos que se seguirán en el nivel nacional, regional, o en ambos. Tomando este programa como

marco de referencia, cada uno de los departamentos franceses de ultramar redactó su propio plan de saneamiento ambiental. Algunos de los objetivos son comunes a los tres, como la protección de la salud y el bienestar de las poblaciones que viven en hábitats insalubres, la preservación de las vertientes de agua, la eliminación de los vectores de enfermedades, la lucha contra la enfermedad de los legionarios y la reducción de los efectos perjudiciales de los pesticidas sobre el medio ambiente y la salud humana.

El agua potable en Guadalupe y Martinica es bacteriológicamente inocua, con excepción de determinados períodos climáticos. El acceso universal al agua potable todavía constituye un desafío para la Guayana Francesa. La eliminación de desechos sólidos es otra dificultad; existen innumerables lugares en donde se arrojan desechos no tratados, los incineradores solo eliminan parte de los desperdicios y el reciclado recién está en sus comienzos. Se está haciendo lo posible para que los vertederos respondan a las normas antes de recurrir a su clausura y reacondicionamiento integral. Arrojar materiales de desecho de diversa naturaleza en el ambiente natural ejerce además un efecto deletéreo sobre el desarrollo del turismo y los proyectos de mejoramiento urbano.

La norma fijada de un umbral máximo de 0,1 g/L de clordecón para el agua potable tuvo como consecuencia la clausura de algunas vertientes de agua en Guadalupe y Martinica. Los decretos del prefecto local emitidos en 2003 tenían como propósito fundamental impedir que los vegetales cultivados en suelos contaminados accedieran al mercado público. Sobre la base de estudios científicos y analíticos, en 2005 se establecieron concentraciones umbrales provisionales de contaminación con clordecón para una gama de alimentos, a fin de proteger a los consumidores.

Servicios de atención a las personas

La atención de salud se brinda en los complejos hospitalarios y las clínicas privadas. La Guayana Francesa cuenta con centros de salud a diferencia de los otros dos departamentos franceses de ultramar. Estos establecimientos fueron creados para responder a las necesidades de residentes de zonas geográficas aisladas y son el único lugar adonde pueden acudir en busca de atención médica las comunidades desperdigadas y aisladas que suman 20% de la población de la Guayana Francesa.

Antes de 2000, estos centros de salud estaban bajo la administración del Consejo General, pero después se separaron en dos grupos, dependiendo de si la atención de salud tenía fines terapéuticos o de prevención. La atención de salud con fines terapéuticos se ofrece en 10 centros de salud y 11 puestos sanitarios o dispensarios que están bajo la supervisión del complejo hospitalario de Cayenne e incluyen consultas médicas, atención común, servicios de enfermería y entrega de medicamentos. Los servicios de prevención de enfermedades son la finalidad principal de cerca de 20 centros de vacunación y atención prenatal de la embarazada y del niño comprendidos bajo la administración del Consejo General.

Los establecimientos del sector de atención a corto plazo son por lo general suficientes, pero no satisfacen las necesidades de seguimiento y de atención psiquiátrica. La falta de instituciones para adultos mayores con necesidades especiales es notoria, fundamentalmente en Guadalupe y Martinica. Actualmente, las alternativas de hospitalización no alcanzan a cubrir las necesidades a pesar de que han comenzado a surgir algunas iniciativas que promueven la hospitalización en casas y que las redes de atención médica ya comenzaron a adoptar esta estrategia alternativa. Las redes de atención de salud se constituyeron o están en vías de hacerlo con el propósito de atender, entre otros, los casos de hipertensión, gerontología, cuidado perinatal, oncología, adicción, diabetes y asma. El cuadro 5 muestra la disponibilidad de camas para distintas necesidades de atención médica en instituciones de cuidados a corto plazo.

Promoción de la salud

El Plan Regional de Salud Pública que se aplica en cada uno de los departamentos franceses de ultramar hace hincapié en la importancia de la educación del público en materia de salud y la necesidad de fortalecer los esfuerzos encaminados a ella. En 2004, Guadalupe y Martinica trazaron su propio Plan Regional de Salud Pública, la que aún no ha podido implantarse por completo en Martinica. La Guayana Francesa todavía debe elaborar su plan. Guadalupe y Martinica cuentan con sus propios comités que trabajan junto con el Instituto Nacional para la Prevención y la Educación Sanitaria. Ellos son el Comité para la Educación Sanitaria (Guadalupe) y el Comité para la Prevención y la Educación Sanitaria (Martinica). Además de estas instituciones, otras numerosas asociaciones entre las que se cuentan organismos nacionales, de distrito, municipales y grupos de pacientes participan activamente en la prevención de enfermedades ofreciendo sus conocimientos y experiencia para afrontar situaciones como el VIH/sida, las toxicomanías, la drepanocitosis y el cáncer.

Recursos humanos

La falta de profesionales de salud y las inequidades en la distribución de los mismos son problemas que existen en los tres departamentos, pero es especialmente acentuado en la Guayana Francesa. La falta de médicos especialistas es aún más acuciante

CUADRO 5. Camas por 1.000 habitantes en instituciones de atención médica de corto plazo en los departamentos franceses de ultramar, 2005.

Especialidad	Guayana		
	Guadalupe	Francesa	Martinica
Medicina	2,09	1,50	2,32
Cirugía	1,08	0,96	1,39
Obstetricia y ginecología	0,48	0,69	0,53

que la de médicos generalistas (cuadro 6). Esto ocurre en todas las especialidades médicas. En el complejo hospitalario de Cayenne hay numerosas plazas que quedan vacantes o que son ocupadas por médicos que no están suficientemente capacitados para la práctica hospitalaria

En Guadalupe y Martinica, la proporción de parteras y enfermeras alcanza a cubrir las necesidades actuales (cuadro 7), pero en cuanto a otros profesionales de la salud, las tasas están muy por debajo de las de la metrópoli francesa. Se prevé que esta escasez se agudizará en los próximos años dada la creciente demanda de servicios de atención médica asociada al envejecimiento de la población de Guadalupe y Martinica y al crecimiento de la población de la Guayana Francesa. La escuelas de Medicina y de paramédicos elevaron considerablemente la oferta de programas de capacitación y la proporción de alumnos en los cursos, pero la cifra de los nuevos profesionales graduados aún no logra cubrir la demanda.

El tercer año de estudios médicos y el primer año de medicina se imparten en los departamentos franceses de ultramar (en el caso de Guadalupe y Martinica solamente el primer año). Los departamentos también ofrecen capacitación en otras profesiones médicas y auxiliares, entre las que se mencionan una escuela para parteras, una escuela para masajes y fisioterapia, tres escuelas de enfermería (una en cada uno de los departamentos), una escuela de enfermería pediátrica, una escuela de enfermería quirúrgica, una escuela para enfermeras de anestesia, una escuela para técnicos en biomedicina, tres escuelas para auxiliares de pediatría y tres escuelas para auxiliares de enfermería. En Francia se ofrece capacitación para otras profesiones de salud. En 2004 se otorgaron títulos profesionales a 14 parteras, 116 enfermeras, nueve enfermeras de quirófano, 19 enfermeras de pediatría, 64 auxiliares de pediatría y 81 auxiliares de enfermería que concluyeron sus estudios de capacitación en los departamentos franceses de ultramar.

Suministros de salud

El número de farmacias en los departamentos franceses de ultramar es de 340, sin contar los dispensarios de medicamentos de

CUADRO 6. Número de médicos y densidad por 100.000 habitantes en los departamentos franceses de ultramar, enero de 2005.

Categoría	Guadalupe	Guayana Francesa	Martinica
Médicos generales			
Número	542	195	536
Densidad	121	106	136
Especialistas			
Número	434	147	450
Densidad	97	80	114
Cifra total de médicos	976	342	986

CUADRO 7. Número de otros profesionales de la salud y densidad por 100.000 habitantes en los departamentos franceses de ultramar, enero de 2005.

Especialidad	Guadalupe	Guayana Francesa	Martinica
Dentistas			
Número	162	43	155
Densidad	36	23	39
Parteras			
Número	160	51	167
Densidad	36	28	42
Enfermeras/os			
Número	2.159	573	2.365
Densidad	482	311	599
Fisioterapeutas			
Número	257	58	260
Densidad	57	31	66

los centros de salud. De estas farmacias, 153 se hallan en Guadalupe (una por cada 2.960 habitantes), 150 en Martinica (una por cada 2.650 habitantes) y 37 en la Guayana Francesa (una por cada 5.150 habitantes). Todos los productos farmacéuticos son importados de Francia y llegan del fabricante al farmacéutico por conducto de un distribuidor o comerciante mayorista. El sistema de pago tercerizado está ampliamente difundido en los departamentos franceses de ultramar, en particular en los hospitales públicos y las farmacias de expendio directo al público, por el cual el proveedor de atención médica recibe el reintegro directamente del plan de seguro universal de enfermedad una vez efectuado el pago de una cantidad deducible. Los costos de los medicamentos con reintegro los fijan las autoridades de salud pública de Francia. En los departamentos franceses de ultramar, los precios de los medicamentos están sujetos a recargo para cubrir los costos de transporte desde Francia. Los departamentos no cuentan con producción local de vacunas; en consecuencia, todas las vacunas también se importan de Francia.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto de la atención de salud y los productos médicos aumentó sostenidamente durante el período en revisión. En 2004, los gastos en salud para los tres departamentos franceses de ultramar sumaron cerca de 1.879 millones de euros (cuadro 8). El gasto anual por habitante es de alrededor de 2.000 euros en Martinica, 1.800 en Guadalupe y 1.400 en la Guayana Francesa. Estas diferencias se deben, en parte, a la distinta composición por edades de las poblaciones respectivas. Los hospitales, en particular los públicos, suman la mayor parte de las erogaciones. Además de los desembolsos mencionados, el Estado o el Consejo General invierten otras sumas anuales importantes en el sector social des-

CUADRO 8. Gastos del seguro de enfermedad y distribución de los costos en los departamentos franceses de ultramar, 2004.

Especialidad	Guadalupe	Guayana Francesa	Martinica
Gastos totales del seguro de enfermedad (en millones de euros)	805,3	268,4	804,8
Hospitalización	50%	68%	57%
Atención de salud ambulatoria	18%	11%	17%
Drogas	16%	10%	15%

tinadas a grupos especiales como el de los ancianos y las personas con discapacidad.

Cooperación técnica y financiera en salud

Con excepción de las asociaciones, programas y mecanismos de financiación acordados con otros Estados Miembros de la Unión Europea, los departamentos franceses de ultramar no reciben fondos de ayuda de instituciones internacionales como el Banco Mundial o de los organismos de las Naciones Unidas.

Por otra parte, entre 2001 y 2005, las tres regiones organizaron numerosas actividades con los países vecinos, como por ejemplo, la capacitación brindada por el plantel del Centro Médico del Hospital Universitario de Fort-de-France (Martinica) a médicos y técnicos del Caribe en los conocimientos de patología necesarios para efectuar el tamizaje de cáncer cervicouterino y en el mantenimiento de equipos de biomedicina. Además se facilitó la cooperación técnica bilateral entre el complejo hospitalario de Lamentin (Martinica) y un hospital de Cuba. El laboratorio de referencia de micobacteriología del Instituto Pasteur de Guadalupe proporcionó conocimientos técnicos en materia de organización e infraestructura de laboratorios a Haití y a otros países del Caribe. Profesionales de Martinica y Guadalupe cooperaron con la capacitación de los profesionales encargados del tratamiento de pacientes con VIH/sida en Haití y otros países. En la Guayana Francesa, el Instituto Pasteur, en virtud de su carácter de centro nacional de referencia de infecciones por arbovirus y virus influenza, coordinó actividades regionales de cooperación.

Se han compartido experiencia y conocimientos, equipos médicos y pacientes entre las instituciones de los departamentos franceses de ultramar en las especialidades de cardiocirugía, trasplante de riñón, oncología y otras áreas. Los hospitales universitarios también atraen pacientes de países vecinos. El Centro Médico del Hospital Universitario de Fort-de-France hospitaliza de 400 a 500 pacientes que residen fuera de los departamentos franceses de ultramar. Los motivos de internación hospitalaria en el período 2004–2005 estaban relacionados con el cáncer en una tercera parte de los casos, y le siguen las enfermedades cardiovasculares y la osteoartritis.

GUATEMALA



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 (1).

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Aproximadamente 56,2% de la población (6.397.903 personas) vive en condiciones de pobreza (ingresos menores de US\$ 1,60 al día), y 15,7% (1.786.682 personas) se encuentra en condiciones de pobreza extrema (ingresos menores de US\$ 0,70 al día) (2). La incidencia de la pobreza es mucho mayor en la zona rural (74,5% de la población) que en la urbana (27,1%). Los índices más altos de pobreza se observan entre la población indígena (77,3% de la población) en comparación con la no indígena (41,0%). El índice de desarrollo humano (IDH) en 2005 fue de 0,663, en comparación con 0,640 en 2002 (3). El IDH de la capital del país (0,795) presenta grandes variaciones respecto del IDH del interior (0,457 en el departamento de Sololá, con 96,4% de población indígena) (3). Las regiones de mayor pobreza concentran las tasas más altas de desnutrición: 80% de los niños con desnutrición crónica se encuentran debajo de la línea de pobreza general (2). La tasa global de fecundidad es mayor entre las mujeres pobres, que tienen en promedio dos hijos más (cuatro) que las no pobres (2). La incidencia de la desnutrición crónica en las poblaciones indígenas (69,5%) es casi el doble de la que se observa en la población no indígena (35,7%) (4). El problema de la distribución de la tierra cultivable sigue siendo prioritario en todo el país, pero afecta especialmente a los sectores indígenas. En efecto, la mitad de los productores agropecuarios del país son indígenas, pero solo controlan 24% de la tierra que trabajan (incluyendo tanto las tierras propias como las arrendadas) (3).

Determinantes sociales, políticos y económicos

Con respecto a las perspectivas de cumplimiento del primer Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 1), que plantea la reducción de la pobreza extrema y el hambre para 2015, será necesario revertir los retrocesos, puesto que la proporción del ingreso nacional que corresponde a la quinta parte más pobre de la población pasó de 2,7% en 1989 a 1,8% en 2004 (3). Esto se refleja parcialmente en el porcentaje de personas que viven con menos de 1 dólar diario, que pasaron de 20,0% en 1989 a 21,5% en 2004.

Hay 4.791.512 personas económicamente activas; 20,8% tienen entre 10 y 18 años; 31,2% entre 19 y 30 años; 33,9% entre 31 y 50 años, y 14,0% más de 50 años. La participación no indígena en la PEA es de 55,2%. Se calcula que 71,3% de las personas económicamente activas se desempeñan en el sector informal (5), 86,8% trabajan sin contrato y 59,6% cumplen jornadas de más de 40 horas semanales. Únicamente 18% de la PEA está afiliada al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (5). El sector agropecuario es el que más empleo genera (40,1%), seguido por el comercio (21,8%) y la industria manufacturera (15,5%). Hay 108.050 personas desempleadas, de las cuales 60,3% son hombres y 47,0% tienen entre 19 y 30 años de edad.

Las reformas económicas y las políticas de estabilidad macroeconómica dieron lugar a un bajo desempeño de la economía, caracterizado por períodos cortos de crecimiento seguidos por descenso de las tasas y estancamiento del producto interno bruto (PIB) per cápita, que disminuyó entre 1999 y 2003 y luego experimentó un leve repunte en 2004 y 2005, cuando la actividad económica alcanzó un crecimiento moderado. En 2004 el aumento del PIB fue de 2,7% y fue superior en 2005 (3,2%) y en ambos años esta tasa de crecimiento fue superior a la tasa de crecimiento poblacional de 2,5% (6). El PIB per cápita aumentó de US\$ 1.823,4 en 2001 a US\$ 2.204,7 en 2004 (3).

A partir de 2002 las remesas familiares superaron a los ingresos por exportación de productos tradicionales (café oro, banana, azúcar y cardamomo). Se estima que en 2005 las remesas alcanzaron los US\$ 2.998 millones (3). Se benefician de las remesas familiares 3,4 millones de personas, correspondientes a 774.000 hogares receptores (31,2% del total nacional) (3). El déficit fiscal fue de -1,9 en 2001, y de -1,0 en 2004 (7). La tributación del país se considera baja: alrededor de 10,1% del PIB en 2005; se ha propuesto su elevación en 1,5% para alcanzar lo planteado en los Acuerdos de Paz y en los ODM. En los sectores de educación, ciencia y cultura se invierte 2,4% del PIB, y en salud 1,2% (7). Para combatir la corrupción, el Gobierno ha impulsado mecanismos de fiscalización y control de las instituciones gubernamentales, tales como el Sistema Integrado de Administración Financiera y Control, el Sistema de Información de Contrataciones y Adquisiciones del Estado (Guatecompras), el Sistema Nacional de Inversión Pública, el Sistema de Metas de Gobierno, el Sistema de Contabilidad Integrado y el Sistema Integrado de Ad-

ministración Financiera Municipal. En 2005, en un clima de conflicto y descontento social y sindical, el Congreso de la República ratificó el Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos, Centroamérica y la República Dominicana, por medio del cual se pretende fortalecer a la pequeña y mediana empresa. Para evitar que el crecimiento favorezca solamente a algunos grandes exportadores en lugar de promover el desarrollo del mercado local en su conjunto, han de contemplarse las siguientes estrategias: desarrollo de la infraestructura física, fortalecimiento de la infraestructura institucional de pequeños productores por medio de asociaciones, y cambios tecnológicos entre pequeños productores (3).

La proporción de los ingresos que percibe el 20% de la población con menos ingresos muestra la vulnerabilidad de los más pobres. La relación de ingresos entre los quintiles más altos y más bajos de la población ha aumentado sostenidamente desde 1984 de 19,3 a 34,2 en 2004. Esta situación de extrema inequidad se refleja en el coeficiente de Gini, que tiene un valor de 0,57 para el país. Guatemala tiene uno de los índices de mayor desigualdad en el mundo y ocupa el lugar 13 de 111 países evaluados por el PNUD, cuyos valores oscilan entre 0,20 y 0,61 (3). Los Acuerdos de Paz firmados entre el Gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca plantean una concepción integral de la salud, acorde con los ODM. Las prioridades sanitarias son: la lucha contra la desnutrición, como forma de combatir la pobreza extrema, y la ampliación del saneamiento ambiental para garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; asimismo, se hará hincapié especial en la reducción de la mortalidad materna e infantil mediante la expansión y fortalecimiento de los servicios de atención primaria enfocados sobre estas poblaciones más vulnerables. Estos son puntos en común entre ambos documentos. Otros aspectos, como los acuerdos sobre medicamentos, equipos e insumos, así como los referidos a la salud preventiva, también permitirán avanzar en el logro del ODM 5 (combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades).

Después de la firma de los Acuerdos de Paz en 1996, ha habido un creciente activismo que presenta las siguientes características: 1) la organización y movilización de sectores indígenas crece en forma irregular pero ascendente y ello ha dado lugar a una mayor participación de estos sectores; 2) han surgido instituciones (no necesariamente indígenas) que realizan acciones de denuncia, apoyo, capacitación y divulgación a favor de sectores considerados desvalidos; 3) hay un desconocimiento, tanto por parte del Gobierno como de los demás actores sociales, sobre cómo formular una propuesta integrada y cómo construir un Estado plural en una nación multiétnica (3).

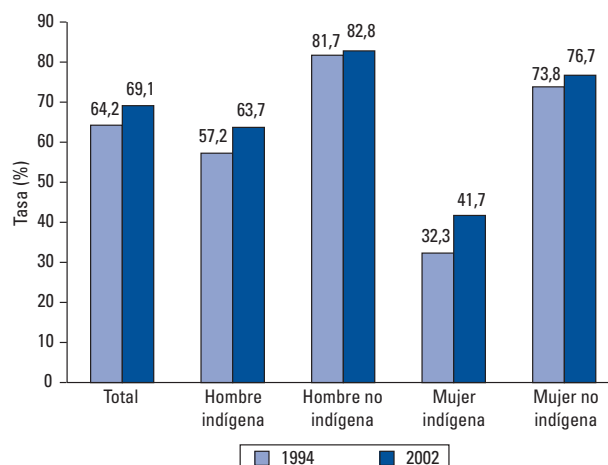
Según las proyecciones basadas en el Censo de Población 2002, la tasa de alfabetismo de la población de 15 años o más es de 69,1%; el aumento más marcado del alfabetismo se registra en el grupo de 15 a 24 años de edad (1). En 1994 este grupo de población presentaba una tasa de alfabetización de 76% y en 2002 había aumentado a 82,2%. Destaca el incremento de casi nueve

puntos en la tasa de alfabetización de las mujeres de la zona rural, que pasó de 59,8% en 1994 a 68,2% en 2002; y la de la población joven indígena donde el incremento fue aún mayor —11 puntos en el período— pasando de 60,4% a 71,5%. De las personas analfabetas, 60% iniciaron el primer grado pero abandonaron la escuela antes de aprender a leer y escribir (3); el 40% restante corresponde a personas que nunca iniciaron primer grado. Dos de cada tres personas analfabetas son mujeres. Hasta 2002 persistían las tendencias de escolaridad, puesto que los hombres de todos los grupos de edad tenían más años de escolaridad que las mujeres, y la población no indígena más que la población indígena (8). Por otra parte, los habitantes de la zona urbana tenían más años de escolaridad que los de la zona rural. En la figura 1 se comparan las tasas de alfabetismo del grupo de 15 años y más por sexo y categoría étnica, correspondientes a 1994 y 2002.

La inasistencia escolar promedio en la población de 7 a 14 años fue de 28,9%; 26% de la población en edad escolar secundaria está matriculada. La escolaridad promedio en jóvenes de 15 a 24 años fue de 4,5 años en 1994 y de 5,4 años en 2002 (8). Hay una variación importante entre la población indígena (2,7 años en 1994 a 3,8 años en 2002) y la no indígena (5,8 años a 6,5 años respectivamente). El análisis según sexo y grupo étnico revela que los hombres no indígenas presentaron las mejores tasas de escolaridad en 2002 (8,2 años en promedio), mientras que las tasas más bajas (4,4 años en promedio) correspondieron a las mujeres indígenas (8).

En relación con el segundo Objetivo de Desarrollo del Milenio (lograr la enseñanza primaria universal) se observan avances puesto que la tasa neta de escolaridad primaria aumentó de 71,7% en 1989 a 92,3% en 2004. El porcentaje de estudiantes que culminan el sexto grado pasó de 43,7% en 1989 a 65,1% en 2004.

FIGURA 1. Tasas de alfabetismo comparadas para personas de 15 y más años, por sexo y categoría étnica, Guatemala, 1994 y 2002.



Fuente: Guatemala, Ministerio de Educación.

En materia de nutrición, se estima que 23% de la población (equivalente a 2,8 millones de personas) está subalimentada (consumo por debajo del requerimiento energético) (4). Más de 60% de los hogares guatemaltecos perciben ingresos mensuales insuficientes para cubrir los costos de la canasta básica. La fortificación de alimentos es la principal estrategia para disminuir y controlar las deficiencias de micronutrientes: se fortifica la harina con hierro y ácido fólico para la prevención de la anemia, la sal con yodo para la prevención de hipotiroidismo, y el azúcar con vitamina A para la prevención de la ceguera. En cuanto al ODM 1 referido a la reducción del número de personas que padecen hambre, se ha avanzado parcialmente al disminuir el porcentaje de niños menores de 5 años con peso inferior al normal de 34% en 1987 a 23% en 2002 (3).

En cuanto a la contaminación aérea y sus efectos sobre la salud, en diversos puntos de la ciudad de Guatemala las partículas totales en suspensión alcanzan valores anuales de 681 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (valor guía de la OMS: 80 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de promedio anual). Con respecto a las partículas con un diámetro menor a 10 micrómetros (PM_{10}) (partículas respirables), se alcanzan valores de 192 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (valor guía de la OMS: 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de promedio anual). El dióxido de nitrógeno alcanza valores de 80 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, aunque el promedio anual en el año 2000 fue de 57,43 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (valor guía de la OMS: 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$). Con respecto al ozono, el valor promedio anual en 2000 estuvo en 30,17 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (valor guía de la OMS: 60 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de promedio anual). El monóxido de carbono tuvo como valor promedio anual en el centro de la ciudad 2,83 ppm (valor guía de la OMS: 9 ppm por 8 horas).

En lo que se refiere a la prevención y control de la contaminación del aire y el medio ambiente, en los últimos 15 años el uso de leña ha disminuido. Sin embargo, la medición de toneladas de dióxido de carbono per cápita va en aumento (0,47 en 1990 y 0,73 en 2005). Aproximadamente 75% de la población rural está expuesta a la contaminación intradomiciliaria causada por el humo de la combustión de biomasa (leña, paja, estiércol, carbón y otros) (3).

Con respecto a las amenazas naturales, el país presenta un promedio de 200 desastres naturales por año. Los sismos, las inundaciones y deslizamientos son los fenómenos más frecuentes y de mayor impacto. Otros eventos son las erupciones volcánicas, períodos de frío intenso con granizadas y nevadas, explosiones e incendios forestales. Existen 1.733 poblados de alto riesgo en los cuales habitan 219.821 personas. Los departamentos con mayor número de poblados amenazados y población en riesgo son Escuintla, Zacapa, Santa Rosa y Petén.

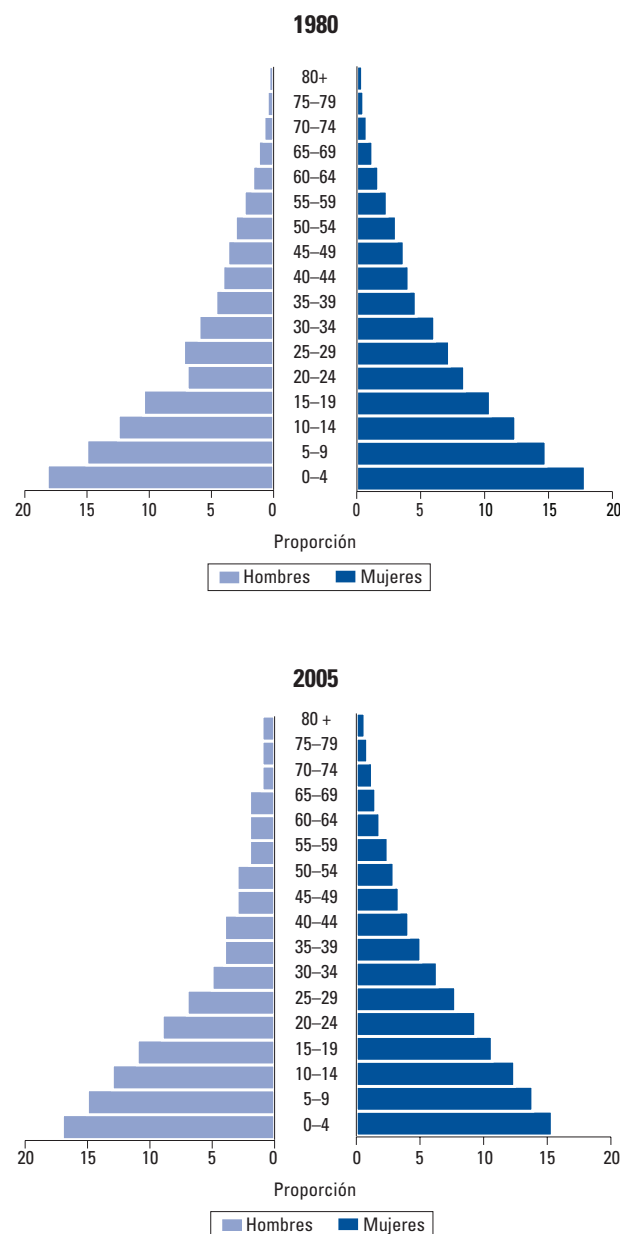
Aproximadamente 30% de la población reside en zonas de sismos; se trata de 641 poblados y 84.000 personas que habitan muy cerca de las grandes fallas. Entre 1977 y 2003 se registraron 37.698 sismos en el país. Hay 38 volcanes que, unidos a las cuatro fallas tectónicas, convierten al país en una zona sísmica y de alta probabilidad de erupciones. Aproximadamente 5.500 km^2 (que representan 5,1% del total del territorio del país)

se consideran como de alto y muy alto riesgo de daños por sequía.

Mortalidad y otras variables demográficas

En 1980 la población del país era de 7.013.435 habitantes, con una tasa de masculinidad de 50,5%; 45,3% eran menores de 15 años, 40,1% tenían entre 15 y 44 años, 10,8% entre 45 y 64 años, y 2,9% 65 años y más (Figura 2). En 2002, Guatemala contaba con

FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Guatemala, 1980 y 2005.



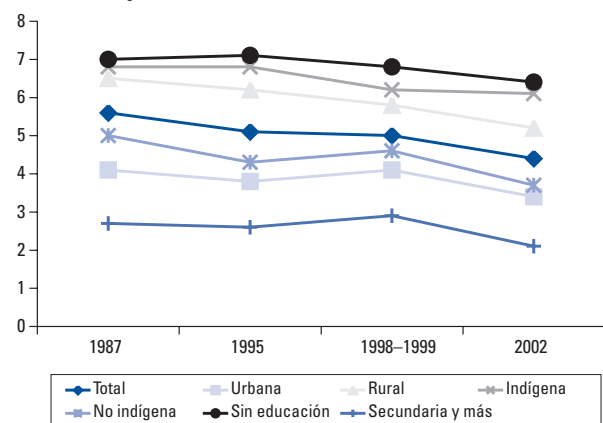
11.237.196 habitantes, de los cuales 2.541.581 (22,6%) residían en la ciudad capital (9). La población llegó a 12.700.611 habitantes en 2005 (9), con una densidad media de 103 habitantes por km² y extremos departamentales que oscilan entre un máximo de 1.196 habitantes por km² en la ciudad capital y un mínimo de 10 habitantes por km² en el departamento de Petén, y una tasa de masculinidad de 51,1% (9).

La pirámide poblacional muestra una alta proporción (43%) de jóvenes menores de 15 años, 42% de 15 a 44 años, 10% de 45 a 65 años y únicamente 4% de mayores de 65 años de edad (1). Las tasas de crecimiento poblacional del país se encuentran entre las más altas de la Región y muestran una distribución diferenciada dentro del país, con diversas tasas globales de fecundidad (promedio de hijos por mujer) para cada región y según grupo étnico. Las disminuciones más marcadas se han observado en las mujeres de zonas rurales, no indígenas y con educación secundaria, como puede apreciarse en la figura 3 (4).

La esperanza de vida al nacer para la población total en el quinquenio 2000–2005 fue de 68,9 (65,5 años para los hombres y 72,5 años para las mujeres). La tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes en 2004 fue de 30,97 (32,16 en hombres y 29,82 en mujeres) (1). En 1994, 35% de la población residía en centros urbanos, mientras que para 2002 esta cifra llegó a 46% de la población total.

Como resultado de la migración interna, 11% de la población vivía en un departamento distinto al de su nacimiento en 2002. Los departamentos de Guatemala, Sacatepéquez, Escuintla, Petén e Izabal registraron un saldo migratorio positivo. En los 10 años previos al censo de 2002, en 6% de los hogares censados, al menos uno de sus miembros vivía permanentemente en otro país. En 2002, 46% de la población total vivía en la zona urbana (1).

FIGURA 3. Tasa global de fecundidad según nivel de educación, etnia y región, Guatemala, 1987, 1995, 1998–1999 y 2002.



Fuente: Guatemala, Ministerio de Salud y Asistencia Social e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), 1987–2002.

El país posee gran riqueza cultural, étnica y lingüística. Los grupos indígenas constituyen 41% de la población total y se reconocen como pertenecientes a las siguientes etnias: los pueblos maya, con 21 grupos, los xinca y los garífuna. Los tres grupos mayas de mayor población son: k'iche' (28,8%), q'eqchi' (19,3%) y kaqchikel (18,9%); 68,3% de la población maya y 44,3% del grupo no indígena residen en la zona rural. Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005, 43,4% de la población maya es monolingüe y habla únicamente uno de 21 idiomas mayas (no español) (3).

El cuadro 1 presenta las 10 principales causas de defunción según grandes grupos de causas en los años 1990 y 2001–2003. La tasa de mortalidad general en el período 2001–2003 fue de 5,71 por 1.000 habitantes (10). Las primeras causas de mortalidad general para ambos sexos correspondieron a influenza y neumonía (14,7% del total) y diarrea (6,6% del total) (10). La tasa de mortalidad de los hombres fue de 6,74 por 100.000 habitantes. La primera causa de muerte fue la neumonía, con una tasa de 105 por 100.000, seguida de eventos de intención no determinada (50,2 por 100.000), homicidios (44,8 por 100.000), afecciones de origen perinatal (48,4 por 100.000) y enfermedades infecciosas intestinales (47,8 por 100.000). En los siguientes lugares se encuentran la cirrosis, la desnutrición y las anemias nutricionales, los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. La tasa de mortalidad de las mujeres fue de 4,73 por 1.000 habitantes (10). Las primeras cinco causas de defunción de mujeres correspondieron a influenza y neumonía (tasa de 86,1 por 100.000), enfermedades

CUADRO 1. Principales causas de defunción según grandes grupos de causas, Guatemala, 1990 y 2001–2003.

Principales causas de defunción	
1990	2001–2003
Síndrome diarreico agudo	Influenza y neumonía
Bronconeumonía	Enfermedades infecciosas intestinales
Sarampión	Afecciones de origen perinatal
Desnutrición	Eventos de intención no determinada
Fiebre	Agresiones (homicidios)
Muerte ignorada	Desnutrición y anemias nutricionales
Senilidad	Cirrosis y otras enfermedades del hígado
Trastornos de líquidos y electrolitos	Enfermedades cerebrovasculares
Lesión por otros medios y los no especificados	Diabetes
Bajo peso al nacer	Enfermedad isquémica del corazón

infecciosas intestinales (38,2 por 100.000), afecciones de origen perinatal (34,9 por 100.000), desnutrición y anemias nutricionales (25,9 por 100.000) y diabetes (22 por 100.000). Los siguientes lugares los ocupan las enfermedades cerebrovasculares, las complicaciones de la insuficiencia cardíaca, la enfermedad isquémica del corazón, los eventos de intención no determinada, y la cirrosis. Según el sistema de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), 64,4% de las muertes fueron certificadas por médicos, 8,9% por personal empírico o comadronas y el resto (26,7%) por otra autoridad (11).

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

La tasa de mortalidad infantil en 2002 fue de 39 por 1.000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal fue de 22 por 1.000 nacidos vivos y la posneonatal de 17 por 1.000 (4). La tasa de mortalidad infantil disminuyó de 48 por 1.000 en 1997. Los mayores porcentajes de reducción se observan en la tasa de mortalidad posneonatal. En lo que se refiere a la mortalidad neonatal, ha habido pocos avances. La tasa de mortalidad infantil es más alta en la zona rural (48 por 1.000 nacidos vivos) que en la urbana (35 por 1.000), y más alta en el grupo indígena (49 por 1.000) que en el grupo no indígena (40 por 1.000). Las tasas de mortalidad infantil más altas se encuentran en las regiones sudoriental (66 por 1.000) y central (55 por 1.000), nordoriental (53 por 1.000) y norte (51 por 1.000) (4), lo cual se correlaciona estrechamente con la ruralidad, la pobreza y el porcentaje de población indígena. En el período 2001–2003, 18% del total de muertes correspondieron a menores de 1 año (10). Las principales causas de defunción en este grupo fueron: afecciones de origen perinatal (38,9%), neumonía (26,9%) y diarrea (11,8%). La tasa de mortalidad infantil fue de 32 por 1.000 nacidos vivos en ambos sexos, 35,3 por 1.000 en el sexo masculino y 28,5 por 1.000 en el sexo femenino (10). En 2002, 60% de las defunciones infantiles se acumularon en 50% de los nacidos vivos, lo que revela una desigualdad 1,5 veces mayor que en los períodos previos a la realización de la encuesta.

Los nacidos vivos de la Región V (Chimaltenango, Sacatepéquez y Escuintla) presentan un riesgo 1,7 veces mayor de morir en el primer año de vida que los nacidos en la Región I (Metropolitana). A su vez, el riesgo de morir en el primer año de vida de los nacidos en la Región V es de 24,54 por 1.000 nacidos vivos más que el riesgo de los nacidos en la Región I. Si todas las regiones hubiesen tenido la tasa de mortalidad infantil de la Región con la menor tasa global (Región I con 36,54 por 1.000 nacidos vivos) la tasa de mortalidad infantil total de las ocho regiones podría haberse reducido en cerca de 30% y se hubiesen evitado aproximadamente 18.000 defunciones en menores de 1 año de las aproximadamente 61.000 registradas en las tres encuestas. Los nacidos en la Región V (la de mayor mortalidad infantil) pre-

sentan un riesgo cerca de dos veces mayor de morir en el primer año de vida que los nacidos en la Región I (la de menor mortalidad infantil) (12).

La mortalidad en el grupo de 1 a 4 años de edad representó 7,4% del total en el período 2001–2003 (10). La tasa de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años fue de 59 por 1.000 nacidos vivos (4). Las principales causas de muerte en este grupo fueron neumonía, diarrea y desnutrición (10), mientras que los principales motivos de morbilidad fueron las enfermedades infecciosas respiratorias y la diarrea (11).

La tasa neta de asistencia a la escuela preprimaria es de 45,2% para todo el grupo, tanto de los varones como de las mujeres (8). Ha habido un avance significativo en relación con el ODM 4 (reducir la mortalidad en la niñez), pues se ha logrado disminuir la tasa de mortalidad infantil de 121 por 1.000 nacidos vivos en 1989 a 59 en 2004.

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2004 este grupo de edad representaba 14,4% de la población del país, y sus principales causas de muerte fueron la neumonía, la diarrea y los accidentes (politraumatismos no especificados) para los varones, y la neumonía, la diarrea y la desnutrición para las niñas (10). La tasa neta de asistencia escolar en 2004 fue de 94,7% para los niños y de 90,1% para las niñas (8). La deserción escolar en este grupo se estima en 7%.

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

Este grupo de edades representaba 24% de la población en 2005, del cual 31,3% tenía acceso a la educación media y 17,5% a la educación en nivel diversificado, con la diferenciación por hombres (32,6% y 17%) y mujeres (30% y 18,1%) (8). Asiste a la universidad 7,0% de la población (7,0% de hombres y 4,8% de mujeres), pero en la población indígena tan solo 1,6% de hombres y 0,8% de mujeres (3).

Las principales causas de morbilidad son las lesiones y los accidentes, que representan 91,3% de la morbilidad total (66,3% ocurrieron en el sexo masculino) (13). El número de muertes en el grupo de 15 a 19 años (797) es tres veces mayor que las que se producen en el grupo de 10 a 14 años (273) (10). Las primeras causas de defunción en el sexo masculino entre los 10 y los 14 años son las de origen infeccioso, mientras que en el grupo de 15 a 19 años son las heridas por arma de fuego.

En 2002 y 2003 se registraron 5.868 casos de maltrato y agresiones en este grupo, de los cuales 40% correspondieron a maltrato físico, 27% a violación, 11% a abandono, 9% a abuso sexual y deshonesto, 8% a agresiones, lesiones y amenazas, 3% a negligencia, 3% a intento de violación, y 0,2% a incesto.

En 2002, la edad mediana a la primera relación sexual en los centros urbanos fue de 18,8 años en las mujeres y de 16,4 en los hombres (4); en la zona rural fue de 17,7 y 16,9 respectivamente,

mientras que en el grupo indígena fue de 17,3 y 17,9 respectivamente. El 1,8% de los jóvenes de ambos sexos mencionaron la existencia de violación en su primera relación sexual; en los que iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 13 años, este porcentaje llegó a 18% (4). De las mujeres de 15 a 19 años, 15% ya eran madres y únicamente 7,2% habían utilizado algún método de planificación familiar. Entre las menores de 29 años, 28,2% han tenido embarazos con un intervalo intergenésico menor de 24 meses (4). Hasta junio de 2004 se habían presentado 270 casos de sida en jóvenes de 10 a 19 años (3,8% del total de casos).

Aproximadamente 4.000 jóvenes de 13 a 15 años de edad viven en la calle (14). Las principales razones notificadas por ellos mismos son el abuso, el abandono y la pobreza. El 20% de los niños de la calle informan tener pensamientos suicidas a menudo. Entre ellos, la explotación sexual es un fenómeno frecuente.

Salud de los adultos (20–59 años)

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Maternoinfantil (ENSMI) correspondientes a 2002, 84% de las embarazadas notificaron haber efectuado algún tipo de control prenatal (4). La atención prenatal muestra diferencias según el grado de escolaridad de la madre: 76% de las mujeres sin educación formal, 87% de las mujeres con educación primaria y 97% de las mujeres con educación secundaria o superior. El porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron por lo menos una dosis de toxoide tetánico durante el embarazo fue de 64% a nivel nacional (60% en indígenas y 68% en no indígenas) (4).

Del total de partos, 41,4% son atendidos por personal capacitado (37% por médicos y 4,4% por enfermeras), y 47,5% por comadronas. El análisis por grupo étnico revela que hay atención por personal capacitado en 16,4% de los partos del grupo étnico indígena, en comparación con 52,0% en la población no indígena. En promedio, 11,4% de los partos se realizan por operación cesárea a nivel nacional, 18,8% de partos en la zona urbana y 7,7% en la zona rural (4). En el grupo no indígena, 15,8% de los partos fueron por cesárea, y en el grupo indígena, 5,2%. Durante el puerperio, 20% de las mujeres tuvieron atención a nivel nacional, 12% en la zona rural y 26% en la zona urbana. Se le dio seguimiento al recién nacido en 43% de los casos (4).

De las mujeres que vivían en unión libre, 43,3% utilizaban algún método de planificación familiar (34,4% usaban métodos modernos y 8,8%, métodos tradicionales), correspondiente a 23,8% de mujeres indígenas y 52,8% de no indígenas. Entre los métodos modernos, los más populares son la esterilización femenina, las inyecciones hormonales, las pastillas, el condón, el DIU y la esterilización masculina (4).

La línea basal de la mortalidad materna de 2000 permitió calcular una tasa de mortalidad materna de 153 por 100.000 nacidos vivos y dio a conocer un subregistro de muertes maternas de 44% a nivel nacional (15). La mortalidad materna descendió

30% en 11 años, de 219 (1989) a 153 por 100.000 nacidos vivos (2000) (15). La tasa de mortalidad materna más alta se encontró en los departamentos de Alta Verapaz (266,15 por 100.000 nacidos vivos), Sololá (264,53) y Huehuetenango (245,83), caracterizados por una alta población indígena, rural y pobre, así como por el limitado acceso a los servicios de salud. Las causas de muerte se distribuyeron de la siguiente manera: hemorragias del parto 53%; septicemia 14%; hipertensión inducida por embarazo 12%; aborto 9,5%, y resto de causas 11,5%. De todas las muertes maternas, 66,5% correspondieron a mujeres sin ninguna escolaridad. El riesgo de muerte en indígenas es tres veces mayor que en no indígenas y 1,38 veces mayor que el promedio nacional. De acuerdo con los resultados de la encuesta de 2000 (15), la desigualdad de la distribución por regiones de la mortalidad materna es 2,3 veces mayor que la de la mortalidad infantil según la población en riesgo. Con las mismas consideraciones hechas respecto del índice de disimilitud aplicado a la distribución de la mortalidad infantil, puede decirse que 466 defunciones maternas (o 23,6% de todas las defunciones) tendrían que ser redistribuidas entre las regiones para obtener la misma razón de mortalidad materna (463,25 por 100.000 nacidos vivos) en cada región del país (12). En este sentido, si todas las regiones hubieran registrado una tasa similar a la de la región con la menor mortalidad (Región I), la tasa de muertes maternas habría disminuido en 73,6% y generado una reducción de alrededor de 1.500 defunciones maternas del total de las 2.000 ocurridas; es decir, se habrían evitado unas ocho de cada 10 muertes maternas ocurridas. Tanto proporcionalmente como en cifras absolutas el mayor número de defunciones maternas evitables corresponde a la Región VI, Sur Occidente.

El riesgo de una muerte materna es cerca de siete veces mayor en la Región VI Sur Occidente que en la Región I, Metropolitana. Por otro lado, el riesgo de muerte materna en la Región VI Sur Occidente fue de 722,76 por 100.000 nacidos vivos más que el riesgo en la Región I (12). El grado de cumplimiento del ODM 5, “mejorar la salud materna”, se refleja en una disminución de la tasa de mortalidad materna de 248 por 100.000 nacidos vivos en 1989 a 153 por 100.000 nacidos vivos en 2000.

El cáncer de cuello del útero es la primera causa de defunción en las mujeres en edad reproductiva (16). En 2003, 67,6% de las mujeres notificaron haberse realizado un examen de Papanicolaou en algún momento de su vida (77,0% de las mujeres en la zona urbana y 58,1% en la zona rural); entre las mujeres indígenas, 42,3%, y entre las no indígenas 73,7%.

En los hombres de 25 a 44 años de edad, la tasa de mortalidad general fue de 5,94 por 1.000. Las principales causas de muerte fueron los homicidios, con una tasa de 95 por 100.000, los eventos de intención no determinada (93 por 100.000), los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (56,4 por 100.000), la cirrosis (55,2 por 100.000), la influenza y neumonía (41,3 por 100.000) y el VIH/sida (23,1 por 100.000) (10).

Reducción de las brechas en salud de los pueblos indígenas

La situación de salud de los pueblos indígenas, quienes representan 41% de la población de Guatemala, se encuentra en clara desventaja frente a la de la población no indígena. La mortalidad infantil entre los indígenas es mayor (49 por 1.000 nacidos vivos) que la de los no indígenas (40 por 1.000) y lo mismo ocurre con respecto a la mortalidad en la niñez, que es de 69 por 1.000 en el grupo indígena y de 52 por 1.000 en el no indígena, brecha que se mantiene casi inalterable desde 1995. Entre las mujeres indígenas la mayor parte de las muertes maternas se producen debido a que sus condiciones de vida son más precarias, sus tasas de fecundidad son más elevadas (con dos y tres hijos más que las madres no indígenas) y reciben menor atención por personal médico.

La población maya, mayoritaria entre los pueblos indígenas, cuenta con servicios de medicina tradicional y alternativa que algunas organizaciones no gubernamentales ofrecen a nivel local. En el Ministerio de Salud existe el programa de medicina popular, tradicional y alternativa, que incluye esquemas de tratamiento a base de plantas medicinales. El Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud está destinado a brindar cobertura a la población que no tiene acceso a otros servicios de salud y se centra en los 12 departamentos con mayor proporción de población indígena.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

La población de 60 años y más ha presentado un aumento sostenido en las últimas décadas. En 2002 este grupo de edades representaba 6,3% de la población total (1) y constituía 5% de la población en la zona rural y 4% en la zona urbana. Se ha estimado que 6% de los mayores de 60 años viven solos y no cuentan con apoyo familiar, tienen acceso limitado a los servicios de salud y baja cobertura de la seguridad social; solo 12,2% reciben una pensión o jubilación. Las primeras causas de muerte en los hombres mayores de 65 años fueron: influenza y neumonía, enfermedades cerebrovasculares, desnutrición, anemias nutricionales, enfermedades isquémicas del corazón y complicaciones de insuficiencia cardiaca. En las mujeres de 65 años y más las primeras cinco causas de defunción fueron: influenza y neumonía, enfermedades cerebrovasculares, desnutrición y anemias crónicas, diabetes, y complicaciones de insuficiencia cardiaca.

Salud de la familia

Existen en Guatemala 2.200.608 hogares, de los cuales 23% están encabezados por mujeres. El 45% de los jefes de familia declaran haber aprobado algún año del nivel primario de escolaridad (4). Del total de habitantes del país, 35% son casados, 19% viven en unión libre, 40% son solteros y 3,7% son divorciados, separados o viudos (4). En 2004 se registraron 53.860 matrimonios y 1.888 divorcios (17,18).

Salud de los trabajadores

La población económicamente activa (de 10 años y más) se estimó en 4.791.512 personas, de las cuales 63,7% son hombres.

Se calcula que 69,1% de los hombres y 75,3% de las mujeres trabajan en el sector informal de la economía. La Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos (ENEI) de 2002 indicó que 68,2% de los hombres y 44,8% de las mujeres informaron que cumplían jornadas de más de 40 horas semanales (5). Solo 19,2% de los hombres y 15,9% de las mujeres que trabajan contaban con afiliación al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (5). Se estima que 34,1% de los niños de 7 a 14 años trabajan; 53,9% trabajan como obreros, 38,2% realizan tareas familiares no remuneradas, 7,7% trabajan por cuenta propia.

Se calcula que 2,7% de los niños de 7 a 9 años forman parte de la población económicamente activa. El trabajo infantil en el país es un fenómeno complejo y multicausal que abarca aspectos como la pobreza, el desempleo y el subempleo de adultos, la falta de servicios sociales básicos de carácter universal y la aceptación cultural del trabajo infantil (19). Entre las actividades que llevan a cabo se encuentran la elaboración de juegos pirotécnicos y el picar piedra.

Salud de las personas con discapacidad

En 2005, se estimó en 401.971 el número de personas que presentaban alguna discapacidad, correspondiente a una tasa de 37,4 por 1.000 en total, 39,2 por 1.000 en hombres y 35,6 por 1.000 en mujeres (20). Se calcula que 65,9% de los discapacitados son no indígenas. El 52,8% de los hombres discapacitados están casados, en comparación con 34,6% de las mujeres. Asimismo, 56,5% de los hombres discapacitados notificaron saber leer, en comparación con 42,6% de las mujeres. Las discapacidades se distribuyen de la siguiente manera: 27% visual, 22,8% musculoesquelética, 18,1% auditiva y 12,6% mental. El 42,6% de los dis-

capacitados notificaron que nunca habían recibido atención médica por su discapacidad y la razón más frecuentemente mencionada fue la falta de dinero.

Salud de los grupos étnicos

Los grupos indígenas constituyen 41,2% de la población nacional, y los mayas representan 95,7% de la población indígena. Los departamentos con mayor porcentaje de población indígena son: Totonicapán (98%), Sololá (96%), Alta Verapaz (93%) y El Quiché (89%) (1,3).

Hay claras diferencias entre la situación de salud de la población indígena y la no indígena. La mortalidad infantil en la etnia indígena (49 por 1.000) es mayor que la del grupo no indígena (40 por 1.000); lo mismo ocurre con respecto a la mortalidad en la niñez, que es de 69 por 1.000 en el grupo indígena y de 52 por 1.000 en el grupo no indígena (esta brecha se mantiene casi inalterable desde 1995).

Entre las mujeres indígenas, la mayor parte de las muertes maternas se producen debido a que sus condiciones de vida son más precarias, sus tasas de fecundidad son más elevadas (tienen entre dos y tres hijos más que las madres no indígenas) y reciben menor atención por personal médico. La razón de mortalidad materna en el grupo indígena fue tres veces mayor que en el grupo no indígena (211 por 100.000 nacidos vivos frente a 70 por 100.000 nacidos vivos). El uso de anticonceptivos es menor entre las mujeres indígenas (23,8% frente a 52,9% de las no indígenas).

Las coberturas de agua potable oscilan según los diferentes grupos indígenas entre 62,0% y 77,8%, y las de saneamiento entre 64,9% y 79,2% (3).

Salud de la población migrante

Cada año se produce una importante migración temporal de trabajadores agrícolas principalmente de la región noroccidental y de algunas partes del oriente del país hacia las zonas de producción de cultivos de exportación (caña de azúcar y café). En 2004 la población migrante fue de 881.324 personas y se brindó asistencia sanitaria a 18.894 personas de este grupo (21). El envenenamiento por plaguicidas, las enfermedades transmitidas por vectores, las picaduras de insectos y serpientes, las enfermedades gastrointestinales por falta de agua y saneamiento, y el escaso acceso a los alimentos son las condiciones prevalentes para este grupo de población.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La **malaria** se presenta sobre todo en el norte del país. En 2005 se diagnosticaron por laboratorio un total de 39.571 casos,

con un índice parasitario anual (IPA) de 4,94 por 1.000 habitantes; 53,3% de los casos se registraron en el departamento de Alta Verapaz, 25,85% en Petén y 5% en Ixcán (22,23); 17,1% de los casos correspondieron a menores de 5 años, 32% al grupo de 5 a 14 años de edad, y 40% al de 15 a 49 años. La incidencia es mayor en el sexo masculino (54% de los casos). El agente responsable fue *Plasmodium vivax* en 96% de los casos. Los vectores presentes en las zonas de transmisión son *Anopheles albimanus*, *A. pseudopunctipennis* y *A. darlingi*. Las acciones de detección y tratamiento se llevan a cabo en el ámbito comunitario. Hubo siete defunciones por malaria en 2003 y una en 2004 (11, 21). En 2002, el IPA para todo el país fue de 7,37 por 1.000; en las regiones de alto riesgo llegó a 44,66 por 1.000. De un total de 197.113 láminas tomadas en 2002, 35.540 fueron positivas (18,03%) (23). El índice de morbilidad y mortalidad maláricas pasó de 0,4 en 1990 a 3,1 por 1.000 en 2002 (empeoró casi 8 veces). Puesto que este es uno de los indicadores utilizados para evaluar el avance en cuanto al cumplimiento del ODM 6 (combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades) será preciso redoblar los esfuerzos para alcanzar ese objetivo.

El **dengue** se presenta en 80% de las zonas del país, aunque 57% de los casos se concentran en las áreas sanitarias de Guatemala, Alta Verapaz, Escuintla, Zacapa y Petén Norte. En 2003 se diagnosticaron por laboratorio un total de 828 casos y en 2005, 688 (24). La mayoría de los casos correspondieron a personas de 15 a 30 años de edad. En 2003 hubo cuatro casos de dengue hemorrágico y una defunción. El 52% de los casos correspondieron a hombres. En Guatemala circulan los cuatro serotipos; el diagnóstico serológico está centralizado en el Laboratorio Nacional de Salud.

Hay siete zonas de riesgo para la enfermedad de **Chagas** en el país: Huehuetenango, Ciudad de Guatemala Sur, Santa Rosa, Escuintla, Sololá, Chimaltenango y Suchitepéquez. La prevalencia en niños menores de 14 años de edad es de 5%. Se tamiza para Chagas el 100% de la sangre para transfusiones. En 2001, *Rhodnius prolixus* se encontraba en 241 comunidades del país y en 2005 no estaba presente en ninguna. Hasta 2005 se fumigaron 1.996 comunidades infestadas con dos ciclos de rociado, equivalentes a una cobertura de 100% de las comunidades infestadas. *Triatoma dimidiata* ha disminuido sus índices de infestación domiciliaria a 2,7% en 2005. La seroprevalencia del *Trypanosoma cruzi* en donantes de sangre en 2004 era de 1,4% y en 2006, de 0,011% (25).

La **oncocercosis** está presente en nueve áreas de salud del país (Chiquimula, Zacapa, Jalapa, Jutiapa, El Progreso, Huehuetenango, Santa Rosa, Baja Verapaz y Quiché). La estrategia principal de intervención es la administración de tratamientos con Mectizan. En 2003, hubo 160.418 personas elegibles, equivalente a 320.836 tratamientos en 518 comunidades endémicas (26). A partir de 2002, Guatemala sobrepasó la meta de 85% de cobertura de tratamiento, llegando a 91% en la primera ronda y a 95% en la segunda ronda; en 2003, ambas llegaron a 96%.

Enfermedades inmunoprevenibles

Las elevadas y progresivas coberturas de vacunación en el país han permitido reducir la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles. En efecto, el último caso de **poliomielitis** parálitica apareció en 1990 y el último caso de **sarampión** confirmado por laboratorio se registró en 1997. La **difteria** ha desaparecido y el **tétanos** neonatal dejó de ser un problema de salud pública en el decenio de 1990. De igual manera, la **meningitis tuberculosa** se redujo en forma notoria. Los casos y las muertes debidos a la **tos ferina** han sido los más bajos hasta el presente y los brotes se han concentrado en algunos municipios específicos. Estos avances han contribuido al logro del ODM 4, referido a reducir la mortalidad infantil. En 2005, las coberturas administrativas de vacunación a nivel nacional para menores de 1 año fueron: pentavalente (DTP + HepB + Hib: difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b), 2%; VPO (vacuna antipoliomielítica oral, Sabin), 92%; BCG (vacuna de bacilo Calmette-Guérin), 96%; y SRP (vacuna triple viral: sarampión, rubéola y paperas), 93%, esta última en niños de 12 a 23 meses. El país cumple la mayoría de los indicadores para la vigilancia de parálisis flácidas agudas y de vigilancia integrada de sarampión y rubéola.

Un estudio retrospectivo realizado en 2005 identificó 45 casos compatibles con el síndrome de **rubéola** congénita y cinco confirmados, y se ha proyectado en 2.225 el número de casos en los próximos 15 años. La campaña para vacunar a 7,4 millones de personas con la vacuna SR (doble viral: sarampión y rubéola) ha sido programada para comienzos de 2007.

En 2005, durante la Semana de Vacunación de las Américas (SVA), se introdujo la vacuna pentavalente, de manera que el número de antígenos del esquema básico de vacunación pasó de ocho en 2001 a 10 en 2005. Adicionalmente, se está evaluando la incorporación de la vacuna contra la influenza en 2007 y el rotavirus. Las SVA de 2003, 2004 y 2006 estuvieron dedicadas a llegar a las comunidades de difícil acceso (rurales, indígenas y urbano-marginales) y a mejorar las coberturas en los municipios críticos. El programa enfrenta los retos de ampliar el espacio fiscal a fin de asegurar la sostenibilidad, movilizar recursos para mejorar la cadena de frío e introducir nuevas vacunas, y alcanzar y mantener altas coberturas en la mayoría de los municipios.

Enfermedades infecciosas intestinales

Las enfermedades intestinales, definidas como “parasitosis intestinal” y como “enfermedad diarreica aguda”, ocuparon el segundo y tercer lugar como causas de morbilidad general (responsables de 17,2% del total de causas) y de morbilidad en el grupo de 1 a 4 años (responsables de 22,8% del total de causas) en 2003 (11). En el grupo de menores de 1 año el síndrome diarreico agudo ocupó el segundo lugar y el parasitismo intestinal el sexto. En 2003 se notificaron un total de 408.973 casos. La tasa de morbilidad general por esta causa fue de 3.383 por 100.000 habi-

tantes. En 2004 se registraron 3.636 muertes por enfermedad diarreica aguda, 51% en hombres y 24% en menores de 1 año. La tasa de mortalidad general por diarrea fue de 42,9 por 100.000 habitantes.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 2005 se diagnosticaron 3.727 casos nuevos de **tuberculosis** en todas sus formas. Esta cifra corresponde a 23,7% de los casos esperados según la Organización Mundial de la Salud (OMS), y refleja la necesidad de mejorar la búsqueda y detección de casos (27). Fueron diagnosticados por laboratorio 2.420 casos con baciloscopia positiva (BK+), lo que representa una tasa de 17,75 por 100.000 habitantes, que corresponden a 48% de los esperados según estimaciones de la OMS. En los últimos 14 años, la tendencia de casos nuevos de tuberculosis en todas las formas (pulmonares con baciloscopia positiva para bacilos ácido alcohol resistente BAAR+, extrapulmonares y pediátricos) ha tenido un comportamiento horizontal, con tasas que oscilan entre 19,80 (2001) y 27,33 (2005) por 100.000 habitantes para todas las formas de tuberculosis, y entre 14,30 (2001) y 17,75 (2005) para las formas BK+ (27). Existe una baja detección en los servicios de salud (48%) y regulares tasas de curación (75%), y aún no se alcanzan las metas mundiales y nacionales sugeridas (75% de detección y 85% de curación). Hay una débil estructura de red de laboratorios. El incremento de casos se ha visto influido por la presencia de la coinfección con el VIH/sida, que se presenta en 25% a 30% de los pacientes VIH positivos. Existe una polifarmacoresistencia primaria de 3% (27). Se observan avances en relación con el ODM 6 (combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades), medidos por la tasa de morbilidad asociada a la tuberculosis por 100.000, que pasó de 32 en 1990 a 24 en 2001.

La **lepra** se diagnostica por demanda espontánea en servicios que no dependen del Ministerio de Salud. Se ha diagnosticado un caso anual en los últimos cuatro años.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la primera causa de morbilidad y mortalidad en el país. En 2003 se presentaron 1.306.255 casos, con una tasa de 1.059 por 10.000 habitantes (107). De ellos, 60% correspondieron a menores de 5 años. La mortalidad general por neumonía es de 9,19 por 10.000 habitantes, más frecuente en la zona rural y en hijos de madres con menor nivel educativo. La tasa de mortalidad general fue de 95,4 por 100.000 habitantes (10). Las infecciones respiratorias agudas ocuparon el tercer lugar como causa de defunción en el grupo de adultos de 15 a 44 años de edad, y el primer lugar en el grupo de 45 años y más.

Durante 2002 se presentó un brote de influenza en escolares en la ciudad capital. Se encontró el virus influenza A H1N1 Nueva Caledonia y también virus influenza B (B/Brisbane/32/2002/like viruses).

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Se notificaron 8.685 casos de sida (tasa según casos notificados de 79,4 por 100.000 habitantes) entre enero de 1984 y agosto de 2005 (28). Los siguientes departamentos concentran 77% de los casos: Suchitepéquez (tasa de 150,1 por 100.000 habitantes), Guatemala (149,5), Izabal (136,8), Escuintla (128,2), Retalhuleu (127,1) y Quetzaltenango (109,7). La razón de masculinidad ha variado de 8:1 en 1988 a 2:4 en 2005. Este marcado descenso se inició en 1997. La epidemia tiende a crecer en la población general. Al grupo de 15 a 49 años de edad le corresponden 83,2% de todos los casos, y al de 20 a 34 años, 52,1% de todos los casos. La vía de transmisión más frecuente es la sexual, con 94,4%, y la de madre a hijo 5% (28). No hay informe de casos de transmisión por uso de drogas inyectables. La principal forma de transmisión es por vía sexual, y los estudios demuestran que los grupos con mayor prevalencia son el de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y el de mujeres trabajadoras del sexo (MTS); ellos se han convertido en la población puente para la transmisión a grupos de heterosexuales y a mujeres no dedicadas al comercio del sexo, lo cual también ha incrementado el número de casos por transmisión vertical. La cobertura de tratamiento con antirretrovirales en adultos fue de 68%. Se observan avances en cuanto al cumplimiento de la ODM 6, medido por el indicador de la tasa de uso de anticonceptivos, que ha pasado de 4,5% en 1987 a 57% en 2002.

Las demás infecciones de transmisión sexual se atienden en los servicios de salud por demanda espontánea de la población. Estudios puntuales han encontrado una prevalencia de sífilis de 13% en HSH y 10% en MTS. Las trabajadoras del sexo tienen una prevalencia de 21,9% para cualquier otra infección de transmisión sexual. No se ha logrado ampliar la cobertura en los niveles locales del uso de la estrategia de manejo sindrómico de estas infecciones.

Zoonosis

En 2004, se encontraron 20 casos de animales seropositivos sin sintomatología clínica para el **virus del Nilo Occidental**, en los cuales no fue posible realizar un aislamiento viral. Se realiza vigilancia activa y pasiva de todos los casos con sintomatología por medio del sistema de vigilancia epidemiológica zoonosaria de la Unidad de Normas y Regulaciones, del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA) (29).

En los últimos años la incidencia de **brucelosis** aumentó de 10 casos en 2002 a 49 en 2005. El MAGA trabaja con brigadas y epidemiólogos zoonosarios en todo el país. El monitoreo de leche en plantas procesadoras de productos lácteos permitió detectar una positividad para la prueba de anillo en leche de 9% en 808 fincas muestreadas (29).

En 2005 se inició el muestreo para **tuberculosis bovina** y se hallaron 12 casos, declarándose 171 hatos en control y 0 hatos libres. Existe un programa de monitoreo y control dentro del MAGA (29). Se mantiene la vigilancia de **leptospirosis** con búsqueda de casos con sintomatología posiblemente vinculada a esta

enfermedad. No se han encontrado casos entre 2001 y 2005, aunque sí se han hallado animales seropositivos y se ha recomendado la vacunación preventiva de la población equina (29).

Aunque no se han registrado casos de **fiebre aftosa**, se mantiene una vigilancia de todos los casos con sintomatología similar, ya que en Guatemala hay estomatitis vesicular, y la aftosa se puede confundir con esta enfermedad (29). Se ha presentado en el país la influenza aviar de baja patogenicidad H5N2, por lo que todos los casos sospechosos son objeto de seguimiento en el marco del Programa de Sanidad Avícola (29).

La **encefalitis espongiiforme bovina** nunca se ha registrado en el país, pero se mantiene su vigilancia activa. Se han encontrado animales seropositivos para encefalitis equina venezolana, un caso en 2004 y uno en 2005. Se mantiene la vigilancia activa de esta enfermedad y se ha recomendado la vacunación preventiva de la población equina (29).

No se registró ningún caso de **rabia** humana entre 2002 y 2004. En 2005 se comunicó un caso de rabia humana por mordedura de perro en un niño procedente de la zona periurbana de la ciudad de Guatemala. La infección afecta sobre todo a las especies canina y bovina, con tendencia estable desde 2002 a 2004, hallándose aproximadamente 93 canes y 6 bovinos positivos por laboratorio. Las coberturas de vacunación canina se han mantenido entre 62% y 70% entre 2002 y 2005.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En 2002, 49,3% de los niños de 3 a 59 meses de edad presentaron **desnutrición** crónica en comparación con 46,4% en 1998 y 57,9% en 1987, y la desnutrición crónica severa afectó a 21,2% de este grupo de edad. La desnutrición crónica es más grave en los niños de madres indígenas (69,5%) que en los niños no indígenas (35,7%) (4) y es hasta tres veces mayor entre los hijos de madres sin educación: 64,8% de las madres de niños desnutridos no han recibido educación formal, y solo 18,4% de las madres con educación secundaria o más tienen hijos desnutridos (4). Se ha demostrado que los niños provenientes de familias que poseen menos de 14.000 m² de tierra (1,4 hectáreas) presentan un riesgo 3,2 veces mayor de desnutrición que los que pertenecen a familias que poseen más de 35.000 m² (3,5 hectáreas).

Por otra parte, 22,1% de las mujeres embarazadas con hijos menores de 59 meses son anémicas. Hay una diferenciación entre las madres que viven en la zona urbana (18%) y las que viven en la zona rural (24,1%). De las madres que completan la educación secundaria o superior, 14,4% presentan anemia, en comparación con 21,8% de las que carecen de educación.

Entre los escolares la desnutrición crónica alcanzó 48,8%. Estudios de consumo en niños de esta edad indican que solo 16% de ellos reciben las calorías requeridas y 35% las proteínas requeridas; apenas 2% reciben el hierro suficiente. De los menores

de 3 años, 38% tienen niveles de hierro por debajo de 11 g/dl. La **anemia** es significativamente mayor en los niños más pequeños. La deficiencia de vitamina A en menores de 5 años es de 15,8% (retinol sérico menor a 20 µg/dl) (30). Se registró 49% de **retraso de crecimiento** en escolares de primer grado (31).

El 1,9% de mujeres de 15 a 49 años de edad tienen un índice de masa corporal (IMC) menor de 18,5. Las mujeres que viven en las regiones de Petén (4,1%), suroriental (3,8%) y central (3,1%) presentan los porcentajes más altos de bajo peso (4). La estatura promedio de la mujer guatemalteca en 2002 fue de 149,2 centímetros y 25,4% de las mujeres no llegan al valor crítico de 145 centímetros. Asimismo, 47,5% de las mujeres indígenas miden menos de 145 centímetros, en comparación con 15,2% de las no indígenas. Las mujeres con educación secundaria y superior tienen en promedio 7 cm más de talla que las mujeres sin educación. Presentan anemia por deficiencia de hierro 22,1% de las mujeres embarazadas y 20,2% de las no embarazadas.

La lactancia materna está disminuyendo constantemente conforme aumenta la edad del niño; solo se encuentra en forma exclusiva hasta los cinco meses y es mayor en la zona rural (58,5%) y en la etnia indígena (63,3%), en comparación con la zona urbana (34,7%) y el grupo no indígena (40,4%). Además, esta práctica es mayor en la región noroccidental y sudoccidental (70,8% y 62,9%, respectivamente), y menor en las regiones metropolitana (36,2%) y nororiental (36,4%) (4).

En el período 2001–2003, la **diabetes** ocupó el octavo lugar de mortalidad general, con una tasa de 19,9 por 100.000 habitantes; en la población femenina, la diabetes ocupa el quinto lugar de mortalidad, con una tasa de 22 por 100.000. Un estudio realizado en 2002 en la zona periurbana de la ciudad de Guatemala (Villa Nueva) halló una prevalencia de diabetes de 8,4% en ambos sexos y en grupos de población mayor de 40 años. El **sobrepeso** afecta a 80% de la población estudiada y la obesidad a 44%, mientras que 54% no realiza suficiente actividad física.

Enfermedades cardiovasculares

En el período 2001–2003 las **enfermedades cerebrovasculares** y las **enfermedades isquémicas del corazón** ocuparon el séptimo y noveno lugar de mortalidad general, con tasas de 20,7, 19,9 y 18,8 por 100.000 habitantes, respectivamente. En la población masculina, la enfermedad isquémica del corazón presentó una tasa de 21,4 por 100.000 habitantes y las enfermedades cerebrovasculares una tasa de 20,9 por 100.000. En la población femenina, las enfermedades cerebrovasculares ocupan el sexto lugar, con 20,6, y las enfermedades isquémicas del corazón presentaron una tasa de 16,4 por 100.000 (10). El análisis según regiones revela que la distribución de las enfermedades crónicas varía marcadamente, ya que son más comunes en la Región I y III (metropolitana y nororiental) y menos comunes en la VI y VII (sudoccidental y noroccidental).

Un estudio realizado en 2002 en la zona periurbana de la ciudad de Guatemala (Villa Nueva) encontró una prevalencia de

hipertensión arterial de 13%, que afectaba en forma similar a ambos sexos y a los grupos de población mayores de 40 años.

Neoplasias malignas

El Registro Nacional de Cáncer, que consigna los casos atendidos en el Instituto Nacional de Cáncer (no de base poblacional), notificó en 2003 un total de 2.303 casos (1.444 en mujeres y 559 en hombres) (32). Las localizaciones más frecuentes en las mujeres fueron el cuello del útero (47,5%), la mama (14,7%) y la piel (7,3%), y en los hombres la próstata (13,1%), la piel (12,3%) y el estómago (10,0%) (32).

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

En el período 1996–2000 se produjeron 564 inundaciones, sobre todo en la Vertiente del Pacífico. La tormenta tropical Stan de octubre de 2005 causó la muerte de 1.514 personas y resultaron damnificadas 2.723.000 (33); además, causó pérdidas económicas por aproximadamente US\$ 988 millones, de los cuales 42,6% corresponden a daños en acervos, y el resto a pérdidas en los flujos económicos posteriores al desastre. El impacto se concentró en la infraestructura (45%), los sectores productivos (27%) y los sectores sociales (15%). Los departamentos más afectados fueron San Marcos y Retalhuleu (13).

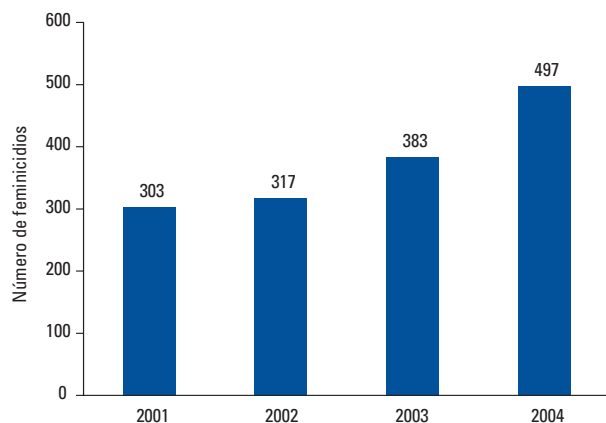
Violencia y otras causas externas

La seguridad pública se considera un tema de alta prioridad para la población guatemalteca. En 2003 se registraron 29.436 hechos delictivos (que atentan contra la integridad física de las personas y van en contra de la ley) en el país, de los cuales el 85,9% del total afectaron a hombres; 14,4% (4.237) correspondieron a homicidios, de los cuales 43% se concentraron en la Ciudad de Guatemala (34). Se notificaron lesiones, atentados contra el patrimonio, delitos sexuales y delitos contra la libertad. Desde 2001, se ha registrado una oleada de asesinatos de mujeres jóvenes, lo cual ha llevado a la investigación de feminicidios (Figura 4). Entre 2002 y 2004 ha habido un aumento de 56,8% en homicidios a mujeres.

Según el informe de crímenes contra mujeres en Guatemala (35), el porcentaje de víctimas femeninas fue de 17,5% en menores de 13 años; de 11,9% en el grupo de 14 a 17 años; de 25,5% en el de 18 a 25 años; 44,5% en el de 26 a 59 años, y de 5,8% en el de 60 años y más.

Con respecto a la seguridad vial, en 2004 se registraron 4.680 accidentes de tránsito y en 2005, 5.127. En 2002, el número de defunciones fue de 692 y el de lesionados, 4.336, mientras que en 2004 las cifras correspondientes fueron 581 y 2.586. Se estima que circulan en el país 1 millón de vehículos automotores, con un crecimiento anual de 30%.

FIGURA 4. Número de denuncias recibidas y causas iniciadas por homicidio en la Fiscalía de la Mujer, Guatemala, 2001–2004.



Fuente: Guatemala, Instituto Nacional de Estadística. Hechos delictivos año 2003.

Adicciones

Entre los jóvenes de 12 a 19 años de edad, 52% consumían alcohol, 42% cigarrillos, 18% usaban tranquilizantes, 8% estimulantes, 4% marihuana, 2% inhalantes, 2% cocaína, 1% crack y 1% éxtasis (36). De los que consumían alcohol, 44% han experimentado al menos un problema relacionado con ese consumo, y 18% han llegado a embriagarse. El 15% del total de jóvenes han enfrentado problemas relacionados con el consumo de otras drogas (36). La edad promedio del primer consumo de alcohol, cigarrillos e inhalantes fue de 12,5 a 13,5 años. Para otras drogas, el primer consumo fue uno o dos años más tarde. El uso de alcohol se relaciona fuertemente con el consumo de drogas ilícitas, con una probabilidad ocho veces mayor en los que lo han consumido.

Contaminación ambiental

En 2002 se importaron 11.277,57 toneladas de plaguicidas al país, en un claro ascenso respecto de 2000, cuando se importaron 10.429,22 toneladas. En 2002 se registraron 1.116 intoxicaciones (9,3 por 100.000) en la población general y 238 muertes (1,98 por 100.000). La letalidad de las intoxicaciones es de 21,3% (37). En 2004 se notificaron 1.043 intoxicaciones por plaguicidas, de las cuales las causadas por organofosforados y herbicidas fueron las más comunes. Correspondieron a hombres 71% de las intoxicaciones, y 2% afectaron a niños menores de 5 años. Las intoxicaciones laborales representaron 43,4% de los casos (21).

Salud oral

En 2002, el índice de dientes cariados, perdidos, obturados (CPO) a los 12 años de edad fue de 4,9% para los hombres y 5,5% para las mujeres. Según el índice de Dean, 2,7% de los hombres

presentaron una fluorosis leve; 2,5%, moderada y 0,3%, severa, mientras que 3,8% de las mujeres registraron una fluorosis leve; 2,0%, moderada y 0,4%, severa.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El Plan de Gobierno para el período 2004–2008 establece los Lineamientos Básicos y las Políticas de Salud. Las políticas actuales de salud incluyen: el fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; la satisfacción de las necesidades de salud de la población; el fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización; la adquisición y provisión de insumos en forma oportuna; la modernización del sistema de gestión administrativa-financiera y de planificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; el fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud; la promoción de acciones de apoyo al saneamiento del medio que mejoren la calidad de vida de la población; la protección de la población de los riesgos inherentes al consumo y exposición de alimentos, medicamentos y sustancias nocivas para la salud (38).

El Plan Estratégico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) para el período 2004–2008 está dirigido a producir cambios fundamentales en la institución, orientados a elevar la competitividad, la eficacia y la calidad del trabajo institucional dentro de un marco ético, de estabilidad y crecimiento. Los objetivos estratégicos proponen orientar la prestación de servicios oportunos, eficientes y de calidad para la satisfacción del derechohabiente; optimizar el recurso humano; garantizar la transparencia en la administración de los recursos financieros; racionalizar el gasto, y entregar en forma oportuna los subsidios y pensiones. Además de estos, existe un sexto objetivo de uso interno para mejorar la imagen institucional (39).

La tercera política de salud se refiere al fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de las competencias, responsabilidades, recursos y poder de decisión hacia las áreas de salud y los hospitales establecidos en el Reglamento Orgánico Interno. Este reglamento lo aplica el Ministerio de Salud mediante un nuevo modelo de gestión administrativa-financiera y de planificación, en la que se definen las competencias gerenciales de la Dirección de Área. El Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) extendió la cobertura de un paquete básico de servicios de salud a 3,2 millones de habitantes de la zona rural que anteriormente no contaban con este servicio (40).

En 2002 y 2003 se realizó la evaluación de las funciones esenciales en salud pública, cuyos resultados reflejaron una mejoría en las funciones de monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud (FE 1), vigilancia, investigación y control de riesgos y daños en salud pública (FE 2), y reducción del impacto de las emergencias y de los desastres sobre la salud (FE 11).

El marco legal que rige el accionar del sector salud es el Código de Salud, Decreto 90-97, que organiza y regula todas las acciones en esta área; sin embargo, otras normas legislativas también de-

terminan el quehacer de la salud. En el cuadro 2 se presentan las principales leyes que reglamentan las actividades en el sector salud (41).

CUADRO 2. Principales leyes y disposiciones sobre salud, Guatemala.

Ley	Fecha de aprobación	Objetivo
Ley de Desarrollo Social	Octubre 2001	Crear un marco jurídico que permita implementar los procedimientos legales y de políticas públicas para llevar a cabo la promoción, planificación, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones gubernativas y del Estado encaminadas al desarrollo de la persona humana en los aspectos social, familiar, humano y su entorno, con énfasis en los grupos de especial atención.
Ley General de Descentralización	Abril 2002	Desarrollar el deber constitucional del Estado de promover en forma sistemática la descentralización económica-administrativa, para lograr un adecuado desarrollo del país.
Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural	Marzo 2002	Consolidar el sistema de consejos de desarrollo como el principal medio de participación. Considera que el sistema de consejos de desarrollo es el medio principal de participación de la población maya, xinca y garífuna y la no indígena, en la gestión pública para llevar a cabo el proceso de planificación democrática del desarrollo, tomando en cuenta los principios de unidad nacional, multiétnica y pluricultural y multilingüe de la población guatemalteca.
Ley de Seguridad Alimentaria Nutricional	2005	Impulsar acciones políticas tendientes a combatir la pobreza extrema y fortalecer la seguridad alimentaria y nutricional en el país.
Firma del Convenio Marco para el Control del Tabaco	Noviembre 2003, ratificado noviembre 2005	Proteger a las generaciones actuales y futuras de los efectos dañinos del tabaco. Primer tratado internacional de la salud pública que cuenta con el apoyo unánime de 192 países.
Ley de Propiedad Industrial	2000, con modificaciones posteriores	Proteger la creatividad intelectual que tiene aplicación en la industria y el comercio. La ley contempla la definición de "producto nuevo" y mantiene la protección de datos de prueba por cinco años.
Reglamento de la Ley de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre	2003	Impulsar la creación del Programa de Bancos de Sangre. Posteriormente, mediante el Acuerdo Ministerial AM955-2006 pasó a ser el Programa de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre
Acuerdo Ministerial sobre la Renovación del Compromiso de Atención Primaria de Salud	2004	Renovar el compromiso de lograr la salud de todos y para todos mediante el fortalecimiento de la atención primaria de salud en el marco del cumplimiento de los Acuerdos de Paz.
Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y en contra de las mujeres	1996	Regular la aplicación de medidas de protección necesarias para garantizar la vida, la integridad, la seguridad y la dignidad de las víctimas de violencia intrafamiliar. Brindar protección especial a mujeres, niños, niñas, jóvenes, ancianos y ancianas y personas, discapacitadas, tomando en consideración las situaciones específicas de cada caso. Las medidas de protección se aplicarán independientemente de las sanciones específicas establecidas por los Códigos Penal y Procesal Penal, en el caso de hechos constitutivos de delito o falta.
Ley de VIH/sida	Diciembre 2000	Crear un marco jurídico que permita aplicar los mecanismos necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las infecciones de transmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), así como garantizar el respeto y la promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades.

Estrategias y programas de salud

Entre las estrategias de salud del período 2004–2008 se destacan: la modernización gerencial del Ministerio de Salud; el sistema de control de calidad del gasto; la optimización de los recursos financieros y humanos; el desarrollo del recurso humano; la descentralización y desconcentración; la participación ciudadana; la aplicación del marco legal vigente; la coordinación intra y extrasectorial; la extensión de cobertura de servicios a grupos más vulnerables; la cooperación técnica y financiera y la provisión de medicamentos (38).

Se han establecido 17 prioridades de salud según el perfil de vulnerabilidad y riesgo, que incluyen: mortalidad materna y neonatal; desnutrición; enfermedades transmisibles, que incluyen las respiratorias, las transmitidas por agua y alimentos, las transmitidas por vectores, las inmunoprevenibles, las zoonosis, la tuberculosis, y las de transmisión sexual [VIH/sida]; enfermedades no transmisibles: accidentes y violencia, enfermedades crónicas y degenerativas, adicciones, intoxicación por plaguicidas, enfermedad bucodental, salud mental; desastres y atención a la demanda. Todas ellas hacen hincapié en los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad y riesgo.

Organización del sistema de salud

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social constituye el ente rector del sector salud y uno de sus principales proveedores de servicios. Adicionalmente, participan en el sector público las municipalidades, las universidades, los Ministerios de Gobernación y Defensa, los fondos sociales y el Fondo Nacional para la Paz. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) atiende a la población trabajadora y sus beneficiarios, pensionados y jubilados mediante la ejecución de los programas de Accidentes, Invalidez, Vejez y Supervivencia en 22 departamentos del país, y de Maternidad y Enfermedad Común en 19 departamentos (39). En el componente privado del sector salud participan centros diagnósticos, hospitales y consultorios médicos privados.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social provee servicios a aproximadamente 70% de la población. El IGSS cubre a 18,4%, y el sector privado brinda servicios a un segmento pequeño de la población (aproximadamente 12%).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se estructura en 29 Direcciones de Áreas de Salud. La ejecución presupuestaria se lleva a cabo a través de las Direcciones de Áreas de Salud y de Hospitales. La atención de salud se realiza por medio de establecimientos proveedores organizados en redes con distintos grados de complejidad y capacidad de resolución. El IGSS tiene desconcentrada la red de servicios de acuerdo a los programas de salud que otorga.

Los servicios de salud privados se clasifican en lucrativos y no lucrativos. Los primeros cuentan con una red de servicios hospitalarios concentrada en 50% en el departamento de Guate-

mala y los no lucrativos lo conforman las organizaciones no gubernamentales.

En 2004 se estimó que 18,3% de la población asegurada por el IGSS eran mujeres. Los seguros privados tienen poca cobertura; únicamente las aseguradoras contra todo riesgo ofrecen servicios de salud respaldados por una red de proveedores. Existen algunas asociaciones de médicos y centros hospitalarios que han organizado esquemas de prepago (42).

Con respecto a la atención de salud de los grupos étnicos, la población maya cuenta con servicios de medicina tradicional y alternativa que algunas organizaciones no gubernamentales ofrecen a nivel local. Dentro de la estructura del Ministerio existe el programa de medicina popular, tradicional y alternativa, que incluye esquemas de tratamiento a base de plantas medicinales (43). El Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social está destinado a brindar cobertura a la población que no tiene acceso a otros servicios de salud y se centra en los 12 departamentos con mayor proporción de población indígena (4).

Servicios de salud pública

La cobertura se ha extendido para brindar atención en forma gratuita a la población más postergada bajo la modalidad de un paquete de 26 servicios básicos de salud. El modelo de atención empleado se diseñó de acuerdo con las características poblacionales del país: multilingüe, multiétnica y pluricultural. En 2005 se atendieron a 184 municipios con 394 jurisdicciones de aproximadamente 10.000 habitantes cada una. El 60% de la población atendida es indígena. La unidad geográfica básica es una jurisdicción que está a cargo de un equipo básico integrado por médicos, una enfermera y personal comunitario. El seguro social en dos departamentos (Escuintla y Suchitepéquez) ha puesto en práctica la estrategia de extensión de cobertura a la población abierta con actividades de promoción, fomento y prevención de salud.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con los siguientes programas: atención materno-infantil, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, problemas de índole social (violencia y adicciones) y seguridad alimentaria y nutricional, los cuales se implementan en todos los servicios de atención de salud, de acuerdo al nivel de complejidad. El seguro social incluye dentro de sus programas actividades de prevención de enfermedades en las áreas de salud reproductiva, accidentes y enfermedad común, así como actividades de asesoría y educación a los diferentes grupos de consultantes.

El Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con una red nacional de epidemiólogos en áreas de salud y hospitales (44). Adicionalmente, posee laboratorios en el segundo nivel de atención, cuya responsabilidad recae en los procesos de laboratorio clínico básico. El tercer nivel se fortalece con tecnología química, hematológica y

bacteriológica. Como apoyo a la vigilancia epidemiológica se cuenta con el Laboratorio Nacional de Referencia, cuyas funciones consisten en el diagnóstico de pruebas especializadas, la elaboración de normas, el monitoreo y la supervisión, entre otras.

En relación con el acceso de la población a agua limpia y saneamiento, los hogares guatemaltecos reciben agua únicamente durante 16,7 horas al día; en la región metropolitana el suministro es solo durante 13,1 horas al día. En 2002, 92,4% de los hogares contaban con agua para beber a menos de 15 minutos (a pie) de su vivienda y en 1995, el porcentaje fue de 91,9% (4). Según los datos del Censo Nacional 2002 (45), 75% de la población tiene acceso a fuentes de agua mejorada (60% en la zona rural y 90% en la zona urbana) y 47% de la población tiene acceso a servicios de saneamiento mejorados (77% en la zona urbana y 47% en la rural). La calidad del agua cruda en los aspectos fisicoquímico y bacteriológico no es aceptable en la mayoría de las fuentes superficiales y es de mejor calidad el agua proveniente de fuentes subterráneas y nacimientos de agua que las comunidades han tenido el cuidado de proteger adecuadamente. No existe un ente rector ni regulador de los servicios de agua potable y saneamiento. A cada municipalidad le compete regularlos y fijar las tarifas con arreglo al Código Municipal. Existen prestadores privados y públicos que proveen este servicio.

El manejo de los desechos sólidos está descentralizado; cada una de las municipalidades es responsable de la recolección. El servicio de recolección municipal o privado lo utilizan 58,3% de los hogares urbanos y 4,5% de los hogares rurales (1). El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social aprobó y publicó el Reglamento para el Manejo de Desechos Sólidos Hospitalario en 2003.

En cuanto a los plaguicidas, en el año 2000 Centroamérica acordó la restricción y prohibición de plaguicidas que afectó a una lista de 12 de ellos, encabezada por Paraquat.

En cuanto a la protección y el control de los alimentos, se lleva a cabo la regulación y vigilancia del cumplimiento de normas mediante un sistema de registro de empresas y un grupo de técnicos a nivel nacional que inspeccionan las empresas de mayor producción.

El Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN) está presidido por el vicepresidente de la República e integrado por instancias gubernamentales, el sector empresarial y la Sociedad Civil, así como por el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN). Este es un ente técnico normativo responsable de las acciones sanitarias orientadas a fortalecer la seguridad alimentaria y nutricional de la población. A partir de 2005, el Gobierno está impulsando el Programa Nacional de Reducción de la Desnutrición Crónica, dirigido a mujeres embarazadas y lactantes y niños y niñas menores de 3 años.

La Coordinadora Nacional de Reducción de Desastres (CONRED) es la institución encargada de coordinar, planificar, desarrollar y ejecutar todas las acciones destinadas a reducir los efectos de los desastres naturales, siconaturales o antropogéni-

cos, así como a evitar la aparición de nuevos riesgos mediante acciones de prevención, mitigación y respuesta.

Servicios de atención a las personas

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social brinda atención sanitaria por medio de una red de servicios. También prestan servicios el IGSS y los ministerios de Defensa y de Gobernación. El Ministerio de Salud cuenta con 1.301 establecimientos de atención en todo el país, y el IGSS, con 97 (39, 46). Adicionalmente, el Ministerio de Salud posee 1.244 centros de convergencia, 926 puestos de salud y 300 unidades mínimas en el primer nivel de atención. En el segundo nivel de atención hay tres centros de atención integral maternoinfantil (CAIMI), 32 centros de salud tipo A, 249 centros tipo B, 16 maternidades cantorales, 3 clínicas periféricas y 32 centros integrados. El tercer nivel está integrado por 43 hospitales, de los cuales dos son de referencia nacional, siete especializados, ocho regionales, 16 departamentales, cinco distritales y cinco de contingencia. En total se cuenta con 6.030 camas hospitalarias de los hospitales del Ministerio de Salud.

El IGSS cuenta con 145 unidades médicas: 23 hospitales, 30 consultorios, 59 unidades integrales y otros 33 establecimientos, distribuidos en puestos de salud, policlínicas, clínicas periféricas y centros de atención integral. En seis departamentos se encuentran concentrados 50% de los servicios (39).

El país posee laboratorios clínicos, de referencia, anatomopatológicos, de imaginología y bancos de sangre, que se encuentran concentrados en los servicios del segundo y tercer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en los hospitales del IGSS y en la red de servicios privados debidamente acreditados por el Ministerio. El Laboratorio Nacional de Salud está integrado por los Laboratorios Unificados de Control de Medicamentos y Alimentos y el Laboratorio Central de Referencia. El Programa Nacional de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre cuenta con el respaldo legal para dictar las políticas nacionales dirigidas al logro de sangre segura en el país.

El Programa de Salud Mental ha impulsado la desconcentración de la atención del Hospital Nacional de Salud Mental y ha promovido acciones para que el componente de salud mental forme parte del sistema integrado de atención en salud (SIAS), haciendo hincapié en un abordaje integral de las víctimas del conflicto armado y una atención centrada en la reducción de la vulnerabilidad psicosocial de la población ante situaciones de desastres naturales.

Promoción de la salud

A partir del año 2000 las estrategias de promoción de la salud se aplican a nivel municipal, en el marco de los denominados “municipios por el desarrollo”, tomando en cuenta los cambios sociales en marcha. Se han constituido 41 comisiones de salud

municipales y en ellas se está implementando la estrategia de escuelas saludables, así como de espacios amigables para adolescentes. En 2004 se elaboró el plan conjunto de escuelas saludables entre los Ministerios de Salud y de Educación, que proporciona directrices para la integración de programas y proyectos multi-sectoriales (47). En cuatro universidades de la ciudad de Guatemala se está aplicando la estrategia de ambientes libres de humo de tabaco.

Suministros de salud

Existen 77 laboratorios privados de capital nacional y tres empresas multinacionales en Guatemala. Quince de ellos proveen 60% de las adquisiciones del Estado, y el resto de las compras procede de importadores tanto de genéricos como de productos de marca, en su mayoría de los Estados Unidos, México, la Unión Europea, Colombia y Argentina (48). Al Ministerio de Salud le compete la vigilancia y el control de calidad de los medicamentos, la autorización para comercializar, los permisos de instalación de los establecimientos farmacéuticos, la vigilancia de buenas prácticas de manufactura, y los análisis fisicoquímicos, microbiológicos, o ambos, en el Laboratorio Nacional de Salud. De acuerdo con el informe de inspecciones de 2005, 81% de los laboratorios cumplen las normas que rigen las buenas prácticas de manufactura.

Con respecto a los inmunobiológicos, todos los productos son importados de droguerías autorizadas para abastecer el mercado privado.

La adquisición de reactivos de diagnóstico clínico se realiza según lo estipulado en la Ley de Contrataciones del Estado y la comercialización se efectúa a través de empresas debidamente autorizadas.

En cuanto al equipamiento, en su mayoría son productos de importación y están sujetos a su inscripción en el Departamento de Registro y Control de Medicamentos y productos afines.

Recursos humanos

A finales de 2005 el número de médicos colegiados en el país era de 12.273 (49), 71% hombres y 29% mujeres. En los últimos 10 años se ha observado un incremento progresivo en la proporción de mujeres. Los odontólogos eran 2.346: 60,5% hombres y 39,5% mujeres (50). No existen datos sobre enfermería, pero con base en la información de las principales instituciones nacionales de prestación de servicios (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social e IGSS) se estima que existen cuatro médicos por enfermera profesional y seis auxiliares de enfermería por enfermera profesional. La razón de médicos por 10.000 habitantes en 2005 era de 9,7, con extremos entre 30,8 por 10.000 en la zona urbana y menos de 2 en la zona rural. La situación es similar con respecto a los odontólogos, cuya razón por 10.000 habitantes era de 1,9, con extremos entre 6,6 por 10.000 en el departamento de Guatemala y menos de 1 en 18 de los 21 departamentos restantes.

La formación de profesionales en salud corresponde a las universidades. Cinco de las 11 existentes en el país forman médicos y cirujanos. Se ofrecen cuatro programas en la ciudad capital y dos en el interior. En 2006 se incorporarán a los servicios de salud 188 médicos guatemaltecos formados en Cuba. Los odontólogos se forman únicamente en la ciudad capital, en la universidad nacional y en dos universidades privadas. El personal de enfermería egresa en tres niveles académicos: licenciatura, técnicos universitarios o enfermeras(os) profesionales y auxiliares de enfermería. En la formación de auxiliares de enfermería participan seis escuelas oficiales, y escuelas privadas avaladas por el Ministerio de Salud, incluyendo al IGSS. Dos universidades ofrecen una maestría en salud pública, con distintos enfoques. La formación de técnicos en diversas áreas se efectúa en escuelas del Ministerio de Salud y en instituciones privadas. En 2005 se titularon 44 técnicos en radiología, 23 en laboratorio clínico, 13 en terapia respiratoria, 6 en citología y 49 en salud rural. En cuanto a la formación de nutricionistas, hay cuatro programas universitarios y un Programa de Maestría (Maestría en Alimentación y Nutrición).

En cada una de las áreas de salud existen Comités de Educación Permanente que funcionan de manera descentralizada con diverso grado de desarrollo. En 2006 el IGSS inició un proceso de fortalecimiento y consolidación del enfoque de educación permanente en la capacitación de su personal.

Las dos instituciones que emplean el mayor número de recursos humanos son el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el IGSS. El Ministerio de Salud cuenta con 21.592 trabajadores en todas las categorías, de los cuales 85% son presupuestados. Participan en la atención de salud a nivel comunitario 367 médicos ambulatorios, 37 auxiliares de enfermería, 461 facilitadores institucionales, 3.920 facilitadores comunitarios, 24.248 voluntarios, 261 educadores y 9.874 comadronas tradicionales, en total 38.801 personas. El Seguro Social cuenta con 12.333 trabajadores, de los cuales 88% son presupuestados fijos y el resto personal transitorio supernumerario.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYT), mediante su Secretaría Técnica (SENACYT), es la instancia responsable de la investigación en el país. En él se agrupan todas las instituciones que llevan a cabo procesos de investigación.

No existe un sistema nacional de información sobre la producción científica en el país. El CONCYT informa que desde 1996 se han financiado proyectos de salud en una proporción inferior a otras áreas (agrícolas y tecnológicas).

El Gobierno lanzó en 2005 el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología 2005–2014 (10 años) por medio de la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología, con el propósito de mejorar las condiciones de la investigación científica, renovar los laboratorios a nivel nacional y aumentar la competitividad.

El acceso a la literatura científica en Guatemala es limitado. Profesionales, científicos y estudiantes utilizan los recursos de bibliotecas técnicas. A pesar de que muchos usuarios leen y entienden inglés, no se consiguen fácilmente publicaciones científicas en ese idioma. Por razones presupuestarias, la disponibilidad de revistas científicas especializadas es escasa en las universidades. En los últimos cinco años la OPS/OMS ha trabajado con diversas organizaciones públicas y privadas en el desarrollo de la Biblioteca Virtual en Salud.

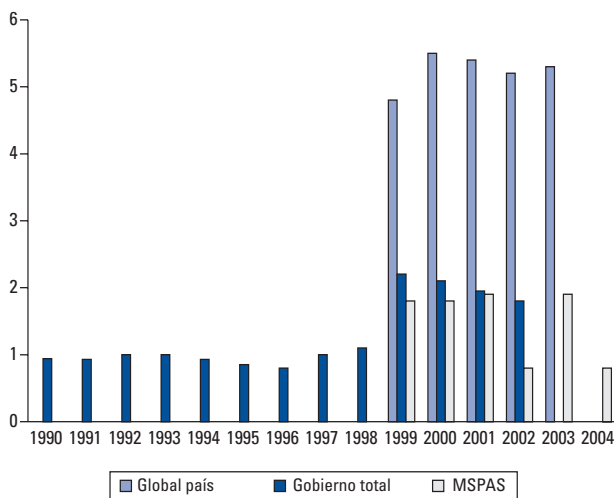
Gasto y financiamiento sectorial

En el período 1999–2003 el gasto público en salud, que ascendió a US\$ 2.248,07 millones, representó 40% del gasto total del sector. Del total del gasto público, el Gobierno administró 46,4% y el seguro social 53,6%. El gasto total en salud como porcentaje del PIB en el período 1999–2003 (Figura 5) oscila entre 4,7% a 5,5%, con tendencia a la baja (51). Los fondos ejecutados por el Ministerio en función de los niveles de atención han cambiado; la tendencia es lograr nivelar los gastos del primero y segundo niveles con los del tercero (Figura 6).

El gasto global en medicamentos en el período 2000–2004 fue de aproximadamente US\$ 1.464 millones; el sector público de salud invirtió 38% y el sector privado 62% (39). La estructura del gasto en salud no ha variado en los últimos cinco años, y el mayor desembolso se efectúa en la región metropolitana, donde los niveles de pobreza son significativamente menores y existe un porcentaje mayor de afiliación al seguro social.

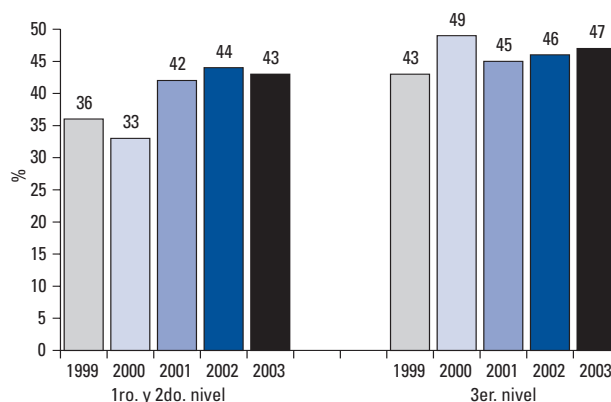
En el gasto privado intervienen como agentes financieros los hogares con el gasto de bolsillo, los seguros privados y las insti-

FIGURA 5. Gasto total en salud como porcentaje del PIB, Guatemala, 1990–2004.



Fuente: Guatemala, Cuentas Nacionales de Salud, 1990–1995. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe nacional de desarrollo humano, Guatemala, 1999–2003.

FIGURA 6. Distribución de los recursos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en función de los niveles de atención de salud, Guatemala, 1999–2003.



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

tuciones sin fines de lucro que atienden a los hogares (organizaciones no gubernamentales). El gasto canalizado por estos agentes en el período 1999–2003 fue de US\$ 3.413 millones, de los cuales 90% correspondió a los hogares, seguido por las ONG con 5,7% y los seguros privados con 4,3%. El gasto más significativo es el de bolsillo en el cual, según la encuesta nacional de condiciones de vida (ENCOVI), la mayor proporción (72,7%) corresponde a la suma de compra de medicamentos, exámenes y consultas.

El financiamiento de la salud proviene de cuatro fuentes: los hogares (responsables de 65,2%), el Gobierno (19%), las empresas (10,5%) y la cooperación internacional (2,9%). Según diversas fuentes, el financiamiento durante el período 1999–2003 mostró un crecimiento promedio anual de 10,7%. El flujo de recursos en 2003 fue 65% mayor que el de 1999 (51).

En términos absolutos el financiamiento de origen público creció a un ritmo anual de 4,7%. El financiamiento proveniente del sector privado creció de 70,5% en 1999 a 76,7% en 2003, correspondiéndole a los hogares o al gasto de bolsillo, como también se lo conoce, 86%. Con respecto al financiamiento externo, en el período 1999–2003 ingresaron al país US\$ 1.205,7 millones, de los cuales, según la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), 37% fueron dirigidos a los sectores sociales y 17,4% al sector salud (US\$ 446,1 millones y US\$ 209,8 millones).

Cooperación técnica y financiera en salud

La cooperación técnica y financiera en salud en el último quinquenio fue de US\$ 2.386,6 millones, de los cuales 37% corresponde a cooperación no reembolsable. La cooperación en salud, tanto bilateral como multilateral, presenta una tendencia

de reducción, incrementándose las operaciones crediticias de bancos multilaterales. En 2005, ante la emergencia causada por el huracán Stan, que afectó a 45% del territorio nacional, distintos países e instituciones de ayuda humanitaria proporcionaron asistencia técnica directa y financiera por US\$ 34 millones, de los cuales US\$ 12.550 millones provinieron de Japón, República de China (Taiwán), el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) y la Organización de los Estados Americanos (OEA) para la ejecución directa por el gobierno, y US\$ 21.074 millones, de diversas fuentes para la ejecución de las distintas agencias, fondos y programas del Sistema de las Naciones Unidas.

Referencias

- Guatemala, Universidad de San Carlos, Centro de Estudios Urbanos y Rurales. Mapa de división político-administrativa. Disponible en: <http://www.usac.edu.gt/~usacneur/mapas.htm>. Acceso en julio 2006.
- Guatemala, Instituto Nacional de Estadística, Programa de Mejoramiento de las Encuestas de Condiciones de Vida. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2000. Perfil de la Pobreza en Guatemala. Ciudad de Guatemala; 2002.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Diversidad étnico-cultural y desarrollo humano: la ciudadanía en un Estado plural. Informe Nacional de Desarrollo Humano: Guatemala 2005. Ciudad de Guatemala; 2005. (Documento oficial P964).
- Guatemala, Ministerio de Salud y Asistencia Social; Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002: Mujeres. Ciudad de Guatemala; 2003.
- Guatemala, Instituto Nacional de Estadística, Programa de Mejoramiento de las Encuestas de Condiciones de Vida. Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos 2002. Ciudad de Guatemala; 2002.
- Banco de Guatemala. Algunas variables macroeconómicas años 1950–2004. Disponible en: <http://www.banguat.gob.gt/inc/ver.asp?id=/indicadores/hist03&e=13980>. Acceso en julio 2006.
- Guatemala, Ministerio de Finanzas Públicas. Estructura: análisis y estudios económicos y fiscales, 1997–2004. Disponible en: <http://www.minfin.gob.gt/>. Acceso en julio 2006.
- Guatemala, Ministerio de Educación. La educación en Guatemala 2004: el desarrollo de educación en el siglo XXI. Informe nacional. Ciudad de Guatemala; 2004. Disponible en: <http://www.ibe.unesco.org/international/ICE47/English/Natreps/reports/guatemala.pdf>. Acceso en julio 2006.
- Guatemala, Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población. Censo 2002. Ciudad de Guatemala; 2004.
- Guatemala, Instituto Nacional de Estadística. Defunciones de porcentajes por causas definidas y tasas estimadas por 100.000 habitantes para las diez principales causas de defunción por país, por grandes grupos de edades y sexo: Período 2001–2003. Ciudad de Guatemala; 2004.
- Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Epidemiología, Vigilancia y Control Epidemiológico. Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica. Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud. Ciudad de Guatemala; 2003.
- Organización Panamericana de Salud. Análisis de la mortalidad infantil de la mortalidad materna por regiones de Guatemala según resultados de las encuestas de mortalidad infantil y materna. Ciudad de Guatemala; 2006.
- Guatemala, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia; Naciones Unidas. Efectos en Guatemala de las lluvias torrenciales y la tormenta tropical Stan 2005. Ciudad de Guatemala; 2006.
- González Izas M. La explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes en Guatemala: ¿Un problema nuestro? Guatemala: UNICEF; 2006.
- Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe final: línea basal de mortalidad materna para el año 2000. Ciudad de Guatemala; 2003.
- Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos Nacionales para la Prevención y Control del Cáncer del Cuello Uterino. Ciudad de Guatemala; 2003.
- Guatemala, Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas vitales: divorcios por año de ocurrencia, según departamento de ocurrencia del divorcio. Período 1995–2004. Ciudad de Guatemala; 2005.
- Guatemala, Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas vitales: matrimonios por año de ocurrencia según departamento donde se efectuó el matrimonio. Período 1995–2004. Ciudad de Guatemala; 2005.
- Organización Panamericana de la Salud. Perfil de la situación ambiental de los niños de Guatemala, 2003. Disponible en: <http://www.ops.org.gt/ADS/PERFIL%20DE%20SITUACION%20AMBIENTAL%20NIC%3%91EZ-GUATEMALA%20Versi%C3%B3n%20ab%202003.pdf>. Acceso en julio 2006.
- Guatemala, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Discapacidad 2005. Versión Interactiva. Ciudad de Guatemala; 2005.
- Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Epidemiología, Vigilancia y Control Epidemiológico. Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica. Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud. Ciudad de Guatemala; 2004.
- Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programas de Enfermedades Transmitidas por Vectores. Informe de la situación de malaria 2002. Ciudad de Guatemala; 2003.
- Organización Panamericana de la Salud. Situación de malaria: datos generales de área y población 2005. Ciudad de Guatemala; 2006.

24. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Epidemiología, Vigilancia y Control Epidemiológico. Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica. Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud. Ciudad de Guatemala; 2005.
25. JICA/PAHO. Basic entomological and epidemiological information on Chagas disease control in Central America. 2006.
26. Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas. XIII Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis 2003. Sesión 1: Cómo van nuestras coberturas de tratamiento. Guatemala; Ciudad de Guatemala; 2004.
27. Organización Panamericana de la Salud. Análisis Situacional de la Tuberculosis en Guatemala, 2000–2005. Ciudad de Guatemala; 2006.
28. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional Prevención y Control del VIH/SIDA. Análisis situacional del VIH/SIDA 2005. Ciudad de Guatemala; 2006.
29. Guatemala, Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación, Departamento de Vigilancia Epidemiológica Zoonositaria. Informe sobre programas, acciones, observaciones, y número de casos de enfermedades de 2005. Ciudad de Guatemala; 2006.
30. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Micronutrientes. Informe Ejecutivo, 1995. Ciudad de Guatemala, 1996.
31. Guatemala, Ministerio de Educación. Censo Nacional de Talla en Escolares de Primer Grado, 2002. Ciudad de Guatemala; 2003.
32. Guatemala, Instituto de Cancerología; Liga Nacional Contra el Cáncer. Informe de los casos de cáncer registrados en el Instituto de Cancerología durante el año 2003, por el registro de cáncer de Guatemala. Ciudad de Guatemala; 2005.
33. Guatemala, Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres. Boletines informativos de inundaciones en Guatemala. Disponible en: http://www.conred.org/boletines/boletines_antiguos.php. Acceso en julio 2006.
34. Guatemala, Instituto Nacional de Estadística. Hechos Delictivos, 2003. Cuadro 3: Total de homicidios cometidos, por tipo de arma utilizada o causa de muerte según departamento. Ciudad de Guatemala; 2005.
35. Chile, Amnistía Internacional. Informe de crímenes contra mujeres en Guatemala. Santiago de Chile; 2005. Disponible en: <http://web.amnesty.org/report2006/>. Acceso en julio 2006.
36. Guatemala, Secretaría Ejecutiva Comisión contra las Adicciones y Tráfico Ilícito de Drogas; Embajada de los Estados Unidos de América en Guatemala, Sección de Asuntos Narcóticos. Estudio nacional sobre la desregulación psicológica y su relación con el consumo de drogas en jóvenes adolescentes guatemaltecos: principales hallazgos. Ciudad de Guatemala; 2003.
37. Guatemala, Plaguicidas en el Istmo Centroamericano. Vigilancia sanitaria de plaguicidas: experiencia de plaguicida en Centroamérica. 2003. Ciudad de Guatemala; 2004.
38. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos estratégicos de la Agenda Nacional de Salud. Documento preliminar. Ciudad de Guatemala; 2006.
39. Guatemala, Instituto Guatemalteco de Seguro Social. Informe Anual de Labores 2004. Disponible en: <http://www.igssgt.org/downloads/Informe%20de%20Labores%202004%20-%20IMPROBADO.pdf>. Acceso en julio 2006.
40. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Unidad de Provisión de Servicios de Salud. Aplicación Censo Neto 2005.
41. Guatemala, Congreso de la República de Guatemala. [Varias leyes]. Disponible en: <http://www.congreso.gob.gt/>. Acceso en julio 2006.
42. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud. Protección Social en Salud: Guatemala. Informe Final 2002. Disponible en: <http://www.lachealthsys.org/documents/extension/infoguatemala.pdf>. Acceso en julio 2006.
43. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa de Medicina Popular Tradicional y Alternativa.
44. Guatemala, Congreso de la República; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Acuerdo Ministerial SP-M-946-2006. [Crea el Centro Nacional de Epidemiología como una dependencia del nivel central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social]. Disponible en: http://www.congreso.gob.gt/gt/mostrar_acuerdo.asp?id=16419. Acceso en julio 2006.
45. Guatemala, Instituto Nacional de Estadísticas. XI Censo Nacional de Población; VI Censo Nacional de Habitación. Ciudad de Guatemala; 2002.
46. Organización Panamericana de la Salud, División de Desarrollo de Sistemas de Servicios de Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud en Guatemala. Disponible en: <http://www.lachsr.org/documents/perfildelesistemadesaluddeguatemala-ES.pdf>. Acceso en julio 2006.
47. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Ministerio de Educación. Plan Nacional de Escuelas Saludables de Guatemala, 2004. Ciudad de Guatemala; 2005.
48. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines. Informe Anual de 2006. Ciudad de Guatemala; 2006.
49. Guatemala, Registro de Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala 2006. Disponible en: www.colmedguatemala.org/noticias/item?item_id=18752. Acceso en julio 2006.
50. Guatemala, Registro de Colegio Estomatológico de Guatemala 2006. Disponible en: <http://www.cio.com.gt/colestgua.htm>. Acceso en julio 2006.
51. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de la salud y sufrimiento. Tercer informe. Período 1999–2003. Ciudad de Guatemala; 2004.

GUYANA



Guyana se encuentra en la costa nordeste de América del Sur y limita con Venezuela al oeste, con Brasil al sur y con Suriname al este. Es el único país de habla inglesa en América del Sur. Tiene una superficie de aproximadamente 215.000 km² y una población estimada (a mediados de 2006) en 767.000 habitantes, la mayoría de ellos concentrados a lo largo del litoral marítimo.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

Guyana fue antes un territorio británico y obtuvo su independencia en 1966 y en 1970 se convirtió en república. El país es una república democrática, con un sistema parlamentario de gobierno. El poder legislativo está constituido por una Asamblea Nacional unicameral, integrada por 12 miembros no elegidos y 53 miembros elegidos conforme a un sistema de representación proporcional. El Presidente Ejecutivo es el jefe del estado y del gobierno. El país está dividido en 10 regiones administrativas. Los gobiernos locales están constituidos por 10 Consejos Democráticos Regionales, 65 Consejos Democráticos de Vecinos, seis municipios y 76 Consejos Comunitarios Amerindios. Los gobiernos regionales y locales desempeñan una función importante en la prestación de servicios públicos en Guyana. Los Consejos Democráticos Regionales tienen a su cargo la prestación de servicios, tales como los de salud y educación, a sus respectivas poblaciones. Como resultado de su desarrollo histórico y cultural, Guyana está vinculada con los países de habla inglesa del Caribe y es miembro de la Comunidad del Caribe (CARICOM), así como integrante de la Comunidad Británica de Naciones.

Su economía se basa en los recursos naturales: la agricultura, la silvicultura y la pesca aportaron 30,3% del producto interno bruto (PIB) en 2005; el azúcar fue el principal producto y la explotación de minas y canteras aportó 10,5% del PIB, seguida de la fabricación (8,0%) y la ingeniería y la construcción (6,2%). El restante 45% del PIB correspondió a los servicios. En los últimos cinco años, Guyana ha experimentado una serie de conmociones internas y externas que debilitaron considerablemente la economía. Estos retrocesos incluyeron una disminución continua de los precios de exportación de la bauxita, el oro, la madera y el arroz, así como una depreciación del euro que provocó la reducción de los valores de las exportaciones preferenciales de azúcar, una huelga de los servicios públicos y el aumento de los precios del petróleo. La producción agrícola resultó muy afectada por intensas lluvias e inundaciones durante el primer tri-

mestre de 2005. La economía tiene potencial de diversificación y el país depende de la producción y la exportación de materias primas, que tienen muy poco valor agregado.

El gobierno busca recuperar la confianza en la economía nacional generando un crecimiento sostenido, creando nuevas oportunidades de empleo y protegiendo el medio ambiente. Actualmente está emprendiendo un programa de privatizaciones encaminadas a mejorar la eficiencia de las empresas, reducir la carga financiera y administrativa del sector público, redistribuir los escasos recursos públicos y aumentar la modernización mediante una mejor gestión, tecnología y nuevas inversiones.

El país tiene un endeudamiento elevado. En 2001, la deuda era de 32.000 millones de dólares guyaneses, que equivalían al 23,4% del PIB. Dado que Guyana cumplía con los requisitos para el alivio de la deuda establecidos en la Iniciativa para la Reducción de la Deuda de los Países Muy Endeudados (PPME), en 2005 el Fondo Monetario Internacional eliminó 3.300 millones de dólares guyaneses de la deuda, que han sido asignados a programas de salud, educación y alivio de la pobreza. Las prioridades políticas en el sector salud incluyen el financiamiento adecuado de programas de atención primaria y medicamentos básicos, viviendas para grupos de bajos ingresos e infraestructura de abastecimiento de agua y saneamiento.

Las 10 regiones administrativas tienen diversas características topográficas, distribuciones de la población y grados de desarrollo, que a su vez influyen en la situación sanitaria. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), casi 90% de la población del país vive en una estrecha franja a lo largo de la costa, que constituye el centro administrativo, agrícola, comercial e industrial del país.

La capital, Georgetown, con 156.000 habitantes, alberga a 20,7% de la población total. En el interior del país, poco poblado, la infraestructura sanitaria es limitada. La Región 7 (Cuyuni-Mazaruni) y la Región 8 (Potaro-Siparuni), donde están gran parte de las minas y canteras, tienen la misma densidad demográfica, pero sus poblaciones son de 14.682 y 6.000 habitantes, respectivamente. La cantidad de moradores por vivienda disminuyó de 4,7 personas en 1991 a 4,1 personas en 2002, lo que in-

dica un gran incremento en las viviendas permanentes. Además, mientras que los moradores de las viviendas han crecido solo 3,3%, el número de viviendas ha aumentado 20,5%. El mayor aumento de viviendas se ha producido en la región costera, en la que está situada Georgetown.

Los grupos en riesgo más afectados por la pobreza son los grupos amerindios, que viven principalmente en el interior, una zona muy poco desarrollada; los grupos constituidos por una mezcla de razas (descendientes de una combinación de antepasados amerindios, africanos, asiáticos sudorientales y europeos) y las mujeres. Entre los grupos étnicos, en los amerindios se registró el más alto grado de pobreza, mientras que la prevalencia de la pobreza es más elevada entre las mujeres que entre los hombres. En particular, las mujeres reciben salarios y sueldos más bajos, afrontan más dificultades para acceder a créditos, sufren problemas de salud más graves y presentan una tasa de analfabetismo más alta que los hombres.

La reducción de la pobreza es una prioridad del gobierno. El Informe sobre la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) de 2002 examinó cómo los efectos de los determinantes de la salud afectan a los pobres y propuso políticas para abordarlos. También evaluó inversiones y políticas para mejorar la salud de los pobres. La salud y la nutrición son componentes clave en el Informe. La función de la salud en el desarrollo es destacada tanto en el Informe como en la Estrategia Nacional de Desarrollo.

La población en edad de trabajar ha crecido continuamente y en 2002 representaba dos tercios de la población total. Casi un tercio de esta población realiza tareas en el hogar, mientras que 7% asiste a la escuela. Si bien los hombres constituyen un poco más de la mitad de la población total, representan 49,7% de la población en edad de trabajar. De los hombres en este grupo, aproximadamente 7% asisten a la escuela, 5% realizan trabajos en el hogar y 2% es población institucional (población que no vive en sus hogares, y que incluye personas que viven en instituciones militares, cárceles, universidades, etc). En contraste, entre las mujeres en edad de trabajar, un poco más de la mitad realiza tareas domésticas y 7% asisten a la escuela. La población femenina recluida en instituciones es también muy pequeña (0,6%) en comparación con los hombres. Veintidós por ciento de la población masculina en edad de trabajar no tiene ningún tipo de actividad que le permita obtener ingresos, en comparación con 66% de las mujeres.

La educación es obligatoria para los niños desde los 5 años y 9 meses de edad hasta los 14 años. Aproximadamente 60% de la población en edad escolar (hasta los 18 años de edad) actualmente asiste a la escuela, lo que representa un aumento con respecto al 55% determinado en el censo anterior (1991). Los porcentajes más elevados de niños en edad escolar que realmente asisten a la escuela están en los grupos de edad de 5 a 9 años y de 10 a 14 años. Un poco más de 90% de los niños en estos grupos de edad asisten a la escuela, lo que indica que se ha superado la

meta de matrícula escolar primaria establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Las viviendas se han modernizado cada vez más. Según el censo de 2002, el porcentaje de viviendas sin olores fue de 2%, en comparación con 3,1% registrado en el censo de 1991. A pesar de la mayor utilización de inodoros, estos están generalmente conectados con pozos negros o fosas sépticas, dados los costos más altos asociados con la instalación y mantenimiento de sistemas cloacales. No obstante, en dos tercios del total de viviendas se continúan usando letrinas de pozo, que los indicadores de los ODM consideran una instalación sanitaria adecuada. Casi 80% de las viviendas tienen acceso a una fuente de agua potable, según las define la meta de los ODM (es decir, agua corriente en la vivienda, fuente pública, pozo perforado, pozo excavado protegido, manantial protegido o sistema de recolección de agua de lluvia). Estas mejoras corroboran las estimaciones hechas por el Programa Conjunto de Vigilancia de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (OMS/UNICEF), que calculó que, para 2002, 83% de la población guayanesa tendría acceso a agua potable y 70%, a un mejor saneamiento. Sin embargo, existen desigualdades considerables en cuanto al acceso a instalaciones de agua y saneamiento adecuadas entre las zonas urbanas y las rurales. Por cada habitante de una zona urbana sin abastecimiento de agua, hay 1,7 habitantes de zonas rurales en la misma situación. En el caso del saneamiento, por cada habitante de una zona urbana sin saneamiento, hay 4,9 habitantes de zonas rurales. La calidad del abastecimiento de agua y el saneamiento en Guyana es deficiente. Persisten problemas importantes de seguridad, continuidad y confiabilidad de los servicios tanto en la franja del litoral como en las regiones del interior, que cuentan con muy pocos servicios. En muchos sistemas de distribución, los procedimientos de desinfección del agua no alcanzan la cantidad mínima de cloro libre en el lugar de utilización que recomiendan las pautas de la OMS, lo cual provoca el riesgo de contaminación microbiológica. En 2004, la disponibilidad del servicio de agua era en promedio de solo 4,3 horas al día. Adicionalmente, la falta de inspecciones periódicas de las conexiones domiciliarias ha permitido que las tuberías inadecuadas sean invadidas por agua contaminada.

La estrategia del gobierno para el sector del agua y el saneamiento consiste en mejorar el nivel de los servicios, aumentar la eficiencia y lograr la sostenibilidad financiera. En 2002, la Dirección del Agua de Guyana y las Comisiones de Agua y de Alcantarillado de Georgetown se fusionaron en la Compañía del Agua (GWI, por sus siglas en inglés). En enero de 2003, se inició un contrato con la GWI por cinco años de administración basada en el desempeño. Desde entonces, el desempeño de la GWI ha sido inferior a las metas propuestas, si bien se ha logrado cierto progreso en las metas en cuanto a la eficiencia de la recaudación, las relaciones con los usuarios y los servicios comerciales. Subsisten numerosos retos para alcanzar los estándares propuestos a causa

de las dificultades inherentes del sistema actual, como los procedimientos inadecuados de mantenimiento, la demanda desmesurada a causa del consumo excesivo y el desperdicio y la presencia de grandes cantidades de hierro en el agua, el cual origina problemas para el proceso de cloración, obstruye las tuberías, aumenta el potencial de contaminación y eleva la presión necesaria para el suministro del agua.

Guyana ha sufrido un prolongado período de violencia, en el cual interactúan los conflictos políticos, las tensiones raciales y étnicas y la industria de las drogas. La violencia civil ha incluido la de ciudadanos contra ciudadanos, grupos civiles contra las fuerzas de seguridad del país y la violencia de las fuerzas de seguridad contra ciudadanos. El número de asesinatos entre enero y fines de marzo de 2003 (58) superó el triple de las cifras observadas durante el mismo período en 2002 (17). Esta intensificación de la violencia ha tenido efectos económicos, políticos y sociales de alcance nacional.

El peor desastre natural en Guyana se produjo en enero de 2005, con lluvias torrenciales que provocaron extensas inundaciones en la ciudad capital y zonas circundantes. Cayeron 1.320 mm —más de siete veces el promedio de la precipitación en el litoral (180 mm) en los meses de enero de los últimos 100 años— y afectaron a casi 85% de la población; 37% de la población resultó severamente damnificada. Durante un lapso de una a siete semanas, los residentes en el litoral vivieron sumergidos en 1 m a 1,5 m de agua, en condiciones ambientales deterioradas, que incluyeron la acumulación de desechos sólidos, cadáveres de ganado y animales domésticos, aguas negras de las letrinas de pozo y fosas sépticas y la contaminación del sistema de distribución de agua potable, factores que incrementaron el riesgo de propagación de enfermedades transmitidas por el agua y por vectores. La desorganización de la vida de los individuos y de la sociedad generó una pérdida de 59,5% del PIB.

En los últimos años, ha aumentado el número de inspecciones para verificar la seguridad y la calidad de los productos pesqueros, cárnicos y avícolas destinados al consumo humano. En 2005, se visitaron 582 barcos de pesca y establecimientos avícolas grandes y se inspeccionaron y certificaron las condiciones sanitarias. Dieciséis pescaderías fueron visitadas, inspeccionadas y monitoreadas, junto con una serie de pequeñas instalaciones de elaboración de camarón y pescado secos y plantas avícolas pequeñas y medianas. El Laboratorio del Departamento de Alimentos y Medicamentos del Ministerio de Salud realizó pruebas microbiológicas en 195 muestras de pescados y de agua. Se efectuaron inspecciones diarias de la carne de aves durante los días de matanza en dos grandes plantas de elaboración de productos avícolas. Se monitorearon e inspeccionaron los productos pesqueros y cárnicos exportados e importados a través del aeropuerto nacional y otras instalaciones portuarias y se examinaron los alimentos servidos a los pasajeros de las aerolíneas para determinar su seguridad.

Demografía, mortalidad y morbilidad

El censo de 2002 registró una población de 751.223 habitantes, en comparación con la establecida por el censo de 1991, de 723.673 habitantes. Ha habido un crecimiento lento en los últimos 15 años. Cuatro de las 10 regiones administrativas tienen centros urbanos; la población conjunta de esas ciudades y la capital, Georgetown, era de 213.705 habitantes (28,4% de la población total) en 2002. El restante 71,6% de la población se acumula en aldeas, la mayoría de ellas en la franja costera, y en otros asentamientos dispersos en el interior del país. El porcentaje de habitantes no nacidos en Guyana aumentó de 0,5% en 1991 a 1,3% en 2002; la mayoría de ellos provienen de Suriname (27%), Brasil (13%), Venezuela (12%), tres países del Caribe Oriental (Barbados, Santa Lucía y Trinidad y Tabago) (10,7%), los Estados Unidos de América (7,4%), China (6,8%), el Reino Unido (3,4%) y Canadá (2,4%).

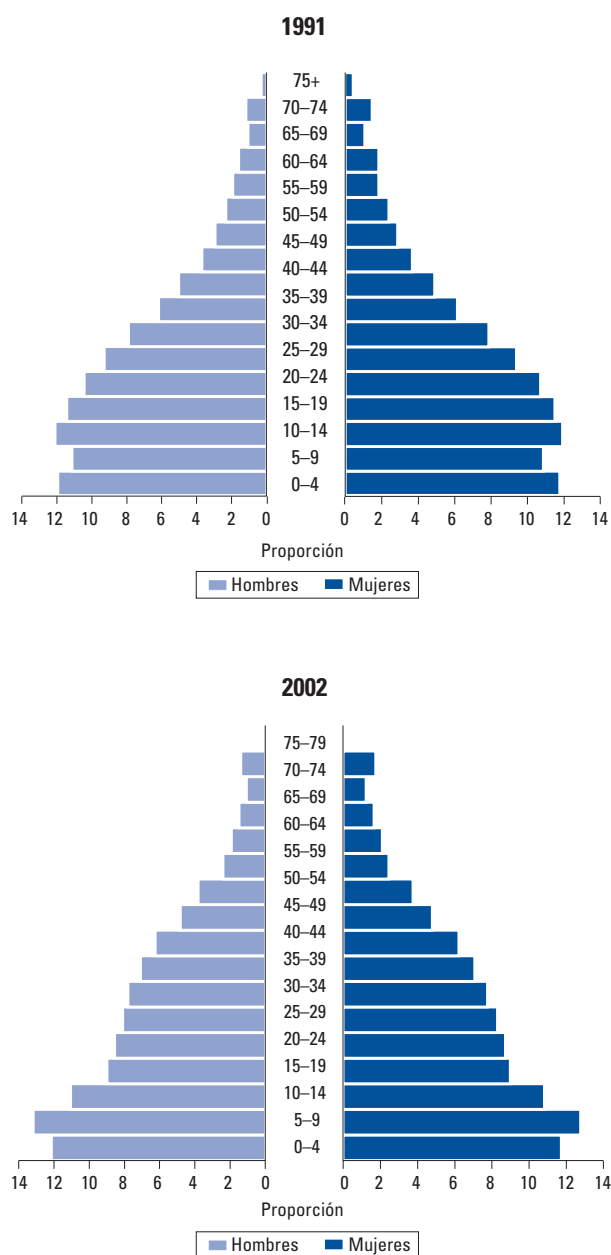
Las comparaciones de los datos sobre la distribución en grupos de edad en 1980 y en el último censo revelan que la población comienza a envejecer, según comprueban los datos disponibles sobre las tasas de fecundidad, que muestran totales de cercanos al nivel de reposición. La relación general entre hombres y mujeres es de casi 1:1. En la figura 1 se presenta la distribución de la población en Guyana por edad y por sexo en 1991 y 2002.

Guyana tiene una población multirracial. El censo de 2002 indicó que los indoguyaneses constituyen 43% de la población, los afroguyaneses, 30% y los amerindios, 9%. Ha habido un crecimiento de las personas de ascendencia “mezclada” (una combinación de antepasados asiáticos sudorientales, africanos, amerindios y chinos), que representan 17% de la población. La población restante, menos de 1%, incluye a los descendientes de europeos y chinos.

La composición de la población según su credo religioso es encabezada por los hindúes (28,4%); otros credos son los pentecostales (16,9%) y otros cristianos (17,9%), los católicos romanos (8,1%), los musulmanes (7,2%), los anglicanos (6,9%), los adventistas del séptimo día (5,0%), los metodistas (1,7%), los testigos de Jehová (1,1%), los rastafaris (0,5%), los bahais (0,1%), las personas sin afiliación religiosa (4,3%) y las de otras confesiones (1,3%).

La tasa total de fecundidad en 2005 fue de 2,5, o sea inferior a la de 3,1 registrada en 1999. En 2004, aproximadamente 20% de los nacimientos fueron de mujeres menores de 20 años, y 3%, de niñas menores de 16 años. La Encuesta de Conglomerados con Múltiples Indicadores (MICS por sus siglas en inglés), efectuada en 2000 por la Oficina de Estadísticas de Guyana con financiamiento de UNICEF, mostró que el registro de nacimientos de los niños menores de 5 años era de 96,5%. Las proporciones de niños registrados reveló cierta variación según la edad de los niños y la escolaridad de la madre. En los niños del interior del país, era inferior el porcentaje de registro (86%) en comparación con los niños de las zonas urbanas costeras (99%) y las zonas rurales costeras (98%).

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Guyana, 1991 y 2002.



La ausencia de una tasa de crecimiento sostenido en la población guyanesa refleja el impacto continuo de la emigración a otros países miembros de la CARICOM, los Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido. Es difícil medir con exactitud los datos sobre la emigración a causa de las transgresiones de las condiciones de las visas y los cruces de indocumentados a través de las fronteras terrestres de Guyana. En consecuencia, se piensa que

las tasas de emigración son superiores a las oficialmente comunicadas. También ha habido un aumento de la emigración interna desde las zonas urbanas al interior del país, causada principalmente por una mayor actividad generadora de empleos en el sector de explotación de minas y canteras.

En el período 2001–2003, hubo un total de 14.687 defunciones registradas (57% de hombres y 43% de mujeres). Entre las defunciones por causas definidas (98,9%), ocupan el primer lugar las provocadas por enfermedades cerebrovasculares (10,9%), seguidas de las causadas por enfermedades isquémicas del corazón (10,3%), VIH/sida (8,8%), diabetes (7,5%), enfermedades hipertensivas (4,2%), suicidios (4,0%), afecciones originadas en el período neonatal (3,8%), insuficiencia cardíaca y complicaciones (3,8%) y cirrosis y otras enfermedades del hígado (2,9%).

Las principales causas de muerte en los niños menores de 5 años fueron las afecciones originadas en el período neonatal (47,3%), enfermedades infecciosas intestinales (11,6%), malformaciones congénitas (10,0%), influenza y neumonía (6,3%), VIH/sida (4,6%), desnutrición y anemias nutricionales (3,2%), septicemia (2,1%), eventos de intención no determinada (1,4%), trastornos de los líquidos, de los electrolitos y del equilibrio ácido-básico (1,0%) y accidentes de transporte terrestre (1,0%).

Entre los niños de 5 a 9 años de edad, los accidentes de transporte terrestre causaron 18,9% de las defunciones, seguidos del VIH/sida (17,0%), malformaciones congénitas (8,5%), eventos de intención no determinada (7,5%) y ahogamientos accidentales (4,7%).

El suicidio fue la principal causa de defunción en el grupo de 10 a 19 años de edad (17,8%), seguido de los accidentes de transporte terrestre (14,0%), agresiones (homicidios) (7,8%), VIH/sida (6,2%), eventos de intención no determinada (6,2%), malformaciones congénitas (5,0%), enfermedades transmitidas por vectores y rabia (3,7%), influenza y neumonía (2,8%), ahogamientos accidentales (2,5%), neoplasias malignas del tejido linfático (2,2%) y epilepsia y estado de mal epiléptico (2,2%).

El VIH/sida fue la principal causa de muerte entre los adultos de 20 a 59 años de edad (17,7%), seguido de las enfermedades isquémicas del corazón (7,5%), suicidio (7,4%), enfermedades cerebrovasculares (6,6%), diabetes (6,5%), agresiones (homicidios) (5,5%), cirrosis y otras enfermedades del hígado (4,8%), accidentes de transporte terrestre (4,0%), influenza y neumonía (2,5%) y eventos de intención no determinada (2,5%).

Los adultos de 60 y más años de edad son los más afectados por las enfermedades crónicas. Las principales causas de muerte en este grupo de edad fueron las enfermedades cerebrovasculares (17,8%), enfermedades isquémicas del corazón (15,5%), diabetes (10,3%), enfermedades hipertensivas (7,1%), insuficiencia cardíaca y complicaciones (6,4%), influenza y neumonía (5,2%), neoplasias malignas de la próstata (2,6%), cirrosis y otras enfermedades del hígado (1,8%), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (1,7%) y trastornos de los líquidos, los electrolitos y del equilibrio ácido-básico (1,5%).

En general, esas causas provocaron 339.480 años de vida perdidos, de los cuales se atribuyó la mayoría al VIH/sida (14,5%), seguido de afecciones originadas en el período perinatal (12,1%), suicidios (6,4%), homicidios (4,6%), enfermedades isquémicas del corazón (4,6%), enfermedades cerebrovasculares (4,3%), accidentes de transporte terrestre (4,2%), diabetes (3,9%), influenza y neumonía (3,6%) y enfermedades infecciosas intestinales (3,4%).

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En el censo de 2002, este grupo de edad representó 12% (87.907) de la población. Ha habido una disminución en el número de nacidos vivos en el período de los últimos 5 años, con 18.537 nacidos vivos estimados en 2001 y 16.391 en 2004. Más de 95% de esos nacimientos fueron asistidos por personal de salud competente y aproximadamente 90% de ellos tuvieron lugar en hospitales del gobierno y centros de salud. La tasa bruta de natalidad en 2003 fue de 23,1 por 1.000 habitantes. Las enfermedades notificadas con más frecuencia fueron las infecciones de las vías respiratorias (39,2%), enfermedades diarreicas agudas (18,8%), afecciones de la piel (11,0%), helmintiasis (8,9%), accidentes y traumatismos (2,6%), infecciones oculares (2,0%), asma (1,3%) y abscesos (0,5%).

La tasa de mortalidad infantil fue de 24,7 por 1.000 nacidos vivos en 2004 y se registraron 340 defunciones de niños menores de 1 año. En 2001–2003, se registró un promedio de 203 defunciones infantiles al año. Se informó una tasa de mortalidad infantil de 17,5 por 1.000 nacidos vivos en 2003. En el período 2001–2004, las principales causas de mortalidad fueron la hipoxia (22%), infecciones intestinales (18%), otros trastornos perinatales (13%), infecciones respiratorias agudas (11%) y anomalías congénitas (9,8%). Las principales causas de defunciones infantiles fueron las afecciones originadas en el período neonatal y problemas respiratorios del recién nacido.

En el período 2003–2004, las principales causas de las defunciones infantiles fueron trastornos respiratorios en el período perinatal (33%), sepsis bacteriana del recién nacido (11%), malformaciones congénitas (11%), trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto o el recién nacido (6,5%), infecciones respiratorias agudas (5%), retardo del crecimiento fetal (4,1%), enfermedades infecciosas intestinales (5,6%), complicaciones obstétricas (4,3%), desnutrición y anemias nutricionales (2,8%), enfermedades relacionadas con el VIH (2,9%) y otras causas (13,6%).

La tasa de mortalidad neonatal fue de 15 por 1.000 nacidos vivos en 2004 y 72,3% de los lactantes que murieron en el primer año de vida lo hicieron en los 28 días posteriores al nacimiento. El bajo peso al nacer es el mayor factor de riesgo de mortalidad neonatal. En el hospital para referencia de pacientes de Guyana, el Hospital Público de Georgetown, 12,7% de todos los recién nacidos tenían bajo peso al nacer (< 2.500 g), 1,5% tenían muy bajo

peso al nacer (< 1.500 g) y 0,6% tenían un peso extremadamente bajo al nacer (< 1.000 g). El porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer ha disminuido de 18% en 2001 a 15% en 2004. El análisis más reciente de la mortalidad neonatal en menores de 5 años en este hospital reveló una disminución del 10%.

Los bebés prematuros representaron 4% del total de nacimientos y hubo pocos casos de septicemia neonatal en los hospitales (0,7%). En 2004, las principales razones para las consultas externas de lactantes en los hospitales y centros de salud fueron las infecciones respiratorias agudas (53,1%), las afecciones de la piel (8,1%) y la escabiosis (7,0%).

La tasa de mortalidad en niños menores de 5 años fue de 72 por 1.000 nacidos vivos. En el período 2001–2004 murieron 414 niños en este grupo de edad. Las principales causas de defunción en este grupo durante ese mismo período fueron las enfermedades infecciosas intestinales (13%), las enfermedades respiratorias agudas (10,2%), traumatismos no determinados (6,1%), malformaciones congénitas (10,7%), el VIH/sida (10,8%) y accidentes de transporte terrestre (6,3%).

Entre los niños menores de 5 años, las principales razones para las consultas externas fueron infecciones respiratorias agudas (42%), helmintiasis (13%), afecciones de la piel (8,0%) y accidentes (5,5%).

La prevalencia de la malnutrición moderada en el período 2000–2004 fue ligeramente más baja en el grupo de niños menores de 1 año (12%) que en el grupo de 12–23 meses de edad (15%). Solo 0,8% de los niños en el primero de esos grupos y 0,4% de los del segundo grupo estaban gravemente desnutridos.

Salud de los niños (5–14 años) y de los adolescentes (15–19 años)

En el censo de 2002, se registró a 95.723 niños (12,9%) en el grupo de 5 a 9 años de edad; los adolescentes de 10 a 14 años representaron 10,8% (80.140) de la población y los de 15 a 19 años, 8,9% (66.042). La Encuesta Global en las Escuelas sobre la Salud de los Estudiantes se concentró en los alumnos de escuelas primarias y secundarias. Cincuenta y uno por ciento de los entrevistados fueron mujeres y 49,0% fueron hombres. Los resultados mostraron que 8,9% de los estudiantes tenían exceso de peso y no había diferencias entre hombres y mujeres. La mayoría de los afectados por este problema pertenecían al grupo de 13 a 15 años de edad. Igual número de mujeres y hombres (11,4% del total de estudiantes entrevistados) corrían el riesgo de tener sobrepeso. Tres de cada cuatro estudiantes tenían buenos hábitos alimentarios. El hambre, si bien afectaba a un pequeño grupo (7,8%) de estos estudiantes, fue más frecuente entre los hombres (8%) que entre las mujeres (7,4%) y más pronunciado entre los estudiantes de 13 a 15 años.

En general, uno de cada cuatro estudiantes informó que se encontraba en situaciones que implicaban comportamientos violentos (intimidación, amenazas, uso de armas, luchas físicas).

Fueron más numerosos los hombres (1 de cada 3) que las mujeres (1 de cada 5) que señalaron que habían experimentado directamente una confrontación. Uno de cada dos estudiantes había sufrido lesiones graves como resultado de un accidente.

Las incidencias del consumo de cigarrillos y del consumo de otros productos del tabaco eran relativamente bajas: 7,0% y 8,0%, respectivamente; la relación entre hombres y mujeres fumadores era de 3:1. Uno de cada dos estudiantes había intentado abandonar el hábito de fumar. Aproximadamente uno de cada tres estudiantes consumía bebidas alcohólicas, mientras que uno de cada nueve usaba drogas. Uno de cada dos hombres y una de cada cuatro mujeres consumían bebidas alcohólicas, mientras que uno de cada seis hombres y una de cada 17 mujeres consumían drogas.

Solo a 69% de los estudiantes (más mujeres [73%] que hombres [65%]) les habían enseñado cuáles eran los beneficios de una alimentación saludable y solo a 47% de los estudiantes les habían hablado de la importancia de lavarse las manos.

Veinticinco por ciento de los estudiantes habían tenido relaciones sexuales; 23% habían iniciado la actividad sexual entre las edades de 13 y 15 años y 39% habían tenido relaciones sexuales por primera vez a los 16 años o después. Además, 16% de los estudiantes habían tenido relaciones sexuales con varias parejas y casi la mitad de las mujeres y tres cuartas partes de los hombres entrevistados habían tenido más de una pareja. Si bien el condón era el anticonceptivo usado con más frecuencia (74%), el uso de anticonceptivos fue de 76% entre los adolescentes menores de 15 años y de 71% entre los de 16 y más años de edad. Se usaron otros métodos de control de la natalidad, pero la tasa de empleo fue relativamente baja (5,4%) y fueron usados con más frecuencia por los estudiantes más jóvenes, en comparación con los de más edad. A pesar de la tasa general elevada de uso de condones y otros métodos anticonceptivos, una de cada 26 estudiantes mujeres había quedado embarazada, y uno de cada 10 estudiantes hombres afirmó que había embarazado a su compañera.

Salud de los adultos (20 a 59 años)

En el período 2001–2003, las principales causas de defunción entre los hombres de 20 a 59 años de edad fueron el VIH/sida, con 653 defunciones (16,4% del total de defunciones por causas definidas entre los hombres de este grupo de edad); seguido del suicidio, con 382 defunciones (9,6%); las enfermedades isquémicas del corazón, con 324 defunciones (8,1%); la diabetes, con 168 defunciones (4,2%); los eventos o lesiones de intención no determinada, con 128 defunciones (3,2%); y la tuberculosis, con 122 defunciones (3,1%). En el mismo período, las principales causas de muerte entre las mujeres de 20 a 59 años de edad fueron el VIH/sida, con 456 defunciones (20,1% del total de defunciones por causas definidas entre las mujeres de ese grupo de edad); la diabetes, con 237 defunciones (10,4%); las enfermedades cerebrovasculares, con 181 defunciones (8,0%); las enferme-

dades isquémicas del corazón, con 146 defunciones (6,4%); las neoplasias malignas del útero, con 91 defunciones (4,0%); el suicidio, con 83 defunciones (3,7%); la insuficiencia cardíaca, con 68 defunciones (3,0%); las neoplasias malignas de la mama, con 65 defunciones (2,9%); las enfermedades hipertensivas, con 61 defunciones (2,7%); y la cirrosis hepática, con 58 defunciones (2,6%).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Este grupo de edad aumentó de 3,9% de la población en 1980 a 5,4% en 2002, una indicación de que la población está envejeciendo. En el período 2001–2003, las principales causas de defunción por causas definidas entre los hombres de 60 y más años de edad fueron las enfermedades cerebrovasculares, con 595 defunciones (17,7% del total de defunciones entre los hombres de este grupo de edad); las enfermedades isquémicas del corazón, con 539 defunciones (16,0%); la diabetes, con 254 defunciones (7,6%); las enfermedades hipertensivas, con 194 defunciones (5,8%); la insuficiencia cardíaca, con 188 defunciones (5,6%); la influenza y la neumonía, con 182 defunciones (5,4%); las neoplasias malignas de la próstata, con 170 defunciones (5,1%); la cirrosis y otras enfermedades del hígado, con 91 defunciones (2,7%); las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, con 71 defunciones (2,1%); y la tuberculosis, con 54 defunciones (1,6%). En el mismo período, las principales causas de muerte por causas definidas entre las mujeres de 60 y más años de edad fueron las enfermedades cerebrovasculares, con 562 defunciones (17,9% del total de defunciones entre las mujeres de este grupo de edad); las enfermedades isquémicas del corazón, con 471 defunciones (15,0%); la diabetes, con 419 defunciones (13,3%); las enfermedades hipertensivas, con 268 defunciones (8,5%); la insuficiencia cardíaca, con 226 defunciones (7,2%); la influenza y la neumonía, con 154 defunciones (4,9%); trastornos de los líquidos, de los electrolitos y del equilibrio ácido-básico, con 56 defunciones (1,8%); neoplasias malignas del útero, con 50 defunciones (1,6%); neoplasias malignas de la mama, con 46 defunciones (1,5%); y enfermedades del sistema urinario, con 41 defunciones (1,3%).

Salud de la familia

En casi tres cuartas partes de los hogares, los jefes de familia son hombres. Se prestan servicios de planificación familiar en los centros de salud y se pueden conseguir anticonceptivos en todos los consultorios de salud materno-infantil. No obstante, se mantiene baja, en 37,5%, la prevalencia del uso de anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 49 años de edad casadas o que conviven desde hace mucho tiempo con una sola pareja. El Informe 2004 de la Asociación de Guyana para una Paternidad Responsable indicó que los anticonceptivos orales son los más frecuentemente suministrados en los consultorios de salud materno-infantil del

país (58%), seguidos de los condones (23%), las inyecciones (17%), los dispositivos intrauterinos (1,3%) y los espermicidas (0,6%).

Según la Encuesta de Conglomerados con Múltiples Indicadores, en total 81% de las mujeres embarazadas recibieron atención prenatal prestada por profesionales; 90% de las mujeres de las zonas costeras —en particular las zonas urbanas— recibieron esa atención, mientras que solo 49% de las mujeres de las zonas del interior recibieron atención prenatal. Aproximadamente 95% del total de partos fueron asistidos por personal competente. Nuevamente, hubo una considerable disparidad regional: solo 43% de los partos en las zonas del interior fueron asistidos por un profesional.

En los 46 partos de mujeres embarazadas VIH-positivas, 61% (28) de la mujeres y 78% (36) de los bebés recibieron nevirapina. De los 46 bebés nacidos con VIH/sida durante el período examinado, 29 (63%) fueron alimentados con sucedáneos de la leche materna, 2 fueron amamantados y 2 recibieron una alimentación combinada (leche materna y un sucedáneo); no se conoce el tipo de alimentación suministrada a 9 bebés. Hubo un mortinato y tres defunciones por otras causas.

En el período 2000–2004, se observó una declinación de la tasa de mortalidad materna, de 133,3 por 100.000 nacidos vivos (25) a 115,9 por 100.000 nacidos vivos (19). Durante el período 2000–2005, se notificaron aproximadamente 119 defunciones de mujeres por complicaciones obstétricas. Las principales causas de mortalidad materna en las dos salas de maternidad más grandes de Guyana, que representan la mayoría de las defunciones maternas registradas en el país, fueron: hemorragia (32%), trastornos hipertensivos del embarazo (21%), septicemia puerperal (13%), embarazo ectópico (2%) y malaria (2%). Hubo 19 defunciones registradas, comunicadas por hospitales, atribuidas a hemorragias durante el embarazo o el parto, trastornos hipertensivos durante el embarazo, complicaciones del parto y el puerperio y trastornos previos al embarazo, incluidos problemas cardíacos y respiratorios.

Si bien los abortos son legales en Guyana, no se dispone de servicios para abortos voluntarios en los hospitales públicos. Los hospitales proporcionan asistencia a las pacientes con abortos incompletos en curso y facilitan la expulsión. También hay un número relativamente alto de mujeres que buscan atención de salud porque sufren sangrado vaginal provocado por la automedicación con prostaglandinas (Cytotec). Las tasas de defunciones maternas provocadas por abortos son bajas debido a la capacidad del personal de las salas de maternidad de los hospitales para manejar con eficiencia las situaciones de aborto. Entre enero y abril de 2005, se realizó un análisis de situación en dos de las salas de maternidad más grandes del país. Los resultados revelaron deficiencias de los hospitales en el seguimiento y la utilización completa de protocolos y en las normas y procedimientos para el manejo del embarazo, el parto, el puerperio y la atención del recién nacido.

La lactancia materna es una práctica tradicional. En más de 90% de los partos asistidos en las salas de maternidad, las madres comienzan a amamantar a sus bebés en la primera hora posterior al parto. Setenta por ciento de los recién nacidos son amamantados exclusivamente durante el primer mes de vida, mientras que solo 47% reciben exclusivamente leche materna a los cuatro meses de edad. Asegurar el contacto piel a piel inmediatamente después del parto es otra práctica tradicional en casi todos los nacimientos en ambas salas de maternidad.

Salud de los trabajadores

Una encuesta efectuada en 2004 que incluyó a 133 niños que trabajaban en ocho comunidades comerciales encontró que la mayoría participaban en ventas en el mercado, o en actividades agrícolas o de pesca. Si bien la mayoría de ellos parecían gozar de una razonable salud, varias de las tareas que debían realizar generaron preocupación por su seguridad y salud. Por ejemplo, tenían que levantar objetos pesados, lo cual aumentaba el riesgo de sufrir problemas en la espalda y otras lesiones. Además, informaron que a veces eran objeto de maltrato físico o abuso sexual; en este último caso, aumentaba su exposición al VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual. En general, los niños solo buscaban asistencia médica cuando su problema de salud se había convertido en un trastorno grave, lo cual indica que muchos problemas de salud menos apremiantes no eran detectados y, por tanto, tampoco eran tratados.

En 2004, el número total de accidentes comunicados a la División de Salud y Seguridad Ocupacional del Ministerio del Trabajo fue de 2.202, de los cuales 2.198 fueron accidentes no mortales. Los accidentes mortales variaron de 14 en 2000 a 4 en 2004. Noventa y cinco por ciento de los accidentes no mortales en 2004 sucedieron en el sector agrícola y alrededor de 2%, en el sector manufacturero. A pesar de la falta de datos acerca de la exposición laboral a plaguicidas tóxicos, el uso difundido de productos químicos en las actividades agrícolas indica que esto constituye una considerable amenaza para la salud de los trabajadores. Los procedimientos inadecuados para la eliminación de desechos, incluidas las sustancias químicas, representan otro factor de riesgo para la salud de los trabajadores guyaneses. En el principal relleno sanitario en Georgetown, se realizan actividades irregulares de reciclaje, en las cuales 121 personas están expuestas a diversos riesgos para su seguridad y a condiciones insalubres.

Salud de las personas con discapacidad

En el censo de 2002 se identificó a 10.876 personas con algún tipo de discapacidad (2,2% de la población total). Una encuesta efectuada en cuatro de las regiones administrativas del país, basada en una muestra de 1.500 personas con discapacidades, encontró que 14% estaban socialmente excluidas por completo. El acceso a los servicios de salud difería según el tipo de pro-

blema; las personas con discapacidades físicas y de la audición tenían un mejor acceso a los servicios (72% y 55%, respectivamente) que las que padecían una discapacidad relacionada con la audición y el habla (44%) o el aprendizaje (27%). La encuesta también reveló obstáculos en el acceso a los servicios de salud para las personas con discapacidades que vivían en el interior del país (solo 20% a 40% de los entrevistados en esas regiones tenían acceso a algún tipo de servicio de rehabilitación).

Salud de los grupos étnicos

Los amerindios, el grupo predominante de población en la mayor parte del interior del país, son también el sector social más pobre y presentan algunos de los indicadores de salud más bajos en Guyana. La malaria es un problema de salud grave: 60% del total de casos notificados corresponden a la población amerindia. También otros problemas de salud afectan desproporcionadamente a este grupo, como las caries, las mordeduras de serpientes, la escabiosis, las helmintiasis, el consumo de sustancias psicoactivas y el VIH/sida. Al mismo tiempo, las mujeres amerindias están expuestas a un mayor riesgo de deficiente salud materna ya que en el interior del país son menos los partos asistidos por profesionales de la salud. Los trabajadores comunitarios de salud a menudo son el único tipo de prestadores de servicios que asisten a la población del interior y su trabajo se ve obstaculizado por las dificultades de transporte, la falta de refrigeración y la escasez de personal.

Otros grupos

Las comunidades de trabajadores de las minas de oro, situadas en zonas remotas del interior de Guyana, se caracterizan por el rápido crecimiento demográfico a causa de la afluencia de mineros y personas que les prestan servicios, así como por la falta de instalaciones básicas de saneamiento y eliminación de desechos. Estas condiciones crean el entorno ideal para el surgimiento de enfermedades transmitidas por vectores y otras afecciones.

La minería tiene repercusiones en el entorno físico y social de todas las zonas circundantes y afecta negativamente a la salud de la población. Algunos de esos factores se relacionan directamente con las actividades mineras, como el escurrimiento de sustancias químicas hacia el sistema de abastecimiento de agua y la presencia de fosas no rellenadas donde se acumula el agua, que propician la cría de mosquitos, mientras que otros factores se vinculan con las circunstancias sociales que rodean la minería, como los lugares de alojamiento temporales sin adecuadas instalaciones sanitarias y las relaciones efímeras acompañadas de comportamientos sexuales peligrosos. El impacto social de la minería se observa también en el desequilibrio de la proporción de hombres y mujeres en las comunidades mineras, en la debilidad de la estructura de la familia, que se manifiesta en el gran número de adultos solteros y sin parejas permanentes, y en la relativa po-

breza que persiste en contraste con la riqueza generada por las actividades mineras.

Más del 50% de los mineros padecen malaria. Los campamentos y viviendas para las operaciones mineras están por lo general situados en zonas boscosas remotas, antes deshabitadas, cuyo acceso es muy difícil y a menudo peligroso. A pesar de estas circunstancias, los medicamentos antimaláricos pueden ser obtenidos fácilmente por conducto de los concesionarios mineros.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La **malaria** es un importante problema de salud pública y sigue siendo endémica en las regiones del interior del país, donde afecta en particular a la población amerindia. En 2005, se notificó un total de 38.984 casos nuevos, de los cuales la malaria por *Plasmodium falciparum* representó el 39% de los casos y la enfermedad causada por *P. vivax*, 54%. El índice parasitario anual medio en 2005 fue de 173,95 y el porcentaje de zonas en riesgo de malaria se mantuvo en 21,5%.

Desde 2003, se han detectado cepas de *P. malariae* en aproximadamente 3% del total de casos nuevos. La mayoría de estos casos (73%) corresponden a hombres adultos. La malaria a menudo no es tratada, especialmente en los niños, y muchas personas sufren múltiples episodios al año. Se usan mosquiteros para 61% de los niños menores de 5 años, pero solo 11% de los mosquiteros son tratados con insecticidas. También se piensa que la malaria es un importante factor que contribuye a la anemia en mujeres y niños.

Desde 2000, ha mejorado la vigilancia del **dengue**, si bien subsisten deficiencias en la notificación general de casos y en la notificación de los serotipos circulantes. En 2002, se registró el mayor número de casos (202) y se identificó el serotipo 3. No se cuenta con información sobre los serotipos circulantes en 2003. Solo ha habido dos casos notificados de dengue hemorrágico (DH), ambos en 2002. En el período 2001–2005, no se registraron defunciones provocadas por el DH.

No se notificaron casos de **leishmaniasis**, **esquistosomiasis** o **enfermedad de Chagas** en el período 2001–2005. Las observaciones clínicas efectuadas en algunos pacientes con cardiomegalia indican la posible existencia de casos de la enfermedad de Chagas; no obstante, no se ha comprobado la presencia del vector, en especial en las zonas del litoral donde se concentra el mayor porcentaje de la población.

Las encuestas realizadas en 2001 demostraron que más de 90% de la población de Guyana está expuesta al riesgo de infección con **filariasis linfática**. En 2003 se establecieron sitios centinelas con el fin de vigilar la eficacia de la sal enriquecida con dietilcarbamazina (DEC) para reducir la transmisión y la preva-

lencia de la filariasis linfática. La evaluación de los dos sitios centinelas con la prevalencia más elevada de filariasis linfática, usando el examen de cuantificación de antígenos filariásicos, indicó una prevalencia de 35% en Georgetown y de 18% en New Amsterdam, mientras que la prevalencia de microfilaremia en esas dos zonas fue de 11,4% y 2,6%, respectivamente.

Enfermedades inmunoprevenibles

El programa de inmunización en Guyana —que incluye las vacunas BCG, DPT, VOP y MMR— ha tenido mucho éxito y más de 80% de los niños reciben todas las vacunas recomendadas (excepto la MMR) en los primeros 12 meses de vida. La vacuna MMR es administrada entre los 12 y 23 meses de edad y un promedio de 91% de los niños la recibieron antes de los 23 meses de edad en el período 2001–2005. La cobertura media con tres dosis de la DPT fue de 90% en el mismo período. En los niños menores de 1 año de edad, la cobertura con la BCG y las tres dosis de VOP fue en promedio de 94% y 92%, respectivamente, entre 2001 y 2005. La vacuna pentavalente (DPT, antihepatitis B y contra *Haemophilus influenzae* tipo b [Hib]) fue introducida en 2001 y la cobertura media con esta vacuna en el mismo período de cinco años fue de 90%. Para el mismo período, no ha habido casos confirmados de sarampión. La cobertura de la vacunación con la MMR y la vacuna antiamparilica fue de más de 88%. La vacuna antiamparilica continúa formando parte del calendario ordinario de inmunización para los niños de 12 a 13 meses de edad. La cobertura nacional del Programa Ampliado de Inmunización entre enero de 2004 y diciembre de 2005 reveló que la cobertura de los niños menores de 1 año fue superior a 90%. Se ha erradicado la poliomielitis y no ha habido casos confirmados de tétanos neonatal.

Enfermedades infecciosas intestinales

Los datos estadísticos del Ministerio de Salud indican que sectores de la población en las 10 regiones administrativas de Guyana están infectados con vermes intestinales. No se han notificado casos de cólera desde los brotes de 1992–1993.

Enfermedades crónicas transmisibles

La incidencia de la **tuberculosis** (TB) ha continuado aumentando, en particular desde 2000. La cobertura con el tratamiento acortado directamente observado (DOTS) creció de 6% en 2000 a 42% en 2004; no obstante, no se ha logrado descentralizar el programa de control de la TB al nivel de atención primaria de salud.

Las tasas de mortalidad también han aumentado, de 3,6 en 2001 a 5,3 en 2004, como se puede ver en la figura 2; esta situación ha sido asociada con la coinfección con TB/VIH. En la figura 3 se muestran las tasas de notificación de casos de TB y de la prevalencia de infección por el VIH en los adultos durante el período 1984–2004. La tasa de incidencia es considerablemente más elevada en los hombres y el grupo de edad más afectado es el de las personas de 25 a 44 años de edad, donde los hombres en 2004 constituían 57,7% de los casos.

FIGURA 2. Tasas de mortalidad por tuberculosis, Guyana, 1999–2004.

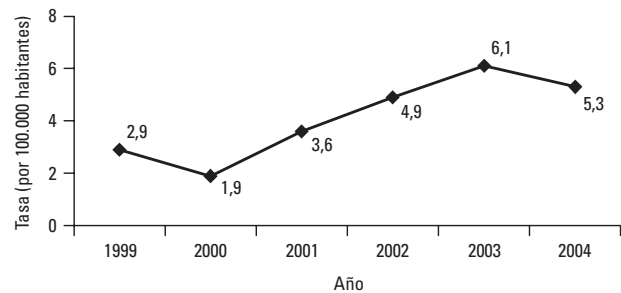
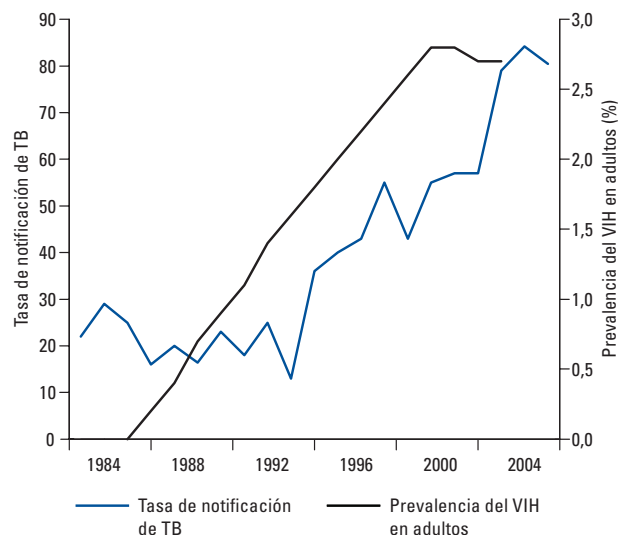


FIGURA 3. Tasa de notificación de casos de tuberculosis y prevalencia del VIH en adultos, Guyana, 1984–2004.



La tasa de detección de casos nuevos de tuberculosis con ss + todavía es baja y solo llegó a 27% en 2004. La tasa de cura de la cohorte de pacientes que recibieron el DOTS en 2003 llegó a solo 57%, una reducción en comparación con las tasas de los dos años anteriores, cuando había llegado a 90% y 85%. En las zonas no cubiertas con el DOTS, la tasa de cura en 2003 fue de 50,9%, más alta que la alcanzada en los dos años anteriores.

La prevalencia de la enfermedad de Hansen (**lepra**) aumentó de 0,9 en 2000 a 1,2 en 2004. La tasa de incidencia también aumentó de 0,4 en 2000 a 0,5 en 2004; ambos aumentos en los indicadores fueron resultado de las formas multibacilares de la enfermedad. Un promedio de 12% de los casos nuevos presentaron discapacidades del grado II en el momento del diagnóstico, lo cual indica que el diagnóstico fue tardío. Los pacientes que acudieron por decisión propia representaron 44,7% del total de casos diagnosticados, 21% fueron diagnosticados por medio de contactos examinados y 14,7% eran pacientes enviados por otros servicios de salud para consulta con médicos especialistas.

Infecciones respiratorias agudas

Las **infecciones respiratorias agudas (IRA)** continúan jugando un papel importante en la morbilidad y la mortalidad en Guyana y ocupan el primer lugar en relación con la demanda de servicios de atención de salud. Anualmente se registran alrededor de 50.000 casos de IRA; de ellos, más de 2.000 requieren hospitalización y un promedio de 200 personas fallecen al año a causa de las IRA. En 2003, se registraron 48.629 primeras consultas médicas por IRA, lo cual representa una tasa de 6.553 por 100.000 habitantes. En 2004, el número de consultas aumentó a 53.262 y la tasa se elevó a 7.111 por 100.000 habitantes. Las tasas de mortalidad por IRA fueron de 23,8 por 100.000 habitantes en 2003 y 2004. Las IRA fueron la séptima causa principal de muerte en el grupo de niños menores de 1 año en 2003 y la quinta causa principal de defunción en ese grupo de edad en 2004. Fueron la tercera causa principal de muerte de los niños de 1 a 4 años de edad en 2003–2004.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Para fines de 2004, había 7.512 casos oficialmente registrados de personas VIH-positivas y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA estimó que había en ese momento una prevalencia de la infección por el VIH en los adultos de alrededor de 2,5% (un mínimo de 0,8% y un máximo de 7%). Los resultados de estudios de vigilancia efectuados en grupos vulnerables de la población indican una estabilización de la epidemia. Esto es corroborado por los casos notificados y los datos de la incidencia en el período entre 1987 y 2004. Existe un mayor acceso a los centros de salud que ofrecen orientación y tratamiento voluntarios, y distintas organizaciones del sector público y del sector privado y organizaciones no gubernamentales realizan más pruebas de detección del VIH. La notificación incompleta era un problema grave en los primeros años de la epidemia y, si bien subsiste una considerable notificación incompleta, el problema está siendo solucionado gradualmente. A pesar del mayor número de pruebas, la cantidad de casos nuevos registrados permaneció relativamente estable entre 2001 y 2005. Los datos demuestran que, aun cuando los hombres fueron más afectados que las mujeres en los primeros años de la epidemia, hay una creciente feminización de la epidemia y hoy más mujeres que hombres son registradas como VIH-positivas, en especial en el grupo de 15 a 24 años de edad, el único en el cual se registraron más infecciones en las mujeres que en los hombres durante 2001–2004. Más de 90% de los casos registrados se presentan entre las personas de 15 a 49 años de edad.

En 2001 se inició un programa auspiciado por el gobierno para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño; de los 11 sitios pilotos iniciales, se ha expandido a 56 sitios en ocho de las diez regiones administrativas del país. Desde noviembre de 2001, a más de 21.000 mujeres se les han ofrecido pruebas de detección del VIH y más de 18.000 las han aceptado. La aceptación ha crecido de 67% en 2002 a 94,6% en 2005. El 50% de las mujeres embarazadas tienen acceso al programa de prevención.

En 2005, se elevó el número de personas con acceso al programa de tratamiento con medicamentos antirretrovirales: de 13 personas tratadas por mes al comienzo del año se llegó a 23 por mes para fin de año, lo cual representa un total de 986 personas en tratamiento en el programa nacional. Se han ampliado los servicios de laboratorio con el fin de incluir pruebas para determinar la carga vírica y los linfocitos CD4. Estos servicios de pruebas han permitido tomar decisiones con un mejor conocimiento de causa y han dado como resultado considerables avances clínicos e inmunológicos en el tratamiento de pacientes VIH-positivos y con sida.

La cantidad de defunciones anuales vinculadas con la sida se ha desacelerado y parece estabilizada. Después de un brusco ascenso del número de defunciones entre 1999 y 2000 (de 302 a 483), la tasa bruta de mortalidad disminuyó a 49,8 en 2003 y el número de defunciones permaneció estable en 314.

Zoonosis

En 2001, se notificó un presunto caso humano de rabia. En 2003 y 2004, se comunicaron 22 diagnósticos clínicos de rabia en el ganado. No se comunicaron casos en perros en esos años. En mayo-junio de 2004, se detectó un brote de encefalitis equina. Se notificaron aproximadamente 25 muertes de animales y el laboratorio del Centro de Epidemiología del Caribe confirmó tres casos humanos con síntomas. Se implementó una campaña de vacunación como medida de control. En 2002, se certificó que Guyana estaba exenta de la fiebre aftosa.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En relación con la seguridad de los alimentos, se han identificado los siguientes grupos de riesgo: las familias de bajos ingresos, los indigentes y desamparados, los niños menores de 5 años, los adultos de 65 años y más edad y las personas infectadas con enfermedades transmisibles o afectadas por una o más enfermedades crónicas no transmisibles. Una encuesta antropométrica sobre la nutrición realizada en escuelas preparatorias (iniciales) reveló que 9,7% de los niños de 3 a 4 años tenían peso bajo para su edad y 6,5% sufrían un retraso del crecimiento. Estos indicadores llegaron a 11% y 8,5%, respectivamente, en los niños de 4 a 5 años. En el grupo de 5 a 6 años de edad, 14% tenían un peso inferior al normal, 9,8% presentaban retraso del crecimiento y 27% sufrían anemia; estos porcentajes representan una marcada mejora en comparación con resultados de estudios anteriores. En 2002, una evaluación a nivel de la comunidad concluyó que había una ingesta generalmente elevada de macronutrientes (energía, proteínas y grasas); también reveló diferencias por sexo, región geográfica, etnicidad y grupo de edad, una alta prevalencia del sobrepeso e ingestas elevadas de azúcar y sodio. En una encuesta sobre la actividad física realizada en 2002, 69% de los participantes eran sedentarios y el índice era más elevado en las mujeres y

los habitantes de zonas urbanas; solo 20% dijeron que practicaban ejercicios y la práctica era más frecuente entre los hombres y los profesionales jóvenes. Una encuesta sobre la nutrición efectuada en 2002 encontró que 6,4% de los entrevistados tenían un peso inferior al normal, 31% presentaban sobrepeso y 19% eran obesos. La obesidad era más frecuente entre las mujeres y las personas que vivían en zonas urbanas.

En el período 2001–2004, se notificó un promedio anual de 8.433 casos nuevos de diabetes. Aproximadamente 6.832 personas (74% de la población total con diabetes) tienen menos de 65 años y unas 2.400 (26%) superan los 65 años de edad. Las estadísticas disponibles indican que la cantidad de mujeres diabéticas es el doble del número de hombres con la enfermedad; esto puede obedecer a los estilos de vida más sedentarios que llevan las mujeres y comportamientos más saludables observados entre los hombres. A menos que se pongan en práctica estrategias de prevención eficaces, la incidencia de la diabetes en Guyana continuará elevándose, aumentando la ya pesada carga socioeconómica para las familias y el sistema de salud.

Enfermedades cardiovasculares

En Guyana, las enfermedades isquémicas del corazón fueron la segunda causa principal de muerte en las personas de ambos sexos. El número de defunciones por esta causa fue de 1.491, que representaron 10,3% del total de defunciones por causas definidas en el período 2001–2003. En ese mismo período, el número de muertes por enfermedades isquémicas del corazón en hombres fue de 866, lo que representa 10,4% del total de defunciones de hombres por causas definidas. Entre las mujeres, hubo 625 defunciones por esa causa, que equivalen a 10,1% del total de defunciones de mujeres por causas definidas.

Neoplasias malignas

La tasa de incidencia de casos registrados de cáncer (2.236) en el período 2001–2005 fue de 301,3 por 100.000 habitantes. La tasa de incidencia anual tendió a aumentar en el período, lo cual se puede atribuir a un mejor sistema de registro de casos. El **cáncer de mama** representó 15,4% de la incidencia total; el de **próstata**, 14,6%, y el **cáncer cervicouterino**, 12,9%. Otros tipos de cáncer frecuentes fueron el de **colon**, de **estómago**, de **pulmón**, de **útero** y de **hígado**, con incidencias que variaron de 5,6% a 3,1%. Esos tipos de cáncer representaron 64% del total de casos registrados entre 2001 y 2005. De todos los casos registrados, 1.295 (57,9%) fueron mujeres, lo cual refleja el número elevado de pacientes con cáncer de mama y cervicouterino. Las tasas acumulativas de incidencia en las mujeres fueron de 352,8 por 100.000 habitantes y, en los hombres, de 251,1 por 100.000 habitantes. El cáncer de próstata, el de colon y el de pulmón fueron los más frecuentes entre los hombres, y el de mama, el cervicouterino y el de colon fueron los más comunes entre las mujeres.

En el período 2000–2004, la tasa acumulativa de incidencia del cáncer en la población infantil fue muy baja: 20,3 por 100.000

habitantes, con 53 casos. Las principales localizaciones fueron la médula ósea, los riñones, la sangre, los huesos largos de las extremidades inferiores y los ganglios linfáticos de la cabeza, la cara y el cuello.

En algunas zonas, las tasas de incidencia son mucho más elevadas que en otras; en la franja costera las tasas son más altas. Este fenómeno podría atribuirse al hecho de que en algunas regiones los servicios de salud son de mejor calidad y es más alto el nivel de investigación, diagnóstico y registro de casos, en comparación con otras zonas con menos servicios.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Durante las extensas inundaciones sufridas en 2005, se produjo un importante y difundido brote de leptospirosis. Como resultado de la vigilancia diaria sobre el terreno efectuada por unos 40 equipos médicos móviles del Ministerio de Salud y la vigilancia en los hospitales, se comunicaron 87 casos de leptospirosis. Para prevenir una mayor propagación de la enfermedad, el Ministerio suministró profilaxis semanal con doxiciclina durante tres semanas a todos los grupos de edad vulnerables. Hubo 23 defunciones por leptospirosis confirmada durante este desastre y otras 12 muertes provocadas por las inundaciones.

Contaminación ambiental

Debido a la gran importancia económica del sector agrícola y a su continuo crecimiento, está muy difundido el empleo de plaguicidas, que continúa aumentando a medida que se promueve el control de las plagas con productos químicos sintéticos para incrementar la productividad. En los Ministerios de Salud, de Agricultura y de Trabajo, crece la preocupación por la magnitud de las intoxicaciones agudas con plaguicidas. Un taller realizado en 2005 destacó varios problemas vinculados con la ocupación, como la falta de educación sobre medidas de seguridad y de empleo de equipo protector, el uso persistente de diversos plaguicidas muy tóxicos y la escasez de recursos para imponer normas. Una encuesta efectuada en 2001 encontró que 66,9% de los suicidios se cometieron mediante la ingestión de un líquido tóxico, que es el método predominante escogido en las zonas de agricultura intensiva. Poco se sabe acerca de intoxicaciones domésticas y la exposición ambiental a los plaguicidas.

La explotación de las minas de oro también afecta negativamente al entorno físico y humano a causa de las prácticas tradicionales de explotación. Encuestas empíricas realizadas en la década de los noventa confirman la contaminación con mercurio del suelo, los sedimentos fluviales, los ríos, los peces y residentes de comunidades del interior del país tanto en las zonas mineras como en las no mineras cercanas a ellas. Un obstáculo importante es que la minería es una actividad del interior del país, lo cual complica los esfuerzos de vigilancia ambiental del Organismo de

Protección Ambiental (EPA, por su sigla en inglés) y la Comisión de Geología y Minas de Guyana, que son los órganos encargados de reglamentar las actividades mineras. Los principales factores asociados con las concentraciones elevadas de mercurio son la falta de empleo de equipo especializado por los mineros, diseñado para retener los vapores de mercurio en las minas; el almacenamiento inadecuado del mercurio en las viviendas, que afecta la salud de las familias de los mineros; la alimentación (el consumo de pescado tres o cuatro veces por semana) y la duración de la residencia en una comunidad minera o en una comunidad no minera vecina (era siete veces más probable que los habitantes con más de cinco años de residencia tuvieran concentraciones de mercurio superiores a 10 ppm). Los mineros que extraen oro también presentan síntomas de contaminación por mercurio debido al uso inadecuado de equipo de seguridad, los conocimientos insuficientes acerca de las sustancias químicas y los materiales usados en los talleres y la falta de sistemas adecuados de ventilación. La exposición al mercurio está significativamente asociada con pérdida de la audición y parestesia. No existe ninguna asociación entre la concentración de mercurio y el sexo o la edad.

Salud oral

En 2005, en todo el país 73.309 pacientes fueron asistidos en el sistema de salud pública, por un total de 110 trabajadores de salud, constituidos por 22 dentistas, un especialista en cirugía maxilofacial, 24 asistentes de odontología, 32 auxiliares de odontología de nivel medio, 15 empleados administrativos y de apoyo y 16 terapeutas dentales comunitarios que prestaban servicios primarios de salud oral a los escolares y comunidades. Han continuado aumentando los procedimientos preventivos clínicos, como la limpieza de los dientes, el pulido y la fluoruración tópica. En Georgetown, fue importante la introducción de selladores de cavidades y fisuras para prevenir las caries. Continuó creciendo el suministro de atención de restauración (obturaciones) en todo el país, con un total de 13.013 obturaciones en 2005, en comparación con 10.500 en 2004 y 6.774 en 2003. La promoción de la salud siguió siendo un objetivo principal: más de 40.000 alumnos en todo el país escucharon en el aula mensajes pertinentes sobre la salud oral y se sostuvo y consolidó la promoción masiva en las regiones administrativas durante el Mes de la Salud Oral.

Las escuelas y dispensarios periféricos comunitarios han seguido siendo dos estrategias clave para llegar a las personas que necesitan atención odontológica. La Unidad Móvil del Programa Escolar del Rotary Club de Georgetown Central ofreció a más de 6.000 niños de las regiones 3 (Islas Essequibo-Demarara Occidental) y 4 (Demarara-Mahaica, donde está situada Georgetown) atención odontológica gratuita, que incluyó extracciones de piezas dentales, profilaxis y obturaciones.

Continuar los esfuerzos por consolidar el personal de salud pública oral con el reclutamiento de más dentistas y la capacita-

ción de 27 auxiliares de odontología. En mayo de 2005, se logró establecer el control de infecciones cruzadas en los dispensarios gubernamentales con el suministro y distribución de 15 autoclaves a diversos consultorios, incluidos los dispensarios regionales y de distrito.

Ha persistido la escasez de materiales y suministros para la atención preventiva y de restauración y no hubo adquisiciones en 2005. Al mismo tiempo, la ausencia de electricidad en algunos sitios aislados y la escasez de generadores portátiles han impedido suministrar atención preventiva y de restauración durante visitas a zonas rurales y del interior del país.

No se cuenta con datos sobre los servicios de salud oral en el sector privado.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

Los objetivos generales del Plan Nacional de Salud 2003–2007 son mejorar la salud de la nación, apoyar la Estrategia de Reducción de la Pobreza, los objetivos de la Estrategia Nacional de Desarrollo y los ODM, y lograr la eficiencia en función de los costos en el sector salud. El Plan Nacional de Salud se concentra en la modernización y racionalización de los servicios de salud, la descentralización de los programas de salud pública a comités de gestión en salud como prestadores semiautónomos, el establecimiento de sistemas de formación y gestión de recursos humanos y la aplicación de un marco nacional para garantizar la calidad de la atención.

El Plan identifica los siguientes programas nacionales prioritarios: salud de la familia, enfermedades transmisibles, ITS/VIH/SIDA, enfermedades crónicas no transmisibles, salud oral y salud ambiental. Entre 2003 y 2005, el Ministerio de Salud redactó una serie de políticas, planes y estrategias nacionales específicos para abordar las áreas prioritarias en materia de salud, que incluyen el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal en Guyana, la Política y Plan Nacionales de Salud Mental, el Marco Nacional para la Calidad de la Atención, la Estrategia Nacional de Enfermería, la Política Nacional sobre Transfusiones de Sangre, la Estrategia Nacional para la Seguridad de la Sangre, el Plan Nacional para Combatir el VIH/SIDA y la Carta de Derechos y Obligaciones de los Pacientes.

Durante el período 2003–2005, se sancionaron la Ley sobre Direcciones Regionales de Salud para la descentralización de la gestión de los servicios, la Ley del Ministerio de Salud y la Ley de Profesionales Farmacéuticos. Además, el Ministerio de Salud preparó la Ley sobre Establecimientos de Salud, que indica las normas mínimas para los establecimientos públicos y privados de atención de salud; en 2002, se aprobó la Ley sobre Abastecimiento de Agua y Alcantarillado y, en 2005, el Ministerio de Salud presentó al Parlamento el proyecto de Ley de Protección y Promoción de la Salud.

Organización del sistema de salud

Las principales instituciones públicas en el sector salud son el Ministerio de Salud y el Ministerio de Gobierno Local y Desarrollo Regional. La responsabilidad general de la salud de la población recae en el Ministro de Salud, como máxima autoridad del Ministerio de Salud. El Secretario Permanente es el funcionario administrativo en jefe y se ocupa de los aspectos contables del Ministerio. El Oficial Médico Principal supervisa todos los aspectos técnicos y profesionales. Las responsabilidades sectoriales del Ministerio de Salud incluyen la formulación de políticas, el establecimiento de normas, la vigilancia, la evaluación y la ejecución de programas verticales. El Ministerio de Gobierno Local y Desarrollo Regional tiene la obligación de financiar y proporcionar servicios a nivel regional por conducto de los Consejos Democráticos Regionales. El Ministerio de Salud proporciona asistencia técnica y algunos de los recursos humanos para esas actividades. El sector privado funciona de manera independiente, pero, por medio de la Ley de Hospitales Privados, se estipulan los requisitos para la obtención de licencias para esos hospitales. Las organizaciones no gubernamentales participan activamente en el suministro de servicios, en particular en las áreas vinculadas con el VIH/sida.

El Ministerio de Salud tiene varios órganos y departamentos que se ocupan de la normatividad. El Consejo de Farmacia y Toxicología fiscaliza las farmacias y los productos farmacéuticos, mientras que el Departamento de Analistas de Alimentos y Medicamentos regula diversos aspectos vinculados con los alimentos y los medicamentos. Recientemente se fortaleció la capacidad de laboratorio para la vigilancia de la calidad de los medicamentos y el análisis del agua potable.

El Organismo de Protección Ambiental (EPA) se encarga de la protección del medio ambiente. La Dirección de Normas y Servicios Técnicos es responsable de la elaboración de normas y el control de la calidad en los servicios clínicos, de farmacia, de radiografía, de laboratorio y de transfusión de sangre. La Oficina Nacional de Normas de Guyana fiscaliza los laboratorios y bancos de sangre y se han realizado preparativos para la acreditación de los laboratorios. Los consejos profesionales (médico, odontológico, de enfermería y de farmacia) reglamentan el ejercicio de las profesiones de la salud y se exige capacitación médica continua para el registro anual de los médicos. El Ministerio de Salud tiene una farmacopea y una lista de medicamentos esenciales, que se actualizan periódicamente.

La estructura del sistema público de atención de salud de Guyana está muy descentralizada. El control administrativo de los recursos de salud en las regiones recae en Oficiales Ejecutivos Regionales de los 10 Consejos Democráticos Regionales. Cada Consejo tiene un funcionario regional de salud que rinde cuentas al oficial ejecutivo regional, pero recibe orientación técnica y profesional del Ministerio de Salud. Las experiencias en el último decenio han mostrado que, a nivel regional, es limitada la capacidad de gestión en el campo de la salud. Conforme a la Ley de Orga-

nismos Públicos, el hospital nacional para referencia de pacientes en Georgetown funciona como una entidad semiautónoma, con su propio consejo directivo.

El Hospital St. Joseph Mercy es una institución privada que también ofrece tratamiento y atención bajo el programa del Ministerio de Salud. Las personas que viven con el VIH/SIDA reciben atención y tratamiento gratuitos.

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 el sistema es obligatoria para todo trabajador de 16 a 60 años de edad, incluidos los trabajadores independientes. El sistema cubre enfermedades, maternidad, atención médica y lesiones laborales. Se presta cobertura médica mediante el reembolso del costo de servicios tales como hospitalización, anteojos, atención dental, cirugía y la compra de medicamentos, con ciertos límites en cuanto a la cantidad reembolsada. Algunas empresas otorgan un seguro adicional, con o sin aportaciones de los empleados. En otros casos, las personas contratan un seguro médico con compañías de seguro privadas.

Servicios de salud pública

El sistema de atención de salud de Guyana está basado en los principios de la atención primaria de salud de la distribución equitativa de los servicios, la colaboración intersectorial y la participación de la comunidad. Un reto importante es asegurar el acceso equitativo a la atención de salud para los grupos de población que residen en asentamientos pequeños y remotos a orillas de los ríos en el interior del país y proporcionar intervenciones culturalmente apropiadas para una amplia gama de grupos étnicos. En colaboración con los Ministerios de Asuntos Amerindios y de Gobierno Local y Desarrollo Regional, el Ministerio de Salud creó la categoría de trabajadores comunitarios de salud a fines de los años ochenta con el fin de fortalecer el vínculo entre aldeas aisladas y el sistema oficial de atención de salud. Esos trabajadores son capacitados y apoyados por el Ministerio de Salud para proporcionar educación en promoción de la salud en las comunidades, tratamientos sencillos y medicamentos para enfermedades comunes, además de efectuar la vacunación de los niños.

El Ministerio de Salud colabora con organismos donantes y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para poner en práctica un plan nacional de erradicación de la filariasis linfática. Las principales estrategias son la educación del público, la colaboración con los fabricantes de sal en la distribución de sal enriquecida con dietilcarbamazina y el empleo de un procedimiento de diagnóstico más rápido para la vigilancia. Después de dos años de preparación, se inició la distribución de sal con dietilcarbamazina en julio de 2003, con el apoyo financiero de la Fundación Bill y Melinda Gates.

En 2001, se formó el grupo Socios para el Control de Parásitos. Sus participantes incluyen a los gobiernos de países miembros de

la OPS/OMS en los que son endémicas las infecciones helmínticas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la OMS, el Programa Mundial de Alimentos, el Banco Mundial, universidades, fundaciones filantrópicas y empresas farmacéuticas. En mayo de 2001, la resolución 54.19 de la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS respaldó la aplicación de una estrategia para el control de la esquistosomiasis y helmintiasis transmitidas por el suelo en las zonas de transmisión elevada. Una de las metas de la OMS es que “para el año 2010 se administre sistemáticamente quimioterapia a por lo menos 75%, y hasta 100% de todos los niños en edad escolar en riesgo de contraer” esquistosomiasis y helmintiasis transmitidas por el suelo. En 2005 se redactó una propuesta de Plan Nacional de Desparasitación para los Niños en Edad Escolar, que se pondría en práctica durante 2005–2007.

En el programa de lucha contra el VIH/sida, en abril de 2002 se inició el tratamiento con medicamentos antirretrovíricos (ARV) en un centro de tratamiento (la Clínica GUM). A fines de 2005, había ocho centros de salud pública que ofrecían atención y tratamiento, incluidos el suministro de ARV y las pruebas para determinar los linfocitos CD4. Médicos particulares y hospitales privados también llevan a cabo el tratamiento, pero estas actividades aún no han sido incorporadas en el sistema nacional de vigilancia.

Se ha establecido un plan estratégico nacional para la diabetes con el propósito de prevenir la enfermedad, mejorar la atención de los pacientes diabéticos y disminuir la carga de la enfermedad en Guyana. El plan describe áreas prioritarias para la acción en el actual sistema de atención; propone metas, fundamentos, objetivos y medidas de evaluación para cada área y ofrece un marco general para orientar las actividades de prevención y control de la diabetes en el período 2007–2015.

La estrategia sectorial del gobierno para el abastecimiento de agua y el saneamiento busca mejorar el nivel de los servicios, aumentar la eficiencia y lograr la sostenibilidad financiera. Después de iniciado en enero de 2003 el contrato por cinco años para la gestión basada en el desempeño con la empresa GWI, se ha alcanzado un progreso considerable en la aplicación de reformas institucionales y reglamentarias fundamentales en el abastecimiento de agua y el saneamiento. La Comisión de Servicios Públicos, establecida como un órgano fiscalizador independiente para el sector, tiene que fortalecer su capacidad para cumplir sus funciones. El Consejo Nacional del Agua todavía no está en operación. El Ministerio de Salud y el EPA han firmado un memorándum de entendimiento para elaborar de manera conjunta normas sobre la calidad del agua. Al mismo tiempo, GWI, con licencia del gobierno, tiene que proporcionar agua potable segura según las normas de la OMS. Con el apoyo de la OPS, el Ministerio de Salud planea poner en práctica región por región un plan de seguridad del agua.

En cuanto al marco institucional para el manejo de desechos sólidos, los principales involucrados son el Alcalde y el Ayuntamiento de Georgetown, los otros cinco municipios existentes

(New Amsterdam, Corriverton, Anna Regina, Rose Hall y Linden) y los Consejos Democráticos Nacionales. A nivel nacional, los organismos involucrados en el manejo de desechos sólidos son los Ministerios de Salud, de Gobierno Local y Desarrollo Regional y de Hacienda, junto con el EPA. Las organizaciones no gubernamentales y los contratistas privados también desempeñan funciones importantes en este sector.

La formulación de políticas es una responsabilidad compartida por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Gobierno Local y Desarrollo Regional. El Ministerio de Salud y el EPA se ocupan de los aspectos ambientales y de salud pública del manejo de los desechos sólidos. Por medio de su Unidad de Salud Ambiental, el Ministerio de Salud se encarga de aprobar las instalaciones sanitarias y proporcionar orientación a las familias, los municipios, las industrias y otros grupos acerca de la recolección y eliminación adecuadas de los desechos sólidos. El Ministerio de Gobierno Local y Desarrollo Regional se encarga de formular políticas nacionales en relación con el manejo de desechos sólidos y de proporcionar apoyo financiero a los municipios y los Consejos Democráticos Nacionales. No obstante, este marco institucional no está adecuadamente coordinado y debe ser fortalecido. El ministerio ha publicado un proyecto de política nacional de desechos sólidos, pero las deficiencias institucionales han impedido poner en práctica una política técnicamente acertada y apoyada por el público.

El Análisis Sectorial de los Desechos Sólidos en 2004 reveló que muchos municipios tienen sistemas deficientes de recolección de desechos. Si bien la cobertura de los servicios varía entre 62% y 100%, la frecuencia de recolección rara vez supera la norma mínima de una vez a la semana y el tratamiento o eliminación higiénica solo se realizan con una cantidad restringida de desechos especiales.

Se estima que se requerirá la eliminación adecuada de 102.900 toneladas métricas de desechos sólidos al año si se desea que los servicios cubran a toda la población. No obstante, solo 63.700 toneladas métricas de desechos se depositan anualmente en el principal relleno sanitario. Los desechos no trasladados al relleno son quemados, enterrados o llevados a terrenos desocupados, canales y siete basurales comunitarios. No hay información sobre el manejo de los desechos sólidos en zonas fuera de la ciudad capital.

Si bien el ayuntamiento de Georgetown tiene un programa de manejo de desechos sólidos, los otros municipios cuentan con poca capacidad técnica, administrativa y financiera y esto se refleja en sus sistemas inadecuados de recolección y eliminación de desechos sólidos. No hay actividades de reciclaje ni de producción de abono a partir de los desechos en el país.

Los desechos especiales, como los provenientes de hospitales y mataderos, son quemados, ya sea al aire libre en la mayoría de los municipios o en un incinerador muy inadecuado situado en Georgetown. Como ninguno de estos métodos es aceptable, es urgente aplicar una metodología técnicamente acertada y sostenible para la eliminación de desechos peligrosos.

Servicios de saneamiento ambiental equitativos: una prioridad para todos los habitantes de Guyana

El Gobierno de Guyana ha establecido como prioridad el mejoramiento de los servicios de agua y saneamiento. El desafío es enorme, en gran medida, debido a la topografía del país y la distribución geográfica de su población. Nueve de cada 10 habitantes viven en una estrecha franja de tierra costera y uno de cada cinco reside en la capital, Georgetown, situada en la costa; los demás habitantes residen en la zona rural más alejada de la costa, remota en su mayor parte. Los pobladores urbanos tienen mucho mejor acceso tanto a los servicios de agua como a los de saneamiento, aunque la calidad del agua de todo el país es mala y no cumple con los niveles mínimos aceptables recomendados por la OMS. A fin de corregir estas deficiencias, el gobierno aprobó la Ley de Agua y Alcantarillado en 2002 y a continuación lanzó un Plan Nacional de Salud para el período 2003–2007 que considera la salud ambiental como uno de los programas clave.

Están en marcha varias iniciativas nacionales para abordar el problema de la contaminación con mercurio y el carácter destructivo de las actividades mineras. Un ejemplo notable es el Proyecto de Minería y Desarrollo de la Capacidad Ambiental de Guyana, que tiene el fin de fortalecer la capacidad de gestión ambiental de los principales actores en el sector minero.

La contaminación del aire no ha sido un problema prioritario en Guyana, pero la contaminación causada por la explotación de yacimientos de bauxita provoca enfermedades pulmonares obstructivas crónicas en los residentes de comunidades mineras y vecinas.

La Unidad de Salud Pública Veterinaria del Ministerio de Salud está encargada de establecer normas y de la vigilancia, la inspección y la certificación de la calidad y seguridad de la producción, la elaboración y la distribución de todas las carnes, peces y mariscos, leche y productos conexos destinados al consumo local, importados o preparados para la exportación. La Unidad de Salud Ambiental del Ministerio de Salud es responsable de procurar que los servicios de protección y control de los alimentos a nivel regional mantengan los estándares adecuados. Las inspecciones de los servicios de alimentos son realizadas por funcionarios de salud ambiental asignados a los municipios y los departamentos de salud regionales.

La Unidad de Salud Pública Veterinaria trabaja en colaboración con el Ministerio de Agricultura para establecer y mantener la vigilancia epidemiológica de las zoonosis y minimizar los riesgos con medidas apropiadas de control y erradicación de las enfermedades. La Unidad también colabora con la Unidad de Salud Ambiental, el Organismo de Protección Ambiental, el Alcalde y el Ayuntamiento de Georgetown, otros ayuntamientos, el Departamento de Analistas de Alimentos y Medicamentos, el Instituto de Ciencias Aplicadas y Tecnología, el Ministerio de Pesca, Agricultura y Ganadería y la Oficina Nacional de Normas de Guyana. Las actividades conjuntas incluyen el tratamiento profiláctico de los animales vulnerables, la concientización del público, la vigilancia

del medio ambiente y la inspección de mercados y supermercados. Estos organismos también intercambian información técnica y disposiciones y comparten instalaciones de laboratorio. La Unidad de Salud Pública Veterinaria establece y mantiene la vigilancia de los alimentos de origen animal y la detección de enfermedades transmitidas por el agua; también instruye a las personas que manipulan y elaboran alimentos acerca de su importante función en la protección y seguridad de los alimentos en todas las actividades previas al consumo. Se realizan dos veces al año inspecciones sanitarias y de vigilancia de los barcos pesqueros. Continúa la aplicación del plan de medidas para garantizar la calidad y la seguridad en plantas pequeñas y medianas de elaboración de pescado e inspectores de la Unidad de Salud Pública Veterinaria efectúan diariamente la vigilancia y evaluación de las condiciones sanitarias de los desembarcaderos y de los productos crudos de pescado en las cuatro principales pescaderías.

El personal asignado a los desembarcaderos y otro personal de pesca reciben adiestramiento sobre la manipulación apropiada del pescado y se realizaron mejoras de las instalaciones sanitarias en estos sitios, conjuntamente con el Programa de la Unión Europea y el Caribe para la Competitividad Económica. La Unidad de Salud Pública Veterinaria proporcionó capacitación a quienes elaboran el pescado, el personal de los desembarcaderos y los pescaderos, sobre buenas prácticas de fabricación, procedimientos operativos y normas de higiene y sistemas de análisis de riesgos en el punto crítico de control, así como orientación sobre las nuevas disposiciones acerca de la pesquería.

La Unidad de Salud Pública Veterinaria y la Oficina Nacional de Normas de Guyana celebraron una reunión conjunta con productores avícolas sobre la aplicación de dos normas: las especificaciones para las carnes de aves y productos avícolas y los requisitos de clasificación y calidad de los huevos para consumo.

La Unidad de Salud Pública Veterinaria coordinó un proyecto de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) sobre el fortalecimiento del sistema de

control de los alimentos en Guyana, en el cual el Ministerio de Agricultura actúa como organismo ejecutor y el Ministerio de Salud, como coordinador del proyecto. La labor técnica continuó con la elaboración de normas sobre los alimentos por la Oficina Nacional de Normas de Guyana.

En 2005 se inició un proyecto de mercados sanos con el Alcalde y el Ayuntamiento de Georgetown en un pequeño mercado público situado en los suburbios de la capital, que presta servicios a una comunidad diversa, constituida básicamente por personas con ingresos medios y bajos. Se estableció un grupo de estudio entre los involucrados, que incluyó a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, vendedores y representantes del sector privado, para abordar cuestiones relacionadas con la seguridad de los alimentos, el agua y el saneamiento.

Desde su creación en octubre de 2005, el Comité Nacional de Preparación para la Gripe ha vigilado la propagación mundial de la gripe aviar. Dirigido por el Ministerio de Salud, el Comité está integrado por los Ministerios de Agricultura, del Interior y de Educación, la Universidad de Guyana y la Asociación Avícola de Guyana, entre otros miembros. El Plan Nacional de Preparación para la Gripe se concentra en minimizar y eliminar perturbaciones sociales imprevistas e indeseables y las consecuencias económicas de todo posible brote pandémico de gripe, y en incrementar al máximo la eficiencia de la respuesta nacional. Como parte de este esfuerzo, el plan nacional de comunicación está orientado al público en general, los medios de difusión, el personal de salud, las escuelas, los lugares de trabajo, los puertos de entrada y las comunidades. El Comité está conectado con otros países de la Región de las Américas para intercambiar información, identificar fuentes de financiamiento y establecer un grupo de trabajo dentro del Marco Mundial para el Control Progresivo de las Enfermedades Transfronterizas de los Animales, una iniciativa conjunta de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y la Organización Mundial de Sanidad Animal.

En respuesta a las intensas inundaciones de comienzos de 2005, el Ministerio de Salud creó un grupo de trabajo en salud en un esfuerzo por prevenir brotes de enfermedades. La respuesta del sector salud fue guiada por un sistema de vigilancia sindrómica, aplicado especialmente durante las inundaciones. En febrero de 2005, el Ministerio inició una campaña en masa de quimioprofilaxis y suministró unos 450.000 tratamientos con doxiciclina (200 mg/día durante 5 días) a los residentes de las zonas afectadas por las inundaciones. Los medios locales de difusión respaldaron este esfuerzo con mensajes integrales de prevención de las enfermedades dirigidos a las comunidades vulnerables. Se revisaron los formularios de notificación de la vigilancia sindrómica para identificar posibles casos y se entrevistó a las personas hospitalizadas con presunta leptospirosis para evaluar las manifestaciones clínicas y posibles factores de riesgo asociados con la enfermedad.

Se alojó a más de 5.000 personas en 45 albergues manejados por la Fuerza de Defensa de Guyana, el Consejo de Socorro de Guyana y organizaciones privadas, con el apoyo del Programa Mundial de Alimentos, la Cruz Roja y sociedades civiles y religiosas como los Rotary Clubes. El centro de mando de los Servicios Conjuntos proporcionó más de 146.000 comidas preparadas y trabajadores gubernamentales distribuyeron más de 78.000 canastas de alimentos; la Organización Islámica Central distribuyó 6.000 canastas a 22 mezquitas. El Ministerio de Salud, los Servicios Conjuntos, contratistas privados, Oxfam International y organismos internacionales suministraron agua potable a las comunidades afectadas mediante una red de distribución de tanques y botellas de agua y tomas públicas de agua. El Ministerio de Salud y el EPA organizaron actividades de emergencia de vigilancia del agua para asegurar la distribución de agua inocua. La Fuerza de Defensa de Guyana y la Cruz Roja distribuyeron 32.613 equipos de limpieza, que contenían jabón en polvo, un cepillo, jabón para lavar y lejía. Las actividades vinculadas con los desechos sólidos y el saneamiento fueron coordinadas por un grupo de trabajo integrado por personal del Ministerio de Salud, el Ministerio de Gobierno Local y Desarrollo Regional y el Alcalde y el Ayuntamiento de Georgetown. La respuesta de socorro de la comunidad internacional fue rápida y representó más de US\$ 3,7 millones.

Servicios de atención a las personas

En el sector público, los servicios de salud se prestan por medio de un sistema de cinco niveles, donde se deriva a los pacientes a un nivel superior según se requiera. El nivel I incluye 188 puestos de salud; el nivel II, 136 centros de salud; el nivel III, 20 hospitales de distrito; el nivel IV, 4 hospitales regionales; y el nivel V, el Hospital Público de Georgetown, que sirve como hospital general para la capital y zonas circundantes y como hospital de referencia de nivel terciario para todo el país. Otras instalaciones del nivel V de atención incluyen el hospital psiquiátrico nacional, el leprocomio y el hospital geriátrico. En el sector privado, hay cinco hospitales y una serie de centros de diagnóstico y de salud y farmacias. La gran mayoría de los establecimientos privados están situados en Georgetown y otros centros urbanos. Hay 4,23 camas de hospital por cada 1.000 habitantes (3,77 en el sector público y 0,46 en el sector privado). No existe un sistema organizado de ambulancias para la población en general. El Hospital Público de Georgetown, todos los hospitales regionales y algunos hospitales privados cuentan con ambulancias para el transporte de pacientes. Algunas empresas privadas de seguridad también proporcionan servicios de ambulancias a sus clientes.

Los laboratorios del sector público están en el Hospital Público de Georgetown, los cuatro hospitales regionales y la mayoría de los 20 hospitales de distrito. Hay un número limitado de laboratorios independientes privados, algunos de ellos combinados con servicios de imagenología para el diagnóstico. El Servicio

Nacional de Transfusiones es administrado por un consejo semiautónomo. En 2005, se recogieron en todo el país unas 5.526 unidades de sangre; esto satisfizo aproximadamente 64% de las solicitudes de los médicos. En 2005, el Servicio Nacional de Transfusiones, con el apoyo de la Cruz Roja, recogió 82% de la provisión de sangre, mientras que los hospitales regionales recogieron 13% y los privados, 5%. El Servicio Nacional de Transfusiones efectúa en todas las unidades para transfusión pruebas para detectar el VIH, el VHB, el VHC, sífilis y malaria. No se realizan pruebas para detectar la enfermedad de Chagas.

Conforme al Plan Nacional de Salud 2003–2007, en 2004 la División de Servicios para la Atención y Rehabilitación de Personas con Discapacidades del Ministerio de Salud creó un plan para establecer estrategias encaminadas a suministrar servicios preventivos, terapéuticos y de rehabilitación a la población. El Programa de Servicios de Rehabilitación contiene los siguientes componentes o subprogramas: administración, fisioterapia regional, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, audiología, un hogar para ciegos y el Centro Nacional de Capacitación Vocacional. La dotación de personal en los servicios de rehabilitación se ha visto afectada por una elevada tasa de disminución de fisioterapeutas y auxiliares. El perfil actual indica que los servicios están principalmente centralizados; la mayor proporción del personal está constituida por trabajadores de nivel medio, llamados auxiliares de rehabilitación y audiólogos. Hay una cantidad limitada de profesionales, principalmente fisioterapeutas, la mayoría de ellos no guyaneses. En 2004, había 41 cargos vacantes, de los cuales 52% eran para personal técnico.

Promoción de la salud

El marco de la promoción de la salud en Guyana se basa en la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud. Al mismo tiempo, a nivel ministerial se continúan integrando progresivamente en los programas nacionales de desarrollo las nuevas directrices establecidas en la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud (2005), como lograr una mayor coherencia en las políticas y la creación de alianzas entre los sectores gubernamentales, el sector privado y la sociedad civil. Se han forjado diversas alianzas multisectoriales entre organismos públicos y privados y organizaciones religiosas y comunitarias.

Dentro del Ministerio de Salud, se han incorporado estrategias de promoción de la salud en las áreas programáticas de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la vacunación, la salud materno-infantil, el manejo integrado de enfermedades prevalentes de la infancia, la salud de los adolescentes y las ITS/VIH/sida. Además se han formulado y aplicado políticas en esas áreas. En una iniciativa nueva, se incorporó en el sistema de salud a los promotores comunitarios de salud, después de su capacitación en la detección temprana de enfermedades, la promoción de la salud y técnicas de prevención, que les permitirán

abordar problemas comunitarios de salud como la diabetes y las enfermedades hipertensivas.

El Programa de Municipios y Comunidades Sanas continúa ampliándose con la inclusión de nuevas comunidades del interior del país y el establecimiento de comités de promoción de la salud, encargados de establecer, coordinar y apoyar diversas iniciativas sobre entornos saludables en zonas remotas básicamente pobladas por grupos amerindios. Los problemas de salud de las comunidades del interior y suburbanas son abordados cada vez más mediante la colaboración intersectorial, que permite fortalecer el Programa.

El Ministerio de Salud estableció una Unidad de Promoción de la Salud dentro de la Unidad de Salud y Bienestar de los Adolescentes y Adultos Jóvenes, con el fin de coordinar los programas de promoción de la salud y entornos sanos dentro del Ministerio y apoyar a la División de Ciencias y Educación en Salud, que se concentra en los factores determinantes de la salud de los adolescentes, en particular la lucha contra el tabaquismo y la prevención de accidentes y traumatismos. La promoción de la salud en los planes de estudio ha sido adoptada por el Ministerio de Educación como un elemento complementario de su mandato de lograr la educación para todos para el 2015. Esto ha facilitado evaluaciones rápidas de las escuelas realizadas por maestros, estudiantes, padres y otros integrantes de la comunidad escolar, así como el establecimiento de planes de acción y la movilización de recursos para abordar los problemas identificados.

La Unidad de Salud y Bienestar de los Adolescentes y Adultos Jóvenes está a cargo del Programa de Salud Escolar del Ministerio de Salud, que se divide en dos subprogramas: el primero está dirigido a las escuelas maternas y primarias para niños de 3 a 12 años de edad, y el segundo, a las instituciones secundarias y terciarias con estudiantes de 12 y más años de edad. En este último caso, se ha establecido en todo el país una red de clubes de salud integrados por maestros y estudiantes que abordan en forma conjunta problemas de salud en sus escuelas, incluidos el tabaquismo y la salud reproductiva.

En 2001, se inició el Programa de Salud Escolar como parte de la Red del Caribe de Escuelas Promotoras de Salud, el cual ha sido adoptado por el Ministerio de Salud como estrategia para mejorar la salud del país. En ese programa participan maestros, estudiantes, padres y otros integrantes de la comunidad escolar, que promueven el reconocimiento de la necesidad de políticas públicas sanas en las escuelas. Entre los logros del grupo, están la formulación de una política sobre escuelas libres del humo de tabaco y mejoras en las instalaciones de 35 escuelas situadas en zonas afectadas por las inundaciones de 2005.

Se creó en las escuelas un Programa de Detección de Problemas de la Visión con el propósito de reducir la ceguera infantil causada por defectos de refracción no corregidos. Se adiestró a maestros, trabajadores de salud y padres para llevar a cabo actividades de detección en sus respectivas escuelas. Los casos

detectados fueron enviados para ser evaluados en el Hospital Público de Georgetown. De 2.428 estudiantes examinados durante el ciclo escolar 2005–2006, 262 fueron enviados para su evaluación y a 36 de los 191 asistidos se les prescribieron anteojos y lentes correctivos. Esta experiencia ha aportado valiosa información para poner en práctica otros programas básicos de detección de problemas de audición y salud oral.

Como resultado de la promoción de la celebración del Día Mundial de la Salud 2004 y su lema “La seguridad vial no es accidental”, el Ministerio del Interior inició la reactivación del Consejo Nacional de Seguridad Vial, que estableció un programa nacional de seguridad vial basado en alianzas entre ministerios gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y el sector privado.

Recursos humanos

La emigración al exterior de profesionales de la salud —de todas las categorías, incluidos administradores y docentes en materia de salud— ha creado una grave escasez de personal en el campo de la salud y ha restringido el suministro de servicios a la población. En el sector de la salud pública, las tasas de puestos vacantes fluctúan entre 25% y 50% en la mayoría de las categorías profesionales. También existe un desequilibrio geográfico del personal profesional: 70% de los médicos del país están en Georgetown, donde reside solo 25% de la población. En cuanto a las especialidades médicas, en Guyana esa atención es prestada en su mayor parte por profesionales extranjeros, quienes ocupan más de 90% de los cargos de especialidades médicas en el sector público.

Otro reto es la baja relación entre profesionales y no profesionales. En las enfermeras, esa relación era de 0,60 en 2003 a causa de una elevada tasa de disminución de las enfermeras profesionales. La tasa de disminución de enfermeras profesionales en el sector público en las dos regiones más pobladas en el país era de 13% de la cantidad de personal, mientras que era de solo 3% a 4% en las enfermeras no profesionales. En algunos casos se vuelve a contratar a enfermeras jubiladas. El Ministerio de Salud ha introducido diversos tipos de personal de categoría básica y media como respuesta a esos retos y como forma de asegurar el acceso equitativo a la atención a pesar de los limitados recursos humanos.

La Universidad de Guyana tiene una Facultad de Ciencias de la Salud, con una Escuela de Medicina y otros departamentos que ofrecen licenciaturas en tecnología médica y enfermería y licenciaturas asociadas en farmacia, salud ambiental y radiografía. La universidad también planea abrir una escuela de odontología. Hay tres escuelas públicas de enfermería —una en Georgetown y una en cada una de las otras dos ciudades grandes del país, Linden y New Amsterdam— y una escuela privada en el Hospital St. Joseph Mercy en Georgetown.

El Departamento de Educación en Ciencias de la Salud del Ministerio de Salud capacita a personal de nivel básico y medio para trabajar principalmente en zonas rurales. La capacitación dura entre 12 y 18 meses y se prepara a parteras rurales, técnicos en rayos X, técnicos para múltiples propósitos, terapeutas odontológicos comunitarios, auxiliares de laboratorio, auxiliares de rehabilitación, auxiliares de salud ambiental y auxiliares médicos de nivel medio.

Gasto y financiamiento sectorial

En 2005, el gasto gubernamental total en salud fue de aproximadamente US\$ 34,2 millones (US\$ 45 per cápita). Esto representa 7,9% del total de gastos gubernamentales (en todos los sectores) y 4,4% del PIB. El total de gastos ordinarios en salud fue de alrededor de US\$ 29,7 millones (86,7% del gasto total en salud) en 2005 y los gastos de capital llegaron a 13,3%. Los sueldos representaron aproximadamente 38% del gasto total en salud y los suministros de medicamentos y material médico, aproximadamente 20,2%. No se cuenta con estimaciones recientes del gasto privado en salud.

Alrededor de 36,7% del gasto ordinario en salud fue asignado al Hospital Público de Georgetown y aproximadamente 40%, a los Servicios Regionales de Salud. La mayor parte de estos últimos servicios se relacionan con la atención primaria de salud; no obstante, en ellos el gasto incluye un porcentaje no especificado asignado a servicios secundarios de salud prestados por hospitales regionales en algunas regiones. Suponiendo que el gasto en atención primaria de salud sea de al menos la tercera parte del gasto total en las regiones (mediante presupuestos regionales y los Servicios Regionales de Salud), representó por lo menos 17% del total de gastos ordinarios (públicos) en salud en 2005 y 8% del total de gastos (públicos) de capital en salud.

Se presta atención gratuita de salud al público. No hay datos ni información sobre el financiamiento en el sector privado de salud.

Cooperación técnica y financiera en salud

El Programa de Manejo de Desechos Sólidos del municipio de Georgetown ha sido financiado desde 2000 por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). En 2005, la OPS proporcionó apoyo técnico al Ministerio de Gobierno Local y Desarrollo Regional para establecer sitios definitivos o de transferencia de los desechos sólidos en las zonas afectadas por las inundaciones, a lo largo de las riberas oriental y occidental del río Demerara.

La OPS también apoya al Ministerio de Salud en la elaboración de un plan de acción para incrementar la capacidad de la Unidad de Salud Ambiental y examinar las funciones de otros organismos que se ocupan de cuestiones de salud ambiental en Guyana. El Departamento de Analistas de Alimentos y Medicamentos también ha recibido apoyo para efectuar análisis de la calidad del

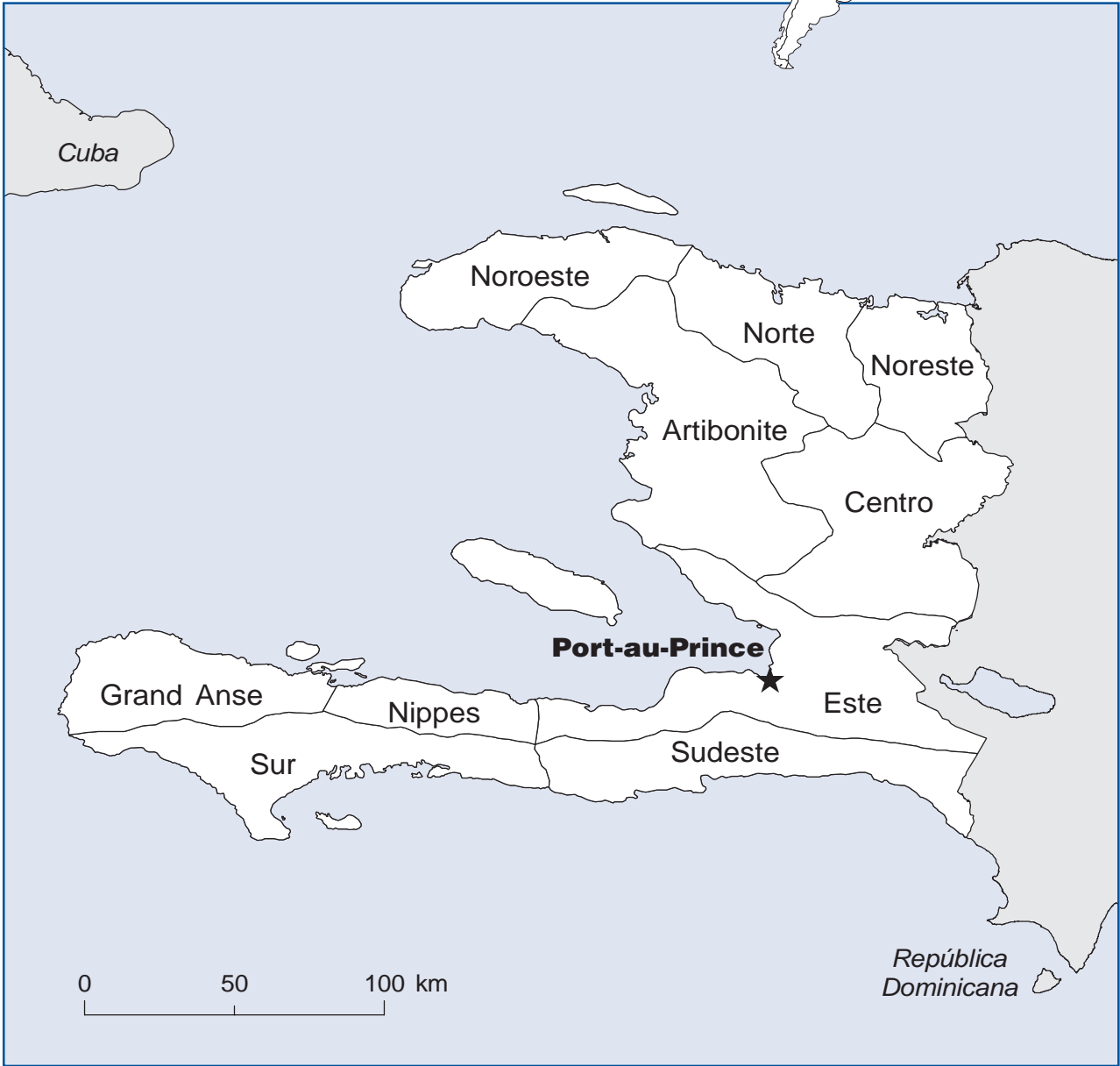
agua conforme a la mayoría de los parámetros incluidos en las pautas de la OMS para la calidad del agua potable.

Desde 1999, el Rotary Club de Georgetown Central ha proporcionado servicios odontológicos gratuitos a escuelas y comunidades vecinas mediante un dentista, dos auxiliares de odontología y un terapeuta odontológico comunitario asignados por el Ministerio de Salud. La cooperación intersectorial para la salud se fortaleció durante 2005. Colgate Palmolive y el Rotary Club de Georgetown Central han seguido siendo aliados fundamentales, junto con la OPS, que apoyó la participación de personal odontológico del Ministerio de Salud en dos conferencias internacionales y en diversas actividades relacionadas con el Mes de la Salud Oral en 2005. Diversas organizaciones no gubernamentales locales y extranjeras continúan proporcionando un valioso apoyo al sistema de suministro de atención odontológica mediante visitas periódicas a consultorios ambulatorios y aportes financieros.

Bibliografía

- Beckles F. Incidence of suicide in Guyana. 2000. Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- Guyana, Bureau of Statistics; International Labor Organization. Child Labour Survey. 2004.
- Guyana, Bureau of Statistics. Multiple Indicator Cluster Survey (MICS), 2000.
- Guyana. Global School-based Student Health Survey. 2004.
- Guyana, Ministry of Education. Strategic Plan 2003–2007.
- Guyana, Ministry of Foreign Affairs; United Nations Children's Fund. Mid-term review (MTR) report. 2003.
- Guyana, Ministry of Health. Human resources recording and reporting system.
- Guyana, Ministry of Health, Mecanismo de Coordinación de País (MCP).
- Guyana, Ministry of Health, Regional Health Services Unit. 2004.
- Guyana, Ministry of Health, Veterinary Public Health Unit.
- Guyana, National Blood Transfusion Service. 2005.
- Guyana Responsible Parenthood Association. Report 2004.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2004.
- Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos. Washington, DC: OPS; 2005.
- Situation analysis of hospital maternity wards. January–April 2005.
- World Health Organization; United Nations Children's Fund, Joint Monitoring Program. Country, Regional and Global Estimates on Water and Sanitation.

HAITÍ



Haití ocupa el tercio occidental de la isla de La Española, que comparte con la República Dominicana. Tiene una superficie de 27.700 km² y está dividido en 10 departamentos (Nippes se convirtió en el décimo departamento en 2004), 41 distritos, 135 comunas y 565 secciones comunales.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

Haití fue la primera nación negra del mundo que se independizó de la colonia, mucho antes que otros países latinoamericanos, y en 2004 celebró el bicentenario de su independencia. Después de casi dos siglos de dictadura y, desde fines de los años ochenta, intentos intermitentes de lograr una democracia, el país ha sufrido largos períodos recurrentes de inestabilidad política. Los acontecimientos políticos en el período examinado pueden sintetizarse de la siguiente manera: Jean Bertrand Aristide, primer presidente democrático del país, regresó a Haití en 2001; nuevamente abandonó el país en febrero de 2004 y, en marzo de ese mismo año, se estableció un gobierno de transición con el apoyo de la Misión de las Naciones Unidas para la Estabilización, que allanó el camino a la normalización, el fortalecimiento de las instituciones del país y las elecciones presidenciales y parlamentarias en febrero de 2006.

La gran mayoría de los haitianos continúan viviendo en condiciones precarias, agobiados por la pobreza y la marginación. Haití es considerado el país más pobre de las Américas. La desigual distribución de los ingresos (4% de la población posee 66% de la riqueza del país, mientras que 10% prácticamente no tiene nada) obliga a los pobres a recurrir a la naturaleza para sobrevivir. Las deficientes prácticas agrícolas en terrenos escarpados han acelerado la erosión del suelo y el escurrimiento generado por las lluvias tropicales arrastra la tierra cultivable hacia el mar y provoca la obstrucción de los sistemas urbanos de drenaje. El agua de superficie está contaminada a causa de los métodos ineficientes de eliminación de aguas servidas y la basura doméstica.

Según la Encuesta 2001 de las Condiciones de Vida en Haití, 55% de la población forma parte de familias que están por debajo de la línea de pobreza extrema (viven con menos de un dólar al día por persona) y 71%, más de seis millones de personas, viven por debajo de la línea de pobreza (disponen de US\$ 2,00 por persona al día). La misma encuesta muestra que la pobreza es mucho peor en las zonas rurales, y afecta a 82% de la población del país.

Según el Censo General de Población y Vivienda 2003, más de 61% de la población de 10 años y más de edad sabe leer y escri-

bir (53,8% de las mujeres y 63,8% de los varones), cifra que es mucho más elevada en las zonas urbanas (80,5%) que en las rurales (47,1%). La tasa bruta de matrícula en la enseñanza primaria es de 120%, lo cual indica que hay muchos estudiantes de edad superior a la normal, inscritos en la escuela primaria. La tasa efectiva de matrícula en la enseñanza primaria de los niños de 6 a 11 años de edad es de 60% en todo el país. Un poco más de uno de cada dos niños de este grupo de edad asiste a la escuela primaria en las zonas rurales, en comparación con 7 de cada 10 en las zonas urbanas. No hay una diferencia importante entre las tasas de matrícula primaria de los varones y las niñas.

No sucede lo mismo con la matrícula en la enseñanza secundaria, donde la tasa bruta de matrícula de las niñas es de 37% y la de los varones, de 45%. Existe una amplia diferencia entre las tasas brutas de matrícula en la enseñanza secundaria de los niños de familias más prósperas (71%) y la correspondiente a los niños de familias incluidas en el quintil de ingresos más bajos (23%). Los idiomas oficiales son el creole, un dialecto francoafriicano característico del país, y el francés, que solo habla el 10% de la población, principalmente las personas que han completado la escuela secundaria.

El acceso a la atención básica de salud no es adecuado. Según el Plan Estratégico Nacional 2005–2010 para la Reforma del Sector Salud, publicado en noviembre de 2005, menos de 40% de la población tiene acceso a servicios básicos de salud en ciertos departamentos (entre ellos, los departamentos del Oeste, el Norte y el Nordeste); el 80% de las personas buscan la atención prestada por curanderos. Para muchos haitianos, la necesidad de pagar antes de recibir tratamiento les impide recibir atención médica. Algunas organizaciones están promoviendo el ofrecimiento de servicios gratuitos para incrementar el acceso al tratamiento. Los costos de salud (consultas, hospitalización, atención médica y compra de medicamentos) también han aumentado desmesuradamente y las personas con recursos limitados no pueden pagarlos. El 47% de la población carece de acceso a la atención básica de salud y 50% no tiene acceso a los medicamentos básicos. Una consulta médica que solía costar 25 gourdes haitianos (HTG) a fines de los años ochenta, ahora cuesta HTG 1.200 (48 veces más).

En los dos últimos decenios, la crisis social y política del país ha tenido graves consecuencias socioeconómicas. El PIB en ge-

neral ha disminuido, con una tasa anual media de crecimiento de $-0,3\%$ en el período 1986–2004.

Desde 2000 a 2004, el país experimentó un crecimiento negativo (de $-1,1\%$ al año). El PIB per cápita sufrió una reducción aún más abrupta, de alrededor de $2,8\%$ anual, principalmente a causa del rápido crecimiento demográfico ($2,5\%$ al año) entre 1982 y 2003.

En agosto de 2000, la tasa de cambio era de HTG 22 por un dólar estadounidense; en 2005, el gourde se había depreciado a un cambio de HTG 42 por dólar.

El aumento cualitativo y cuantitativo de la producción de alimentos desde fines de los años cincuenta no ha podido mantenerse a la par de las necesidades de la población, si bien la disponibilidad de alimentos varía mucho de un departamento a otro. La inaccesibilidad de los alimentos con un alto valor nutricional y la falta de alimentos suficientes afectan el estado nutricional de la población. La preparación poco higiénica de los alimentos vendidos en las calles sin duda está vinculada con la elevada morbilidad. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), 3,8 millones de personas, la mayoría de ellas habitantes de zonas rurales, sufren hambre y 23% de los niños menores de 5 años presentan desnutrición crónica. Más de 40% de las familias padecen inseguridad alimentaria y una alta proporción de mujeres (12%) están por debajo del umbral crítico de deficiencia crónica de energía.

En Haití, son numerosas las manifestaciones nutricionales de la inseguridad alimentaria. Se pueden citar entre ellas el bajo peso al nacer, la desnutrición proteinoenergética, las carencias de micronutrientes como el hierro y el ácido fólico, que conducen a la anemia de las mujeres y los niños, y la carencia de vitamina A y yodo.

En los últimos años se ha intensificado también la declinación de la producción agrícola, la cual tuvo una tasa de crecimiento anual de $-1,2\%$ entre 2000 y 2004. Las repercusiones han sido de dos tipos. En primer lugar, se ha deteriorado el estado nutricional de los niños (las encuestas recientes revelan un alarmante incremento de la desnutrición en las zonas urbanas). En segundo lugar, el aumento del déficit de la balanza comercial debido al crecimiento de las importaciones, en particular de productos alimentarios, ha sido en gran medida la causa de la devaluación de la moneda y del incremento del costo de vida en el país.

Recientemente, el clima de inseguridad ha alcanzado grados críticos, incluso peligrosos. Plantea retos reales a la inversión privada y ha llevado al desempleo y subempleo crónicos. El censo de 2003 indicó que 33% (un tercio de la población económicamente activa) señaló que no tenía trabajo. Este es, por supuesto, un porcentaje hipotético y es muy probable que el desempleo y el subempleo reales sean mucho más elevados.

Estas circunstancias explican fácilmente la alta incidencia de la pobreza extrema en el país. Además, con programas de ajustes estructurales que exigen reducir el gasto público, la prestación de servicios sociales básicos, en particular de salud y educación, no

puede satisfacer la demanda. Por otra parte, como el sector privado se hace cargo de los servicios de salud y de educación, los precios tienden a subir aún más.

Los empleados gubernamentales constituyen 46% de la población económicamente activa ($50,4\%$ para los hombres y $42,2\%$ para las mujeres). Los trabajadores en los sectores de la agricultura, la explotación forestal, la cría de animales, la caza y la pesca representan 49,6% de la fuerza de trabajo económicamente activa, con un marcado predominio de los hombres ($93,3\%$ en las zonas rurales). El comercio al por mayor y al por menor es el segundo sector importante, que ocupa a 25,3% de la población económicamente activa y donde predominan las mujeres.

La inestabilidad política y la inseguridad del país desaceleraron las inversiones y el crecimiento económico después del año 2000. El PIB real disminuyó en 2000–2003 de HTG 23.900 en 1987 a HTG 12.900 en 2003, lo que equivale a una caída de 48%. La tasa media de inflación fue de 17% (e incluyó un aumento en el costo de los productos básicos) y el déficit presupuestario (sin incluir las donaciones) representó en promedio 3,1% del PIB.

Las Naciones Unidas se han referido a estas terribles circunstancias como “la emergencia silenciosa”. Las repercusiones económicas de acontecimientos tales como las inundaciones de 2004, aunadas a la inseguridad, las pérdidas materiales y el caos económico causado por las conmociones políticas a comienzos de ese año, contribuyeron considerablemente a la pérdida estimada de 5,5% del PIB.

En 2005 se estabilizó la economía, repuntó la actividad del sector privado y el comercio exterior volvió a los niveles previos a la crisis. También la inflación mostró signos de disminución y la tasa de cambio del gourde se mantuvo estable (en alrededor de 37 gourdes por un dólar estadounidense).

En 2003, solo 53,3% de la población (1.709.081 personas) tenía acceso a agua potable. Las tasas de cobertura del abastecimiento de agua potable en 2000–2004 presentaron un modesto aumento de 2,7%.

En 2003, 52% de la población rural (unos 2,4 millones de personas) tenía acceso al agua potable. Esto representa una reducción de 4,8% en la población abastecida, en comparación con 2001.

En las zonas urbanas, 1,8 millones de personas (58% de la población) no tenían acceso a servicios de eliminación de aguas servidas y en las zonas rurales la cifra llegó a 3,6 millones (más de tres cuartas partes de la población rural). En total, aproximadamente 5,5 millones de personas (69% de la población) no contaban con servicios de eliminación de aguas servidas.

El país es a menudo azotado por huracanes, y el daño puede ser grave a causa del degradado medio ambiente del país y las viviendas precarias, con frecuencia deficientemente construidas sobre suelos inestables en terrenos muy abruptos, zonas pantanosas o a lo largo de ríos. Dada la difundida deforestación del país, aun las lluvias normales pueden provocar inundaciones en Puerto Príncipe y otras zonas urbanas.

Haití es también en extremo vulnerable a los terremotos. En el país existen ocho fallas geológicas, dos de ellas muy importantes; una está situada en el norte y la otra atraviesa el territorio de este a oeste. La actividad sísmica en Haití en 2003–2005 ha revivido el espectro de un posible terremoto de grandes dimensiones (7 u 8 grados en la escala de Richter), que los expertos han estado pronosticando desde hace varios años. La en extremo elevada tasa de urbanización, que ha dejado a la región de la comuna de Puerto Príncipe con algo más de dos millones de habitantes (10.000 a 18.000 personas por km²), agravará los daños.

Demografía, mortalidad y morbilidad

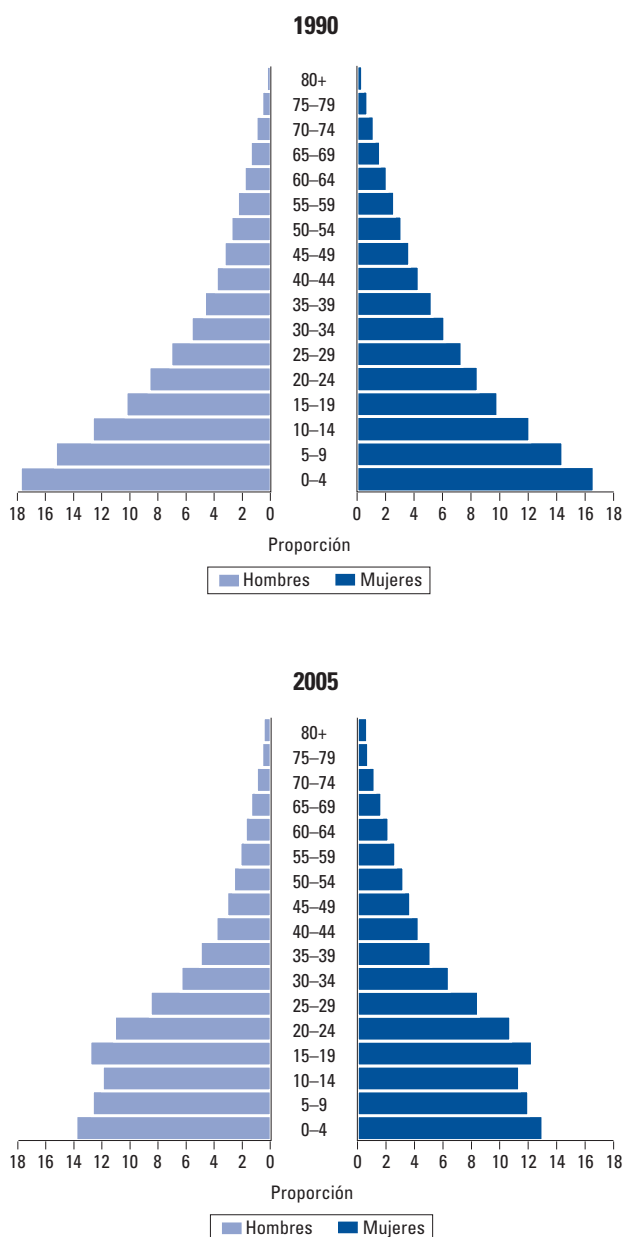
Según el Censo General de Población y Vivienda de 2003, el crecimiento demográfico anual en Haití era de 2,5%. El país tiene una población de 8.373.750 habitantes y una densidad demográfica de 302 habitantes por km². Casi dos terceras partes de la población se concentran en tres departamentos: Oeste, con 37% del total de habitantes; Artibonite, con 16%, y Norte, con 10%. Aproximadamente 40% de la población vive en zonas urbanas.

La población de Haití sigue siendo muy joven (más de 50% de los habitantes tienen menos de 21 años y 36,5%, menos de 15); los adultos de 65 y más años de edad constituyen 5,1% de la población. El análisis de los certificados de defunción de 2003 revela que 4% de las defunciones en el país se produjeron en el grupo de 0 a 24 años de edad.

La tasa de natalidad es relativamente alta (25 por 1.000 habitantes en las zonas urbanas, 30 por 1.000 en las rurales y 28 por 1.000 en el país en general). El promedio de hijos por mujer ha disminuido de 4,7 a 4,0 (en las zonas rurales el promedio es de 5; en las zonas urbanas, de 3, y en la capital, de 2,4). La esperanza de vida al nacer es de 52,7 años para los hombres y de 56,8 para las mujeres. Alrededor de la mitad de la población es soltera. Las mujeres representan 51,8% de la población (hay 86 hombres por cada 100 mujeres en las zonas urbanas y 98 hombres por cada 100 mujeres en las zonas rurales); este fenómeno es causado por los flujos migratorios (las mujeres emigran más de las zonas rurales a las urbanas, mientras que los hombres se desplazan desde las zonas urbanas a las rurales). En la figura 1 se muestra la estructura de la población en 1990 y 2005. La emigración hacia otros países, ya sea temporal o permanente, legal o ilegal, o que se trate de la llamada “fuga de cerebros”, es considerable. El Ministerio para los Haitianos que Viven en el Exterior estima que la cantidad total de emigrados es de 1,5 millones, de los cuales 700.000 están en los Estados Unidos de América, 550.000 en la República Dominicana, 100.000 en Canadá, 70.000 en departamentos y territorios franceses de ultramar vecinos y 40.000 en las Bahamas. Los profesionales y técnicos calificados haitianos que viven fuera de su país constituyen una importante fuente de ingresos para el país.

En 1997, el registro de las defunciones fue de solo 6,3% del total y en 2003 hubo un aumento a 10%. No obstante, en 2004 y

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Haití, 1990 y 2005.



2005 se produjo una súbita reducción en el número de los certificados de defunción. Al mismo tiempo, mejoró la forma en que se llenan los certificados y el porcentaje de certificados de defunción con causas de muerte mal definidas disminuyó de 48% en 1999 a 26% en 2002. Se estableció la retroalimentación de información inmediata y eficiente a nivel central y departamental. Dada la deficiencia de los registros, es preciso interpretar con cautela los

CUADRO 1. Principales causas de muerte por sexo; total de defunciones por cada causa y porcentaje del total de defunciones por causas, Haití, 2003.

Causas	Mujeres	Hombres	Total de defunciones	Porcentaje del total de defunciones por causas
Enfermedades del sistema circulatorio	829	561	1.390	24,4
Sida	219	271	490	8,6
Enfermedades infecciosas intestinales	219	268	487	8,6
Neumonía e influenza	160	169	329	5,8
Neoplasias malignas	157	135	292	5,1
Tuberculosis	118	148	266	4,7
Desnutrición	117	132	249	4,4
Infecciones del período neonatal	128	117	245	4,3
Accidentes	77	142	219	3,8
Agresiones	28	145	173	3,0
Total de defunciones por otras causas definidas	781	775	1.556	27,3
Total de defunciones por causas definidas	2.833	2.863	5.696	100
Causas mal definidas	1.043	1.272	2.315	

Fuente: Haití, Ministerio de Salud Pública y Población. Análisis de las causas de defunción, 2003.

datos de la mortalidad. En el cuadro 1 se muestran las principales causas de muerte en 2003; los datos provienen de un análisis de los certificados de defunción de 10 departamentos del país.

La diabetes mellitus ocupa el undécimo lugar como causa de muerte y representó 2,8% del total de defunciones. La mortalidad materna estuvo en el duodécimo lugar (es la séptima causa de defunción entre las mujeres).

Según la Encuesta de Mortalidad, Morbilidad y Utilización de los Servicios 2000–2001 (EMMUS III), la tasa de mortalidad materna fue de 523 por 100.000 nacidos vivos, cifra que representa un aumento de 15% con respecto a la tasa de 1991 (457 por 100.000). Un análisis de las causas de mortalidad materna en 2003 muestra que las principales causas fueron las complicaciones del parto, como las hemorragias (29%), seguidas de problemas vinculados con la hipertensión y la eclampsia (26%). El aborto provocó 13% de los casos. Según la EMMUS III, 54,4% de todas las mujeres y 63,2% de las mujeres embarazadas padecían anemia.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Las estimaciones de la mortalidad infantil en Haití se basan en los datos de las Encuestas de Morbilidad, Mortalidad y Utilización de los Servicios (EMMUS). El cuadro 2 muestra los indicadores de la mortalidad infantil correspondientes a cuatro encuestas.

Según el informe preliminar de la Encuesta de Mortalidad, Morbilidad y Utilización de los Servicios 2005–2006 (EMMUS

IV), uno de cada 12 niños haitianos muere antes de cumplir 5 años. La encuesta también encontró que las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo los problemas de salud más frecuentes en los niños. El 40% de los niños menores de 5 años tuvieron síntomas de infecciones respiratorias agudas o fiebre en las dos semanas anteriores a la encuesta. No obstante, solo 20% de los niños fueron llevados a un consultorio o a recibir ayuda (20% de los niños vivían en las zonas urbanas y 18% en las rurales); el 28% de los niños provenían de madres que tenían educación secundaria y 15%, de madres que no tenían ninguna escolaridad. Además, 24% de los niños menores de 5 años habían sufrido uno o más episodios de diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta y 57% habían recibido el tratamiento de rehidratación oral; esto representa un importante aumento en el empleo de este tratamiento en comparación con la encuesta anterior (2000–2001), en la cual el porcentaje fue de 41%.

La EMMUS III encontró que 65,3% de los niños en edad preescolar padecían anemia en 2000.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Según los datos del censo de 2003, la población estimada de niños de 5 a 9 años de edad representaba 13% de la población total. Como consecuencia del nivel de pobreza del país y el hecho de que 89% de las escuelas son privadas, 17% de los niños en edad escolar no asistían a la escuela y 12,5% ni siquiera habían sido matriculados alguna vez. En este último grupo, 42% eran menores de 10 años y 54% eran niñas.

CUADRO 2. Tasas de mortalidad infantil por grupo de edad, estimadas por las primeras cuatro Encuestas de Mortalidad, Morbilidad y Utilización de los Servicios (EMMUS I a IV), Haití, 1987–2006.

	EMMUS I 1987	EMMUS II 1994–1995	EMMUS III 2000–2001	EMMUS IV 2005–2006 ^a
Tasa de mortalidad de lactantes (0–1 año de edad)	99	74	80	57
Tasa de mortalidad neonatal (0–28 días de edad)	40	31	32	25
Mortalidad postnatal (1–11 meses de edad)	59	43	48	32
Mortalidad de niños pequeños (1–4 años de edad)	66	61	42	31
Mortalidad de lactantes y niños pequeños (0–4 años de edad)	158	131	119	86

^aEstos resultados son preliminares.

Fuente: Instituto Haitiano de la Infancia.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias fueron las causas de 27% de las defunciones registradas en este grupo de edad. La tuberculosis, las enfermedades diarreicas, la desnutrición, la infección por el VIH/sida y la malaria son las cinco principales causas de muerte, sin que existan diferencias entre ambos sexos. También hay que destacar la importancia de las causas externas en la mortalidad de los niños de este grupo de edad (8%). Un estudio más detallado de las causas de muerte, basado en datos correspondientes al año 2000, revela que es más probable que los varones sean víctimas de accidentes de tránsito, mientras que las niñas son con más frecuencia víctimas de accidentes en el hogar.

Una encuesta nacional realizada en 2000–2003 sobre la prevalencia de las helmintiasis en los niños de 6 a 12 años de edad (complementada con encuestas sobre la prevalencia y la intensidad de las geohelmintiasis intestinales en los departamentos del Sur y Grand' Anse) revela que una tercera parte de los niños tenían parásitos y que había una considerable variación de un departamento a otro. El departamento de Grand' Anse presentaba la tasa más elevada (74%), seguido por el departamento del Norte (46%). El Ministerio de Salud Pública y Población y el Ministerio de Educación, la Juventud y Deportes iniciaron una campaña de desparasitación como parte de un programa regional de la OPS/OMS y del proyecto de prevención de las enfermedades transmisibles y de salud escolar. Se administró una dosis única de 400 mg de albendazol cada seis meses. La campaña fue ampliada para incluir los departamentos del Norte, del Nordeste y de Artibonite.

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

Las diez principales causas de muerte en estos grupos incluyen el sida, las agresiones físicas, los accidentes, la tuberculosis, la fiebre tifoidea y causas relacionadas con la maternidad; los servi-

cios para los adolescentes los prestan principalmente las organizaciones sin fines de lucro. Según la EMMUS IV, la tasa de fecundidad entre las mujeres de 15 a 19 años de edad era de 69 por 1.000 y hay amplias diferencias entre la región metropolitana (46 por 1.000) y las zonas rurales (86 por 1.000). Una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años tiene acceso a métodos anticonceptivos modernos. En 2005–2006, fue escaso el uso del condón en este grupo (7%).

En 2005 se registraron 1.002 partos entre niñas de 10 a 14 años de edad y 6.090 entre jóvenes de 15 a 19 años. La violencia y el abuso sexual son más frecuentes en el grupo de 10 a 19 años.

Salud de los adultos (20–59 años)

Este grupo de edad constituye 40% de la población total, e incluye a mujeres en edad fértil y a la mayoría de las personas que integran la fuerza laboral. Según la EMMUS IV, la tasa de fecundidad entre las mujeres en edad fértil ha disminuido de 4,7 hijos por mujer en 2000 a 4,1 hijos en 2003, con variaciones según la zona de residencia (cinco hijos en las zonas rurales y tres en el área metropolitana). Se brindó información sobre al menos un método moderno de planificación familiar a 99% de las mujeres. Los métodos modernos más comúnmente usados por las mujeres que mantienen relaciones con un compañero son las inyecciones (11%), los condones (5%) y la píldora anticonceptiva (3%). Solo 2% de las mujeres optan por la esterilización en las zonas urbanas y rurales y otro 2%, por el DIU.

El sida fue la principal causa de muerte entre las personas de 20 a 49 años de edad en 2003 y representó 14,5% de las defunciones con un diagnóstico específico. Las enfermedades cardiovasculares estuvieron en segundo lugar (10%), seguidas por las agresiones (5%), las causas relacionadas con la maternidad (4,4%), los accidentes (3,9%) y la tuberculosis (3,7%).

Salud de los adultos mayores (65 años y más)

Según el Censo de Población y Vivienda de 2003, las personas mayores de 65 años representaban 5,1% de la población total; de estas, 72% vivían en zonas rurales y 7,7% tenían por lo menos una discapacidad. Las mujeres representaban 53% de este grupo de edad. Aproximadamente 78% de los adultos mayores no saben leer ni escribir.

El análisis de las causas de muerte en este grupo de edad durante 2003 muestra un predominio de las enfermedades no transmisibles: las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, las neoplasias, las enfermedades pulmonares, las enfermedades diarreicas y la diabetes mellitus (enumeradas en orden descendente de importancia).

No existe un programa de atención de salud para los adultos mayores. Conforme a la tradición y la cultura haitianas, los ancianos se quedan en el hogar bajo el cuidado de sus familiares. Sin embargo, esta situación está cambiando y se están estableciendo asilos privados de ancianos, si bien su costo elevado (US\$ 600 al mes) los hace inaccesibles, salvo para una minoría de la población. Ciertas comunas tienen asilos para los adultos mayores más pobres (asilos comunales de ancianos de Cap Haïtien y Puerto Príncipe); otras instituciones son manejadas por grupos religiosos (la Iglesia Católica tiene una institución en Cayes) y algunas asociaciones también administran hogares para ancianos.

Salud de la familia

La constante reubicación y emigración de la población han propiciado el colapso de la estructura de la familia en las zonas urbanas y rurales. En las grandes ciudades, una sola vivienda puede albergar a varias familias, ya sea porque los miembros de estas han emigrado o porque los niños han perdido a sus padres. En las zonas urbanas, 48% de las familias monoparentales son encabezadas por mujeres y en las zonas rurales, 33,3%. Solo 45% de los hijos menores de 18 años viven con ambos padres. El Ministerio de Salud Pública y Población tiene una Oficina de Salud de la Familia, la cual trabaja con el Fondo de Población de las Naciones Unidas para procurar, entre otras cosas, que los suministros de planificación familiar lleguen a los almacenes ubicados en sitios alejados de los centros urbanos.

El número de exámenes prenatales efectuados por un profesional de la salud, ya sea médico, enfermera o auxiliar de enfermería, está en aumento (85% de las embarazadas fueron examinadas, frente a 67,7% en 1995). Según la encuesta de 2005–2006 (EMMUS IV), 60% de los partos fueron atendidos por un profesional o una partera calificada (74% en las zonas urbanas y 53% en las rurales), frente a 46% en 1994. El número de las defunciones de mujeres durante el parto debe ser motivo de reflexión, incluida la concerniente a las habilidades del personal involucrado. El hecho de que solo 24,7% de los partos tuvieron lugar en instalaciones de salud (EMMUS III, 2000–2001) es probablemente un

mejor indicador de la situación real que la cifra registrada de los partos atendidos por personal calificado.

El Instituto de Bienestar Social e Investigación del Ministerio de Asuntos Sociales y del Trabajo proporciona algunos servicios a niños marginados y discapacitados.

Salud de los trabajadores

La tasa de empleo es muy baja (46%). El sector informal, constituido principalmente por mujeres, y el sector agrícola emplean en conjunto a 96% de la fuerza laboral. Un programa nacional de asistencia vocacional para promover el empleo productivo y combatir la exclusión social, dirigido por el Ministerio de Planificación y Cooperación Externa con apoyo del PNUD y la OIT, ha financiado la elaboración de un inventario de grupos organizados del sector informal en Haití que prestan alguna forma de protección social a sus miembros o adherentes. El programa, ofrecido por instituciones de microfinanciamiento u organizaciones no gubernamentales (ONG) del campo de la salud, llega a alrededor de 2% de la población y en general cubre las enfermedades y defunciones. Los sistemas de ayuda social que se han establecido son similares a los seguros de salud o seguros mutuos; cubren a grupos de 400 a 115.000 individuos y son administrados por sus miembros o por prestadores de atención de salud. El acceso a los servicios de salud depende de una prima baja pagada periódicamente por los afiliados. Estas iniciativas responden al deseo de los grupos del sector informal de contar con mecanismos de aseguramiento para cubrir sus necesidades básicas. Además, el Instituto de Bienestar Social e Investigación del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales presta algunos servicios a las trabajadoras.

La protección social patrocinada por el Estado cubre de 1% a 3% del sector estructurado. La ley otorga tres meses de licencia de maternidad a las mujeres embarazadas que trabajan. Los empleados gubernamentales y sus familias (unas 215.000 personas) están protegidos por un sistema específico de seguros, pero se consideran poco satisfactorios los servicios, en particular fuera de la capital.

La cobertura de los empleados del sector privado la proporciona la Oficina de Seguros Laborales, Médicos y de Maternidad, un organismo autónomo descentralizado que administra un hospital que ofrece servicios básicos y algunos servicios especializados, como traumatología, obstetricia y ginecología. Además de la atención médica, los beneficiarios reciben una indemnización por discapacidad temporal o permanente. Unas 43.000 personas normalmente reciben prestaciones con este sistema. Ciertas empresas ofrecen protección a sus jornaleros o personal de plantilla.

Salud de las personas con discapacidad

Según el censo de 2003, 1,5% de la población (125.600 personas) tenía una discapacidad; 11% de esas personas eran menores

de 15 años, 57% tenían de 15 a 64 años de edad y 32% eran mayores de 65 años. Más de 65% de esas personas vivían en zonas rurales y alrededor de 70% no tenían ninguna escolaridad. La discapacidad notificada más comúnmente fue la ceguera; se estimó que 1% de la población eran ciegos y que entre 75.000 y 200.000 personas tenían dificultades de visión debido a traumatismos, glaucoma, cataratas, infecciones de la córnea y retinopatía diabética.

Las personas con discapacidad a menudo pertenecen a los grupos más pobres de Haití. Carentes de recursos económicos, tienen poco acceso a la atención curativa. Hay tres instalaciones permanentes y dos temporales que proporcionan prótesis en Haití, pero solo una cuarta parte de las personas que han sufrido amputaciones han podido adquirir una prótesis, cuyo costo es prohibitivo para la mayoría de las personas con discapacidad. En 2005, 28 instituciones y asociaciones nacionales y 10 instituciones y asociaciones internacionales trabajaban en esta área en Haití.

Salud de los niños muy vulnerables

Los huérfanos, los niños de la calle y los que trabajan en el servicio doméstico son particularmente vulnerables. La EMMUS IV estima que 11% de los niños menores de 18 años han perdido a su padre o a su madre. El estudio más reciente de niños que viven en la calle (que han cortado los vínculos con su familia y hogar) y los que trabajan en la calle (que mantienen vínculos y un contacto más o menos regular con su familia, o vuelven al hogar a dormir o a llevar el fruto de su trabajo) lo realizó en 1999 la Unidad de Investigación sobre Niños en Situaciones Difíciles de la Universidad Quisqueya. Según el estudio, entre 6.226 y 7.833 niños de 5 a 17 años viven en esas situaciones precarias en Puerto Príncipe, 163 en Cap-Haïtien y 41 en Jacmel. A menudo son maltratados por la policía, que los considera delincuentes, y son propensos a sufrir enfermedades y problemas estomacales. Según estas fuentes, el número de niños y adolescentes que viven con una familia que no es la suya, en una situación conocida como *restavek* (término utilizado para los niños y adolescentes que realizan tareas domésticas sin recibir remuneración alguna) podría ser de hasta 300.000 (81% de ellos están en zonas rurales y 73% son niñas). La mayoría tiene entre 7 y 14 años de edad y solo 55% asiste a la escuela.

Salud de los presos

Un análisis de las estadísticas médicas concernientes a la atención de los reclusos en tres penitenciarías metropolitanas en 2005 revela que las principales causas de consultas (en un total de 10.969) fueron dolores de cabeza, problemas gástricos, infecciones urogenitales, hipertensión, fiebre, sarna, artritis, infecciones respiratorias agudas y diarrea. Hubo 73 casos de beriberi notificados durante este período y 65 embarazos. El Ministerio de Salud Pública y Población proporciona el tratamiento antituberculoso en 17 prisiones, que cubre a más de 4.000 presos.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La **malaria** (por *Plasmodium falciparum*) es endémica en Haití y las tasas de transmisión son más elevadas en ciertos sectores comunales después de las temporadas de lluvia (de marzo a mayo y de octubre a noviembre). En 2003 se registraron 109 defunciones atribuibles a la malaria (63 mujeres y 46 varones), de las cuales 12% eran niños menores de 5 años. Se notificaron 86.768 casos de malaria en 2004 y de estos, 24.205 fueron confirmados en el laboratorio. Las cifras en 2005 fueron de 106.152 casos y 26.021 casos confirmados. Hay 50 sitios centinela de vigilancia en funcionamiento en el país.

Está en marcha un proyecto de cinco años (2004–2009) financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (con US\$ 14,8 millones) y encaminado a reducir la morbilidad a menos de 10% y eliminar la mortalidad por malaria para 2010.

El **dengue hemorrágico** aún no ha sido documentado en Haití. Se han detectado los cuatro serotipos (I a IV), pero no existe un programa estructurado de tratamiento. El Sistema de Vigilancia notifica periódicamente los casos presuntos de dengue hemorrágico. Se encuentra *Aedes aegypti* en todo el país, especialmente en las zonas urbanas, donde la existencia de sitios de cría de las larvas facilita su propagación, en particular durante las temporadas de lluvia.

La **filariasis linfática** está presente en zonas tanto urbanas como rurales, especialmente en el departamento del Norte, en el Golfo de Gonâve, donde constituye un importante problema de salud pública. Todo el país está expuesto al riesgo de la transmisión de esta enfermedad por el vector *Culex quinquefasciatus*, que tiende a multiplicarse en zonas urbanas y regiones costeras protegidas del viento. En ciudades tales como Léogâne, Archaïe, Plaine du Nord y Limbé, más de 20% de la población está infectada con microfilarias. Ciertas comunas en los departamentos del Norte y el Centro tienen tasas de seropositividad de más de 30%.

Se efectuó un estudio nacional de la prevalencia que incluyó a 22.058 estudiantes de 6 a 10 años de edad de 10 departamentos. El estudio constó de tres etapas (noviembre y diciembre de 1999, mayo y junio de 2000 y enero a mayo de 2001). Se dio tratamiento con dietilcarbamazina (DEC) en una dosis de 6 mg/kg a los 898 niños que tuvieron resultados positivos en la prueba de inmunocromatografía rápida (tarjeta ICT). En 2003 se inició un proyecto financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates, con apoyo de la OPS/OMS, que busca eliminar la enfermedad para 2010 y que ha comenzado a dar frutos.

Después del huracán Jeanne en septiembre de 2004, se identificaron en la ciudad de Gonaïves tres pacientes con malaria, dos con infecciones agudas de dengue y dos con infecciones agudas por el **virus del Nilo Occidental**, entre 16 pacientes con fiebre aguda.

Enfermedades inmunoprevenibles

El programa de inmunización de Haití abarca las siguientes enfermedades: tuberculosis, poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina y sarampión. La cobertura de vacunación de los niños de 12 a 23 meses de edad es de 41,3% (EMMUS IV). El **sarampión** está en vías de ser eliminado. En 2000 se registraron 990 casos de sarampión; la última epidemia ocurrió en 2001, con 158 casos confirmados; no se ha confirmado ningún caso de sarampión desde entonces.

Se notificó un solo caso confirmado en laboratorio de infección por un poliovirus no salvaje del tipo 1 originado en un laboratorio, en un niño de 2 años de edad vacunado inadecuadamente; la parálisis se inició el 30 de agosto de 2000. A pesar de las intensivas actividades de búsqueda de casos, no se han identificado otros casos.

Hubo una epidemia de **difteria** en 2004 con 801 presuntos casos, de los cuales 101 fueron investigados (27 de estos últimos fueron confirmados por laboratorio y 10, por el contacto epidemiológico). En 2005 se registraron 495 casos en ese año. Se investigaron un total de 17 casos notificados (nueve fueron confirmados y 8 fallecieron). El **tétanos neonatal** sigue siendo un importante problema de salud pública. A pesar de los esfuerzos concertados para combatir la enfermedad, se notificaron 119 casos en 2005, de los cuales 71 eran neonatales; de estos, fueron investigados 46. Ciertas comunas tienen actualmente tasas de tétanos neonatal superiores a 1 caso por 1.000 nacidos vivos. Según EMMUS IV, en casi tres cuartas partes (74%) de los nacimientos en los últimos cinco años, la madre había recibido una sola dosis de vacuna antitetánica durante el embarazo. En cuanto a la **tos ferina**, no se notifican ni investigan todos los casos. Se registraron cuatro casos en 2004 y de un total de 697 casos comunicados por el Ministerio de Salud Pública y Población en 2005, 21 fueron investigados. En el cuadro 3 se muestra la cobertura de vacunación del Programa Ampliado de Inmunización en 2001–2005.

Enfermedades infecciosas intestinales

Las enfermedades infecciosas intestinales continúan siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad infantiles. Según los datos de la EMMUS IV, 24% de los niños menores de 5 años habían tenido uno o más episodios de diarrea en las dos semanas previas a la encuesta; de estos, 40% habían recibido un paquete para tratamiento de rehidratación oral (TRO) y 7% habían sido tratados en el hogar con una solución preparada por la madre. A nivel nacional se les suministraron líquidos durante un episodio de diarrea a 57% de esos niños, lo cual representa un aumento en comparación con el porcentaje estimado en 2000 (41%). No obstante, hay que señalar que el tratamiento de rehidratación oral se utiliza con más frecuencia en las ciudades (72% en la zona metropolitana) que en el campo (52%).

En términos de la prevalencia, los niños de 6 a 11 años de edad son los más afectados (41%), seguidos por los niños pequeños

CUADRO 3. Tasa de cobertura (%) del Programa Ampliado de Inmunización, por antígeno, Haití, 2001–2005.

Antígeno	Año				
	2001	2002	2003	2004	2005 ^a
BCG	49	45	54	43	62
Antipoliomielítica 1					55
Antipoliomielítica 2					45
Antipoliomielítica 3	53	41	48	61	65
DPT 1					57
DPT 2					47
DPT 3	52	39	50	62	68
Contra la varicela	53	34	52	57	59
TT2+	...	...	...	...	19

^aLos porcentajes correspondientes a las vacunas antipoliomielíticas 1 a 3 y la DPT 1 a 3 en 2005 se basan en datos de múltiples años, más que en los de un solo año calendario.

Fuente: Haití, Ministerio de Salud Pública y Población, Programa Ampliado de Inmunización, OPS/OMS, datos administrativos.

(12 a 23 meses de edad). Estas enfermedades ocuparon el tercer lugar, después del sida, en la lista de causas principales de muerte en 2003 para todos los grupos de edad y ambos sexos (8,6% de las defunciones por causas definidas).

La fiebre tifoidea fue la causa de 2,8% de las defunciones de niños de 5 a 9 años de edad, de 8,9% de las del grupo de 10 a 14 años, de 3,2% de las del grupo de 15 a 19 años y de 1,5% de las del grupo de 20 a 49 años.

Enfermedades crónicas transmisibles

La **tuberculosis** es endémica en Haití y es la séptima causa principal de muerte según el análisis de los certificados de defunción de 2003. La tuberculosis tiende a afectar a las personas durante sus años productivos (entre los 15 y los 44 años de edad).

La incidencia estimada de esta enfermedad fue de 12.632 casos (todas las formas) en 2005 y de 6.828 a 7.340 casos diagnosticados por baciloscopia. Los objetivos del Programa Nacional contra la Tuberculosis, de detectar 70% de los casos y curar 85% de ellos, aún no han sido alcanzados. La tasa de detección se estimó en 49% en 2006 y la de curación, en aproximadamente 70% en 2004.

En 1997 se sentaron las bases para un programa nacional estructurado contra la tuberculosis con la aplicación de la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS). Se introdujo un régimen de tratamiento de 8 meses, junto con un plan nacional contra la tuberculosis para 2001–2006. El porcentaje de personas infectadas con tuberculosis que fueron consideradas “curadas” varió de 62% en 2001 a 70% en 2005. En este último año participaron en el programa 198 instituciones, de las cuales cuatro eran sanatorios. Los pacientes reciben medicamentos en forma gratuita. La epidemia de infección por el VIH en Haití ha exacerbado considerablemente la situación de la tuberculosis en el país, convirtiendo a esta última enfermedad en la principal in-

fección oportunista en las personas con VIH. La información epidemiológica disponible indica una tasa de coinfección por tuberculosis y VIH de 29%.

Desde hace más de un siglo se han realizado en Haití esfuerzos para combatir la **lepra**; el Ministerio de Salud Pública y Población estableció, como prioridad, la eliminación de la lepra. Entre 1998 y 2002 se detectaron 1.718 casos y 75% fueron tratados. Además, más de 1.000 profesionales de la salud recibieron capacitación en relación con la enfermedad. El cierre del centro de Gonaïves,¹ como consecuencia de la tormenta tropical Jeanne en septiembre de 2004, condujo a una drástica reducción del número de casos nuevos detectados (de 56 en 2000 a 26 en 2004 y a 24 en 2005). Después de 2004, el Ministerio de Salud Pública y Población creó una oficina de programas para la lepra y formuló un nuevo plan estratégico para 2006–2008. El Ministerio firmó un convenio de cooperación con el Instituto Fame Perey y concertó un acuerdo con Fontilles, una organización no gubernamental española dedicada al cuidado de los pacientes con lepra.

En 2005, la Liga contra la Anemia Falciforme (LAAF), creada en 1989 en Puerto Príncipe, identificó a 706 personas con **anemia drepanocítica** en 679 familias, 27 de las cuales tenían dos o tres hijos afectados por la enfermedad. Entre esas personas, 540 casos (76% de los detectados) eran del genotipo SS. La distribución de los casos por edad fue de 16% en el grupo de 0 a 10 años, de 41% en el de 11 a 20 años, de 26% en el de 21 a 30 años y de 16% en el de personas de más de 30 años. La morbilidad era más alta en las personas de 0 a 24 años de edad (con secuelas de accidentes cerebrovasculares y convulsiones, mutismo o priapismo en 5% de los varones de más de 15 años de edad; úlceras abiertas en las piernas en 4% de los pacientes con anemia drepanocítica SS que tenían más de 12 años de edad, sin ninguna preponderancia clara de uno de los sexos). En mayo de 2005 se llevó a cabo un estudio preliminar en la comuna de Mirbalais (en la meseta central), que incluía una serie de pruebas a 412 de las 900 personas que habían solicitado atención médica (pacientes de 22 a 45 años de edad). Mediante la electroforesis de la hemoglobina con acetato de celulosa, seguida de la prueba de detección de células falciformes, se identificó a 115 personas con hemoglobina anormal S y C (13,3% de hemoglobina S heterocigota y 3,6% de hemoglobina C heterocigota, porcentajes cercanos a los observados en la capital). Se observó un porcentaje alto (9%) de betatalasemia/hemoglobina S en esta región, hecho que requiere una investigación más sistemática (estudio de las familias, detección neonatal, electroforesis cuantitativa de la hemoglobina).

¹El 26 de septiembre de 2004, la tormenta tropical Jeanne provocó la muerte de 3.000 personas, entre ellas el Padre Olivier, quien había dedicado su vida al cuidado de los pacientes de lepra en Artibonite. Fue arrastrado por las aguas mientras trataba de ayudar a los pacientes en el inundado Hospital de la Providencia en la ciudad de Gonaïves.

Infecciones respiratorias agudas

En 2005–2006, no menos de 40% de los niños menores de 5 años habían tenido fiebre o síntomas compatibles con este tipo de infecciones en las dos semanas anteriores a la encuesta. Solo 20% de ellos habían sido examinados en un centro de salud para recibir tratamiento (26% en las ciudades, 18% en las zonas rurales). El nivel de escolaridad de la madre está relacionado con el hecho de buscar o no tratamiento (28% de las madres con educación secundaria, en contraste con 15% de las madres sin escolaridad, habían buscado atención médica).

El análisis de los certificados de defunción de 2003 revela que las defunciones atribuibles a las infecciones respiratorias agudas en los niños se ubican inmediatamente después de las defunciones por desnutrición o diarrea.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

La infección por el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual son frecuentes en Haití. Se estima que la prevalencia de la infección por el VIH es de 2,2% (2,3% en las mujeres de 15 a 49 años de edad y 2% en los hombres de 15 a 59 años de edad).

Haití atraviesa una epidemia generalizada de infección por el VIH. El virus ataca a hombres y mujeres en edad fértil, conduce a la muerte a una edad muy temprana y deja como secuela huérfanos vulnerables.

Se calcula que 40.000 personas positivas al VIH necesitaban tratamiento con antirretrovíricos en 2005. Desde 2003, el país cuenta con medicamentos antirretrovirales, principalmente por conducto de centros administrados por dos organizaciones: el Grupo Haitiano para el Estudio del Sarcoma de Kaposi e Infecciones Oportunistas (GHESKIO) y la red Zanmi Lasanté, una organización no gubernamental.

Ha aumentado considerablemente el número de sitios que ofrecen tratamiento, así como el número de personas que reciben tratamiento con antirretrovíricos (de 5.500 en enero de 2006 a 9.412 en septiembre de ese mismo año, de las cuales 43% eran hombres y 57%, mujeres, con una razón hombre/mujer de 1:1,3).

La gran mayoría de los pacientes reciben tratamientos antirretrovíricos en los centros del GHESKIO y de la red Zanmi Lasanté. Otros pacientes son tratados en diferentes lugares del país (24 sitios), pero la cobertura es aún muy inequitativa.

Con el propósito de prevenir la transmisión de la madre al hijo, ha aumentado considerablemente el número de sitios que brindan tratamiento (de 40 en 2003 a 74 en septiembre de 2006); no obstante, todavía no se ha logrado la atención efectiva de las embarazadas y sus hijos. Entre octubre de 2004 y septiembre de 2005, alrededor de 53.000 embarazadas fueron sometidas a tamizaje para el VIH. Entre octubre de 2005 y septiembre de 2006, más de 70.000 (más de 80%) fueron examinadas en esos centros. La prevalencia de la infección por el VIH en este grupo específico era de 3,3%; el 91% de las mujeres a las que se les hicieron las pruebas volvieron para conocer los resultados y recibieron orien-

tación posterior. No obstante, solo 10% de las mujeres seropositivas y sus hijos recibieron tratamiento con antirretrovirales para prevenir la transmisión de la madre al hijo.

En 2005–2006 se realizaron aproximadamente 180.000 pruebas de detección del VIH (con una relación hombre mujer de 1:1,9) a personas que voluntariamente las solicitaron en 98 centros de tamizaje; la tasa de prevalencia fue de 9,3% (10,7% para los hombres y 8,6% para las mujeres).

En la EMMUS IV, prácticamente todos los entrevistados habían oído hablar de la infección por el VIH/sida y 75% de las mujeres y 85% de los hombres dijeron que había una forma de prevenirla; las respuestas variaron mucho de un departamento a otro. Independientemente de estas respuestas, el uso del condón es muy limitado. El 11% de las mujeres y 23% de los hombres que habían tenido relaciones sexuales en los 12 meses anteriores a la encuesta habían usado un condón en su última relación sexual. Los solteros declararon con más frecuencia que usaban condones (38% de las mujeres y 42% de los hombres), siendo más común entre los jóvenes (26% de las mujeres y 33% de los varones de 15 a 19 años, frente a solo 6% o menos de las mujeres de más de 30 años y de los hombres de más de 40). El nivel educativo también influye en el uso del condón (24% de las mujeres y 40% de los hombres con estudios secundarios usaban condones, frente a solo 2% de las mujeres y 3% de los hombres que no habían asistido a la escuela). Las personas con VIH/sida continúan siendo estigmatizadas y discriminadas y pueden incluso ser rechazadas por sus propias familias.

Zoonosis

Se notificaron 21 casos de **rabia humana** entre 2001 y 2005, nueve en 2001, cuatro en 2002, cuatro en 2003, tres en 2004 y uno en 2005; la mayoría se presentaron en la zona metropolitana. Muchos de los focos que se notifican no son investigados debido a las deficiencias del sistema de vigilancia epidemiológica.

El **carbunco** es endémico en los departamentos del Norte, del Sudeste, de Nippes y de Artibonite. Estos cuatro departamentos tienen focos activos.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La EMMUS III reveló prevalencias elevadas de **anemia** en los niños (65%), las mujeres en general (54%) y las embarazadas (63%).

Además, en 2005, el Instituto Haitiano de la Niñez realizó un estudio sobre la prevalencia de las **deficiencias de vitamina A y de yodo**. Una tercera parte de los niños de 6 a 59 meses de edad tenían concentraciones plasmáticas de retinol $\leq 0,70 \mu\text{mol/l}$ y sufrían una deficiencia de vitamina A (básicamente de origen nutricional) y 1,47% padecían una deficiencia grave (concentraciones $\leq 0,35$); no existía ninguna diferencia entre ambos sexos.

Los niños de 24 a 35 meses de edad eran los más afectados. Haití puede ser considerado un país con una deficiencia leve de yodo (concentración mediana de $84 \mu\text{g/l}$): 24% de la población sufre una deficiencia moderada y una fracción muy pequeña, deficiencia grave. Las zonas rurales son las que presentan la mayoría de los casos de deficiencia grave, pero aun en la zona metropolitana hay focos de deficiencia grave. Estas deficiencias afectan la salud de las mujeres embarazadas y los niños.

De septiembre de 2002 a mayo de 2003, la Fundación Haitiana de Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares efectuó un estudio transversal que incluyó a 1.620 adultos de más de 20 años de edad residentes de la zona metropolitana de Puerto Príncipe. La prevalencia ajustada según la edad de la **diabetes** fue de 4,8% en los hombres y de 8,9% en las mujeres y 70,6% de los casos ya eran conocidos. Se encontró **hipertensión** en 48,7% de los hombres y 46,5% de las mujeres. La prevalencia en el grupo de más de 40 años de edad fue de 69,1% en los hombres y de 67,2% en las mujeres.

Enfermedades cardiovasculares

Entre 2000 y 2003, las enfermedades cerebrovasculares representaron la tercera parte del total de defunciones. Las cardiopatías, la diabetes y la enfermedad hipertensiva también fueron importantes causas de muerte.

Neoplasias malignas

En 2003, las neoplasias malignas ocuparon el quinto lugar como causa de muerte y representaron 5,1% del total de defunciones registradas. Se registró un total de 292 casos de neoplasias malignas (157 en mujeres y 135 en hombres). En las mujeres, los órganos más afectados fueron el aparato reproductor (28%), el aparato digestivo (26%), las mamas (18%), el aparato respiratorio (9%), el sistema sanguíneo y linfático (7%) y el tubo digestivo (5%). No se realiza un tamizaje sistemático para detectar el cáncer cervicouterino, el cáncer de mama o el de próstata.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Las lluvias torrenciales provocaron la inundación de las ciudades de Cayes en 2002 y de Saint-Marc en 2003. En 2004, las zonas rurales de Mapou y Fonds Verrettes también fueron muy afectadas por las inundaciones. En esta última zona se notificaron 1.800 defunciones, y dos aldeas resultaron totalmente destruidas por avalanchas de lodo. En septiembre de 2004, la tormenta tropical Jeanne anegó las ciudades de Gonaïves y Port-de-Paix, provocó 2.000 muertes y dejó sin hogar a 100.000 familias. Ocho hospitales y varios centros de salud fueron destruidos.

La temporada de huracanes de 2005 fue particularmente intensa. La actividad ciclónica duplicó el promedio habitual, con 26 tormentas y 14 huracanes. Las lluvias intensas y los vientos vio-

lentos acrecentaron el caudal de la mayoría de los ríos y se inundaron varias regiones. Se comunicaron marejadas en algunas zonas costeras de los departamentos del Sur y Grand'Anse.

Violencia y otras causas externas

Los accidentes y la violencia contribuyen de manera importante a la morbilidad y la mortalidad en Haití, especialmente de la población económicamente activa y los adolescentes y los jóvenes. En 2003, 6% de las defunciones en el grupo de 15 a 19 años de edad y 5% de las muertes en el grupo de 20 a 49 años de edad se vincularon con agresiones. En 2006, distintos organismos, como la policía, la Misión de las Naciones Unidas para la Estabilización de Haití, el Ministerio de Posición Social y Derechos de las Mujeres, la Red Nacional para la Defensa de los Derechos Humanos y Médicos sin Fronteras reunieron datos sobre este problema. Un examen de esos datos reveló que casi 90% de la atención de urgencia consistió en el tratamiento de lesiones por asalto a mano armada y 10%, en el tratamiento de víctimas de agresión sexual o violencia doméstica.

Desde que abrió sus puertas, el centro operado por Médicos sin Fronteras, Francia (MSF/F) ha tratado un promedio de 700 casos de urgencia cada mes, 200 de ellos resultantes de la violencia. Las estadísticas de MSF/F muestran que hubo un promedio de 232 víctimas de accidentes de tránsito mensuales (70% en el grupo de 19 a 49 años de edad, con una razón hombre/mujer de 1,8:1, y 20% en los menores de 18 años) y 414 consultas médicas de víctimas de accidentes en el hogar. Los secuestros para pedir rescate son otra forma de violencia; en diciembre de 2005 se registraron 237 secuestros de este tipo.

Adicciones

En un estudio encomendado por el gobierno en 2000, se entrevistó a 778 niños que vivían en situaciones difíciles y a 4.317 estudiantes de escuelas secundarias de la zona metropolitana de Puerto Príncipe. Los entrevistados declararon que es fácil el acceso a sustancias psicotrópicas en Puerto Príncipe. No obstante, el porcentaje de personas que consideran fácil el acceso varía según la sustancia en cuestión: 98% para los cigarrillos, 97% para las bebidas alcohólicas, 72% para los analgésicos, 39% para los tranquilizantes, y 31% para los inhalantes (solventes). El consumo de alcohol es el más frecuente (55% de la muestra) y su consumo comienza a la edad de 14 años; le siguen las anfetaminas (29%), las píldoras para dormir (15%) y los tranquilizantes (11%). Los varones expresaron que habían comenzado a consumir marihuana aproximadamente a los 17 años de edad y las niñas, alrededor de los 11 años.

La Asociación para la Prevención del Alcoholismo y Otras Adicciones a Sustancias Químicas ofrece servicios de rehabilitación que siguen el método de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos durante 12 meses. Entre 2001 y 2006, 143 personas recibieron tratamiento de la Asociación (88% hombres y 61%, personas que habían sido adictas por más de cinco años). El desglose de

las adicciones por tipo de sustancia es el siguiente: alcohol (27%), marihuana (19%), cocaína fumada (30%), "Juicy Lucy" (marihuana más cocaína fumada) (6%), tabaco, medicamentos de venta con receta y heroína (8%).

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

En 2005, el Ministerio de Salud Pública y Población publicó un plan estratégico nacional para poner en práctica reformas en el sector salud en 2005–2010. El plan reconoce a la salud como un derecho humano fundamental de todos los haitianos, sin discriminación alguna, y hace hincapié en la relación directa con el desarrollo humano y el respeto necesario a los principios de solidaridad, equidad y justicia social.

El principal mandato de la política sanitaria en Haití es fortalecer la función rectora del Ministerio en la planificación, ejecución y evaluación de programas de salud. Las Unidades Comunales de Salud son entidades administrativas descentralizadas encargadas de realizar un conjunto de actividades de salud con calidad, y con la participación de organismos públicos y privados y la comunidad en la zona geográfica asignada a cada unidad.

La medicina tradicional, ampliamente aceptada sin importar la clase social o el credo religioso, es practicada por diversos curanderos ("doktè-fèy", comadronas, hechiceros del vudú, masajistas, componedores de huesos, herboristas, espiritistas, etc).

En 2006 se creó la Oficina de Medicina, Farmacia y Medicamentos Tradicionales dentro del Ministerio de Salud Pública y Población, la cual es responsable de velar por que se establezca una política nacional sobre medicina y medicamentos tradicionales y de fomentar las investigaciones en este campo.

La formulación de estrategias y la ejecución de actividades para garantizar los servicios básicos son obstaculizadas por un marco jurídico deficiente y obsoleto e instituciones inadecuadas. La ausencia de leyes básicas y de homogeneidad en los servicios existentes ha llevado a un estado de anarquía en el cual el gobierno no ha podido reglamentar, dirigir ni vigilar la calidad de los servicios y suministros ofrecidos.

Hasta fines de 2005, Haití no contaba con una política nacional de medicamentos.

En 2002, el Ministerio de Salud Pública y Población puso en marcha un programa para reestructurar y racionalizar el sistema nacional de salud, que incluía la descentralización de funciones del Ministerio según el concepto de las Unidades Comunales de Salud. La descentralización aún se encuentra en sus primeras etapas (en 2006 se habían establecido y estaban en funcionamiento 11 Unidades Comunales de Salud en cinco departamentos). Otras estrategias importantes son el desarrollo de un sistema financiero eficiente, el fortalecimiento de la participación de la comunidad, la coordinación dentro del sector e intersectorial, la formulación de una política de recursos humanos compa-

tible con las necesidades del Ministerio y la modificación de la legislación sanitaria para salvaguardar los intereses del mayor número de personas.

Organización del sistema de salud

El sistema de salud de Haití está integrado por el sector público, el sector privado lucrativo, el sector mixto no lucrativo y el sector de la medicina tradicional. El sector público está constituido por el Ministerio de Salud Pública y Población y el Ministerio de Asuntos Sociales. El sector privado lucrativo abarca a todos los profesionales de la salud que laboran en forma independiente o en clínicas privadas. El sector mixto no lucrativo está integrado por personal del Ministerio de Salud Pública y Población que trabaja en instituciones administradas por el sector privado, organizaciones no gubernamentales u organizaciones religiosas.

El Ministerio de Salud Pública y Población está encabezado por el Ministro y el Director General; tiene 10 oficinas nacionales y cuatro unidades coordinadoras, cada una de las cuales se ocupa de las enfermedades infecciosas y transmisibles, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la nutrición y la seguridad en los hospitales. También hay 10 oficinas sanitarias departamentales, una para cada uno de los 10 departamentos del país, presididas por un Director Departamental de Salud, con el apoyo de profesionales que dirigen los programas nacionales. Las Unidades Comunes de Salud dependen de las oficinas sanitarias departamentales. El tamaño de la población bajo su jurisdicción y su ubicación geográfica determinan su número y ubicación. La ley orgánica más reciente es de 2005–2006, pero se han creado nuevas estructuras desde su promulgación, de conformidad con las resoluciones aprobadas por el país después de las conferencias internacionales sobre salud y desarrollo. Los asuntos pendientes incluyen la aprobación de leyes de salud y de medicamentos por el nuevo parlamento y la creación de una comisión de salud para que apoye esos procesos.

Todas las instituciones del sistema de salud están bajo el control y la coordinación del Ministerio de Salud Pública y Población, como parte de la función reguladora del Ministerio. No obstante, el Ministerio no ha podido asumir cabalmente esta función. Los recursos provenientes de la cooperación internacional han sido canalizados más hacia el sector privado no lucrativo y, en consecuencia, algunas instituciones privadas cuentan con más capacidad que el sector público. El Ministerio de Asuntos Sociales es teóricamente responsable de la salud de los trabajadores del sector privado estructurado. Para ese efecto, tiene a su cargo varios organismos descentralizados, de los cuales los más importantes son la Oficina Nacional de Seguro para la Vejez, la Oficina de Seguros para Accidentes de Trabajo, Enfermedad y Maternidad y el Instituto de Bienestar Social e Investigación.

Las actividades privadas lucrativas están concentradas en la zona metropolitana, donde trabaja la mayoría de los profesionales de la salud. Las instituciones privadas, como clínicas, laboratorios

y farmacias, funcionan sin restricciones, pero no participan en los programas nacionales de salud ni en la vigilancia epidemiológica de enfermedades sujetas a notificación obligatoria.

Los servicios de salud se dividen en servicios de primer nivel, hospitales comunales para la referencia de pacientes y hospitales departamentales de referencia. El sector público abarca alrededor de 35,7% de la infraestructura de salud; el sector privado mixto, 31,8% y el sector privado, 32,5%. Según la antigua nomenclatura, había 402 dispensarios, 198 centros de salud sin camas, 54 centros con camas y 63 hospitales, situados principalmente en las localidades más importantes de los departamentos. Algunos de los hospitales son especializados, en particular, el Hospital de la Universidad Estatal de Haití, que es el hospital de referencia nacional, si bien las restricciones presupuestarias y las repetidas huelgas afectan a menudo su funcionamiento. Ciertas comunas tienen centros de salud, pero estos no pueden satisfacer las necesidades de sus poblaciones. Se estima que 40% de la población no tiene acceso a servicios de salud. Aproximadamente 80% de la población general recurría a la medicina tradicional; la mayoría residen en zonas rurales, donde 13% de la población vive a más de 15 km del centro de salud más cercano.

Todavía son incipientes los esfuerzos concertados para establecer un sistema de seguro social, a pesar del empeño del gobierno en proporcionar una pensión a los empleados de más de 55 años de edad con 25 años de servicios. La Oficina Nacional de Seguro para la Vejez, creada en 1965, cubre a empleados del sector privado, pero solo un porcentaje muy pequeño de la población está protegido y las sumas otorgadas a menudo son miserables.

Servicios de salud pública

El Ministerio de Salud Pública y Población se basa en la estrategia de atención primaria de salud para atender las necesidades de salud de la población. Se presta la atención mediante un paquete de servicios básicos, que incluye la salud de los niños, los adolescentes y las mujeres; las urgencias médicas y quirúrgicas, el control de las enfermedades transmisibles; la educación sanitaria; la salud ambiental y el suministro de agua potable y medicamentos esenciales. La prestación de estos servicios todavía es experimental y las limitaciones en los programas nacionales de salud impiden que estos proporcionen una cobertura máxima.

Los programas para combatir el VIH/sida y la tuberculosis tienen prioridad y reciben apoyo de instituciones financieras que trabajan en el sector de la salud. Además se han establecido redes de organizaciones no gubernamentales y servicios de salud públicos y privados para procurar una mejor puesta en práctica de las estrategias y las actividades. No obstante, estas redes son demasiado incipientes para garantizar una cobertura nacional efectiva. Con respecto a la prevención del sida, está en marcha la cooperación pública y privada con organizaciones no gubernamentales en aspectos que van desde el cumplimiento de planes de cinco años hasta la vigilancia serológica centinela

y la prevención de la transmisión perinatal. Como resultado de la falta de organización y la ausencia de un sistema de evaluación del desempeño, el Programa Ampliado de Inmunización no pudo prevenir la acumulación de un gran número de individuos susceptibles, hecho que se vincula con una epidemia de sarampión en 2001.

Desde 1991, el Ministerio de Salud Pública y Población ha efectuado la vigilancia epidemiológica de la infección por el VIH. Mediante cuatro estudios centinelas de mujeres embarazadas, se detectaron tasas de prevalencia de 6,2% en 1993, 5,9% en 1996, 4,5% en 2000 y 3,1% en 2004, pero esta disminución no significa necesariamente que el riesgo haya disminuido. También se observó que el porcentaje de mujeres menores de 20 años infectadas con el virus se elevó entre 1996 y 2004.

Se creó un programa para combatir la filariasis linfática que ha demostrado que es posible alcanzar el objetivo regional de eliminar esa enfermedad para el año 2010.

En 2004 y 2005, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Agricultura realizaron dos campañas conjuntas para combatir la rabia canina. Unos 100.000 perros y gatos fueron vacunados en la capital, el departamento del Oeste y parte de la meseta central, donde se había producido la alerta. Brasil ofreció 5.000 dosis de la vacuna y la OPS/OMS aportó la logística.

El Ministerio de Agricultura ha auspiciado actividades de vacunación contra el carbunco, si bien esas actividades han sido esporádicas y han contado con escasa participación de la comunidad. En 2004–2005, casi un millón de animales fueron vacunados contra el carbunco. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) proporcionó el financiamiento, y la organización no gubernamental VETERIMED llevó a cabo la aplicación de las vacunas.

En 2005 se construyó un laboratorio nacional de salud pública. Comenzó a funcionar en 2006, si bien con insuficientes recursos físicos y con escasos recursos humanos capacitados.

Se pusieron en marcha dos iniciativas piloto de desarrollo sostenible en Port Salut y Aquin; se establecieron sistemas públicos de alcantarillado y eliminación de desechos sólidos en las dos comunas, los cuales beneficiaron a unas 250.000 personas. En el vecindario de Lison, en la zona norte de Puerto Príncipe, se construyó un sistema público de alcantarillado y desagües pluviales. El Ministerio de Salud Pública y Población tiene ahora una Oficina de Promoción de la Salud y Protección del Medio Ambiente.

Con el fin de mejorar la eliminación de aguas servidas, en 2005–2006 se inició un proyecto que proporciona asistencia técnica y financiera a la comunidad para la construcción de letrinas.

Servicios de atención a las personas

En 1986, el Ministerio de Salud Pública y Población dispuso que la Cruz Roja haitiana se encargara de los servicios de transfusión de sangre. En 2004, con el apoyo del Plan de Emergencia

del Presidente de los Estados Unidos para Mitigar el Sida, el Ministerio puso en marcha un programa nacional para la seguridad de las transfusiones de sangre y preparó un proyecto de decreto encaminado a reorganizar el sistema nacional para la seguridad de la sangre. El programa implica la creación de puestos de transfusión y bancos de sangre en cada departamento del país. Se han logrado avances considerables en la recogida de sangre y el empleo apropiado de sangre entera y hemoderivados; estas mejoras obedecen fundamentalmente a que el sistema basado en donantes de sangre de reposición ha sido sustituido por otro basado en la donación voluntaria, altruista y periódica de sangre (las donaciones voluntarias de sangre aumentaron de 5% en 2004 a 27% en 2006). Sin embargo, la cobertura todavía es en general inadecuada; el centro de transfusiones de sangre de Puerto Príncipe pudo satisfacer solo 47% de la demanda en 2004 y 60% en 2005; el único banco de sangre establecido fuera de la capital en 2006 está situado en Miragoâne. En 2005, el tamizaje de alrededor de 11.000 unidades de sangre reveló que 1,6% de ellas eran positivas para el VIH, 4%, para la hepatitis B, 0,7%, para la hepatitis C, 1%, para el HTLV-1 y 3%, para la sífilis.

La salud mental es responsabilidad de la Oficina de Promoción de la Salud y Protección del Medio Ambiente. El Estado tiene el Centro Psiquiátrico Mars y Kline y el Hospital Psiquiátrico Défilé de Beudet en la zona metropolitana de Puerto Príncipe. No existen otras instituciones públicas que presten servicios de salud mental en el resto del país, pero han surgido varios centros privados pequeños. La atención de salud mental disponible no puede satisfacer la demanda, que se ha incrementado a causa de la persistente violencia y estrés que imperan en el país.

Promoción de la salud

En 2005 se instituyó una nueva estrategia de promoción de la salud mediante la cual se crearon clubes ecológicos para promover el liderazgo de los jóvenes y mejorar las condiciones ambientales, fomentando la existencia de lugares verdes y limpios, el abastecimiento de agua potable y el saneamiento y el control de vectores. También existen otras iniciativas, como la promoción de ciudades sanas.

Recursos humanos

No se cuenta con recursos humanos suficientes para satisfacer la demanda de los servicios, y los recursos existentes están distribuidos en forma desigual en el territorio.

En el pasado, el sector público era prácticamente el único que se ocupaba de la formación de personal de salud por medio de sus instituciones: una facultad de medicina, una facultad de farmacia, una facultad de odontología, una escuela de tecnología médica y cuatro escuelas nacionales de enfermería, situadas en Puerto Príncipe, Cap-Haïtien, Cayes y Jérémie. En los últimos 10 años han proliferado las instituciones privadas, lo cual crea un

problema para la acreditación por parte del Estado. Solo dos de las cuatro facultades privadas de medicina cuentan con reconocimiento oficial del gobierno. Varias escuelas para la formación de enfermeras y auxiliares de enfermería funcionan sin autorización y otras ni siquiera han sido registradas. En 1998 había nueve escuelas de enfermería oficialmente reconocidas y otras nueve estaban en proceso de evaluación.

En 2000 se abrió una escuela para la formación de enfermeras obstétricas; actualmente está preparando la sexta generación, constituida por 30 estudiantes. En 2000–2005 se graduaron 463 médicos en la Facultad de Medicina de la Universidad de Haití y 153 farmacéuticos y 38 técnicos de laboratorio en la Facultad de Farmacia de la Universidad. Para otorgar a estos graduados una licencia para ejercer su profesión en Haití, el gobierno exige que cumplan un año de servicio social en un establecimiento público de salud de una zona rural. La ausencia de un examen estatal u otro sistema de certificación oficial representa un obstáculo importante para la reglamentación y normalización de las competencias requeridas en las diversas profesiones de la salud del país. El Ministerio de Salud Pública y Población ha elaborado y aplicado un plan de estudios de enfermería. Desde 1998, con ayuda de Francia, el Centro de Información y Capacitación en Administración Sanitaria (CIFAS) ha preparado cada año a administradores y directores de hospitales para el sector público. La Universidad Estatal de Haití preparó a 100 administradores entre 2001 y 2005. En ese mismo período, la Fundación Haitiana de Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares impartió al personal de salud capacitación básica en el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la diabetes y la hipertensión.

Suministros de salud

Hay cuatro laboratorios farmacéuticos del sector privado autorizados oficialmente para producir medicamentos de uso nacional y, en conjunto, su producción representa de 30% a 40% del mercado de medicamentos en Haití. Como el país no tiene un laboratorio nacional de control de la calidad de los medicamentos, debe recurrir a la vigilancia de la calidad ejercida por conducto de la OPS/OMS. No existe ningún fabricante de suministros médicos y un solo establecimiento produce reactivos de laboratorio a nivel local. En agosto de 2004 había 42 instituciones que importaban productos farmacéuticos y seis oficinas autorizadas para manejar su distribución. A ellas se suman algunas organizaciones no gubernamentales e instituciones colaboradoras que importan medicamentos y los distribuyen directamente. En 2004, el país tenía 215 farmacias autorizadas; también cuenta con un sistema informal de distribución en el cual se venden libremente medicamentos en las calles, los mercados y los centros comerciales.

El sector público tiene un programa de medicamentos esenciales y un sistema logístico descentralizado que opera en todo el país, y garantiza la disponibilidad de medicamentos y su distri-

bución en los establecimientos públicos y mixtos y privados no lucrativos.

En 2005, el valor total de los medicamentos y suministros de salud distribuidos a las instituciones de salud por medio del Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESS) de la OPS fue de US\$ 4.315.326, desglosados de la siguiente manera: US\$ 1.328.043 para medicamentos vendidos de conformidad con la política de recuperación de costos y US\$ 2.987.283 para medicamentos subsidiados por los programas prioritarios del Ministerio de Salud Pública y Población, que incluían vacunas, anticonceptivos y medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis, la malaria y el sida. Estas cifras han disminuido drásticamente desde 2001. En ese año, las cifras fueron de US\$ 7.748.907 para los medicamentos y suministros distribuidos a las instituciones de salud por el PROMESS; de US\$ 1.861.123 para los medicamentos vendidos de conformidad con la política de recuperación de costos, y de US\$ 5.877.784 para los medicamentos subsidiados por los programas prioritarios del Ministerio de Salud Pública y Población.

El gasto gubernamental en adquisición de medicamentos es en extremo bajo, aun cuando no se haya expresado como porcentaje del presupuesto total del Ministerio de Salud Pública para 2004–2005.

Si bien el sector público elaboró en 2003 la lista nacional de medicamentos esenciales, esta presenta numerosas deficiencias y debe ser revisada. En cierta medida, los mercados básicos en el campo de la salud, que abarcan la tecnología, los medicamentos y otros suministros, están bajo el control del Ministerio de Salud Pública y Población.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

La Oficina de Epidemiología, Laboratorios e Investigación, dependencia del Ministerio de Salud Pública y Población creada en 2006, se ocupa de la planificación y realización de investigaciones que contribuyan a la elaboración de políticas y programas sobre prevención y control de enfermedades. Las restricciones financieras y la escasez de personal capacitado han impedido que la Oficina cumpla cabalmente esa misión. Varias instituciones públicas y privadas realizan investigaciones, pero sus estudios no siempre son autorizados o supervisados por el Comité de Bioética y Protección de Sujetos Humanos del Ministerio. El Comité, integrado por 11 miembros, ha emitido fallos sobre 23 proyectos de investigación desde que fue creado en 1999; la mayoría de los proyectos de investigación examinados se relacionaban con el VIH/sida y con ensayos de vacunas.

Gasto y financiamiento sectorial

Los gastos de salud pública representan entre 0,8% y 1% del PIB. Si bien el gobierno periódicamente aumenta el presupuesto de salud (661.121.148 gourdes al año en 2003–2004; 871.239.000 gourdes en 2004–2005, que equivalen a 3,5% del presupuesto na-

Esperanza para Haití

Haití atraviesa una epidemia generalizada de VIH. Duramente afectada por una pobreza extrema, analfabetismo y años de disturbios políticos y sociales, las tasas de prevalencia del VIH/sida son las más altas de la Región. Ante este difícil panorama se levanta una historia de logros y de inspiración, una historia de lucha para prevenir la enfermedad y combatirla, de atender a los enfermos y llevar esperanza a los que han perdido toda ilusión. Zanmi Lasanté (que significa "socios en salud" en creole, dialecto hablado en Haití) ofrece servicios de atención médica completa de primera calidad para la meseta central del país. Zanmi Lasanté es el único proveedor de atención médica completa para las poblaciones empobrecidas de la meseta central. Esta organización no gubernamental de atención de salud ha recorrido un largo camino desde que fundó la Clínica del Buen Salvador, un dispensario con dos salas en el pueblo de Cange, en 1985. Zanmi Lasanté inició en 1998 un programa de tratamiento antirretroviral para 50 pacientes que sufrían de sida avanzado. Entre otras empresas acometidas por Zanmi Lasanté se halla un hospital de 104 camas y servicios completos, que incluye dos quirófanos, salas de internación para pacientes adultos y pediátricos, un centro de enfermedades infecciosas, un dispensario para pacientes ambulatorios, un consultorio para mujeres, dispensarios de oftalmología y medicina general, un laboratorio, un almacén de productos farmacéuticos, un banco de sangre, servicios de radiología y un conjunto de escuelas. En asociación con el Ministerio de Salud de Haití, Zanmi Lasanté se ha expandido a otras localidades además de Cange, donde ofrece adiestramiento y contrata a trabajadores de salud comunitarios y complementa al personal del Ministerio de Salud. Sin embargo, la técnica que los distingue es la capacitación de *accompagneurs*, soldados de a pie que marchan hacia la comunidad para actuar en la prevención de enfermedades, el control de las condiciones médicas y socioeconómicas, y proporcionar atención de salud de calidad a las personas que padecen enfermedades crónicas. Zanmi Lasanté actualmente presta atención de salud a medio millón de habitantes de la meseta central. Se ha convertido en el modelo de proveedor de atención de salud eficaz para los más pobres entre los pobres.

cional), los incrementos no bastan para cubrir las necesidades de salud de la población. Como el presupuesto nacional es muy pequeño, en términos reales la cantidad actualmente asignada es más baja que en los años ochenta debido a la inflación y la depreciación de la moneda con respecto al dólar. La mayoría de los fondos se destinan al pago de sueldos; los programas prioritarios y las inversiones deben ser financiados mediante la cooperación bilateral y multilateral. Con la creación de las Unidades Comunales de Salud comenzó la gestión descentralizada de los recursos; empieza a aminorar la lentitud observada en el otorgamiento de los fondos, que hace inoperables los establecimientos distantes, y esto permite una ejecución más racional de los planes departamentales de operaciones.

Evidentemente, la cuestión del financiamiento sanitario es un elemento esencial del problema del acceso a la atención. Algunos estudios abogan por una política de atención gratuita. Otras iniciativas, como la condonación de las deudas con el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, contemplan usar fondos específicamente asignados para ofrecer un paquete básico de servicios gratuitos a los sectores más pobres de la población y, a mediano plazo (en unos 10 a 15 años), establecer un sistema de protección social. El financiamiento sanitario en Haití debe ser visto desde una perspectiva macroeconómica; para abordarlo, se han puesto en práctica varias iniciativas en el sector estructurado y

en el informal, usando mecanismos de microfinanciamiento y microaseguramiento para mejorar el acceso económico a servicios de calidad con un precio razonable para los usuarios.

Cooperación técnica y financiera en salud

La ayuda externa al sector salud se redujo de US\$ 48 millones en 1998–1999 (cuando alcanzó su máximo nivel desde 1997 a 2005) a US\$ 28 millones en 2001–2002 (el nivel más bajo en ese mismo período). Los principales proveedores de fondos multilaterales son el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (con US\$ 66,9 millones en cinco años, a partir de enero de 2003) y el BID (con US\$ 22,5 millones en cuatro años, a partir de fines de 2003). Después de proporcionar un apoyo crítico para el establecimiento de las Unidades Comunales de Salud, la Unión Europea suspendió la ayuda a raíz de la crisis política de 2000. Nueve organismos especializados de las Naciones Unidas tienen representaciones en Haití y seis de ellos trabajan en el campo de la salud (la OPS/OMS, el UNICEF, la FAO, el PMA, el ONUSIDA y el FNUPA). Hay también 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. El sector salud es considerado prioritario para los organismos de

cooperación bilateral de países como Canadá, España, Estados Unidos, Francia y Japón.

El Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESS) de la OPS cumple una función fundamental en la adquisición de medicamentos, suministros esenciales, productos de laboratorio y consumibles médicos en el mercado internacional, y en la supervisión de su distribución a las instituciones de salud pública de Haití, 12 almacenes en sitios alejados y dos bancos de medicamentos, que juntos constituyen la red nacional de distribución de medicamentos.

El Ministerio de Salud Pública y Población y el Ministerio de Planificación y Cooperación Externa coordinan las actividades de salud con organismos privados, bilaterales y multilaterales de cooperación. Los organismos de las Naciones Unidas han participado específicamente en los siguientes campos: reforma del sector salud, salud reproductiva, salud del niño, planificación de la familia, inmunización, nutrición, abastecimiento de agua potable y saneamiento, desarrollo de servicios de salud, sida e infecciones de transmisión sexual, problemas de género en el ámbito de la salud y medicamentos esenciales. El período 2000–2005 fue en extremo difícil en Haití. La ayuda internacional no siempre ha respondido a las necesidades específicas del país y la falta de liquidez del gobierno no le ha permitido coordinar las necesidades de ayuda. Desde que Haití se unió al Mercado Común del Caribe (CARICOM) se ha fortalecido la integración regional.

Se han firmado varios acuerdos de cooperación con la República Dominicana, entre ellos, el proyecto binacional 2005 de control de la tuberculosis, apoyado por la OPS/OMS; no obstante, los resultados han sido exiguos. El proyecto de cooperación técnica, iniciado en 2005 para prevenir y controlar la rabia transmitida por los perros, ha tenido buenos resultados en ambos países.

Se han realizado varios proyectos multinacionales, entre ellos, un proyecto para 2003–2005 con apoyo de Cuba (US\$ 144.247) y un proyecto para 2004–2005 con Paraguay, sobre salud ambiental, que abarcaron el manejo de desechos sólidos y la capacitación en instituciones haitianas para lograr la participación de la comunidad en la instalación de sistemas de abastecimiento de agua potable y de alcantarillado.

Bibliografía

- Bureau international du Travail, Programme STEP; Financial Services Network for Entrepreneurial Empowerment (DAI/FINNET). Louis dit Guerin O, Viau J. Mise en place d'un système d'assurance santé à l'hôpital Albert Schweitzer. Etude de faisabilité. Draft. October 2001.
- Coalition Nationale Pour les Droits des Haïtiens. Non Au Système Restavek. Vers l'élimination de l'esclavage de l'enfant en Haïti. April 2002.
- de Rochars MB, Kanjilal S, Direny AN, Radday J, Lafontant JG, Mathieu E, et al. The Leogane Haiti demonstration project: decreased microfilaremia and program cost after 3 years of mass drug administration. *Am J Trop Med Hyg.* 2005;73(5): 888–894.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; Organización Internacional para las Migraciones. Encuesta sobre Inmigrantes Haitianos en República Dominicana. Santo Domingo, March 2004.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; Organización Internacional para las Migraciones. Las migraciones: la incapacidad de ofrecer una vida digna. In: Informe nacional de desarrollo humano 2005. Chapter V. p. 119–144.
- Fleurival J. L'anémie falciforme à l'usage des généralistes et des étudiants en sciences de la santé en Haïti. Port-au-Prince, Imp. Collection Procédure. March 2006.
- Fonds des Nations Unies pour la population; Unissons-nous pour les enfants. Evaluation des dépôts périphériques. Rapport consolidé. November 2005.
- Gaillard EM, Boulos L-M, Cayemittes MPA, Eustache L, Van Onacker JD, Duval N, et al. Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sex Transm Infect.* 2006 Apr; 82 Suppl 1:i14–20.
- Haïti, Association pour la prévention de l'alcoolisme et autres accoutumances chimiques; Institut Haïtien de l'Enfance; Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues. Etude Connaissances, Attitudes et Comportements des élèves et des enfants des rues de la région métropolitaine de Port-au-Prince. November 2000.
- Haïti, Conseil National pour la Réhabilitation des Handicapés; Ministère des Affaires sociales et du Travail; Programme des Nations Unies pour le développement. Vers l'élaboration d'une stratégie nationale d'intégration des personnes à besoins spéciaux. Port-au-Prince: Ed. des Antilles S.A.; May 2005.
- Haïti, Groupe d'Appui aux Réfugiés et Rapatriés. Available from: www.garr-haiti.org.
- Haïti, Groupe d'Appui aux Rapatriés et Réfugiés; Mouvement des Femmes Dominicano-Haïtiennes. En quête de la vie. Une étude sur les femmes haïtiennes impliquées dans la migration en République Dominicaine. February 2005.
- Haïti, Groupe d'Appui aux Réfugiés et Rapatriés. Rapport migration haïtienne et les droits humains à la frontière haïtiano-dominicaine en 2004. April 2005.
- Haïti, Institut Haïtien de l'Enfance; Macro International Inc. Enquête Morbidité, Mortalité et Utilisation des Services (EMMUS-III), Haïti 2000/2001. Calverton (Maryland), 2001.
- Haïti, Institut Haïtien de l'Enfance; Macro International Inc. Enquête Morbidité, Mortalité et Utilisation des Services (EMMUS-IV), Haïti 2005/2006. Résultats préliminaires. Pétion-Ville, 2006.
- Haïti, Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique; Bureau du Recensement Général de la Population et de l'Habitat; Fonds des Nations Unies pour la population; Union Européenne; Coopération japonaise; Banque Interaméricaine de Dévelop-

- pement; Région Wallonne. 4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2003 (RGPH-2003). Résultats définitifs. March 2005.
- Haïti, Ministère de la Planification et de la Coopération Externe; Banque Interaméricaine de Développement. Carte de pauvreté d'Haïti. Version 2004.
- Haïti, Ministère de la Planification et de la Coopération Externe; Programme des Nations Unies pour le développement; Bureau international du Travail. HAI.01.001. Expérience de promotion de micro-assurance santé: Le cas ASPAKO. Appui au développement d'un partenariat pour l'intégration économique et sociale et l'implantation d'un programme national de promotion d'emplois productifs et de lutte contre l'exclusion sociale. Port-au-Prince.
- Haïti, Ministère de la Planification et de la Coopération Externe; Programme des Nations Unies pour le développement; Bureau international du Travail. HAI/99/001. Mathieu S. Etat des lieux en matière de protection sociale gouvernementale en Haïti. Etude de référence 4 dans le cadre du Projet d'Assistance préparatoire pour la promotion d'emplois productifs et la lutte contre l'exclusion sociale. January 2000.
- Haïti, Ministère de la Planification et de la Coopération Externe; Programme des Nations Unies pour le développement; Bureau international du Travail. HAI/99/001. Ponticq F. Etat des lieux en matière d'extension de la protection sociale en milieu communautaire en Haïti. Etude de référence 5 dans le cadre du Projet d'Assistance préparatoire pour la promotion d'emplois productifs et la lutte contre l'exclusion sociale. April 2000.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Consultance en Santé Publique, VIIIème FED. Programme d'appui au développement des ressources humaines dans le secteur de la santé. Rapport final. Port-au-Prince, October 1999.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Direction Centrale de Pharmacie et de Contrôle des Substances chimiques, Direction de la Santé de la Famille; Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Analyse du Secteur de la Santé pour la Réforme.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; John Snow Inc. Données sanitaires de routine 2004, 2005. Port-au-Prince.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Les Centres pour le Développement et la Santé; Fonds des Nations Unies pour la population. Projet bi-national Haïti-Dominicanie. Etude sur les besoins en services de santé reproductive et sexuelle. Port-au-Prince, May 2006.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Liste des institutions sanitaires. Port-au-Prince, September 2005.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Rapport de l'enquête sur la prévalence et l'intensité parasitaire dans le Département du Sud. March 2005.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Nations Unies; Commission Européenne; Banque Mondiale; Banque Interaméricaine de Développement. Cadre de Coopération Intérimaire (CCI) 2004–2006. Rapport de synthèse, July 2004. Port-au-Prince, 2004.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Analyse des causes de décès Haïti 1999. Port-au-Prince, March 2002.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Analyse des certificats de décès. République d'Haïti 2001, 2002 et 2003.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Etude sur la situation de la Médecine Traditionnelle en Haïti. Port-au-Prince, April 2003.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Haïti 2004. Situation de Santé, Indicateurs de Base. Port-au-Prince.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Plan stratégique pour le développement de l'épidémiologie en Haïti. 2001–2004. Port-au-Prince, March 2002.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Saint Preux A. Rapport d'expertise. Répertoire des textes législatifs régissant la santé publique en Haïti, 2002.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Tétanos maternel et néonatal en Haïti. Situation et dilemmes stratégiques de l'élimination. February 2006.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Plan stratégique de lutte contre la tuberculose en Haïti 2001–2006.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur de la Santé 2005–2010. Port-au-Prince, August 2005.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique. Nicolas MCE, St Jean Y, Milord MD, Beaudé-Rochars M, et al. Résultats de l'enquête nationale de prévalence sur la filariose lymphatique. Port-au-Prince, undated.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique: Plan d'action pour l'élimination de la Filariose Lymphatique en Haïti (2003–2008). Port-au-Prince, 2004.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Programme National de Lutte contre la Tuberculose; Secrétariat d'Etat à la Santé Publique et à l'Assistance Sociale; National

- Tuberculosis Control Program, Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Plan binationnel Haïti–République Dominicaine de lutte contre la tuberculose 2005–2006, final version. June 2005.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Unissons-nous pour les enfants; Institut Haïtien de l'Enfance. Enquête sur la prévalence de la carence en Vitamine A et de la déficience en iode en Haïti. July 2005.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Voltaire HC. Les Unités Communales de Santé. Principes et Orientations Stratégiques. Port-au-Prince, June 1999.
- Haïti, Ministère de l'Economie et des Finances; Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique; Programme des Nations Unies pour le développement. Enquête sur les conditions de vie en Haïti (ECVH-2001). Port-au-Prince, January 2004.
- Haïti, Ministère des Affaires sociales et du Travail. Les fondements de la pratique de la domesticité des enfants en Haïti. Programme des Nations Unies pour le développement; Unissons-nous pour les enfants; Organisation internationale du Travail/Programme de lutte pour l'éradication du travail des enfants; Save the Children. July 2002.
- Haïti, Ministère des Affaires sociales et du Travail; Programme des Nations Unies pour le développement; Unissons-nous pour les enfants; Organisation internationale du Travail/Programme de lutte pour l'éradication du travail des enfants; Save the Children. Domesticité des enfants en Haïti. December 2002.
- Hallett TB, Aberle-Grasse J, Bello G, Boulos L-M, Cayemittes MPA, Cheluget B, et al. Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe, and urban Haiti. Imperial College.
- Initiative Développement; Alter Santé Internationale et Développement. Vinard P, Boecker C, Malherbe P. Analyse de l'impact des paiements et de la gratuité sur l'accès aux soins: L'expérience d'Ennery en Haïti. Poitiers, October 2005.
- Jean-Baptiste ED, Larco P, Charles-Larco N, Vilgrain C, Simon D, Charles R. Glucose intolerance and other cardiovascular risk factors in Haiti. Prevalence of Diabetes and Hypertension in Haiti (PREDIAH). *Diabetes Metab.* 2006 Nov;32(5 Pt 1): 443–51.
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS, UN Theme Groups Haiti and Dominican Republic. Interagency and bilateral project. Haiti–Dominican Republic. Prevention of HIV/AIDS on the northern border of Haiti. October 2004.
- Junot F. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Planification stratégique du système d'information sanitaire pour l'intégration des données du VIH/sida. Projet Measure Evaluation. Second draft. Port-au-Prince, July 2006, p.16.
- Médecins Sans Frontières. Accès aux soins dans l'Unité communale de santé de Petite rivière, Verrettes, La Chapelle, Haïti. Résultats de deux enquêtes épidémiologiques concernant la mortalité et l'accès aux soins. September 2005.
- Milord MD. Lymphatic filariasis elimination in the third America [Presentation]. Regional Program Manager's Meeting. Port-au-Prince, 4–6 September 2002.
- Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Lacapère F. Mortalité des enfants d'âge scolaire en Haïti. Analyse des certificats de décès (2000). [PowerPoint presentation].
- Pan American Health Organization. Press release. Outbreak of poliomyelitis in Dominican Republic and Haiti: low vaccination coverage with oral polio vaccine allows sabin-derived vaccine to circulate. December 2000.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Proyecto interagencial y binacional. Haïti–República Dominicana. Prevención del VIH/SIDA en la frontera norte de Haïti. Informe de un taller de planificación operativa. Dajabon (República Dominicana), 31 May–1 June 2005.
- Programme des Nations Unies pour le développement. Plan d'urgence, 2005.
- Programme des Nations Unies pour le développement. Rapport sur le Développement humain, 2005.
- Proposition de loi modifiant certaines dispositions du Code Pénal relatives aux agressions sexuelles (attentat à la pudeur, viol, harcèlement sexuel, inceste). Port-au-Prince, December 2005.
- Rapport de l'étude sur la prévalence et l'intensité des géohelminthiases intestinales chez les écoliers du Département de la Grand'Anse.
- République d'Haïti. (2006). Décret portant sur l'organisation et le fonctionnement du MSPP, signé le 17 novembre 2005 paru au Moniteur, 5 January 2006.
- République d'Haïti. Proposition de Décret sollicitant la création d'un système national de sécurité sanguine sous tutelle du MSPP, avec un Programme national de sécurité transfusionnelle, une Commission nationale de sécurité transfusionnelle et un réseau des services de médecine transfusionnelle.
- Réseau Associatif National pour l'Intégration des Personnes Handicapées; Mission spéciale de l'OEI en Haïti. Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées. (French/Creole bilingual version). Port-au-Prince: Le Natal; January 2002.
- Système des Nations Unies, République d'Haïti. Programme Intégré de Réponse aux Besoins Urgents des Communautés et des Populations Vulnérables (PIR). March 2003.
- United States Agency for International Development, Policy Project. Smucker GR. Les orphelins et les autres enfants vulnérables en Haïti: un rapport de terrain. April 2005.
- Université Quisqueya; Unité de Recherche sur les Enfants en Situation Difficile. Bernier M, Ponticq F. Planification d'interventions. 1999.
- Vorbe C. Les droits fondamentaux et le VIH/SIDA en Haïti. January 2006.

HONDURAS



Honduras tiene una extensión de 112.492 km² de territorio predominantemente montañoso, con 19 cuencas hidrográficas. El país está ubicado en el corazón de América Central y limita al norte con el Mar Caribe o de Las Antillas, al sur con el golfo de Fonseca (Océano Pacífico) y la República de El Salvador, al este con Nicaragua y al oeste con las Repúblicas de El Salvador y Guatemala. Administrativamente, se divide en 18 departamentos, 298 municipios, más de 3.000 aldeas y más de 30.000 caseríos (conglomerados poblacionales de menos de 1.000 habitantes).

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

Honduras es una república democrática e independiente, con un gobierno organizado en tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. La administración del Estado corresponde al Presidente de la República. Cada departamento está regido por un gobernador, que es designado por el Presidente. Una Corporación Municipal encabezada por un alcalde y cuyos miembros son elegidos por votación popular, es la máxima autoridad del municipio.

La administración pública se ejerce en forma centralizada, pero en la actualidad se está realizando una transferencia gradual de funciones a los gobiernos municipales sustentada en la Ley de Municipalidades. La administración de los distintos sectores está encomendada a las Secretarías de Estado, algunas de las cuales están desconcentradas territorialmente en Oficinas Regionales. La Secretaría de Finanzas administra los recursos financieros del Estado, que supervisa la recaudación por medio de sus oficinas regionales. El Secretario de la Presidencia, asesorado por el Gabinete Económico y el Gabinete Social formados por los Secretarios de Estado de Salud, Educación y Trabajo, coordina la planificación y gestión del desarrollo. El Gabinete Social se encarga de proponer al Presidente de la República las medidas de política social. Cada una de las municipalidades, como instancia de gobierno local, goza de autonomía para formular y gestionar sus propios programas de desarrollo. La política de salud se inserta en los programas nacionales a través de planes y programas estratégicos. En general, los servicios públicos estatales o municipales, las empresas autónomas del Estado y las entidades privadas, con o sin fines de lucro, cubren las necesidades de la población.

Honduras ha sido incluida en la iniciativa para los Países Pobres Muy Endeudados (PPME), ya que mantuvo hasta 2005 una deuda externa de más de US\$ 4.000 millones. Durante ese año,

varios gobiernos condonaron al país cerca de 15% de la deuda y en breve tiempo se espera la condonación de un 45% adicional, con la condición de que esos fondos se orienten hacia la población pobre en el marco de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) (1).

El gobierno elegido en noviembre de 2005 asignó alta prioridad a la ejecución de la ERP, que se puso en práctica en agosto de 2001 con el objetivo de romper el largo ciclo de pobreza y desigualdad en el país. La aplicación de la ERP ha representado varios desafíos, entre los cuales los más importantes son la obtención de mayor respaldo por parte de los actores nacionales y la poca certeza en cuanto al avance de los programas. Por otro lado, la ERP ha impulsado mejoras significativas en la gestión presupuestaria para viabilizar la reducción de la pobreza (2). En el primer trimestre de 2005 el área programática denominada “mayor y mejor acceso a servicios de salud” representó 22% del gasto en pobreza dentro de la ERP, equivalente a 1,8% del producto interno bruto (PIB) (3).

Con un ingreso nacional bruto per cápita de US\$ 1.030 en 2004 (4), poco más de dos tercios de los habitantes viven en condiciones de pobreza, y la mitad en pobreza extrema. La situación empeora en la zona rural, donde 75% de los habitantes viven en condiciones de extrema pobreza (5). La razón entre los ingresos del quintil más rico y los ingresos del quintil más pobre fue de 59 a 3 en 1999 (6).

El acceso limitado de los campesinos a los recursos productivos y a los servicios básicos favorece el mantenimiento de la pobreza, la falta de seguridad alimentaria y la migración interna y externa. El desempleo abierto, que pasó de 3% a 6% entre 1999 y 2004, y el alto grado de subempleo “invisible” (personas que trabajan una jornada completa pero ganan menos de un salario mínimo), que en 2004 alcanzó a 29,6%, también contribuyen al mantenimiento de la pobreza (7). Tres sectores favorecen la generación de empleo, a la vez que satisfacen aspectos de la seguridad

alimentaria: la industria de la maquila, la micro, pequeña y mediana empresa, y las remesas de familiares residentes en los Estados Unidos. La industria de la maquila tenía cerca de 130.000 empleados en 2004, 80% de los cuales eran mujeres (8). Por su parte, las remesas anuales provenientes de los Estados Unidos pasaron de US\$ 883 millones en 2003 a US\$ 1.817 millones en 2005 (9).

Según la medición de necesidades básicas insatisfechas en 2001, del total de viviendas estudiadas, en 10,7% había niños que no asistían a la escuela primaria, 18,0% no contaban con conexión de agua en su interior, 31,7% no tenían saneamiento adecuado, en 16,8% se vivía en condición de hacinamiento y 21,2% de las familias no tenían capacidad de subsistencia (10). Estos valores promedio de los indicadores nacionales fueron aún menores en los municipios del occidente hondureño y en la zona de la Mosquitia (departamento de Gracias a Dios).

Aunque la tendencia de muchos indicadores sociales resultó favorable en la década pasada, las perspectivas de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de la ERP son inciertas. Un factor negativo es el alto nivel de corrupción que permea los diferentes estratos de los sectores público y privado, y que la población percibe como un obstáculo para la gobernabilidad y el desarrollo (11).

El alfabetismo en adultos es de 80% a nivel nacional y de 72% en la zona rural, pero no se conocen cifras acerca de la funcionalidad de este alfabetismo. La duración promedio de los estudios primarios es de 6,2 años en el ámbito nacional y de 4,5 años en la zona rural. Sin embargo, la desigualdad de estos indicadores a nivel departamental es marcada y nuevamente los menores valores se registran en la Zona Occidente (10). En 2003, la asistencia escolar fue de 65,9% en el nivel primario.

Los principales causantes de la inseguridad son los traficantes de drogas y los criminales organizados en maras o pandillas dedicadas al secuestro, el robo de vehículos y los “ajustes de cuentas”. No hay políticas públicas para la prevención del problema de las maras, sino medidas reactivas, como la Ley Antimaras de

2003, que si bien pareció incidir inicialmente en la reducción de homicidios, no incluye estrategias de sostenibilidad.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La población aumentó en más de 600.000 habitantes entre 2001 y 2005, de modo que llegó en ese último año a poco más de 7 millones. A pesar de la disminución continua de la tasa anual de crecimiento, se espera que en 2010 habrá casi 1 millón más de habitantes, la esperanza de vida continuará aumentando y la proporción de habitantes en zonas rurales seguirá disminuyendo (Cuadro 1). La figura 1 presenta la evolución de la estructura de la población de Honduras por edad y sexo para 1988 y 2005, y se puede observar una alta proporción de población joven y una tendencia creciente de adultos mayores.

En el censo de 2001 la tasa global de fecundidad osciló entre 3,2 hijos por mujer en el departamento de Francisco Morazán, sede de la capital, y 6,3 en Lempira, uno de los departamentos más pobres del país. Las tasas de natalidad y mortalidad general decrecientes califican la transición demográfica del país como moderada (10).

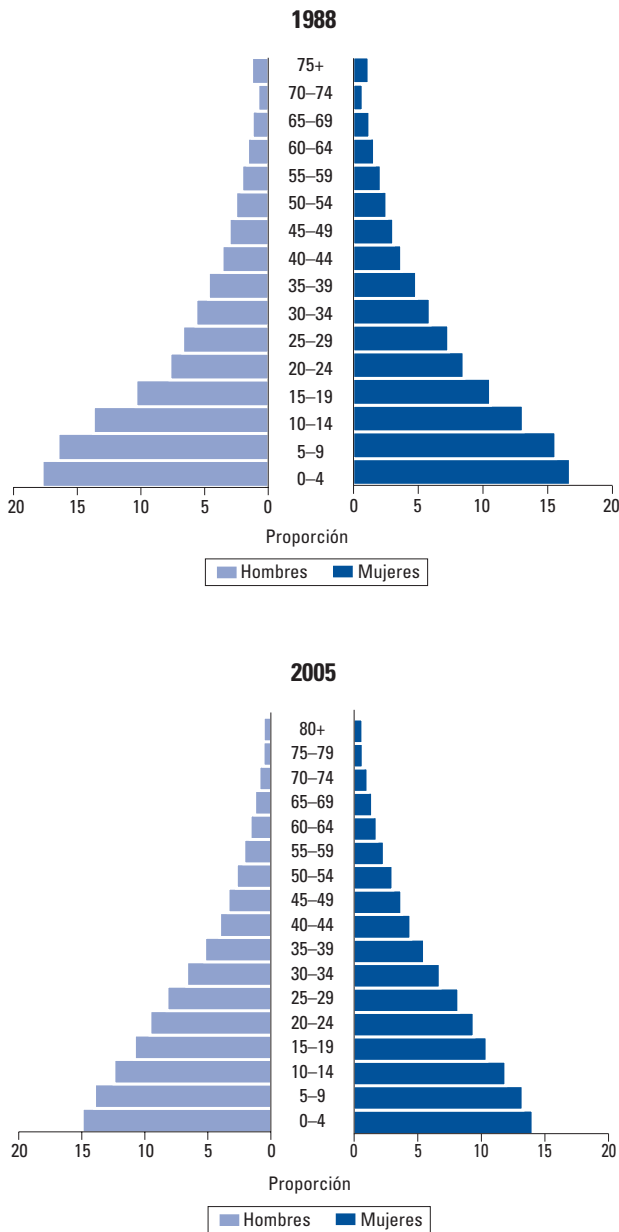
La tasa bruta de mortalidad para 2005 representa aproximadamente 35.000 defunciones anuales. Según datos del Instituto Nacional de Estadística basados en información del Registro Nacional de las Personas (Estadísticas de Hechos Vitales 2003–2005, documentación institucional), la omisión del registro de mortalidad, que se mantuvo por décadas cercana a 50%, disminuyó a 42% en 2004 y a 37% en 2005, con un margen de variación departamental que fluctúa entre 15% en Choluteca y 85%, en Gracias a Dios, para el último año (comunicación personal, 25 de julio de 2006). Sin embargo, persisten la baja cobertura y la calidad deficiente del registro médico de la causa de muerte, lo que dificulta la determinación del perfil nacional de la mortalidad tanto general como por grupos específicos de edad y sexo. Solo se cuenta con perfiles basados en las defunciones registradas en

CUADRO 1. Características demográficas, Honduras, 2001, 2005, y proyecciones para 2010.

	2001	2005	2010
Población total (habitantes)	6.530.331	7.197.303	8.045.990
Menores de 15 años	2.722.205	2.911.873	3.087.979
Mayores de 64 años	239.994	278.762	332.554
Población rural (%)	53,7	51,3	48,7
Tasa de crecimiento anual (%)	2,5	2,4	2,1
Tasa global de fecundidad (h/m)	4,1	3,79	3,4
Tasa bruta de mortalidad	5,2	4,9	4,6
Tasa bruta de natalidad	32,8	30,8	27,8
Esperanza de vida al nacer (años)	70,8	72,1	73,6
Hombres	67,5	68,7	70,1
Mujeres	74,3	75,7	77,2
Migración internacional (tasa)	-2,5	-2,2	-2,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyecciones de Población 2001–2015. Tegucigalpa: INE; 2004.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Honduras, 1988 y 2005.



hospitales de la Secretaría de Salud y del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), las cuales representan 20% de las muertes anuales estimadas en el país (véase el cuadro 2).

El país se ha visto históricamente afectado por desastres naturales como huracanes, sequías, movimientos sísmicos, inundaciones y deslizamientos, que han provocado, además de miles de pérdidas de vida, daños graves en la infraestructura del país y atraso en su desarrollo. Se considera que 20% de la población

CUADRO 2. Principales causas de muerte^a en hospitales de la Secretaría de Salud y el IHSS, Honduras, 2004.

Causas	% ^{a,b}
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	18,8
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6,3
Diabetes mellitus	5,6
Enfermedades cerebrovasculares	5,0
Eventos de intención no determinada	4,6
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	4,4
Influenza y neumonía	4,3
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	4,0
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	3,6
Enfermedades isquémicas del corazón	3,1

^aDatos solamente de hospitales de la Secretaría de Salud y del IHSS.

^bRepresenta solamente 20% del total estimado de defunciones a nivel nacional.

Fuente: OPS/OMS Honduras.

vive en zonas de riesgo. Las zonas más vulnerables a los huracanes e inundaciones son la zona insular del Atlántico y las tierras bajas del norte y litoral atlántico, donde se han asentado en los últimos años importantes concentraciones de población. Los movimientos sísmicos han ocasionado daños en las zonas Este y Occidente del país, y el mayor riesgo de deslizamientos de tierra, ocasionados por el exceso de precipitaciones y por el grado de deterioro ambiental, se presenta en la capital, Tegucigalpa, y en menor escala en las zonas Norte y Occidente.

Las sequías han provocado graves daños a la economía de las familias hondureñas, principalmente en el sur del país. Su impacto en el aprovisionamiento de agua se siente a nivel nacional con el descenso y el agotamiento, en algunos casos total, de las fuentes superficiales y subterráneas, que se tradujo en drásticos racionamientos. La vulnerabilidad puede aumentar a causa de la actividad humana irrestricta, que acelera la erosión del suelo y la degradación de cuencas. Se registran pérdidas forestales de más de 80.000 hectáreas por año, que afectan en particular a las regiones Sur y Occidente, en grado intermedio a la región Central, y en menor escala a la región Oriental.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Las proyecciones de población basadas en el censo de 2001 indican una tasa de mortalidad infantil de 34 por 1.000 nacidos vivos para el año 2001 y de 30 por 1.000 para 2005 (12). La figura 2 muestra la tendencia decreciente de la mortalidad infantil para ambos sexos. En el ámbito municipal las desigualdades son mayores, con valores que oscilan entre 17 por 1.000 nacidos vivos en José Santos Guardiola (Islas de la Bahía) y 82 por 1.000 en Dolores Merendón (Ocotepeque) (Figura 3). Tanto el último censo

FIGURA 2. Tendencia de la mortalidad infantil, Honduras, 1990–2005.

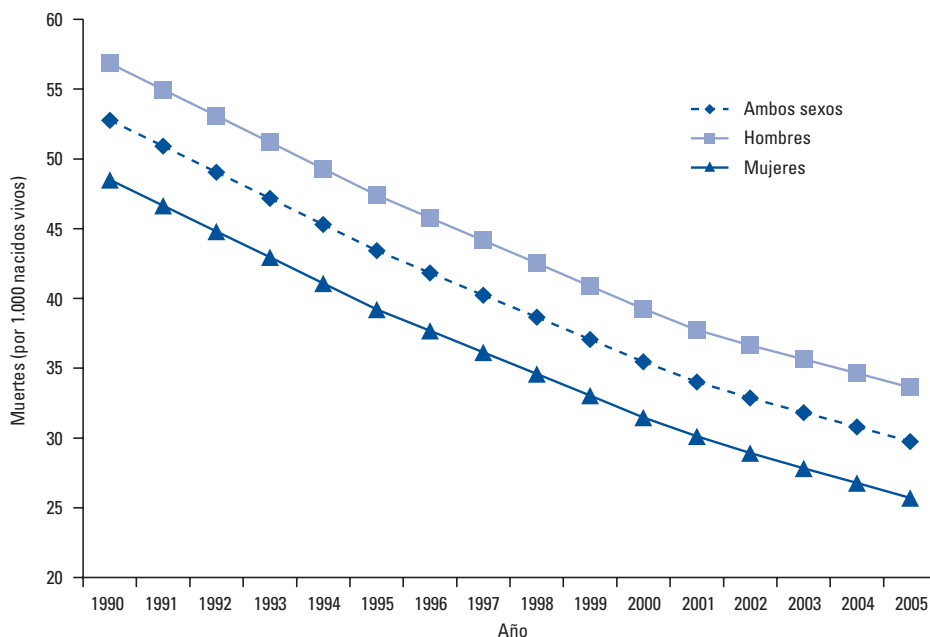
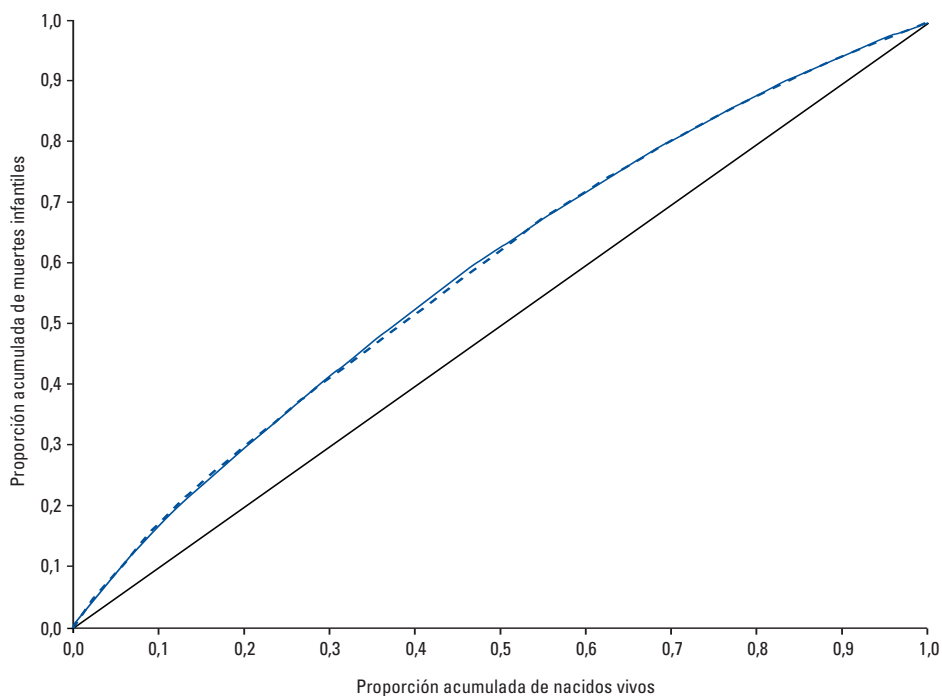


FIGURA 3. Curva de Lorenz, tasa de mortalidad infantil a nivel municipal, Honduras, 2001.



como las encuestas de salud familiar han mostrado una alta correlación entre el nivel de mortalidad infantil y la pobreza y educación de la madre. Así, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de 2001, la disminución

de las tasas de mortalidad infantil en los últimos 15 años del siglo XX ocurrió a expensas del descenso en el nivel socioeconómico alto (según el índice de bienes y servicios, IBS, compuesto de: agua por tubería, inodoro, electricidad, radio, televisión, refrige-

radadora, teléfono, vehículo particular y estufa eléctrica/gas. Los hogares se catalogaron en tres niveles: “bajo” si poseían de 0 a 2 de la lista anterior, “medio” si poseían de 3 a 6 y “alto” si poseían de 7 a 9) (13). Se encontró también que la disminución de la mortalidad se produjo a expensas del componente posneonatal, sin que se haya modificado el nivel del componente neonatal.

Datos del censo de 2001 mostraron que las tasas de mortalidad en menores de 5 años eran más altas en los municipios del occidente del país. Si se efectúa la extrapolación de la tendencia de la mortalidad en menores de 5 años desde 1988, es probable que, de mantenerse el ritmo actual de descenso, Honduras alcance en 2015 la meta de mortalidad infantil propuesta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Aunque no se cuenta con estadísticas provenientes de oficinas del Registro Civil, de acuerdo con encuestas de población las principales causas de muerte fueron: en el período neonatal, el trauma/asfixia y el bajo peso al nacer; en el período posneonatal, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas, y en el grupo de 1 a 4 años de edad, las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones respiratorias agudas (13). Este perfil de mortalidad concuerda con las estadísticas de servicios de salud, según las cuales las infecciones respiratorias agudas y las diarreas constituyen las primeras causas de demanda de atención en menores de 5 años (14). Según la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de 2001, casi uno de cada cinco niños menores de 5 años presentó diarrea en 2001, con tendencia creciente durante los 10 años anteriores. La prevalencia fue mayor en niños de 12 a 23 meses de edad e hijos de madres sin educación, o con educación primaria solamente (13). La lactancia materna exclusiva hasta los 5 meses llegó a 35%, pero cerca de 10% de los niños en este grupo de edad nunca recibieron lactancia materna. Un tercio de los menores de 5 años presentaron deficiencia de hierro y desnutrición crónica (13).

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2001, el retraso de crecimiento (baja talla para la edad) afectaba a poco más de un tercio de escolares de 6 a 9 años, pero era mayor en los varones, en los de 9 años y en los que vivían en zonas rurales. El retraso severo de crecimiento alcanzaba a 11,8% de escolares, con una amplitud de 0% en el Municipio de Guanaja (Islas de la Bahía) a 59,4% en San Francisco de Opalaca (Intibucá) (15).

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

La mediana de edad de la primera relación sexual fue de 18 años en las mujeres y de 17 años en los varones; en 2001 casi un tercio de las adolescentes mujeres estaban embarazadas. La tasa de fecundidad para la población de 15 a 19 años fue de 137 nacimientos anuales por 1.000 mujeres hacia 1999, cifra que no se modifica desde 1986 (13).

Salud de la población adulta (20–59 años)

Las mujeres de 20 a 24 años y de 25 a 29 años presentaron las más altas tasas de fecundidad en 2001, con 229 y 202 hijos por 1.000 mujeres, respectivamente (13). Durante las últimas décadas el uso de métodos anticonceptivos ha ido en aumento, sobre todo por parte de las mujeres, ya que una proporción significativa de hombres de 15 a 44 años siguen manteniendo su papel “tradicional” en cuanto a su participación en la salud sexual y reproductiva, y a la toma de decisiones en el hogar (16).

En 2001, 85% de las embarazadas tuvieron control prenatal, la mitad de los controles se realizó en establecimientos de la Secretaría de Salud, y en 56% la captación de embarazadas para su control se produjo en el primer trimestre del embarazo. La anemia afectaba a 15% de las mujeres no embarazadas y a un tercio de las mujeres embarazadas, pero solo 41% de estas últimas recibieron suplementación con hierro, y 32% con ácido fólico (13). Entre 1996 y 2001 el acceso a la prueba de citología vaginal aumentó de 50% a 61%, especialmente en las mujeres de la zona rural; sin embargo, persisten limitaciones en la provisión oportuna de resultados, sobre todo en el ámbito rural (13).

Las últimas determinaciones de mortalidad materna fueron de 182 por 100.000 nacidos vivos y de 108 por 100.000 en 1990 y 1997, respectivamente (17). De acuerdo con datos del sistema de vigilancia de mortalidad materna, en 2004 y 2005 la mayoría de las muertes se registraron en jóvenes de 19 a 35 años de edad sin instrucción o con estudios primarios solamente, durante el parto o en el puerperio inmediato (18). Las principales causas de muerte materna fueron las hemorragias y el trastorno hipertensivo del embarazo, y el análisis de los determinantes proximales de las muertes indican importantes deficiencias en el acceso a la atención de salud de calidad. Lo anterior sugiere que Honduras difícilmente podrá alcanzar la meta de mejorar la salud materna planteada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015.

Salud de las personas con discapacidad

En 2002, 177.516 personas (25,5 por 1.000 habitantes) presentaban algún tipo de discapacidad. Las más comunes eran las discapacidades de locomoción, destreza y visión (19). La amputación de miembro superior, la demencia y la depresión crónica mostraron diferencias importantes entre hombres y mujeres, en detrimento de los primeros. Las causas más frecuentes de discapacidad fueron las enfermedades comunes, las congénitas, y los accidentes y violencia. El grupo de edad más afectado fue el de 18 a 64 años en ambos sexos, y los departamentos con mayor cantidad de discapacitados fueron Ocotepeque, Santa Bárbara, Lempira y Copán, en el occidente del país.

Salud de los grupos étnicos

Más de medio millón de hondureños son de ascendencia indígena o africana. Esta población está distribuida en nueve pueblos

culturalmente diferenciados: lencas, chortí, tolupanes, tawahkas, garifunas, negros de habla inglesa, pech, náhuatl y misquitos, cuya situación de salud se relaciona con su alto grado de marginación, falta de acceso a servicios básicos y participación social limitada. Cabe destacar la mayor prevalencia de enfermedad de Chagas en tolupanes en la región central, lencas en la región sudoeste y chortí en la región noroccidental, el aumento significativo de la incidencia de infección por el VIH/sida en los garifunas de la costa norte, y la alta prevalencia de accidentes por inmersión no protegida entre los misquitos de Gracias a Dios.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

El **dengue** se ha mantenido en alrededor de 19.000 casos anuales en 2004 y 2005, con 10% de casos de dengue hemorrágico, luego de un ascenso notable a más de 32.000 casos en 2002, sobre todo en las grandes urbes del país.

La **malaria**, en particular la causada por *Plasmodium vivax*, es endémica en el país y afecta primordialmente a las poblaciones del norte y oriente; así, en 25 municipios con tasas superiores a 1.000 por 100.000 habitantes viven cerca de 350.000 personas.

De los casi 1.000 casos anuales de **leishmaniasis** notificados en 2004, 96% correspondieron a la forma cutánea, y el resto a las formas mucocutánea y visceral; además, 66% del total de casos se presentaron en los departamentos de Olancho, Choluteca y Colón (20).

Se ha mejorado notablemente la caracterización de la enfermedad de **Chagas** transmitida por *Rhodnius prolixus* y *Triatoma dimidiata*. Según datos del Programa Nacional de Chagas y Leishmaniasis 2004, un estudio serológico sobre muestras de escolares menores de 15 años mostró una seroprevalencia de 29% en La Paz, y valores de entre 3% y 7% en Copán, Lempira, Inti-

bucá, Yoro y Santa Bárbara (comunicación personal, 2 de julio de 2005). Datos procedentes del Laboratorio Central de Referencia para Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis, la Red de Laboratorios y Bancos de Sangre, y la Cruz Roja Hondureña, indican que la seroprevalencia en donantes de sangre se mantiene en poco más de 1% (comunicación personal, 2 de julio de 2005).

Enfermedades inmunoprevenibles

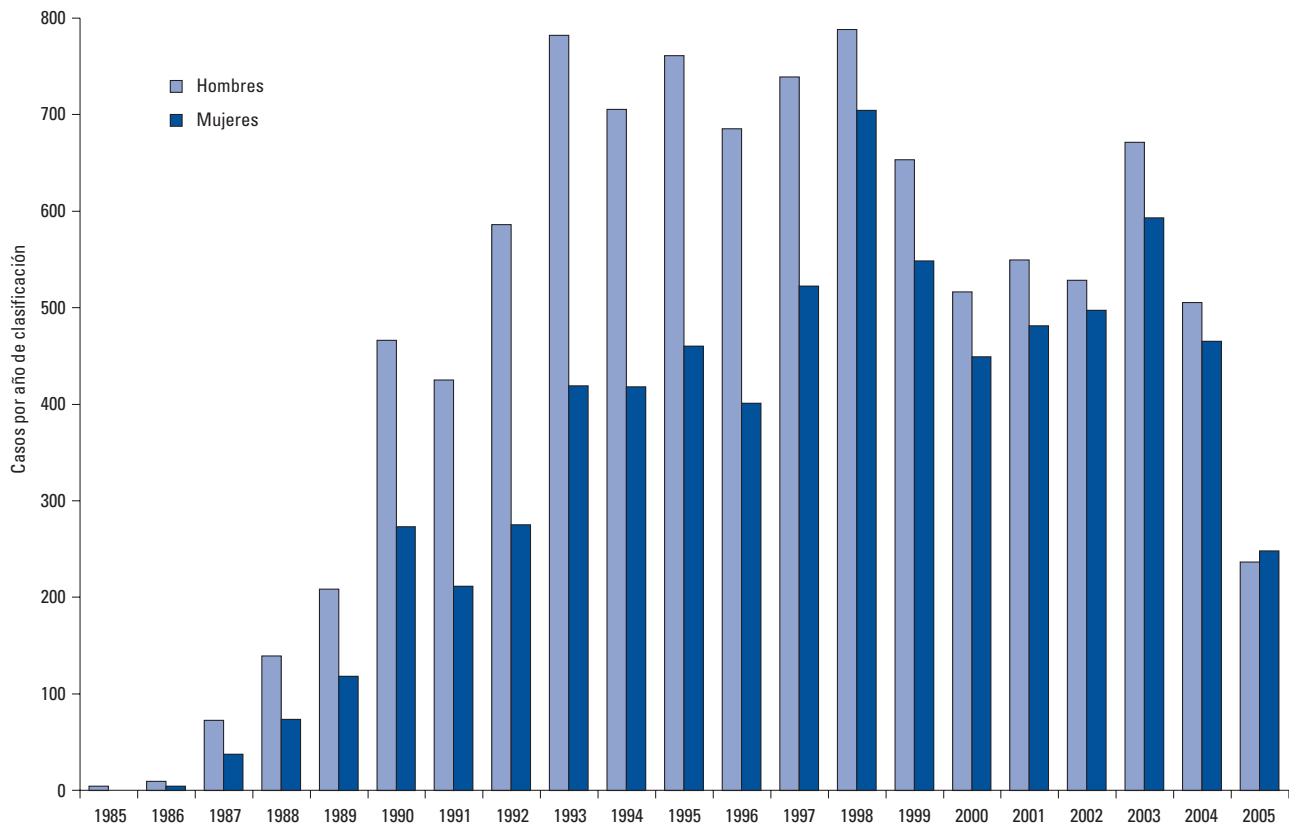
En las dos últimas décadas del siglo XX fue notorio el descenso de los números de casos de enfermedades prevenibles por vacunación, especialmente las prevalentes en menores de 5 años. Esto se relaciona con la introducción paulatina de nuevas vacunas en el esquema nacional de inmunizaciones y con las altas coberturas en la aplicación de estas en niños, mujeres y otros grupos de riesgo. En el cuadro 3 se detallan las vacunas incorporadas entre 1977 y 2003 y la población que se cubrió. Persisten, sin embargo, zonas con prevalencia significativa de **rubéola**, **parotiditis** y **hepatitis A**. No se han registrado casos de difteria desde 1981, de **poliomielitis** desde 1989, y de **sarampión** desde 1996. La incidencia de **tétanos neonatal** ha disminuido notablemente.

Enfermedades infecciosas intestinales

De los casos de **diarreas agudas** que se notifican anualmente, 77,0% corresponden a niños menores de 5 años, con una prevalencia en este grupo de edad de 22,5%, porcentaje aún mayor en las zonas urbanas, fuera de Tegucigalpa y San Pedro Sula, y en las zonas rurales, especialmente de La Mosquitia (Gracias a Dios). El estrato de edad más afectado fue el de 6 a 23 meses. Para tratar a niños menores de 5 años con diarrea se emplea una elevada proporción de medicamentos (pastillas 41,5%, antidiarreicos 37,1%, antibióticos 19,6%); 29,6% de los niños recibieron Litrosol (sales de rehidratación oral) durante el último episodio de diarrea en 2001. En ese año, poco más de la mitad de los niños recibieron menos alimentos o se les suspendieron algunos alimentos sólidos durante la diarrea (13).

CUADRO 3. Vacunas incorporadas al esquema nacional de vacunación por año de introducción, Honduras, 1977–2003.

Año	Vacuna	Población objetivo
1977	BCG, OPV, DPT, sarampión	Menores de 1 año
1977	Toxoide tetánico (TT)	Mujeres embarazadas
1990	TT	Mujeres de 12 a 49 años
1994	Hepatitis B	Grupos en riesgo
1995	Fiebre amarilla	Viajeros internacionales
1997	Sarampión, rubéola, paperas (MMR)	Población de 12 a 23 meses de edad
1998	Td (en sustitución de TT), sarampión, rubéola (MR)	Mujeres de 12 a 49 años
1999	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (HiB)	Menores de 1 año
2000	DPT/HepB/Hib	Menores de 1 año
2001	IPV y DT pediátrico	Grupos en riesgo
2003	Influenza	Grupos en riesgo

FIGURA 4. Casos de sida según sexo, Honduras, 1985–2005.

Enfermedades crónicas transmisibles

La morbilidad por **tuberculosis** ha venido decreciendo lentamente de 72 por 100.000 en 1993 a 50 por 100.000 en 2004 (54% de los casos corresponden a varones). En el mismo período, sin embargo, la detección de sintomáticos respiratorios se duplicó. La incidencia de **meningitis tuberculosa** se mantiene por debajo de 1% desde 1992. Según datos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (evaluación 2004), la incidencia de la tuberculosis y la coinfección por VIH/sida han ido en aumento desde 1986.

Después de un período de interrupción de dos años, el Programa Nacional de **Lepra** reanudó sus actividades en 1998, y hacia finales de ese año ya había realizado el seguimiento de 78 casos, de los cuales 13% aún recibían poliquimioterapia. En 1999, el número de casos descendió a 72, y en 2003 a 35.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas, incluida la **neumonía**, siguen siendo causa importante de morbilidad en los menores de 5 años, sobre todo en los municipios más pobres del occidente del país. Según datos de una encuesta realizada en 2001 a madres

cuyos hijos menores de 5 años fallecieron, una de cada tres defunciones de niños de entre 1 y 11 meses de edad y una de cada cinco defunciones de niños de 1 a 4 años de edad se atribuyeron a infecciones respiratorias agudas (13).

VIH/ sida y otras infecciones de transmisión sexual

El sida está presente desde 1985 y a fines de 2005 llevaba acumulados poco más de 17.000 casos; tan solo en 2004 se diagnosticaron 970 nuevos casos (una incidencia de 138 por 1.000.000 de habitantes). En 2005, 40% de los casos nuevos se registraron en San Pedro Sula y Tegucigalpa; la relación hombre:mujer, antes de 2:1, pasó a 0,95 a inicios de la década de los noventa. La figura 4 presenta el perfil de nuevos casos de sida, por año y sexo, para el período 1985–2005. El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 34 años, y la vía de transmisión más frecuente fue la heterosexual (88%), seguida, muy por debajo, por la perinatal (9%).

Zoonosis

La **rabia** ha mostrado un franco descenso en la última década, producto de las buenas coberturas de inmunización en canes. No

se han presentado casos de rabia canina desde 2003 ni rabia humana desde 2000. Se registraron casos aislados de rabia en bovinos, uno en 2004 y otro en 2005 (21).

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La **deficiencia de hierro** y la **desnutrición crónica** se presentan en un tercio de los niños menores de 5 años (13). En 2002, el país fue certificado como virtualmente libre de desórdenes por deficiencia de yodo.

La **obesidad** es un problema de importancia creciente. Varios estudios realizados entre 2001 y 2004 mostraron que entre 2% y 4% de los niños menores de 5 años sufrían de obesidad. Otro estudio efectuado en escolares de la capital mostró que 20% presentaban sobrepeso y obesidad. Entretanto, una investigación sobre factores asociados a la **diabetes mellitus** y la hipertensión arterial en la población adulta de Tegucigalpa realizada entre 2003 y 2004 mostró que 36% de las personas sufrían de sobrepeso y otro 23%, de obesidad (22). Esta investigación también mostró una prevalencia de diabetes mellitus de 7,8%, lo que significaría que en la capital del país habría cerca de 39.000 diabéticos, 42% de los cuales no estarían aún enterados de que sufren la enfermedad. La Secretaría de Salud notificó una incidencia de diabetes de 593 por 100.000 habitantes en 2004.

Enfermedades cardiovasculares

El estudio sobre factores asociados a la diabetes y la hipertensión antes mencionado mostró que 19% de la población adulta de Tegucigalpa sufría de hipertensión arterial, 53% tenía colesterol total elevado, 37% colesterol LDL elevado, 34% colesterol HDL bajo, y 29% triglicéridos elevados. Los registros rutinarios de la Secretaría de Salud mostraron que en 2004 la incidencia de hipertensión fue de 1.681 por 100.000 habitantes.

Neoplasias malignas

Según el Programa Nacional de Cáncer, en 1998 los principales cánceres fueron: de útero, de mama, de piel, de estómago y de ovario. Datos de 1998–2003 del Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, la mitad de cuyos casos provienen del departamento Francisco Morazán, mostraron que los tumores malignos más frecuentes fueron: cervicouterino (24,4%), de mama (13,9%), cerebral (5,2%), y la leucemia linfóide (3,5%). La mayoría de los casos de cáncer cervicouterino se presentaron en mujeres de 35 a 54 años de edad, y se encontraban en estadios II y III, mientras que 60% de los casos de cáncer de mama afectaban a mujeres de 40 a 59 años y también en estadios II y III. Se espera que la reciente implantación del Registro de Cáncer de Base Poblacional por el centro de cáncer mencionado permita caracterizar mejor la enfermedad.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres naturales

Tras el paso del huracán Mitch en 1998, que afectó a las vidas y la economía de sus habitantes, Honduras no ha estado expuesta a huracanes de magnitud similar; sin embargo, varios huracanes o tormentas de menor magnitud han provocado cada año algunas muertes y miles de damnificados por la pérdida de sus viviendas. Los más destacados fueron los huracanes Adrián en mayo y Beta en octubre de 2005, que causaron pérdidas en viviendas y cultivos de la población de Gracias a Dios, Atlántida y Colón.

Violencia y otras causas externas

La inseguridad social, incluidos homicidios, suicidios, accidentes de tránsito y agresión a las mujeres, aumenta en forma persistente. Según la Dirección General de Investigación Criminal (DGIC), las denuncias con mayor número de registros en 2003 han sido, en orden descendente, los delitos contra la mujer, los delitos contra menores y los intentos de homicidio. Informes de la DGIC y de la Dirección de Medicina Forense del Ministerio Público señalan que las muertes violentas se produjeron con mayor frecuencia en las grandes ciudades y que en 43% de los casos fueron causadas por armas de fuego y afectaron predominantemente a varones y a jóvenes de 20 a 35 años de edad (23).

Entre enero y noviembre de 2004 la DGIC registró 8.877 denuncias de violencia doméstica: en 95% de los casos las víctimas eran mujeres, en 94% de los casos el agresor era un hombre, 49% de las agresiones ocurrieron entre parejas, y 74% en el hogar. Se estima que muchos casos de violencia intrafamiliar no se denuncian, aunque la instalación en años recientes de fiscalías especializadas ha producido un aumento en el registro de casos. En el mismo período (enero a noviembre de 2004), 394 mujeres murieron por causa de la violencia doméstica.

La información sobre accidentes y otras lesiones es muy fragmentada y de escasa cobertura. El incipiente observatorio de la violencia basa su información de lesiones de causa externa en datos del Hospital Escuela, donde durante el primer trimestre de 2006 se registraron 3.704 lesiones, 51,3% no intencionales, 8,2% intencionales o agresiones, 12,2% de tránsito, 0,6% autoinfligidas y 27,6% de origen no determinado. La distribución por sexo indica que 67,5% de las personas lesionadas eran hombres, y 32,5% mujeres. Los grupos de edad más afectados fueron el de 5 a 14 años y el de 15 a 24 años. Las lesiones intencionales más frecuentes fueron: herida por arma blanca (34,4%), disparo de arma de fuego (24,9%) y golpe contundente (23,3%), y las agresiones se originaron más frecuentemente en intentos de robo (36,1%) o en riñas (24,9%) (24).

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El artículo 145 de la Constitución de Honduras reconoce el derecho de las personas a la protección de la salud y establece las

responsabilidades del Estado. Entre otras normas de carácter nacional, pueden mencionarse la Ley General de la Administración Pública, el Código de Salud y sus Reglamentos, la Ley General del Ambiente y sus Reglamentos, el Código de la Niñez y la Adolescencia, la Ley contra la Violencia Doméstica, la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer, y la Ley Especial sobre el VIH/sida.

Según el Código de Salud, forman parte del sector las instituciones y organizaciones públicas y privadas, nacionales e internacionales que realizan acciones en salud. La Secretaría de Salud es la entidad responsable de la conducción y regulación sectorial, así como de la coordinación de las actividades de salud, el establecimiento de prioridades y la orientación del desarrollo de los subsectores público y privado. Dicta normas, define las funciones esenciales en el campo de la salud pública, formula planes y programas nacionales y supervisa, evalúa y controla su cumplimiento, particularmente en lo relacionado a alimentos, bebidas, medicamentos, cosméticos, sustancias de uso peligroso y establecimientos médicos.

El marco normativo vigente le otorga a la Secretaría de Salud un fundamento jurídico bastante amplio y detallado para ejercer su función rectora de manera efectiva; sin embargo, se percibe una excesiva dispersión de esta normativa y un alcance muy limitado del actual Código de Salud frente a los retos que plantean la reforma y su implementación, por lo que resulta muy evidente la necesidad de una nueva ley general de salud que proporcione un marco jurídico más acorde con las metas y prioridades del plan sectorial.

Las funciones principales de la Dirección General de Regulación Sanitaria a partir de 2005 son las de vigilancia y control de productos, servicios y establecimientos de interés sanitario. Para ello, coordina la normalización, el control de los establecimientos

vinculados al sistema de salud y la aplicación de sanciones cuando corresponde reglamentariamente. En la evaluación de las funciones esenciales en salud pública (FESP) se destacó la buena elaboración de normas básicas y secundarias, pero se señaló la falta de cumplimiento de estas, entre otras razones por falta de recursos humanos capacitados. Se encontró que la certificación profesional, la acreditación de establecimientos, la vigilancia del cumplimiento de contratos por los proveedores privados y el control de la calidad del aire y el agua eran áreas especialmente débiles.

Estrategias y programas de salud

En los últimos años se han formulado políticas y estrategias orientadas a incrementar la cobertura de servicios y extender la protección social en salud; sin embargo, sigue existiendo una alta proporción de población excluida, ya sea por barreras de acceso a los servicios, por la provisión inadecuada y sostenida de servicios de salud, o porque la atención de salud no siempre es adecuada en términos de respeto étnico y cultural. Los excluidos en salud son los pobres, los que viven en zonas rurales, la población indígena y los desempleados, subempleados y trabajadores informales. El cuadro 4 presenta los indicadores más importantes de la exclusión en salud.

La Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) no ha logrado influir positivamente en los factores que contribuyen a la exclusión social. En efecto, los últimos informes de avance de la ERP señalan que en materia de pobreza, salud y servicios de agua potable y saneamiento los progresos han sido muy lentos, por lo que es necesario revisar los programas aplicados.

Tampoco las políticas de extensión de la protección social han logrado una ampliación sustancial que permita garantizar esa

CUADRO 4. Indicadores más relevantes de la exclusión en salud, por tipo, Honduras, 2004.

Cobertura	%
Población que no recibe atención de salud	30,1
Población sin seguro de salud	83,1
Accesibilidad financiera y laboral	
Hogares bajo el nivel de pobreza	64,5
Población con ingreso per cápita inferior a US\$ 1 por día	41,1
Trabajadores ocupados en el sector informal	55,9
Accesibilidad cultural	
Analfabetismo en población de origen étnico	38,1
Promedio de años de escolaridad en población de origen étnico	2,2
Estructura	
Número de médicos por 1.000 habitantes	0,8
Número de camas por 1.000 habitantes	0,6
Procesos	
Partos no institucionales	45,6
Embarazadas no captadas en el primer trimestre de embarazo	43,6
Viviendas sin abastecimiento de agua de llave dentro de la vivienda	26,0

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS, 2004.

protección. Si bien el IHSS ha aumentado considerablemente su base de cotizantes, ello solo supuso un incremento de población beneficiaria de alrededor de 3% entre 2002 y 2004. Además, el subempleo y el trabajo informal siguen aumentando en perjuicio del trabajo formal.

En marzo de 2003 la Secretaría de Salud realizó la segunda evaluación nacional de las funciones esenciales en salud pública (FESP). Las funciones mejor calificadas fueron: reducción del impacto de las emergencias y de los desastres sobre la salud (FE 11), vigilancia de la salud pública (FE 2) e investigación en salud pública (FE 10). Las funciones peor calificadas fueron: desarrollo de recursos humanos y adiestramiento en salud pública (FE 8), calidad y mejoramiento de la calidad de servicios de salud (FE 9), diseño de políticas y planificación (FE 5), fortalecimiento de la capacidad de regulación y fiscalización (FE 6), y evaluación y promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud indispensables (FE 7). En un nivel intermedio quedaron las funciones de participación de los habitantes en materia de salud (FE 4), monitoreo y análisis de la situación de salud (FE 1) y promoción de la salud (FE 3).

La Secretaría de Salud tiene a su cargo la formulación e implementación de las principales estrategias de salud a nivel nacional y local. Para ello, la administración del nivel central ejecuta regularmente varios programas de salud con responsabilidad normativa y de apoyo técnico a los niveles regionales de la misma Secretaría, al IHSS y al subsector privado.

Las estrategias dirigidas a prevenir y controlar los principales daños a la salud son las siguientes: reducción de la mortalidad materna e infantil; disminución de la desnutrición; erradicación del sarampión; eliminación de la rubéola; mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis; control de la transmisión transfusional de enfermedades; ampliación del componente de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en la atención a la niñez; adhesión a las iniciativas “Hacer retroceder la malaria” (*Roll Back malaria*) y “Alto a la tuberculosis” (*Stop TB*); control de infecciones de transmisión sexual, y control de la enfermedad de Chagas. Es de destacar la armonización y coordinación de varios organismos de cooperación y la Secretaría de Salud en la lucha contra la enfermedad de Chagas, que se tradujo en logros significativos y en la cual la Representación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Honduras actúa como Secretaría Técnica.

A pesar de los éxitos registrados hasta la fecha, un obstáculo que persiste para la implantación de estas estrategias es el modelo de atención medicalizado y eminentemente recuperativo, con un escaso componente de prevención, producto a su vez del modelo de formación y educación continua de los profesionales de la salud.

Organización del sistema de salud

El sector salud está constituido por la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el subsector

privado, con enlaces funcionales débiles entre ellos. Hasta 2004, la Secretaría de Salud estaba organizada administrativamente en ocho regiones sanitarias, y estas en áreas de salud, bajo cuya jurisdicción se encontraban los establecimientos de atención ambulatoria, como los Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO) y los Centros de Salud de Atención Rural (CESAR), y los hospitales, a excepción de los seis hospitales nacionales que dependen directamente del nivel central. En mayo de ese año se reorganizó funcionalmente la Secretaría de Salud en 18 Regiones Sanitarias Departamentales, en concordancia con el régimen territorial administrativo del país, y dos Regiones Sanitarias Metropolitanas ubicadas en los municipios del Distrito Central (Francisco Morazán) y el municipio de San Pedro Sula (Cortés).

El IHSS es una institución descentralizada cuya dirección máxima está a cargo de una junta directiva constituida por representantes del Gobierno, empleadores y trabajadores, y un representante del Colegio Médico de Honduras. Un director ejecutivo es responsable de la administración. El nivel central se organiza en función de tres regímenes: maternidad-enfermedad, invalidez-vejez-muerte y riesgos profesionales, administrados por sus respectivas gerencias nacionales. La cobertura del Instituto se encuentra en proceso de ampliación mediante una red de proveedores públicos y privados, y una gerencia nacional para la contratación de servicios subrogados.

La sede central del IHSS, en Tegucigalpa, tiene asignada como jurisdicción operativa la Región Centro-Sur-Oriente para Danlí, Juticalpa, Choluteca, San Lorenzo, Tegucigalpa, Comayagua, Siguatepeque y La Paz, mientras que la Oficina Regional Noroccidental, con sede en San Pedro Sula, tiene asignada como zona de influencia San Pedro Sula, Puerto Cortés, Copán, Choloma, Villanueva, La Ceiba, Tela, Tocoa, Roatán y Trujillo.

La prestación de servicios de salud del Instituto se realiza mediante servicios propios o subrogados, y en tres niveles: el primero orientado a la salud familiar y comunitaria con adscripción de afiliados, el segundo, ambulatorio y hospitalario, por referencia, y el tercero, constituido por los hospitales de especialidades de Tegucigalpa y San Pedro Sula, para la atención por referencia de los otros niveles.

Aunque no hay determinaciones precisas, se reconoce que el sector salud está altamente segmentado. Una encuesta reciente mostró que 47% de la población concurrió a un servicio de salud cuando se sintió enferma; de ella, 58% lo hizo a un establecimiento de la Secretaría de Salud, 7% al IHSS, 30% a un servicio privado de salud, y el resto, a agentes comunitarios y farmacias (25).

El propósito de la reorganización de la Secretaría de Salud, expresado en el Acuerdo No. 895, “es el desarrollo de la capacidad de administración del sistema de servicios, centrada en [...] el nivel local”. Los cambios del sistema administrativo se han orientado en un primer momento hacia la desconcentración de la gestión. La Secretaría de Salud promueve acciones orientadas a preparar a los niveles locales para que asuman en el futuro competencias y funciones descentralizadas. La desconcentración, siguiendo un modelo de regionalización, se realiza sobre todo desde los niveles

centrales hacia el nivel intermedio y muy poco hacia el nivel local. La red hospitalaria pública y los niveles operativos están facultados para manejar las finanzas con un porcentaje definido para atender algunas necesidades, y son los responsables del manejo de los equipos e insumos. Algunos proyectos de cooperación e inversión asignan responsabilidades a las unidades de salud en el nivel local otorgándoles los recursos financieros para su ejecución. La descentralización, como política nuclear de la reforma del sector, será posible únicamente si se realiza en el marco de un proceso democrático, de fortalecimiento de la solidaridad, y sobre todo de participación y control social. Para ello, las instancias de comunicación entre el nivel central, intermedio y local se están reforzando. En los municipios se están introduciendo el diagnóstico local de la situación de salud con la participación de los diversos sectores de la comunidad, y la elaboración de planes de desarrollo en forma integrada.

Alrededor de 11% de la población está cubierta por el subsistema de seguro público de salud a través del IHSS. Del total de población económicamente activa, 37,1% está cubierta por el seguro público que opera a través del IHSS. El IHSS ofrece un régimen de prestaciones de salud para sus asegurados cotizantes, que incluye la cobertura de todos los riesgos de salud y brinda a los beneficiarios indirectos servicios de maternidad y atención a los niños y niñas hasta los 5 años. No existe un sistema de afiliación privada de la seguridad social. Hay 10 aseguradoras privadas que venden planes de seguros (gastos médicos hospitalarios) cuya fuente de financiamiento es el bolsillo del asegurado, pero no se dispone de datos sobre el verdadero alcance de su cobertura poblacional. No existen modalidades de financiamiento público del aseguramiento privado de salud.

Servicios de salud pública

Honduras se consideró años atrás como un modelo en cuanto a la aplicación de la estrategia de atención primaria de la salud (APS). En la actualidad, sin embargo, la atención de la salud muestra grandes inequidades, la participación de la comunidad es en gran medida vista como auxiliar de los servicios de salud y, con algunas excepciones, existe una falta de coordinación entre los distintos sectores e instituciones en todos los niveles. Además, amplios segmentos de la sociedad están excluidos de los beneficios de la tecnología sanitaria apropiada y a costos razonables.

Entre los programas de salud que ejecuta la Secretaría de Salud se destacan los siguientes: el Programa de Prevención del VIH/Sida, centrado en el componente preventivo-educativo y, recientemente, en la administración de antirretrovirales; el Programa de Control de Infecciones de Transmisión Sexual, también con alto componente educativo, que aplica protocolos estandarizados de tratamiento; el Programa de Control de la Tuberculosis, con un fuerte componente de detección precoz mediante pruebas de tamizaje y protocolos estandarizados de tratamiento y seguimiento de casos; el Programa de Control del Cáncer Cervicouterino, que realiza pruebas de tamizaje para la detección precoz; el

Programa Nacional de Salud Oral, que hace hincapié en el componente educativo, destinando un gran porcentaje del recurso odontológico a esta labor, y desarrolla campañas nacionales, entre otras de aplicación de flúor y selladores, y de control odontológico en escolares y mujeres embarazadas; el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), que durante los últimos años mantiene coberturas superiores a 95% con las diferentes vacunas. El Departamento de Atención Integral a la Familia ejecuta programas de atención a la mujer (control prenatal, parto y puerperio, planificación familiar) y de atención a niños y niñas menores de 5 años y a adolescentes.

La debilidad del sistema de información sanitaria, tanto en materia de vigilancia de la salud como de servicios de salud y estadísticas vitales, constituye un problema grave en Honduras. Para medir la morbilidad solo se dispone de datos provenientes de informes de la Secretaría de Salud y de encuestas poblacionales, mientras que para ponderar la mortalidad se utilizan estudios especiales. Mejoras significativas en el Registro Nacional de las Personas han permitido reducir el subregistro de nacimientos de 32% en 2002 a 8% en 2005, no así en el caso de defunciones, donde el subregistro era de 37% en 2005.

La información sanitaria proviene principalmente de los sistemas rutinarios de registro de datos en la red de servicios de salud, tanto ambulatorios como hospitalarios. Esto hace que esté segmentada por su diversidad de procedencia (intra-institucional o interinstitucional). En la Secretaría de Salud existen varios subsistemas de registro y transmisión de datos, cuyo procesamiento ejerce mayor presión sobre los servicios, dado que un mismo dato circula por diversos caminos hasta llegar al nivel central. La mayor parte de los datos se transmiten en forma compilada y en formato impreso, lo que dificulta su interpretación en los niveles superiores. La diversidad de presentaciones y de origen de los datos dificulta la desagregación, comparación y demás procesamientos estadísticos. La vigilancia de la salud se basa exclusivamente en los datos registrados en los servicios de la Secretaría de Salud, en el denominado sistema de alerta o telegrama epidemiológico, y en la remisión mensual de datos sobre 46 daños o eventos de notificación obligatoria.

La vigilancia, la investigación y el control de riesgos y daños en salud pública fueron la segunda función esencial mejor calificada en 2003, en particular por la preparación de guías, la capacidad profesional y el apoyo a los niveles intermedios. Sin embargo, se mostró que el monitoreo y análisis de la situación de salud, y en particular el componente de desarrollo tecnológico, experiencia y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información, eran áreas que necesitaban mejoras.

La Dirección General de Vigilancia de la Salud está implementando las unidades de análisis epidemiológico, tanto en la esfera nacional como en los niveles intermedio y local, como instancias de procesamiento, análisis de información y toma de decisiones. Para ello, se están fortaleciendo los equipos que se harán cargo de las unidades y se les proporcionan las herramientas necesarias para el análisis georreferenciado de la información. Así, se han

elaborado mapas de riesgo de enfermedades transmisibles y calculado un índice de necesidades en salud municipal, combinando seis dimensiones: sanitaria (acceso a agua y saneamiento), desarrollo urbano (hacinamiento), capital humano (educación primaria), acceso a servicios de salud (cobertura de vacunación), oferta de servicios de salud (médicos por habitante) y estado de salud (retraso de crecimiento en escolares).

Con respecto a los servicios de agua potable y saneamiento, la mayoría de la población general tiene acceso a agua potable, pero menos de la mitad consume agua debidamente desinfectada, y más de 90% de los sistemas de agua operan con intermitencia en el suministro. La cobertura y calidad de la prestación de los servicios para la población rural es dispersa y la urbano-marginal es deficitaria. El tratamiento de las aguas residuales es extremadamente bajo, a pesar de los esfuerzos realizados en varias ciudades de tamaño intermedio en donde se han construido lagunas de estabilización. Dos tercios de la población nacional cuentan con algún tipo de instalaciones para la eliminación de excretas, sobre todo letrinas (35%), que a menudo constituyen la única solución disponible en la zona rural (26).

La Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente (SERNA) y el Centro de Estudios y Control de Contaminantes (CESCCO) cuentan con un marco legal apropiado y han realizado esfuerzos para fortalecer la gestión ambiental mediante la agilización de sus procesos y el impulso a la descentralización. Sin embargo, la capacidad para el monitoreo, el control y la vigilancia de los aspectos ambientales que inciden en la salud requiere mayores esfuerzos, tanto para afianzar la descentralización y coordinación intersectorial como para fortalecer las capacidades institucionales. La coordinación de estos dos organismos con la Secretaría de Salud se ha establecido en función de circunstancias graves y no como consecuencia de una política construida con la participación de los altos niveles de decisión e implementada por funcionarios de los niveles medio y local.

Se necesita planificar la protección y aprovechamiento integral de los recursos hídricos superficiales y subterráneos a fin de asegurar este recurso de manera sostenible. En tal sentido, es necesario el reordenamiento institucional en concordancia con lo estipulado en la nueva Ley Marco del Sector, recientemente aprobada, y falta una política de financiamiento y servicio financiero sostenible para atender las zonas mencionadas. Hasta el momento de la promulgación de la Ley Marco, no existía un organismo rector ni regulador del sector. Había en cambio gran variedad de prestadores, tales como el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA), dependencias y empresas municipales, empresas mixtas y una privada (San Pedro Sula). En el ámbito rural actúan los municipios, las Juntas Administradoras de Agua y Saneamiento y la Secretaría de Salud.

A partir de 2008, los gobiernos municipales asumirán la responsabilidad de la prestación de los servicios, y por lo tanto necesitarán desarrollar sus capacidades, especialmente los más pequeños. Deberá corregirse la falta de prácticas de mantenimiento

preventivo para disminuir la vulnerabilidad de la infraestructura de agua y saneamiento por parte de las empresas prestadoras. Los sistemas de información no están homologados, actualizados e integrados a nivel nacional.

Como consecuencia del paso del devastador huracán Mitch en 1998, se mejoró la organización de instancias sectoriales para prevenir y mitigar las emergencias y desastres. En el sector salud se reconoce una buena articulación interinstitucional para construir alianzas y una adecuada asesoría a los niveles subnacionales, y se han establecido normas adecuadas a partir de un plan del sector salud para la mitigación de desastres. La Secretaría de Salud y la Secretaría de Agricultura lideran la preparación del Plan Nacional de Preparación para la Pandemia de Influenza.

El incremento del comercio y los viajes internacionales aumenta el riesgo de que lleguen al país personas infectadas en otros países, especialmente los limítrofes, con los que existe un intenso tráfico de bienes, animales y personas. En los últimos años han cundido alarmas de posible introducción del síndrome respiratorio agudo severo, la fiebre del Nilo Occidental y la encefalitis equina venezolana. La amenaza global de la gripe aviar se considera que tendría grave impacto en la seguridad alimentaria y la economía del país, y en caso de una pandemia de influenza, la morbilidad y mortalidad en la población sobrepasarían enormemente la capacidad nacional de respuesta.

Servicios de atención a las personas

Según datos del censo de establecimientos de salud de 2002, la Secretaría de Salud posee la mayor red de establecimientos del país, con 28 hospitales y 1.241 centros de atención ambulatoria y atención materno-infantil. Además de los dos hospitales ubicados en Tegucigalpa y San Pedro Sula, el IHSS cuenta con 10 establecimientos de atención ambulatoria (en expansión). El subsector privado, las organizaciones no gubernamentales y otras instituciones administran 108 hospitales y 820 establecimientos ambulatorios. En 2002 existían en el país 6.659 camas (0,97 camas por 1.000 habitantes) distribuidas así: 4.656 camas en la Secretaría de Salud, 250 camas en el IHSS, 1.652 en el subsector privado lucrativo y 101 en organizaciones no gubernamentales y otras instituciones.

En 1997 se creó el Consejo Nacional de la Sangre, encargado de establecer un sistema nacional de sangre que garantice el acceso de la población a sangre y productos sanguíneos en cantidad y calidad suficiente. En 1998 se aprobó el Reglamento de la Política Nacional de Sangre, que contiene las políticas y orientaciones generales que regulan la utilización de sangre y las directrices para organizar el sistema nacional de sangre, cuyos entes ejecutores son el Consejo Nacional de la Sangre, el Programa Nacional de Sangre, el Departamento de Bancos de Sangre de la Secretaría de Salud y la red de servicios de transfusión hospitalaria, tanto públicos como privados. Esta red cuenta con 22 bancos de sangre (16 públicos, 2 de la Cruz Roja Hondureña y 4 privados) y 45 servicios de transfusión públicos y privados. Ese mismo año, la Se-

Cooperación y enfoque sectorial para mejorar la salud

Más de la mitad de la población hondureña vive en condiciones de pobreza, con marcada desigualdad económica, educativa y de servicios en la población afrodescendiente e indígena. La situación empeora en la zona rural, donde 75% de los habitantes viven en condiciones de extrema pobreza. Con el fin de hacer más operativo el seguimiento de la reconstrucción y transformación nacional y de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza, se han organizado mesas sectoriales, una instancia de diálogo tripartito entre el gobierno, la sociedad civil y las agencias de cooperación. El propósito es armonizar y mejorar los mecanismos de planificación, ejecución y evaluación de la gestión, y potenciar y garantizar la racionalización de los recursos provenientes de las diversas fuentes de financiamiento en los sectores de educación, salud, agua y saneamiento y agricultura. Tanto la Secretaría de Salud como otros actores pertinentes consideran que el avance hacia el enfoque sectorial es la estrategia más adecuada para una gestión presupuestaria eficiente de los recursos que se invierten en el sector salud. Por otra parte, la Secretaría de Salud elaboró el Plan Nacional de Salud 2021 y la Política Nacional de Salud 2006–2010, que servirán como documentos de base para la implementación del enfoque sectorial.

cretaría de Salud designó a la Cruz Roja Hondureña como la institución responsable del establecimiento, operación y desarrollo del Programa Nacional de Sangre, esto es, de la captación y selección de los donantes, la preparación de componentes sanguíneos, la realización de pruebas inmunohematológicas, la detección de agentes infecciosos y el almacenamiento y despacho de la sangre y los productos sanguíneos. Finalmente, en 1999 se aprobó la norma técnica para el manejo de la sangre y los componentes sanguíneos.

El tamizaje serológico de 100% de la sangre de donantes a nivel nacional durante 2002 y 2003 mostró un mantenimiento de las prevalencias para VIH (0,3%), hepatitis B (0,5% y 0,34%) y C (0,7% y 0,95%) y sífilis (1,2% y 1,31%). El tamizaje de *Trypanosoma cruzi* mostró una seroprevalencia en donantes de 1,4 en 2003.

El país cuenta con servicios de diagnóstico por imágenes y de laboratorio con tecnología avanzada, ubicados preferentemente en establecimientos del subsector privado, en las grandes urbes. Los únicos establecimientos públicos especializados son el Hospital de Tórax y el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita.

Promoción de la salud

En la evaluación de 2003 de las funciones esenciales de salud pública, se consideró a la promoción de la salud (FESP 3) como un área en la que el desempeño debía mejorar. Si bien se reconoce el esfuerzo del país por promover conductas saludables, se señala el escaso apoyo técnico a los niveles intermedios y locales, y la debilidad en la construcción de alianzas y en la planificación y coordinación de estrategias de información y educación.

Con el fin de hacer más operativo el seguimiento de la reconstrucción y transformación nacional y de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza, se han organizado mesas sectoriales, una instancia de diálogo tripartito entre el gobierno, la sociedad civil

y los cooperantes cuya importancia y validez se comprobaron después de algún tiempo de funcionamiento. El propósito es armonizar y mejorar los mecanismos de planificación, ejecución y evaluación de la gestión, y potenciar y garantizar la racionalización de los recursos provenientes de las diversas fuentes de financiamiento en los sectores de educación, salud, agua y saneamiento y agricultura. El gobierno ha decidido orientar la gestión gubernamental en función de programas de país de largo plazo y no de proyectos como lo venía haciendo hasta ahora, con un enfoque sectorial; todo ello en el marco de las Políticas del Sector Salud 2002–2006, el Plan de Gobierno 2002–2006, la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (2015); los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Plan Nacional de Salud 2021. El gobierno se ha planteado el reto de estructurar su planificación sobre la base de Planes con Enfoque Sectorial Ampliado (metodología SWAp, por sus siglas en inglés).

Tanto la Secretaría de Salud como otros actores pertinentes consideran que el avance hacia el enfoque sectorial es la estrategia más adecuada para una gestión presupuestaria eficiente de los recursos que se invierten en el sector salud. Asimismo, consideran fundamental diseñar los instrumentos de gestión que permitan monitorear y evaluar los avances logrados; la aplicación de las estrategias sectoriales; los procesos de rendición y petición de cuentas; el cumplimiento de los estándares definidos para cada estrategia; el seguimiento de la ejecución presupuestaria de los fondos nacionales y de cooperación, y la evaluación del impacto de este nuevo esquema de trabajo.

Con el objeto de garantizar el logro de los Objetivos del Milenio a través de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza y de la utilización más eficiente de los recursos disponibles para el sector durante la administración que concluyó en febrero de 2006, la Secretaría de Salud elaboró el Plan Nacional de Salud

2021 y la Política Nacional de Salud 2006–2010, que incorporarán las acciones de la Secretaría de Salud y del IHSS y servirán como documentos base para la implementación del enfoque sectorial.

Recursos humanos

Entre las funciones esenciales en el campo de la salud pública, el desarrollo de los recursos humanos y la capacitación en salud pública fue una de las peor calificadas. Sus aspectos más críticos fueron la falta de caracterización de la fuerza de trabajo, especialmente el diagnóstico de las necesidades de personal, así como la negociación con entidades formadoras, con otras entidades del Estado y con la sociedad civil para construir una política nacional en esta materia. Se destacó también la falta de un sistema de evaluación del desempeño del personal que trabaja en salud pública y la falta de estabilidad, incentivos y educación continua.

La tasa estimada de médicos, enfermeras profesionales y dentistas llega a 8,7, 3,2 y 2,2 por 10.000 habitantes respectivamente, considerando los recursos de todas las instituciones del sector. La Secretaría de Salud, como responsable de la mayor parte de los establecimientos de salud del país, debería disponer también del mayor número de recursos humanos; sin embargo, la cantidad de médicos, enfermeras y dentistas apenas llega a 2,4, 1,2 y 0,2 por 10.000 habitantes, respectivamente. Su distribución, además, muestra grandes desigualdades ya que en Francisco Morazán, por ejemplo, hay 5,6 médicos por 10.000 habitantes mientras que en Santa Bárbara hay 0,9 médicos por 10.000 habitantes. Como ya se mencionó, el subsistema de información de recursos en salud es muy deficiente, por lo que la cifra estimada nacional puede ser consecuencia de duplicaciones en el registro de recursos humanos.

Suministros de salud

En el país circulan actualmente 16.000 medicamentos, la mayoría importados y de marca. La función de regulación de medicamentos ha mejorado y actualmente la ejerce la Secretaría de Salud. En aspectos de vigilancia sanitaria se ha incrementado en forma notable la supervisión a establecimientos farmacéuticos y la aplicación de sanciones, incluido el cierre de farmacias por falta de profesional habilitado. De las 67 industrias farmacéuticas existentes, pocas cumplen con las disposiciones de las Buenas Prácticas de Fabricación. En materia de suministro de medicamentos, ante la problemática general, la Secretaría de Salud está interesada en reorganizar todo el sistema focalizando sus acciones en aspectos de almacenamiento y control de inventarios.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

La producción de la actividad científica, expresada en la publicación de información científico-técnica en salud, es muy baja. El escaso financiamiento de la actividad científica y la defi-

ciente formación de recursos humanos para la investigación en salud son factores condicionantes de esta situación. Es apreciable el esfuerzo de varias instituciones pertenecientes al Comité Nacional de la Biblioteca Virtual en Salud y lideradas por la Biblioteca Médica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, para mejorar la gestión de la información científico-técnica en salud y ponerla al alcance de estudiantes, profesionales e investigadores de la salud.

A pesar de que existe una instancia encargada de desarrollar la agenda de investigación en salud pública, la falta de apoyo político, técnico y financiero han obstaculizado su avance. La principal fuente de financiamiento es la cooperación externa. Las otras instituciones creadas por el Estado para promover la investigación en salud enfrentan desafíos similares, por lo que la función queda así relegada al criterio de profesionales individuales e instituciones académicas cuyas investigaciones no contribuyen necesariamente a mejorar el conocimiento sanitario ni preservan los principios éticos que deben regir las investigaciones.

Cooperación técnica y financiera en salud

La cooperación internacional cumple un papel muy importante en la economía hondureña y constituye un factor determinante para alcanzar el desarrollo económico y social, en el marco de la Estrategia de Reducción de la Pobreza y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

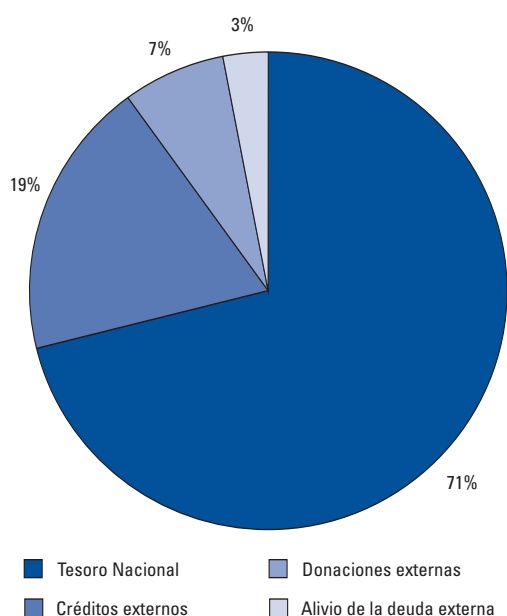
La Secretaría Técnica y de Cooperación Internacional (SETCO) es el órgano técnico encargado de determinar las prioridades y metas del programa de inversión y gasto público, así como de efectuar el seguimiento de la ejecución de las metas y prioridades establecidas y, en lo concerniente a la cooperación internacional, de formular las políticas y estrategias, así como su negociación y seguimiento. Los programas y proyectos sectoriales son identificados, evaluados y seleccionados por la SETCO sobre la base del Plan de Gobierno 2002–2006 y de las prioridades de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (27).

Después del huracán Mitch, el flujo de la ayuda internacional tanto técnica como financiera en salud aumentó en forma considerable. Sin embargo, se ha realizado en forma desorganizada y sin un conocimiento claro de su efecto sobre los grupos de población que realmente la necesitan.

Entre donaciones externas y créditos, el financiamiento externo alcanza un porcentaje cercano a 30% del total del presupuesto. La figura 5 presenta los porcentajes del presupuesto de salud según fuente de financiamiento para 2004. Este comportamiento se ha mantenido estable durante los últimos tres años, y de acuerdo con la información suministrada por varias agencias internacionales, se espera que esta ayuda sea similar durante los próximos cinco años.

Entre 1998 y 2003 Honduras suscribió 54 convenios en salud por un monto que supera los US\$ 300 millones. De los poco más de US\$ 198 millones en proyectos de salud no reembolsables, la

FIGURA 5. Presupuesto de salud por fuente de financiamiento, Honduras, 2004.



mayor contribución procede de entidades multilaterales, entre las que se destacan el Programa Mundial de Alimentos (PMA), la Unión Europea y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, Fondo Global) y agencias bilaterales de Japón y Suecia. Por su parte, los recursos de proyectos reembolsables ascienden a cerca de US\$ 92 millones con participación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AEIC) (véase el cuadro 5). Es difícil disponer de información oficial detallada y actualizada sobre la cooperación en Honduras, apreciándose un subregistro importante en los montos y las agencias participantes.

Se han creado espacios de diálogo para la cooperación internacional, como por ejemplo las Mesas de Coordinación Interagencial del Sistema de Naciones Unidas, donde las partes se reúnen en forma periódica. En el sector salud existen varios ámbitos de discusión y análisis, tales como la Mesa Sectorial en Salud y la Mesa CESAR (Centros de Salud de Atención Rural), donde se tratan diversos aspectos de salud del país.

Referencias

1. Honduras, Secretaría de Finanzas. Informe de la deuda pública, período enero–diciembre 2005. Disponible en: <http://www.sefin.gob.hn>. Acceso el 24 de julio de 2006.
2. Cabezas M. La manera hondureña de presupuestar la ERP. La Haya: Institute of Social Studies; 2005.

CUADRO 5. Cooperación internacional, proyectos de salud, Honduras, 1998–2003.

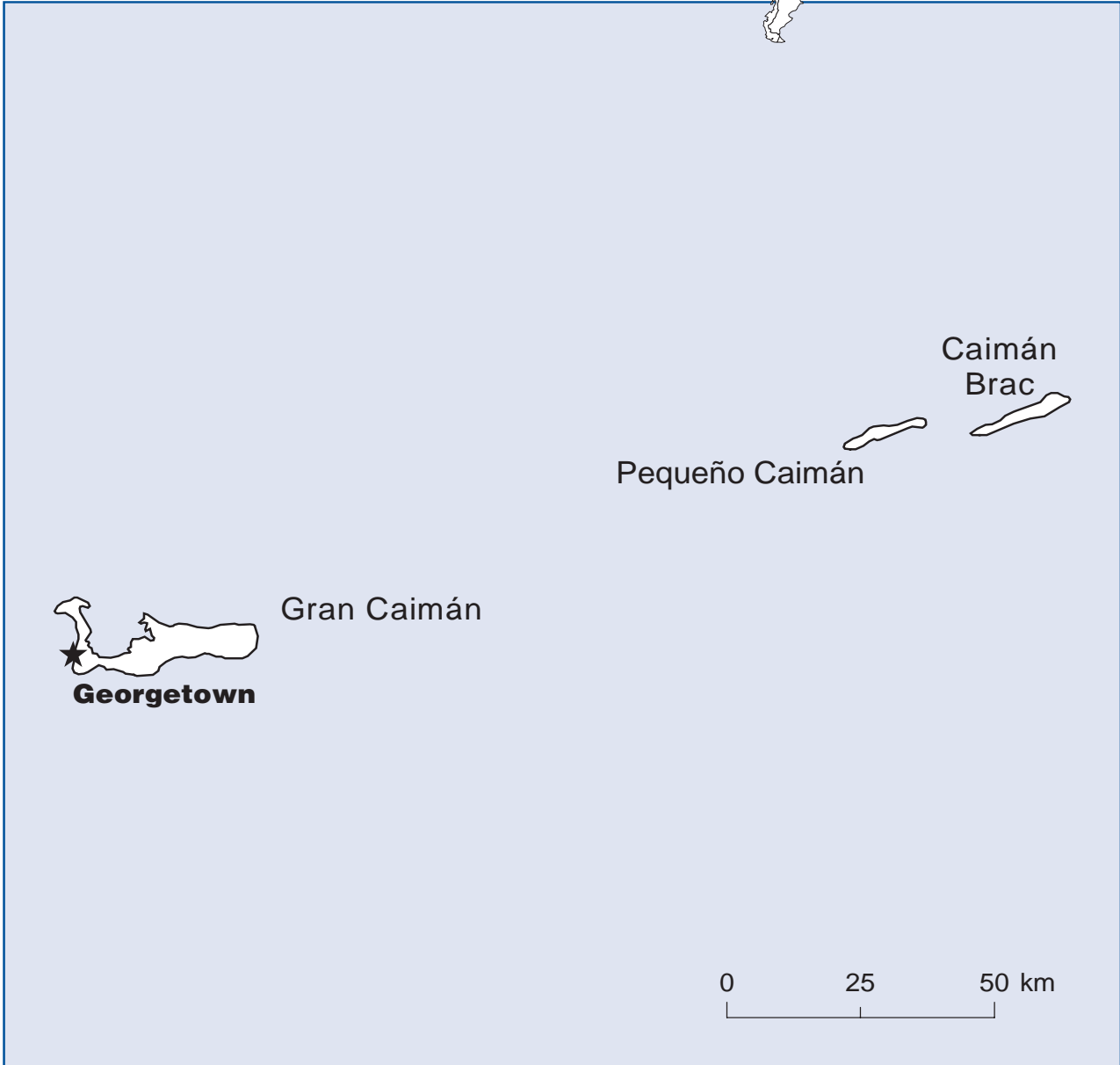
País / Agencia / Organismo	Naturaleza del financiamiento	Monto contratado en US\$
Total fondos no reembolsables		198.460.641
Estados Unidos	Bilateral	47.760.000
Japón	Bilateral	23.272.425
Suecia	Bilateral	9.000.000
Canadá	Bilateral	4.730.525
Alemania	Bilateral	1.182.000
Reino Unido	Bilateral	849.000
España	Bilateral	11.716
Total bilateral		86.805.666
PMA	Multilateral	55.891.452
Unión Europea	Multilateral	30.381.454
PNUD (Fondo Global)	Multilateral	20.842.930
UNESCO	Multilateral	4.177.811
Servicios Católicos para Mitigación	Multilateral	200.000
Total multilateral		111.493.647
Visión Mundial	ONG	161.328
Total ONG		161.328
Total fondos reembolsables		92.400.000
BID	Multilateral	36.000.000
España (AEIC)	Bilateral	29.300.000
Banco Mundial	Multilateral	27.100.000

Fuente: Honduras. Secretaría del Despacho de la Presidencia. *Hacia un Programa Sectorial Ampliado*. Tegucigalpa, junio de 2004.

3. Honduras, Secretaría del Despacho Presidencial, Unidad de Apoyo Técnico. Informe de avance de la ERP, primer trimestre 2005. Vol. 2, N° 1. Tegucigalpa: Secretaría del Despacho Presidencial; 2005.
4. World Bank. World Development Indicators 2005. Disponible en: <http://devdata.worldbank.org/data-query>. Acceso el 3 de marzo de 2006.
5. Honduras, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Tegucigalpa: INE; 2004.
6. World Bank. World Development Indicators 2005. Disponible en: <http://devdata.worldbank.org/wdi2005/Section2.htm>. Acceso el 8 de julio de 2005.
7. Honduras, Instituto Nacional de Estadística. Mercado laboral. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Disponible en: <http://www.ine-hn.org>. Acceso el 6 de octubre de 2004.
8. Pratt L. El sector maquila de Honduras y riesgos ambientales y sociales. Disponible en: <http://www.ecobanking.com>. Acceso el 20 de julio de 2006.
9. Honduras, Banco Central de Honduras. Honduras en cifras 2003–2005. Disponible en <http://www.bch.hn>. Acceso el 27 de julio de 2006.
10. Honduras, Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población y Vivienda 2001. Tegucigalpa: INE; 2003.

11. Mercaplan Centroamérica. Encuesta Nacional sobre Percepción de Corrupción en Honduras 2001. Disponible en: <http://www.worldbank.org/wbi/governance/honduras/results.html>. Acceso el 20 de julio de 2006.
12. Honduras, Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población 2001–2015. Tegucigalpa: INE; 2003.
13. Asociación Hondureña de Planificación de Familia. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 2001. Tegucigalpa: ASHONPLAFA; 2003.
14. Honduras, Secretaría de Salud, Departamento de Estadística, Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión. Boletín de Estadísticas Ambulatorias, año 2004. Tegucigalpa: SS; 2005.
15. Honduras, Programa de Asignación Familiar. Octavo Censo de Talla en Niños de Primer Grado, 2001. Tegucigalpa: PRAF; 2001.
16. Pantelides E. La salud sexual y reproductiva: también un asunto de hombres. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
17. Meléndez JH, Ochoa JC, Villanueva Y. Investigación sobre mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras. Informe final 1997. Tegucigalpa; 1999.
18. Quiroz C. Mortalidad materna en Honduras 2004–2005. Trabajo presentado en el Taller sobre Vigilancia de Mortalidad Materna, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano/Organización Panamericana de la Salud, 29 de marzo de 2006.
19. Honduras, Instituto Nacional de Estadística. La discapacidad en Honduras: análisis de los resultados de la XXVI Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 2002. Tegucigalpa: INE; 2003.
20. Honduras, Secretaría de Salud, Departamento de Estadística. Informe de enfermedades transmisibles (TRANS) 2004. Tegucigalpa: SS; 2005.
21. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Sistema de Información Epidemiológica. Disponible en: <http://siepi.panaftosa.org.br/Painel.aspx>. Acceso el 20 de septiembre de 2006.
22. Palma R, Pineda E, Fernández E, Amándola L. Prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial y factores asociados en Tegucigalpa 2003–2004. Datos preliminares. En prensa.
23. United Nations, Joint Programme for the Support of Human Security in Honduras 2005–2006. Concept paper; 2004.
24. Universidad Autónoma de Honduras, Observatorio de la Violencia. Lesiones. Boletín trimestral enero–marzo 2006. Edición N° 2, mayo 2006.
25. Honduras, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Condiciones de Vida 2004. Tegucigalpa: INE; 2006.
26. Honduras. Análisis del Sector de Agua Potable y Saneamiento. Tegucigalpa; 2003.
27. Honduras, Secretaría de Finanzas. Nuevo Financiamiento Cooperación Internacional en el Marco del Grupo Consultivo Período 2004–2006. Tegucigalpa: Secretaría de Finanzas; 2005.

ISLAS CAIMÁN



Las Islas Caimán son un territorio británico de ultramar 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 aproximadamente 250 km². Gran Caimán es la isla más grande y poblada, con una superficie de 197 km².

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Las dos “islas hermanas”, Caimán Brac y Pequeño Caimán, están situadas a unos 145 km al este de Gran Caimán y tienen superficies de 36 km² y 26 km², respectivamente. La capital, Georgetown, está en Gran Caimán. En general, las islas tienen poca elevación, excepto por el gran farallón de piedra caliza en Caimán Brac.

Determinantes sociales, políticos y económicos

El gobierno territorial está encabezado por el Gobernador, que representa a la Corona y preside el Consejo Ejecutivo, constituido por tres miembros oficiales y los ministros elegidos por la Asamblea Legislativa; los ministros delegan la ejecución de las políticas y la administración en los secretarios permanentes. El Parlamento consta de 15 escaños, dos de los cuales son ocupados por mujeres.

Las Islas Caimán se caracterizan por su estabilidad política y una economía fuerte. Con un ingreso medio de alrededor de US\$ 42.000, los habitantes de las islas gozan del nivel de vida más alto en el Caribe. Las islas acuñan su propia moneda, el dólar de las Islas Caimán (CI\$), vinculado con un tipo de cambio fijo de CI\$ 1 por US\$ 1,227.

El incremento del PIB en 2002 fue de 5,3% y en 2005 se estimó que fue de 1,7%. El crecimiento económico se debe sobre todo a los sectores de finanzas y turismo, pues las islas reciben hasta 10.000 visitantes al día.

Al finalizar 2005, la población total de las islas era de 52.466 habitantes (residentes únicamente, incluidos los que tenían permiso de trabajo), cifra que representa un aumento en comparación con los datos de 2000 (40.200). El 50,2% de la población eran hombres y 49,8%, mujeres. Gran Caimán es la más poblada de las islas, con 50.000 habitantes; le siguen Brac, con alrededor de 2.000 residentes y Pequeño Caimán, con aproximadamente 200 residentes permanentes. El marcado aumento de la población en los últimos cinco años se atribuye al rápido aumento del número de extranjeros con permisos de trabajo y familiares a su cargo; si

bien esta afluencia ha servido para compensar la falta de trabajadores locales, ha sobrecargado los servicios del territorio, incluidos los de atención de salud. La tasa de crecimiento demográfico aumentó de 2,1% en 2001 a 2,6% en 2005. La esperanza de vida al nacer aumentó de 79,2 (76,4 años para los hombres y 81,6 para las mujeres) en 2002 a 80,0 (77,3 para los hombres y 82,6 para las mujeres) en 2005. La tasa bruta de natalidad disminuyó de 13,5 nacidos vivos por 1.000 habitantes en 2002 a 12,9 en 2005.

La población es una mezcla de más de 100 nacionalidades. Aproximadamente la mitad de la población son naturales de las islas. El 60% de la población es de raza mixta y el 40% restante se divide aproximadamente entre blancos y descendientes de africanos. La población es casi exclusivamente cristiana, con un gran porcentaje de presbiterianos y anglicanos.

La tasa de alfabetización de adultos en 2005 se estimó en 99%. La educación escolar es gratuita y obligatoria para todos los niños de 5 a 16 años de edad. Todos los niños en edad escolar reciben atención médica gratuita y el acceso a la atención de salud es el mismo para todas las personas en las islas.

Aproximadamente 95% de los habitantes tiene agua corriente y 5% tiene acceso a agua potable suministrada por medio de camiones cisternas; el sistema de alcantarillado público presta servicios a aproximadamente 10% de la población y para el 90% restante se utilizan plantas de tratamiento de agua servidas en el sitio, como fosas sépticas, plantas de tratamiento de aguas servidas aeróbicas y pozos negros.

Demografía, mortalidad y morbilidad

Si se compara la estructura por edad de la población en 1990 y en 2005, se puede observar el envejecimiento de la población (Figura 1). En 2005, los menores de 20 años representaban 3% menos de la población total que en 1990, y el grupo de 60 años y más representaba 3% más.

Todas las defunciones en las Islas Caimán se registran, ya sean de naturales o de extranjeros con permiso de trabajo. Las defunciones de residentes promedian alrededor de 120 al año; la tasa anual bruta de defunciones se mantuvo estable desde 2002 a 2005, fluctuando entre 5,2 y 4,8 defunciones por 1.000 habitantes

(los datos de la mortalidad de los turistas se analizan por separado). Las tres primeras causas de muerte son la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebrovasculares y las neoplasias malignas y representan 30,4% del total de defunciones (Cuadro 1). Las principales causas de muerte en los hombres son las neoplasias malignas de la tráquea, los bronquios y los pulmones y la próstata, mientras que las infecciones respiratorias agudas (influenza y neumonía) y las neoplasias malignas de la mama son las principales causas de muerte en las mujeres. Durante el período 1994–2000 se registraron 90 defunciones por causas externas, que representan un promedio anual de 13 defunciones (11% del total de defunciones). Las principales causas externas de muerte fueron los accidentes de tránsito (30 defunciones o 33,3% del total), los ahogamientos accidentales (20 defunciones o 22,2%), los homicidios (16 defunciones o 17,8%), los suicidios (5 defunciones o 5,6%), las muertes con intencionalidad indeterminada (4 defunciones o 4,4%), los incendios en las viviendas (3 defunciones o 3,3%) y todos los demás accidentes (12 defunciones o 13,3%), con una razón hombre:mujer de 4:1 (15:1 para los homicidios). El territorio es particularmente vulnerable a los huracanes; en septiembre de 2004, el huracán Iván ocasionó la muerte de dos personas y daños por un valor estimado de US\$ 10 millones en la infraestructura del territorio.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

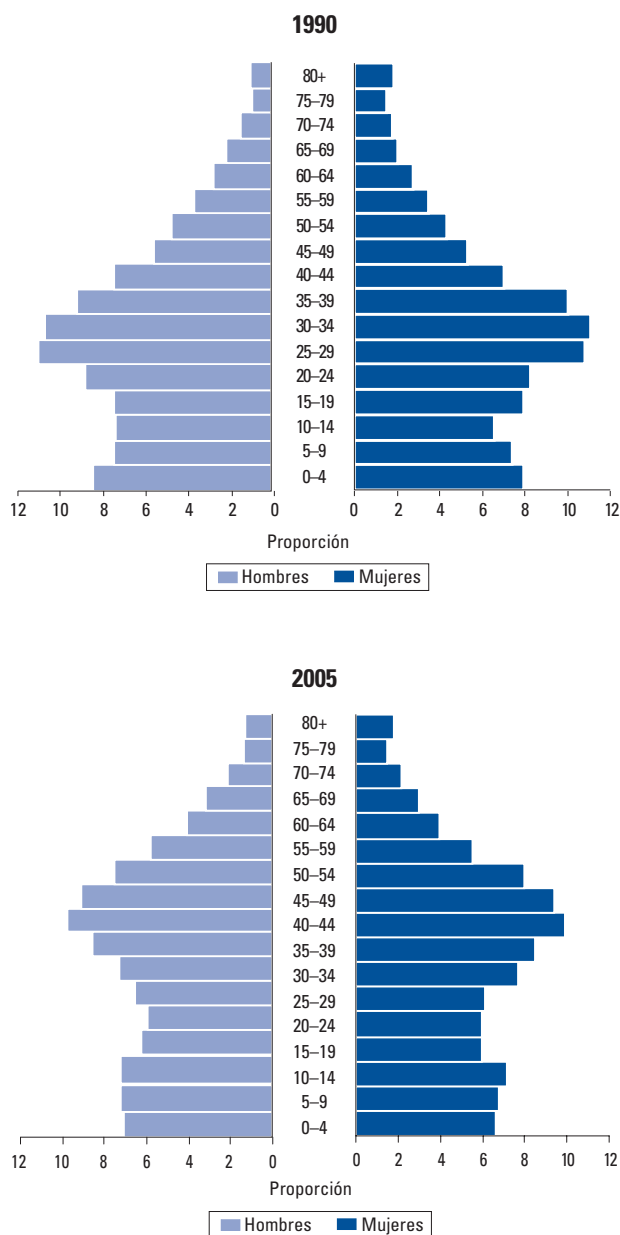
Salud de los niños menores de 6 años

Durante el período 2002–2005 se registraron 20 defunciones en lactantes (5 en 2005). En este período, la tasa de mortalidad infantil fue de 7,9 por 1.000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad neonatal de 5,1 por 1.000 nacidos vivos, la tasa de defunción postnatal de 2,8 por 1.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad perinatal de 13,9 por 1.000 nacidos vivos. Las principales causas de

CUADRO 1. Causas principales de mortalidad, número de defunciones y porcentaje del total de defunciones, Islas Caimán, 1998–2000.

Causas	Número	Porcentaje del total de defunciones
Cardiopatía isquémica	68	18,1
Enfermedades cerebrovasculares	24	6,4
Neoplasias malignas de la tráquea, bronquios y pulmones	22	5,9
Influenza y neumonía	21	5,6
Diabetes	17	4,5
Neoplasias malignas de la próstata	14	3,7
Insuficiencia cardíaca y complicaciones	13	3,5
Enfermedad hipertensiva	12	3,2
Accidentes de transporte terrestre	10	2,7

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Islas Caimán, 1990 y 2005.



muerte fueron los nacimientos muy prematuros, las anomalías congénitas, la disfunción cerebral y la asfixia neonatal. El porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (<2.500 g) fue de 7% en 2005.

Se registraron 22 defunciones en niños menores de 5 años en el período 2002–2005. El número de egresos hospitalarios en los niños menores de 6 años fue de 409 (10%). Los principales diagnósticos al momento del egreso fueron las enfermedades de las vías respiratorias (34% del total de diagnósticos finales de niños

menores de 6 años); los síntomas, signos y resultados clínicos y de laboratorio anormales (15%); las enfermedades infecciosas intestinales (14%); las enfermedades del aparato digestivo (12%) y los traumatismos, intoxicación y otras causas externas (7%). Del total de pacientes dados de alta del hospital en 2002, 35% del total de casos de asma y 69% del total de casos de afecciones respiratorias provocadas por sustancias químicas, gases, emanaciones y vapores (incluido el síndrome de disfunción reactiva de la vía aérea) se registraron en menores de 6 años.

Salud de los niños de 6 a 10 años

El número de egresos hospitalarios en los niños de este grupo de edad fue de 174 (4,3% del total de pacientes dados de alta) en 2002. Los principales diagnósticos incluyeron las enfermedades de las vías respiratorias (27% del total de diagnósticos finales en este grupo de edad); las enfermedades del aparato digestivo (20%); los traumatismos, intoxicaciones y otras causas externas (16%); los síntomas, signos y resultados clínicos y de laboratorio anormales (9%); y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (6%).

La cobertura de inmunización de los niños en edad escolar contra sarampión, parotiditis y rubéola (MMR), difteria, tétanos y tos ferina (DTP) o contra tétanos y difteria fue de 98% en 2005.

Salud de los adolescentes (11–14 años y 15–19 años)

En 2002 se registraron 94 hospitalizaciones en el grupo de 11–14 años. Los motivos de ingreso principales fueron los traumatismos, las intoxicaciones y otras causas externas (24%); las enfermedades del aparato digestivo (23%); las enfermedades de las vías respiratorias (14%); las enfermedades del aparato genitourinario (7%), y los síntomas, signos y resultados clínicos y de laboratorio anormales (6%).

En el grupo de 15–19 años se registraron 67 hospitalizaciones en 2002. Los motivos de ingreso fueron las complicaciones del embarazo, parto normal y cesárea (25,4%); los traumatismos, intoxicaciones y otras causas externas (20,9%), con una razón hombre: mujer de 2:1; los síntomas, signos y resultados clínicos y de laboratorio anormales (10,4%); los trastornos del aparato digestivo (7,5%); las enfermedades de las vías respiratorias (7,5%) y los trastornos mentales (6,0%, todos en mujeres menores de 18 años), incluidos tres casos de episodios de depresión y uno de reacción de adaptación. El 2,4% del total de nacimientos entre 1995 y 2004 correspondió a madres menores de 18 años, pero el porcentaje anual se redujo de 4,1% en 1995 a 1,6% en 2004; durante ese período se registraron tres embarazos en menores de 15 años: uno en 1996, uno en 1997 y uno en 1998. Para ayudar a los jóvenes a tomar decisiones responsables, el programa Aptitudes para la Vida ofrece en las escuelas sesiones de educación para la vida en familia. Todos los adolescentes que se graduaron en la escuela secundaria en 2005 fueron inmunizados contra el tétanos.

Salud de los adultos y los adultos mayores

En 2002 se registraron 2009 egresos hospitalarios en personas de 15-64 años de edad (49% del total de pacientes dados de alta). Los principales diagnósticos de egreso fueron los traumatismos, las intoxicaciones y otras causas externas (17%); las enfermedades del aparato digestivo (15%); las enfermedades del aparato genitourinario (11%); las enfermedades del aparato circulatorio (10%) y los trastornos mentales y del comportamiento (7%).

El 98,6% de las mujeres embarazadas fue atendida por personal competente; este porcentaje ha fluctuado muy poco desde 2002. El porcentaje de mujeres que acuden a los consultorios durante el primer trimestre del embarazo aumentó de 45% en 2002 a 62% en 2005. La tasa de cesáreas en el hospital de las Islas Caimán fue de 8,2% en 2002. En 2004, la tasa global de fecundidad fue de 1,9 hijos por mujer. En los últimos 10 años, solo se produjo una defunción materna en 2005.

En 2002, la Dirección de Servicios de Salud notificó 588 egresos hospitalarios en pacientes de 65 años y más (46% hombres y 54% mujeres), que representaron 14,4% del total de egresos. Los principales diagnósticos fueron las enfermedades del aparato circulatorio (151 casos o 27,8%); las enfermedades de las vías respiratorias (78 o 14,4%); las enfermedades del aparato digestivo (64 o 11,8%); los trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos (38 o 7,0%); las enfermedades del aparato genitourinario (35 o 6,4%); los traumatismos y otras consecuencias de causas externas (33 o 6,1%); las enfermedades del sistema osteomuscular y el tejido conectivo (24 o 4,4%); las enfermedades oculares (16 o 2,9%) y las neoplasias malignas (15 o 2,8%). El 50% de los pacientes fueron hospitalizados una sola vez; el resto fue hospitalizado más de una vez, generalmente por el mismo trastorno.

Salud de la familia

El número de familias aumentó de 8.115 a 14.908 entre 1989 y 1999, cifra que representa un aumento anual medio de 679 familias. El número de familias encabezadas solo por el padre o la madre solteros, sin un cónyuge o compañero consensual, aumentó de 951 a 1.425 en el mismo período, pero como porcentaje del total de familias disminuyó ligeramente de 11,7% a 9,6%. El porcentaje de familias con un padre o madre solteros con uno o dos hijos aumentó de 78,6% en 1989 a 83,5% en 1999, mientras que el porcentaje de familias con un padre o madre solteros con cuatro o más hijos disminuyó de 10% en 1989 a 5,8% en 1999. El 62% de las mujeres tenían de 15 a 49 años de edad.

Salud de los trabajadores

No existe el trabajo infantil en las Islas Caimán, puesto que la educación escolar obligatoria impide emplear a niños menores de 16 años. La prostitución es ilegal, pero en ciertas zonas hay comercio sexual ilícito. Está en vigor un plan estratégico sobre el

Las enfermedades crónicas y la anemia falciforme

La cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y las neoplasias malignas fueron las tres principales causas de muerte entre 1998 y 2000 y representaron 30% de todas las defunciones en ese período. Otro problema importante de salud es la anemia falciforme. Para abordar estos problemas, el gobierno ha incrementado el tamizaje y seguimiento de todas las personas afectadas por estas enfermedades.

VIH/SIDA, que prevé la educación y orientación de quienes ejercen ese oficio de alto riesgo.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Se notificaron tres casos de malaria en 2004 y uno en 2005. Hubo un caso de dengue en 2004; no se notificó ningún caso en 2005.

Enfermedades inmunoprevenibles

Durante el período 2001–2005 no se registraron casos de **difteria, tétanos neonatal, tos ferina, rubéola** ni infección por ***Haemophilus influenzae* tipo b**. El último caso de **poliomielitis** se registró en 1957 y el último de **sarampión** en 1991. El programa nacional de vacunación incluye las vacunas antipoliomielítica inyectable, antidiftérica, antitosferínica acelular, antitetánica, contra la infección por *Haemophilus influenzae* tipo b, contra la hepatitis B, la SRP, contra la varicela y contra la influenza estacional. En 2000 se introdujeron en el calendario nacional de vacunación la vacuna contra la varicela y la pentavalente (DTP/HepB/Hib). La cobertura de vacunación con antígenos administrados varió de 87% en 2001 a 92% en 2005. En 2004, 92% de los niños había recibido la serie primaria de tres dosis de DTP, Hib y antipoliomielítica; 87% la primera dosis de la vacuna SRP; 92%, la BCG; 77%, tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B y 81%, la vacuna contra la varicela. Después de los estragos causados por el huracán Iván en 2004, el personal de salud pública ofreció dosis de refuerzo de la vacuna antitetánica a quienes no habían sido revacunados en los cinco años anteriores, lo cual implicó suministrar unas 15.000 dosis para una cobertura de 40%; se notificaron 85 casos en 2004 y 33 en los primeros seis meses de 2005.

Enfermedades infecciosas intestinales

Las **enfermedades transmitidas por los alimentos** y las **gastroenteritis** continúan siendo un importante problema de

salud. Las inundaciones y el limitado abastecimiento de agua, como resultado del huracán Iván, aumentaron la incidencia de las gastroenteritis en las islas: en 2004 se notificaron 1.399 casos al Departamento de Salud Pública. El cólera, la fiebre tifoidea y la hepatitis A no son endémicos.

Enfermedades crónicas transmisibles

La incidencia de **tuberculosis** registrada es muy baja y fluctúa entre 0 y 4 casos nuevos al año; en 2004 se notificó un solo caso. En los últimos 20 años no se ha notificado ningún caso de tuberculosis en niños.

Infecciones respiratorias agudas

En 2004 se notificaron 310 casos de **influenza**. El 9% de los ingresos hospitalarios se debió a enfermedades de las vías respiratorias. El 51% de las hospitalizaciones por otras enfermedades respiratorias (con excepción del asma y las neoplasias del aparato respiratorio) fue de pacientes con infecciones respiratorias agudas. En 2004 se registraron 20 ingresos hospitalarios por asma, de los cuales 35% eran niños menores de 5 años.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Desde que se notificó el primer caso de sida en las islas en 1985, hasta mediados de 2005, 68 residentes tuvieron resultados positivos en las pruebas para detectar el VIH; en 2004 se notificó un nuevo caso positivo. A mediados de 2005, 35 personas desarrollaron el SIDA y 25 (69%) fallecieron. En septiembre de 2005, 34 personas obtuvieron resultados positivos en las pruebas para detectar el virus; el 29,7% de esas personas tenía entre 25 y 39 años de edad. Se estima que 70% de las infecciones por VIH se debe al contacto heterosexual; el siguiente modo más frecuente de transmisión fue el contacto homosexual y un pequeño porcentaje de las infecciones fue resultado de la transmisión perinatal y el consumo de drogas. No se incluyeron en las estadísticas los residentes ilegales ni los extranjeros que buscan empleo en el país. Las pruebas para detectar el VIH son obligatorias para los individuos que solicitan permiso de trabajo (el grupo más numeroso de personas que utilizan los servicios de pruebas de detección del VIH). Esas pruebas son también obligatorias para las mujeres que acuden a los consultorios de atención prenatal, los

prisioneros, los oficiales en contacto con los prisioneros y los ex-patriados que regresan al país. Se han establecido pautas y procedimientos para realizar pruebas prenatales a las mujeres; a las madres con resultados positivos para el VIH se les suministra AZT con el fin de prevenir la transmisión de la infección a sus hijos. Entre 2001 y 2005 se hicieron pruebas para detectar el VIH a 575 embarazadas y ninguna de ellas tuvo resultados positivos. Se registraron dos casos de transmisión del VIH de la madre al hijo entre 1989 y 2005. En septiembre de 2005, 23 personas estaban recibiendo medicamentos antirretrovíricos.

El consumo intravenoso de drogas ilícitas no es un problema en las Islas Caimán. No se ha notificado ningún caso de transmisión del VIH mediante transfusión de sangre o hemoderivados ni por el pinchazo de una aguja.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Se promueve la lactancia materna como el mejor, y de preferencia exclusivo, método de alimentación de los lactantes desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, de acuerdo con la recomendación de la OMS; todos los hospitales de las islas aplican el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. El Hospital de las Islas Caimán cumple con muchos de los criterios de la Iniciativa de la OMS/UNICEF de Hospitales Amigos del Niño y está gestionando su certificación como hospital de ese tipo. Un estudio efectuado en 2005 reveló que 94% de las madres había iniciado el amamantamiento y que 76% continuaba amamantando hasta que sus hijos tenían 6 semanas de edad. Según el estudio, a medida que los niños crecían y las madres volvían a trabajar, la proporción de niños amamantados disminuía a 60% a los 4 meses de edad y a 35% a los 6 meses.

El porcentaje de recién nacidos con **bajo peso al nacer** (< 2.500 g) se ha mantenido constante en 7%.

En 2001, los Servicios de Nutrición de la Dirección de Servicios de Salud, con la asistencia del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, efectuó una encuesta de las prácticas locales de alimentación de los niños pequeños. En parte sobre la base de esa encuesta y de un taller de seguimiento, en 2003 se elaboró una política sobre alimentación de los niños pequeños. En 2003–2004 se realizaron evaluaciones del índice de masa corporal (IMC) de los niños de 10 a 13 años y de 3 a 5 años de edad. Las evaluaciones revelaron que 24,6% de los escolares de 10–13 años tenía sobrepeso y 14,7% corría el riesgo de tenerlo (entre 1997 y 1998, los porcentajes fueron de 20,9% y 16,3%, respectivamente) y que 14,1% de los niños de 3–5 años de edad tenía sobrepeso y 13,1% corría el riesgo de tenerlo, lo cual indica un aumento anormal del peso a edades tempranas.

Las mujeres embarazadas y los niños en edad preescolar reciben sistemáticamente suplementos de vitaminas.

Enfermedades cardiovasculares

La cardiopatía isquémica fue la principal causa de defunción en el período 1998–2000 y ocasionó la muerte de 68 personas (18,1% del total de defunciones desglosadas por causa).

Neoplasias malignas

El número de casos de neoplasias malignas notificado anualmente entre 2001 y 2005 varió de 33 a 49, con un promedio anual de 41 casos. En el período 1998–2000, las neoplasias malignas de la tráquea, los bronquios y los pulmones constituían la tercera causa principal de muerte, con 22 defunciones; las neoplasias malignas de la próstata fueron la sexta causa principal, con 14 defunciones; entre las mujeres, hubo siete defunciones causadas por neoplasias malignas de la mama.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Como se mencionó anteriormente, el territorio está expuesto al riesgo de huracanes y, en septiembre de 2004, el huracán Iván resultó particularmente destructivo. La Dirección de Servicios de Salud abrió refugios médicos en los distritos para albergar a pacientes con necesidades especiales y residentes vecinos, y envió médicos, enfermeras y otros trabajadores de salud, al igual que ambulancias, a esos refugios. El Hospital de las Islas Caimán proporcionó albergue, alimentos y agua potable a casi 1.100 personas durante una semana, con lo cual disminuyeron considerablemente los suministros del hospital. Se registraron daños entre moderados e importantes en las viviendas de alrededor de 80% de los trabajadores de salud.

Salud mental y adicciones

En 2002 se registraron 131 hospitalizaciones por trastornos mentales y del comportamiento que estuvieron relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas (42 hospitalizaciones, 32,1% del total); los trastornos afectivos (42 hospitalizaciones, 32,1% del total); la esquizofrenia e ideas delirantes (24 hospitalizaciones, 18,3% del total); los trastornos neuróticos vinculados con el estrés y somatoformes (12 hospitalizaciones, 9,2%) y los trastornos de la personalidad del adulto, los del desarrollo fisiológico y emocional y los mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (5 hospitalizaciones, 3,8%).

En una encuesta efectuada en 2000 sobre el consumo de drogas y bebidas alcohólicas a 985 familias, se observó que las bebidas alcohólicas y el tabaco las sustancias consumidas con más frecuencia: 61,2% y 46,6% de los entrevistados informaron haber consumido respectivamente alcohol o tabaco en el transcurso de su vida. El 68,5% de los hombres y 33,8% de las mujeres habían consumido bebidas alcohólicas en los 12 meses anteriores a la encuesta. El porcentaje más alto de bebedores empedernidos

(que ingieren un promedio de cuatro o más bebidas alcohólicas en una sesión) se encontró entre los individuos de 20 a 29 años de edad (41,7%). El consumo de tabaco entre los hombres en los últimos 12 meses superó al observado entre las mujeres y era más probable que fumaran las personas de 20 a 29 años de edad. El porcentaje de personas que había consumido marihuana en los últimos 12 meses era pequeño (3,5%), al igual que el de consumidores de otras drogas no medicamentosas o ilícitas; el consumo de marihuana era más frecuente entre las personas menores de 30 años y, específicamente, en el grupo de 15 a 19 años de edad. Alrededor de 30% de la población usaba por lo menos una forma de medicamento de prescripción en el momento de la encuesta. La mitad de los entrevistados usaban un jarabe contra los tos o un analgésico que contenían codeína (15% de la población adulta) sin tener una prescripción médica, o consumían más de lo recetado por el médico; 5% de la población entrevistada usaba barbitúricos y alrededor de la quinta parte informó por lo menos cierto uso sin una receta.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas, planes, estrategias y programas de salud

La Dirección de Servicios de Salud inició la puesta en práctica de un plan estratégico de cinco años que tiene seis componentes fundamentales: el diseño de una estructura institucional eficiente para la Dirección de Servicios de Salud; la ejecución de pasos para asegurar la viabilidad financiera de la Dirección; la aplicación de medidas para procurar que el suministro de atención de salud satisfaga o supere las normas internacionalmente aceptadas; la creación de un entorno en el cual se estimule a los pacientes y sus familias a participar activamente en alcanzar el bienestar físico; el mejoramiento de la comunicación externa para ganar la confianza y el apoyo del público con el fin de cumplir la misión y los objetivos de la Dirección, y el establecimiento de un entorno que asegure la comunicación interna, promueva la satisfacción en el trabajo y estimule al personal a comprometerse a mejorar la productividad y el servicio a los usuarios.

Entre las iniciativas de legislación y reglamentación sanitarias, en 2001 se actualizó la política nacional de promoción de la lactancia materna, para incluir disposiciones de la nueva norma de la OMS sobre lactancia materna exclusiva. Si bien el Convenio para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) fue ratificado por el Reino Unido, aún no ha sido aplicado en las Islas Caimán. No hay leyes concernientes a la planificación familiar y la reproducción. Con respecto a los derechos sexuales, la edad legal de consentimiento es de 16 años tanto para los hombres como para las mujeres. Está prohibido el aborto y la única excepción permitida por la ley es el aborto necesario para preservar la vida de la madre. La Ley de Seguro Médico requiere que se garantice la cobertura médica a todas las personas. El de-

recho de los niños a los servicios básicos de atención de salud está garantizado, así como la gratuidad de los servicios prenatales o anticonceptivos, incluidas las consultas, los dispositivos y los medicamentos proporcionados en los establecimientos de atención de salud para los nacidos en las Islas Caimán y sus cónyuges. La Comisión sobre Profesiones de la Salud es responsable de la inspección y certificación de los establecimientos de atención de salud así como del registro y el otorgamiento de licencias a profesionales por medio de los consejos de las profesiones de la salud. La Comisión se creó conforme a la Ley de Profesiones de la Salud (2002), que define los establecimientos de atención de salud como las instalaciones donde se ofrecen exámenes clínicos, atención de enfermería y odontológica, suministro de sangre y hemoderivados, procedimientos de diagnóstico, servicios médicos y quirúrgicos, suministro de productos farmacéuticos y asesoramiento u orientación, por un profesional titulado. La Comisión también asesora al Director de Planificación acerca de las solicitudes para el establecimiento de instalaciones de atención de salud y al Ministro de Servicios de Salud sobre las políticas relacionadas con la práctica de las diferentes profesiones de salud en la isla; también brinda orientación a los consejos de profesiones de la salud y vigila su desempeño. El ejercicio de las profesiones de la salud es reglamentado por los consejos de profesiones de la salud, el consejo médico y odontológico, el consejo de enfermería y partería, el consejo farmacéutico y el consejo de profesiones vinculadas con la medicina (por ejemplo, quiroprácticos, orientadores en salud mental, ópticos, optometristas y técnicos en rayos X).

Organización del sistema de salud

El Ministerio de Salud y Servicios Sociales supervisa y controla los servicios de atención de salud. La atención de salud es prestada por la Dirección de Servicios de Salud, un organismo dependiente de la Corona, y el sector privado. El Hospital de las Islas Caimán está situado en la capital, Georgetown, y hay dispensarios que proporcionan todos los servicios de atención primaria localizados en diversos distritos; en todos los dispensarios se cuenta con enfermeras de tiempo completo y la frecuencia de las consultas de los médicos varía según el tamaño de la comunidad. Dado que la población y la superficie de las islas son pequeñas, la administración de los servicios de salud está centralizada, pero los administradores de nivel superior tienen autoridad para tomar decisiones conforme a políticas y pautas generales.

El hospital privado Chrissie Tomlinson Memorial atiende a todos los visitantes y residentes. El hospital tiene un departamento para pacientes ambulatorios, dos quirófanos principales, una sala de maternidad, una unidad de cuidados intensivos y una farmacia. Ofrece servicios de atención de urgencia, tomografía axial computarizada, radiología, ultrasonido, mamografía, imagenología de resonancia magnética, escaneo nuclear, laboratorio,

fisioterapia, endoscopia, terapia física, terapia ocupacional y cirugía ambulatoria. Existen además varios consultorios dentales y los Servicios Odontológicos de Caimán, una nueva clínica dental privada situada en Georgetown, que cuenta con cirujanos y especialistas odontólogos residentes que atienden a los pacientes 24 horas al día.

La Comisión de Seguros Médicos vigila el desempeño de la industria de los seguros médicos y cumple cinco funciones principales: asesorar al ministro responsable de los seguros médicos sobre cualquier cuestión vinculada con esos seguros; exigir a todos los establecimientos de atención de salud y a todos los profesionales de la salud titulados registrarse con la Comisión anualmente y cada vez que cambien sus tarifas por los servicios prestados; investigar y conciliar litigios por reclamaciones sobre prestaciones médicas y responder preguntas acerca del suministro de seguros médicos; asesorar al Gobernador y su gabinete sobre las tarifas de las primas cobradas por las compañías de seguros médicos, y administrar el fondo de seguros segregados, incluido el cobro en nombre del gobierno del dinero por primas cobradas por las aseguradoras aprobadas para cubrir los costos médicos de personas indigentes. CINICO es una compañía estatal de seguros creada para proporcionar cobertura médica a los servidores públicos (empleados y pensionados) y otros residentes que han tenido dificultades para obtener esa cobertura por medio de su empleador o en el mercado de seguros privados. Según la Comisión, 59% de la población contaba con seguros privados en 2006, 24% estaba asegurada por CINICO y 17% no contaba con cobertura de gastos médicos.

Servicios de salud pública

La Dirección de Servicios de Salud, bajo la dirección de un Consejo Directivo integrado por 15 miembros, establece políticas generales para el organismo. Las operaciones cotidianas son dirigidas por un administrador general y un equipo de altos funcionarios.

Cada año se celebra la Semana de Concientización sobre Lactancia Materna. Un grupo que fomenta la lactancia materna participa activamente en sesiones semanales de orientación sobre el amamantamiento en el Centro de Salud de las Mujeres, en programas educativos en las escuelas, en programas para padres jóvenes y en lugares de trabajo para madres que vuelven a trabajar. Se ofrece gratuitamente instrucción sobre la alimentación saludable durante el embarazo y la lactancia y sobre la alimentación del lactante (desde que nace hasta que cumple 1 año de edad) mediante clases de educación prenatal.

El Departamento de Salud Ambiental trabaja en estrecha colaboración con el Departamento de Salud Pública para realizar investigaciones de campo sobre enfermedades transmitidas por los alimentos y brotes presuntos o confirmados de enfermedades similares. Ambos departamentos ofrecen también capacitación

para concientizar sobre la salud a peluqueros, personal de salones de belleza, cosmetólogos y personas que hacen tatuajes y perforaciones corporales. La capacitación se concentra en enfermedades específicas, como las infecciones cutáneas y los agentes patógenos transmitidos por la sangre, la salud en general y la higiene.

Existe un sistema de vigilancia activa para reunir datos sobre enfermedades de notificación obligatoria. Una enfermera epidemióloga concurre al hospital varias veces por semana para identificar cualquier caso de enfermedades transmisibles. Un equipo epidemiológico creado en 2000 y constituido por representantes de los Departamentos de Salud Ambiental y de Salud Pública y el Laboratorio del Hospital de las Islas Caimán, que sirve como laboratorio de salud pública del país, periódicamente evalúa la situación epidemiológica; se consulta, según sea necesario, al personal del Departamento de Veterinaria, la Oficina de Investigación y Control de los Mosquitos y otros médicos. Se ha establecido un nuevo sistema de información para hacer que la prestación de la atención de salud sea más eficiente y centrada en el paciente y permitir una gestión financiera sana mediante la captura adecuada de tarifas e información estadística pertinente.

La Dirección del Agua, un órgano gubernamental creado por ley, se ocupa de proporcionar y poner en servicio la infraestructura de abastecimiento de agua y alcantarillado de las Islas Caimán, y de proteger los recursos hídricos del territorio. En Gran Caimán, la Dirección 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 Dirección del Agua mantiene un pequeño sistema de abastecimiento de agua corriente en Caimán Brac, que presta servicio a un reducido número de usuarios. Se suministra agua potable por medio de camiones cisterna a los usuarios 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 calidad del agua es vigilada internamente por las mismas empresas y, externamente, por el Departamento de Salud Ambiental.

La Dirección del Agua también maneja un sistema de alcantarillado que presta servicios a las zonas de hoteles turísticos de Gran Caimán. Todos los demás servicios de tratamiento y eliminación 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 agua servida de la Dirección. Hay servicios adecuados de eliminación de excretas al alcance de 99,5% de la población.

Los desechos sólidos residenciales son recogidos 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 administrados por el gobierno, que son los únicos sitios en el territorio donde legalmente se pueden verter los desechos. Según un informe de la OPS elaborado en 2005 sobre la evaluación regional de la gestión municipal de residuos sólidos en América Latina y el Caribe, la población de las Islas Caimán genera diariamente 57,7 toneladas de residuos sólidos, lo que subraya la importancia de usar técnicas adecuadas para la eliminación de residuos, para evitar que sea mayor el riesgo de leptospirosis, infecciones por hantavirus y otras enfermedades transmitidas por roedores y de contaminación del agua y el aire.

El Laboratorio de Salud Ambiental está equipado para analizar y vigilar la calidad de los alimentos. Existe un programa para vigilar los alimentos listos para el consumo en determinados establecimientos. De acuerdo con una evaluación financiera, el Departamento de Servicios Sociales proporciona ayuda económica para obtener alimentos a las personas necesitadas.

Servicios de atención a las personas

La Dirección de Servicios de Salud presta atención de salud por medio del Hospital de las Islas Caimán y el Hospital Faith en Caimán Brac. El Hospital de las Islas Caimán cuenta con 125 camas y es el principal establecimiento de atención de salud. Ofrece servicios de emergencia y para accidentes, una amplia gama de servicios médicos y quirúrgicos y cuenta con una unidad de cuidados intensivos, una farmacia y servicios de laboratorio (que incluyen una unidad forense). El Hospital Faith cuenta con 18 camas y presta servicios a los residentes de Caimán Brac y Pequeño Caimán. Ofrece servicios de atención primaria, secundaria básica y de urgencia; también tiene una unidad de hospitalización, un quirófano, una sala de maternidad, un departamento para accidentes y casos de urgencia, consultorios para pacientes ambulatorios y un departamento de salud pública. En Pequeño Caimán, una enfermera diplomada brinda asistencia en los dispensarios durante toda la semana, cuya labor se complementa con la de un médico que concurre semanalmente al dispensario. La enfermera residente también realiza visitas domiciliarias y, junto con un paramédico, presta atención previa al ingreso al hospital, incluida la atención de urgencia y el servicio de transporte para los residentes en Caimán Brac durante las 24 horas. La atención primaria de salud se presta en cuatro centros de salud de distrito en Gran Caimán y en otro más en Pequeño Caimán. Se ofrecen servicios de odontología y oftalmología en el complejo de servicios de salud en Gran Caimán.

Todos los hospitales públicos y privados cuentan con servicios radiológicos y de laboratorio. Hay un banco central de sangre en Gran Caimán y un centro de recolección en el Hospital Faith, que realiza las pruebas inmunológicas y hematológicas de las unidades recogidas en el hospital; todos los exámenes con analizador

de espectro se efectúan en el Laboratorio de Patología de los Servicios de Salud de las Islas Caimán. Se han establecido procedimientos para la recolección de unidades autólogas y terapéuticas. Todas las unidades recogidas son examinadas para detectar VIH, hepatitis B, hepatitis C y sífilis. El banco donante es pequeño y no permite la producción de plaquetas aleatorias, lo cual hace necesario importar plaquetas cuando se requieren. También se importa sangre en los casos de urgencia. En 2001 se efectuaron 710 donaciones de sangre y en 2005, 864.

El objetivo primario del programa de salud escolar es promover la salud y el bienestar físico y facilitar la educación en salud para los estudiantes de todos los niveles. Todos los estudiantes, sin importar la raza, el sexo o la nacionalidad, cuentan con servicios de salud escolar. Se exige a las escuelas que realicen exámenes médicos, incluidos los de visión y audición, identifiquen problemas y actualicen las inmunizaciones de los escolares. Todas las escuelas públicas tienen una enfermera escolar residente o visitante para ofrecer esos servicios, y en las escuelas privadas también se realizan exámenes médicos y se actualizan las inmunizaciones.

La Dirección de Servicios de Salud tiene un programa integral de exámenes para los recién nacidos en el Hospital de las Islas Caimán y el Hospital Faith, el cual abarca más de 50 trastornos hereditarios, identifica a los lactantes en riesgo y establece el diagnóstico y el tratamiento tempranos. A las embarazadas se les ofrecen pruebas para detectar anemia falciforme y otros trastornos según los antecedentes familiares; también reciben asesoramiento genético y recomendaciones de seguimiento en relación con pruebas para parejas, otros hijos y demás. Un coordinador de salud escolar, una enfermera de salud pública y un coordinador de genética integran el comité interdisciplinario de un programa de intervenciones tempranas, que se concentra en los niños menores de 5 años que presentan algún riesgo, retraso del desarrollo o trastornos específicos. Si se sospecha que un niño sufre un trastorno hereditario, el médico puede ordenar pruebas genéticas y los padres pueden recibir asesoramiento previo a las pruebas. La Escuela Lighthouse tiene aproximadamente 60 niños con necesidades especiales: parálisis cerebral, autismo, síndrome de Down y diversas deficiencias del aprendizaje. Una enfermera escolar del Departamento de Salud Pública visita la escuela dos veces por semana para brindar cobertura de inmunización y atender trastornos crónicos y agudos. Un médico general y un coordinador de genética realizan exámenes físicos anuales a los estudiantes y, cuando es necesario, los envían a especialistas. El Departamento de Salud Pública ofrece mensualmente atención genética a las personas con trastornos conocidos, al igual que a aquellas con presuntos trastornos que requieren evaluaciones y pruebas. Como parte de la orientación genética, se elaboran los antecedentes genéticos de las personas con caracteres o trastornos hereditarios. Las charlas de concientización buscan que los adolescentes tomen conciencia de ciertos trastornos que tienen una elevada incidencia a causa del aislamiento y la consiguiente consanguinidad de la población

de las islas durante varios siglos; la incidencia de los trastornos ha disminuido considerablemente a medida que las islas se han convertido en una comunidad multinacional.

En todo el territorio se ha adoptado un enfoque de no tolerancia a la violencia doméstica y existen varios órganos para combatirla: la Policía Real de las Islas Caimán, que cuenta con una unidad de apoyo a las familias responsable de la investigación de casos; el centro de recursos de las mujeres, que educa e informa al público sobre cuestiones relacionadas con las mujeres y las familias y el Centro para Crisis de las Islas Caimán, que proporciona un albergue seguro a las víctimas de la violencia doméstica, principalmente mujeres y niños. Según los informes anuales de la Policía Real de las Islas Caimán, la violencia doméstica aumentó de 917 casos en 2000 a 1.517 en 2002; parte de ese aumento puede obedecer a que han mejorado los procedimientos de notificación.

El Departamento de Salud mental presta servicios psiquiátricos y psicológicos integrales a adultos, niños y pacientes geriátricos. En Georgetown se ofrecen servicios ambulatorios con dos psicólogos que asisten a adultos, niños y adolescentes en todos los distritos y las islas hermanas, mediante consultorios ambulatorios que prestan servicios diariamente y atención de urgencia durante las 24 horas. Los trastornos tratados incluyen esquizofrenia, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de diagnóstico dual y trastornos del desarrollo con alteraciones del comportamiento. Se ofrecen mensualmente servicios a las prisiones y consultas a la policía. Hay una unidad para la hospitalización de pacientes con trastornos psiquiátricos agudos que cuenta con ocho camas; el personal está integrado por enfermeras psiquiátricas y un terapeuta ocupacional que proporcionan diariamente servicios hospitalarios. Dos enfermeras comunitarias prestan atención domiciliaria, seguimiento y tratamiento de pacientes crónicos. Además, se ofrecen servicios de desintoxicación conjuntamente con el tratamiento del consumo de sustancias ilícitas. Las escuelas cuentan con el apoyo de psicólogos que ofrecen pruebas del aprendizaje e intervenciones terapéuticas.

Recursos humanos

En 2004 había 74 médicos, 18 dentistas y 226 enfermeras registrados; de ellos, 50%, 67% y 16%, respectivamente, ejercían la práctica privada. El país contaba también con otros 236 trabajadores de la salud.

Suministros de salud

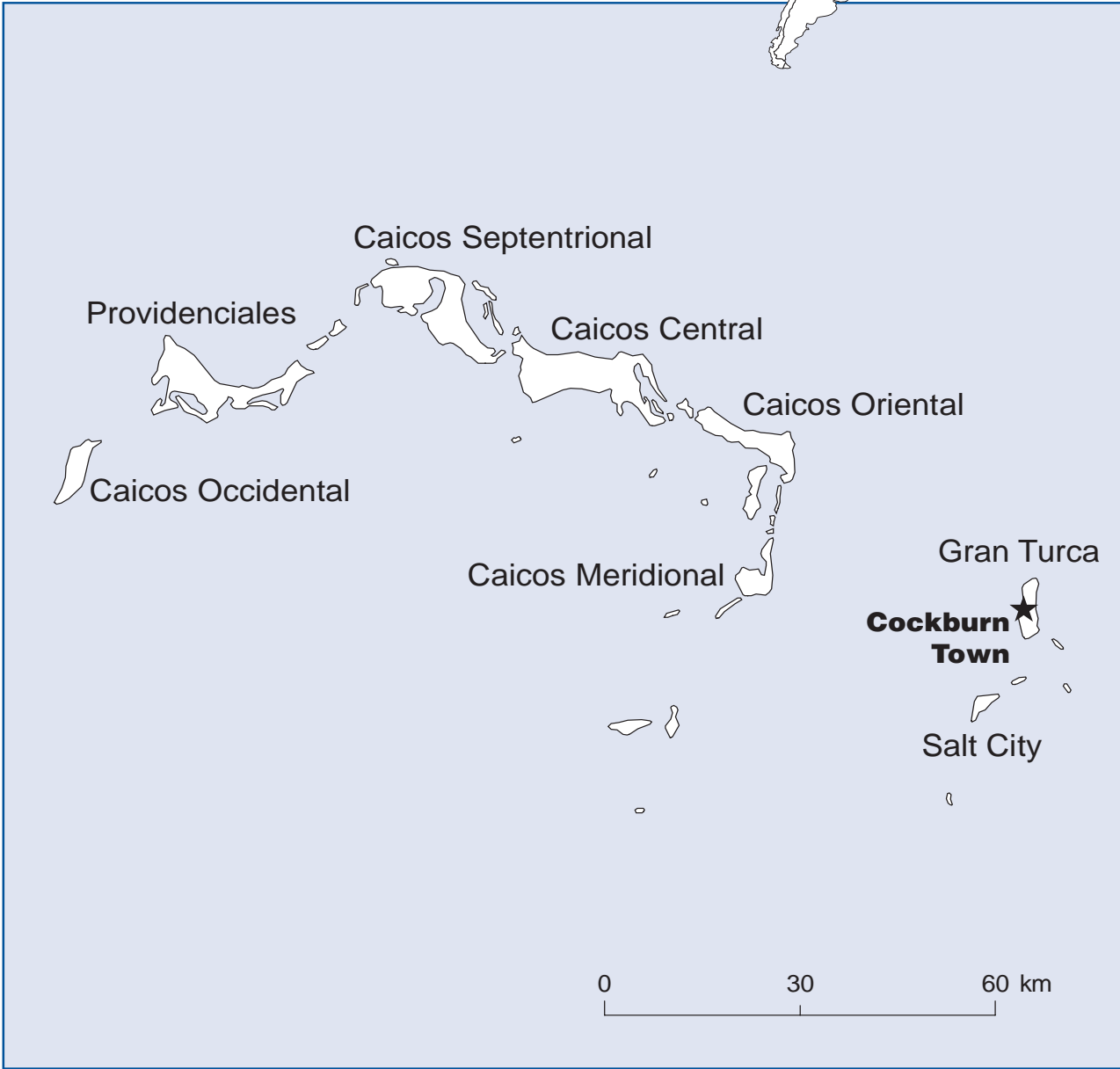
No se producen en el territorio medicamentos ni otros suministros médicos. Todos los medicamentos, reactivos, jeringas, agujas y equipo se importan. Todos los medicamentos y equipos médicos cuyo uso ha sido autorizado en Estados Unidos o el Reino Unido, son aprobados automáticamente en las islas (cualquier otro medicamento o equipo médico debe ser aprobado por el Consejo de Profesionales de la Salud). Las vacunas se adquieren por medio del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud. La Farmacopea de los Servicios de Salud incluye todos los medicamentos esenciales.

Gasto y financiamiento sectorial

El presupuesto de la Dirección de Servicios de Salud aumentó de US\$ 46,8 millones en 2000 a US\$ 54,9 millones en el ejercicio fiscal 2003–2004, US\$ 62,1 millones en 2004–2005, US\$ 71,9 millones en 2005–2006 y US\$ 72,3 millones en 2006–2007. El marcado aumento en 2005–2006, el período siguiente al huracán Iván, se vincula con las subsiguientes actividades de reconstrucción. En promedio, el presupuesto de salud representa 12,5% del presupuesto del gobierno (el porcentaje en los últimos años ha variado entre 11,4% y 14,5%). No se dispone de datos sobre el financiamiento en el sector privado.

La OPS, el CAREC y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) ofrecen capacitación por medio de becas y talleres; este apoyo financiero asciende a US\$ 25.000 anuales. Las Islas Caimán no reciben financiamiento externo para la prestación de servicios de salud.

ISLAS TURCAS Y CAICOS



Las islas Turcas y Caicos constituyen uno de los territorios dependientes del Reino Unido en las Islas Occidentales. El territorio es un archipiélago formado por siete islas grandes habitadas y muchos cayos más pequeños, como parte de un total de 40 islas y cayos.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

El grupo insular de Turcas incluye a Gran Turca, Salt Cay y algunos cayos de menor extensión. El grupo insular de Caicos está formado por Caicos Meridional, Oriental, Central, Occidental y Septentrional, Providenciales, Pine Cay y Parrot Cay. La masa continental total del territorio es de 430 km². El archipiélago está ubicado al sudeste de las Bahamas y al norte de La Española. Debido a la disposición geográfica de las Islas Turcas y Caicos, la comunicación y el transporte son temas muy importantes. El transporte aéreo entre las islas principales de Gran Turca, Providenciales, Caicos Septentrional, Central, Meridional y Salt Cay es frecuente pero costoso. Hay un sistema de transbordador entre Gran Turca y Salt Cay y entre Caicos Central y Septentrional. Pequeños botes también proporcionan servicio entre islas. Los enlaces de telecomunicaciones a través del teléfono y el correo electrónico facilitan en gran medida el proceso comunicativo.

Determinantes sociales, políticos y económicos

Cockburn Town, en Gran Turca, es la capital y la sede del gobierno. El Gobernador representa a la Reina de Inglaterra; el Primer Ministro, nombrado por el Gobernador, es el jefe de gobierno. La legislatura está formada por un Consejo Legislativo unicameral. Los ministerios del gabinete están dirigidos por un ministro (con funciones políticas) y un secretario permanente (con funciones administrativas). Las instituciones semigubernamentales suelen ser manejadas por un equipo de gestión encabezado por un director o administrador general.

Según el Departamento de Planificación Económica y Estadística de Turcas y Caicos, la población estimada del territorio en 2005 era de 30.602 habitantes. La población estaba equitativamente distribuida entre hombres y mujeres y se concentraba principalmente en la isla de Providenciales, el centro comercial y financiero, con 22.296 residentes en comparación con 13.021 en 2001. En 2005, la población de Gran Turca era de 5.186 habitantes. Parrot Cay, que hasta 1999 estuvo deshabitada, contaba con una población de 60 personas en 2005 debido a la construcción de un hotel de lujo, que a su vez proporcionó empleo y propició la necesidad de viviendas y establecimientos relacionados. La figura 1 muestra la distribución de la población de las Islas Turcas y Caicos, por edad y sexo, para 1990 y 2005.

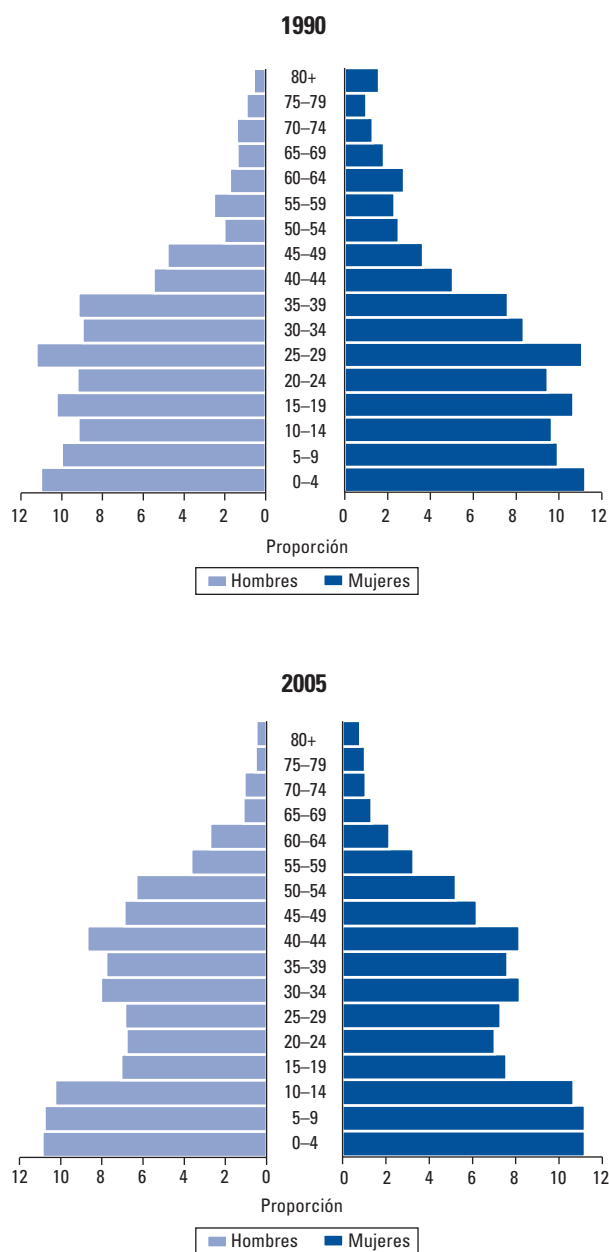
El término “estado de *Belonger*” se refiere a cualquier persona nacida en Turcas y Caicos o fuera de las islas pero con, al menos, uno de sus padres nacido allí. También incluye a aquellos nacidos fuera de las islas pero adoptados por una persona con “estado de *Belonger*” y a aquellos a los que el Gobernador de los territorios otorga estado de residencia. Los *Belongers* representaban el 37,4% de la población en 2005, lo que implica un aumento del 2,6% con relación a 2004.

Las personas que no reúnen los requisitos de *Belonger* (es decir, que no son ciudadanos por descendencia o nacimiento ni a través de la naturalización) se denominan *non-Belongers*. La población está constituida principalmente por *non-Belongers* que representaban aproximadamente el 62,6% de la población total en 2005, lo que significa un aumento del 17,2% respecto de 2004. El crecimiento de la población de *non-Belongers* responde, en su mayor parte, a los inmigrantes no nacionales que llegan a las islas en busca de empleo. Los *non-Belongers* con estado migratorio ilegal representan una amenaza importante para el sistema de salud, particularmente en lo que respecta a la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, dado que en general intentan evitar el uso de los servicios del gobierno de atención de la salud por temor a una posible deportación.

Las cinco actividades principales, que en forma conjunta contribuyeron aproximadamente un 75% al PIB, fueron hoteles y restaurantes; construcción; transporte, almacenamiento y comunicaciones; bienes inmuebles, alquileres y otras actividades comerciales, y la intermediación financiera. El turismo fue el puntal del crecimiento económico, seguido de la pesca y los servicios financieros en el extranjero. Si bien el turismo es beneficioso para el país, también ha ocasionado numerosos desafíos sociales relacionados con el tráfico y el abuso de drogas y la inmigración ilegal.

En las últimas décadas, el archipiélago ha experimentado un rápido crecimiento económico del 9% anual. Este crecimiento ha sido impulsado por una importante afluencia extranjera de capital, mano de obra y destrezas empresariales. Después de una caída del 7,4% en 2002, la productividad de los hoteles y restaurantes aumentó vertiginosamente a 15,5% en 2005, a medida que las visitas de turistas se incrementaban alrededor del mismo índice. Los desembolsos de los turistas son más evidentes en el crecimiento de valor agregado de la actividad de los restaurantes, que fue del 23,7% en 2004 y del 15,0% en 2005. La productividad del sector de la intermediación financiera saltó a 24,4% en 2004

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Islas Turcas y Caicos, 1990 y 2005.



y a 18,8% en 2005, lo que reflejó una mayor demanda de servicios financieros. Dado que las empresas y las familias aprovecharon las condiciones crediticias favorables, los préstamos y los anticipos a los clientes alcanzaron casi US\$ 400 millones en 2005.

Desde 2003, se registraron tasas positivas de crecimiento del PIB per cápita. Estas tasas continuaron durante 2005, año en el que se registró un crecimiento del 5,5%, con respecto a 2004,

en los precios corrientes de mercado y del 2,3% en los precios constantes de mercado (2000). Esto equivalió a US\$ 18.636 y US\$ 15.683 per cápita en los precios corrientes y constantes de mercado (2000), respectivamente. El crecimiento económico planteó crecientes demandas al gobierno para expandir tanto la infraestructura de la salud pública como los servicios de salud, fundamentalmente para asistir a quienes no pueden pagar los servicios privados de atención de la salud.

Tres industrias (hoteles y restaurantes, administración pública y defensa, y construcción) representaron el 41,4% de la población empleada. En 2005, el 81% de la población empleada se ubicaba en el sector privado en comparación con el 11% en el sector del gobierno; el 8% eran trabajadores independientes.

Se produjo una disminución en la fuerza de trabajo desempleada de 2004 (9,9%) a 2005 (8,0%). Si bien la tasa aún es relativamente elevada, reflejó y guardó relación con el leve repunte económico ocurrido en 2004 (crecimiento del 11,4%) y 2005 (14%).

La tasa de alfabetización de 2001 se estimó en 97,5%. La educación para todos los niños en edad escolar es obligatoria y gratuita en las escuelas públicas. En el ciclo lectivo 2005–2006, se registró un 82% de niños y 80,3% de niñas, con una inscripción general de 81,1 cada 100 niños en edad escolar primaria. Estas tasas disminuyeron en comparación con las del ciclo lectivo 2004–2005, en el que la inscripción general escolar primaria fue del 83,4% (niños 83,8% y niñas 83,0% cada 100 niños en edad escolar primaria). Durante este período, la disparidad de género en las tasas de inscripción en la escuela primaria es evidente, siendo las tasas para mujeres levemente inferiores a las tasas para varones. La paridad de sexo en la inscripción a la escuela secundaria mostró una proporción hombres-mujeres de 100:97 para el ciclo lectivo 2005–2006, la cual había sido del 100:92 para el ciclo 2004–2005.

Es importante destacar que a lo largo de los años se ha producido un aumento general en la inscripción a la escuela secundaria. Contrariamente a la educación primaria y secundaria, la inscripción de mujeres al nivel terciario superó a la de los hombres. La disparidad de sexo se revirtió claramente en el nivel terciario con una proporción hombres-mujeres de 100:206 en 2002 y 100:302 en 2003.

En 2001, la mayoría de las viviendas contaba con captación de agua privada (68%) o suministro de agua por tuberías (22%). También había más viviendas con retretes con desagüe a pozos ciegos/sépticos (68%) en comparación con 1999 (56%). Y además, existían menos viviendas con letrinas de pozo (28%) comparado con 1999 (34%). Sin embargo, como en el período de 1999 a 2001 el número de viviendas aumentó, el porcentaje de viviendas sin instalaciones sanitarias creció (de 1,3% en 1999 a 4% en 2001).

Las Islas Turcas y Caicos enfrentan varios problemas ambientales relacionados con la eliminación de desechos sólidos, el manejo de desechos líquidos, el control de calidad del agua, la seguridad de los alimentos y la higiene institucional. El manejo de

desechos sólidos sigue siendo una amenaza importante en Providenciales, como también lo son las plagas en zonas de las islas donde los sistemas de recolección de residuos son deficientes. La inspección adecuada de alimentos importados plantea dificultades a los servicios de salud portuarios debido a la falta de un oficial sanitario en el puerto. Esta situación ha llevado a que las inspecciones de alimentos se realicen una vez que éstos ya han sido colocados en los almacenes o en los estantes de establecimientos minoristas. En muchos casos, en estos establecimientos se han incautado y destruido productos alimenticios contaminados o vencidos. Ocasionalmente, sin embargo, esta acción ocurrió demasiado tarde para evitar que los consumidores compraran estos artículos. En términos generales, quienes manipulan alimentos no han recibido capacitación sobre la higiene adecuada y las técnicas de manipulación de alimentos.

Demografía, mortalidad y morbilidad

En el período de 2004 a 2005, hubo más nacimientos de varones que de mujeres, en comparación con otros años en que esta tendencia era inversa. Los datos del censo de 2001 estimaron la esperanza de vida en 77,5 años. De los 318 nacimientos que ocurrieron en 2005, se registró alrededor del 85% (270) de ellos. Entre 2000 y 2002, las causas principales de defunción por causas definidas y el correspondiente número de defunciones fueron: enfermedades hipertensivas (25); VIH/sida (16); ahogamiento e inmersión accidentales (la mayoría de las defunciones se debió a inmigrantes ilegales que ingresaban en balandros) (11), y diabetes (8). Se notificaron 213 defunciones por causas definidas en el período de 2001 a 2005. En 2005 la tasa bruta de defunción fue más elevada para hombres (2,10) que para mujeres (1,37). No se notificaron defunciones maternas durante el período de 2001 a 2005. En 2001, la tasa de fecundidad para mujeres de entre 30 y 34 años fue 7,2 nacimientos cada 1.000 habitantes; la tasa total de fecundidad fue 3,1 para mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 45 años).

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

El Informe Anual de Atención Primaria de la Salud para el año 2005 indicó que la mayoría de los niños revisados a los tres meses se amamantaba parcialmente, es decir, la mayoría recibía leche de fórmula junto con la leche materna. De los 1.563 niños revisados en servicios de salud en 2005, 68 presentaban sobrepeso y dos se encontraban por debajo del peso normal.

Durante el período de 2001 a 2005, se registraron 1.255 nacidos vivos. En el grupo de edad entre 0 y 4 años ocurrieron 13 defunciones. Siete de ellas (5 niños y 2 niñas) correspondieron a bebés menores de 1 año. La asfixia y el crecimiento fetal lento fueron los principales factores contribuyentes. Dos defunciones

se debieron al VIH/sida en el grupo de menores de 1 año. Las enfermedades infecciosas intestinales y las infecciones respiratorias agudas representaron el 59% del total de diagnósticos de alta hospitalaria de lactantes.

Se registraron 6 defunciones (3 niños y 3 niñas) en el grupo de edad entre 1 y 4 años. Las causas de defunciones fueron VIH/sida y causas externas. Las enfermedades infecciosas intestinales y las causas externas representaron el 47,7% del total de diagnósticos de alta hospitalaria. De los 371 casos de gastroenteritis informados en 2004, 132 correspondían al grupo de menores de 5 años.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Se registraron siete defunciones en este grupo de edad en el período de 2001 a 2005. De las seis defunciones con causa conocida, dos se debieron al VIH/sida, y cada una de las restantes se debió a cardiopatías congénitas, enfermedades infecciosas intestinales, ahogamiento e infecciones respiratorias agudas. Los diagnósticos de alta hospitalaria más habituales fueron enfermedad respiratoria, enfermedades infecciosas intestinales, apendicitis y hernia.

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

Durante el período de 2001 a 2005, se notificaron dos defunciones de adolescentes en este grupo de edad, ambas por causas externas. Los principales diagnósticos de alta hospitalaria fueron las causas externas, la apendicitis, las enfermedades del sistema nervioso y el asma. Las complicaciones del embarazo representaron el 8% del total de altas hospitalarias en el grupo de 15 a 19 años de edad. Del total de nacimientos en 2002 y 2003, 10,0% y 13,5%, respectivamente, correspondieron a adolescentes entre 15 y 19 años. Los adolescentes representaron el 12% y 13% de los abortos médicos en 2004 y 2005, respectivamente. La notificación de los abortos no es un requisito en las Islas Turcas y Caicos y los únicos datos disponibles sobre abortos médicos reflejan aquellos realizados en hospitales.

Salud de los adultos (20–59 años)

Durante el período de 2001 a 2005, se notificaron 65 defunciones en este grupo de edad. Las causas principales de defunción fueron enfermedades del sistema circulatorio, lesiones y causas externas, neoplasias malignas, enfermedades transmisibles y suicidio. Los datos para el período de 2000 a 2002 mostraron que las causas principales de defunción fueron VIH/sida (12), enfermedades hipertensivas (6), ahogamiento e inmersión accidentales (5).

Las enfermedades del sistema circulatorio representaron el 30% del total de diagnósticos de alta hospitalaria. Otras causas

incluyeron causas externas, complicaciones del embarazo y trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos. Se registraron 31 abortos en el grupo de edad de mujeres menores de 40 años.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

El censo de 2001 reveló que este grupo de edad era de 2.065 personas, lo que representa el 10,4% de la población total. Un crecimiento en la población de personas de edad genera un mayor gasto en la atención de la salud y el tratamiento domiciliario y en el extranjero como consecuencia de las enfermedades crónicas. Entre 2001 y 2005, se notificaron 125 defunciones en este grupo de edad. Los factores que más contribuyeron a la mortalidad fueron los paros cardiorrespiratorios, las cardiopatías isquémicas, la diabetes y las neoplasias malignas.

Los principales diagnósticos de alta para este grupo de edad fueron la hipertensión, la diabetes mellitus, las enfermedades de la circulación pulmonar, las enfermedades cerebrovasculares, otras enfermedades del sistema digestivo, las lesiones y las infecciones respiratorias agudas.

Salud de la familia

En 2001, había 7.254 grupos familiares y el 30,8% de ellos estaba a cargo de mujeres. El ingreso promedio para los grupos familiares encabezados por hombres era de US\$ 30.461, en comparación con US\$ 21.916 para las familias a cargo de mujeres.

A fines de 2005, el Departamento de Desarrollo Social registró 77 niños que habían perdido a uno de sus padres (45 niños) o a ambos padres (32 niños) a causa del VIH/sida. Si bien la mayoría estaba bajo el cuidado de familias extendidas, varios ingresaron en el sistema de cuidado en custodia y es posible que esta situación incida negativamente en su crianza.

En 2005, el Departamento de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud informó que la mayoría de las mujeres que asistían a las clínicas no podían amamantar exclusivamente por su necesidad de regresar al trabajo. Todas las madres reciben subsidios maternos (un pago único de US\$ 400) por cada hijo nacido vivo cuando presentan un certificado de nacimiento ante la Junta Nacional de Seguro, que ofrece diversos servicios de seguridad social a todas las personas empleadas e independientes a través de la participación obligatoria. Las mujeres que han cumplido con los requisitos de aportes reciben una asignación por maternidad (60% del promedio de los ingresos semanales durante un período de licencia de 12 semanas).

Salud de las personas con discapacidad

En 2001, el Censo de Población y Vivienda estimó que 337 personas vivían con una discapacidad. Entre ellas, 28,5% padecía una discapacidad visual; 18,7% una discapacidad de movili-

dad; 15,7% una discapacidad auditiva; 8,9% retardo mental; 8,3% una discapacidad del habla; y 19,9% informó otro tipo de discapacidad.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

En el período de 2001 a 2005, se registraron cuatro casos de malaria importada. En 2005, se notificó un caso de dengue importado.

Enfermedades inmunoprevenibles

No se informaron casos de **sarampión, rubéola, difteria, tos ferina, tétanos neonatal o tétanos** durante el período de revisión de 2001 a 2005. En las escuelas y los lugares de trabajo se realizan campañas anuales de vacunación para identificar y vacunar a aquellas personas mayores de 5 años que no pudieron cumplir con la vacunación de rutina ni las campañas previas. En 2001, el programa de rutina de salud infantil introdujo la vacuna combinada pentavalente DTP-HB-Hib (dosis primarias), con la administración de la primera de tres dosis a las seis semanas de edad. En 2005, se cambió el programa para comenzar a los dos meses. Se inmunizó a los niños contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR); la difteria, tos ferina/tos convulsiva y tétanos (DTT); la vacuna oral de la poliomielitis (VOP), y la tuberculosis (BCG).

La cobertura de vacunación para los antígenos administrados para el período 2001–2005 se mantuvo por encima del 90%. Para 2005, la cobertura de vacunación para los antígenos fue la siguiente: DTP3, hepatitis B y Hib (95%); VOP3 (97%), y BCG (100%).

Enfermedades infecciosas intestinales

En el período de 2001 a 2005, se registraron 592 casos de **gastroenteritis** en niños menores de 5 años y 675 casos en personas mayores de 5 años. En el mismo período, se observaron 201 casos confirmados de **enfermedades transmitidas por los alimentos**, debidos en su mayoría a *salmonella*, *shigella* y el envenenamiento por ciguatera.

Enfermedades crónicas transmisibles

En el período de 2001 a 2005, se informaron cuatro casos de **lepra**. De los 21 casos de **tuberculosis** durante este período, 7 estaban infectados también con VIH/sida. Entre 2003 y 2005 se registraron 29 casos de hepatitis B.

Infecciones respiratorias agudas

Los datos sobre atención de la salud primaria para el período de 2003 a 2005 revelaron 4.080 casos notificados de infecciones

La investigación como garantía de la atención en salud con equidad

El Gobierno de las Islas Turcas y Caicos, comprometido con la distribución equitativa de la atención de salud para todos los isleños, ha preparado un Plan Quinquenal Estratégico de Salud (2005–2009). Como parte del plan se creó una nueva unidad denominada Unidad Nacional de Epidemiología e Investigación, cuya doble misión es la de fortalecer la vigilancia de enfermedades y la respuesta a los brotes de determinadas enfermedades. Para este fin, organiza talleres sobre enfermedades transmisibles, coordina esfuerzos con otros organismos gubernamentales y sustenta el desarrollo de las políticas nacionales de salud.

respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Normalmente se observan incrementos notables de estas infecciones de octubre a marzo.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

El VIH y el sida siguieron siendo una amenaza para las Islas Turcas y Caicos durante el período de 2001 a 2005. El primer caso se diagnosticó en 1985 y hasta 2005 se registró un total de 732 personas VIH positivas. El principal modo de transmisión es heterosexual. En el período de 2004 a 2005, se informaron 41 casos nuevos de VIH (21 hombres y 20 mujeres). Casi todos estos casos ocurrieron entre personas no residentes que solicitaban permisos de trabajo y la mayoría de ellas ya no reside en las islas. La isla de Providenciales, cuya población es la más numerosa, representó más del 50% de los casos positivos de VIH/sida. Si bien los datos no se desglosaron por sexo y edad, la tendencia mostró más hombres que mujeres con resultado positivo. Dado que las personas con SIDA eran de distintas nacionalidades, las iniciativas de prevención y atención afrontaron el desafío de responder adecuadamente a cuestiones de idioma y creencias culturales, abordar los problemas relacionados con el estigma y la discriminación, e introducir medidas para desalentar una recaída general o complacencia sobre minimizar las conductas de riesgo.

El sistema de vigilancia de VIH/sida también enfrentó una serie de desafíos. El más importante de ellos es una cierta desconfianza por parte de algunas personas en cuanto a la capacidad del sistema de garantizar absoluta reserva dada la escasa población de las islas. Con motivo de este temor, algunas personas se negaron a someterse a la prueba o intentaron realizársela en el extranjero.

Durante el período de 2000 a 2003, se registraron 21 defunciones a causa de sida y cinco entre 2004 y 2005. Esta disminución en el número de casos respondió a la introducción de un programa mejorado de tratamiento y atención y un acceso más amplio a los fármacos antirretrovirales a partir de enero de 2003.

El número de casos informados de **sífilis** creció de 13 en 2003 a 35 en 2005. El incremento en números fue atribuible a una mayor detección en personas que se sometían a la prueba para obtener permisos de trabajo.

Otras enfermedades transmisibles

A lo largo de un período de tres años, la **conjuntivitis hemorrágica** aguda contribuyó sustancialmente a la morbilidad con 842 casos en 2003, 49 en 2004 y 124 en 2005. Se sospecha que el brote en 2003 fue causado por virus Coxsackie, pero esta información no fue confirmada. Las **enfermedades similares a la influenza** representan una de las afecciones de la salud más frecuentemente informadas, con 2.809 casos notificados durante el período de 2001 a 2005.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Estas enfermedades se manejan como parte de los servicios de atención de salud de nivel primario ofrecidos en centros de salud y hospitales. En el período de 2001 a 2005, la mayoría de los pacientes fueron atendidos por afecciones relacionadas con la **hipertensión**, la **diabetes** y complicaciones relacionadas, y las **neoplasias malignas**. Esta tendencia fue respaldada por datos de morbilidad que confirmaron a la hipertensión (1.367), la diabetes (499), la cardiopatía (174), la **obesidad** (84) y el **cáncer** (39) como los principales problemas de salud informados por los servicios de salud en 2004.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud mental y adicciones

En las islas habitadas, un psiquiatra y un enfermero de salud mental brindan servicios relacionados con la salud mental en los niveles primario, secundario y terciario, y realizan las derivaciones para atención en las Bahamas, según sea necesario. Los datos disponibles para 2003 revelaron que se atendió a 76 pacientes, de los cuales 64,5% (49) eran hombres y 35,5% (27) mujeres. Se atendió a la mayoría de los pacientes en Gran Turca (27,6%) y Providenciales (21%).

Los datos también mostraron que el 63% de los pacientes atendidos pertenecía al grupo de edad entre 20 y 49 años, mientras que solamente el 9,2% tenía 19 años de edad o menos. Los

principales diagnósticos fueron esquizofrenia (28,9%), abuso de sustancias (15,8%), psicosis no especificada (7,9%), trastornos epilépticos con problemas psicológicos (7,9%), trastorno afectivo bipolar (6,6%) y trastorno de adaptación con síntomas de depresión o ansiedad (6,6%). Las visitas a los pacientes de salud mental en la población penitenciaria se realizan con regularidad. Entre los desafíos que afectaron la prestación de servicios de salud mental durante el período de revisión de 2001 a 2005 se incluyeron la legislación y políticas obsoletas y los recursos humanos insuficientes para dirigir la prestación de los servicios.

Salud oral

Los servicios de salud oral se brindan en las seis islas principales habitadas. En Providenciales existe un programa escolar de salud oral. Las otras islas no disponían de aparatos de radiografías; por lo tanto, no se realizaban extracciones quirúrgicas ni tratamientos de conducto.

Ante la falta de un laboratorio dental, un técnico dental o un asesor ortodoncista, tampoco se ofrecían servicios de ortodoncia o servicios protésicos. Tampoco había un asistente dental en el programa. Por consiguiente, los enfermeros dentales están siendo desaprovechados y esto afecta negativamente la prestación de servicios.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El gobierno reconoce a la salud como el derecho humano básico y trabaja para garantizar a los residentes el acceso equitativo a la atención de la salud. El Plan de Salud Estratégico Quinquenal de 2005 tiene en cuenta la visión y misión general del Ministerio de Salud, proporciona un marco dentro del cual los distintos departamentos del Ministerio pueden desarrollar e implementar programas de salud equitativos, y es evaluado y revisado anualmente.

El Plan de Salud Estratégico Quinquenal de 2005 también funciona como un marco para guiar y dirigir la prestación de servicios de salud equitativos. Incluye una reestructuración del Ministerio de Salud a fin de fortalecer la planificación de la salud, el desarrollo de sistemas, la administración financiera, la investigación de la salud nacional esencial, la promoción de la salud y la capacidad de regular las actividades de los sectores de salud pública y privada. Conforme al Plan, se creó el cargo de Director de Servicios de Salud, quien tiene la responsabilidad general del estado de salud del país y del desarrollo y la dirección de las políticas de salud en el Ministerio de Salud. El Secretario Permanente preside el Equipo de Administración Superior y tiene a su cargo al personal y funciones de administración fiscal.

Organización del sistema de salud

El Ministerio de Salud se encarga de prestar atención preventiva y curativa eficiente y eficaz por medio de los departamentos de salud. Las actividades del Ministerio se llevan a cabo junto con la comunidad y los proveedores de servicios privados y extranjeros.

El sector privado de la salud se limita principalmente a la atención ambulatoria y se concentra en la práctica general, aunque también ofrece ciertos servicios de atención secundaria. La red de hospitales públicos está formada por el Hospital de Gran Turca y el Dispensario de Myrtle Rigby, ubicado en Providenciales. Estos dos hospitales son los únicos que ofrecen servicios de atención secundaria y algunos servicios de atención terciaria. El Hospital de Gran Turca cuenta con 21 camas para la atención de casos agudos y 10 para la atención de casos crónicos de pacientes geriátricos. El Dispensario de Myrtle Rigby dispone de 10 camas para la atención de casos agudos. Ambos establecimientos cuentan con un quirófano que reúne todas las condiciones para una atención quirúrgica completa a fin de poder responder a las principales emergencias y realizar todos los procedimientos electivos, excepto los que requieren atención intensiva postoperatoria, equipo especializado o personal no disponible localmente. Ambos hospitales tienen unidades de maternidad para casos que no requieren atención neonatal intensiva, según lo determine una evaluación de riesgo prenatal. Los hospitales brindan atención secundaria en las áreas de medicina interna, pediatría, cirugía general, obstetricia y ginecología, y anestesiología. Se prestan algunos servicios urológicos mediante la colaboración de un urólogo del sector privado. En 2005, había cuatro clínicas privadas, siete centros médicos de atención primaria y siete clínicas de planificación familiar.

Servicios de salud pública

La estrategia de atención primaria continuó su proceso de reorientación para fortalecer programas específicos orientados hacia la promoción y la administración de salud y la prevención y el control de enfermedades. En las seis islas principales habitadas, hay clínicas de atención de salud secundaria, y se trata a los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Los servicios de atención de salud primaria se concentran en la salud materna e infantil, la salud dental, las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes e hipertensión), las enfermedades transmisibles, los programas de salud escolar, la manipulación segura de alimentos y, en menor medida, la nutrición.

En 2005, se implementó la vacuna de la influenza estacional entre los trabajadores de la atención de salud. El equipo de vigilancia de la enfermedad y la Unidad Nacional de Epidemiología e Investigación del Ministerio de Salud llevaron a cabo varios talleres tendientes a completar el desarrollo del manual de vigilancia nacional de enfermedades transmisibles y aumentar la coordinación y la respuesta frente a los brotes de enfermedades transmisibles. La capacitación proporcionada por el Ministerio de Salud

se concentró en la promoción de buenas prácticas de higiene en la industria hotelera y contribuyó a una reducción en el número de enfermedades transmitidas por alimentos en 2005 en contraste con años anteriores.

En cuanto a los servicios para las personas con sida, el gobierno se ha comprometido a ampliar el acceso a los medicamentos antirretrovirales mediante la asignación al presupuesto nacional de los fondos necesarios para que todos los *Belongers* y *non-Belongers* con estado legal que lo necesiten puedan disponer de dicho tratamiento. Estos medicamentos se compran a través del Programa Nacional de Sida del Ministerio de Salud de las Bahamas conforme a un acuerdo contractual que también permite que las Islas Turcas y Caicos reciban los beneficios de los servicios de los laboratorios de VIH/sida y la capacitación del personal en ese país. A fines de 2005, unas 70 personas recibían tratamiento antirretroviral y otras 12 tenían acceso a tratamientos en los Estados Unidos a través del programa de investigación de la Universidad de Miami.

En 2005, seis sitios permitían el acceso de la población a los servicios de prevención de transmisión madre-hijo. En todas las clínicas y laboratorios públicos, se encuentran disponibles el asesoramiento y las pruebas voluntarias (APV). El asesoramiento y las pruebas de VIH se ofrecen como procedimiento de rutina, y con el conocimiento de las pacientes, a todas las mujeres que asisten a clínicas prenatales. Durante el período de 2000 a 2005, cuatro mujeres embarazadas se realizaron pruebas con resultado positivo. Debido a la naturaleza de su estado inmigratorio, es posible que las mujeres inmigrantes no accedan a estos servicios en la etapa inicial por temor a ser deportadas. En 2005, se capacitó a 35 prestadores de APV como parte de los esfuerzos en curso para ampliar estos servicios y mejorar su calidad. Existen varios servicios adicionales disponibles para personas que padecen de VIH/sida. Programas tales como *Buddy Support* (Apoyo al Compañero) y *People for Positive Action* (Personas para la Acción Positiva) así como también el hospicio para enfermos de sida *Center of Love and Hope* (Centro de Amor y Esperanza) prestan su apoyo, supervisan y vigilan el cumplimiento terapéutico y proporcionan información y enlaces a recursos comunitarios adicionales. El Departamento de Desarrollo Social brinda servicios de asesoramiento y subsidios de asistencia social, además de propiciar servicios de atención a niños huérfanos a causa del VIH/sida o que necesitan asistencia para cubrir sus necesidades básicas.

Durante el período de 2001 a 2005, se asignó personal para la implementación de programas para la seguridad de los alimentos, la calidad del agua, el manejo de los desechos líquidos y sólidos, el control de plagas y vectores, la higiene institucional, la salud pública veterinaria, la salud y seguridad ocupacional, el manejo de cementerios, las investigaciones de casos de enfermedades infantiles inmunoprevenibles, y las inspecciones de establecimientos/sanidad residencial.

Dado el volumen creciente del tránsito aéreo y marítimo y la persistente amenaza de huracanes, las Islas Turcas y Caicos son vulnerables a desastres y víctimas en masa. El sector de salud, en colaboración con otras agencias gubernamentales y no gubernamentales, aumentó su capacidad para controlar emergencias graves y disminuir el impacto de los desastres. En 2005, personal de instalaciones de salud en Gran Turca y Providenciales participó de ejercicios de simulación en aeronaves. También se preparó un plan para mejorar el manejo de desastres que incluyó la realización de ejercicios de capacitación para víctimas en masa, del cual participaron socorristas de todos los sectores. Durante el período de revisión de 2001 a 2005, el Ministerio de Salud creó una Unidad de Preparación y Respuesta a Emergencias para coordinar las respuestas ante desastres.

Servicios de atención a las personas

El Ministerio de Salud se encarga de proporcionar servicios de salud, accesibles y eficaces, para todos los residentes. Sin embargo, en Turcas y Caicos la estructura tarifaria para los nacionales (*Belongers*) es menor que la correspondiente a los *non-Belongers*.

El acceso a los servicios de atención secundaria y terciaria es difícil en situaciones de emergencia debido a la dispersión geográfica de algunas de las islas y cayos. En la actualidad, el gobierno sustenta la principal participación de mercado en cuanto a la prestación de servicios hospitalarios para la población, si bien muchas personas viajan al extranjero para diagnósticos y atención hospitalaria.

El Programa de Tratamiento Médico en el Extranjero (MTA) sigue siendo el único rubro contable ordinario para gastos en salud. Los costos de los viajes de los pacientes y el tratamiento en el extranjero representaron aproximadamente el 7,3% del gasto ordinario del gobierno en el presupuesto del período 2004–2005. Se puede acceder al tratamiento en Las Bahamas y Jamaica, aunque la mayoría de las personas prefiere tratarse en los Estados Unidos. En 2005, se derivó al extranjero un total de 456 pacientes, lo que dio lugar a 730 episodios de tratamiento (visitas de pacientes). De estos pacientes, 302 hicieron una única visita médica mientras que el resto hizo dos o más. Se derivaron al extranjero 27 casos para el tratamiento de cáncer, lo que representó aproximadamente el 50% del total de gastos por tratamientos en el extranjero. Posteriormente, el gobierno puso en práctica una serie de estrategias para incrementar la eficacia del manejo de casos de pacientes derivados al extranjero. Estas estrategias incluyen mejoras en la supervisión de la duración de la estancia hospitalaria y la necesidad de visitas de seguimiento, así como la negociación de mayores descuentos para los servicios médicos prestados y, en cuanto a los administradores externos, para que las tarifas administrativas se establezcan sobre la base de tarifas fijas, en lugar de porcentajes de ahorros.

El Programa de Visitas de Consultor Médico siguió siendo de suma utilidad para los pacientes con necesidad de atención

médica por parte de médicos subespecialistas en las áreas de cirugía ortopédica, oftalmología, neurología, dermatología, nefrología y audiología.

En 2002, una encuesta realizada por el Hospital de Gran Turca sobre la satisfacción de los pacientes reveló que la calidad de los servicios y la clasificación general eran muy altas. El Dispensario de Myrtle Rigby en Providenciales puso en práctica un sistema de *triage*, en el que los pacientes ambulatorios con auténtica urgencia recibían una tarjeta roja para que se garantizara una rápida atención de sus necesidades de salud. También se estableció un sistema de citas para reducir el tiempo de espera de los pacientes ambulatorios.

Dentro de las instalaciones del hospital, hay dos laboratorios que dependen del sector público y en Providenciales hay un laboratorio administrado en forma privada. Los servicios de diagnóstico se limitan a la hematología básica, la química, la microbiología y la serología. Todas las muestras histopatológicas y citológicas se envían al extranjero para su análisis. Los procedimientos básicos radiológicos y ecográficos, las mamografías, las tomografías computadas (TC) y los procedimientos colposcópico y endoscópico se realizan a nivel local. Hay dos bancos de sangre que funcionan con un sistema de donante dirigido o de donante de reposición; ambos se caracterizan por una capacidad limitada de almacenamiento de sangre y la falta de disponibilidad de componentes sanguíneos. Por lo tanto, los tipos de procedimientos quirúrgicos que se pueden realizar localmente están condicionados por la disponibilidad de sangre.

En Gran Turca hay una unidad de diálisis que depende fundamentalmente de los bancos de sangre; en 2005, se atendió a 10 pacientes con insuficiencia renal crónica. Cinco de estos pacientes viajaron por avión tres veces por semana desde Providenciales hasta Gran Turca para someterse al tratamiento de diálisis.

En 2005, se inauguró la primera unidad dental ambulante en Providenciales en la escuela secundaria Clement Howell. Esta unidad presta servicios preventivos y curativos a niños en edad escolar. En las islas de Caicos Meridional y Septentrional, existe un proyecto en curso por el cual se realizan exámenes clínicos a niños y se programan citas en clínicas dentales para tratamientos convencionales y especializados.

En Gran Turca y Caicos Meridional se brindan servicios de atención geriátrica. El centro en Gran Turca tiene capacidad para 14 pacientes y el centro médico Wellness Center en Caicos Meridional para seis pacientes hospitalizados.

Promoción de la salud

Las actividades de promoción de la salud incluyeron iniciativas dirigidas como el programa *Rapport Youth Peer Education* y el programa *Creole Peer Education*, al igual que la creación de anuncios del servicio público y campañas mediáticas.

Recursos humanos

En 2005, había 14 médicos generales (7 públicos y 7 privados), 7 dentistas (2 públicos y 5 privados) y 16 médicos especialistas (14 públicos y 2 privados). Alrededor del 80% del personal profesional empleado está representado por ciudadanos extranjeros bajo contrato. La rotación del personal es alta, ya que la mayoría de los miembros contratados del personal abandona las islas después de una estadía de dos o tres años.

La población en rápido crecimiento alienta la demanda de personal de atención de salud. Los esfuerzos del gobierno por incentivar a los nacionales, por medio de la concesión de subsidios, para que regresen a trabajar en el sector público después de graduarse no han logrado reducir la necesidad de reclutamiento internacional. Al mismo tiempo, se han perdido muchos miembros especializados del personal de atención de salud porque sus contratos no fueron renovados. La constante rotación del personal profesional ha afectado enormemente la continuidad en las relaciones pacientes-profesionales de atención de salud y los regímenes terapéuticos. El Ministerio de Salud dispone de un personal reducido al que recurre para los planes de sucesión como consecuencia de esta rotación del personal. A pesar de ello, varios puestos de empleo para el personal de la salud permanecen vacantes durante largo tiempo y esto afecta la prestación de servicios de atención de salud.

En el período de 2001 a 2005, considerando las necesidades per cápita, se observó un déficit de enfermeras y parteras de salud pública. Las enfermeras son las más vulnerables a las presiones migratorias debido a la importante demanda de sus servicios, tanto en el plano regional como internacional. Sin embargo, el personal de enfermería constituyó la porción más numerosa de trabajadores de la atención de salud en las islas. En 2005, el gasto en recursos humanos representó alrededor del 45% del gasto en el sector de la salud pública. En 2005, el gobierno preparó un Plan Estratégico para el Desarrollo de Servicios de Enfermería como un componente integral del plan estratégico general para el desarrollo de recursos humanos en el área de servicios de salud.

Suministros de salud

La frecuente rotación de los profesionales de la salud también afectó el sector farmacéutico, dado que las creencias y los orígenes culturales tienden a influir en los hábitos de prescripción de medicamentos de los médicos. Esto ha llevado a que algunos profesionales no prescriban ciertos medicamentos aun cuando formen parte del formulario nacional y sean de fácil acceso. Al mismo tiempo, con motivo de la extensión geográfica de Turcas y Caicos, la supervisión de los farmacéuticos se realiza a larga distancia, ya que hay tan solo dos farmacéuticos capacitados para cubrir la población completa de la isla. Los medicamentos farmacéuticos están disponibles en el sector público en forma gratuita para los niños en edad escolar y las personas mayores de 55 años y con un costo nominal para el resto de la población.

Las vacunas contra el rotavirus y la influenza se incluyeron en el Programa Expandido en Inmunización durante el período de 2001 a 2005.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

La Unidad Nacional de Epidemiología e Investigación fue creada en 2005 como parte del componente de reestructuración del Plan Estratégico Quinquenal de Salud del Ministerio de Salud. Está encabezada por un epidemiólogo nacional/oficial médico principal para mejorar la vigilancia y la respuesta al brote de la enfermedad y para apoyar las actividades de investigación relacionadas con el desarrollo de políticas de salud. Además, se creó un Comité Nacional de Investigación y se capacitó al personal del Ministerio de Salud sobre la ética de la investigación. El Ministerio continuó su asesoría con el Consejo Caribeño de Investigación Sanitaria para el establecimiento de un comité y una junta revisora de ética.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto gubernamental (tanto ordinario como de capital) en los servicios de salud aumentó en el período de 2001 a 2005. Entre 2001 y 2002, el gasto ordinario en salud representó el 19% del gasto gubernamental ordinario total. En el año fiscal 2003–2004, el gasto ordinario en salud fue US\$ 17.285.202 (gasto per cápita de US\$ 790).

En 2005, se asignaron US\$ 19,6 millones al Ministerio de Salud, lo que representó el 15,9% del presupuesto para gasto ordinario del período 2005–2006. El gasto real correspondiente al año fiscal 2005–2006 para todos los departamentos de salud (con la inclusión del departamento de salud ambiental, pero con la exclusión de las oficinas centrales del Ministerio de Salud) fue US\$ 27,2 millones, de los cuales 46,3% y 29,6% corresponden al Programa de Tratamiento Médico en el Extranjero (MTA) y recursos humanos, respectivamente.

Los factores que contribuyeron al aumento de los gastos en los servicios de salud incluyeron el rápido crecimiento de la población, la introducción de servicios adicionales de atención secundaria y terciaria, y una mayor demanda de suministros médicos, medicamentos y personal. El Gobierno continuó su provisión del 100% del gasto ordinario para el tratamiento de VIH/sida. El aumento del gasto en el MTA fue el único factor de suma importancia que contribuyó al aumento general del gasto gubernamental en salud.

En 2001, el gasto en el MTA fue US\$ 6,4 millones, con un caso catastrófico que costó US\$ 1,5 millones. En 2003, el gasto en los servicios de atención primaria se estimó en US\$ 4 millones, mientras que el gasto en atención secundaria y terciaria fue US\$ 13,5 millones. El programa de tratamiento domiciliario y una mejor implementación de la política del MTA cumplieron con el objetivo de reducir el gasto gubernamental total en servicios de salud.

Los servicios de salud pública de Turcas y Caicos tienen un sistema de cobro de tarifas al usuario, en el que las tarifas para los *non-Belongers* son mucho más elevadas que las que corresponden a los *Belongers*. Esto afecta especialmente el acceso de los *non-Belongers* a los servicios de atención secundaria. Algunas categorías de usuarios están exentas de estas tarifas: los adultos mayores de 55 años, las personas que reciben asistencia social, las personas económicamente indigentes, los prisioneros, los niños en edad escolar de Turcas y Caicos nacionales y menores de 18 años, los empleados del gobierno, y los trabajadores por contrato y sus dependientes.

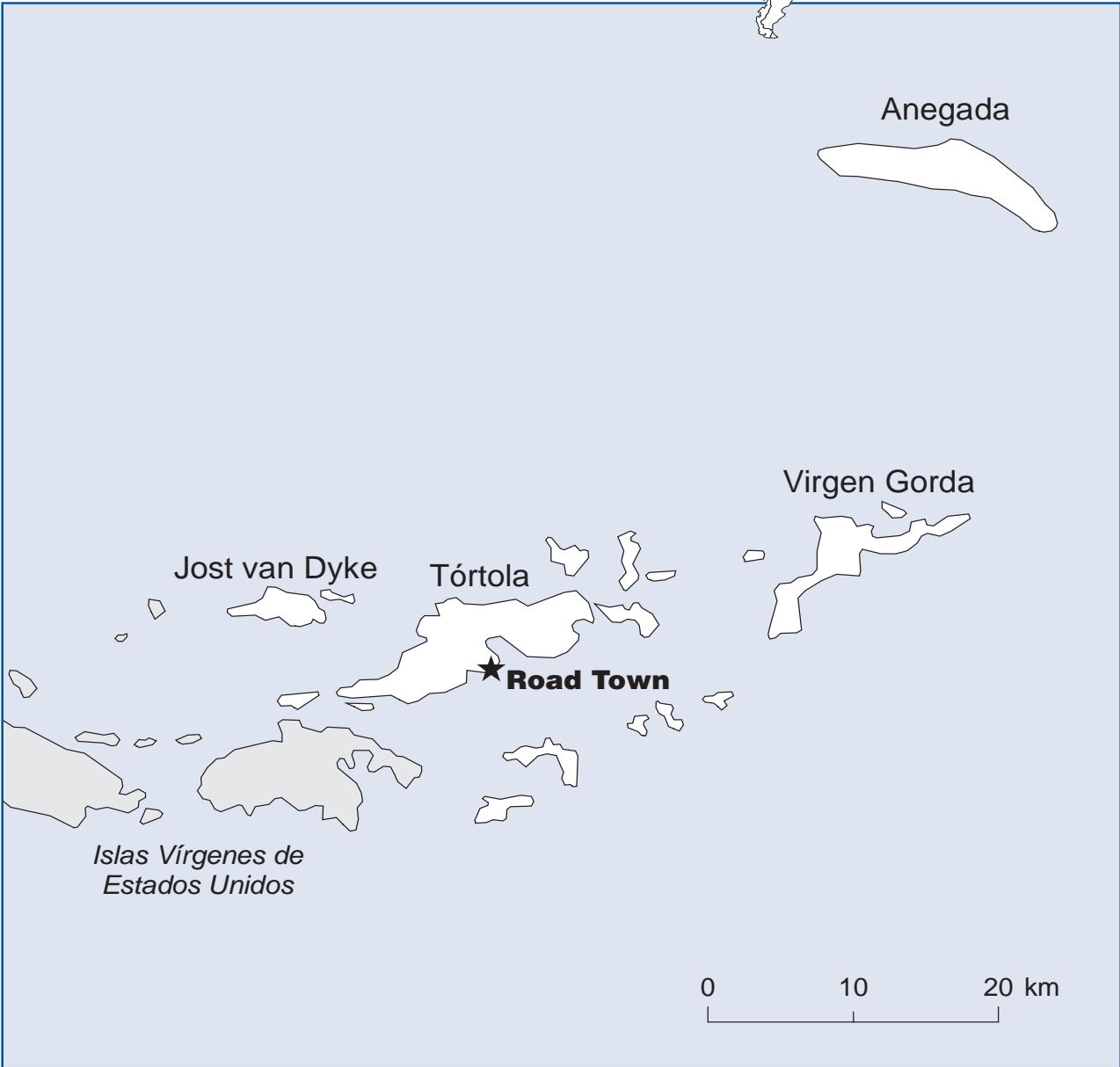
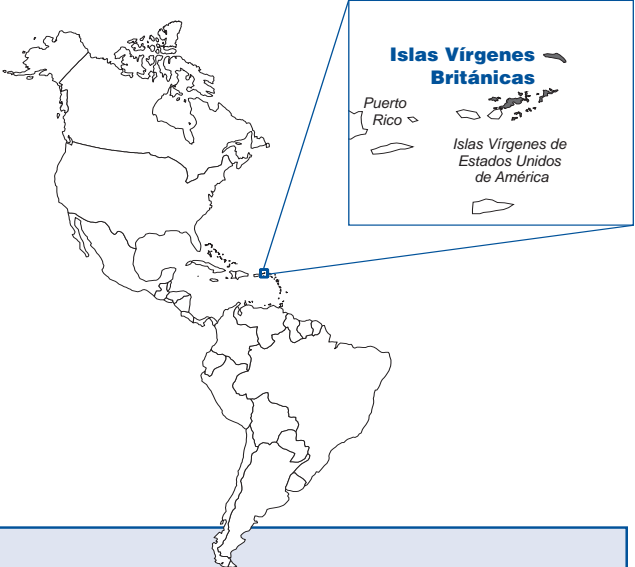
Los servicios de salud del sector privado son financiados con pagos directos de los usuarios o por medio del seguro médico particular. En 2005, se estimó que el 20% de la población tenía seguro médico privado, mientras que el resto estaba amparado por el Ministerio de Salud o mediante gastos directos.

Cooperación técnica y financiera en salud

El Ministerio de Salud desarrolló varias asociaciones para mejorar la prestación de servicios de atención de salud a través de la participación comunitaria. Entre ellas se incluyen colaboraciones con la Fundación Nacional Kidney para la creación de una unidad de diálisis en Providenciales y con la Sociedad Nacional del Cáncer para la obtención de un mamógrafo y la prestación de servicios de mamografía en el Dispensario de Myrtle Rigby. Entre otras asociaciones mantenidas se incluyeron aquellas con la Fundación contra el Sida de Turcas y Caicos y la Fundación contra el Cáncer de Turcas y Caicos.

El Ministerio de Salud también continuó su colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y suministró vacunas contra el rotavirus y la influenza a través del Fondo Rotatorio de la OPS. Otros socios clave subregionales e internacionales incluyeron el Centro de Epidemiología del Caribe; la Comunidad del Caribe; la Unión Europea; el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; y la Fundación Clinton.

ISLAS VÍRGENES BRITÁNICAS



Las Islas Vírgenes Británicas forman un archipiélago de unas 50 islas, cayos y rocas dispersos por una superficie de 8.922 km² en el nordeste del Mar Caribe, al oriente de Puerto Rico. Su superficie total es de 154 km². De las 15 islas habitadas, las de mayor extensión son Tórtola (56 km²), donde está situada la capital, Road Town, Anegada (39 km²), Virgen Gorda (22 km²) y Jost Van Dyke (8 km²). La topografía varía desde llanuras extremadamente planas en Anegada hasta terrenos montañosos y accidentados en Tórtola, donde está Mount Sage, el pico más alto, situado a 543 metros sobre el nivel del mar.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Las Islas Vírgenes Británicas son un territorio ultramarino del Reino Unido con autonomía interna ejercida por conducto de un Consejo Legislativo de 13 miembros elegido democráticamente. La Reina nombra a un Gobernador para representarla y ejercer poderes de reserva en nombre de la Corona. A su vez, el Gobernador nombra a los Ministros del Consejo Ejecutivo: un Ministro Principal, que es jefe de gobierno, un Procurador General (miembro ex officio) y otros cuatro ministros. El Gobernador preside el Consejo Ejecutivo y cumple sus funciones con asesoramiento del mismo. Puesto que el territorio es tan pequeño, no hay necesidad de un gobierno local. Se han nombrado Oficiales de Distrito con responsabilidades administrativas en Virgen Gorda, Jost Van Dyke y Anegada.

Determinantes sociales, políticos y económicos

Las Islas Vírgenes Británicas emplean el dólar de los Estados Unidos como moneda (son uno de los tres territorios dependientes del Reino Unido que lo hacen). El producto interno bruto (PIB) creció un promedio de 9% anual entre 1991 y 2001. El PIB a precios corrientes de mercado se estimó en US\$ 765 millones en 2000 y en US\$ 830 millones en 2003. El PIB nominal per cápita en 2001 llegó a US\$ 35.954. El PIB producido por el sector de servicios financieros creció un promedio de 23% entre 1991 y 2001. El turismo creció un 12% anual en el mismo período y ahora representa 14% del PIB.

El sector de servicios financieros es el principal contribuyente a la economía (38% del PIB) y representa más de la mitad de los ingresos fiscales del gobierno. Desde que se promulgó la Ley de Ordenanza sobre Empresas Internacionales en 1984 y la Ley sobre Empresas Comerciales Internacionales en 1990 y sus enmiendas subsiguientes, el sector financiero ha crecido a un ritmo estable, y a fines de 2005 más de 650.000 empresas habían adquirido persona-

lidad jurídica. La empresa comercial internacional es la vía designada para iniciar negocios de esa índole y el medio de expansión de varios sectores de la industria de servicios financieros, tales como la gestión de seguros, fondos mutuos, fideicomisos y compañías. La Ley sobre Empresas Comerciales de 2004 (que entró en vigor en 2005) eliminó las obligaciones tributarias diferenciales existentes entre las empresas que realizaban actividades comerciales en los ámbitos local e internacional y, al mismo tiempo, dio flexibilidad y posibilidades de elección en una gama más amplia de productos empresariales, como empresas de cartera reservada, determinada y segregada. Las Islas Vírgenes Británicas son una importante jurisdicción para la incorporación de fondos mutuos. A finales de 2005 se había registrado o reconocido un total de 3.724 fondos mutuos. Siguen siendo una jurisdicción bancaria sumamente conservadora. A fines de 2005 había ocho bancos autorizados para realizar transacciones en el territorio o desde el mismo. En el campo de servicios fiduciarios se expidieron 117 licencias para fideicomisos generales y 119 licencias para fideicomisos restringidos. El territorio también ofrece servicios de matrícula de barcos. A finales de 2005 había 2.531 barcos matriculados.

El turismo ocupa el segundo lugar entre los principales factores contribuyentes a la economía del territorio. A menudo se ha sobrepasado la cifra de 2.500 visitantes al día establecida por la política referente a cruceros, porque a veces atracan simultáneamente en los puertos varios cruceros de gran capacidad. Los proyectos de infraestructura pública y las urbanizaciones comerciales y residenciales siguen impulsando la actividad en la industria de la construcción.

La fuerza laboral está constituida por unas 11.700 personas, 95% de las cuales están empleadas. La tasa de desempleo se mantuvo constante en 3,6% en el período 2001–2005. En 2003, la tasa de desempleo femenino y masculino fue de 3,4% y 3,8%, respectivamente. En 2001 había 15.227 personas mayores de 15 años de edad y 13.543 empleadas (48% para los hombres y 52% para las mujeres). Estas cifras permanecieron constantes en 2002. Los cinco em-

pleadores principales en 2001 fueron la administración pública y la seguridad social (4.742), seguidos de la industria hotelera y de restaurantes (2.164), la industria de la construcción (1.071), el sector de educación (1.382) y el comercio al por mayor y al detal (1.050).

La población en situación de pobreza¹ en las Islas Vírgenes Británicas en 2003 osciló alrededor de 22% (16% de las familias). La indigencia es casi inexistente.

Con pocas excepciones, los pobres de las Islas Vírgenes Británicas no presentaron las características relacionadas típicamente con la pobreza. Las características de la vivienda y otros indicadores como el acceso a servicios de abastecimiento de agua y electricidad y los niveles generales de salud, son poco diferentes de los observados en las familias que no son pobres. Además, la matrícula escolar de los niños de 5 a 16 años de edad de la población pobre se acercó a 100%. Muchas familias pobres también poseían ciertos bienes como vehículos, teléfonos, lavadoras de ropa, refrigeradores y equipos de estéreo y tenían acceso a servicios como televisión por cable en niveles comparables a los de las familias que no son pobres (por ejemplo, 20% de las familias pobres tenían teléfono celular y más de una tercera parte, computadoras). Casi 30% de las familias pobres también tenían terrenos que se consideraban urbanizables y representaban una posible fuente de fondos complementarios.

Más de 80% de las familias pobres (95% si se excluyen las formadas por ancianos solteros) tienen por lo menos una persona que trabaja y un poco menos de la mitad tienen dos o más familiares que trabajan. El desempleo, aunque es mayor que entre las familias que no son pobres, fue solamente de 11%, pero los trabajadores de las familias pobres tienden a ser menos calificados. El salario mínimo (US\$ 4 por hora) proporciona suficientes ingresos para los adultos que trabajan con dedicación exclusiva para poder superar la línea de pobreza. Los ancianos que viven solos constituyeron casi todas las familias pobres donde no hay ninguna persona que trabaja. Este subgrupo mostró poco potencial de generación de ingresos y dependió de la asistencia del gobierno, sus familias o las organizaciones no gubernamentales para su sostén.

Las familias monoparentales constituyeron una quinta parte de todas las familias pobres, aunque cabe señalar que más de 70% de ellas no son pobres. Los asuntos más graves referentes a la inestabilidad de las relaciones familiares comprenden problemas familiares y conyugales, violencia doméstica y conyugal, crianza monoparental y embarazo o maternidad de adolescentes.

No se comprobó a cabalidad que los niños se vieran gravemente afectados por la falta de ingresos. Por lo general, su salud era buena, la matrícula escolar era casi universal y no había señales de malnutrición. Los principales problemas tienen que ver

con su bienestar, particularmente cuando se rompen las relaciones entre los padres.

Las Islas Vírgenes Británicas tienen 26 escuelas primarias, 16 públicas y el resto privadas. La asistencia a la escuela es obligatoria hasta los 15 años de edad y el período promedio de asistencia a la escuela es de 9,4 años; sin embargo, casi todos los estudiantes terminan los 12 años de educación primaria y secundaria. Hay cuatro escuelas secundarias públicas y una privada. En el período 1998–2000, las tasas de alfabetismo en la población adulta fueron de 98,3% en las mujeres y de 97,8% en los hombres.

En la actualidad, las Islas Vírgenes Británicas producen más de 80 toneladas de desechos sólidos al día durante la temporada turística alta y menos de la mitad de esa cifra en otras épocas del año. En 2004, los desechos generados en Tórtola, Jost Van Dyke, Virgen Gorda y Anegada ascendieron a unas 31.964 toneladas. En 2004, 26.506 toneladas fueron incineradas y 5.458 llevadas a basureros de islas hermanas para empleo como relleno. No hay un sistema de transporte público administrado por el Estado; sin embargo, las tasas de propiedad de vehículos son altas y se encuentran fácilmente servicios de transporte privado. Existe una red vial bastante extensa, que proporciona acceso a todos los asentamientos del archipiélago. El transporte interinsular se realiza principalmente por transbordador, aunque hay un número limitado de servicios de taxi aéreo a Virgen Gorda y Anegada.

La principal fuente de agua potable son las cisternas (se exige que cada casa tenga una antes de recibir la aprobación de los planos de construcción) y pozos. Dos empresas producen agua desalinizada por el sistema de ósmosis inversa, distribuida por el Departamento de Acueducto y Alcantarillado de Tórtola, que abastece a cerca de 75% de la población de esa isla. El resto de la población depende de cisternas. El abastecimiento de agua en Virgen Gorda se realiza por medio de dos sistemas, uno en North Sound y el otro en The Valley. También hay fuentes públicas de abastecimiento de agua municipales en Anegada y Jost Van Dyke. El agua en botella se importa o es producida por al menos cinco empresas locales que se encargan tanto del embotellamiento como de la distribución. Varios hoteles tienen sus propias plantas de desalinización de agua de mar.

Sigue aumentando el número de expendios de alimentos de Tórtola. En 2000 había 237 expendios de alimentos, cifra que ascendió a 278 en 2003 y que representa un aumento de 17,3%. Durante los tres primeros trimestres de 2003 se inspeccionaron 176 expendios de alimentos y se determinó que 143 estaban en condiciones satisfactorias. Los principales problemas fueron las prácticas inadecuadas de descongelación, el mantenimiento deficiente, el almacenamiento inadecuado de alimentos y utensilios y la falta de mallas en las edificaciones para alejar los insectos y otras plagas.

Los huracanes y la actividad sísmica representan las mayores amenazas para las Islas Vírgenes Británicas, puesto que el territorio yace en la vía prevista de los huracanes que se originan en el Océano Atlántico. En el período 2001–2005 no hubo grandes tormentas ni huracanes que afectaran al territorio. En noviembre

¹La definición de pobreza se expresa sobre la base de las líneas de indigencia (a partir de los requisitos mínimos de alimentación) y las líneas de pobreza (a partir de los requisitos mínimos de alimentación con un elemento de gasto no relacionado con esta última) y se calcula según el método establecido por el Banco de Desarrollo del Caribe (CDB). La línea de indigencia para un adulto es de US\$ 1.700 al año; la línea de pobreza para un adulto es de US\$ 6.300 al año.

de 2002, las intensas inundaciones afectaron a muchas de las zonas bajas y costeras y causaron daños a la propiedad y algunas averías leves a la infraestructura vial. Aunque no han ocurrido incidentes graves desde entonces, sigue siendo motivo de preocupación la posibilidad de fuertes inundaciones repentinas en las zonas bajas y costeras, particularmente durante los períodos de precipitación pluvial muy intensa y prolongada. Las islas también son propensas a los desastres causados por el ser humano, como la exposición a sustancias químicas peligrosas, las explosiones y los accidentes de transporte, y se estima que los derrames de petróleo son la mayor amenaza.

Demografía, mortalidad y morbilidad

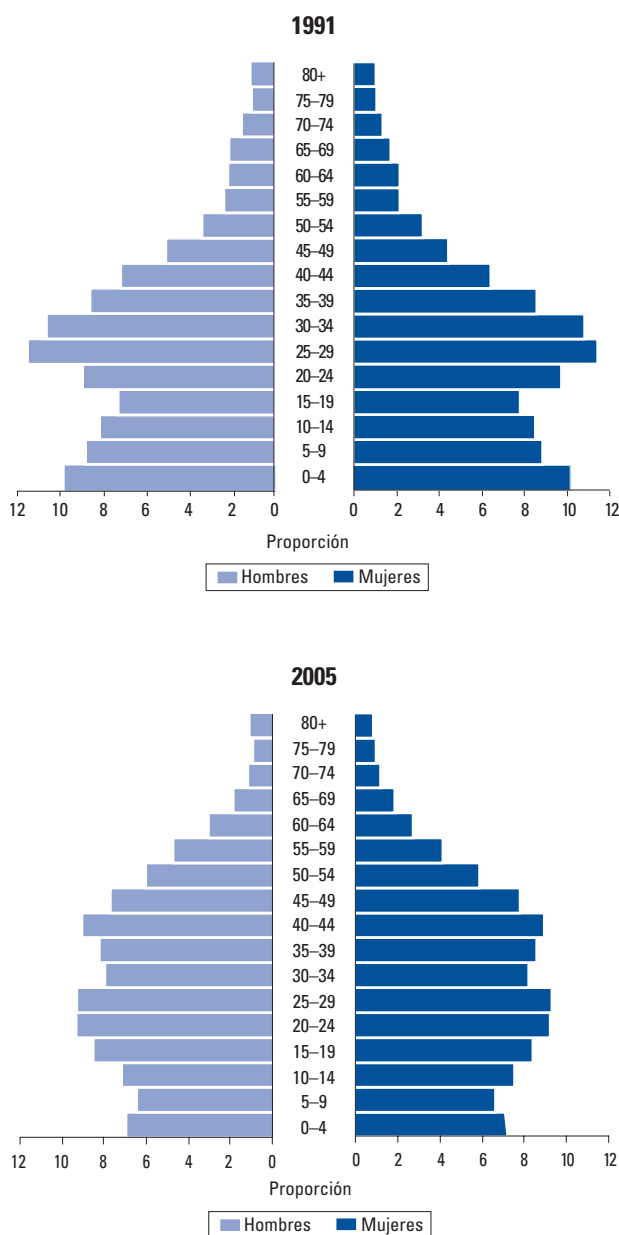
La población de las Islas Vírgenes Británicas está sumamente concentrada en el grupo en edad de trabajar (de 45 a 64 años de edad); menos de la mitad de las familias tenían niños y solamente 14% tenían una persona anciana. En 2002, la población se estimó en 20.987 habitantes y las personas menores de 15 años representaron 24,9%. Las personas de 15 a 44 y de 45 a 64 años de edad representaron 47,6% y 22,4% de la población en general, respectivamente, en tanto que las de 65 años y más representaron 5,1% de la población. En 2004, la población total fue de 21.689 habitantes (11.152 hombres y 10.537 mujeres).

El crecimiento demográfico fue más acentuado en el grupo de 45 a 64 años de edad, que llegó casi a duplicarse entre 1991 y 2004. Este es el grupo de la población con más posibilidades de registrar la mayor incidencia de enfermedades transmisibles en estadio inicial y de beneficiarse de actividades de prevención secundaria (y, hasta cierto punto, primaria). En la figura 1 puede observarse claramente el envejecimiento de la población entre 1991 y 2005.

Las Islas Vírgenes Británicas dependen mucho de la mano de obra migratoria y este grupo influye en la distribución de la población. En 2004, los inmigrantes representaron más de 50% de la población (11.269). La mano de obra migratoria contribuye al aumento del grupo de 19 a 45 años de edad en la pirámide de población del país. El empleo por nacionalidad se desglosa en personas naturales (44%), inmigrantes de otros países del Caribe (43%) y otros extranjeros (13%). Un poco menos de 30% del empleo total es proporcionado por el gobierno y gran parte del resto, por empresas privadas; solo 13% de los trabajadores son autónomos. Los extranjeros dominan el sector privado (70% de los empleados) aunque también ocupan una tercera parte de todos los cargos públicos, y es más probable que realicen trabajos que exigen menores calificaciones. En particular, llenan las filas de empleados de hoteles, la industria de la construcción, el comercio y los servicios domésticos (más de 60%).

La esperanza de vida al nacer se mantuvo en 75,1 años en 2001 y 2002 y en 73,8 años en 2003 y 2004. La esperanza de vida al nacer de los hombres fue de 73,2 en 2001, 76,6 en 2002, 78,9 en 2003 y 69,9 en 2004. La de las mujeres fue de 77,7 en 2001, 75,9 en 2002, 75,9 en 2003 y 78,5 en 2004.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Islas Vírgenes Británicas, 1991 y 2005.



La tasa bruta de natalidad en 2003 fue de 12,6 nacimientos por 1.000 habitantes y aumentó a 14,7 en 2004. El total de nacimientos aumentó de 267 en 2003 a 318 en 2004, cifra que representa un aumento de 18%. En promedio, la tasa total de fecundidad fue de 1,5 niños por mujer en 2003 y de 1,4 en 2004.

Las enfermedades crónicas fueron la principal causa de morbilidad y mortalidad. Las principales causas de muerte y hospitalización fueron el cáncer, las enfermedades hipertensivas, la diabetes, los accidentes cerebrovasculares y la arteriopatía coro-

naria. En 2004, 23 pacientes fueron hospitalizados por diabetes y 15 por hipertensión. Aumentó el uso de diálisis y el principal factor contribuyente a la insuficiencia renal fue la diabetes. Las úlceras diabéticas de las piernas y los trastornos del pie diabético también fueron motivo de preocupación. Las lesiones accidentales, incluso el ahogamiento, y los trastornos mentales fueron las otras dos causas principales de morbilidad y mortalidad. La diabetes, la hipertensión, la artritis y las enfermedades mentales estuvieron entre las principales causas de consulta en los dispensarios de salud en el período 2001–2004.

Se registraron 422 defunciones entre 2001 y 2004. El número total de defunciones anuales varió de 101 en 2001 a 120 en 2004, lo que representa tasas brutas de defunción de 4,9 a 5,3 por 1.000 habitantes en ese período. No se registraron defunciones maternas durante el período de notificación. Las cinco causas principales de muerte en este período fueron los trastornos hipertensivos, las neoplasias malignas, el ahogamiento, la arteriopatía coronaria y la embolia pulmonar. En el período 2003–2005, las neoplasias malignas ocuparon el primer lugar, seguidas de las enfermedades hipertensivas. Las causas específicas dentro de las cinco causas generales incluyeron la enfermedad isquémica del corazón, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares y el ahogamiento y sumersión accidentales. En 2003, las principales causas de muerte en los hombres fueron las neoplasias malignas (17), las enfermedades hipertensivas (10), el ahogamiento y la sumersión (6), la enfermedad isquémica del corazón (6) y la enfermedad alcohólica del hígado (2). Las principales causas de muerte en las mujeres fueron las neoplasias malignas (6), la enfermedad hipertensiva (11), el ahogamiento y la sumersión (1), la enfermedad alcohólica del hígado (2) y la diabetes mellitus (2).

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En 2001, este grupo de edad representaba 8,5% de la población (20.647); en 2004 representaba 8,1% (21.689). En 2004, la cobertura del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) fue la siguiente: BCG (100%), VPO (90,97%); DPT (90,61%); sarampión y SRP (100%). En el período 2001–2005, el plan del programa nacional de inmunización incluyó las vacunas BCG, DPT, HepB, Hib, VPO y SRP. El programa dio cobertura a más de 90% de los niños con todas las vacunaciones recomendadas durante los 12 primeros meses de vida.

En el período 2001–2005 se registraron 23 defunciones perinatales (6 en 2001 y 6 en 2002, 1 en 2003 y 5 por año en 2004 y 2005), 3 defunciones neonatales y 4 defunciones de lactantes. Las causas de defunción relacionadas con el trabajo de parto y el parto incluyeron complicaciones de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; asfixia neonatal; y aspiración neonatal de meconio. Se registraron 23 defunciones prenatales en el período y las principales causas de muerte incluyeron la enfermedad hipertensiva durante el embarazo, el desprendimiento prematuro

de la placenta y la infección intrauterina (7 defunciones, 30%), las causas atribuibles a problemas en el período prenatal (8, 35%) y las anomalías genéticas y de otra índole (8, 35%).

Los diagnósticos de egreso más importantes en 2001 fueron la circuncisión programada (53), el asma (20), la ictericia neonatal (11), la neumonía (11), la gastroenteritis (9), la infección vírica (7) y las causas externas (5).

En el período 2001–2005 se registraron 1.477 nacidos vivos. En 2004 hubo 316 nacidos vivos, de los cuales 22 (7,0%) tuvieron bajo peso al nacer; ese mismo año se registraron tres nacidos muertos. En 2005 se registraron 282 nacidos vivos y seis muertos; de los nacidos vivos, 18 (6,4%) fueron niños con bajo peso al nacer.

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2001, los niños de este grupo de edad representaron 9,0% de la población. No se registraron defunciones en este grupo de edad. Se registraron 58 egresos hospitalarios, de los cuales los diagnósticos de egreso más importantes fueron el asma (18), la circuncisión programada (14), las fracturas del antebrazo (6) y la gastroenteritis (5).

Salud de los adolescentes (10 a 14 años)

Los adolescentes de este grupo de edad representaron 8,6% de la población en 2001 (20.647). No se registraron defunciones en este grupo de edad. Se registraron 43 egresos hospitalarios, de los cuales los diagnósticos de egreso más importantes fueron el asma (9), la enfermedad drepanocítica (8), las infecciones víricas (6), la circuncisión programada (4), la apendicitis (4) y la bronconeumonía (4). Hubo dos partos de madres de 14 años. Todos los niños que ingresan a la escuela secundaria reciben un examen físico completo.

Salud de los adultos jóvenes (15 a 24 años)

Este grupo de edad representó 14,5% de la población en 2001. Se registraron dos defunciones en este grupo de edad en ese año: una por neumonía y otra por causas externas. Se registraron 57 egresos hospitalarios; los diagnósticos de egreso más importantes fueron el aborto no especificado (15), las infecciones víricas (5), los trastornos mentales y del comportamiento por uso de alcohol (5), la apendicitis (5), el asma aguda y la neumonía (3) y los accidentes de vehículos de motor (3).

Las embarazadas acuden a los dispensarios de atención prenatal hasta las 32 semanas de embarazo, después de lo cual se las remite al Hospital Peebles, donde, por lo general, se atiende el parto. Un gran número de mujeres viaja a los Estados Unidos para dar a luz, aunque la cifra varía mucho de un año a otro. Se registraron 25 partos en el grupo de 15 a 19 años de edad.

Hay un activo programa de planificación familiar que es parte de los servicios de salud comunitarios. Entre los métodos de pla-

nificación familiar disponibles están los condones, los anticonceptivos orales, los anticonceptivos inyectables y los dispositivos intrauterinos. En 2006 se abolió gradualmente el uso de diafragmas y espumas y jaleas anticonceptivas debido a la reducción de su uso y a la mayor promoción del uso de condones. Se ofrece la prueba de frotis de Papanicolaou como parte del programa de salud de la familia de los Servicios de Salud Comunitarios.

Salud de los adultos (25 a 64 años)

En 2001, el grupo de 25 a 64 años representaba 4,4% (20.647) de la población; en ese año se registraron 33 defunciones en este grupo de edad. Las principales causas de mortalidad en 2001 fueron las enfermedades hipertensivas (6), las neoplasias malignas (4), el ahogamiento y la sumersión (6), la enfermedad isquémica del corazón (3), las lesiones externas (4) y la insuficiencia renal (1). Hubo 325 egresos hospitalarios en este grupo de edad en 2001; los diagnósticos de egreso más importantes fueron el aborto no especificado (31), la trombosis venosa profunda (27), las neoplasias malignas (24), la enfermedad drepanocítica (22) y el leiomioma uterino (21). En 2001 se registraron dos defunciones por sida en este grupo de edad.

Salud de los adultos mayores (65 años y más)

Los adultos de 65 años y más representaron 4,9% de la población en 2001. Se registraron 53 defunciones en este grupo de edad. Las principales causas de mortalidad fueron las neoplasias malignas, sobre todo de la próstata, el cuello uterino, las vías gastrointestinales y los pulmones (16); la enfermedad hipertensiva (15); la enfermedad isquémica del corazón (3); la diabetes (3); los accidentes cerebrovasculares (3) y la neumonía (2). Se registraron 97 egresos hospitalarios en este grupo de edad en 2001, de los cuales los diagnósticos principales fueron las neoplasias malignas (17), la insuficiencia cardíaca congestiva (15), las cataratas (12), la diabetes (10) y la hipertensión (22).

Salud de la familia

Más de la mitad de la población adulta está formada por inmigrantes, sobre todo de otros países del Caribe; la mitad de ellos han residido en las Islas Vírgenes Británicas por lo menos durante 10 años.

Uno de cada cinco hogares es "mixto", en el cual por lo menos un adulto es natural del territorio y otro proviene de otro país; esta situación es doblemente más acentuada que en 1991, lo que implica que la integración de los residentes extranjeros en las familias va en aumento. Una tercera parte de las familias está compuesta exclusivamente por ciudadanos de las Islas Vírgenes Británicas y el resto (46%) está compuesto exclusivamente por extranjeros. El tamaño de la familia se ha mantenido casi invariable, con 2,9 personas por familia en promedio desde 1991. La mitad de las familias de las Islas Vírgenes Británicas tienen uno

o dos miembros y solo 16% tienen cinco o más. Las familias mixtas tienden a ser más grandes que las formadas exclusivamente por ciudadanos de las Islas Vírgenes Británicas o las familias exclusivamente extranjeras. Una de ocho familias está encabezada por un solo padre; una de siete tiene una persona anciana; menos de la mitad tienen niños, y 50% de ellos no cuentan con la presencia de un hombre adulto.

Salud de las personas con discapacidad

Según la Unidad de Planificación del Desarrollo, 4,4% de la población de las Islas Vírgenes Británicas tiene alguna forma de discapacidad: retraso mental (4,6%), casos notificados de retraso mental e impedimentos visuales (12,6%), auditivos (3,1%) y del habla (2,9%). Un poco más de 59% de las personas discapacitadas son mujeres, 80% de ellas tienen un grado de escolaridad primario o inferior y 24% están empleadas en el mercado formal. El Centro Pediátrico Esylen Henley Richard es el principal establecimiento proveedor de atención a los niños con necesidades especiales. Un grupo voluntario, The Friends of Esylen Henley Richard, proporciona fondos para comidas y ayuda a hacer los arreglos para la atención médica. En 1982 se estableció un programa de rehabilitación profesional llamado BVI Services, para ayudar a los adultos discapacitados a reincorporarse a la sociedad por medio de terapia ocupacional y adiestramiento. El sistema de seguro social paga prestaciones de invalidez a personas aseguradas con una discapacidad permanente que les impide trabajar, o a beneficiarias de prestaciones por enfermedad por un mínimo de 26 semanas y a quienes se les ha expedido un certificado médico de que pueden seguir discapacitadas. Las prestaciones dependen de un número mínimo de aportes al programa.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

El **dengue** es la enfermedad transmitida por vectores de mayor preocupación en el territorio. En 2004 no se notificaron casos de dengue ni de dengue hemorrágico al Ministerio de Salud; en 2005 hubo un caso de dengue hemorrágico. El índice de infestación de viviendas por mosquitos *Aedes aegypti* osciló entre 1,2 y 3,2 y entre 1,7 y 1,8 en 2003. En 2004, ese índice se situó entre 0,77 y 1,5. No se registraron casos de **malaria** ni de **fiebre amarilla** en el período 2001–2005.

Enfermedades inmunoprevenibles

No hubo casos confirmados de **poliomielitis**, **difteria**, **rubéola**, **sarampión**, **parotiditis** ni **tétanos neonatal** en el período 2001–2005. Tampoco hubo casos confirmados de **meningitis por *Haemophilus influenzae*** durante el período. El Programa

Ampliado de Inmunización (PAI) del país es parte integral del Programa de Salud de la Familia. Con arreglo a este programa, los niños menores de 1 año reciben las vacunas BCG, HepB, DPT, Hib y VPO. Los niños de 1 año reciben la vacuna SRP, DPT y VPO; se administran refuerzos según el plan de inmunización hasta los 11 años de edad.

Infecciones respiratorias agudas

En el período 2001–2004, las infecciones respiratorias agudas representaron una importante proporción de las enfermedades transmisibles notificadas al Ministerio de Salud. En 2001 se registraron 308 casos de infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años, frente a 179 en 2004. Los casos de **influenza** notificados oscilaron entre 1.283 en 2001 y 120 en 2004. En 2002 hubo un caso de **tuberculosis** confirmado en una persona con antecedentes de una visita prolongada a Guyana, a la que se le administró tratamiento completo. En 2004 se confirmaron dos casos, ambos en residentes que pasaron solamente parte del año en el país. En ambos casos, los pacientes tomaron el tratamiento completo. No se notificaron casos en 2003 ni 2005.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

El primer caso de sida se notificó en 1985 y a finales de 2005 se habían notificado 62 casos de la infección por el VIH (33 hombres y 29 mujeres). De ellos, 21 hombres y 14 mujeres fallecieron. En 2005, 27 personas tenían la infección por el VIH/sida y recibían tratamiento antirretroviral; 9 eran casos de infección por el VIH (4 hombres y 5 mujeres) y 18 eran pacientes de sida (8 hombres y 10 mujeres). De los pacientes que recibieron tratamiento antirretroviral, 10 recibieron atención en el extranjero. La forma predominante de transmisión fue el contacto heterosexual (43), seguido del contacto homosexual (5), la transmisión sanguínea (2), la transmisión materno-infantil (1) y sin notificación (11). La distribución por edad de las personas infectadas por el VIH/sida es la siguiente: en el grupo de 25 a 35 años, 9 casos, en el de 35 a 65 años, 15 casos y en el de 65 años y más, 3 casos.

Zoonosis

No se registraron casos de enfermedades zoonóticas en el período 2001–2005.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades cardiovasculares

En 2001 se registraron 126 egresos hospitalarios, de los cuales las enfermedades cardiovasculares fueron la causa de 21 (16,7%); hubo 12 defunciones debidas a **enfermedades cardiovasculares**. La enfermedad **isquémica del corazón** fue el principal factor contribuyente, con ocho defunciones, y la **enfermedad hipertensiva del corazón** y la **cardiomiopatía** fueron la causa de

dos defunciones en cada caso. En 2004, 15 de 84 defunciones se atribuyeron a enfermedad cardiovascular; los principales factores contribuyentes fueron la enfermedad isquémica del corazón (8 defunciones), la cardiomiopatía (4) y la enfermedad hipertensiva del corazón (3).

Neoplasias malignas

En 2001 se registraron 126 egresos hospitalarios, de los cuales las neoplasias malignas fueron la causa de 41 (32,5%). Ese mismo año se notificaron 97 defunciones, de las cuales 20 (20,6%) se debieron a este tipo de enfermedad. El cáncer de la próstata fue la causa de 6 defunciones, seguido del cáncer gastrointestinal (3), el cáncer de pulmón (2) y el cáncer genital femenino (2). En 2004 se registraron 84 defunciones, de las cuales 28 (33,3%) fueron por neoplasias malignas y de estas, 5 se debieron a cáncer de próstata, 13 a cáncer gastrointestinal, 3 a cáncer de mama y 1 a cáncer genital femenino.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud mental y adicciones

En 2004 se registraron 69 hospitalizaciones de casos psiquiátricos en el Hospital Peebles (47 hombres y 22 mujeres) y 102 nuevos casos psiquiátricos en la División de Salud Mental del Ministerio de Salud. El número de casos activos a fines de 2004 era de 500. La División de Salud Mental proporciona servicios de evaluación psicométrica, psicoterapia y gestión del Equipo de Intervención en Crisis.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Escuelas Secundarias realizada en 2002, 97% (960) de los 991 entrevistados asistían a escuelas públicas; el resto estaba matriculado en escuelas privadas. Hubo una mayor proporción de estudiantes del sexo femenino (55,8%) entre los entrevistados. En el estudio se observó que uno de cada seis estudiantes (18,3%) había fumado cigarrillos durante su vida, uno de cada 26 (3,9%) lo había hecho en los 12 meses anteriores a la encuesta y solamente 1,3% lo había hecho en el mes anterior a la misma. El alcohol ocupó el lugar más alto entre las diversas clases de drogas objeto de la encuesta: 6 de cada 10 estudiantes (61,6%) declararon que habían tomado alcohol en su vida, casi uno de tres (38,1%) declaró que había consumido alcohol en el año precedente y cerca de uno de cinco (21%) expresó que había consumido alcohol en el mes anterior a la encuesta. La marihuana fue, con mucho, la sustancia ilícita de empleo más frecuente (incluso en la forma inhalada). El uso de cocaína y cocaína crack durante toda la vida fue muy bajo en general (notificado solo por ocho estudiantes) y exclusivamente por los hombres. Los estudiantes también declararon un uso mínimo de tranquilizantes o estimulantes durante su vida.

Violencia y otras causas externas

El número de delitos violentos ascendió a un promedio de dos homicidios, seis intentos de homicidio y cinco casos notificados de violación al año durante el período 2001–2005. En ese mismo período, hubo 6.179 accidentes de tránsito terrestre, 14 de ellos fueron mortales y 975 ocasionaron heridos.

Salud oral

La Unidad de Servicios Dentales, que forma parte de los Servicios de Salud Comunitarios, vigila la fluoruración en las escuelas primarias, y presta servicios de salud dental a la población en general. Entre 2001 y 2004, el número de extracciones anuales osciló entre 257 y 303 y el número de restauraciones, entre 1.213 y 1.469. En 2004 hubo 1.383 obturaciones y 257 extracciones dentales, cifras que arrojaron una razón de 5 dientes obturados por cada diente extraído. Hay dos odontólogos del servicio público con sede en Tórtola que prestan servicios dentales una vez a la semana en Virgen Gorda y una vez al mes en Anegada.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social tiene la responsabilidad de ejecutar la política nacional de salud del gobierno, establecida en la Ley de Salud Pública, Capítulo 194. En 2005, con la promulgación de la Ley de Servicios de Salud de las Islas Vírgenes Británicas, se estableció la Autoridad de Servicios de Salud del país. Como resultado, la función del Ministerio cambiaría de proveedor a comprador de servicios. Según la dirección general en materia de política del Ministerio, la Junta de Servicios de Salud rinde cuentas al Ministerio en lo que respecta a la prestación de servicios de salud.

De conformidad con la Ley de Salud Pública de 1976, que proporciona el marco legal para la protección y promoción de la salud de la población, los servicios de salud pública se prestan gratuitamente en el lugar de atención a ciertos grupos, incluso a los estudiantes que asisten a las escuelas a tiempo completo, las madres lactantes, los ancianos, los enfermos mentales, los indigentes, los trabajadores de salud, los bomberos, la policía, los presos y los oficiales carcelarios. Dadas las bajas tarifas cobradas a los usuarios y el deficiente sistema de recaudación de tarifas, el sistema de salud casi no genera ingresos y el gobierno se ve forzado a subvencionarlo en gran medida. En 2006, el gobierno comenzó a explorar el diseño de un plan nacional de seguro de enfermedad para mejorar la corriente de ingresos al sistema. Las prioridades de salud del gobierno según se indica en el programa de trabajo legislativo para 2003-2007 son las siguientes: mejorar los servicios de atención de salud y los servicios sociales con garantía de acceso a los servicios de salud para cada ciudadano en todas las islas; llegar a todas las personas expuestas a riesgo; me-

jorar el acceso a la atención de salud con la terminación del anexo del hospital, trabajar hacia la terminación del nuevo hospital, instalar a la junta de administración del hospital, mejorar los consultorios y explorar las posibilidades de adiestrar y atraer a más médicos y enfermeras locales, y hacer frente a los desafíos sociales mediante la exploración de la posibilidad de establecer un plan nacional de pensiones transportables, la creación de un plan nacional de seguro de enfermedad y el fortalecimiento de las prestaciones de desempleo.

El marco legislativo para la gestión ambiental se revisó en 2001–2005. La Ordenanza sobre Vehículos Abandonados de 2000 regula y autoriza el retiro de los vehículos abandonados de las vías o lugares públicos y fija un plan de multas para el manejo de esos vehículos; la Ley sobre Marina Mercante (2001) controla la contaminación causada por los derrames de petróleo; la Ley sobre Mataderos (2001) tiene por fin regular el establecimiento y control de los mataderos y otros lugares públicos de sacrificio de animales, y el Código Laboral de 2001, en su versión preliminar, tiene por fin permitir que los inspectores laborales obren en casos de amenaza para la seguridad y la salud de la población. El marco regulador del territorio en materia de inocuidad de los alimentos necesita fortalecerse con objeto de incluir disposiciones para establecer normas, ejercer funciones de vigilancia e incorporar criterios actualizados para promover la inocuidad de los alimentos.

Organización del sistema de salud

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social tiene la responsabilidad de prestar servicios de salud y servicios sociales, así como de vigilar y regular a los proveedores de atención de salud. La Secretaría Permanente se encarga de la administración del Ministerio y también presta apoyo al Ministro en su función de aplicación de políticas. El Director de Servicios de Salud es el principal asesor técnico en materia de salud.

El territorio tiene un dinámico sector de atención de salud privado en expansión, que se encarga de la atención a pacientes internados y ambulatorios. Los establecimientos privados de atención de salud incluyen el consultorio Bougainvillea, que se especializa en cirugía plástica, cuatro consultorios privados de atención dental, siete consultorios privados de atención médica y nueve consultorios de médicos particulares. Se estima que cerca de 50% de las consultas médicas locales se realizan en el sector privado. Muchos residentes buscan atención fuera de las islas, principalmente en las Islas Vírgenes Estadounidenses o en Puerto Rico, ya sea por elección o porque necesitan atención especializada de la que no se dispone localmente. Los residentes de las Islas Vírgenes Británicas también tienen acceso a atención especializada en el Reino Unido, la cual se coordina por medio de la División Internacional del Departamento de Salud del Reino Unido.

Servicios de salud pública

Los servicios de atención primaria en el sector público se ofrecen en 10 dispensarios y dos puestos de salud, a saber, el Centro de Salud de Road Town y otros siete 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 remisión a los dispensarios distritales. El dispensario de The Valley, en Virgen Gorda, tiene dos médicos que, además, prestan apoyo a la enfermera residente en el dispensario de North Sound. El dispensario de Jost Van Dyke tiene una enfermera de atención directa y el de Anegada, una enfermera de salud pública; ambos reciben visitas regulares de un médico. Los dispensarios de Tórtola y Virgen Gorda tienen suficiente personal y funcionan bien; en los demás es insuficiente la dotación de personal.

La población receptora fluctúa, según la llegada de turistas y residentes temporales, como viajeros alojados en yates, que pueden buscar atención por medio de los servicios de salud pública. Los dispensarios distritales ofrecen toda una gama de servicios de atención de salud infantil, entre ellos, vigilancia nutricional y del crecimiento, evaluación del desarrollo, tratamiento de enfermedades comunes, orientación, salud escolar y exámenes de detección de anemia, incluso de anemia drepanocítica. Los dispensarios distritales también ofrecen otra gama de servicios, tales como sesiones de atención de salud materno-infantil, sesiones especiales de atención de enfermedades crónicas, tratamiento de enfermedades comunes, orientación nutricional y servicios de salud escolar. En 2000 se inició un programa de examen voluntario de detección de cáncer de la próstata, que sigue en funcionamiento. En 2002 se estableció un Programa de Farmacia de Salud Comunitaria, por medio del cual se asigna un farmacéutico especializado en salud comunitaria al dispensario de Road Town y también presta servicios en Virgen Gorda y en East End y West End en Tórtola. La División de Salud Ambiental del Ministerio de Salud se encarga de la higiene de los alimentos, el control de vectores, la vigilancia de la calidad del agua, la higiene de las instituciones y la investigación de quejas, como problemas relacionados con pozos sépticos, infestaciones por roedores y vehículos abandonados.

Los dos instrumentos principales relacionados con la evacuación de aguas residuales en el territorio son la Ordenanza de Salud Pública y la Reglamentación de Salud Pública (centrada en las perturbaciones para el medio ambiente). Ambos necesitan enmiendas para poder reglamentar el uso de depósitos de aguas residuales en los yates y la descarga de efluentes de aguas residuales de barcos y yates. El Departamento de Agua y Alcantarillado tiene la responsabilidad de prestar servicios públicos de alcantarillado en las Islas Vírgenes Británicas. En la actualidad, hay un sistema de alcantarillado en Road Town, con recolección y bombeo de aguas residuales por medio de un emisario localizado en Tórtola. Cane Garden Bay, en el extremo occidental de Tórtola, también tiene a su servicio dos sistemas de alcantarillado que in-

cluyen una planta de tratamiento secundario de aguas residuales. Además, algunos hoteles tienen plantas de tratamiento de aguas residuales que producen agua para el riego de jardines. La mayor parte del resto del territorio depende de pozos sépticos individuales y de sistemas de pozos de absorción. La filtración deficiente del suelo ha causado problemas de evacuación de aguas residuales en la comunidad de East End/Long Look en Tórtola; en esa zona se construye actualmente un sistema de recolección y tratamiento de aguas residuales.

La División de Salud Ambiental administra un programa de vigilancia de la calidad del agua y de higiene institucional destinado a proteger a los residentes y turistas contra brotes de enfermedades transmitidas por el agua y asegurar que las instituciones públicas cumplan con las normas básicas de saneamiento. La inspección de escuelas y de sistemas de abastecimiento de agua es un importante elemento del programa. En 2003 se tomaron 105 muestras para análisis; 25 de ellas estaban contaminadas y posteriormente fueron tratadas con cloro.

El programa de control de vectores se centra en las enfermedades transmitidas por mosquitos en las Islas Vírgenes Británicas. Entre los resultados se destacan la mejora de la calidad del trabajo y la reducción del índice vigente de infestación de viviendas. Se logró la meta de reducir la incidencia de enfermedades transmitidas por mosquitos. Otras actividades incluyeron la realización de sesiones de adiestramiento para los trabajadores, el suministro de equipo protector a los trabajadores y la fumigación de zonas con un índice de infestación de viviendas superior a 2%.

El programa de inocuidad de los alimentos puesto en marcha por la División de Salud Ambiental realiza inspecciones regulares de centros de producción y distribución de alimentos. Se realizaron sesiones prácticas para las personas encargadas de manejar los alimentos en Road Town, Virgen Gorda, Jost Van Dyke y Anegada, que incluyeron conferencias sobre el uso de materiales del programa "ServSafe" y el método de análisis de peligros y de puntos críticos de control. Algunas de las sesiones se celebraron en los principales expendios de alimentos.

La Unidad de Nutrición Comunitaria y la Unidad de Dietética del Hospital prestan juntas servicios nutricionales y dietéticos. En la comunidad, el programa es administrado por un nutricionista con sede en el dispensario de salud pública de Road Town, que también presta servicios programados a los dispensarios de Anegada, Capoon's Bay, East End, Jost Van Dyke, Long Look y Virgen Gorda. Los servicios incluyen consultas de nutrición para personas que necesitan un tratamiento dietético normal y terapéutico, vigilancia de la nutrición y exámenes de nutrición en los grupos vulnerables (por ejemplo, los niños de 0 a 5 años y los ancianos) para ayudar en la planificación de programas y la investigación. La Unidad también participa en la creación y ejecución de programas de educación nutricional para promover un modo de vida saludable y proyectos de nutrición con el fin de ayudar en

La fuerza laboral migratoria de las Islas Vírgenes Británicas

Los inmigrantes que buscan trabajo constituyen más de la mitad de la población de las Islas Vírgenes Británicas; muchos de ellos permanecen durante años, y aun durante decenios. Las Islas Vírgenes Británicas dependen en gran medida de esta fuerza laboral migratoria. Los extranjeros dominan el sector privado y ocupan cerca de la tercera parte de los empleos del gobierno. Tienden a trabajar en las ocupaciones que exigen menos calificaciones, principalmente como empleados en hoteles, la construcción, el comercio y el servicio doméstico. Estos trabajadores contribuyen al aumento de la población de 19 a 45 años de edad, por lo que el sistema de salud debe abordar tanto los problemas de la población inmigrante joven como los de la población más vieja de las Islas Vírgenes Británicas.

la lucha para reducir la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

La Unidad de Nutrición Comunitaria trabaja con enfermeras especializadas en salud pública; unidades de salud escolar, promoción de la salud, salud ambiental y salud mental y con el Departamento de Desarrollo Social y Educación. El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, con sede en Jamaica, presta cooperación técnica invaluable para complementar los programas nacionales de nutrición.

La misión del Departamento de Gestión de Desastres es reducir la pérdida de vidas y de propiedades por causa de los desastres, con garantía de medidas adecuadas de preparación y mitigación, y establecimiento de mecanismos de respuesta y recuperación para contrarrestar el impacto de los peligros naturales y tecnológicos. Se creó un puesto para un coordinador de desastres en materia de salud en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social en 2003, con el fin de coordinar las actividades de mitigación de desastres en materia de salud. El Departamento funciona en virtud de la Ley sobre Gestión de Desastres de 2003.

Servicios de atención a las personas

Las Islas Vírgenes Británicas cuentan con el Hospital Peebles (hospital público con 44 camas) y el dispensario Bougainvillea (hospital privado con ocho camas), ambos localizados en Road Town. El Hospital Peebles ofrece servicios especializados a pacientes internos en los campos de obstetricia y ginecología, medicina interna, pediatría, cirugía general, oftalmología y psiquiatría y da empleo a 11 especialistas médicos y a nueve médicos generales. El dispensario Bougainvillea ofrece sobre todo atención médica general, atención primaria y servicios quirúrgicos.

La planta física del Hospital Peebles está actualmente en remodelación. El comienzo de la construcción de un hospital de 120 camas se programó para finales de 2006. En 2006 terminó la construcción de una edificación anexa donde se aloja un departamento remodelado de atención de accidentes y urgencias, servicios de imaginología, laboratorios de diagnóstico médico, la

unidad de diálisis y locales de oficinas. Este anexo es un establecimiento de transición para aliviar la estrechez de los servicios en el hospital actualmente en actividad.

El número de pacientes internados en el Hospital Peebles durante 2001–2005 fue de 10.746 y el promedio de cada estadía en todos los pabellones fue de 5,8 días; la tasa de ocupación de camas fue de 52,2%. El número de pacientes internados en el período osciló entre 2.200 en 2001 y 2.131 en 2005. Las tasas de ocupación de camas aumentaron de 61% en 2001 a 63% en 2004. En 2005, la tasa de ocupación fue de 72%. El número total de días de hospitalización también aumentó de manera sostenida, de 9.865 en 2001 a 11.540 en 2005.

Se registraron 23 evacuaciones de casos médicos de emergencia en la isla en 2005, un número menor en comparación con 26 en 2004, con afecciones que variaron entre atención del parto y accidentes de tránsito terrestre. Los casos que podían ser atendidos por la enfermera se clasificaron para prestarles la debida atención en el dispensario. El servicio del banco nacional de sangre está localizado en el laboratorio de diagnóstico médico del Hospital Peebles. El laboratorio sigue las Normas Regionales para el Caribe para bancos de sangre. El número de donaciones de sangre en 2004 fue de 343 y de 318 en 2003. La sangre de todas las transfusiones se examina para detección del VIH, el virus de la hepatitis B y sífilis. Todas las donaciones son voluntarias y sin ningún tipo de remuneración.

Existen programas destinados a mejorar el manejo de las enfermedades transmisibles y no transmisibles por medio de los Servicios de Salud Comunitarios y del Hospital Peebles. Se realizan sesiones de atención de la hipertensión y la diabetes en los dispensarios de Road Town, Iris Smith-Penn (East End) y Capoon's Bay en Tórtola y en los dispensarios de North Sound e Iris O'Neal en Virgen Gorda.

La unidad de diálisis se modernizó con ocho estaciones en 2005; en la actualidad hay 19 personas que reciben diálisis. También se dispone de servicios de patología y servicios de diagnóstico radiológico, incluso de rayos X, ultrasonido y mamografía en el sector público. Se ofrecen servicios de tomografía axial com-

putadorizada en el sector privado; los pacientes que necesitan someterse a la prueba de resonancia magnética deben viajar a Puerto Rico o a las Islas Vírgenes Estadounidenses. Los pacientes que necesitan atención terciaria se remiten a Puerto Rico, Jamaica, Barbados, los Estados Unidos y el Reino Unido.

La División de Salud Mental es la principal entidad proveedora de servicios de salud mental en las Islas Vírgenes Británicas. La oficina central está localizada en Road Town y presta atención ambulatoria de salud mental por medio de sus servicios psiquiátricos de extensión. Recibe los casos remitidos de una amplia gama de entidades y del público en general.

La incorporación de nuevos valores y creencias llevó a la redefinición de la Unidad de Salud Mental como un servicio coordinado que cubre a todos los pacientes psiquiátricos, incluso los que tienen problemas de abuso de sustancias. La misión de la Unidad es proporcionar una amplia gama de servicios para prestar asistencia a la población en el logro de su máximo potencial y un óptimo nivel de bienestar mental. El sistema empleado en el servicio de salud mental del territorio se centra en el tratamiento de las personas en sus comunidades, que comprende vigilancia y administración de medicamentos, prestación de servicios de orientación familiar y promoción del autocuidado. Los servicios de salud mental son dirigidos por un psiquiatra que también administra la atención de los pacientes con trastornos mentales internados en el Hospital Peebles. El equipo de salud mental incluye un psicólogo clínico, un psicólogo escolar, tres oficiales de salud mental y tres asistentes de hospital. El equipo de salud mental visita el hospital, las prisiones y las casas geriátricas, según sea necesario. Los oficiales de salud mental también viajan regularmente a los dispensarios situados en otros sitios de Tórtola, Virgen Gorda, Jost Van Dyke y Anegada. Los pacientes psiquiátricos se internan en el Pabellón de Atención Médica del Hospital Peebles. Hay solamente dos salas con cierre de seguridad en el pabellón médico y los pacientes que no perturban el bienestar de los demás se internan en el pabellón médico general.

Promoción de la salud

La División de Educación Sanitaria se reorganizó en 2003 para convertirla en la Unidad de Promoción de la Salud. Presta servicios de liderazgo y dirección estratégica para el establecimiento, la coordinación y la integración de programas de promoción de la salud destinados a mejorar la salud y la calidad de vida de la población de las Islas Vírgenes Británicas. La Unidad ofrece programas que se concentran en la promoción de la salud y el bienestar físico y también recalca la modificación del comportamiento y los cambios del modo de vida, concentrándose en grupos vulnerables como los niños de la escuela primaria y secundaria, los adultos jóvenes y los grupos comunitarios.

El principal objetivo de los Servicios de Salud Dental es proporcionar óptima atención dental durante toda la vida a todos los

ciudadanos de las Islas Vírgenes Británicas, con el suministro y mantenimiento de servicios dirigidos hacia la limitación y prevención de la incidencia, el avance y la recidiva de enfermedad dental. Entre las estrategias de prevención está un programa escolar de administración de enjuague de fluoruro a los niños de 3 a 13 años de edad semanalmente. Los maestros de escuela realizan el programa y un higienista dental de la División Dental presta servicios de vigilancia periódica. En 2004 se inició un programa para proporcionar a cada niño de jardines infantiles y de escuelas primarias un cepillo de dientes durante cada período lectivo; el programa terminó por falta de fondos. También se facilita crema dental con fluoruro a las escuelas. Los escolares son examinados regularmente durante las visitas periódicas del higienista dental a unas 20 escuelas públicas y primarias con fines de detección de caries dentales y otras anomalías bucodentales y remitirlos para tratamiento cuando sea necesario. El higienista dental instruye a los niños sobre la higiene bucal, el cuidado en la casa, la alimentación, la nutrición y las técnicas de cepillado, la buena salud dental y la aparición, el avance y la prevención de la caries dental.

Recursos humanos

En diciembre de 2005 había 45 médicos en ejercicio en las Islas Vírgenes Británicas. De ellos, 29 trabajan en el sector público. A finales de 2005 había seis dentistas inscritos en ejercicio, dos en el sector público y cuatro en el sector privado. Los médicos y dentistas reciben su matrícula del Consejo Médico y Dental de las Islas Vírgenes Británicas.

Hay 121 enfermeras registradas que trabajan en el sector público; 24 de ellas trabajan en los Servicios de Salud Comunitarios y 97 en el Hospital Peebles. No hay facultad de enfermería en el país, de manera que las enfermeras en general se adiestran en otras islas del Caribe, las Islas Vírgenes Estadounidenses o el territorio continental de los Estados Unidos. Se contrata personal de enfermería sobre todo de otros países del Caribe. En 2004, el gobierno lanzó el Programa de Becas de Estudio en Salud para buscar jóvenes que quisieran ingresar a las profesiones de la salud. Dentro de esta iniciativa, se ofrecieron becas especiales en medicina, enfermería, farmacia, radiología y tecnología médica.

Suministros de salud

No hay producción local de medicamentos, vacunas ni equipo médico. La farmacia del Hospital Peebles es la entidad central de adquisiciones para los servicios de salud pública. Los medicamentos se compran por medio del Servicio de Adquisiciones Farmacéuticas de la Organización de Estados del Caribe Oriental. Algunos medicamentos que no están incluidos en el formulario de la unidad se compran directamente a proveedores privados. El formulario de la unidad se revisa cada dos años. No se ofrecen

narcóticos en los dispensarios distritales. Los profesionales en ejercicio del sector privado hacen sus propios arreglos para la compra de medicamentos. Se necesita un certificado del Director de Servicios de Salud para importar narcóticos al territorio; todos los demás medicamentos empleados en el sector privado se compran independientemente y no están regulados por el gobierno. La farmacia del Hospital Peebles proporciona productos farmacéuticos a los centros de salud distritales (unidades de atención primaria). Hay farmacias de propiedad particular en Tórtola y Virgen Gorda. La Ley Médica (2000) exige que esté presente un farmacéutico matriculado en las farmacias públicas y privadas. Se han preparado protocolos estandarizados de tratamiento para trastornos como asma, eclampsia, hipertensión y gastroenteritis.

Las vacunas se compran por medio del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cuando se necesitan con urgencia, se compran algunas vacunas a un vendedor de Barbados. Ciertas vacunas se proporcionan gratuitamente a los profesionales del sector privado con miras a reforzar la cobertura de vacunación. El sector privado pide directamente un número limitado de vacunas.

La mayor parte del equipo, incluso de laboratorio, rayos X, ultrasonido y diálisis, está localizado en el hospital público. En el sector privado se ofrece tomografía axial computarizada y mamografía; también hay tres laboratorios de diagnóstico médico en el sector privado. El personal de mantenimiento del Hospital Peebles ha recibido adiestramiento en tecnología biomédica de los proveedores; también se mantienen contratos de servicio con algunos proveedores.

Gasto y financiamiento sectorial

En la actualidad, la atención de salud pública se financia por medio de asignaciones del presupuesto anual del gobierno a los servicios de salud, pagos directos y reembolsos de seguro. El gobierno investiga activamente el establecimiento de un plan nacional de seguro de enfermedad para ampliar el acceso y compartir el riesgo. La atención de salud privada se financia con pagos directos y seguro particular. Hay un creciente sector de la población que busca acceso a atención en el exterior. En general, ese gasto se financia con seguro privado, pagos directos y asistencia del gobierno a quienes necesitan atención terciaria en el exterior. Las tarifas cobradas a los usuarios, en general, permiten recaudar solamente 8% del dinero para cubrir los costos de operación de los hospitales y centros de atención primaria. En 1997, el gasto en servicios de salud pública (servicios de atención de salud hospitalaria y primaria solamente) ascendió a US\$ 7,14 millones y los servicios hospitalarios representaron 65,5%. Ya en 2004, la cifra total había aumentado a US\$ 16,89 millones y los servicios hospitalarios representaban 69%. El gasto total en aten-

ción de salud en el sector privado, incluidos los pagos directos de seguro, se estimó en US\$ 10,5 millones.

El presupuesto para los servicios hospitalarios y de atención primaria representó 7,8% del presupuesto nacional y osciló entre 6,6% y 7,5% entre 1999 y 2004. El presupuesto para la gestión de desechos sólidos aumentó de US\$ 2,38 millones en 1997 a US\$ 3,42 millones en 2003. El gasto total en atención de salud como porcentaje del PIB se mantuvo en 2,4% en 1999 y aumentó a 3,1% en 2004. El gasto total per cápita en salud se estimó en US\$ 1.050 en 2004, cifra que representa un aumento en relación con la de US\$ 760 registrada en 1999.

Las inversiones de capital en salud entre 2004 y 2005 han incluido la construcción del anexo del Hospital Peebles, pistas de aterrizaje de helicópteros para evacuación médica de emergencia y un nuevo incinerador municipal en Tórtola. Un sistema de seguro social de afiliación obligatoria cubrió a todos los empleados remunerados y tanto ellos como los empleadores contribuyeron por partes iguales al pago de las primas; algunas personas reciben cobertura total del Estado. Se exige que los trabajadores autónomos participen en el plan. Las prestaciones del sistema de seguro social incluyen atención de maternidad, lesiones ocupacionales, desempleo, pensión de vejez, enfermedad y beneficios a sobrevivientes, así como una pequeña aportación para gastos de funerales.

Cooperación técnica y financiera en salud

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social se beneficia actualmente de la asistencia técnica proporcionada por varias instituciones de salud, regionales e internacionales, incluso la OPS, que proporciona acceso a los recursos técnicos de la Organización Mundial de la Salud y maneja el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas del Programa Ampliado de Inmunización. El Centro de Epidemiología del Caribe presta apoyo en epidemiología y laboratorio médico. El Consejo de Investigación en Salud del Caribe promueve la investigación sobre enfermedades y los aspectos de salud de importancia para el país mediante el desarrollo de la capacidad nacional para conducir el sistema de salud y los servicios de investigación esenciales. El Instituto de Salud Ambiental del Caribe presta asistencia técnica en el campo de salud ambiental. El Consejo Médico y Dental de las Islas Vírgenes Británicas participa en reuniones de la Asociación Caribeña de Consejos Médicos (CAMC). La CAMC fue establecida por CARICOM para ayudar a garantizar la calidad de los servicios prestados por los médicos en ejercicio en el Caribe después de que las facultades de medicina de la Universidad de las Indias Occidentales dejaron de ser acreditadas por el Consejo Médico General del Reino Unido. El Laboratorio Regional del Caribe para el Análisis de Medicamentos ofrece análisis de la calidad de los productos farmacéuticos en el territorio. El Servicio de Adquisiciones Farmacéuticas de la Organización de Estados del Caribe Oriental suministra medicamentos al terri-

torio con un ahorro considerable logrado por la compra conjunta de productos farmacéuticos para nueve países del Caribe Oriental.

Bibliografía

British Virgin Islands, Chief Minister's Office, Development Planning Unit. Development Planning Statistics 2000.

British Virgin Islands, Health Services Authority, Community Health Services. Annual Reports 2001–2004.

British Virgin Islands, Ministry of Health and Social Development, Environmental Health Division. Unit Reports 2001–2004.

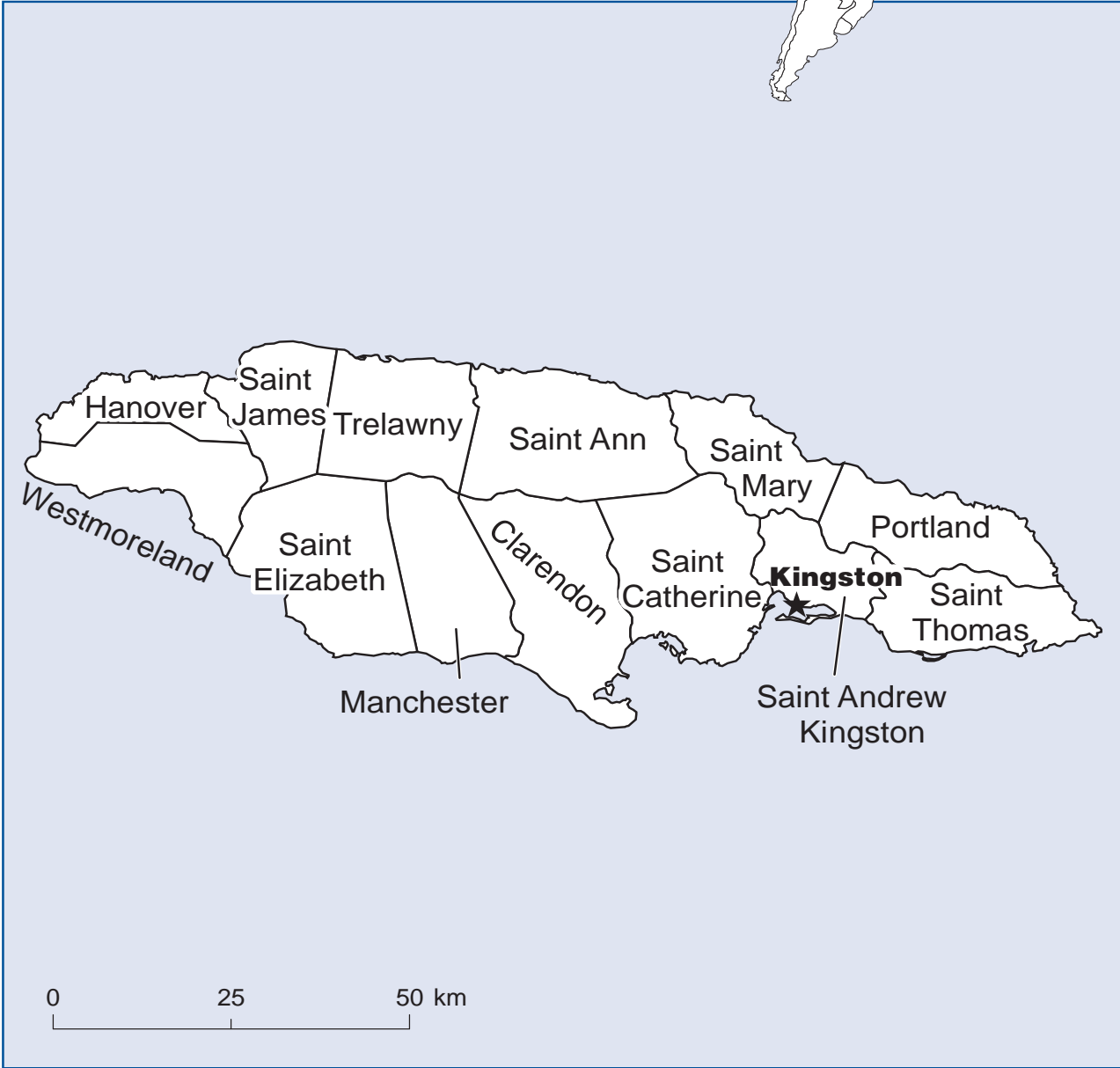
British Virgin Islands, Ministry of Health and Social Development. Health Services and Systems Profile 2003–2004.

British Virgin Islands, Ministry of Health and Social Development. National Development through Health Improvements: A Multi-Sectoral Partnership. Draft. 2006.

Caribbean Development Bank; Government of the British Virgin Islands. Country Poverty Assessment: The British Virgin Islands, 2003. Halcrow Group Limited; 2003.

Caribbean Epidemiology Centre, Caribbean Drug Information Network (CARIDIN). National Secondary School Survey. The British Virgin Islands 2002. Integrated Risk Behaviour: Drug Consumption and Sexual Behaviour. 2002.

JAMAICA



Jamaica, con una superficie de 11.424 km², es la isla de habla inglesa más grande del mar Caribe. Se encuentra a 150 km al sur de Cuba y a 160 km al oeste de Haití. El país está dividido en 14 condados. La ciudad más grande es Kingston, capital del país, en la costa sudeste. Otros centros urbanos importantes son Spanish Town, Portmore y Montego Bay. En 2005, la población estimada era de 2.651.000 habitantes.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

Desde su independencia de Gran Bretaña en 1962, Jamaica es una democracia constitucional estable en la Comunidad de Naciones. La forma de gobierno es un sistema parlamentario basado en el modelo de Westminster/Whitehall y en una legislatura bicameral. El Gabinete de Ministros constituye la rama ejecutiva del gobierno y está encabezado por el Primer Ministro.

Durante 2005, la economía jamaicana alcanzó su séptimo año consecutivo de crecimiento real del PIB (1,4%) (1). Dicha economía depende en gran medida de los servicios (71% del PIB) y proviene en su mayoría de las divisas del turismo, las remesas de dinero, la explotación de bauxita y la producción de alúmina. No obstante, un estudio a cargo del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (2) demostró que el desembolso derivado del turismo que permanece en el país después de considerar los impuestos, las ganancias y los salarios que se pagan fuera de la región y después de comprar los bienes importados, era de 40%. La economía enfrenta serios problemas a largo plazo: tasas de interés elevadas, el aumento de la competencia extranjera, una tasa de cambio bajo presión, un considerable déficit de la balanza comercial, desempleo a gran escala y una creciente deuda extranjera. Entre junio de 2001 y septiembre de 2005, la tasa de cambio aumentó de J\$ 45,7 = US\$ 1 a J\$ 62,5 = US\$ 1. El gobierno se enfrentó al difícil desafío de alcanzar cierta disciplina fiscal para continuar los pagos de la deuda y, simultáneamente, contrarrestar un problema de delincuencia grave y progresivo, que entorpece el crecimiento económico. Los intentos del gobierno de controlar el déficit presupuestario fueron desarticulados por el huracán Iván que, en septiembre de 2004, ocasionó daños por un total de US\$ 599 millones (3); en tanto que en 2005, pese a los huracanes Dennis y Emily, que causaron daños a los activos productivos y a la infraestructura por un total aproximado de US\$ 96,9 millones (1), se alcanzó un crecimiento real del PIB del 1,4%. La tormenta tropical Wilma en 2005 causó

daños adicionales a la agricultura, la silvicultura y la pesca por un total de US\$ 7,3 millones.

De acuerdo con la Encuesta sobre las Condiciones de Vida que realizó el Instituto de Planificación de Jamaica (4) en 2003, la tasa de pobreza se mantuvo en 19,1%. La encuesta determinó que la línea de pobreza era J\$ 63.717,17 por año para un individuo y J\$ 240.816,57 por año para una familia de cinco. La incidencia por región reveló niveles elevados de pobreza en las zonas rurales (24,2%), mientras que otras ciudades tuvieron el segundo nivel más alto, de 15,8%, seguidas por el área metropolitana de Kingston con un 9,5%. Según el informe de 2004 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que preparó el Instituto de Planificación de Jamaica (5), la mitad de los pobres del país eran niños menores de 18 años y el 10% eran adultos. Dos tercios de todos los hogares encabezados por mujeres vivían en o por debajo de la línea de pobreza. A pesar de las tasas más bajas de pobreza en los centros urbanos, en algunas áreas dentro de las ciudades, la pobreza fue extrema.

La tasa de empleo de 2005 fue del 63,9%, con una tasa de participación de hombres del 72,9% y una tasa de participación de mujeres del 55,4%. La tasa promedio de desempleo para ese año fue del 11,7%, un porcentaje inferior en comparación con el 15,5% de 2000. La desagregación por género mostró que la tasa de desempleo de las mujeres (15,8%) seguía siendo más de dos veces la tasa de los hombres (7,6%) (1, 6).

En 2005, la tasa de alfabetización para la población de 15 años en adelante se mantuvo en 88,7% (85% para los hombres y 92,3% para las mujeres). Antes del comienzo de la última década, Jamaica logró el acceso universal a la educación primaria (ODM 2). La tasa bruta de matriculación en las escuelas primarias públicas para el período 2004–2005 fue del 96%, con una tasa de asistencia total estimada del 75,8% (1). La matriculación de estudiantes en las escuelas secundarias públicas para el mismo ciclo lectivo fue del 86,2%. Los hombres mostraron niveles de logro educativo significativamente inferiores a las mujeres, y esta brecha se amplía en el nivel terciario (7). La mayor cantidad de logros educativos de las mujeres se traduce en un número más elevado de

mujeres calificadas y con mejores perspectivas para aprovechar las oportunidades económicas (8). Pese a las tasas de desempleo más elevadas entre las mujeres respecto de la población en general, el número de mujeres en el Parlamento aumentó un 50% entre 1990 y 2004. En 2006, tres de los 14 Ministros del Gabinete eran mujeres, incluida la Primera Ministra.

La proximidad geográfica de Jamaica a América del Norte y América del Sur ubica a la isla en una posición estratégica en relación con el tráfico internacional de la droga y la actividad económica clandestina basada en el comercio de mercancías ilegales (9). En 2004, el 45,4% de las 4.240 deportaciones que se hicieron a la isla (en su mayoría de Estados Unidos, Gran Bretaña y Canadá) se debieron a delitos relacionados con drogas. La mitad de las personas deportadas tenían entre 16 y 25 años (6). El número de deportados aumentó en forma constante de 2.529 en 2001 a 4.240 en 2004. Las mujeres son desproporcionadamente utilizadas como mensajeras de drogas y muchas terminan encarceladas en Jamaica o el extranjero.

La violencia alcanzó proporciones epidémicas, con una tasa de homicidio de 63 por 100.000 personas en 2005, en comparación con la tasa de 39,8 de 2002. El incremento afectó a todos los grupos de edad. La tasa de homicidio para los hombres fue aproximadamente ocho veces la registrada para las mujeres y, en 2002, el homicidio fue la principal causa de muerte para los hombres. Conforme al Libro Verde del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (revisado en 2006) (10), la alta incidencia de homicidios y de casos de violencia se atribuye principalmente a la violencia doméstica, los conflictos relacionados con drogas y pandillas, las represalias y los linchamientos, el tribalismo político y una fisura del orden social.

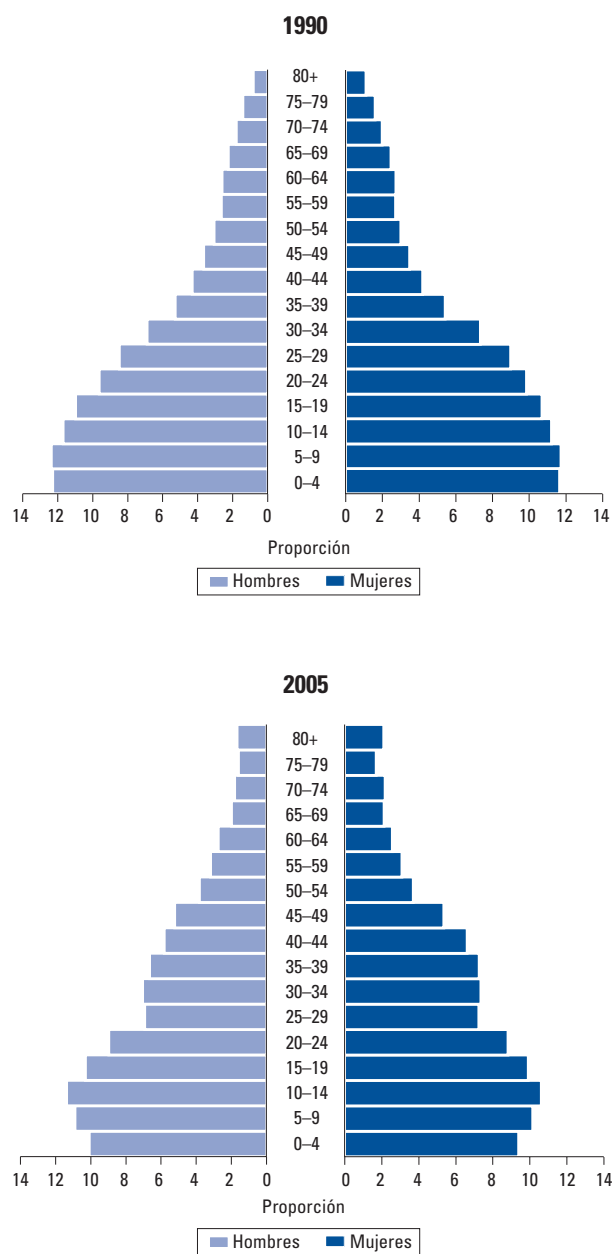
En 2004, como consecuencia de la agitación política en Haití, muchos haitianos llegaron en bote a Jamaica en sucesivas olas, sumando un total de 881 personas para 2005.

En 2004, el 68,2% de la población tenía acceso a agua segura transportada a través de las tuberías de las instalaciones y el 9,5% a agua segura proveniente de fuentes de agua (el 29,6% de este último grupo debía caminar una distancia de 460 metros). El 22,3% restante de la población obtenía agua de pozos, ríos o camiones cisterna (el 36,1% debía caminar una distancia superior a 460 metros). Con relación al saneamiento, el 21,9% de los hogares jamaicanos tenía sanitarios con conexión cloacal, el 41,9% tenía sanitarios sin conexión cloacal y el 36,1% usaba letrinas (11).

Demografía, mortalidad y morbilidad

En 2005, los hombres representaban el 49,3% de la población total estimada de 2.651.000 habitantes y las mujeres el 50,7%. El último censo del país (2001) (12) determinó que el 52,0% de la población era urbana, lo que implica un aumento del 2% respecto del censo anterior (1991). La isla se halla en una etapa avanzada de transición demográfica, según lo refleja la disminución en el grupo de 0 a 14 años y el aumento de la población en edad de tra-

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Jamaica, 1990 y 2005.



bajar (de 15 a 64 años) y en el grupo de adultos dependientes (65 años en adelante). La figura 1 muestra la distribución de la población del país por edad y por sexo para 1990 y 2005.

Los altos niveles de emigración (17.900 en 2004) siguen ejerciendo un impacto sobre la vida familiar, según lo evidencia el fenómeno de los “barrel children” o niños de encomienda (niños que son abandonados por sus padres para que se críen a sí mismos o para que los críen familiares); sobre el mercado laboral, a

través del llamado “éxodo intelectual” o emigración de adultos cultos, calificados y con ingresos elevados; sobre las remesas de dinero, un factor importante que contribuye con las ganancias de divisas, y sobre la población y la estructura, a través de tasas netas bajas de aumento de la población. La razón de dependencia por la edad disminuyó del 82,8% en 1982 al 73,9% en 1991, luego al 73,1% en 2001 y al 61,5% en 2004 (13); se proyecta una disminución sostenida para los años venideros (6). El envejecimiento de la población jamaicana tiene repercusiones en la prevalencia y tratamiento de las enfermedades crónicas y en la utilización de los servicios de atención de salud.

Según la Encuesta Económica y Social de 2005 (1), la esperanza de vida al nacer era de 73,3 años, y la brecha entre hombres y mujeres era de 4,1 años (70,9 para los hombres y 75,0 para las mujeres). Las tasas totales de fecundidad disminuyeron de 2,8 en 1997 a 2,5 en 2002, y las tasas de natalidad bruta disminuyeron de 20,6 por 1.000 habitantes en 2001 a 17,6 en 2004. Estas últimas mostraron una fluctuación moderada de 6,2 por 1.000 habitantes en 2001 a 6,0 en 2004, y la emigración neta registrada se mantuvo elevada en 17.900 en 2004. La tasa anual de crecimiento poblacional fue del 0,6% en 2001 y el 0,5% en 2005.

Las tasas de mortalidad, que se calculan a partir de los Informes de estadística vital del Departamento del Registrador General, tienen una utilidad y una interpretación limitadas debido a dificultades asociadas con el proceso de registro. Un estudio realizado (14) demostró que el 89% de las defunciones registradas en 1998 ocurrieron en ese año, el 4% ocurrieron el año anterior y el 6% dos o más años antes de su registro. En 1998, solo se registraron el 49% de las muertes fetales y el 64% de las muertes infantiles, comparado con el 96% de las muertes de adultos de 60 años o más. Además, el 38% de las muertes por causas externas no se registraron. Los datos de la policía de Jamaica respecto de los asaltos y los accidentes de tráfico y los datos de la Unidad de Vigilancia Nacional del Ministerio de Salud respecto de la enfermedad del VIH fueron sustituidos por los registros del Registrador General a los efectos de establecer las principales causas de muerte (Cuadro 1).

Cuando los datos se analizan por género, se advierte una serie de diferencias. Las neoplasias malignas, en conjunto, son la principal causa de muerte para hombres y mujeres, y la tasa de los hombres es 1,4 veces más alta que la de las mujeres. Cuando se las divide por tipo de cáncer, el orden de las 10 causas de muerte cambia significativamente, al aparecer el cáncer de próstata para los hombres, con un aumento de 29,3 por 100.000 habitantes en 1999 a 40,5 en 2002, y el cáncer de mama y de cuello uterino para las mujeres; en el caso de este último, debido a esfuerzos insuficientes de tamizaje. Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el primer puesto como causa de muerte entre las mujeres y el segundo entre los hombres. La tasa de defunción por diabetes mellitus es 1,6 veces más alta para las mujeres que para los hombres. Los hombres tienen un riesgo mucho más elevado de morir como resultado de un homicidio o un accidente de tráfico que las mu-

CUADRO 1. Diez causas principales de muerte, Jamaica, 2002.

Causa	Cantidad total	Razón por 100.000 habitantes
Neoplasias malignas	2.686	102,3
Enfermedades cerebrovasculares	1.905	72,6
Cardiopatías	1.774	67,6
Diabetes mellitus	1.477	56,3
Asalto (homicidio) ^a	1.045	39,8
Enfermedad del VIH ^b	989	37,7
Hipertensión	784	29,9
Infecciones respiratorias agudas	479	18,2
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas	437	16,6
Accidentes de tráfico	408	15,5

^aDatos de la policía de Jamaica sustituidos por los registros del RGD.

^bDatos de la Unidad Nacional de Vigilancia del Ministerio de Salud sustituidos por los registros del RGD.

Fuente: Perfiles epidemiológicos de afecciones y enfermedades seleccionadas 2003 y 2005 del Ministerio de Salud. Informe de estadística vital 2002, Departamento del Registrador General.

eres. La tasa de homicidio para los hombres fue aproximadamente ocho veces la registrada para las mujeres, siendo el homicidio la principal causa de muerte para los hombres. Murieron tres veces y media más hombres que mujeres como resultado de accidentes de tráfico.

Las enfermedades crónicas no transmisibles representaron la mitad del total anual de defunciones informadas. Según el Informe de la Encuesta sobre Estilos de Vida de Jamaica de 2000 (15), los factores principales de riesgo, basados en una muestra de 2.013 personas de 15 a 74 años, fueron sedentarismo en un 42% de la población de 40 años o más, hipertensión en un 20%, sobrepeso y obesidad en un 30% de los hombres y un 60% de las mujeres y diabetes en un 8% de la población entre 15 y 74 años.

La epidemia de VIH/sida en Jamaica se clasifica como una epidemia generalizada con una tasa de prevalencia en adultos de 1,5% y una proporción hombres-mujeres de 1,3:1. Entre 1999 y 2002, la tasa de defunción por VIH para las mujeres se duplicó —pasó de 15,8 por 100.000 habitantes a 30,7—, y para los hombres aumentó de 26,9 por 100.000 habitantes a 44,9. Los factores principales de riesgo que potencian la epidemia son las relaciones sexuales sin protección, la superposición de varias parejas sexuales, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, las relaciones con trabajadores sexuales, las relaciones entre hombres, y el uso de cocaína y crack (16).

La epidemia representa una amenaza seria para el sector productivo, ya que la mayoría de los casos de VIH/sida se presentan entre los grupos en edad laboral y reproductiva.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En 2002, la tasa de mortalidad infantil se calculó en 19,9 por 1.000 nacidos vivos; esta tasa se mantuvo constante durante 2004 y fue aproximadamente de 4 defunciones por 1.000 nacidos vivos menor que en 2000 (17).

Según investigaciones realizadas (17), la tasa de mortalidad neonatal fue de 15,3 por 1.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad postneonatal de 4,6 por 1.000 nacidos vivos. En 2005, las tasas de mortalidad perinatal no mostraron cambios significativos y se mantuvieron en 31,2 por 1.000 nacimientos (nacidos vivos + mortinatos). En 2004, la tasa de mortalidad neonatal temprana fue de 10,9 por 1.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad fetal, 16,8 por 1.000 nacimientos. Ambas tasas mostraron una pequeña variación durante el período sujeto a revisión (Cuadro 2).

La mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el período perinatal fueron la principal causa por un margen significativo (Cuadro 3). En 2004, la tasa de nacidos con bajo peso (< 2.500 g) se mantuvo en 10%, porcentaje que no se modificó durante el período sujeto a revisión (18). Del número total de nacimientos en 2004, el 98,2% tuvo lugar en hospitales. El número de madres que amamantan en forma exclusiva a sus hijos a las 6 semanas de vida disminuyó de más del 60% en 2001 al 45% en 2004.

En 2002, la enfermedad del VIH fue la principal causa de muerte en el grupo de 1 a 4 años de edad (Cuadro 4). Sin embargo, desde 2000, ocurrieron menos muertes pediátricas por esta causa, con una disminución de 81 a 61 casos por año en 2004. Esto se debe a las mejoras implementadas en el cuidado y el tratamiento de los niños infectados por el VIH y a una disminución en los casos de transmisión de madre a hijo.

La tasa de mortalidad por gastroenteritis en el grupo de menores de 5 años se mantuvo baja (< 1%), pero sigue siendo una causa importante de morbilidad. Las enfermedades de las vías respira-

torias son la principal causa en el diagnóstico de alta hospitalaria para este grupo de edad, seguidas de las lesiones y las enfermedades parasitarias e infecciosas. Las visitas de pacientes ambulatorios a unidades hospitalarias de AyE (accidentes y emergencias) por casos de asma dentro de este grupo de edad representan aproximadamente el 60% de todas las visitas por asma a AyE. El grupo de niños de 5 años o menos representó la mayoría de los casos de quemaduras y envenenamiento que se presentaron en los unidades de AyE de los hospitales. La tasa de desnutrición en niños menores de 3 años no cambió y permanece aproximadamente en un 3,4%, con casos de desnutrición severa debajo del 1%. De acuerdo con los informes del Ministerio de Salud, la tasa de obesidad entre los niños del mismo grupo etario es del 6,7% (19).

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2004, las lesiones y las enfermedades del tracto respiratorio, incluida el asma, fueron las principales afecciones en este grupo de edad. Cada año, se siguen informando nuevos casos de fiebre reumática: en 2005 se informaron 112 casos, 4 de los cuales fueron casos confirmados. El registro de casos para esta enfermedad ascendió a 822 personas en 2004 (18). Los informes completos no están disponibles, pero la cobertura para la profilaxis secundaria de la fiebre reumática permanece aproximadamente en 57%. Esto representa un problema, puesto que el número de pacientes que sufren cardiopatías reumáticas no disminuye. En 2003, un total estimado de 120 niños o más menores de 18 años perdieron uno o ambos padres a causa del sida. El número de casos de abuso infantil en el grupo de 0 a 18 años informados a la policía aumentó de 346 en 2001 a 459 en 2004. La mayoría de ellos (90%) implicó abuso sexual y afectó principalmente a las mujeres.

CUADRO 2. Tasas de mortalidad fetal, neonatal y perinatal, Jamaica, 2000–2004.

Año	Tasa de mortalidad perinatal por 1.000 partos	Tasa de mortalidad neonatal temprana por 1.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad fetal por 1.000 nacidos vivos
2000	29,7	11,5	18,4
2001	31,0	12,4	18,8
2002	31,1	12,5	18,9
2003	29,5	11,7	18,0
2004	27,4	10,9	16,8

Fuente: Ministerio de Salud.

CUADRO 3. Cinco causas principales de muerte infantil, Jamaica, 2002.

Grupo de enfermedades	Cantidad total	Tasa por 100.000 habitantes
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	335	73,8
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	51	11,2
Enfermedad del VIH ^a	20	4,4
Infecciones respiratorias agudas	4	0,9
Neoplasias malignas	3	0,7

^aDatos de la Unidad Nacional de Vigilancia del Ministerio de Salud sustituidos por los registros del RGD.

Fuente: Perfiles epidemiológicos 2003 y 2005 del Ministerio de Salud. Informe de estadística vital, Departamento del Registrador General.

CUADRO 4. Cinco causas principales de muerte en niños de 1 a 4 años, Jamaica, 2002.

Grupo de enfermedades	Cantidad total	Tasa por 100.000 habitantes
Enfermedad del VIH	47	22
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	35	16,4
Accidentes de tráfico terrestre	12	5,6
Neoplasias malignas	12	5,6
Infecciones respiratorias agudas	10	4,7

Fuente: Perfiles epidemiológicos 2003 y 2005 del Ministerio de Salud del Departamento del Registrador General, la Unidad de Vigilancia Nacional y la policía de Jamaica.

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

Uno de cada cinco jamaíquinos es adolescente. En general, este grupo etario goza de buena salud, con una tasa de mortalidad de solo el 2% en 2003. Los problemas de salud, la discapacidad y la muerte entre los adolescentes normalmente están relacionados con comportamientos de alto riesgo. Las lesiones intencionales y no intencionales y las afecciones de la salud reproductiva (incluida la enfermedad del VIH) entre adolescentes son frecuentes y se encuentran entre las causas principales de defunción en este grupo de edad (Cuadro 5).

Durante las últimas décadas, la tasa total de fecundidad disminuyó, llegando a 2,5 niños por mujer en 2002 (20). Mientras que en 2002 las tasas de natalidad disminuyeron y las tasas de fecundidad de las adolescentes llegaron a 79 nacidos vivos por 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años, en la actualidad, el porcentaje de embarazos adolescentes se mantiene en 20%. Una de cada cuatro adolescentes de entre 15 y 19 años es sexualmente activa y el 12% de la población femenina en ese rango de edad tuvo dos o tres embarazos. El doce por ciento de las adolescentes de entre 15 y 19 años que son sexualmente activas informan haber estado embarazadas. De esos embarazos, el 30% no terminó con el nacimiento de un niño vivo (21). Un estudio que se realizó en 2002, financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), señaló que los adolescentes jamaíquinos tienen acceso al aborto, a pesar de su carácter ilegal (22). En 2005, el FNUPA y la Unión Europea llevaron a cabo un estudio a solicitud sobre la anticoncepción de emergencia entre las mujeres de 15 a 30 años ($n = 1.524$) que mostró que el grupo de entre 15 y 19 años es el que con mayor frecuencia tiene acceso al aborto. La incidencia del aborto en este grupo etario fue 21 por 100 embarazos. Solo el 40% de las personas encuestadas señaló que conocía el método de Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), que se introdujo en 2003 como un medicamento de venta

CUADRO 5. Cinco causas principales de muerte en adolescentes de 10 a 19 años, Jamaica, 1999–2002.

Grupo de enfermedades	Cantidad total	Tasa por 100.000 habitantes
Asalto (homicidio)	108	20,4
Lesiones no intencionales (accidentes de tráfico)	55	10,4
Enfermedad del VIH	18	3,4
Neoplasias malignas	29	5,5
Cardiopatías	13	2,5

Fuente: Perfiles epidemiológicos 2005 del Ministerio de Salud del Departamento del Registrador General, la Unidad de Vigilancia Nacional y la policía de Jamaica.

sin receta. El acceso a la AOE se obtenía principalmente a través de las farmacias locales. La Encuesta sobre Salud Reproductiva en Jamaica correspondiente al período 2002–2003 (20) indicó que los condones fueron el método de anticoncepción más usado por los adolescentes de entre 15 y 19 años. El uso de un método anticonceptivo en la primera relación sexual dentro este grupo etario fue del 76% para las mujeres y el 44,9% para los hombres. Generalmente estos anticonceptivos se consiguieron en tiendas o supermercados y en farmacias en segundo lugar, según los encuestados. En 2004, el 20% del total de las personas que asistieron a una clínica de atención postnatal y aceptaron un método de planificación familiar fueron adolescentes. La edad promedio de iniciación sexual fue 15,8 años para las mujeres y 13,5 para los hombres. En la misma encuesta que se realizó en 2002, el 20% de las mujeres de entre 15 y 19 años informaron haber sido forzadas a tener relaciones sexuales, comparado con el 25,9% en 1997. En 2004, las mujeres de entre 10 y 19 años tenían un riesgo dos veces y medio mayor de estar infectadas con el VIH que los hombres del mismo grupo etario. Es posible que esta diferencia esté asociada a factores sociales que impliquen relaciones sexuales entre niñas y hombres mayores infectados por VIH. Conforme al Informe de la Encuesta sobre Estilos de Vida de Jamaica de 2000 (15), el 11,6% de los adolescentes informó haber sido sometido a abusos físicos y el 2,7% informó haber estado involucrado en una pelea con un arma. Los adolescentes representaron el 26% del total de personas lesionadas a raíz de actos de violencia que fueron tratadas en los departamentos de AyE de todos los hospitales.

Salud de los adultos (20–59 años)

Las visitas para curaciones, planificación familiar, atención de las infecciones de transmisión sexual, odontología, emergencias y servicios ambulatorios, con una proporción hombres-mujeres de aproximadamente 1:2,3 para estas visitas, permitieron una

supervisión más estrecha y el diagnóstico temprano de afecciones médicas en las mujeres. En 2004, los hombres representaron el 32,9% de las visitas por servicios de atención curativa primaria y el 7,7% de las visitas por servicios de planificación familiar. Las afecciones de la salud reproductiva son la principal causa de contacto de las mujeres con todos los niveles del sistema de salud. Otros problemas importantes de salud incluyen las infecciones de transmisión sexual, la diabetes, la hipertensión y el cáncer. La salud reproductiva de las mujeres está controlada a través de una red de clínicas pre y postnatales. En 2004, de acuerdo con los informes del Ministerio de Salud, el 58,9% de las mujeres embarazadas realizaron un promedio de 4,4 visitas por embarazo a clínicas prenatales en centros de salud gubernamentales (en comparación con el 67% de las mujeres que en promedio realizaron 4,3 visitas por embarazo en 2000). Como procedimiento de rutina, las mujeres embarazadas son sometidas a pruebas para la detección de anemia, enfermedad drepanocítica, sífilis y VIH. En 2005, las pruebas en pacientes prenatales se mantuvieron en 80,2% para la sífilis y aproximadamente en 90% para el VIH. La tasa de seropositivos para la sífilis fue del 1,3% y para el VIH del 1,5%. No obstante, la posibilidad de realizar los exámenes y la disponibilidad de los resultados sigue siendo un problema, por lo que la tasa de tratamiento de los casos de resultado positivo fue baja (46,8% para la sífilis y aproximadamente 57% para el VIH). En 2004, se presentaron 12 casos de sífilis congénita informados a través del sistema de vigilancia activa de los hospitales. Las pruebas que se realizaron en el 80,9% de las mujeres embarazadas revelaron cierto nivel de anemia ($Hb < 10$ g/dL), similar al nivel de 2001. Las visitas de las madres a las clínicas postnatales representaron una cobertura del 69,7% de los nacimientos estimados en 2005, una leve disminución en comparación con el año 2000 (73%). De todas las personas que asistieron a las clínicas postnatales, el 71,1% se reclutó como personas que aceptaron la planificación familiar. El cincuenta y tres por ciento de las mujeres de entre 15 y 44 años que fueron entrevistadas en la Encuesta sobre Salud Reproductiva en Jamaica para el período de 2002 a 2003 (20) usaron efectivamente un método anticonceptivo. Los condones y la píldora anticonceptiva mantuvieron su posición como los dos métodos más usados, en 33,6% y 24,5% respectivamente. Si bien el 98,2% de los bebés nacieron en hospitales, la escasez de parteras capacitadas afectó la calidad de los partos de las mujeres. Las tasas de cesáreas se mantuvieron constantes en aproximadamente el 14%. En los últimos años, la razón de mortalidad materna no sufrió cambios y se mantuvo en 94,8 por 100.000 nacidos vivos para el período de 2001 a 2003 (17). Las defunciones por mala praxis del obstetra, aún responsable de muchas de las muertes, están disminuyendo; en tanto que las causas indirectas están aumentando. La hipertensión gestacional fue la principal causa obstétrica directa y constante de muerte materna, en tanto que el VIH/sida fue la principal causa obstétrica indirecta de mortalidad. La creciente contribución de las causas indirectas, como VIH/sida, cardiopatías, enfermedad

drepanocítica, diabetes mellitus y asma, sugieren la necesidad de pautas clínicas y la optimización de la colaboración con los equipos médicos a fin de proporcionar una atención focalizada a las embarazadas con afecciones crónicas (17).

La violencia también fue causa de una serie de defunciones maternas accidentales en los últimos años.

Desde el desarrollo de comités regionales en el año 2002, la vigilancia de la mortalidad materna mejoró y, como resultado, en el año 2005 se investigaron 47 casos de defunción materna. Esta medida se tomó como alternativa para mejorar las intervenciones preventivas y los tratamientos y para evaluar los resultados; al mismo tiempo, aporta datos para el desarrollo de futuros programas y políticas.

En 2005, se introdujeron las fotografías en todos los hospitales donde se asistían partos. La Encuesta sobre Salud Reproductiva en Jamaica para el período de 2002 a 2003 (20) mostró que el 59% de las mujeres se habían realizado al menos una prueba de Papanicolaou en su vida, comparado con el 50% en 1997. La encuesta (20) también indicó que el 20% de las mujeres de la muestra habían sido abusadas sexualmente en algún momento de su vida, al ser forzadas a tener relaciones sexuales. No se encontraron diferencias entre los distintos grupos etarios o las diferentes ubicaciones geográficas y, en la mayoría de los casos, el autor del delito era una persona conocida.

En Jamaica, el VIH y las ITS son la segunda causa principal de muerte para hombres y mujeres de entre 30 y 34 años. El aumento de la tasa de infección por VIH es más constante entre las mujeres que entre los hombres. Uno de cada cuatro hombres y una de cada diez mujeres informaron haber tenido una enfermedad de transmisión sexual, y uno de cada dos hombres y dos de cada diez mujeres informaron haber tenido más de un compañero sexual en 2003. Además, una de cada dos personas informó no haber usado un condón en su última relación sexual (15).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2002, las neoplasias malignas fueron la principal causa de muerte en este grupo de edad, seguidas de las enfermedades del sistema circulatorio, las cardiopatías, la diabetes mellitus y la hipertensión. Las enfermedades transmisibles, incluido el VIH/sida, se ubican en el sexto lugar de las causas principales de muerte, lo que señala la importancia creciente del VIH/sida entre la población adulta como un problema de salud pública. Las principales causas de discapacidad son la artritis y la deficiencia visual. Los problemas de salud mental asociados con la soledad y el aislamiento social requieren atención especial para el desarrollo de diversas perspectivas de política social en pos de un envejecimiento saludable. Según informó el Centro Colaborador para las Personas de Edad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (23), en el período de 2003 a 2004, en Jamaica había 263.000 personas (10%) de más de 60 años. Se espera que esta cifra se duplique en las próximas dos décadas.

Existe una feminización del envejecimiento, con un mayor número de mujeres ancianas frágiles que de hombres. La mayor parte de la población de 60 años en adelante está a cargo de sus familias (65%) y el resto se mantiene a partir de salarios auto-generados y otros medios económicos. Los niveles de cobertura de una pensión son bajos y así también los niveles de cobertura de un seguro, en tanto que los costos son elevados.

Salud de la familia

De los 744.700 hogares que se identificaron en el censo de 2001 (12), el 59% estaba encabezado por hombres y el 41% por mujeres. El 62% de los hogares encabezados por hombres involucraban uniones matrimoniales o concubinatos y solo el 27% de los hogares encabezados por mujeres correspondía a esta categoría. Las mujeres también representaron la mayor proporción de hogares de numerosos integrantes.

Salud de las personas con discapacidad

En el censo de 2001 (12), el 6,2% de las personas informó tener una discapacidad. El 44,4% de este grupo declaró tener actividades limitadas. Las cinco discapacidades principales que se reportaron fueron: deficiencia visual solamente (31%), discapacidad física (20%), deficiencia auditiva solamente (9,8%), enfermedad mental (9%) y discapacidades varias (6,3%). De las 444.400 personas (17%) que informaron una enfermedad crónica, el 15% indicó que también tenía una discapacidad que limitaba sus actividades.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La vigilancia de mosquitos sigue siendo una iniciativa importante del control de las especies *Culex*, *Aedes aegypti* y *Anopheles*. Todos los casos de **malaria** en el período de revisión provinieron del extranjero. En 2004, se confirmaron 141 casos, y en 2005, 79. La mayoría de ellos estaban vinculados con el desplazamiento de la población haitiana que comenzó su arribo a Jamaica en 2004. A los fines de interrumpir la posible transmisión de malaria y **filariosis**, se idearon intervenciones especiales para el control de vectores. Se presentaron 27 casos de **dengue**. El último brote de dengue se produjo en 2002, con 102 casos confirmados. El índice nacional de infestación de viviendas por *Aedes* permanece por encima del 5% (rango: 6,0% a 45%). Los índices de 2004 para los dos aeropuertos internacionales del país, Montego Bay Sangsters y Kingston Norman Manley, fueron del 4% y el 0,75% respectivamente (24).

Enfermedades inmunoprevenibles

En el período de 2001 a 2005, no se informaron casos de **sarampión**, **poliomielitis**, **difteria**, **rubéola** ni **tétanos neonatal**. En 2005, se presentaron 8 presuntos casos de tos ferina y 13 casos de tétanos no neonatal.

Los resultados preliminares de una encuesta sobre cobertura de vacunación que se realizó en 2005 revelaron que el 95% de los niños entre los 12 y los 23 meses de edad estaban correctamente inmunizados y del 89% al 90% de los niños de un año de edad estaban vacunados. Para 2005, la cobertura de inmunización al año de edad mediante antígenos en las poblaciones objetivo corregidas fue: 94,5% para la tuberculosis (TB); 83,6% para la poliomielitis; 87,5% para la difteria, la tos ferina y el tétanos; 88,6% para *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib); y 87,2% para la hepatitis B. La cobertura de sarampión, paperas y rubéola para el grupo de 12 a 23 meses es del 84%. Las vacunas contra la hepatitis B y Hib se introdujeron en junio de 2003 como una vacuna pentavalente (DPT/HepB/Hib) (25). En octubre de 2003, se realizó una evaluación integral del programa de inmunización, junto con el desarrollo de un plan de cinco años.

En 2004, se confirmaron 304 casos de **hepatitis B** en laboratorio. Este número aumentó en los últimos años gracias a una recolección mejorada de datos.

Enfermedades infecciosas intestinales

Durante muchas décadas, no se informó ningún caso de **cólera** en Jamaica. La **tifoidea** es endémica. En 2005, se confirmaron tres casos de fiebre tifoidea; y en 2004, ocho. En 2003 y 2004, se presentaron brotes de **gastroenteritis**; la tasa de casos fatales se mantuvo en menos del 1%.

Enfermedades crónicas transmisibles

La tasa nacional de incidencia de **tuberculosis** (TB) en 2004 fue de 4,4 por 100.000 habitantes, similar a la tasa de 4,5 en 2000, pero con un incremento del número de casos en las zonas urbanas. En 2004, se informaron cuatro casos pediátricos, en comparación con los 17 de 2001; tres de las cuatro personas también estaban infectadas por VIH. La comorbilidad TB/VIH aumentó del 14,2% en 2000 al 40% en 2003, pero disminuyó al 27% en 2004. Comparadas con las zonas rurales, las tasas de coinfección fueron mayores en las áreas urbanas. El sesenta y seis por ciento de 117 casos positivos de enfermedades pulmonares se convirtieron en esputo negativo en tres meses. Solo el 44% finalizó el ciclo de tratamiento satisfactoriamente. La tasa de fatalidad se mantiene elevada en 22 por 100 casos con frotis de esputo positivo. En 2000, el cumplimiento de la ingesta de medicamentos se sostuvo en un 85%, pero disminuyó a 55% en 2004. Mediante una evaluación nacional del programa contra la tuberculosis que realizó la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en mayo de 2005, se concluyó que, a pesar de la baja tasa de incidencia, la tuberculosis no está controlada, según lo ponen de manifiesto la elevada incidencia en niños, la elevada

tasa de coinfección por TB/VIH y la elevada proporción de casos con frotis de esputo positivo. La ausencia de un tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) sostenido también se consideró un factor limitativo (26).

En 2005, se confirmaron diez casos nuevos de **lepra**, a diferencia de los ocho confirmados en 2004. La tasa de prevalencia fue de 0,05 por 10.000 habitantes. El control de la lepra está totalmente integrado a los servicios de atención primaria de la salud. En la actualidad, se registran 14 casos activos para quimioterapia, 13 de los cuales son multibacilares, lo que enfatiza el reservorio infeccioso en la población local. A fines de 2004, se registraron 54 casos para vigilancia (27).

En 2005, 15.917 recién nacidos, o aproximadamente el 30% de los nacidos vivos, fueron sometidos al examen de detección de la **enfermedad drepanocítica**. De estos, 118 casos, o el 0,8%, tenían un patrón electroforético sugestivo de hemoglobinopatía SS, SC o CC. La Unidad de Enfermedad Drepanocítica de la Universidad de las Indias Occidentales ofrece asesoramiento, educación y controles de mantenimiento de la salud. También funciona un centro ambulatorio y una sala de atención diurna donde se tratan las crisis de dolor agudo, las enfermedades febriles agudas y las anemias agudas. Más del 90% de los pacientes con crisis de dolor agudo se tratan como pacientes ambulatorios, y este modelo de atención diurna de dolores agudos y agresivos sirvió como modelo para otros centros de tratamiento de la enfermedad drepanocítica. En otras dos regiones del país se organizaron consultorios de extensión para las controles de mantenimiento de la salud. Según los últimos cálculos, la mediana de supervivencia en Jamaica para los pacientes con enfermedad drepanocítica era 53 años (IC 95%: de 49,3 a 57,0) para los hombres y 58,5 años (IC 95%: de 55,1 a 7,5) para las mujeres (28).

Infecciones pulmonares

En 2002, las **enfermedades del tracto respiratorio**, incluida el asma, representaron el 17% del total de visitas para curaciones, lo que subraya la importancia de esta afección médica. El número de visitas por enfermedades del tracto respiratorio aumentó de 79.000 en 1990 a 108.000 en 2002. En 2002, el asma fue la causante de la mitad de las visitas a los departamentos AyE. En 2000, comenzó a funcionar un consultorio pulmonar semanal en el hospital pediátrico nacional (Bustamante Children's Hospital), que permitió la disminución drástica de la morbilidad por enfermedades del tracto respiratorio y las hospitalizaciones en el 85% de los niños que asistieron al consultorio durante al menos un año (de 0 a 1 ambulatorias en comparación con 5 a 22 consultas antes de 2000). Se desarrollaron protocolos de asma y se organizó la capacitación en todos los distritos. La bronquitis, el enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas representaron el 11% de los diagnósticos de alta hospitalaria por enfermedades del tracto respiratorio para los hombres y el 6% para las mujeres.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

En 2004, según los informes del Ministerio de Salud, aproximadamente 22.000 adultos en Jamaica tenían **VIH**. La tasa de incidencia en 2005 era 505,13 por 1.000.000 habitantes. De los 8.000 niños y adultos que necesitaban tratamiento antirretroviral, solo 1.500, o el 19%, estaban en tratamiento a fines de 2005 (29). A pesar del comienzo de una etapa de meseta en el número de casos de morbilidad, la introducción de la terapia antirretroviral y otros avances en las estrategias de atención y tratamiento, el **VIH/sida** sigue siendo un problema de salud pública cada vez mayor en Jamaica.

En la isla, abunda el conocimiento sobre el VIH/sida y sus vías de transmisión (30). No obstante, el 24% de los hombres y el 34% de las mujeres que tienen relaciones sexuales con compañeros ocasionales no usan condones (31). El Ministerio de Salud calcula que el 65% de las personas infectadas por VIH en Jamaica desconoce su estado. En 2003, el Ministerio de Salud destinó lugares para asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) en todos los centros de salud y todas las clínicas prenatales más importantes. En 2006, aproximadamente el 90% de las personas que asistieron a clínicas prenatales y más del 50% de las personas que asistieron a clínicas para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) recibieron servicios de APV (32).

Un cálculo que realizó el Ministerio de Salud de Jamaica en el año 2002 indicó que el 19,4% de todos los casos de VIH/sida estaban vinculados con el trabajo sexual. En 2005, se realizó una encuesta sobre la vigilancia del comportamiento relacionada con el VIH y las trabajadoras sexuales que reveló importantes diferencias entre las trabajadoras sexuales VIH positivas y las trabajadoras sexuales VIH negativas. Por lo general, las trabajadoras sexuales VIH positivas eran mayores que las trabajadoras sexuales VIH negativas, tenían menos años de estudios, ganaban mucho menos dinero por cliente y probablemente trabajaban en la calle. Además, las trabajadoras sexuales VIH positivas informaron haber tenido clientes pagadores significativamente más regulares en los últimos siete días antes de la encuesta e informaron un uso significativamente menor de condones en la última relación sexual, en especial con clientes locales (jamaíquinos). En este grupo, era probable que el doble de personas declarara no haber usado condones en la última relación sexual con un cliente no pagador (33).

La prevalencia de ITS varía en gran medida por edad y por sexo. Un estudio que se realizó en 2004 sobre conocimiento, actitudes, prácticas y creencias mostró que el 34,3% de los hombres entre 25 y 49 años informó tener una ITS, comparado con el 15,0% de las mujeres en el mismo grupo de edad. En el grupo de 15 a 24 años, la cifra fue 9,8% para los hombres y 8,2% para las mujeres (34).

Zoonosis

En 2005, se advirtió un aumento marcado en el número de casos de **leptospirosis** informados, debido a las fuertes lluvias

durante la temporada de huracanes. De los 921 presuntos casos, se confirmaron 328. La vigilancia de la zoonosis continuó para las siguientes enfermedades: leptospirosis, **brucelosis bovina**, **tuberculosis bovina**, **virus del Nilo Occidental**, **encefalopatía espongiiforme bovina** y **salmonella enteritidis**.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La **diabetes mellitus** es una causa importante de morbilidad y mortalidad en Jamaica y representa una carga significativa para los servicios médicos. En 2002, la duración promedio de hospitalización para los casos de diabetes fue 8,3 días, en comparación con 6,3 días para todas las afecciones. En el Informe de la Encuesta sobre Estilos de Vida de Jamaica de 2000 (15), se estableció que el 6,3% de los hombres y el 8,2% de las mujeres tenían diabetes. Con la edad, el aumento fue pronunciado. Según la encuesta, el grado de concienciación sobre la diabetes entre las personas clasificadas como diabéticas fue del 76,3%. Casi la tercera parte de las personas clasificadas como diabéticas no estaban en tratamiento, y el 60% de las que informaron estar medicadas no tenían controlada la enfermedad.

Enfermedades cardiovasculares

La **hipertensión** y otras **enfermedades del sistema circulatorio** constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad y generan una carga significativa en los servicios de atención médica. En 2002, las visitas para curaciones de atención médica primaria por diabetes e hipertensión representaron el 25,9% de todas las visitas para curaciones que se realizaron a centros públicos de salud, con una proporción hombres-mujeres de 1:4.

En ese mismo año, las enfermedades del sistema circulatorio representaron el 7,7% de todos los diagnósticos de alta hospitalaria, en comparación con el 5,9% de la década anterior. Esta fue la tercera causa principal de morbilidad en los diagnósticos de alta hospitalaria en 2002 con una proporción hombre-mujer de 1:1,2. La duración promedio de hospitalización para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares fue 8,7 días, comparada con el promedio de 6,9 días para todas las enfermedades en 2002. En ese mismo año, las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon el tercer lugar en cuanto a costo de atención hospitalaria en las cuatro regiones sanitarias del país (35). En el Informe de la Encuesta sobre Estilos de Vida de Jamaica de 2000 (15) se registró una prevalencia de hipertensión del 19,9% entre los hombres y el 21,7% entre las mujeres; la prevalencia se incrementó con la edad en las poblaciones rurales y urbanas y en ambos sexos. De las personas que tienen hipertensión, el 42% estaba en tratamiento y, de este grupo, el 37,7% había logrado disminuir o mantener la presión arterial en 140/90 o menos.

Neoplasias malignas

En 2002, se registraron 3.769 diagnósticos de alta en hospitales públicos (4% de los diagnósticos de alta hospitalaria totales) por **neoplasias malignas** con una distribución equitativa entre sexos. Los tipos de neoplasias en el caso de los hombres, en orden de frecuencia decreciente, fueron: tráquea, bronquios y pulmones; próstata; leucemia; y linfoma no Hodgkin, lo que representaba el 56% de todos los cánceres. Para las mujeres, el orden era: mama; cuello uterino; otras neoplasias malignas de los órganos genitales femeninos; tráquea, bronquios y pulmones; leucemia; y linfoma no Hodgkin, lo que representaba el 56% de todos los cánceres. El Registro de Cáncer funciona fuera de la UWI y fundamentalmente recolecta datos de la región de Kingston-St. Andrew. En 2003, se llevó a cabo un estudio (36) que demostró que los cánceres ginecológicos representaban el 26,8% de todos los tipos de cánceres entre las mujeres de la región. El cáncer cervical representó el 62% de los cánceres ginecológicos, con una incidencia de 27,9 por 100.000 mujeres y una tasa de mortalidad del 15,8%.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres naturales

Jamaica es vulnerable a una gran variedad de desastres naturales (huracanes, inundaciones, sequías, aludes y terremotos) y actualmente se están realizando esfuerzos para reducir dicha vulnerabilidad. El cambio de paradigma de preparación para reducir el riesgo se está logrando a través de la capacitación de personal a partir de nuevos conceptos de reducción del riesgo y el uso de la tecnología disponible para minimizarlo. Las recientes experiencias con los huracanes Charlie (2004), Iván (2004), Dennis (2005) y Emily (2005) pusieron de manifiesto la vulnerabilidad de Jamaica, que sufrió pérdidas económicas de millones de dólares.

Violencia y otras causas externas

En Jamaica, la tasa de delincuencia subió estrepitosamente, con homicidios que ascendieron de menos de 200 por año a principios de la década de 1970 a 1.674 en 2005, o 63 por 100.000 habitantes. El aumento afectó a ambos sexos y a todos los grupos de edad, pero en especial a niños, ancianos y mujeres. En la Encuesta Económica y Social de 2005 (1), se informaron 1.292 delitos graves contra niños de entre 0 y 19 años, de los cuales 573 se cometieron contra niños de 14 años o menos. Los delitos graves, incluidos homicidio, violación, delitos de naturaleza sexual y robo, fueron perpetrados por 53 niños de entre 12 y 14 años en 2005 (comparados con 25 en 2003). Ese mismo año, 188 mujeres perdieron la vida en sucesos delictivos, en tanto que en 2001, solo fueron 109. Los homicidios de niños (de entre 0 y 20 años) aumentaron de 145 casos en 2001 a 172 (de entre 0 y 19 años) en 2005.

Sin incluir los casos obstétricos, las lesiones fueron los principales diagnósticos de alta hospitalaria para el período de 1999 a

2002, representando el 11% de todos los diagnósticos de alta hospitalaria. Al dividirse por grupos de edad, las lesiones figuraban entre las tres causas principales en los diagnósticos de alta hospitalaria en los grupos de 1 a 4 años, de 5 a 14, de 15 a 25 y de 26 a 44, lo que resalta el impacto de esta condición en los servicios hospitalarios. Los datos del Sistema de Vigilancia de Lesiones de Jamaica, que está basado en unidades hospitalarias de AyE, revelaron que los hombres representaban el 59% de las visitas de pacientes ambulatorios en 2005. El 76,4% de los casos se debieron a peleas y disputas. Las principales armas que se usaron para causar las lesiones incluyeron objetos contundentes (40%), objetos filosos (35%) y armas de fuego; en el último año, las lesiones con armas de fuego aumentaron 3,1%.

El costo derivado de las lesiones intencionales y no intencionales sigue en aumento, con gastos que ascendían a US\$ 11,3 millones en 1996, US\$ 21,3 millones en 1999 y US\$ 22,6 millones en 2002. Casi la mitad de esta última cifra se concentró en la región sudeste (incluido Kingston). Se calcula que la mitad de los costos por lesiones se debieron a lesiones intencionales. A los efectos de asistir a aquellas personas cuyas lesiones requerían atención inmediata, el personal de salud tuvo que recortar otros tipos de servicios no relacionados con las emergencias, programados con anterioridad; también se produjeron demoras en la atención de pacientes de emergencia cuyas lesiones no eran tan graves.

En el período de 2001 a 2005, fallecieron 1.846 personas en total en accidentes de tráfico. El grupo más numeroso de víctimas fue el de los peatones, seguido de los pasajeros de automóviles particulares, los conductores de automóviles particulares, los ciclistas y los motociclistas. En 2004, 14.046 personas utilizaron los departamentos de Accidentes y Emergencias por lesiones producidas en choques de tráfico, lo que representa un aumento del 20% con respecto a las cifras de 2000.

El costo de la atención de salud por accidentes de tráfico en 2005 se estimó en US\$ 8,8 millones. Ese año, 10.339 choques de tráfico cobraron 326 víctimas, de las cuales el 81% eran conductores hombres. En 2005, se realizó un estudio en toda la isla entre 500 conductores hombres sobre conocimiento, actitudes, prácticas y creencias. Los resultados preliminares indicaron que el 12% de los entrevistados eludió el examen oficial de conducción. Un tercio de los encuestados informó haber tenido por lo menos un choque de tráfico desde que obtuvo su licencia de conducir. Entre aquellos que sufrieron choques de magnitud, 16,7% del grupo de edad de 18 a 29 años admitió haber tenido dos o más accidentes importantes; esta cifra aumentó a 36,9% para el grupo de edad de 60 años o más, lo que sugiere un patrón de repetición de choques. La mitad de los entrevistados admitió haber desobedecido los límites de velocidad, el 42% informó que no siempre utilizó el cinturón de seguridad y el 28% reconoció haber bebido antes de conducir.

Salud mental, alcoholismo y adicciones

Los datos de morbilidad revelaron que en 2004 los diagnósticos más importantes de pacientes observados en dispensarios de salud mental públicos comunitarios fueron la esquizofrenia/trastorno psicótico (59,1%), trastornos del estado de ánimo (26,7%), abuso de sustancias (6,1%), trastornos de la niñez y adolescencia (4,3%) y trastornos de ansiedad (3,8%). Con respecto a los dispensarios de salud mental, el análisis por sexos reveló que el 60% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia y el 95% de los diagnosticados con abuso de sustancias eran hombres, mientras que el 71% de los que padecían trastornos del estado de ánimo eran mujeres. Durante 2005, se llevó a cabo un estudio de un año de duración en dos hospitales importantes sobre 147 casos de intento de suicidio. Dos tercios de los casos correspondían a mujeres con una edad promedio de 28 años, si bien un número significativo de casos correspondía al grupo de edad de 15 a 19 años. La sobredosis de drogas fue el método elegido.

Según el Informe de la Encuesta de 2000 sobre Estilo de Vida de Jamaica (15), el 29% de los hombres y el 8% de las mujeres informaron consumir cigarrillos mientras que el 25% de los hombres y el 4% de las mujeres notificaron consumir marihuana.

Problemas ambientales

En 2003, se presentaron 1.127 pacientes en busca de atención por envenenamiento en los departamentos de Accidentes y Emergencias de pacientes ambulatorios de los hospitales públicos. El grupo de edad de menores de 5 años siguió siendo el más afectado, representando el 54,3% de los casos. Esta tendencia no se ha modificado con el correr de los años. Los venenos más habituales son la lavandina, el querosén y los pesticidas. Se informaron 11 casos de envenenamiento con plomo en niños durante el período de revisión, siete de los casos posiblemente se relacionaron con la contaminación del suelo por la eliminación inadecuada de componentes de pilas.

Enfermedades transmitidas a través de la sangre

Todas las unidades de sangre extraídas se evalúan para los siguientes marcadores de infección: VIH, virus linfotrópico humano de células T tipo 1 (HTLV), antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), virus de la hepatitis C (HCV) y sífilis. La tasa de positividad (%) en 2005 fue 2,3 para la sífilis; 1,59 para el HTLV; 0,6 para el HBsAg, 0,47 para el VIH y 0,43 para el HCV. Todos los marcadores mostraron una tendencia decreciente, excepto el HCV (+ 0,13) y la sífilis (+ 0,4).

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

Jamaica participa de todas las convenciones internacionales sobre derechos humanos que reconocen a la salud como un derecho del ser humano. Durante 2004, el Ministerio de Salud se cen-

tró en tres de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) cuyo campo de acción requiere de un rol protagónico del sector salud: ODM 4 (reducir la mortalidad infantil), ODM 5 (mejorar la salud materna) y ODM 6 (combatir el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis). Un informe nacional preparado por el Instituto de Planificación de Jamaica destacó que, según las metas de la ONU, Jamaica está “muy lejos” de lograr reducir la mortalidad infantil y los objetivos de salud materna y se está “demorando” en relación con la meta para el VIH/sida, lo que en términos generales indica que durante la década de 1990 los progresos han sido insuficientes como para alcanzar las cifras planificadas para 2015 (5). El compromiso del gobierno de alcanzar los ODM será reforzado por medidas de políticas específicas adoptadas durante el período del Marco de Política Socio-Económica de Mediano Plazo (MTSEPF). El MTSEPF del período de 2004 a 2007 se apoya en dos pilares: reducción de la pobreza y crecimiento económico, y su sección sobre asuntos de salud se centra en las estrategias para alcanzar los ODM 4, 5 y 6.

La Política de Salud Nacional del Ministerio de Salud (2006–2015) y el plan estratégico complementario para el período de 2006 a 2010 tienen en cuenta las debilidades y fortalezas identificadas en la evaluación del plan anterior. Los indicadores están orientados a los resultados, y las prioridades para el período de 2006 a 2015 se seleccionan en función de las necesidades nacionales y la carga de enfermedad de la isla y tienen en consideración el ODM 8, que se centra en la creación de asociaciones mundiales para el desarrollo. A través de estos datos sobre la salud y de la consolidación de asociaciones sólidas, la Política Nacional de Salud pretende mantener los logros de años anteriores, recuperar el terreno perdido para algunos indicadores, avanzar en la disminución de las amenazas más importantes a la salud de la población —como el VIH/sida y otras enfermedades que son consecuencia del estilo de vida— y mejorar algunos de los indicadores de desarrollo.

El Plan Estratégico Nacional para el VIH/sida para el período 2002–2006 delineó el marco de la política de respuesta de Jamaica a la pandemia general. En mayo de 2005, se lanzó oficialmente la Política Nacional para el VIH/sida, la que incorpora un enfoque basado en los derechos humanos en su respuesta multisectorial al VIH. En 2003, el Gabinete encomendó a cinco ministros clave del sector público la preparación e implementación de programas de trabajo para el VIH/sida dentro de sus respectivos sectores y la información periódica al Gabinete sobre los progresos. En 2005, la cantidad de ministros participantes se amplió a 11, por lo tanto, todos los ministerios del gobierno se vieron comprometidos a integrar cuestiones relacionadas con el VIH/sida dentro de sus operaciones en los niveles correspondientes (1).

Durante el período de 2001 a 2005, se pusieron en práctica o se enmendaron las leyes para promover y proteger los derechos de los niños (Ley de Protección y Cuidado Infantil), brindar una mejor protección a las víctimas de violencia y maltrato doméstico (Ley de

Enmienda de Violencia Doméstica) y velar por los derechos de propiedad de mujeres y hombres en caso de una ruptura matrimonial o de una unión de más de cinco años (La Ley de Derechos de Propiedad del Cónyuge). Otros logros dignos de mención alcanzados durante el período en estudio incluyen el Marco Nacional de Acción para los Niños (2004), una política nacional infantil, una política nacional juvenil y la Ley de Infancia Temprana.

También se realizaron avances en la implementación paulatina de la Política Nacional para la Tercera Edad, la elaboración del Proyecto de Ley de Asistencia Nacional para reemplazar a la Ley de Alivio de los Pobres, y en cuanto al Proyecto de Ley sobre Discapacidad para fortalecer la implementación de la Política Nacional para Personas con Discapacidades. También se implementaron las siguientes leyes sobre medio ambiente: la Política y Plan de Implementación de Aguas; Regulaciones para el Manejo de Residuos Sépticos y Sedimentos; Regulaciones sobre Desechos Peligrosos; promulgación de regulaciones sobre normas de higiene en peluquerías para hombres, salones de belleza y establecimientos públicos relacionados; y regulaciones de salud pública enmendadas sobre atracciones turísticas y piscinas. Jamaica ratificó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en julio de 2005.

Estrategias y programas de salud

La protección de los grupos de población vulnerables contra los riesgos asociados con el acceso limitado a los servicios públicos y la protección de quienes no cuentan con los medios suficientes para cubrir sus necesidades humanas básicas siguieron siendo de suma prioridad para el gobierno. El Programa de Reforma de la Red de Seguridad Social, comenzado en 2000, continuó modernizando la prestación de beneficios de bienestar y seguridad social para las familias y personas necesitadas de una manera más estructurada, focalizada y eficaz. Desde 2002, el programa de Alivio de la Pobreza a través de la Salud y la Educación (PATH) ha otorgado beneficios de dinero en efectivo a las familias pobres con hijos, personas que viven en la pobreza extrema, mujeres embarazadas y lactando, personas mayores y personas con discapacidades, y vincula estos beneficios con la atención de salud preventiva (asistencia clínica de atención primaria) y la educación. El Fondo Nacional de Salud (NHF), establecido en 2002 como un organismo de derecho público y cuyo presupuesto se financia a través de los impuestos del gobierno, proporciona dos categorías de beneficios. Los Beneficios Individuales del NHF brindan ayuda para la compra de medicamentos recetados específicos que se utilizan en el tratamiento y manejo de enfermedades crónicas designadas. Los Beneficios Institucionales del NHF proporcionan ayuda a organizaciones del sector público y privado para proyectos relacionados con la salud. Dentro de esta categoría, el Fondo de Promoción y Protección de la Salud proporciona asistencia financiera para iniciativas que apoyan la

atención de salud primaria, con un énfasis especial en la promoción y prevención de la salud.

Las personas mayores que padecen enfermedades crónicas obtienen beneficios a través del Programa de Medicamentos para la Tercera Edad y la ayuda del NHF. Además, el Consejo Nacional para la Tercera Edad funciona en calidad de asesor del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y suministra información sobre todos los temas relacionados con el bienestar socioeconómico de la población de 60 años y más.

Organización del sistema de salud

La prestación de servicios de salud en el sector público se realiza a través de una red de establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria compuesta por 24 hospitales, incluido el Hospital de la Universidad de las Indias Occidentales. Los hospitales se clasifican en “A,” “B,” “C,” o “Especialistas,” según el nivel de complejidad de los servicios ofrecidos. Hay tres hospitales tipo A, todos ubicados en amplias zonas urbanas y que proporcionan los servicios más especializados; de los tres, uno ofrece servicios obstétricos especializados y otro, servicios pediátricos especializados. Los cuatro hospitales tipo B, al igual que los hospitales tipo A, generalmente se encuentran en zonas urbanas. Prestan servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios en cirugía general, medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría, y admiten derivaciones de hospitales tipo C, de los cuales actualmente hay 11 en el país. Estos hospitales generalmente se encuentran en centros poblacionales rurales, brindan servicios generales para pacientes ambulatorios y hospitalizados y refieren los casos complejos a los establecimientos de tipo B y A. En la actualidad hay cuatro hospitales especializados: uno presta servicios psiquiátricos, otro atención para el cáncer, un tercer hospital presta servicios de rehabilitación y el cuarto, servicios pulmonares especializados. En 2005, el total de camas era 4.736, y había 1,8 camas de hospital cada 1.000 habitantes.

Una estrategia importante del proceso de reforma del sector salud fue la descentralización de los servicios de salud estatales. La aprobación de la Ley Nacional de Servicios de Salud en 1997 llevó a la formación de Autoridades Regionales de Salud (Sureste, Noreste, Occidental y Meridional). Cada región tiene una responsabilidad administrativa directa sobre la prestación de servicios de salud pública dentro de un área geográfica definida. Una evaluación de 2003 (37) sobre el impacto de la descentralización reveló niveles mínimos de mejoría en la planificación de la salud, prestación de servicios, responsabilidad y transparencia, y participación comunitaria. Si bien se mostró un éxito moderado en el área de control de costos, se observaron efectos negativos en las áreas de aptitud del personal, administración financiera y capacidad organizativa. Una evaluación realizada en diciembre de 2001 sobre las funciones esenciales de la salud pública identificó las siguientes funciones como las más débiles: aseguramiento de la calidad, promoción de la salud, investigación, y desarrollo de

recursos humanos y planificación. Para la elaboración del nuevo plan estratégico nacional de salud se enfatizó el fortalecimiento de estas cuatro áreas.

Servicios de salud pública

Jamaica ha defendido el enfoque de la atención de salud primaria desde la década de 1970, y entre sus logros en el uso de esta estrategia figuran una reducción de la desnutrición, la mortalidad infantil y las tasas de fecundidad; un aumento en la cobertura de inmunización; la eliminación de la polio y el sarampión; un mejor estado sanitario; la creación de una sólida red de centros de salud y un nuevo grupo de trabajadores de la salud (entre ellos se incluyen el auxiliar de salud comunitaria y personal de enfermería) y el firme compromiso del gobierno local en los servicios de salud.

Los establecimientos de salud se componen de 316 centros de salud, que varían del tipo 1 al tipo 5, con servicios progresivamente más complejos, desde servicios de salud maternoinfantil exclusivamente en dispensarios de tipo 1 hasta servicios de salud curativos, dentales, mentales y para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual en los otros establecimientos. Los hospitales del sector público proporcionan más del 95% de la atención hospitalaria en la isla. El sector privado domina los servicios farmacéuticos y de diagnóstico y brinda casi la mitad de la atención ambulatoria a través de una amplia red de profesionales que ofrecen servicios especializados y de práctica general. Las organizaciones no gubernamentales y otros grupos prestan servicios de salud mediante un sistema de honorarios nominales.

Once hospitales (que representan el 70% de la población de pacientes en la atención pública) tienen en funcionamiento un sistema computarizado de Administración de la Salud del Paciente (PAS). El sistema básico de información para la atención secundaria está respaldado por el PAS. El sistema de atención primaria no es computarizado. Hay una gran diversidad de bases de datos para varios programas que provocan la fragmentación del sistema de información sobre la salud. Se ha encomendado a una comisión de estadísticas vitales, nombrada por el Gabinete en 2004, que garantice la producción de estadísticas vitales de manera oportuna y precisa. A tal fin, la OPS hizo posible una auditoría en 2005 y en este momento se están implementando recomendaciones.

La vigilancia de la enfermedad se realiza mediante la utilización de sistemas tanto activos como pasivos, e incluye establecimientos centinelas privados y públicos de atención primaria, hospitales, laboratorios y hoteles seleccionados. Hay vigilancia sindrómica centinela para la fiebre, fiebre y erupción cutánea, gastroenteritis y accidentes y violencia. Los datos obtenidos de los distintos sistemas de vigilancia se difunden a nivel nacional a través de boletines y a nivel internacional a través de informes semanales al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). En 2004, los informes puntuales superaban el 95%. Los sistemas de

Promoción de estilos de vida saludables en Jamaica

Las tres causas principales de mortalidad en la población en Jamaica son las enfermedades crónicas no transmisibles, que representan la mitad del total de defunciones anuales; el VIH/sida, con una prevalencia de 1,5% en los adultos y en el segundo lugar como causa de muerte entre los hombres y mujeres de 30 a 34 años; y los homicidios, que alcanzaron proporciones epidémicas en 2005, con una tasa de 63 muertes por 100.000 habitantes. El gobierno ha formulado una Política Nacional para la Promoción de Estilos de Vida Saludable, que conjuga los esfuerzos del sector público, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales, y alienta a los niños y niñas, adolescentes y adultos jóvenes a adoptar buenos hábitos, como el ejercicio físico, la buena nutrición y comportamientos sexuales responsables, y a aumentar su autoestima y resiliencia.

vigilancia de clase I, orientados a informar las enfermedades transmisibles, también incluyen casos como defunciones maternas, fiebre reumática, accidentes y envenenamiento. El Sistema de Vigilancia de Lesiones de Jamaica sigue funcionando desde los hospitales públicos más importantes. La vigilancia para los casos de VIH/sida se realiza mediante el hallazgo de casos y la vigilancia activa y pasiva. La vigilancia activa se realiza a través del contacto con laboratorios, hospitales, hospicios y médicos públicos y privados. Continuó la colaboración con el Laboratorio Nacional de Salud Pública, el Hospital de la Universidad de las Indias Occidentales y el CAREC para la confirmación de los casos de las enfermedades.

En Jamaica, el agua potable se suministra principalmente a través de agencias públicas tales como la Comisión Nacional del Agua (71%) y los consejos de los condados (suministros rurales de agua) y por parte de diversas compañías privadas. El control de la calidad del agua es responsabilidad conjunta del Ministerio de Salud, la Comisión Nacional del Agua y la Oficina de Regulación de Servicios Públicos. Se estableció un programa de vigilancia del agua de manera conjunta entre el Ministerio de Salud y la Comisión Nacional del Agua. El Ministerio establece los niveles residuales de cloro y, en menor medida, realiza análisis bacteriológicos, mientras que el control que ejerce la Comisión Nacional del Agua es de mayor frecuencia y complejidad.

Un informe de 2004 de la OPS (38) planteó inquietudes con respecto a la manera en que se realiza el control de calidad del agua a nivel de los condados, en cuanto a la cantidad de muestras versus la población atendida, la frecuencia del muestreo, y la disparidad de las normas aplicadas entre los condados.

El censo nacional de 2001 (12) indicó que aproximadamente 20.000 hogares (2,6%) no disponían de instalaciones para la eliminación de excretas, mientras que aproximadamente 119.000 hogares (15,9%) no contaban con instalaciones para higienizarse (ducha, fregadero) dentro de su vivienda.

Si bien en 2003 hubo un aumento del 50% en el número de casos de enfermedades diarreicas en el grupo de edad de menores de 5 años en comparación con 2002, los esfuerzos nacionales

para tratar estas enfermedades se están centrando en los aspectos curativos y la educación de la salud, y no en la calidad del agua y el saneamiento. El manejo de los desechos sólidos en Jamaica está legislado a través de la Ley Nacional de Manejo de Desechos Sólidos con sus correspondientes regulaciones para la concesión de licencias, tasas, reciclado y manejo de desechos peligrosos. La Autoridad Nacional de Manejos de Desechos Sólidos es la agencia gubernamental reguladora que supervisa este sector y cuatro vertederos de desechos en un sistema compartido de eliminación de desechos sólidos. La recolección de desechos sólidos se subcontrata a empresas privadas a través de un arreglo entre el sector público y el privado. Aunque hay cuatro vertederos en toda la isla, ninguno cumple con los requisitos mínimos necesarios para calificar como rellenos sanitarios. La Evaluación Regional de la OPS de 2002 sobre el Manejo de Desechos Sólidos en América Latina y el Caribe (39) informó que los jamaicanos producen 2.670 toneladas de desechos sólidos diariamente (56% orgánicos en composición). Se informó que la cobertura para la recolección municipal de desechos sólidos era del 63%.

Según un informe de 2001 sobre el Estado del Medio Ambiente, preparado por el Instituto de Estadísticas de Jamaica (40), las actividades de minería y explotación de canteras son responsables del 50% de las emisiones al aire en Jamaica. El censo de 2001 (12) indica que el 43% de todos los hogares quema sus desechos sólidos. Los cuatro vertederos para la eliminación de desechos sólidos en la isla están frecuentemente en llamas y, por lo tanto, contribuyen a la contaminación del aire y la producción de otros efectos ambientales perjudiciales para la salud de los residentes de las cercanías.

Con más de 150 hoteles autorizados y 13.500 habitaciones, Jamaica depende en gran medida del turismo. Se ha promocionado y desarrollado el turismo masivo en particular. En 2004, los visitantes de la isla, incluidos los pasajeros de cruceros, sumaron 2,5 millones, una cifra casi equivalente al total de la población nacional. Los sectores turístico y económico, a su vez, dependen en gran medida de los recursos naturales del país y, por lo tanto, son vulnerables a cualquier degradación de los recursos costeros. En

décadas recientes, los impactos negativos consecuencia de desarrollos urbanos y turísticos mal planificados, incluida la introducción de prácticas inadecuadas de saneamiento y eliminación de desechos sólidos, han afectado la calidad del agua y los ecosistemas en las proximidades de las costas, especialmente en los destinos turísticos del norte y noroeste (41). Según un estudio de 2000 sobre los efectos negativos del turismo en la ecología de Jamaica, los turistas consumen 10 veces más agua y producen 3 veces más desechos sólidos que el residente promedio (42), y los desechos generados por las embarcaciones (cruceiros y barcos comerciales) generalmente se vierten en el mar.

El gobierno ha llevado a cabo algunas iniciativas positivas con el apoyo de agencias internacionales y organizaciones locales no gubernamentales. Entre ellas se encuentra la introducción del Certificado Green Globe en 2005; los primeros cinco hoteles del mundo en recibir el Certificado Green Globe 21 se encuentran en Jamaica. (Green Globe 21 es una asociación mundial, un parámetro de referencia y un sistema de certificación destinado a alentar un turismo sustentable, ecológicamente responsable y basado en los principios de la Agenda 21 para el desarrollo sustentable aprobada por 182 Jefes de Estado en la Cumbre de la Tierra de la ONU en Río de Janeiro en 1992.) Se han producido resultados importantes en la reducción del consumo de agua, productos químicos y energía, así como en la producción de desechos sólidos (41). El certificado Bandera Azul (*Blue Flag*), un programa de certificación internacional voluntaria, se implementó en Jamaica en 2005 como una herramienta ambiental para estimular la planificación adecuada y la administración de la recreación costera. Mediante el sistema de premios, se otorga el derecho a izar una bandera azul a las playas que cumplen con criterios rigurosos relacionados con factores como la calidad de las aguas de baño, la limpieza y la seguridad; cinco playas obtuvieron esta distinción en 2005 (1).

Casi una década atrás, la diarrea de los viajeros se reconocía como uno de los problemas de salud más importantes que afectaba a los turistas que visitaban Jamaica. Una encuesta llevada a cabo entre marzo de 1996 y mayo de 1997 (43) indicó que uno de cada cuatro turistas en Jamaica padecía de diarrea durante su estadía. El Ministerio de Salud, en colaboración con el Ministerio de Turismo y asociaciones hoteleras, ha implementado intervenciones para reducir la diarrea de los viajeros en hoteles en Negril y Bahía Montego, que se han extendido progresivamente a todos los condados que ofrecen atracciones turísticas. Entre estas intervenciones se incluyen la capacitación de gerentes y supervisores de hoteles en el Análisis de Peligros en Puntos Críticos de Control (ARICPC), la certificación de manipuladores de alimentos y la certificación de hoteles. En 34 hoteles de siete condados se estableció un sistema de vigilancia de la diarrea, infecciones respiratorias agudas y accidentes entre los huéspedes y el personal. Actualmente, las cuatro regiones turísticas principales dan parte a los departamentos de salud pública local y al Mi-

nisterio de Salud, y la tasa nacional de incidencia de diarrea de los viajeros se encuentra por debajo del 5%. Las tasas de accidentes también han disminuido tanto para el personal como para los huéspedes en los últimos años; en los casos en que las tasas permanecen proporcionalmente altas, los departamentos de salud pública local trabajan con hoteles en particular para identificar y resolver cuestiones de seguridad.

La capacitación en el ARICPC se considera una prioridad para reducir los riesgos en la industria hospitalaria de enfermedades transmitidas por los alimentos. Las investigaciones llevadas a cabo en colaboración con el CAREC y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos a causa de un mayor número de informes sobre brotes de enfermedades transmitidas por alimentos en hoteles, con posterioridad al huracán Iván en 2004, dieron lugar a intervenciones para controlar la calidad de los huevos. Se utilizó un nuevo manual de políticas y procedimientos para operar 65 centros de capacitación de manipuladores de alimentos en toda la isla en 2004. Esto dio como resultado un aumento del 38% en el número de manipuladores de alimentos entre 2003 (25.281) y 2004 (34.808).

En 2005, se informaron 116 accidentes laborales al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, un aumento del 16% con respecto al año anterior. De estos casos, el 66% reunió los requisitos para ser sometido a investigación. Se notificaron seis defunciones relacionadas con incidentes en el lugar de trabajo. Sin embargo, hay una grave falta de notificación de casos en esta área.

Luego de la temporada de huracanes de 2004, el gobierno de Jamaica encargó la actualización del código de edificación nacional. La temporada de huracanes de 2005 acentuó aún más la vulnerabilidad de Jamaica a inundaciones y desprendimientos de tierras. Se están promocionando medidas de reducción de riesgos para ayudar a garantizar el funcionamiento de los servicios esenciales durante huracanes y tormentas tropicales.

En 2003, se lanzó un programa nacional para la vigilancia del virus de las Indias Occidentales. Jamaica está también sumamente alerta a la potencial transmisión de la influenza aviar a las poblaciones de pájaros silvestres locales y las aves de corral de uso comercial. La vigilancia de la influenza aviar se implementó en 2005 en colaboración con el Ministerio de Agricultura y la Asociación de Aves de Corral. Hasta la fecha, no se han registrado casos de influenza aviar altamente patógena en la población de aves de corral de uso comercial. La aparición de este tipo de influenza aviar tendría graves consecuencias para la economía nacional y repercutiría directamente en la seguridad de los alimentos, dado que el 86% del consumo de proteínas de la población proviene de las aves de corral.

Se realizan pruebas de detección en busca de extractos bovinos en todos los productos farmacéuticos que contienen ingredientes de origen animal. En 2003 se dispuso una prohibición en la carne de res y los productos con carne de res importados de diversos países y sigue vigente en algunos casos.

Servicios de atención a las personas

Durante el período de 2001 a 2005, la atención se centró en la reorganización de los servicios de salud mental. En la actualidad, el énfasis está colocado en la desinstitucionalización, la integración del componente de salud mental dentro de la atención de salud general, y la capacitación y recapacitación de los trabajadores de salud mental y reasignación en la comunidad. La prestación de la atención de salud mental se realiza a través de servicios secundarios y ambulatorios. Hay un hospital psiquiátrico (Bellevue) y dos unidades psiquiátricas. Once de los hospitales generales también ofrecen servicios psiquiátricos. Actualmente funcionan 11 dispensarios de salud mental en toda la isla, ya sea a través de centros de atención de salud primaria o dispensarios de consulta externa de hospitales generales. Además, varias iglesias brindan servicios comunitarios de salud mental. En 2005, el Hospital Bellevue observó una disminución en la estancia hospitalaria de pacientes hospitalizados por casos agudos a 14 días para mujeres y 28 días para hombres, en comparación con 60 días antes de 1998. Este logro formó parte de un esfuerzo constante de reintegrar a los pacientes lo antes posible a sus familias y comunidades.

Los servicios de salud mental orientados a niños y adolescentes se han expandido de tres sitios en la región sureste a una red descentralizada de dispensarios en las cuatro Autoridades Regionales de Salud. Además de los servicios clínicos, el nivel central brinda a las regiones asesoramiento y apoyo técnico, incluida la capacitación en el manejo de niños y adolescentes con problemas de salud mental. En 2005 se desarrollaron pautas para el manejo del maltrato infantil, y 100 trabajadores de la salud recibieron capacitación en este campo.

El mandato del Consejo Nacional sobre el Abuso de Drogas es el alivio del abuso de drogas a través del desarrollo y la implementación de programas eficaces de prevención de la drogadicción. Las poblaciones objetivo incluyen a los jóvenes con alto y bajo nivel de alfabetización, los padres, la comunidad en su conjunto, el lugar de trabajo y los clubes de servicio. Las actividades incluyen la generación de información sobre el abuso de sustancias basada en evidencia, la capacitación, la promoción de la salud, la movilización social y la defensa. En 2005, se lanzó una red de bases de datos de información sobre venenos y sustancias venenosas, que operará fuera de la Universidad de Tecnología.

Los servicios de rehabilitación ofrecidos en el sector público incluyen fisioterapia, trabajo social, terapia del habla y terapia ocupacional. Los terapeutas privados proporcionan una variedad de servicios, aunque generalmente están disponibles solo en los grandes centros urbanos. El Centro de Rehabilitación Sir John Holding en Kingston, que cuenta con 71 camas, ofrece servicios de rehabilitación a corto y largo plazo. Las organizaciones no gubernamentales en el Centro brindan apoyo a las personas con discapacidades mediante prótesis, zapatos ortopédicos y sillas de ruedas; dirigen un taller de artesanías y ayudan con la provisión de educación, capacitación en destrezas y vivienda.

La prestación de servicios dentales se realiza esencialmente a través de la atención primaria. Los dentistas realizan extracciones en su mayor parte, mientras que el trabajo del personal de enfermería dental se centra fundamentalmente en el segmento poblacional de 0 a 18 años e incluye los procedimientos de restauración y prevención.

El tratamiento oncológico, la atención intensiva y la diálisis renal se ofrecen en los tres hospitales tipo A. Además, la atención intensiva se ofrece en un hospital especializado: el Hospital de Niños Bustamente en Kingston. Dos establecimientos privados y uno no gubernamental ofrecen servicios diarios de diálisis.

Los laboratorios de salud pública ofrecen servicios de pruebas de laboratorio en los hospitales públicos más importantes. El Laboratorio Público Nacional con sede en Kingston es un establecimiento de referencia que ofrece servicios en microbiología, citología, hematología, análisis bioquímicos, histología, inmunología, y pruebas ambientales.

El Servicio Nacional de Transfusión de Sangre atiende tanto a pacientes públicos como privados y recibe sangre de 10 centros de extracción. La toma de muestras de sangre alcanzó el punto más bajo en 2005 con 22.000 unidades, una cifra insuficiente para cubrir la demanda nacional y que representa una disminución del 6% con respecto a los niveles de extracción de 2004. La mayoría (90%) de las unidades se extraen de miembros de la familia y donantes de reposición. Solamente el 10% de los donantes se considera voluntario. En respuesta a la escasez de sangre a nivel nacional, se han formado nuevas asociaciones exitosas con el sector privado, los medios de comunicación e instituciones académicas de nivel secundario y terciario para alentar la donación voluntaria de sangre.

Muchos otros programas dentro del Ministerio de Salud también han adoptado un amplio enfoque intersectorial, incluidos los programas del VIH/sida, salud mental, promoción de la salud y estilos de vida saludables, salud ambiental, nutrición y prevención de la violencia. Los socios incluyen organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, instituciones académicas y grupos comunitarios, entre otros.

Promoción de la salud

La Política Nacional de 2004 para la Promoción de Estilos de Vida Saludable en Jamaica incorpora los sectores público y privado, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y a las comunidades en un enfoque intersectorial para abordar las prioridades nacionales de salud. El objetivo de la política es disminuir la incidencia de enfermedades crónicas (cardiopatía, diabetes, hipertensión, obesidad y cáncer del cuello uterino) y también desalentar la práctica de conductas sexuales de alto riesgo y las que derivan en violencia y lesiones, a través de la adopción de conductas que promuevan la salud por parte de la población general y, en particular, los niños más pequeños, adolescentes y

adultos jóvenes. Otros elementos conductuales clave fomentados a través del plan estratégico de la política incluyen la actividad física, hábitos nutricionales saludables, la prevención o el abandono del hábito de fumar, el desarrollo de la autoestima, la resiliencia y destrezas para desenvolverse en la vida.

Durante el período de revisión de 2001 a 2005, el Ministerio de Salud supervisó y facilitó varios programas e intervenciones para abordar las cuestiones relacionadas con la violencia. Estos incluían la Iniciativa de Estilos de Vida Saludable dirigida a la comunidad en el área propensa a la violencia de Mountain View de la región sureste, y el proyecto CAMP Bustamante (Proyecto de Mitigación del Maltrato Infantil), una iniciativa respaldada por UNICEF, que funciona fuera del Hospital de Niños Bustamante e identifica a los niños de la comunidad que han sido víctimas de maltrato sexual o físico o de abandono y lleva a cabo intervenciones orientadas a estos niños y a sus padres o personas encargadas de su cuidado. Se siguieron haciendo progresos durante el período de revisión en relación con el programa Cambio desde Adentro, financiado por la Universidad de las Indias Occidentales (UWI), que promueve el enfoque de la enseñanza centrada en el niño en toda escuela que aborde las necesidades emocionales y el desarrollo social de los niños y apoye el cambio sinérgico positivo en los cuatro planos: individual, padres y hogar, el entorno escolar y la comunidad en su conjunto. En cuarto lugar, en noviembre de 2004, se inauguró la subsidiaria jamaicana de la Alianza para la Prevención de la Violencia. De alcance internacional, la Alianza para la Prevención de la Violencia es una iniciativa no gubernamental intersectorial que promueve la prevención de la violencia a través del intercambio de información y el fortalecimiento de las políticas relacionadas con este tema.

Alentar la participación masculina en los servicios preventivos y curativos de atención de salud sigue siendo un desafío en Jamaica. En 2005, se desarrolló y difundió información sobre planificación familiar específicamente orientada a los hombres. El Ministerio de Salud ha iniciado un enfoque integrado hacia la salud familiar que le sigue a un enfoque anterior basado en el ciclo de vida y esto se refleja en el nuevo manual borrador sobre salud familiar. Durante el período de 2001 a 2005, los esfuerzos se dirigieron a la integración de la salud adolescente y el cuidado de las personas de edad dentro de los servicios de atención de la salud a nivel primario.

Recursos humanos

El sector de salud continúa enfrentando una importante escasez de personal de salud en muchas categorías clave, a excepción de los médicos. La vacante total de personal de enfermería matriculado aumentó de 17% en 2003 a 26% en 2004. Las tasas de vacantes para los asistentes de enfermería y los enfermeros de salud pública inscriptos aumentaron en un 12% y 13%, respectivamente. El déficit también se observa entre los farmacéuticos, radiólogos, trabajadores de la salud mental comunitaria, educa-

dores de la salud e inspectores de salud pública matriculados. Las razones principales citadas para la escasez crónica de profesionales de los servicios de salud pública son la emigración a Canadá, los Estados Unidos y Gran Bretaña y al sector privado local, además de una insatisfacción general con las condiciones laborales. Además hay una falta de incentivo en los salarios y las remuneraciones para el personal que se desempeña en la atención de salud primaria versus secundaria, que en última instancia aparta a los servicios disponibles de los aspectos más preventivos de la atención de salud. También existen desigualdades en la distribución del personal entre las zonas urbanas y rurales, ya que la mayoría del personal de salud elige trabajar en las ciudades más importantes del país. Si bien el gobierno se ha embarcado en un programa de reclutamiento de profesionales de la salud de otros países, como Cuba y Nigeria, se considera que esta solución es solamente a corto plazo. Se ofrecen programas de capacitación para todas las categorías de personal de salud en los niveles básico y posterior al básico, con varias escuelas de enfermería y universidades disponibles. Sin embargo, debido a las actuales reducciones en la disponibilidad de fondos para capacitación, muchos estudiantes no pueden comenzar o continuar sus estudios planificados. Además, se presentan más candidatos que plazas disponibles. Esto genera números insuficientes de graduados cada año en varias disciplinas. En 2003, el Ministerio de Salud informó 8,5 médicos del sector público y 16,5 enfermeros del sector público cada 10.000 habitantes.

Suministros de salud

En Jamaica existe una producción limitada de medicamentos elaborados con materias primas importadas. La Unidad de Normas y Regulaciones del Ministerio de Salud brinda información sobre las cantidades de medicamentos que se importan y el importador a la Junta Internacional de Control de Narcóticos, como parte de la relación informativa de la Unidad para precursores químicos y sustancias controladas. El Ministerio de Salud regula, supervisa y controla la importación de materias primas, medicamentos, vacunas y reactivos de laboratorio, mediante su aprobación del registro del medicamento y el permiso de importación. Jamaica tiene una pujante distribución privada de medicamentos (comercio minorista). Los distribuidores locales registran el medicamento y obtienen permisos de importación en nombre de los fabricantes. La compra y la distribución de productos farmacéuticos e insumos médicos para el sector de salud pública se realizan a través de un organismo de derecho público del Ministerio de Salud, Health Corporation Limited. Existe un sistema de vigilancia de los productos farmacéuticos para garantizar el mantenimiento de la calidad. El farmacéutico del gobierno y el Laboratorio del Caribe de Pruebas de Medicamentos también brindan su apoyo para garantizar la calidad. Más del 90% de la provisión de vacunas para el programa de inmunización nacional se compra a través del Fondo Rotatorio de

la OPS para la Compra de Vacunas. La lista de Vital, Esencial y Necesario (VEN) se actualizó en 2005 y guía la prescripción del sector público, mientras que el Formulario Nacional de Medicamentos, también elaborado por el Ministerio de Salud, es para un uso más amplio en el sector privado.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

Numerosas conexiones con la Universidad de las Indias Occidentales, el Consejo Caribeño de Investigación Sanitaria y otras organizaciones regionales e internacionales han guiado las iniciativas de investigación y capacitación dentro de los servicios de salud de Jamaica. La primera Conferencia del Caribe alguna vez realizada sobre Ética de la Investigación, organizada por la Universidad de las Indias Occidentales, la Universidad de Miami y la OPS se llevó a cabo en el 2005 en la Universidad de las Indias Occidentales. El uso de técnicas laparoscópicas para diagnóstico y tratamiento ha aumentado las opciones de prestación de servicios y ha contribuido a la disminución de la morbilidad y la duración de la hospitalización para muchas afecciones quirúrgicas. En la actualidad el sector público tiene a su disposición la exploración con tomografía axial computarizada. Además, el sector privado dispone de otras máquinas, como la de imágenes por resonancia magnética y establecimientos para radioterapia de excelente calidad. En 2005 se comenzó a realizar pruebas de recuento de células CD4 y de reacción en cadena de la polimerasa en el sector público.

Gasto y financiamiento sectorial

El financiamiento del sector de salud proviene fundamentalmente de las asignaciones presupuestarias del gobierno que están suplementadas por las tarifas de los usuarios y los ingresos de organizaciones no gubernamentales y socios para el desarrollo internacional. Durante el período fiscal 2004–2005, hubo un aumento del 13,7% en el gasto total presupuestario del gobierno con respecto a 2003–2004. El Ministerio de Salud recibió US\$ 245 millones, lo que representa 4,5% del presupuesto total del gobierno. Aproximadamente el 83,0% del aumento en la asignación para salud se utilizó para pagar las deducciones estatutarias pendientes acumuladas. Las tarifas de los usuarios, que se recaudan de los pacientes en los centros de salud, hospitales, y diversos establecimientos gubernamentales, representaron el 14% de la asignación presupuestaria del gobierno y, por lo tanto, son una importante fuente de ingresos para las Autoridades Regionales de Salud. Las cuatro Autoridades Regionales de Salud y el Hospital de la Universidad de las Indias Occidentales recibieron US\$ 215 millones o el 90,4% del presupuesto ordinario del Ministerio de Salud para prestar servicios de salud a la población (25). Los gastos farmacéuticos representaron el 20% del gasto total en salud. El presupuesto del sector de salud pública representó el 2,7% y 2,6% del PIB a precios corrientes en 1999 y 2002, respectivamente (44). El

gasto estatal en salud (es decir, la suma de desembolsos pagada por entidades estatales para el mantenimiento, la restauración o la mejora de la salud como un porcentaje del gasto total de salud) fue 56,7%, mientras que los gastos privados representaron el 43,3%. Los gastos directos netos de los gastos de hogares para la atención de la salud representaron 63,6% de los gastos de salud privada. Los datos sobre el gasto del período fiscal 2004–2005 revelaron que el costo de recursos humanos representó 82,6% del total del gasto ordinario para las Autoridades Regionales de Salud, en comparación con el 79,3% en el período 2003–2004, lo que es indicativo de un claro riesgo de que los gastos de salud que no corresponden a salarios están siendo exprimidos, produciendo un impacto en la prestación de servicios. Además, el gasto total estatal en salud siguió siendo virtualmente el mismo entre 1998 y 2004, período durante el cual el porcentaje del gasto osciló de 45,7% a 58,6%, con una media de 52,2%. Durante este período, también ha habido una devaluación constante del dólar jamaicano de J\$ 37,2 = US\$ 1 a J\$ 61,4 = US\$ 1, una devaluación del 63%. Esto ha afectado aún más la capacidad del gobierno de brindar servicios de salud adecuados para la población.

Cooperación técnica y financiera en salud

Durante el período de revisión de 2001 a 2005, Jamaica recibió asistencia de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), el Banco Mundial, y la Unión Europea, entre otros. Hasta el final de 2005, la nueva Asistencia Oficial para el Desarrollo sumó un total de US\$ 19,8 millones.

En 2002, el Banco Mundial otorgó al gobierno de Jamaica un préstamo de US\$ 15 millones para su programa de control del VIH/sida. A este respaldo le siguió en 2003 un subsidio de US\$ 23 millones del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Referencias

1. Jamaica, Instituto de Planificación de Jamaica. Encuesta Económica y Social de 2005.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Sitio Web de las repercusiones económicas del turismo.
3. Instituto de Planificación de Jamaica; Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Programa de las Naciones Unidas y el Caribe para el Desarrollo. Evaluación macro-socio-económica y ambiental del daño causado por el Huracán Iván, 10–12 de septiembre de 2004. Kingston; 2004. [Informe no publicado].
4. Jamaica, Instituto de Planificación de Jamaica. Encuesta sobre las Condiciones de Vida. 2003.
5. Jamaica, Instituto de Planificación de Jamaica. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Jamaica. Abril de 2004.

6. Jamaica, Instituto de Planificación de Jamaica. Encuesta Económica y Social de Jamaica de 2004.
7. Banco Mundial. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Perfil del país de Jamaica.
8. Instituto de Planificación de Jamaica. Marco de Política Socio-económica de Mediano Plazo de Jamaica 2004–2007. Febrero de 2005. Página 32.
9. Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas Capítulo 6: Delito y Globalización en Jamaica. En: Informe de Desarrollo Humano: Jamaica, 2005.
10. Jamaica, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Libro Verde. Revisado en 2006.
11. Jamaica, Instituto de Planificación de Jamaica. Datos de 2004.
12. Jamaica, Instituto de Estadísticas de Jamaica. Censo de Población de 2001.
13. Jamaica, Instituto de Planificación de Jamaica. Encuesta sobre las Condiciones de Vida. 2001; 2004.
14. McCaw-Binns A, Holder H, Spence K, Gordon-Strachan G, Nam V, Ashley D. Método de diversas fuentes para determinar la mortalidad en Jamaica: 1996 y 1998. Informe del consultor para la Organización Panamericana de la Salud. Agosto de 2002.
15. Figueroa JP, Ward E, Walters C, Ashley DE, Wilks RJ. Informe de la Encuesta sobre Estilos de Vida de Jamaica, 2000. [Encuesta no publicada].
16. Jamaica, Ministerio de Salud, Programa Nacional de Control de VIH/ITS. Actualización sobre la epidemia del VIH/sida en Jamaica. Enero–junio de 2005.
17. McCaw-Binns A, Alexander S, Lindo JLM, Escoffrey C, Spence K, Lewis-Bell K, Lewis G. Sobrevivir al embarazo en Jamaica—epidemiología en cambio y desafíos para el siglo 21. [Trabajo no publicado].
18. Jamaica, Ministerio de Salud. Informe. 2004.
19. Jamaica, Ministerio de Salud. Informe del Resumen Clínico Mensual. 2004.
20. Junta Nacional de Planificación Familiar de Jamaica; Instituto de Estadísticas de Jamaica; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Encuesta sobre Salud Reproductiva (RHS) en Jamaica 2002–2003.
21. Jamaica, Ministerio de Salud. Encuesta sobre Anticonceptivos en Adolescentes. 2001.
22. Fondo de Población de las Naciones Unidas; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Respondiendo a los derechos de los adolescentes al desarrollo y la participación en Jamaica: los hallazgos de cinco estudios de investigación en adolescentes en Jamaica. 2002.
23. Eldemire D. Envejecer en Jamaica. 2002.
24. Jamaica, Ministerio de Salud. Informe anual. 2004.
25. Jamaica, Ministerio de Salud. Informe sobre salud familiar. 2005.
26. Jamaica, Ministerio de Salud. Informes anuales sobre tuberculosis. 2003–2004.
27. Jamaica, Ministerio de Salud. Lepra. Informes anuales. 2003–2004.
28. Universidad de las Indias Occidentales, Instituto de Investigación de Metabolismo Tropical, Unidad de Enfermedad Drepanocítica. Informe. 2006.
29. Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (GFATM). Informe del Rendimiento del Subsidio (JAM-304-G01-H). Febrero de 2006.
30. Jamaica, Ministerio de Salud. Informe de la Encuesta sobre Conocimiento, Actitudes, Prácticas (KABP), 2004. Mayo–agosto 2004.
31. Jamaica, Ministerio de Salud, Programa Nacional del VIH/ITS. Noviembre de 2004.
32. Jamaica, Ministerio de Salud. Plan de acción de Jamaica para la Ampliación del Acceso Universal a los Servicios de Prevención, Atención y Apoyo al Tratamiento del VIH. Documento borrador. Abril de 2006.
33. Wedderburn M, Bourne D. Informe sobre la vigilancia del VIH/sida de segunda generación: encuesta sobre vigilancia de la conducta entre las mujeres trabajadoras. Jamaica; agosto de 2005. Página 8.
34. Jamaica, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional KABP. 2004.
35. Jamaica, Ministerio de Salud. Informe. 2002.
36. Blake G, Hanchard B, Gibson T, Wolff C, Samuels E, Waugh N, Simpson D. Incidencia del cáncer ginecológico, Kingston y St Andrew, Jamaica, 1973–1997, y Mortalidad por cáncer ginecológico, Jamaica, 1999. *West Indian Med J.* 2003; 52(4): 273–7.
37. Evaluación del Impacto de la Descentralización e Iniciativas de Delegación. Informe borrador. En: Informe de 2005 sobre el Desarrollo Humano en Jamaica. Mayo de 2003.
38. Organización Panamericana de la Salud. Revisión del Programa de Supervisión de la Calidad del Agua del Ministerio de Salud de Jamaica. 2004.
39. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la Evaluación Regional del Manejo de Desechos Sólidos en Latinoamérica y el Caribe. 2002.
40. Jamaica, Instituto de Estadísticas de Jamaica. El Medio Ambiente de Jamaica en 2001. Informe sobre Estadísticas Ambientales y Estado del Medio Ambiente. STATIN; Febrero de 2002.
41. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Informe sobre las auditorías ambientales para un turismo sustentable, 1997–2005.
42. Kozyr E. Los efectos negativos del turismo en la ecología de Jamaica. Estudios del Caribe, Universidad de York; 2000.
43. Steffen R, Collard F, Tornieporth N, Campbell-Forrester S, Ashley D, Thompson S, et al. Epidemiología, etiología e impacto de la diarrea del viajante en Jamaica. *JAMA.* 1999; 281:811-817.
44. Lewis M. Evaluación del Ministerio de Salud 2001–2005. Plan Estratégico. Informe final. 2005.

MÉXICO



Los Estados Unidos Mexicanos es una república representativa y democrática, compuesta por 32 entidades federativas: 31 estados y un Distrito Federal (la Ciudad de México, capital del país). El Gobierno Federal y los estatales tienen igual jerarquía y sostienen principios de autonomía y de asociación.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

El Gobierno Federal y los estatales cambian cada 6 años y los gobiernos de los municipios lo hacen cada 3 años. Entre 2001 y 2006 gobernó el país un partido político distinto al que había gobernado las siete décadas anteriores. En julio de 2006 se realizaron las elecciones presidenciales, produciéndose un virtual empate entre dos partidos. La escasa diferencia a favor de uno de los partidos prolongó por más de dos meses la decisión del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación (TRIFE) para declararlo oficialmente como ganador, en medio de una crisis política y de protestas masivas.

Determinantes sociales, políticos y económicos

En 2004 la economía mexicana tuvo un crecimiento de 4,2% y en 2005 de 3,0%, mientras que el producto interno bruto (PIB) per cápita creció 1,6% entre 2004 y 2005 y la inflación se mantuvo estable. El PIB per cápita pasó de US\$ 5.110 en 2000 a US\$ 6.230 en 2003 (1). Las remesas enviadas a México han tenido un crecimiento anual mayor de 20% desde 2002 y en 2005 superaron los US\$ 20.000 millones. Ya en 2004 las remesas se aproximaban al 70% de los ingresos por petróleo y al 87% de los ingresos del sector maquilador (2). Las remesas de emigrantes constituyen una fuente de ingresos y de movimiento económico con importante repercusión en poblaciones del interior del país. La población económicamente activa ha mantenido niveles de empleo desde 2001 entre 95% y 96%. En el primer trimestre de 2006 se mantuvo en 96,3% sin diferencias entre hombres y mujeres (3). Seis estados del norte de México, que hacen frontera con los Estados Unidos de América (EUA), reciben cerca de 29% de la inversión extranjera directa, aportan 23% del PIB nacional y concentran cerca de 17% de la población (4). En 2004 el Distrito Federal y el Estado de México aportaron más de 30% del PIB nacional, mientras que estados como Chiapas, Oaxaca, Campeche y Yucatán en conjunto sumaron apenas cerca del 6% (5).

Las tres categorías definidas por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza (CTMP) son: pobreza alimentaria (hogares cuyo ingreso es insuficiente para satisfacer necesidades básicas

de alimentación); pobreza de capacidades (hogares que no pueden satisfacer las necesidades de alimentación, salud y educación), y pobreza de patrimonio (hogares que no pueden satisfacer necesidades de alimentación, salud, educación, vestimenta, calzado, vivienda y transporte público). La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2000) encontró que 24,2% de la población estaba en situación de pobreza alimentaria (42,4% rural y 12,6% urbana); que 31,9% se encontraba en situación de pobreza de capacidades (50,0% rural y 20,2% urbana), y 53,7% en pobreza de patrimonio población (69,3% rural y 43,8% urbana) (6). La ENIGH 2004 mostró una reducción de los niveles de pobreza: la pobreza alimentaria abarcaba 17,3% de la población (27,6% rural y 11,0% urbano); la pobreza de capacidades a 24,6% (35,7% rural y 17,8% urbano) y la de patrimonio a 47,0% (56,9% rural y 41,0% urbana). En términos absolutos significa una reducción de 5,6 millones de personas en pobreza alimentaria entre 2000 y 2004, la mayoría en el ámbito rural. Esta reducción se considera una tendencia positiva, pero no suficiente para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 1) de reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas en situación de pobreza extrema. El principal programa de gobierno para disminuir la pobreza y favorecer el desarrollo humano es el Programa Oportunidades, donde las madres reciben apoyo monetario para favorecer la nutrición, salud y educación de su familia. En 2005 el programa tenía cinco millones de hogares afiliados, previamente seleccionados en función de sus características socioeconómicas (7).

En 2002, 10% de la población más pobre recibía 1,4% del ingreso nacional, mientras que el 10% más rico concentraba 40,5% (8). Los niveles de pobreza en México siguen siendo elevados para un país con ingresos altos, miembro desde 1994 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que reúne a los 30 países más industrializados del mundo y que sitúa a la economía de México en noveno lugar (9).

En los últimos 15 años México ha mejorado su posición en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), y en 2005 se ubicó en la posición 53 con una puntuación de 0,814 (10) y dentro de la categoría de países de desarrollo humano alto. Sin embargo, al estimar el IDH en unidades subnacionales y municipales se observan grandes diferencias de desarrollo. El Informe de Desarrollo

Humano de México 2004 (11) ubicó a 14 estados con un IDH mayor de 0,800 o de desarrollo humano alto, y a los 18 estados restantes como de desarrollo humano medio. El rango varió de 0,883 en el Distrito Federal a 0,707 en el Estado de Chiapas. Este mismo informe agrupó a los estados de México en cinco regiones, correspondiendo el valor más alto de desarrollo humano a la región del Noreste (IDH: 0,873) que comprende a los estados de Coahuila, Chihuahua, Durango, Nueva León, y Tamaulipas (cuatro de ellos comparten fronteras con los EUA). En el otro extremo se hallan los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán (IDH: 0,742) ubicados al sur del país. Cuando se mide este índice a escala municipal, las diferencias de valores son aún más marcadas, y van de 0,38 en el municipio de Metlatónoc en el Estado de Guerrero, a 0,91 en la delegación Benito Juárez del Distrito Federal (11).

El índice de marginación del Consejo Nacional de Población (CONAPO) (12) utiliza datos de cantidad de población, nivel de educación, características de la vivienda y del ingreso, que en suma miden las dificultades para el desarrollo tecnológico, así como la exclusión social de grupos de población que no disfrutan de ciertos beneficios o bienes. El informe de CONAPO de 2000 señaló a los estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Veracruz con muy alta marginación, y el Estado de Chiapas, ubicado en la frontera con Guatemala, tuvo el valor más alto de marginación del país. En Chiapas, 23% de la población mayor de 15 años es analfabeta, 50% de la población del estado no culminó sus estudios primarios, 25% de las viviendas no tiene servicios de agua entubada y 40% tienen piso de tierra (12). Nueve estados federados fueron considerados como de marginación alta: seis con grado de marginación medio; ocho de marginación baja y cuatro con muy baja marginación. El índice de marginación a nivel municipal muestra variaciones aún mayores. Así, de los 2.444 municipios del país, 1.292 municipios tienen marginación alta y muy alta e incluso tienen patrones territoriales históricos definidos y concentración de población indígena. Las brechas, las inequidades y las diferencias de oportunidades entre la población son características de México, en el contexto de una nación pluricultural, multiétnica y multilingüe.

En 1992 la Constitución Mexicana reconoció al Estado Mexicano como pluricultural, aunque no ha tenido repercusiones legales de importancia. A partir del levantamiento armado del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en 1994, se ha avanzado en el reconocimiento de los pueblos indígenas y de las autonomías asentadas en el sur. Las luchas por el agua, el acceso a la tierra y al trabajo son motivo de demanda de los pueblos indígenas, así como los conflictos políticos y religiosos, y el uso y abuso a los recursos naturales de sus territorios, algunos de los cuales han sido privatizados (13). Existen altos índices de corrupción del sistema político, judicial y policial. La falta de seguridad, los asaltos, secuestros y asesinatos se han extendido a pesar de los esfuerzos del gobierno que no ha podido frenar a la delin-

cuencia organizada y a los carteles del narcotráfico que operan en el país y que causaron 1.500 muertos durante 2005 (14).

La tasa de alfabetización de jóvenes entre 15 y 24 años es universal y la tasa de matriculación en primaria para niños entre 6 y 11 años alcanzó 99,4% en 2004. El 90,5% de las mujeres mayores de 15 años sabía leer y escribir en 2000, y 70,5% de la población mayor de 15 años tenía primaria completa (15). La escolaridad promedio era de 7,7 grados aprobados (7,8 en hombres y 7,3 en mujeres) y los estados con más alto nivel fueron Distrito Federal (9,7) y Nuevo León (8,9), y los más bajos Chiapas (5,6), Oaxaca (5,8) y Guerrero (6,3), coincidentemente estos tres concentran la mayor cantidad de población indígena en el país. Los esfuerzos se centran en las entidades federativas con mayor marginación, pero que también presentan porcentajes de matriculación primaria mayores a 97%. Estos indicadores en poblaciones vulnerables como las poblaciones indígenas, la población campesina o los migrantes muestran brechas históricas en el acceso a la educación, por ejemplo que 40% de la población indígena mayor de 15 años no ha concluido la primaria completa.

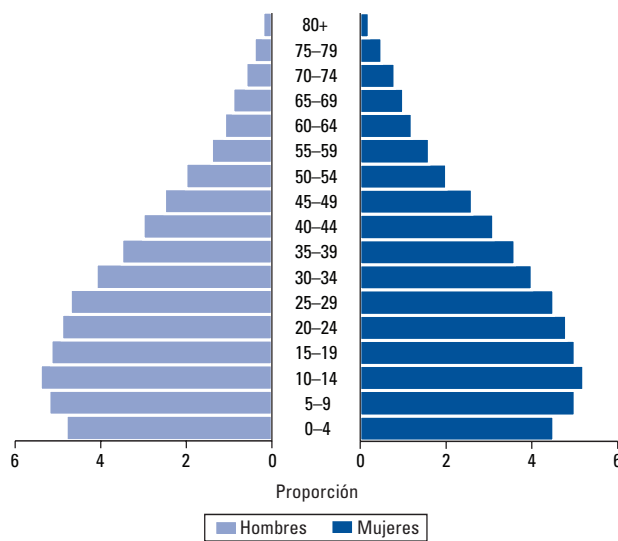
Los problemas ambientales continúan siendo un desafío. La proporción de superficie cubierta por bosques y selva disminuyó entre 1993 y 2002 de 36,6% a 33,4%, con impacto negativo en la conservación de los recursos naturales, el agua y la prevención de los desastres naturales. Como indicador positivo, la proporción de superficie ocupada por áreas naturales protegidas se incrementó de 5,5% en 1995 a 9,1% en 2002 (16).

Demografía, mortalidad y morbilidad

En 2006, la población de México se estimó en 107.525.207 habitantes, 24% de los cuales viven en zonas rurales. La tasa global de fecundidad fue de 2,07 (2,6 en Oaxaca y 1,8 en el DF) y la tasa de crecimiento de 0,99%. La tasa específica de fecundidad por cada 100 mujeres entre los 15 y 19 años se estimó en 4,9, con extremos en el estado de Guerrero (7,1) y el Distrito Federal (1,3). La tasa de mortalidad general fue de 4,5 por 1.000 habitantes (5,0 en hombres y 4,0 en mujeres). Se estima que para 2010 la tasa global de fecundidad disminuirá a 1,97, la tasa de crecimiento será de 0,88% (17) y la población llegará a 111,6 millones. En 1995 la esperanza de vida al nacer era en 1995 de 70 años para los hombres y 75 para las mujeres y en 2006 se estimó en 74 años para los hombres y 78 años para las mujeres (18).

La población adolescente se duplicó en números absolutos en los últimos 30 años. La población de 15 a 29 años era de 30,2 millones en 2004 (28,7% del total) y continúa creciendo (19). La mitad de los jóvenes adolescentes (49,9%) se concentran en apenas siete de las 32 entidades federativas (20). En 2005 la población escolar (menores de 14 años) fue 30% del total y en 2010 disminuirá a 26,7%. Por el contrario, la población en edad productiva (de 15 a 59 años) aumentará de 62,3% a 64,5% para el mismo período y la población mayor de 60 años aumentará de 7,7% a 8,8% (18).

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, México, 2005.



Se estima que entre 2005 y 2025, por el descenso sostenido de la tasa de fecundidad, esta mantendrá una tasa de reemplazo generacional (cada pareja tiene el número de hijos que los reemplazan en la pirámide demográfica) y en 2025 descenderá a 1,85 hijos por mujer. Estos resultados son congruentes con las políticas de población orientadas a satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos; para 2006 se estimó que más de 74% de las mujeres unidas en edad fértil usarían algún método anticonceptivo. En consecuencia, la transición demográfica cambiará la pirámide de población, concentrándose en edades productivas y en personas de la tercera edad (Figura 1).

Entre 2005 y 2025 se producirá el “bono demográfico”, donde existirá una relación ventajosa en la razón entre la población en edad productiva (15 a 59) y la población dependiente (menores de 15 años y mayores de 60). Dada la menor carga de población dependiente en las familias mexicanas, se considera que este período representa una oportunidad para favorecer políticas de desarrollo, la generación de empleos, de formación del capital social y humano y sobre todo una oportunidad para disminuir las desigualdades (21). Este período se caracterizará asimismo por un incremento en las demandas de educación en los niveles medio y superior, de acceso a servicios de salud y a la seguridad social, así como a necesidades habitacionales. El índice de dependencia (relación de la población mayor de 64 años y menor de 15 años respecto al grupo comprendido entre ambas edades) se estimó en 2004 en 61,9% (22).

En 2000 la esperanza de vida saludable (EVISA), considerando los extremos entre los estados, era de 55,2 a 63,1 años en

hombres y de 61,0 a 67,3 años en mujeres. Este indicador mide los años de vida que puede vivir una persona sin discapacidad. Las cinco principales causas de pérdida de años saludables son las lesiones perinatales, los choques y atropellamientos, la diabetes, la violencia y las cardiopatías.

Históricamente ocurre una importante migración de mexicanos hacia los EUA. En 2002 se estimó que los residentes en EUA nacidos en México eran 9.503.928 (23). Se estima que en los EUA residen 24 millones de personas de origen mexicano (nacidos en México o hijos de mexicanos), cifra que representa 11,6% de su población total (24). La tasa de migración neta internacional es de -0,38% anual, con predominio en hombres, y se mantendrá constante hasta 2010. Los estados con más emigración de mexicanos hacia EUA son: Jalisco (18%), Michoacán (12%), Guanajuato (8%) y Zacatecas (8%). Un total de 162 municipios son considerados de muy alto grado de migración, de los cuales 30 están ubicados en Oaxaca, 28 en Michoacán y 25 en Jalisco.

En 1980 las dos primeras causas de mortalidad general fueron las enfermedades infecciosas intestinales, y la neumonía e influenza, que juntas representaron 18,3% del total de defunciones registradas. Estas mismas causas en 2004, solo representaron 3,9% (25). El cuadro 1 muestra las 10 primeras causas específicas de mortalidad para 2004, siendo la diabetes la primera causa de defunción, con 13% del total de defunciones y una tasa específica de mortalidad de 59,0 por 100.000 habitantes. No hay cambios significativos entre las principales causas de muerte en los últimos cinco años, aunque el peso de la mortalidad por diabetes continúa incrementándose, ya que en 2000 representó 10,7% del total de defunciones con una tasa de 46,3 por 100.000 habitantes. El subregistro de mortalidad estimado para el período 2000–2005 fue 0,8% (26).

Según los cuatro grandes grupos de causas de mortalidad, las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales representaron 26% del total de las defunciones en 1990 frente a 13,4% en 2004; las enfermedades no transmisibles fueron causa de 57,8% de las defunciones en 1990 y en 2004 de 73,8%; el total de causas externas representó 13,9% en 1990 y 10,8% en 2004, y las causas mal definidas causaron en 1990 2,3% de las defunciones y 2% en 2004 (25). El cuadro 2 presenta la lista 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud, para agrupación de causas de mortalidad, México 2003 (27).

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

La mortalidad infantil fue 36,2 por 1.000 nacidos vivos en 1990, 23,3 en 2000 y 19,7 en 2004. Si esta tendencia se mantiene constante, se alcanzaría el ODM de reducir en dos tercios la mortalidad infantil para 2015. La mortalidad infantil muestra desigualdades entre estados: en 2004 presentó valores extremos

CUADRO 1. Las 10 primeras causas específicas de mortalidad general en México, 2004.

Código CIE-10	Descripción	Defunciones	%	Tasa ^a	Tasa (año 2000)
A00-Y98	Total	472.273	100,0	448,3	433,0
E10-E14	Diabetes mellitus	62.201	13,2	59,0	46,3
I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	50.461	10,7	47,9	43,5
I60-169	Enfermedades cerebrovasculares	26.975	5,7	25,6	25,2
K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	26.867	5,7	25,5	25,2
J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	18.806	4,0	17,9	15,8
P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	16.501	3,5	15,7	19,3
	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	14.312	3,0	13,6	13,7
J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias bajas agudas	14.215	3,0	13,5	14,3
I10-I15	Enfermedades hipertensivas	12.203	2,6	11,6	9,7
N00-N19	Nefritis y nefrosis	10.774	2,3	10,2	9,7

^aTasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Dirección General de Información de la Secretaría de Salud de México.

CUADRO 2. Causas de mortalidad en México, 2003, según la lista 6/67 OPS.

Grupo de causas 6/67	Código CIE-10	Total	Tasa estandarizada ^a
Todas las causas	A00-Y89	470.692	630,4
Signos, síntomas y estados mal definidos	R00-R99	9.941	12,6
Enfermedades transmisibles	A00-B99, G00-G03, J00-J22	33.289	48,4
Tumores	C00-D48	62.891	82,9
Enfermedades del aparato circulatorio	I00-I99	107.570	143,6
Enfermedades originadas en el período perinatal	P00-P96	17.081	35,7
Causas externas	V01-Y89	51.712	35,7
Las demás	Rest of D50-Q99	188.208	256,7

^aTasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Dirección General de Información de la Secretaría de Salud de México.

en Chiapas (26,3 por 1.000 nacidos vivos) y en el Distrito Federal (14,4 por 1.000 nacidos vivos) (22). El 70% de las muertes infantiles ocurrieron por afecciones perinatales o por malformaciones congénitas, habiéndose reducido las causas infecciosas como las diarreas o las infecciones respiratorias (28). Las infecciones respiratorias agudas bajas representan la primera causa de mortalidad en el grupo de edad de 1 a 4 años (10,3% del total) y una tasa de 8,4 por 100.000 habitantes. La cuarta causa de muerte son los accidentes de tráfico de vehículo de motor (29). La mortalidad en menores de 5 años ha disminuido de 44,2 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 24,0 por 1.000 nacidos vivos en 2004. Sin embargo los esfuerzos son mayores en vista de que el descenso sostenido en la década pasada se debió a las estrategias de control de las enfermedades infecciosas. Por ejemplo, 30% de las muertes en meno-

res de 5 años en 1990 se debió a la diarrea y las infecciones respiratorias agudas, porcentaje que fue 15% en 2004 (28).

Entre 1990 y 2003 la tasa por enfermedades diarreicas (EDAS) en menores de 5 años se redujo casi 84% (de 155,1 a 24,9 por 100.000 habitantes), mientras que en el caso de las infecciones respiratorias agudas, la reducción fue de poco más de 70% (de 142,9 a 42,0 por 100.000 habitantes). En la Encuesta Nacional de Salud 2000, la prevalencia de diarrea (al menos un episodio de diarrea en las últimas dos semanas) en menores de 5 años fue 11,5%, y en la encuesta de 2006 este valor se incrementó a 12,9%. A nivel nacional la variación va de 5,9% en Zacatecas a 21,1% en Chiapas (30). La misma encuesta de 2006 indica que 92% de los menores de 1 año han sido amamantados alguna vez y la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses fue del 20%.

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2004 la tasa de mortalidad del grupo de edad de 5 a 9 años fue 3,4 por 100.000 habitantes. Las primeras causas de mortalidad fueron los accidentes, seguidos por los tumores malignos, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, parálisis cerebral, agresiones y homicidios, otros síndromes de enfermedades infecciosas y desnutrición (31). Las principales causas de morbilidad fueron las infecciones de las vías respiratorias, intestinales, vías urinarias, otitis media, amibiasis, varicela, parasitosis, asma y amigdalitis (32).

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

En el grupo de 10 a 14 años la primera causa de muerte en 2004 fueron los accidentes de tráfico a vehículo motor (14,6% del total de defunciones) con una tasa específica por edad de 4,64 por 100.000 habitantes. En este grupo de edad los suicidios han aumentado, ya que en 2000 fueron la décima causa de muerte con una tasa de 0,98 por 100.000 habitantes y en 2004 fueron la octava causa específica de mortalidad, con una tasa de 1,33 por 100.000 habitantes (33). En el grupo de edad de 15 a 19 años los accidentes de tráfico con vehículo a motor son también la primera causa de mortalidad en 2004, con 20% del total de defunciones y una tasa de 13,9 por 100.000 habitantes. En segundo lugar se ubican los homicidios, con 10,6% del total de defunciones y con una tasa de 7,2 por 100.000 habitantes. En el grupo de edad de 10 a 19 años, la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico con vehículo de motor se incrementó de 8,62 por 100.000 habitantes en 2000 a 9,24 por 100.000 habitantes en 2004. En este mismo grupo de edad, los homicidios y los suicidios representaron en 2004 la tercera y cuarta causa de muerte, con tasas de mortalidad de 4,22 y 3,12 por 100.000 habitantes respectivamente. En 2000, en el grupo de edad de 10 a 19 años, la tasa de mortalidad por homicidios fue 5,41 por 100.000 habitantes y por suicidios fue 2,69. En este grupo de edad, en 2004 para los homicidios la razón hombre:mujer fue 4:1 y para los suicidios fue 2,5:1 (33).

En el período 2000–2004, el inicio promedio de la vida sexual fue de 15,4 años de edad: 13,8 años en el área rural y 16,7 años en el área urbana. En 2000 se registraron 372.000 embarazos de madres en edades comprendidas entre los 10 y 19 años (17,2% del total nacional de embarazos) y un 10% terminó en abortos. La tasa específica de fecundidad en este grupo de edad fue de 70,1 por 1.000 mujeres. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006, 29,6% de los adolescentes entre 16 y 19 años refirió haber tenido relaciones sexuales, y 63,5% de los hombres adolescentes refirió haber usado condón y solamente 38% de las mujeres adolescentes informó que su pareja uso condón.

Salud de los adultos (20–59 años)

En 1990 la tasa de mortalidad materna fue 89 por 100.000 nacidos vivos; 72,6 en 2000; 62,4 en 2004 y 63,3 por 100.000 naci-

dos vivos en 2005. En los últimos cinco años la tasa de mortalidad materna no ha continuado su tendencia a la baja sino que se mantiene estable, la cual no sería suficiente para alcanzar la cifra de 22,3 por 100.000 nacidos vivos en 2015, quinto ODM (34). En 12 entidades federativas se concentra 75% del total de las muertes maternas. En 2004, los extremos entre los estados respecto a la mortalidad materna fueron Guerrero con 116,4 por 100.000 nacidos vivos y Nueva León con 13,1 por 100.000 nacidos vivos (22). La Secretaría de Salud (SSA) a través de la Dirección General de Información inició en 2003 una revisión que trajo consigo una mejora substancial del subregistro y que permitió identificar las áreas donde se concentran las muertes maternas, ligadas a los espacios territoriales históricos de población pobre, indígena y con dificultades de acceso a los servicios de salud. En estas regiones cerca de 20% de los partos son atendidos por parteras tradicionales. En los estados con mayor desarrollo económico las muertes maternas son mayoritariamente por causas indirectas y por problemas de salud de la mujer previos al embarazo, mientras que en los estados del sur, muchas de las causas maternas son prevenibles, como las hemorragias o las toxemias. En 2004, 25% de las muertes maternas se debieron a hemorragias, 30% a hipertensión; 6% a complicaciones de aborto y 12% a otras complicaciones del parto (28). La edad promedio de las muertes maternas se estima en los 29 años. Solo 33% de las muertes maternas ocurrieron en mujeres que tenían algún tipo de seguro, principalmente en la modalidad de la seguridad social. Alrededor de 87% de los partos son atendidos en instituciones de salud y 10% aún tienen lugar en la casa (35). De acuerdo a los datos de la Comisión Nacional de Pueblos Indígenas (CNPI), la mortalidad materna es tres veces más alta en las regiones Tarahumara, Huichola y Cora que en el resto del país, y tiene estrecha relación con los altos índices de desnutrición.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006 encontró con anemia a 20,6% de las mujeres embarazadas frente al 15,5% de las no embarazadas, situación que ha mejorado desde la encuesta de 1999, que arrojó valores de 26,2% y 20,0% respectivamente.

Según CONAPO, se registran alrededor de 600.000 nacimientos anuales en mujeres de 20 a 24 años de edad y alrededor de 300.000 en jóvenes de 15 a 19 años, por lo que 45% de los nacimientos se concentra en mujeres de 15 a 24 años de edad. El 22% de las muertes maternas se registra en mujeres de 20 a 24 años y 13% de las muertes maternas en mujeres de 15 a 19 años (36).

Salud del adulto mayor (60 años y más)

El incremento medio anual de adultos mayores (60 años y más de edad) es de alrededor de 270.000 personas. Las principales causas de muerte en 2000 fueron las enfermedades cardiovasculares para ambos sexos (30% de las muertes de hombres y 33,8% de mujeres); la segunda causa de muerte de los hombres son las neoplasias malignas (14,6%) y en mujeres es la diabetes mellitus

CUADRO 3. Principales causas de mortalidad en personas de 65 años y más, México, 2004.

Código CIE-10	Descripción	Defunciones	%	Tasa ^a	Tasa (año 2000)
A00-Y98	Total	249.267	100,0	4.595,1	4.619,1
I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	37.509	15,0	691,5	686,9
E10-E14	Diabetes mellitus	37.380	15,0	689,1	587,1
I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	20.327	8,2	374,7	404,5
J40-J44. J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16.514	6,6	304,4	295,2
I10-I15	Enfermedades hipertensivas	9.521	3,8	175,5	156,7
K70. K72.1. K73. K74. K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	8.966	3,6	165,3	164,6
J10-J18. J20-J22	Infecciones respiratorias bajas agudas	8.161	3,3	150,4	161,5
N00-N19	Nefritis y Nefrosis	6.323	2,5	116,6	120,5
E40-E46	Desnutrición calórica proteica	6.136	2,5	113,1	133,6
C33-C34	Tumor maligno de tráquea. bronquios y pulmón	4.653	1,9	85,8	87,8

^aTasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Dirección General de Información de la Secretaría de Salud de México.

(15,7%). En hombres la diabetes mellitus es la tercera causa de muerte (11,6%) y las neoplasias malignas en las mujeres (13,4%). Las enfermedades digestivas son la cuarta causa de muerte para ambos sexos (10,2 y 7,7% para hombres y mujeres, respectivamente). La quinta causa de muerte son las enfermedades respiratorias, 7,7% para hombres y 5,9% en mujeres. El cuadro 3 muestra las 10 primeras causas de mortalidad en mayores de 65 años durante 2004, y como referencia comparativa se presentan las tasas de 2000.

Salud de la familia

Entre 20% y 22% de los hogares son encabezados por mujeres (37). El número de unidades domésticas encabezadas por mujeres es de 4,6 millones, mientras que en 1990 era de 2,8 millones. Un rasgo relevante de los hogares con jefatura femenina es que la mitad es de bajos ingresos, lo que a menudo contribuye a propiciar la incorporación de los menores de edad a la actividad económica. Las mujeres jefas de hogar constituyen frecuentemente la única persona adulta en el hogar, lo que las obliga a asumir tanto el papel de proveedora, como las tareas del cuidado y la crianza de los hijos y otras del ámbito doméstico, con la consiguiente sobrecarga de trabajo. Las jefas de hogar son generalmente viudas (35,9%), separadas (24,7%) o divorciadas (18,4%). Este tipo de hogar tiene como promedio 3,6 integrantes y en casi la mitad de ellos reside al menos un menor de 15 años de edad. Los hogares formados por personas solas han registrado un aumento significativo en las últimas dos décadas y en la actualidad son casi 1,5 millones (38).

La más reciente encuesta nacional reveló que 25% de las mujeres había sufrido alguna forma de maltrato (39). En Guadalajara la prevalencia de violencia contra la mujer alcanzó 57% en el área urbana y 44% en el área rural. La tasa de mortalidad por homicidios contra mujeres en 2002 fue 2,5 por 100.000 mujeres (40).

Salud de los trabajadores

Los adolescentes forman una parte importante de la población económicamente activa. En 2000 los hombres menores de 19 años que ingresaron al mercado laboral representaron 44% del total de hombres, y en el caso de las mujeres fue 24%. Si bien la tasa de participación en el campo laboral varía de acuerdo a la edad, 8% del total de adolescentes de 12 a 14 años ya se encuentra en el mercado de trabajo.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atiende anualmente a 370.000 personas por accidentes en el trabajo (41). Los riesgos de accidentes en el trabajo han mejorado, si consideramos que entre 2000 y 2005 la tasa disminuyó de 2,9% a 2,3%. Del mismo modo, las incapacidades permanentes han disminuido en 6,8% y los accidentes de trabajo mortales en 3,1% (42).

Salud de las personas con discapacidad

El censo de población y vivienda de 2000 identificó a 2,2 millones de personas que vivían con alguna discapacidad, la mayoría con limitaciones motrices, en segundo lugar los invidentes o débiles visuales, seguidos de los discapacitados mentales y finalmente las personas con problemas auditivos y del lenguaje. Poco menos de la mitad de este total de discapacitados se halla en el grupo de adultos mayores. Las principales causas de discapacidad se deben a enfermedades previas, seguidas por la edad avanzada, problemas congénitos y lesiones y accidentes (15).

Salud de los grupos étnicos

En términos absolutos, México cuenta con la mayor cantidad de población indígena en las Américas, estimada al 2006 en 13.528.579 personas, que representan 12,6% de la población total. México define como población indígena a las personas ma-

yores de 5 años de edad hablantes de una lengua indígena (HLI); a la población de 0 a 4 años de edad que habita en hogares cuyo jefe o jefa de familia o su cónyuge es hablante de lengua indígena, y a la población que se autoadscribió como indígena (15).

En México, existen al menos 62 lenguas indígenas con 30 variantes dialécticas. Una cuarta parte de los indígenas hablan el Náhuatl, seguido del Maya, Otomí, Tzeltal, Tzotzil, entre otros. Sin embargo, 17 de las 62 lenguas indígenas tienen cada vez menos hablantes y problemas de reproducción ya que cuentan con menos de 500 HLI. Los Estados Mexicanos que concentran proporcionalmente mayor población indígena son: Yucatán (60%), Oaxaca (49%), Quintana Roo (40%) y Chiapas (29%), todos ellos ubicados al sur del país.

Según estimaciones de CONAPO, la mortalidad infantil para la población indígena fue 34,4 por 1.000 nacidos vivos en 2000 y 26,8 por 1.000 nacidos vivos en 2006. El riesgo de morir por causas del embarazo, parto y puerperio es tres veces más alto en una mujer indígena (43). La tasa de analfabetismo en indígenas llega a 44%, mientras que a nivel nacional es 10% (44). La prevalencia de desnutrición infantil en los niños indígenas es 58,3%, y la deficiencia de hierro en mujeres embarazadas indígenas es 60% (44). En Oaxaca el número de médicos por 1.000 habitantes indígenas es 0,13, frente al promedio estatal de 0,94 y nacional de 1,38 médicos por 1.000 habitantes.

La población indígena es predominantemente rural. El 65% habita en localidades con menos de 2.500 habitantes donde persisten factores ancestrales de pobreza, marginación y exclusión social. De los 871 municipios considerados indígenas, 259 (29,7%) aparecen calificados como de marginación muy alta y 363 (41,7%) como de marginación alta (45). En 2000, 36% de las viviendas indígenas no tenían agua entubada y 16,9% no disponía de energía eléctrica, mientras que 43,7% tenían piso de tierra y 62,4% cocinaban con leña (15).

A pesar del desarrollo del sistema de información sanitaria, no ha sido posible incorporar en los registros la variable étnica. Sin embargo, se reconocen los rezagos y la vulnerabilidad en materia de salud en la población indígena, en la que persiste el predominio de las enfermedades transmisibles, alta desnutrición, y presencia de enfermedades prevenibles, así como problemas de alcoholismo, accidentes y violencia (46).

Salud de las poblaciones fronterizas

La frontera común entre EUA y México comprende 3.152 kilómetros. La migración hacia los EUA atrae históricamente a población mexicana y de los países centroamericanos, generando una situación social compleja en los estados de la frontera norte y sur. En su intento por cruzar la frontera norte, en 2005 murieron 516 migrantes, cifra mayor a las registradas en los últimos 10 años (47). Se observa un patrón mixto de enfermedades crónicas y transmisibles, algunas de ellas, como la tuberculosis, hepatitis y VIH/sida, con tasas de incidencia mayores a los promedios na-

cionales (48). Es preocupante el incremento de usuarios de drogas inyectables (UDI) a edades más tempranas, y cada vez más en mujeres, lo que conlleva un mayor riesgo de transmisión de infecciones sexuales (49).

La frontera sur comprende 1.138 kilómetros y se comparte con Guatemala y con Belice. Chiapas es el estado que comparte lazos históricos, culturales, étnicos y ambientales con la región fronteriza de Guatemala. Se estima que el número anual de migrantes ilegales que pasan por la frontera sur es de 120.000 personas, situación que complica la vigilancia epidemiológica ante la posibilidad de ingreso de un nuevo agente o de formas resistentes de enfermedades ya conocidas.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Más de 99% de los casos de **malaria** son ocasionados por *Plasmodium vivax* y muy pocos casos debidos a *P. falciparum* se registran en Tabasco y Chiapas, estados de la frontera. Los vectores principales son el *Anopheles pseudopunctipennis* y el *An. Albi-manus*. En 2005 se registraron 2.967 casos, lo que representa una reducción de 13% con respecto a 2004 (3.406 casos) y de 60% con respecto a 2000 (7.390 casos). En el 2005, 97% de la transmisión se concentró en los estados de Oaxaca (1.432), Chiapas (852), Sinaloa (208), Chihuahua (181), Durango (114) y Tabasco (97). Se ha eliminado el uso del DDT y cancelado su producción y se ha eliminado el rociado intradomiciliar con insecticidas, con la integración de la participación comunitaria en el control de criaderos del vector.

En 26 entidades federativas (con 629 municipios y 43 millones de habitantes) existen condiciones de riesgo para la transmisión de **dengue**. En 2005 se registraron 17.487 casos de dengue clásico con una tasa de 16,43 por 100.000 habitantes, un aumento de 10 veces en relación a 2000, cuando se registraron 1.714 casos. En 2002 el serotipo predominante fue el DENV-2 (dengue virus tipo 2) y en 2005, por primera vez en los últimos 5 años, se registraron brotes por más de un serotipo, lo que incrementa el riesgo de dengue hemorrágico que ha pasado de 67 casos en 2000 a 4.418 casos en 2005. La letalidad se ha mantenido en menos de 1%. En los últimos 2 años circulan los cuatro serotipos, situación que se deriva de la reintroducción del virus del dengue DENV-1 y DENV-4 desde Centroamérica.

Existen condiciones ecológicas propicias para la proliferación de los triatomíneos vectores de la enfermedad de **Chagas** y se han descrito 30 especies entre las que destacan 10 por su importancia epidemiológica. En 2000 se registraron 100 casos, 17 agudos y 83 crónicos y en 2005 se registraron 361 casos, 14 agudos y 347 crónicos (17 con cardiopatía, 1 con megacolon y 329 indeterminados).

Se reconocen como posibles responsables de la transmisión de leishmaniasis a cinco especies: *Lutzomia olmeca*, *L. cruciata*, *L. diabolica*, *L. shannoni*, *L. longipalpis*, que varían en importancia de acuerdo a la localización geográfica de la zona endémica, a la especie de parásito que trasmite y la variedad clínica de la enfermedad a la cual ha sido asociada. La forma cutánea localizada es la de mayor frecuencia (99%), en tanto que los casos de leishmaniasis cutánea diseminada y mucocutánea son refractarios al tratamiento en la mayoría de las ocasiones. La forma visceral se ha registrado anualmente en el Estado de Chiapas desde 1990 y esporádicamente en otros estados. En 2000 se registraron 797 casos y en 2005 se registraron 868 casos nuevos, para un incremento de 9% (50).

En cinco municipios indígenas en Los Altos-Chiapas persiste una zona endémica para el **tracoma**. Desde 2001, la SSA y distintas organizaciones estatales, nacionales y de la sociedad civil han dado un impulso especial al Programa de Vigilancia, Prevención y Control del Tracoma, que ha establecido estrategias como la búsqueda activa de casos, casa por casa, la movilización social y educación para la salud, lo que ha permitido el inicio del proceso de certificación de eliminación del tracoma. El municipio de Oxchuc es el más afectado con más de 50% del total de casos, pero la prevalencia más alta de tracoma activo se registra en el municipio de Tenejapa, con 79 casos.

Enfermedades inmunoprevenibles

Como resultado de las acciones de vacunación, la **poliomielitis**, la **difteria** y el **tétanos** neonatal se mantienen eliminados. El último caso de difteria se presentó en 1991 y de poliomielitis en 1990. Otras enfermedades como el sarampión, la tos ferina, la parotiditis y la rubéola se encuentran bajo control. El esquema de vacunación de México consta de 11 inmunobiológicos: BCG (antituberculosa) al nacimiento; OPV (antipoliomielítica oral) a los 2, 4 y 6 meses de edad; pentavalente (DTP-HB-Hib) a los 2, 4 y 6 meses; SRP (sarampión, rubéola, parotiditis) a los 12 meses. A partir de 2004 se incorporó una dosis de la vacuna antiinfluenza para niños de 6 a 24 meses. En los adolescentes se aplica una segunda dosis de SR (sarampión y rubéola) así como TD (toxoides tetánico-diftérico) y en los adultos mayores de 65 años, se aplica una dosis anual de vacuna antiinfluenza. Desde 2000 a la fecha las coberturas de vacunación en menores de 1 año se han mantenido por encima de 95% en el esquema básico de vacunación y en el grupo de 1 a 4 años las coberturas son superiores a 96%. Las coberturas de vacunación se han logrado a través de la combinación de dos estrategias: la fase permanente de vacunación y las fases intensivas en las semanas nacionales de salud, las que se realizan tres veces al año.

México mantiene la vigilancia activa de la parálisis flácida aguda y entre 2000 y 2005 se han identificado un promedio de 420 casos anuales. El último caso autóctono de **sarampión** se registró en 1996, pero en 2000 se presentó la primera reintroducción del virus con 30 casos en cuatro estados. Durante 2001 y

2002 no se confirmaron casos de sarampión, pero en 2003 se notificaron 44, en 2004 64 y en 2005 seis. Los genotipos virales aislados en este brote indican que se trata de virus provenientes de otros continentes.

En 2000 se notificaron 11.751 casos de **rubéola**, que disminuyeron a 38 casos en 2005. Los casos de rubéola congénita notificados en 2000 fueron cinco y en 2005 se notificó solo caso. La **parotiditis** disminuyó de 27.911 casos en 2000 a 8.425 en 2004 (reducción de 30%). Ambas enfermedades tuvieron una reducción significativa a raíz de la introducción de la vacuna triple viral (SRP) en 1998 al esquema nacional de vacunación.

Se notificaron 53 casos de **tos ferina** en 2000, 137 en 2004 y 349 en 2005. Los casos de **tétanos** se redujeron de 103 en 2000 a 71 en 2005. Se notificaron 119 casos de **tuberculosis** meníngea en 2000, 147 en 2004 y 199 en 2005.

Luego de la incorporación de la vacuna contra la **infección por *Haemophilus influenzae* tipo b** en 1999, los casos descendieron de 131 en 2000 a 56 casos en 2004 y en 2005 se notificaron 39 casos. A partir de la introducción de la vacuna contra la **hepatitis B** en 1997, el número de casos reportados disminuyó de 835 en 2000 a 687 en 2004; el tamizaje de sangre es del 100% en los bancos de sangre del país.

Enfermedades infecciosas intestinales

Entre 2000 y 2004, las enfermedades transmitidas por alimentos más frecuentes fueron la **paratifoidea** (con un promedio anual de 93 casos por 100.000 habitantes) y la **shigelosis** (que disminuyó de 36,51 casos por 100.000 habitantes en 2000 a 21,19 en 2004). La incidencia de otras infecciones intestinales también disminuyó, con 5.203 casos por 100.000 habitantes en 2000 y 4.535 por 100.000 habitantes en 2004.

Enfermedades crónicas transmisibles

El número de casos notificados de **tuberculosis** respiratoria se mantuvo estable, con un promedio de 12.372 casos anuales en el período de 2000 a 2004. La incidencia acumulada anual de todas las formas de tuberculosis entre 2000 y 2004 fue de 15 por 100.000 habitantes, con unos 16.000 casos notificados por año y más de 3.000 defunciones anuales. El área de mayor riesgo la constituyen los estados de Baja California, Chiapas, Nuevo León, Tamaulipas y Veracruz, que concentran 40% de los casos del país. La forma pulmonar de la enfermedad predominó en 80% de las defunciones reportadas en el período 2000–2004. La incidencia de la tuberculosis meníngea fue de 0,12 por 100.000 habitantes en 2000 y de 0,14 en 2004. La estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) alcanza más de 80% del número de casos diagnosticados. La asociación de la tuberculosis con otros padecimientos como diabetes, desnutrición, alcoholismo y VIH/sida se ha incrementado en el período 2000–2004.

La **lepra** no constituye un problema de salud pública en la mayoría de los estados del país. En 2000 la incidencia fue de 0,42 por 100.000 habitantes y en 2004 de 0,24, cuando se detectaron

252 casos nuevos en 26 estados, pero con 77% de los casos concentrados en los estados de Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Sinaloa y Tamaulipas.

Infecciones respiratorias agudas

Las consultas médicas por enfermedades respiratorias agudas disminuyeron de 29.427 por 100.000 habitantes en 2000 a 24.581 en 2004. La incidencia acumulada de neumonía y bronconeumonías disminuyó de 204 a 172 por 100.000 habitantes en el mismo período y la influenza disminuyó drásticamente de una incidencia de 0,57 por 100.000 habitantes a 0,06. El 90% de los casos se concentran en menores de 44 años y el más afectado es el grupo de 5 a 14 años. La tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias, incluidas las neumonías e influenza, en menores de 5 años disminuyó de 51,6 defunciones por 100.000 menores de 5 años en 2000 a 35,3 en 2004.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

La epidemia VIH/sida se inició en México en 1983, presentó un crecimiento exponencial hasta 1994 y se ha mantenido estable desde ese año. Hasta noviembre de 2005 se han acumulado 98.933 casos de sida, siendo la razón hombre:mujer de 5:1. Las estimaciones para 2006 señalan que 182.000 personas viven con el VIH/sida, de las cuales cerca de 45.000 serían mujeres (razón hombre:mujer 3:1). En la población de 15 a 49 años la prevalencia se estimó en 0,3%, mientras que en distintos grupos de riesgos: 15% en hombres que tienen sexo con otros hombres; 3,5% en mujeres trabajadoras sexuales; 20% en hombres trabajadores sexuales; 6% en usuarios de drogas endovenosas, y 4% en presidiarios (51). Entre 1985 y 2005 se registraron 741 casos de sida en adolescentes de 12 a 17 años (52).

Se ha observado en los últimos años un crecimiento de la epidemia en los estados fronterizos del norte, debido al incremento de población usuaria de drogas endovenosas, tanto hombres como mujeres (53). La situación se agrava por la convergencia de poblaciones móviles, especialmente indígenas. En 2004 se registraron 4.723 defunciones por VIH/sida, que representan la décimo sexta causa de muerte en la población total, con una tasa de mortalidad de 4,5 por cada 100.000 habitantes, y la séptima causa de defunción nacional en la población entre 15 a 64 años (54). La tasa más alta de mortalidad por sida en 2004 fue en el Estado de Baja California (9,8 por 100.000 habitantes) y la más baja en Querétaro (1,7 por 100.000 habitantes). La mortalidad por sida en México comenzó a disminuir desde que se inició el acceso al tratamiento con los antirretrovirales (ARV) en 1997 por la Seguridad Social. En 1999 la SSA inició el acceso a los ARV a población no asegurada, logrando en el 2003 el acceso universal a todo paciente registrado con sida y que alcanzó a 25.082 personas. Las estimaciones de 2005 aseguran que más de 30.000 personas con VIH/sida reciben tratamiento gratuito por el sistema de salud mexicano (51). Entre otras actividades de prevención, en 2005 se lanzó la campaña contra la homofobia, a través de spot

radiales difundidos a nivel nacional. Esta campaña, apoyada por ONUSIDA, busca reducir el estigma y discriminación que sufren los hombres homosexuales y que limita el acceso a servicios de salud y a la adherencia terapéutica. Solamente a 5,4% de las mujeres embarazadas se les realiza la prueba VIH (55) y la prevención de la transmisión vertical no está extendida.

En 2004 se registraron 10.403 casos de infección por el virus del papiloma humano, que representa una tasa de 9,8 por 100.000 habitantes, con la tasa más alta en el Estado de Nayarit (60,4 por 100.000 habitantes). Se registraron 595 casos de gonorrea; 990 de sífilis; 48 de sífilis congénita y 245 de chancro blando (56).

Zoonosis

México es país libre de la **encefalopatía espongiiforme bovina**; no obstante, mantiene una vigilancia activa en todo el país. Desde 1996 a 2005 se muestrearon un total de 9.903 animales. Se mantiene una política restrictiva con países afectados por la enfermedad, así como un control en las importaciones mediante una hoja de requisitos zosanitarios. El país está libre de **fiebre aftosa** desde 1954. En forma conjunta con los EUA se mantiene una Comisión Binacional, que cuenta con un laboratorio de alta seguridad para la vigilancia y prevención de esta y otras enfermedades exóticas. En el período 2003–2005 se procesaron 1.134 muestras dentro del proceso de vigilancia y monitoreo de la enfermedad.

Entre 2000 y 2005 se notificaron 20 defunciones por **rabia** humana, dos de las cuales fueron transmitidas por mordedura de perro y el resto de los casos fueron por animales silvestres. Los perros con rabia reportados en 2000 fueron 244, mientras en el 2004 se presentaron 42 casos. Las dosis de vacuna antirrábica canina se ha incrementado de 13,7 millones de dosis en el 2000 a más de 16 millones en el 2005.

La incidencia de **brucelosis** se ha mantenido estable en el período del 2000 al 2004, con una incidencia de 2,18 a 2,98 casos humanos por 100.000 habitantes. Los estados con más altas notificaciones fueron Coahuila, Nuevo León, Sinaloa y Zacatecas y las principales fuentes de infección fueron la leche y sus productos derivados contaminados, sobre todo de caprinos. El número de casos de **teniasis** ha disminuido y la incidencia de la enfermedad en 2004 fue de 0,37 por 100.000 habitantes, mientras que la **cisticercosis** en humanos se ha mantenido estable y ese mismo año la incidencia fue de 0,39 por 100.000 habitantes; para ambas enfermedades las mayores frecuencias se notificaron en los estados del sur del país.

Aproximadamente 6,5 millones de personas enferman cada año por la acción de algún agente infeccioso o parasitario (57), estimándose que dos tercios de esa cantidad se debió a enfermedades de transmisión alimentaria (ETA), lo que significa más de 4 millones de casos.

En todo el país existen diferentes especies de alacranes. Las especies letales se encuentran principalmente en los estados del centro y costa del pacífico. En el 2000 se registraron 208.444

Bono demográfico: los retos asociados

Con alrededor de 100 millones de habitantes, México ocupa en la actualidad el decimoprimer lugar entre las naciones más pobladas del orbe y se prevé que mantendrá esa misma posición durante varias décadas más. Se estima que entre 2005 y 2025, por el descenso sostenido de la tasa de fecundidad, esta mantendrá una tasa de reemplazo generacional (cada pareja tiene el número de hijos que los reemplazan en la pirámide demográfica) y en 2025 descenderá a 1,85 hijos por mujer. En consecuencia, la transición demográfica cambiará la pirámide de población, concentrándose la población en edades productivas y en personas de la tercera edad.

Entre 2005 y 2025 se producirá el “bono demográfico”, donde existirá una relación ventajosa en la razón entre la población en edad productiva (15 a 59) y la población dependiente (menores de 15 años y mayores de 60). Dada la menor carga de población dependiente en las familias mexicanas, se considera que este período representa una oportunidad para favorecer políticas de desarrollo, la generación de empleos, de formación del capital social y humano y sobre todo una oportunidad para disminuir las desigualdades. Sin embargo, los beneficios del “bono demográfico” no son automáticos. Para capitalizarlos, México se plantea educar a las generaciones jóvenes para desarrollar una fuerza de trabajo mejor calificada, invertir o atraer inversiones que generen más y mejores empleos, y proveer una mínima seguridad económica a las personas mayores. El período se caracterizará asimismo por un incremento de acceso a servicios de salud y a la seguridad social, así como a necesidades habitacionales. El reto de atención a los adultos mayores se configura como muy importante, dado que el incremento medio anual de adultos mayores (60 años y más de edad) en México es de alrededor de 270.000 personas.

eventos de picadura de alacrán, lo que representó una incidencia de 209,3 casos por 100 000 habitantes, y en 2005 se registraron 247.976 eventos con una tasa de 232,9, incremento debido al aumento en la cobertura de notificación de casos (58).

En noviembre del 2002 se confirmó por primera vez la presencia del **Virus del Nilo Occidental** (VNO) en México, cuando se identificaron equinos seropositivos en dos estados de la frontera norte, Tamaulipas y Coahuila. A partir de entonces se ha reforzado la vigilancia epidemiológica que ha permitido en el 2004 la confirmación de la presencia del VNO en 30 estados y 141 municipios. Durante 2005 se evidenció la presencia del VNO en 28 estados y 135 municipios; se estudiaron 236 casos sospechosos en humanos, pero todos fueron negativos. Se reportó serología positiva en 931 equinos y 152 aves (59).

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La **desnutrición** crónica en los niños menores de 5 años pasó de 17,7% en 1999 a 12,7% en 2006; la desnutrición moderada de 7,5% a 5%, y en estado de emaciación de 2% a 1,6%. Para el mismo período, la prevalencia de baja talla en los niños de 5 a 11 años disminuyó de 16,1% a 10,4% en los hombres y de 16,0% a 9,5% en las mujeres. Sin embargo el sobrepeso y obesidad en niños entre 5 a 11 años de edad aumentó de 18,6% en 1999 (20,2% en niñas y 17,0% en niños) a 26% en 2006 (26,8% en

niñas y 25,9% en niños). En 2006, uno de cada tres adolescentes tiene **sobrepeso** u obesidad y 37,4% de las mujeres mayores de 20 años tiene sobrepeso y 34,5% tiene obesidad (para un total de 71,9%). El 42,5% de los hombres mayores de 20 años tiene sobrepeso y otro 24,2% obesidad (30). En la población de 20 a 49 años, según las encuestas de salud y nutrición de 1988, 1999 y 2006, la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 34,5%, 61,0% y 69,3%, respectivamente. El incremento debe considerarse como resultado de cambios en la alimentación y cambios en los estilos de vida que están ocasionando serios problemas de salud.

La Encuesta de Salud y Nutrición 2006 estimó que 23,7% de los preescolares, 16,6% de los escolares y 11,5% de los adolescentes tienen **anemia**.

La prevalencia de la **diabetes** se estima en 7,5% a nivel nacional en personas mayores de 20 años: 2,8 millones de mexicanos son diabéticos y ya fueron diagnosticados, y cerca de 820.000 personas serían diabéticos sin saberlo aún (60). Hay una mayor prevalencia en mujeres mayores de 50 años. La prevalencia de diabetes aumenta con la edad y se estima que en el grupo de edad de 70 a 77 años una cuarta parte son diabéticos. Hay mayor prevalencia de diabetes en los estados del norte. La diabetes es la primera causa de muerte en las mujeres y segunda en los hombres y consume importantes recursos para la salud.

Enfermedades cardiovasculares

La incidencia de enfermedades cardiovasculares se ha incrementado en el período 2000–2004, principalmente a causa de la

hipertensión arterial, que pasó de una tasa de 401 a 529 por 100.000 habitantes, con un total de 558.139 nuevos casos en 2004. Los casos de enfermedades isquémicas del corazón pasaron de una incidencia de 60 por 100.000 habitantes en 2000 a 62 en 2004. El grupo de edad más afectado fue el de 65 años y más. La mortalidad por enfermedades del corazón se incrementó en el período, con predominio de las enfermedades del aparato circulatorio y de las enfermedades isquémicas del corazón. La tasa de mortalidad en 2000 por enfermedades del aparato circulatorio fue de 96,6 por 100.000 habitantes, mientras que en 2004 fue de 102,1 y la tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón pasó de 43,5 a 48,0 por 100.000 habitantes. Las entidades federativas con mayores tasas fueron Sonora, Chihuahua, Nuevo León y Distrito Federal.

Neoplasias malignas

En 2000 la tasa de mortalidad por neoplasias de todo tipo fue de 57,1 por 100.000 habitantes y en 2004 se incrementó a 61,0 por 100.000. En todo el período la tasa de mortalidad fue mayor en las mujeres que en los hombres. Los tumores con mayores tasas de mortalidad en estos años han sido de tráquea, bronquios y pulmón, estómago, útero, próstata y mama (61).

En 2002 la tasa observada de cáncer cérvico uterino era de 20 por 100.000 en mujeres mayores de 25 años. A pesar de que esta tasa está descendiendo, este tipo de cáncer es la primera causa de muerte en este grupo de edad. Las mujeres que viven en las áreas indígenas tienen 30% más de probabilidad de morir por esta causa. La tasa de mortalidad por cáncer de mama en 2002 fue de 17,74 por 100.000 en mujeres mayores de 25 años de edad y constituye la segunda causa de muerte en este grupo de edad (35).

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Por la ubicación geográfica, así como por su extensión, México enfrenta fenómenos naturales como huracanes, tanto por el océano Atlántico como por el Pacífico; actividad volcánica; sismos; frentes de frío y de calor; lluvias intensas; inundaciones, deslaves e incendios forestales. El Programa de Prevención de Emergencias y Desastres de la OPS, con información recibida de las autoridades de salud del país para el período 2000–2005, registró 57 eventos clasificados como desastres. El 72% de los eventos (41) fueron clasificados como naturales y 28% (16) como antropogénicos. Los desastres naturales fueron: 14 inundaciones, 7 huracanes, 8 tormentas tropicales, 4 olas de calor, 3 sequías, 2 sismos, 2 erupciones volcánicas y 1 deslave. Los desastres causados por el hombre fueron: 11 accidentes viales por transportes de productos peligrosos, 3 explosiones e incendios en ambientes de aglomeración humana y 2 accidentes industriales. El total de personas afectadas por estos eventos fue de 3.396.106, con 303.800

pérdidas de vivienda y 1.655 personas heridas. Fueron registradas 885 muertes durante el período 2000–2005.

En enero de 2003 se registró un sismo en Colima de magnitud 7,6 en la escala de Richter, que afectó a más de 2.000 viviendas consideradas como inseguras luego de la evaluación de los expertos. Estos sismos son frecuentes como producto de la interacción de las placas Rivera y Cocos (62). En septiembre de 2005 se cumplieron 20 años del terremoto en la ciudad de México, fecha en la cual se recordó a las 10.000 personas fallecidas así como la valerosa respuesta de las instituciones de salud. Se realizaron diversos actos académicos y públicos, señalando las capacidades logradas en materia de protección civil. Solo en 2005, el número estimado de huracanes superó la cifra de la media nacional de siete sistemas tropicales, ya que hubo ocho sistemas tropicales (siete en el Atlántico y uno en el Pacífico), por lo que se considera un año de actividad ciclónica intensa que afectó de manera particular a los estados del sur del país y los próximos al Golfo de México. Los Huracanes Stan y Wilma, entre otros desastres naturales, trajeron pérdidas económicas, desplazamientos de población, colapso de infraestructura física, riesgos de enfermedades transmitidas por vectores, impacto en el turismo, y daños en la agricultura y ganadería, afectando de manera particular a poblaciones indígenas del golfo.

Violencia

Existen discriminación y violencia contra las mujeres, que han causado incluso la muerte. Hay muchos casos de muerte de mujeres que el sistema judicial no ha podido resolver y que permanecen en la impunidad. Entre 1993 y mayo de 2006 se han documentado 430 asesinatos de mujeres en Ciudad Juárez con más de 600 desapariciones (63). Antes de asesinarlas, estas mujeres fueron previamente secuestradas, golpeadas y violadas. Las niñas y las adolescentes, así como las migrantes e indígenas, son víctimas de atropellos a su integridad física, social y mental. Se reconoce la necesidad de mayores esfuerzos para preservar los derechos de las mujeres y lograr la equidad entre géneros, en la educación, los salarios, y la participación política, para poder así cumplir con el ODM 3.

Adicciones

En el 2003, la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes indicó que la mitad de los estudiantes (51,1%) ha experimentado o probado alguna vez cigarrillos. Uno de cada cinco estudiantes es fumador, sin que existan diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de tabaco por los hombres (19,6%) y por las mujeres (19,1%). Entre las personas no fumadoras, el índice de susceptibilidad de comenzar a fumar es de 25,2%. En las escuelas secundarias las drogas de mayor consumo son los inhalables (4%), la marihuana (2,8%), los tranquilizantes (2,8%) y la cocaína (2,5%). El 15,1% de los hombres y 5% de las mujeres entre 12 y 17 años consumieron alcohol una vez por semana (1). Se estimó que 32 millones de personas entre 12 y 65 años de edad consumen alcohol, con

un per cápita anual de 2,8 litros que llega a ser de 4,5 litros en los hombres de 18 a 65 años, observándose un consumo creciente en las mujeres (64). La Encuesta de Salud y Nutrición 2006 señala que el tabaquismo en los adolescentes de 10 a 19 años es de 7,6%. En los hombres de 16 a 19 años el tabaquismo es de 25,9% y en mujeres de 9,5% (por tabaquismo se entendió al consumo de más de 100 cigarrillos en el curso de su vida). Los adultos hombres fuman tres veces más que las mujeres y se observa un aumento en la proporción de fumadores con respecto a la Encuesta de Salud 2000. El grupo de 20 a 29 años aumentó de 8,4% a 10,7% y el grupo de 50 a 59 años de 9,4% a 10,1% (30).

Contaminación ambiental

En 5% de las tierras de cultivo todavía se utilizan productos nitrogenados como fertilizantes y en 0,14% se utilizan plaguicidas. La tasa de incidencia de intoxicaciones por plaguicidas en los trabajadores de la industria y del campo en el período 2000–2003 se incrementó de 0,3 por 10.000 a 0,4 por 10.000 trabajadores.

De acuerdo con el Programa para Mejorar la Calidad del Aire de la Zona Metropolitana del Valle de México (PROAIRE) 2002–2010, los contaminantes atmosféricos de mayor interés para la salud pública son el ozono (O₃) y las partículas menores a 10 micrómetros (PM 10). Las concentraciones de O₃ se registran en la Zona Metropolitana del Valle del México (ZMVM) y presentan una disminución de 42% durante el período 1990–2004, aunque en 2004 se registran concentraciones que superan los límites de la norma de protección a la salud en seis de cada 10 días. Las concentraciones de plomo en las partículas presentan una disminución consistente de 94% a partir de 1990, presentando niveles de acuerdo con la norma de salud desde 1993 (65).

México tiene una costa marítima de más de 5.000 km de extensión y más de 250 playas. El resultado del monitoreo de la calidad bacteriológica de 2005 demuestra que 17% de las playas no se encuentran aptas para el uso recreativo. Un tercio del territorio está formado por bosque y selva, y se desforestan 700.000 hectáreas por año, lo que ha provocado, junto con los incendios y el cambio en el uso del suelo, que solamente se conserve 55% de las selvas originales (66).

Salud oral

Los resultados de la Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental (1997–2001) realizada a una muestra de 123.293 escolares, indicó un índice CPOD-D (dientes cariados, perdidos, obturados) 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 prevalencia de caries dental a los 12 años de edad fue de 58%. Se está implementando el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucles (SIVEPAB), que permite conocer de manera confiable y oportuna el comportamiento de las diferentes enfermedades bucales, incluyendo la fluorosis dental.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El Plan Nacional de Desarrollo 2001–2006 es el principal instrumento de planeación del Gobierno Federal. El Programa Nacional de Salud (PNS) 2001–2006 está derivado del Plan Nacional de Desarrollo y se basa en cuatro premisas principales: 1) la buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades; 2) la salud, junto con la educación, es el componente central del capital humano; 3) la salud tiene un potencial estratégico y debe ser considerada como un objetivo social, por lo que se requiere complementar las políticas de salud con políticas saludables, y 4) la protección de la salud es un valor compartido por todas las sociedades, los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas. La buena salud es pues un valor que puede fortalecer el tejido de la sociedad. Los retos que se propone el PNS son alcanzar equidad, calidad técnica y de trato, y establecer un sistema de protección financiera en salud (43).

Las autoridades nacionales no han explicitado una política de contención de costos y han enfocado los recursos del sector en el fortalecimiento de los programas de prevención, cuyo objetivo es brindar una mejor calidad de vida a la población, entre ellos el Programa Arranque Parejo en la Vida (APV). Este programa tiene como objetivo atender a niños y niñas menores de 2 años y a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio a fin de abatir la mortalidad materna, neonatal e infantil. El Programa de “Atención a la Mujer Embarazada” (AME) fortalece la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

La prestación de servicios de salud de la SSA se descentralizó en dos etapas; una primera en la década de los ochenta y la segunda en la de los noventa. Ambos procesos se dieron como respuesta a la percepción de un sistema burocrático y centralizado en el diseño y la aplicación de políticas de salud. Además se comprobó una ineficiente asignación de los recursos a los estados, y una débil coordinación entre prestadores de servicios de salud a población no asegurada. La descentralización implicó una división más clara de responsabilidades entre autoridades federales y estatales. Las autoridades federales son responsables de establecer los objetivos de la atención a la salud, definir el marco legal para el funcionamiento general del sistema, asegurar la coordinación y la planeación y dar seguimiento a los resultados. Por su parte, las Secretarías Estatales de Salud (SESA) cuentan con amplia flexibilidad operativa y son responsables de legislar sobre la organización y operación de los servicios de salud para la población no asegurada. La coordinación entre autoridad federal y estatal se lleva a cabo a través del Consejo Nacional de Salud (CNS), el cual está integrado por los secretarios de salud de cada estado y es presidido por el secretario federal. El CNS ha desempeñado un papel importante en el fortalecimiento y el logro de una mejor coordinación entre las SESA (67).

El IMSS por su parte también descentralizó sus operaciones y las reformas tendieron a transferir las decisiones administrativas cotidianas a los prestadores de servicios, aunque la administración y control del sistema siguen a cargo de las autoridades centrales. Actualmente el IMSS se divide en 35 delegaciones encuadradas en cuatro regiones, que son responsables de la planeación estratégica y control de las actividades (68).

El sistema de salud en México se concentra básicamente en dos leyes generales actualizadas continuamente por el Estado: la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social. El 1 de enero de 2004 la reforma a la Ley General de Salud creó el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SPSS), el cual ofrece a todos los mexicanos no asegurados acceso a servicios de salud. También en 2004 se firmó un convenio con la industria tabacalera para apoyar al SPSS a través del Fondo de Gastos Catastróficos. En 2002 se creó la Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), la cual unifica y homogeniza la política de salud en esta materia, con autonomía técnica, administrativa y operativa para la regulación, el control y el fomento sanitarios en materia de establecimientos de salud, de disposición de órganos, tejidos, células de seres humanos y sus componentes, de disposición de sangre, medicamentos, sustancias tóxicas o peligrosas para la salud, estupefacientes y psicotrópicos, productos biotecnológicos, materias primas y aditivos, así como los establecimientos dedicados al proceso o almacenamiento de estos, fuentes de radiación ionizante para uso médico, efectos nocivos de los factores ambientales en la salud humana, sanidad internacional y en general, los requisitos de condición sanitaria que deben cubrir los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades relacionados con las materias anteriormente descritas (69).

Estrategias y programas de salud

El Programa Nacional de Salud 2001–2006 integra los distintos esfuerzos para: i) generar condiciones e intervenciones para incidir de manera efectiva en los determinantes de la salud; ii) lograr mejores niveles de salud y bienestar de la población, y iii) fomentar la incorporación de salud en los planes y programas nacionales de desarrollo. Estas premisas se despliegan en 10 prioridades que abarcan las principales estrategias de salud. Estas son (43): 1) vincular la salud con el desarrollo económico y social; 2) reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres; 3) enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades; 4) desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud; 5) brindar protección financiera en materia de salud a toda la población; 6) construir un federalismo cooperativo en materia de salud; 7) fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud; 8) avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS); 9) ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención, y 10) fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

El 1 de enero del 2004 se aprobó la reforma a la Ley General de Salud, la cual da sustento jurídico al SPSS. El SPSS, con base en su instrumento operativo fundamental, el Seguro Popular, brinda protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud, incorporándola a un esquema con criterios de aseguramiento público.

La cobertura del Seguro Popular llegó en 2004 a 1,6 millones de familias. Se estimó que la afiliación para 2005 avanzó a 3,6 millones de familias en las 32 entidades federativas o más de 12 millones de personas. En el Seguro Popular, 40% de las familias afiliadas pertenecen al Programa Oportunidades, 75% son familias encabezadas por mujeres y 93% están exentas de toda cuota. El Seguro Popular ofrece actualmente 154 intervenciones de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Para el ejercicio 2005, el SPSS contó con un presupuesto inicial de \$ 8.595,7 millones (equivalente a US\$ 771 millones), 86,5% mayor en términos reales que el presupuesto de 2004.

En febrero de 2006 se inició el Sistema de Seguridad Social Popular (SISSP) (70), cuyo articulador es el Consejo Nacional de Protección Social, y que garantiza servicios de atención médica, pensiones y jubilación, y vivienda a la población más pobre y se considera un mecanismo de equidad y combate efectivo a la marginación. El SISSP funciona como un organismo intersecretarial encabezado por el Presidente de la República. Este nuevo sistema de seguridad social ofrece a la población beneficiaria un Sistema de Ahorro para el Retiro, a través del Programa Oportunidades, subsidios de vivienda otorgados por la Comisión Nacional de Fomento, y servicios médicos proporcionados por el Seguro Popular.

Organización del sistema de salud

El sistema de salud mexicano se caracteriza por su segmentación, tanto en el financiamiento como en el acceso a los servicios. Esta falta de integración institucional es fuente de desigualdades en los beneficios que recibe la población, ya que los distintos prestadores reciben diferentes presupuestos y tienen capacidades de atención y calidad desiguales.

El sector público se caracteriza por la presencia de varios aseguradores y prestadores de servicios integrados de manera vertical, que atienden a distintos tipos de población, mantienen poco contacto entre sí y que difieren en el tipo de financiamiento y en la organización de la prestación de los servicios; esto último es causa de ineficiencias en el ejercicio del gasto público. También se cuenta con un amplio sector privado lucrativo de servicios de salud; las personas con capacidad de pago pueden hacer uso de estos servicios, pagando al recibirlos (43).

En 2005 las instituciones de seguridad social cubrían a 55 millones de trabajadores asalariados del sector formal, lo que representa una disminución de 2,56% con respecto a 2000, debido a una variación en la tasa de desempleo en el período de 2,2% en 2000 a 3,75% en 2005.

El IMSS es el mayor asegurador con 44,5 millones de asegurados, seguido del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 10,6 millones. Le siguen Petróleos Mexicanos (PEMEX) con 700.000 personas aseguradas y las Fuerzas Armadas, la Secretaría de Marina y varios seguros para trabajadores estatales 600.000. Adicionalmente el IMSS también ofrece un seguro de salud familiar para personas con capacidad de pago que desean adquirirlo, mediante el pago de una cuota anual.

Los trabajadores informales, la población rural no asegurada y los desempleados sumaron 45 millones en 2005. Estos son atendidos por la SSA y las SESA, que comprenden hospitales y clínicas públicas. Existen grandes diferencias entre estados en términos de disponibilidad de recursos per cápita para prestar servicios de salud y problemas de acceso en las zonas rurales.

También existen instituciones privadas no lucrativas, como la Cruz Roja Mexicana y numerosas organizaciones no gubernamentales (ONG), que brindan atención médica con poco peso en los servicios integrales de salud, pero con un importante papel en temas como el VIH/sida y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Servicios de salud pública

La principal estrategia para abordar problemas de salud, educación y alimentación en las áreas rurales es el Programa Oportunidades, que incluye intervenciones integrales de mejoramiento de la salud y nutrición de la familia, con especial énfasis en los grupos vulnerables, y proporciona de manera gratuita un paquete esencial de servicios de salud (71).

Paralelamente, los Programas Nacionales de Salud, de Ambiente y de Desarrollo Social plantean líneas de trabajo que convergen en la promoción de un desarrollo sostenible con entornos más saludables y el desarrollo de planes de acción que ayuden a superar rezagos y desigualdades en este campo.

Desde 1999, la Red Toxicológica Mexicana (RETOMEX) para el registro nacional de intoxicaciones y la vigilancia epidemiológica de riesgos ambientales sobre la salud está funcionando con la colaboración técnica de la OPS/OMS. Se requiere mejor articulación entre los actores nacionales y estatales para su consolidación.

México tiene una participación activa en diversos mercados alimentarios del mundo, especialmente los de EUA y Canadá en el marco del Tratado de Libre Comercio (TLC). Los esfuerzos de los últimos años se han orientado a fortalecer la normatividad vigente y la interacción entre los sectores de salud y agricultura, para atender en forma integral los requerimientos de inocuidad de los alimentos desde la producción primaria, importación/exportación de los mismos y hasta el consumo, reconociéndose la necesidad de aumentar la producción limpia de alimentos para satisfacer las necesidades de consumo y aprovechar las oportuni-

dades del mercado internacional, en el marco de los acuerdos comerciales que el país ha firmado.

En el tema de la inocuidad de los alimentos, la tendencia de la normatividad sanitaria plantea como prioridad de acción contribuir a la prevención y control de enfermedades transmitidas por alimentos, incluyendo la producción de alimentos inocuos. Con base en esta realidad, varias secretarías de estado, gobiernos estatales y municipales, así como organizaciones de la sociedad civil, convergen en la aplicación de programas y acciones diversas, mayormente enfocadas a atender las carencias y el déficit nutricionales en cuatro áreas principales: la producción de alimentos, la promoción de mejores hábitos alimentarios, la vigilancia de la nutrición y la dotación complementaria de alimentos y micronutrientes para grupos específicos de población. Sin embargo, se requiere mayor articulación entre los programas y acciones desarrolladas por las instituciones y los gobiernos subnacionales y existen duplicidades o vacíos que es importante corregir para lograr mayor eficacia e impacto.

Se ha logrado el ODM de reducir en 50% la carencia de agua en las viviendas: el acceso de agua entubada en la vivienda o dentro del predio aumentó de 75,4% en 1990 a 89,5% en 2004, pero existen importantes brechas entre los estados (70,5% en Guerrero y 98,7% en Veracruz, Aguascalientes) y a nivel rural la cobertura llega a 70,5% (72). El 89,4% de la población cuenta con drenaje y servicios sanitarios, pero con variaciones importantes: en Guerrero solamente 64,7% y en el Distrito Federal 99,6%. El 95,0% de la población del país tiene servicios de energía eléctrica y 14,5% tiene el piso de tierra en la vivienda. Este último indicador es 40% en Chiapas, Oaxaca y Guerrero (22).

En cuanto a la preparación en caso de desastres, se estimó que en 2006 habría 30 huracanes, cinco de los cuales podrían ser muy intensos, por lo que se planearon 27.000 albergues y la disponibilidad de 30.000 brigadistas a nivel nacional. Un alto grado de participación ciudadana demuestra la madurez de la población y sus instituciones de protección civil. Todos estos fenómenos son constantemente monitoreados por el sistema nacional de protección civil. Cuando los municipios son afectados por algún desastre natural que supera su capacidad de respuesta, se activa el Fondo de Desastres Naturales (FONDEM), para la atención de los efectos no previsibles (73).

En el 2003 se creó el Comité Nacional para la Seguridad en Salud, máxima instancia nacional que tiene como función principal ejecutar acciones de prevención ante urgencias epidemiológicas y desastres que comprenden: aquellos de carácter hospitalario; como consecuencia de bioterrorismo; los producidos por desastres naturales; por brotes de enfermedades infecciosas; o brotes por exposición a otros agentes (74). La Dirección de Urgencias Epidemiológicas y Desastres de la SSA coordina con todas las instituciones que intervienen en la respuesta y mitigación de los desastres naturales (Sistema Nacional de Protección Civil, la Seguridad Social, Cruz Roja Mexicana, Agencias del Sis-

tema de Naciones Unidas, órganos de Defensa Nacional y organizaciones no gubernamentales).

La SSA, a través del Comité Nacional para la Seguridad en Salud, tiene establecido un plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza, que tiene como principal objetivo reducir al máximo el impacto negativo en la salud de la población. El plan de prevención asegura la coordinación entre las diferentes instituciones del país y con los niveles estatales y jurisdiccionales, asegurando la protección al personal de salud para una respuesta rápida y eficaz. Ante la eventualidad de la pandemia, se están fortaleciendo los sistemas de vigilancia epidemiológica y la red de laboratorios en salud pública, e identificando a grupos prioritarios de la población donde se concentrarían las actividades de vacunación y medicación con antivirales, para lo cual se dispuso de la compra y reserva estratégica de medicamentos e insumos. El plan está articulado con planes de trabajo conjunto entre los países de la Región (75).

Servicios de atención a las personas

Actualmente el Sistema Nacional de Salud cuenta con tres niveles de servicios personales de salud. El primer nivel lleva a cabo acciones principalmente encaminadas a la promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente brindada por médicos generales y personal de enfermería, con el apoyo de la comunidad. La característica principal del segundo nivel de atención es el área de atención ambulatoria y hospitalización, así como de urgencias. Brinda atención de las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad y cuenta con servicios de apoyo diagnóstico de imaginología y laboratorio. La atención que se brinda en el tercer nivel es especializada, de mayor complejidad y aunada a actividades de investigación clínica y básica y en este grupo se encuentran los 12 Institutos Nacionales de Salud.

Existen más de 4.000 hospitales en México (o un hospital cada 100.000 habitantes) (76, 77) y 1.047 pertenecen al sector público (86,8% son generales y 13,2% de especialidad).

En 2004 se contó con 19.695 unidades de salud, 80,8% para la SSA, IMMS y Programa Oportunidades y 19,2% para la población asegurada. Del total de unidades de salud, 94,31% corresponden a consulta externa y 5,69% a hospitalización (78).

El número de consultas externas en las instituciones públicas otorgadas a la población asegurada y no asegurada ha aumentado de 231 millones en 2000 a 250 millones en 2004. El 54,18% de las consultas fue para la población asegurada y 45,82% para la población no asegurada, y la mayor cantidad de consultas fue para el IMSS (41,19%), seguido de la SSA (38,56%), el ISSSTE (9,26%) y el IMSS-Oportunidades, PEMEX, SEDENA y SEMAR (10,99% restante).

En 2004 se otorgaron 37,7 millones de consultas de especialidad en las instituciones del Sistema Nacional. El Distrito Federal

es la entidad con mayor cantidad de consultas en ambos tipos y los estados de Tlaxcala y Baja California Sur en último lugar. Con relación al año 2000, las consultas de urgencias se han incrementado en 1,2% (25,5 millones) en 2004 y las de odontología en 6,3% (12,7 millones) (79).

En 2004 se registraron 3 millones de intervenciones quirúrgicas, 2,7% más que en 2003. Los partos se mantienen en una cifra similar desde 2002, cercana a un millón. En 2004 los egresos hospitalarios y días-paciente sumaron 4.719 y 20.613 respectivamente.

En 2004 se contaba con 77.705 camas censables, 54.113 consultorios y 2.626 quirófanos y se contaba con 2.085 laboratorios de análisis clínicos y 1.888 gabinetes de radiología (80). El mayor porcentaje de camas censables se encuentra en el sector público en los hospitales de los SESA, seguido por el IMSS y en menor porcentaje PEMEX. A nivel estatal, el Estado de Durango presenta la mayor disponibilidad de camas totales para la población que atiende la SSA y la menor disponibilidad se encuentra en Baja California Sur, con menos de una cama por cada 2.000 habitantes. El Distrito Federal tiene la mayor disponibilidad de camas censables y de camas totales y el estado de México la menor (28, 77).

En 2004 el Programa Arranque Parejo en la Vida brindó 11 millones de consultas de planificación familiar, 69,36% para la población no asegurada y 28,37% para la asegurada. Estas acciones permitieron que 10.352 usuarias permanecieran activas en el uso de métodos de planificación familiar y fomentaron que 2,2 millones de usuarias fueran de nuevo ingreso (78).

En 2004 se efectuaron un total de 257.039.893 estudios de laboratorio clínico (87,82%), de radiología (7,68%), otros estudios (2,83%) y anatomía patológica (1,67%) (81). En 2004, los Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) otorgaron 2,5 millones de sesiones de terapia de rehabilitación, 1.101.312 consultas y 32.463 ayudas funcionales (prótesis).

Los bancos de sangre integran una red encabezada por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, que cuenta con 31 centros estatales y en total engloba a 598 bancos de sangre, los cuales reciben al año 1,3 millones de donaciones. El 96% fueron donaciones de reposición y 4% donaciones altruistas, las que aumentaron 3,87% respecto a 2003 (82). En 2005 se logró reducir el contagio de VIH/sida asociado a las transfusiones sanguíneas.

En 2003 se instauró el Banco de Sangre de Cordón Umbilical, que se encarga de la captación, procesamiento, estudio, almacenamiento, selección y liberación de las células progenitoras hematopoyéticas para trasplante alogénico y/o autólogo obtenidas a partir de la sangre del cordón umbilical.

Los servicios médicos, ambulatorios, hospitalarios y urgencias y especializados han aumentado su número de unidades, recursos materiales y financiamiento, con un impacto positivo directo en la cantidad de servicios brindados, como consultas, estudios, donaciones, número de inmunizaciones y facilidades para las entidades federativas. También ha permitido la creación de pro-

gramas dirigidos a la prevención, detección y tratamiento oportuno, principalmente a los grupos vulnerables.

México ha legalizado la práctica de la medicina tradicional a partir de 2005 y la define como: “El conjunto de sistemas de atención a la salud que tiene sus raíces en conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales han acumulado a través de su historia, fundamentados en una interpretación del mundo, de la salud y enfermedad de origen indígena prehispánico, que ha incorporado elementos provenientes de otras culturas, como la medicina antigua española, la medicina africana y de la medicina occidental institucional” (83). Se destaca el alto número de terapeutas como parteras, curanderos, hueseros y hierberos, así como su variada flora curativa. La medicina tradicional tiene el reconocimiento social que la convierte en un recurso fundamental para la salud de millones de personas. La dependencia de la tradición oral, la depredación de áreas naturales en las que obtiene gran parte de sus recursos, la exposición a la biopiratería y a la explotación de los saberes tradicionales son problemas que afectan la práctica y el desarrollo de la medicina tradicional. En Puebla, Chiapas y Oaxaca se orienta la atención médica hospitalaria con una estrategia de atención mixta, combinando medicina alópata y tradicional con incorporación de un enfoque intercultural en la atención a la salud.

Promoción de la salud

Durante 2004, en 29 entidades federativas, 466 organizaciones civiles constituidas como Avales Ciudadanos apoyaron la mejora de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Los avales ciudadanos son organizaciones de la sociedad civil que, sin más compromiso que servir, reciben capacitación y avalan o no los resultados de los indicadores de trato digno en centros de salud y en hospitales (84). El programa tiene como objetivo vincular a la población en el proceso de evaluación de la calidad de los servicios de salud a través de su participación activa, avalando los procesos y resultados de monitoreo de indicadores de trato digno en los servicios médicos, lo que contribuye a dar transparencia y confiabilidad a la sociedad (85).

La SSA coordina las campañas de promoción de la salud, que tienen al movimiento de municipios por la salud como uno de sus ejes más relevantes. En 2004 un total de 1.794 municipios estaban incorporados a este movimiento e integrados en una red nacional y 30 redes estatales.

Suministros de salud

El gobierno federal y los gobiernos estatales y la seguridad social destinan fondos para la adquisición de fármacos para los pacientes del sector público incluidos en el cuadro básico establecido del Consejo de Salubridad General. El catálogo está constituido por 776 medicamentos genéricos que se han determinado como eficaces, seguros, de calidad y accesibles. La oferta

de estos productos está dominada por empresas nacionales y representan 80% de las adquisiciones públicas, y el volumen de ventas en el mercado privado representa 20%. En el sector público el IMSS y el ISSSTE representan 80,3% y 14,2% respectivamente de la adquisición pública de fármacos, y los sistemas federales y estatales representan 5,4%. El sector público solo debe adquirir medicamentos que se incluyen en la lista de genéricos intercambiables bioequivalentes (86).

Se ha establecido un marco regulativo y un padrón de medicamentos para garantizar que los productores cumplan con las normas de eficacia, seguridad y calidad. Coexisten dos tipos de medicamentos genéricos: intercambiables (GI), que incluyen aquellos productos donde la “sustituibilidad” o posibilidad de sustitución está demostrada por un conjunto de pruebas clínicas, y los llamados “productos copia”, que incluyen medicamentos que carecen de pruebas de seguridad y eficacia.

A fin de estimular el mercado de los genéricos intercambiables, el Consejo de Salubridad General exige desde 2002 que todas las instituciones públicas de salud adquieran medicamentos GI, cuando estén disponibles en el mercado mexicano en lugar de productos “copia”. A partir de esta decisión, la inclusión de fármacos en los GI ha aumentado de 963 a 2.606 productos.

Recursos humanos

México cuenta con 78 escuelas de medicina, de las cuales 54 forman parte de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM). En 2003, la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) registró 36 programas de postgrado de Salud Pública (87). Entre 2000 y 2002 los ingresos en enfermería aumentaron 21,1% y los ingresos a medicina 26,3%.

Los recursos humanos médicos y de enfermería son empleados fundamentalmente como trabajadores asalariados en todas las instituciones públicas, lo que no favorece la eficiencia. Por otra parte, una gran proporción de médicos ejerce la práctica privada sustentada por pago de bolsillo.

Los recursos humanos en salud que trabajan en el sector público se distribuyen de la siguiente forma: el personal médico suma 143.605, de los cuales 85% tiene contacto directo con el paciente y de estos 45% trabaja en los servicios a población abierta y 55% en la seguridad social. Las enfermeras suman 192.828, con 43% que trabaja en los servicios a población abierta y 57% en la seguridad social (88).

En los últimos 10 años aumentaron los profesionales y técnicos de la salud contratados por las instituciones públicas; el número de médicos pasó de 0,3 por 1.000 habitantes en 1993 a 1,20 en 1997 y a 1,14 en el 2002 (89), cifra inferior al promedio de América Latina, que en 2000 era de 1,79 por 1.000 habitantes.

La distribución de los recursos humanos es desigual en los distintos estados. En el DF sobrepasa 2,5 por 1.000 habitantes, mien-

tras que en los estados de San Luis Potosí, Chihuahua, Michoacán, Oaxaca, Guanajuato, Baja California Sur, Puebla, Chiapas y de México no alcanzan 1,0 por 1.000 habitantes. Casi 45% de los médicos a nivel nacional son especialistas y en varios estados más de 50% de los médicos lo son. La SSA es la institución con mayor número de médicos contratados (56.113), seguida por el IMSS (55.842), el ISSSTE (15.574) y el IMSS-Oportunidades (5.541). Las instituciones de educación superior, públicas y privadas, definen de manera poco coordinada y sin mayor planificación sus políticas de formación, inclusive los contenidos y prácticas de formación y por ende, el perfil de sus egresados (90). El personal de enfermería sobrepasa los 190.000 efectivos: el IMSS contrata la mayor cantidad (79.715), seguido por la SSA (74.475), el ISSSTE (19.899) y el IMSS-Oportunidades (6.847) (91).

Las mujeres son mayoría en la fuerza de trabajo que participa en la prestación de servicios de salud. La profesión médica incorpora crecientemente a las mujeres, quienes han pasado de representar 19% de los médicos en 1970 a ser la mitad de los egresados en 1999. Sin embargo los médicos titulados hombres son el doble que las mujeres. La enfermería se encuentra casi totalmente dominada por las mujeres (95%). El 64% de las enfermeras son de nivel técnico, 34% de nivel licenciatura y 2% tienen nivel de postgrado (92).

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

La convocatoria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) del segundo semestre del 2005 lista las siguientes demandas específicas en investigación en salud: cáncer de mama, desarrollo de sistemas de salud, hipertensión arterial, infecciones emergentes (tuberculosis y VIH/sida), insuficiencia renal crónica, y obesidad (93).

El porcentaje de investigadores incorporados al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) creció en todos los Institutos Nacionales de Salud, los hospitales desconcentrados de la SSA y en el IMSS. En 2004 sobresalieron en su desempeño los Institutos Nacionales de Neurología y Neurocirugía, Enfermedades Respiratorias y Cardiología.

Ha habido avances en Telemedicina y se instalaron 1.025 centros de salud, con acceso a contenidos electrónicos e Internet (2005). En 18 unidades médicas en los estados de Puebla, Guerrero, Nuevo León y Oaxaca se cuenta con equipo profesional para la aplicación de la telemedicina y en ocho entidades federativas se proporcionan servicios de telemedicina y teleeducación (94).

El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC) ha desarrollado el Banco de Información de Tecnologías en Salud (BITS), que brinda información tecnológica en términos de eficacia, seguridad, costo-efectividad y normatividad para facilitar la toma de decisiones en la adquisición y utilización de equipo médico (95).

Gasto y financiamiento sectorial

Los servicios de salud están financiados por distintas fuentes. La seguridad social está financiada por cuotas obrero-patronales, y los servicios a población abierta por dos grandes fondos: los generados por el gobierno federal y los que provienen de las entidades federativas. El financiamiento privado proviene principalmente del gasto de bolsillo o por los seguros privados (96). En México se estima que solo 4% de la población cuenta con cobertura de seguros privados y la mitad de esos seguros son patrocinados por empleadores, quienes tienen la posibilidad de deducir el costo de las primas de su ingreso gravable. Los compradores de seguros privados pertenecen fundamentalmente al segmento de la población de altos ingresos.

El sector salud se caracteriza por su nivel relativamente bajo de gasto público, encontrándose todavía por debajo del promedio latinoamericano, de 7% del PIB, equivalente a \$ 76.455,9 millones 2005 (US\$ 6.863 millones). No obstante, en los últimos años el gasto en salud aumentó de 5,6% del PIB en 2000 a 6,3% en 2004, para una tasa de crecimiento de 13% (28).

Del total del gasto público, 37,2% fue ejercido por las instituciones que cubren a población no asegurada, a través de la SSA y de los Institutos de Salud en las entidades federativas, que reciben recursos del Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA); el restante 62,8% lo erogaron las instituciones que dan atención a población asegurada, como la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), PEMEX, IMSS e ISSSTE, así como la Secretaría de Marina.

Cooperación técnica y financiera en salud

En 2000, México suscribió con otros 189 países la Declaración del Milenio, que implica el compromiso de generar e impulsar programas y acciones regionales y locales encaminadas a erradicar la pobreza y el hambre, mejorar la educación, la equidad de género, el sostenimiento ambiental, incrementar la salud y fomentar una asociación global para el desarrollo (34).

En el trabajo de cooperación técnica y para los próximos cinco años, se han definido cinco áreas (que contienen 18 prioridades y 45 líneas de acción). Esta propuesta de elementos ordenadores del trabajo se estableció con base en la realidad identificada a lo largo del ejercicio de Estrategia de Cooperación en el País (ECP/CCS).

El Banco Mundial tiene activo el proyecto Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud con un monto original de US\$ 350 millones (97). Con este programa se promueve la equidad en el acceso a los servicios de salud en áreas rurales y urbanas subatendidas; se aumenta el acceso y la calidad de los servicios de salud para las poblaciones indígenas y las personas con menores índices de bienestar; se respalda el desarrollo institucional y se desarrollan modelos innovadores de atención y salud preventiva para poblaciones vulnerables.

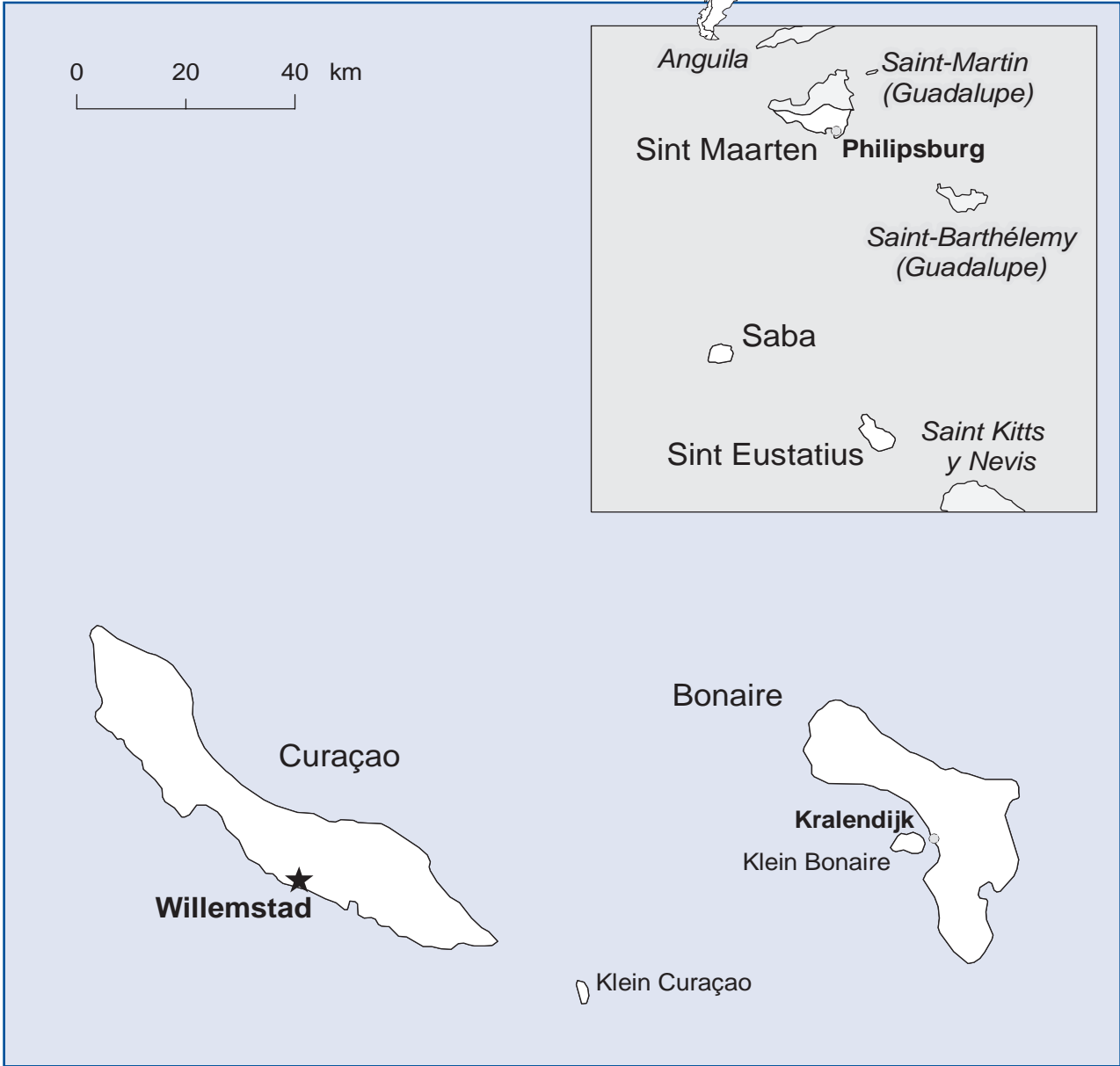
Referencias

1. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Producto nacional bruto per cápita, países seleccionados, 2005. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=inte12&c=5110>.
2. México, Consejo Nacional de Población. En base a la información del Banco de México. Disponible en: <http://www.banxico.org.mx>.
3. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Disponible en: www.inegi.gob.mx.
4. México, Comisión para Asuntos de la Frontera Norte. Programa de Desarrollo Regional 2001–2006. Disponible en: <http://fronteranorte.presidencia.gob.mx>.
5. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Sistema de Cuentas Nacionales de México. Disponible en: www.inegi.gob.mx.
6. México, Secretaría de Desarrollo Social; agosto 2002. Disponible en: <http://www.sedesol.gob.mx/ofsec/prensa/index.htm>.
7. México, Secretaría de Desarrollo Social. Disponible en: www.oportunidades.gob.mx.
8. Székely M. Veinte años de desigualdad en México. En: Cuadernos de Desarrollo Humano. Secretaría de Desarrollo Social; 2005.
9. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD Factbook 2006. Economic, environmental and social statistics. OECD; 2006.
10. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Índice de desarrollo humano 2005. Disponible en: <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/espanol/>.
11. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre el desarrollo humano. México; 2004.
12. México, Consejo Nacional de Población. Índice de marginación; 2000. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>.
13. Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos en México. Diagnóstico de la situación de los derechos humanos en México; 2003.
14. Cervillos D. El narcotráfico se ensaña y acalla. Tierra Viva América Latina; 10 de febrero de 2006. Disponible en: <http://www.ipsterraviva.net/LA/viewstory.asp?idnews=413>.
15. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda, México, DF; 2000.
16. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Cartografía de usos de suelo y vegetación. Serie II y III. Disponible en: www.inegi.gob.mx.
17. México, Secretaría de Salud. Estadísticas. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/htdocs/estadisticas>.
18. México, Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México 2000–2050. Primera edición. CONAPO; 2002.
19. México, Consejo Nacional de Población. 11 de julio, Día Mundial de la Población. México, DF; 2004.
20. México, Secretaría de Salud. Programa de Acción: programa de atención a la salud de la adolescencia; 2002.
21. México, Consejo Nacional de Población. Informe de ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. 1994–2003. México, DF: CONAPO; 2004.
22. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos de salud 2004. En base al XII Censo General de Población y Vivienda 2000. OPS; SSA.
23. United States of America, Embassy in Mexico. The foreign-born population in the United States; March 1997. Disponible en: <http://www.usembassy-mexico.gov/ecensus.pdf>.
24. United States of America, Census Bureau. Data profiles; 2002.
25. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Información.
26. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. Washington, DC: OPS; 2005.
27. Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de salud de las Américas; 2006.
28. México, Secretaría de Salud. Salud: México 2004. Informe para la rendición de cuentas. México, DF: SSA; 2005. Disponible en: www.salud.gob.mx.
29. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Información. Tablas de mortalidad; 2004.
30. México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca; 2006.
31. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Estadísticas de mortalidad. Porcentaje de defunciones de 5 a 14 años por sexo y principales causas 1990–2004. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/>.
32. México, Secretaría de Salud, Dirección General Adjunta de Epidemiología. Anuarios de morbilidad 2004. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/index.htm>.
33. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Información. Lista 165. [Cálculos a partir de cubos de mortalidad de la Organización Panamericana de la Salud-México]. Disponible en: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>.
34. México, Gobierno de la República. Los objetivos de desarrollo del milenio en México. Informe de avance; 2005.
35. México, Secretaría de Salud. Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas. México, DF: SSA; 2003.
36. Magally S. Pide CONAPO revisar programas de salud reproductiva. Alta mortalidad materna entre mujeres jóvenes. CIMAC Noticias. México, DF; 28 de marzo de 2005. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/05mar/05032801.html>.
37. México, Consejo Nacional de Población. El impacto de la transición demográfica en los hogares y las familias. Dispo-

- nible en: http://www.conapo.gob.mx/prensa/carpetas/carpeta2002_11.htm.
38. México, Consejo Nacional de Población. 4 de cada 10 de los hogares son vulnerables. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/prensa/carpetas/carpeta/marzo_03_2002_11.htm
 39. México, Secretaría de Salud, Programa de Mujer y Salud. Violencia familiar. México, DF; 2002.
 40. México, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. México, DF; 2003.
 41. Organización Internacional de Trabajo. Perfil nacional de seguridad y salud en el trabajo. [Documento no publicado]; 2006.
 42. México, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Dirección General de Seguridad y Salud en el Trabajo.
 43. México, Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001–2006.
 44. Programa Nacional de los Pueblos Indígenas, 2001–2006. Disponible en: <http://indigenas.presidencia.gob.mx>.
 45. México, Consejo Nacional de Población. Concepto y dimensiones de la marginación. En: Índices de marginación 2000. CONAPO; 2000: 11.
 46. México, Secretaría de Salud, Programa de Acción.
 47. Radio Nuevitas. Noticias internacionales. Disponible en: http://www.radionuevitas.co.cu/nuevas_noticias/Internacionales_150406_03.asp.
 48. Comisión para Asuntos de la Frontera Norte. XI Salud. Frontera Saludable 2001–2006. Disponible en: <http://fronteranorte.presidencia.gob.mx>.
 49. México, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA; Consejo Nacional contra las Adicciones. El consumo de drogas inyectadas y la epidemia de VIH/SIDA en México. CENSIDA; CONADIC; 2003.
 50. México, Secretaría de Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica; 2004.
 51. México, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA; Secretaría de Salud. El SIDA en cifras 2005. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/>.
 52. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Registro nacional de casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2005.
 53. México, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA; Secretaría de Salud. Dos décadas de la epidemia de SIDA en México. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/>.
 54. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Principales causas de mortalidad 2004. SSA; SINAIS.
 55. México, CONASIDA, Comité de Monitoreo y Evaluación. Boletín del grupo de información sectorial de VIH/SIDA; diciembre 2004.
 56. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología.
 57. México, Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; 2003.
 58. México, Secretaría de Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica; 2004.
 59. México, Secretaría de Salud, Dirección General Adjunta de Epidemiología; 2000 y 2005.
 60. México, Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2000. Vol 2. La salud en los adultos. 2003.
 61. México, Secretaría de Salud. Registro histopatológico de neoplasias malignas. Compendio de cáncer; 2003.
 62. México, Secretaría de Gobernación. El sismo de Tecomán, Colima.
 63. México, Mujeres de Juárez. Disponible en: <http://www.mujeresdejuarez.org>.
 64. México, Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2002.
 65. México, Secretaría del Medio Ambiente del GDF, Sistema de Monitoreo Atmosférico. Informe del estado de la calidad del aire y tendencias 2004.
 66. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Informe anual 2004.
 67. México, Secretaría de Salud, Consejo Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cns/>.
 68. México, Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx>.
 69. México, Secretaría de Salud, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/mj/mj.htm>.
 70. Comunicado de prensa N° 2006-103 del 22 de febrero de 2006. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/>.
 71. México, Secretaría de Desarrollo Social. Programa Institucional Oportunidades 2002–2006. México, DF; 2003.
 72. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Censo General de Población y Vivienda 1990 y 2000.
 73. México, Sistema Nacional de Protección Social. Disponible en: <http://www.proteccioncivil.gob.mx>.
 74. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional para la Seguridad en Salud; 22 de septiembre de 2003.
 75. México, Secretaría de Salud. Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza, 2006. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/pandemia/anexoa.pdf>.
 76. México, Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud; 2004.
 77. México, Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Hospitalario; 2004.
 78. Quinto Informe de Gobierno del Presidente de los Estados Unidos Mexicanos Vicente Fox Quesada; 1 de septiembre de 2005. Disponible en: <http://quinto.informe.fox.presidencia.gob.mx/>.

79. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Consultas externas otorgadas en instituciones del Sistema Nacional de Salud según tipo de consulta, 1995 a 2005. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal26&c=6074>.
80. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Recursos materiales seleccionados en instituciones del Sistema Nacional de Salud, 1995 a 2005. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal26&c=6069>.
81. México, Sistema Nacional de Información en Salud. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx>.
82. México, Secretaría de Salud. Datos sobre donaciones de sangre. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cnts>.
83. México, Secretaría de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.
84. México, Secretaría de Salud. Quinto informe de labores.
85. Hospital General de México. Información sobre el aval ciudadano. Disponible en: http://hgm.salud.gob.mx/Aval_Ciudad/pdf/acta_avalciu.pdf.
86. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Estudios sobre los sistemas de salud en México.
87. México, Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. Anuario estadístico 2003. Población escolar de posgrado. Disponible en: http://www.anuies.mx/servicios/e_educacion/docs/pep_peeiep03.pdf.
88. México, Observatorio de Recursos Humanos para la Salud. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/observatorio/indexInv.html>.
89. México, Secretaría de Salud. Boletín de información estadística: recursos y servicios, 2002.
90. Ruiz JA, Molina J, Nigenda G. Médicos y mercado de trabajo en México. En: *Calidoscopio de la Salud*. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud; 2003.
91. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática; Secretaría de Salud. Encuesta de unidades médicas privadas con servicios de hospitalización; 2002.
92. Ramírez MA, Méndez O, Nigenda G, Vargas MM. Recursos humanos en los servicios de salud: una perspectiva de género. Fundación Mexicana para la Salud; 2002. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/sintesis,%20etc/Recursos%20humanos.pdf>.
93. México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Disponible en: http://www.conacyt.mx/fondos/ssaimss/2005-02/resultados_pertinencia-2.htm.
94. México, Instituto Nacional de Salud Pública. Elevar calidad de los servicios, prioridad de la reforma en salud. México, DF: Secretaría de Salud; 6 de marzo de 2006; Sección: Prensa. Disponible en: <http://www.insp.mx/Portal/Noticias/Marzo06/noticia080306.html>.
95. México, Secretaría de Salud, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Disponible en: http://www.salud.gob.mx:8080/JSPCenetec/web_consulta/html/institucion/terminos.html.
96. México, Secretaría de Salud. Manual del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud en México. 2004.
97. Banco Mundial. Disponible en: <http://www.bancomundial.org.mx/bancomundial/SitioBM.nsf/vwCatProy/DC4D9605040A07306256E7E0068CB59?OpenDocument&pag=2.3&nivel=2>.

MONTSERRAT



Montserrat, una de las Islas de Barlovento en el Caribe Oriental, se encuentra a aproximadamente 40 km al sudoeste de Antigua. Montserrat es una isla de origen volcánico; su topografía se caracteriza por la presencia de tres regiones montañosas —Silver Hills, Center Hills y Soufrière Hills— rodeadas por una pequeña franja costera de tierras bajas.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

La vegetación de la isla varía desde el exuberante bosque tropical en los puntos más elevados a los pastizales áridos en algunas zonas costeras. El territorio tiene fuentes termales, cañadas, playas de arena negra y una única playa de arena blanca en el norte. El país está bien irrigado por varios manantiales. El clima es tropical, por lo general atemperado por brisas marinas. La precipitación anual promedia los 1.475 mm y la mayor parte de la precipitación se produce en la segunda mitad del año. La temporada de huracanes abarca desde junio a noviembre.

Montserrat es un territorio británico de ultramar, con su propio sistema de gobierno. El Consejo Ejecutivo está constituido por un Primer Ministro, otros tres ministros elegidos, un Gobernador que representa a la Corona, un Procurador General y un Secretario de Hacienda. También hay un Consejo Legislativo integrado por 11 miembros, de los cuales nueve son de elección popular.

La mayoría de los residentes son descendientes de africanos. Las principales doctrinas religiosas profesadas en la isla son la anglicana (21,8%), metodista (17%), pentecostal (14,1%), católica romana (11,6%) y adventista del Séptimo Día (10,6%); en el resto de la población hay seguidores de la Iglesia de Dios, el hinduismo, el rastafarianismo y credos no especificados. El idioma oficial es el inglés corriente, pero en la vida cotidiana se habla mucho un dialecto del inglés característico de Montserrat.

El aeropuerto Gerald's ofrece servicios regulares de vuelos entre las islas y hay vuelos hacia y desde el aeropuerto internacional V. C. Bird en Antigua, centro de conexión con otros destinos. La unidad monetaria es el dólar del Caribe Oriental (EC\$), con una paridad fija de EC\$ 2,70 por US\$ 1.

El volcán Soufrière Hills entró en actividad el 18 de julio de 1995. La posterior actividad eruptiva a fines de los años noventa y las más recientes expulsiones de ceniza y material volcánico han condicionado la vida de los residentes de la isla. Más de la mitad de los 12.000 habitantes abandonaron la isla después de la erupción de 2000.

A comienzos de agosto de 2005, se formó un nuevo domo de lava en el cráter del volcán Soufrière, después de un período de

vigorosas emisiones de ceniza y explosiones que se iniciaron en junio de ese año. Esta fue la primera efusión de lava en dos años después del gigantesco colapso del anterior domo en junio de 2003. El Plan de Desarrollo Sostenible 1998–2002 indicó que, según las consultas públicas y un análisis de las políticas, el futuro de Montserrat depende del desarrollo del norte de la isla.

La pérdida de Plymouth y otras importantes zonas urbanas y agrícolas en la parte sur de Montserrat fue un factor clave que afectó la economía del territorio. La evacuación asociada con la actividad volcánica fue una de las causas primordiales de la pérdida de capitales. Hay una probabilidad de uno en cuatro de que la actividad magmática continúe en los próximos 30 años. En estas condiciones, la zona situada al norte de la línea de las montañas Lawyers está a salvo de casi toda actividad volcánica intensa y es por lo tanto adecuada para todas las formas de desarrollo. Se efectuaron evaluaciones continuas de los daños para determinar las verdaderas pérdidas causadas por la actividad volcánica. En el período examinado, se desarrollaron partes del norte y esta zona continuó absorbiendo una cantidad considerable de las actividades de desarrollo sin causar daños a largo plazo en el medio ambiente.

La crisis volcánica tuvo repercusiones particularmente dramáticas en el sector privado. No sólo abandonaron la isla los grandes inversores internos sino que también se destruyeron propiedades y se fragmentaron mercados locales que sostenían a las pequeñas y medianas empresas. Muchas empresas se endeudaron y resultaron diezmados subsectores clave que antes de la crisis se había proyectado desarrollar, como el turismo, la tecnología de la información y la industria liviana orientada a las exportaciones (1).

El volcán Soufrière Hills continuó presentando erupciones intermitentes y a veces se depositaron grandes cantidades de ceniza en zonas habitadas, lo cual provocó la alteración de la enseñanza escolar y de los medios de vida de las personas.

Determinantes sociales, políticos y económicos

La crisis volcánica ha sido una permanente causa de vulnerabilidad, dependencia y pobreza en Montserrat. En respuesta al objetivo del Plan de Desarrollo Sostenible 1998–2002 de buscar

protección mediante la asistencia social, el gobierno de Montserrat emprendió la instauración de un sistema amplio e integrado de asistencia social que proporcionara una red de seguridad para los grupos vulnerables y respondiera a sus necesidades inmediatas. El Plan abandonó la entrega de vales de alimentos durante la crisis, que eran parte del programa de asistencia pública antes de la erupción, y estableció en cambio un sistema de asistencia social que ha estado en funcionamiento desde 2000 y que proporciona un subsidio básico para alimentos. Además, desde 2001 el gobierno otorga un subsidio para los inquilinos vulnerables de las viviendas propiedad del Estado. Los principales beneficiarios de este programa fueron los ancianos y las personas con discapacidad mental o física, que no tenían otros medios de sostén.

Desde la erupción del volcán Soufrière Hills, el turismo se redujo en su mayor parte a visitantes por un día provenientes de Antigua y Nevis. Los datos muestran que la cantidad de visitantes por un día y turistas que pernoctaban en la isla aumentaron un 11% en 2000, en comparación con 1999; también hubo un subsiguiente aumento de 9% en 2001. En 2002, hubo 12.400 visitantes, lo cual representa una disminución de 10% con respecto a los 13.700 registrados en 2001. Esta caída es en gran medida atribuible a la extensión de la zona de exclusión del volcán, que volvió inaccesible muchas villas y el hotel Vue Pointe.

En 2004, el PIB al costo de los factores fue de US\$ 35,0 millones, en comparación con US\$ 30,6 millones en 2001. En 2004, el PIB a precios corrientes fue de US\$ 41,0 millones, en comparación con US\$ 34,7 millones en 2001. La tasa de inflación en 2002 fue de 3,5%.

La mayoría de las personas que participaron en una encuesta de evaluación de la pobreza efectuada en 2002 concordaron en que había pobreza en Montserrat, si bien afectaba sólo a unas cuantas personas. Se identificaron varios grupos como posiblemente expuestos al riesgo: las familias encabezadas por mujeres solas que no tenían ningún apoyo, los ancianos (especialmente los que no contaban con apoyo de sus familias), las personas que sufrían problemas mentales y no podían cuidar de sí mismas, las adolescentes que necesitaban ayuda y los varones jóvenes en potencia descontentos, con bajo rendimiento escolar o que habían abandonado los estudios sin concluirlos.

La encuesta antes mencionada estableció una clasificación para las personas que tienen dificultades en la isla: las que definitivamente no tienen lo suficiente para vivir, las que posiblemente no lo tengan, las que a duras penas logran vivir de sus ingresos, las que van tirando y las personas que no tienen problemas económicos. La clasificación ilustró las circunstancias excepcionales existentes en Montserrat y destacó la naturaleza multidimensional de las pérdidas causadas por la erupción volcánica y sus secuelas, en particular la pérdida de las redes de apoyo (el capital social) que en el pasado habían ayudado a las personas en épocas difíciles (2). Según el censo de 2001, 2.029 personas eran económicamente activas (1.154 hombres y 875 mujeres). La tasa de desempleo fue de 13%, con 169 hombres y 100 mujeres desempleados.

El sistema educativo de Montserrat incluye escuelas públicas y privadas. En 2005, había tres escuelas maternas, dos escuelas primarias públicas, dos escuelas primarias privadas y una escuela secundaria pública.

En 2002 se abrió una guardería nueva y se amplió otra, lo cual permitió que más niños tuvieran acceso a la educación preprimaria a un costo mínimo. El acceso a la educación primaria también aumentó en 2002 con el agregado de un cuarto grado en una escuela primaria; en 2005, se incluyeron dos grados más. En 2004, el gobierno creó la Escuela Técnica de Montserrat.

De las 2.082 familias registradas en el censo de 2001, 1.759 tenían acceso al abastecimiento público de agua corriente en el interior de sus viviendas; 210 tenían abastecimiento público de agua corriente en sus patios; 72 utilizaban tomas públicas de agua; 10 tenían agua corriente suministrada por un proveedor privado; 3 usaban cisternas públicas; y el resto utilizaba otros medios de abastecimiento de agua. Del total de familias, 1.521 contaban con inodoros conectados a pozos negros; 296 tenían inodoros conectados a alcantarillas; 135 tenían letrinas de fosa; 77 no contaban con sanitarios y 53 dependían de otros medios.

Demografía, mortalidad y morbilidad

En 2005, a mediados de año se estimó una población de 4.785 habitantes. La tasa de crecimiento demográfico en 2003 y 2004 fue de 2,4% y 2,5%, respectivamente.

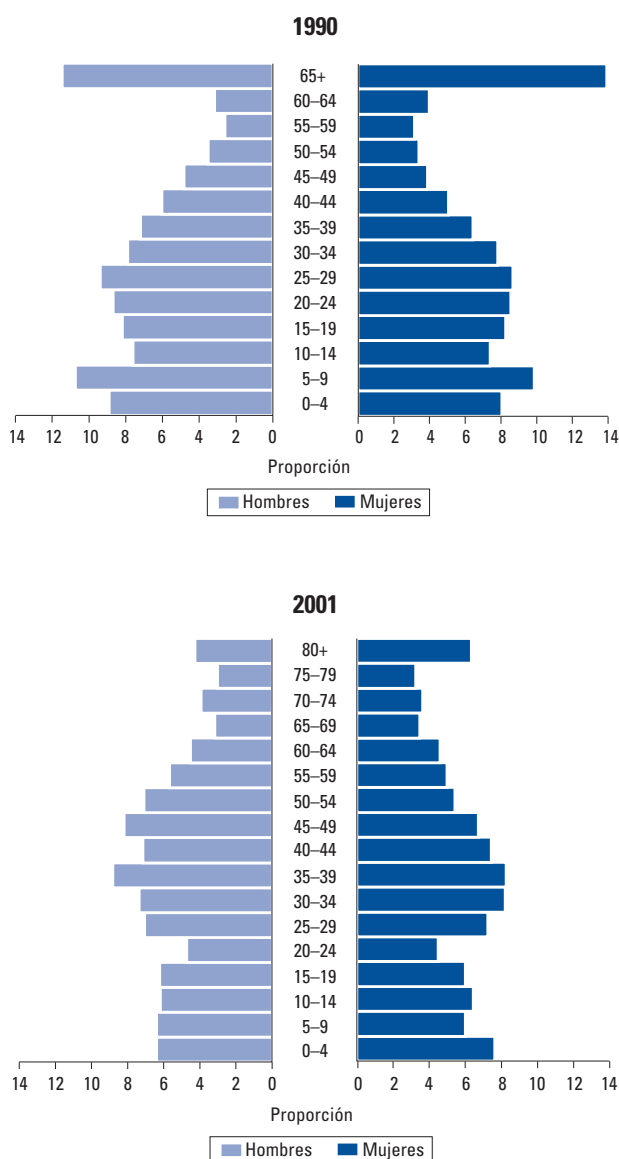
El Censo de Población y Vivienda de 2001 calculó la población residente en 4.465 personas, 2.405 (53,9%) hombres y 2.060 (46,1%) mujeres. Esta cifra representó una disminución de 42% con respecto al censo de 1991 (que estableció una población total de 10.639 habitantes, 49,7% hombres y 50,3% mujeres). Este patrón de crecimiento y disminución alternados de la población ha sido una característica en Montserrat desde que se comenzaron a efectuar censos. La figura 1 muestra la estructura de la población por edad y sexo en 1990 y 2001.

Según el censo de 2001, la población menor de 15 años de edad representaba 19,3% (8.669 individuos) de la población total ese año; el grupo de 15 a 64 años de edad constituía 65,0% (2.910); las mujeres en edad fecunda (15 a 49 años de edad) representaban 23,0% (997). Las personas nacidas en la isla constituían 82,0% de la población y las no nacidas en la isla, 18,0%. Desde la erupción volcánica, la población de Montserrat se ha concentrado en el norte de la isla.

Las enfermedades transmisibles crónicas en las que influyen los modos de vida predominaron en los perfiles de la morbilidad y la mortalidad. Entre las principales causas de muerte estaban la hipertensión, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y las neoplasias malignas.

En el período de 1999 a 2003, hubo 204 defunciones por causas definidas. Las cinco causas principales fueron: enfermedades del sistema circulatorio, con 32,3% (84) de las defunciones; neoplasias malignas, con 16,3% (42); diabetes mellitus, con 15,8% (41); enfermedades de las vías respiratorias, con 8,5% (22); y trastornos

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Montserrat, 1990 y 2001.



mentales y del comportamiento, con 5,8% (15). En el total de defunciones por todas las causas (260), hubo más muertes de hombres (139) que de mujeres (121). Hubo una sola defunción materna en 2001 causada por complicaciones del embarazo. En 2004 y 2005, se produjeron 71 defunciones por causas definidas. Las cinco principales causas de muerte fueron la diabetes mellitus, con 17,4% (20) de las defunciones; paro cardíaco, con 15,7% (18); enfermedades hipertensivas, con 14,8% (17); accidentes cerebrovasculares, con 7,0% (8); y cardiopatías isquémicas, con 7,0% (8). Considerando las defunciones por todas las causas (115), hubo más defunciones de hombres (65) que de mujeres (50).

Los inmigrantes provienen en su mayoría de países de la CARICOM (principalmente Dominica, Guyana y Saint Kitts y Nevis), los Estados Unidos de América y el Reino Unido.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Entre 2000 y 2005, el número de niños nacidos vivos fue de 252. No se produjeron defunciones en este grupo de edad. El número de niños con bajo peso al nacer (menos de 2.500 g) varió entre 1 en 2000 y 10 en 2005. Hubo seis mortinatos en el período en cuestión. Hay consultorios de salud infantil que atienden semanalmente en todos los centros de salud; el registro de los niños menores de 5 años en los consultorios fue de 100%.

Salud de los niños de 5 a 9 años

No se produjeron defunciones en este grupo de edad. En 2000, había 287 niños de 5 a 9 años de edad; los datos de salud escolar indicaron que 119 niños de este grupo de edad fueron examinados por un médico y una enfermera especializada en salud de la familia. No se notificaron casos de desnutrición proteinoenergética, pero se detectó obesidad. Cada año, se realiza entre abril y mayo el examen físico de los escolares para grupos específicos de edad, desde la escuela maternal a la primaria y la secundaria. Se administran las inmunizaciones requeridas según la edad y se actualizan los registros de vacunación. El examen físico incluye mediciones de la talla, el peso y la visión, exámenes odontológicos y pruebas de laboratorio para determinar la hemoglobina. En 2002, se examinó a 176 alumnos de 5 a 15 años de edad de cinco escuelas (90 varones y 86 mujeres). De ellos, 78 (44,3%) presentaron resultados normales y 98 (55,7%), resultados anormales; las caries dentales fueron el principal resultado físico anormal. Otros problemas fueron la anemia (4), el peso inferior al normal (8) y el sobrepeso (18). La relación entre varones y mujeres con peso inferior al normal fue de 1:3 (3).

Salud de los adolescentes (10-14 años y 15-19 años)

No hubo defunciones entre los adolescentes de 10 a 14 años de edad y se registraron cuatro defunciones entre el grupo de 15 a 19 años. Las causas de muerte fueron enfermedades del sistema circulatorio (1) y causas externas (3). Nacieron 35 niños hijos de mujeres menores de 19 años en el período de 2000 a 2005, de las cuales cuatro eran menores de 16 años. Hubo un caso notificado de infección por el VIH en el grupo de 15 a 19 años de edad.

Salud de los adultos (20-59 años)

Hubo 16 casos nuevos de infección por el VIH y se notificó una defunción por sida entre los adultos. Se ofrecieron sesiones semanales de planificación familiar, donde se distribuyeron pí-

doras anticonceptivas, anticonceptivos inyectables, condones y dispositivos intrauterinos (DIU). Entre 2000 y 2003, los centros de salud registraron 604 aceptaciones de la planificación familiar. La mayoría de los partos se produjeron en el hospital y fueron asistidos por personal profesional de salud. Según los informes mensuales de los dispensarios de distrito, 71,4% de los lactantes eran amamantados exclusivamente a las seis semanas y 25,7% fueron amamantados exclusivamente hasta los cinco meses. En 2001, se registró a 53 mujeres embarazadas en los dispensarios de distrito, de las cuales nueve presentaban anemia entre leve y moderada. La mayoría de los niños (112) nacidos durante 2004 y 2005 fueron hijos de mujeres de 30 a 34 años de edad (31 niños), seguidos por los niños de madres de 20 a 24 años (24 niños). En esos mismos años, 27 madres dieron a luz por cesárea; la mayoría de las intervenciones de cesárea se realizaron en madres de 30 a 34 años de edad.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2001 y 2002, la relación de dependencia por edad era de 0,54; la relación entre hombres y mujeres en este grupo era de 1:1. Existía una prevalencia creciente de la demencia y sus complicaciones y muchas personas de edad avanzada recibían servicios psicogerítricos.

En esos mismos años, las personas de más de 60 años de edad representaban aproximadamente 16% de la población. Había 149 personas de más de 85 años en 2002 y 165 en 2004. Muchos de los ancianos son asistidos en sus hogares por parientes y amigos. En 2003, había 125 personas de edad avanzada en instituciones gubernamentales. Se produjeron 99 defunciones en el grupo de 65 años en adelante en 2004 y 2005. Las principales causas de muerte fueron paros cardíacos (18), diabetes mellitus (16), enfermedades hipertensivas (12), cardiopatía isquémica (6) y accidentes cerebrovasculares (5). De las 1.132 personas hospitalizadas entre 2004 y 2005, 302 (27%) pertenecían al grupo de 65 años en adelante. Los ancianos constituían la mayoría de las personas que recibían ayuda económica y asistencia social.

Salud de la familia

Según el censo de 2001, el tamaño medio de las familias era de 2,1 personas. De las 2.082 familias, 1.391 estaban encabezadas por un hombre y 691, por una mujer, en contraste con 1997, cuando era mayor el número de familias encabezadas por una mujer (4).

En 2005, 287 familias (dentro y fuera de la isla) recibían ayuda económica de asistencia social, con un costo medio mensual de US\$ 39.600. Se otorgaron subsidios para cuidados en hogares sustitutos para cubrir los gastos de manutención de 13 niños, con un costo mensual de US\$ 1.444. Se aprobó el otorgamiento de subsidios por una sola vez a 250 personas, para paquetes de alimentos, necesidades domésticas, útiles escolares, gastos fúnebres

y costos médicos. El costo total de esos subsidios por una única vez fue de aproximadamente US\$ 101.800.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

El índice de Breteau para *Aedes aegypti* fue superior a 5%, lo cual indicó que eran probables los brotes de **dengue**. En el período examinado no se notificaron casos de **malaria**, **fiebre amarilla**, **enfermedad de Chagas**, **esquistosomiasis** ni **peste**.

Enfermedades inmunoprevenibles

No hubo ningún caso de **tos ferina**, **rubéola**, **tétanos**, **tétanos neonatal** o **difteria** durante el período de 2001 a 2005. La vacunación contra la difteria, el sarampión, la parotiditis, la tos ferina, la poliomielitis, la rubéola y el tétanos se ha mantenido en niveles superiores a 95% durante el período. El programa nacional de inmunización incluye las siguientes vacunas: antipoliomielítica oral, antidiftérica, antitosferínica, antitetánica, contra *Haemophilus influenzae* tipo b, contra la hepatitis B y contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR).

En 2005, la cobertura de vacunación con antígenos fue de 100% con la MMR (en niños de 12 a 23 meses de edad); en los lactantes (menores de 12 meses), la cobertura de vacunación con la tercera dosis de las vacunas DPT/HepB/Hib fue de 98%, y con la OPV, fue de 98%.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Entre 1999 y 2005, hubo 19 personas (8 varones y 11 mujeres) en quienes las pruebas para detectar la infección por el VIH dieron resultados positivos, incluidos dos pacientes prenatales, un donante voluntario de sangre y cinco personas que buscaban empleo, quienes regresaron a sus países de origen. Los registros sanitarios anteriores a 1999 se perdieron durante la evacuación. La mayoría de los casos notificados correspondieron al grupo de 20 a 49 años de edad (89,5%); una de las personas infectadas tenía 18 años y otra, 50.

Entre 1999 y 2003, se efectuaron pruebas a 520 donantes de sangre; 15 tuvieron resultados positivos para la hepatitis B.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Entre 2001 y 2002, se llevó a cabo una evaluación de la calidad de la atención prestada a pacientes con hipertensión y diabetes. Se examinó a un total de 137 pacientes que concurrían a cuatro dispensarios públicos. Setenta y ocho (57%) de esos pacientes eran mujeres. Entre los 200 hombres hospitalizados en 2000, las principales causas de hospitalización fueron **traumatismos** (18%), **hipertensión** y **enfermedades cardíacas** (15%), **enfer-**

medades del aparato digestivo (14%) y diabetes e hipercolesterolemia (12%). Entre las 189 mujeres hospitalizadas, las principales causas fueron diabetes mellitus (15%), hipertensión y enfermedades cardíacas (13%), enfermedades del aparato genitourinario (12%) y enfermedades del aparato digestivo (9%).

Enfermedades cardiovasculares

Hubo 55 defunciones por estas causas, desglosadas en paros cardíacos (18), enfermedades hipertensivas (17), cardiopatías isquémicas (8), enfermedades cerebrovasculares (8), insuficiencia cardíaca (2) y otras enfermedades del aparato circulatorio (2).

Neoplasias malignas

Entre 2004 y 2005, hubo 14 defunciones provocadas por neoplasias malignas. Los principales tipos de cáncer fueron el de próstata (5 defunciones), de colon (2 defunciones), de mama (2 defunciones), de páncreas (1 defunción), de útero (1 defunción) y en otros sitios (3 defunciones).

OTRAS ENFERMEADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud mental

En 2005, 80% de los pacientes con enfermedades mentales eran esquizofrénicos; en 5% se diagnosticó el trastorno bipolar y en 15%, otras enfermedades mentales, como psicosis inducidas por drogas, alcoholismo, psicosis orgánica y demencia senil. Había 100 pacientes incluidos en el registro de salud mental, de los cuales 70% eran hombres y 30%, mujeres.

Salud oral

En 2002, se examinó a un total de 176 niños mediante el programa escolar de salud oral. De ellos, 75 (43%) no presentaban caries; 48 (27%) tenían de 1 a 3 caries, 29 (17%) tenían de 4 a 5 caries y 24 (14%), 6 o más caries.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El Ministerio de Salud tiene la misión de asegurar que todos los servicios de salud disponibles para los residentes de Montserrat sean de buena calidad y asequibles, y que promuevan la participación de la comunidad.

El Plan de Desarrollo Sostenible 2003–2007 tiene seis objetivos estratégicos: promover la retención de la población actual en el territorio y fomentar el regreso de los ciudadanos de Montserrat que viven en el extranjero; promover la gestión económica prudente, el desarrollo sostenido, una economía diversificada y la generación de oportunidades de empleo; fomentar el desarrollo y el bienestar humanos y mejorar la calidad de la vida de todos los

habitantes de la isla; asegurar el buen gobierno fortaleciendo la administración pública y promoviendo la participación de la sociedad civil; mejorar y ampliar las relaciones exteriores como una forma de facilitar la integración de Montserrat en el entorno regional y mundial; y procurar que el desarrollo de Montserrat sea sostenible desde el punto de vista ambiental e incluya estrategias apropiadas para la mitigación de desastres. Los objetivos específicos para el sector salud comprendidos en el Plan son formular estrategias sanitarias apropiadas, incluido un plan nacional de desarrollo sanitario; examinar las disposiciones y políticas que rigen las operaciones del sector salud; fortalecer la gestión institucional del sector; ofrecer capacitación médica y de enfermería apropiada; ofrecer servicios adecuados de especialistas; establecer políticas para la prevención del VIH/sida; intensificar la promoción de la salud; fortalecer acciones y medidas que inhiban modalidades y prácticas sociales, ambientales y del comportamiento que aumenten el riesgo de enfermedades en la población; instaurar procedimientos y programas adecuados para controlar o erradicar todas las enfermedades transmisibles mediante una amplia cobertura de inmunización y la concientización del público con el fin de promover modos de vida saludables; procurar que se aplique una política integral de manejo de los residuos sólidos, encaminada a garantizar la recolección, el almacenamiento y la eliminación eficientes y efectivos de los residuos en la isla; e iniciar un plan nacional de seguro de salud para garantizar el acceso universal a los servicios. El propósito esencial de los objetivos del sector salud es prestar servicios de salud y asistencia social adecuados y accesibles para los habitantes de Montserrat. Una encuesta de los ciudadanos de Montserrat que viven en el Reino Unido encontró que el suministro de servicios de atención de salud adecuados y de calidad es un requisito esencial para estimular su regreso al país natal.

El Plan Social 2005–2008 del Ministerio de Salud detalla la orientación estratégica para poner en práctica políticas sobre servicios de salud y comunitarios del gobierno de Montserrat. El Plan Social fue elaborado a partir del Plan de Desarrollo Sostenible del gobierno y el análisis de la información de retroalimentación proveniente de organismos gubernamentales, otros interesados y diversos departamentos. Las estrategias del Plan Social constituyen la base para los planes de actividades anuales.

Organización del sistema de salud

Las funciones relacionadas con la salud pública y los servicios comunitarios recaen en el Ministerio de Educación, Salud y Servicios Comunitarios. El Ministerio abarca el Centro de Operaciones, el Departamento de Salud y el Departamento de Servicios Comunitarios. El Centro de Operaciones se ocupa de la planificación y el análisis de las políticas para apoyar y fortalecer el sistema de salud y de examinar toda legislación que sea responsabilidad del Ministerio. El Departamento de Salud se encarga de prestar y administrar servicios primarios y secundarios de atención de salud

en el país y de asistir a los ciudadanos que deseen tener acceso a la atención terciaria en otros sitios del Caribe. El Departamento de Servicios Comunitarios es responsable del bienestar de las personas en Montserrat y proporciona asesoramiento al gobierno y protección y asistencia a quienes las necesitan.

El sistema de salud está organizado en servicios de atención primaria y secundaria. La atención primaria por lo general se presta en el primer punto de contacto en la comunidad, como los cuatro dispensarios existentes en el territorio (St. Johns, Cudjoe Head, Salem y St. Peters), y mediante actividades de salud ambiental, dental, nutricional y promoción de la salud. La atención secundaria se presta en el hospital Glendon, que cuenta con 30 camas, e incluye atención ambulatoria y de pacientes hospitalizados, cirugía, ortopedia, obstetricia y ginecología. El acceso a la atención terciaria, definida como atención médica altamente especializada para pacientes hospitalizados, se ofrece mediante derivaciones de pacientes a instituciones en el extranjero.

Servicios de salud pública

El programa de control de vectores hizo hincapié en el control del mosquito *Aedes aegypti*. Se efectuó la vigilancia bimestral en los puertos marítimos y aéreos de entrada. La Autoridad del Agua de Montserrat es responsable de la distribución de agua potable y el Departamento de Salud Ambiental, una dependencia del Ministerio de Salud, se ocupa de la vigilancia del abastecimiento. La población contó con un abastecimiento confiable de agua potable proveniente de manantiales situados en la zona habitada. A pesar de la exposición periódica a la precipitación de cenizas del volcán, estas fuentes continuaron produciendo agua de buena calidad; el agua fue sistemáticamente sometida a análisis periódicos de laboratorio en una institución regional del Instituto de Salud Ambiental del Caribe.

La eliminación de aguas negras continuó representando un reto; se introdujeron nuevas tecnologías, pero fueron escasas la percepción y la aceptación del público. El sistema de eliminación de aguas negras más difundido eran los fosos sépticos con pozos de absorción. Dada la estructura del suelo en Montserrat, es difícil lograr una tasa aceptable de infiltración para eliminar sin riesgos las aguas residuales. Se espera que con dos plantas de tratamiento de aguas negras y una propuesta laguna de maduración para los nuevos desarrollos habitacionales se logren superar los retos existentes. El manejo de residuos sólidos ha mejorado lentamente. Las operaciones del relleno sanitario y una estrategia de reducción de los residuos tuvieron poco éxito. La promoción de la salud y las actividades de prevención continúan siendo las principales estrategias para modificar los comportamientos de la población con el fin de lograr un medio ambiente más limpio.

En toda la isla, la calidad del aire siguió siendo adecuada, ayudada por los vientos predominantes y las escasas emisiones de fuentes tales como los automóviles. No obstante, las emisiones de ceniza del volcán continuaron afectando a la población, princi-

palmente en el sur de la isla. La vigilancia del polvo fue suspendida por el observatorio del volcán de Montserrat debido a fallas en el equipo. Los componentes de las cenizas volcánicas, como dióxido de azufre y cloruro de hidrógeno, eran vigilados diariamente. Se proporcionaron mascarillas a los residentes y se les aconsejó usarlas durante las precipitaciones de cenizas o al limpiar áreas afectadas por estas.

Las actividades de control de los alimentos se concentraron en la vigilancia, la focalización del saneamiento, la calidad de los alimentos y el establecimiento de alianzas con organismos tales como la Asociación de Consumidores. Mediante el aumento de la frecuencia de inspección de los establecimientos donde se expenden alimentos y la formación de redes con las partes interesadas, en particular el público, el Departamento de Salud del Ministerio de Salud logró un considerable progreso en la provisión de alimentos más inocuos para el consumo. No hubo casos confirmados de intoxicación alimentaria, si bien pareció existir un incremento en la cantidad de intoxicaciones por ciguatera asociadas con diversas especies de pescado.

La meta del programa de alimentación y nutrición es mejorar el estado de salud alimentaria y nutricional de la población aumentando la seguridad alimentaria de las familias, protegiendo a los consumidores mediante una mayor calidad y seguridad de los alimentos, cuidando a los grupos socioeconómicamente desfavorecidos y vulnerables desde el punto de vista nutricional, promoviendo una alimentación apropiada y modos de vida saludables, previniendo y tratando las carencias de micronutrientes, evaluando, analizando y vigilando la situación alimentaria y nutricional e incorporando objetivos relacionados con la nutrición en las políticas y planes nacionales y sectoriales de desarrollo.

Servicios de atención a las personas

El gobierno emprendió continuamente programas para mejorar la atención de salud en los niveles primario y secundario. En 2002, el centro de salud de St. Johns fue ampliado para incluir consultorios, espacios de oficina, dependencias para los médicos y el personal médico y un centro diurno de atención de la salud mental. También se amplió el centro de salud de St. Peters. Estas mejoras aseguraron un mejor entorno para proporcionar servicios básicos de salud en las diversas comunidades. En 2002, se gastaron US\$ 2,1 millones para expandir los servicios de salud. Esto aumentó la capacidad de atraer a cirujanos especialistas y ampliar los tipos de procedimientos disponibles en la isla, con lo cual disminuyó la necesidad de trasladar a pacientes al exterior para su atención.

El quirófano del hospital Glendon fue completado y equipado totalmente con un costo de US\$ 555.000. En 2004, se terminó una morgue nueva y moderna en el hospital Glendon.

Durante el período de 2000 a 2003, se transfirió a 98 pacientes desde el hospital Glendon a un establecimiento de salud del exterior para su tratamiento o atención especializada. Los pacientes

La vida bajo el volcán

Después de la erupción de 2000 del volcán Soufrière Hills, las tres cuartas partes de la población abandonaron Montserrat. Los habitantes de la ciudad de Plymouth y otras zonas urbanas del sur que permanecieron y habitaban o cultivaban las tierras productivas para la agricultura de esa zona se vieron forzados a huir precipitadamente, abandonando sus hogares, negocios y granjas; y debieron reubicarse en el norte, lejos de la devastación y las permanentes amenazas del volcán. El desplazamiento de la población hizo sentir sus consecuencias en la economía. El turismo se extinguió, ya que las casas de campo y el principal hotel quedaron atrapados en la zona de exclusión del volcán. Los principales bienes agrícolas y comerciales fueron destruidos, lo que perjudicó al sector privado. El Plan de Desarrollo Sostenible 2003–2007 del gobierno señala como medida fundamental para la reconstrucción del país retener a la actual población del territorio y alentar el regreso de aquellos que lo abandonaron. A fin de compensar la pérdida de las redes de apoyo social, el gobierno desarrolló un sistema integral de asistencia para dar contención a los grupos más vulnerables. Este sistema provee un subsidio básico para alimentos destinado a los más necesitados y un subsidio de alquiler para los inquilinos de viviendas del estado en situación difícil, principalmente ancianos y personas con discapacidad física o mental.

fueron a Antigua (80), Guadalupe (13), el Reino Unido (1), Trinidad (2), Jamaica (1) y los Estados Unidos de América (1). En 2001 se produjo el mayor número de transferencias (34).

Hay un banco de sangre que funciona desde el laboratorio del hospital. En 2000, el laboratorio alcanzó un nivel satisfactorio de operación, con todos sus departamentos en completo funcionamiento, incluido el de bacteriología. Ese año, el laboratorio efectuó 106.475 pruebas hematológicas, bioquímicas, bacteriológicas, de reagina plasmática rápida (RPR) y de detección del VIH y hepatitis.

Tres instituciones ofrecen cuidados y albergue a los ancianos: Margetson Memorial Home, Hill View Home y Golden Years Home; entre 2004 y 2005, había 98 residentes en esas instituciones.

La unidad de salud mental se ocupa de aumentar y fortalecer los servicios psiquiátricos y de salud mental. Con ese fin, se pusieron en práctica las siguientes iniciativas: se enmendó la ley de salud mental; se formuló una política de salud mental; se reactivó el comité de salud mental; se dio prioridad a las necesidades de alojamiento de las personas con problemas mentales; se crearon programas educativos para el público, y se identificó una zona para establecer una instalación segura de atención de agudos. Actualmente no existe ninguna institución de atención mental en Montserrat y los pacientes con problemas son tratados en la comunidad, continúan viviendo en las diversas comunidades y tienen acceso a la atención mediante visitas a un dispensario de salud mental y la participación en terapia de grupo y ocupacional. Si es necesario, las personas son hospitalizadas en el Hospital General.

En 2003, se preparó un plan de salud dental para crear y poner en práctica programas de aseguramiento de la calidad de la atención odontológica; restablecer y revisar los programas de prevención y de salud dental en las escuelas; mejorar el programa de atención dental gubernamental; ofrecer capacitación continua al

personal; establecer un sistema de entrada y recuperación de datos de los registros dentales; y revisar la política concerniente a la accesibilidad del tratamiento para el público en general.

Promoción de la salud

En la Unidad de Promoción de la Salud había un educador en salud. En 2005, se formó un equipo intersectorial de promoción de la salud con la participación de representantes de ONG y el sector privado, dentro y fuera del ámbito de la salud. Se creó el equipo para que comentara sobre las actividades y proyectos de salud y contribuyera a evitar la duplicación de esfuerzos en las actividades de salud. Además, asesoraba sobre cuestiones vinculadas con la promoción de la salud, redactaba una columna periodística, “Rincón de la salud”, que abarcaba diversos temas de salud y ofrecía consejos, actualizaciones e información general sobre la salud. El equipo también colaboró con el coordinador de las actividades para combatir el VIH/sida, participó en el seguimiento de un programa de prevención y atención del cáncer cervicouterino, difundió las estrategias de la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud entre colegas y otros interesados e impartió clases sobre promoción de la salud en un programa de capacitación para enfermeras.

Recursos humanos

La educación continua para los trabajadores de salud durante el período examinado incluyó la participación en seminarios o cursos sobre bancos especiales de sangre, gestión del laboratorio y gestión de la calidad, salud y seguridad ocupacionales, informática sanitaria, anestesia, enfermería psiquiátrica, salud pública, educación en enfermería, gerontología; radiografía de

diagnóstico, manejo de víctimas en masa, tratamiento del estrés, lactancia materna, uso del monitor fetal, control de infecciones y plan de atención de enfermería.

Suministros de salud

En Montserrat no se producen medicamentos, reactivos ni productos biológicos. 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 de las adquisiciones. El banco de sangre dependía de donantes voluntarios o de reposición para reabastecer el suministro. No existían comités de acreditación ni organismos reguladores.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

En octubre de 2000, con el propósito de determinar los efectos, si los hubiera, de la ceniza volcánica sobre la función pulmonar, un consultor y su equipo provenientes del Reino Unido realizaron una encuesta sobre la exposición a las cenizas en 400 residentes locales.

Gasto y financiamiento sectorial

En 2003, los gastos ordinarios en salud sumaron US\$ 3,9 millones y aumentaron a US\$ 4,3 millones en 2004 y a US\$ 4,6 millones en 2005. La recaudación de ingresos en el hospital Glendon durante 2003–2005 incluyó US\$ 10.000 en el departamento de rayos X; US\$ 45.000 en el laboratorio; US\$ 48.000 por la conservación de cadáveres en cámaras frigoríficas; US\$ 15.000 por víctimas; US\$ 34.000 por medicamentos y materiales; US\$ 22.000 por cirugía; US\$ 1.000 por anestesia; US\$ 1.000 por uso del quirófano; US\$ 13.000 por las salas; y US\$ 3.000 por electrocardiogramas (5). Los gastos reales y previstos para el sector salud y de asistencia social en el período de 2003 a 2005 totalizaron US\$ 3,2 millones.

Cooperación técnica y financiera en salud

La globalización ha tenido efectos tanto positivos como negativos en el desarrollo de Montserrat. Montserrat, como uno de los miembros fundadores de la CARICOM y la OECS, continuó participando en los asuntos regionales y abordó los retos que afrontan

los pequeños estados insulares. La Unión Europea tomó medidas para establecer una alianza más sólida entre los territorios de ultramar y los estados europeos. El Tratado de Roma de 1957 definió disposiciones especiales para la asociación de la comunidad europea con los territorios de ultramar, creando el Fondo Europeo para el Desarrollo y medidas concernientes al derecho de establecimiento y comercio. El financiamiento fue un elemento fundamental para el éxito del Plan de Desarrollo Sostenible y, a su vez, para que Montserrat pudiera alcanzar sus amplios objetivos de desarrollo. Los fondos disponibles determinaron el ritmo y el éxito del desarrollo de Montserrat. Gran parte de la infraestructura que se perdió por la erupción volcánica tuvo que ser reemplazada con un costo considerable. Si bien se destinaron recursos sustanciales para reemplazarla, aún queda mucho por hacer. La pérdida de dos tercios de la población condujo a una disminución de la captación de impuestos y otras fuentes de ingreso del gobierno. Estos menores ingresos, combinados con un aumento de los gastos, llevaron a un déficit presupuestario grande e insostenible, que requirió el financiamiento aportado por donantes. En el período de 2003 a 2005, se esperaba contar con el aporte en curso y planeado de fondos del Banco de Desarrollo del Caribe, el Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional, el Fondo Europeo para el Desarrollo, la República de Irlanda, la Organización Panamericana de la Salud y otras instituciones regionales, fuentes privadas y organismos (6).

Referencias

1. Montserrat, Ministerio de Finanzas, Unidad de Desarrollo. Montserrat Sustainable Development Plan. Montserrat Social and Economic Recovery Programme. A Path to Sustainable Development 1998–2002. 1998.
2. Montserrat, Ministerio de Finanzas, Unidad de Desarrollo. Unit. Making Ends Meet. Participatory Poverty and Hardship Assessment of Montserrat (PPA). July 2000. Final Report. 2001.
3. Montserrat, Ministerio de Salud, Atención Primaria de Salud. School Health Report 2002.
4. Gobierno de Montserrat. Montserrat Social Survey 1997.
5. Montserrat, Medical Records, Statistical Reports 1999–2003.
6. Montserrat, Ministerio de Finanzas, Unidad de Desarrollo. Montserrat Sustainable Development Plan 2003–2007.

NICARAGUA



Nicaragua tiene una superficie de 120.339,54 km² (1), y una población estimada para 2005 de 5.142.098 habitantes, de los cuales 59% residen en zonas urbanas (2). La densidad media es de 42,7 habitantes por km². La población se distribuye en forma heterogénea en tres regiones geográficas: la región del Pacífico (15,2% del territorio, 54% de la población), la región Central (28,4% del territorio, 32% de la población) y Atlántica (56,4% del territorio y 14% de la población).

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

El país está organizado en 15 departamentos y dos regiones autónomas, y dividido en 153 municipios, la mayoría con características rurales o semiurbanas. El español es el idioma principal. La nación es multiétnica y pluricultural, con mayoría de población mestiza. Los pueblos indígenas originarios de la región del Pacífico, centro y norte (cacaoperas, chorotegas, nahoas y xiu) y las comunidades indígenas y afrodescendientes de la región Atlántica, integradas por miskitos, mayagnas, garífunas, ramas, sumus y creoles, también llamados criollos o negros, representan cerca de 10% de la población (3).

Determinantes sociales, políticos y económicos

En los últimos 15 años el escenario político se caracterizó por problemas de gobernabilidad (4). El programa de ajuste estructural iniciado en 1988 para reducir el desequilibrio económico ha sido evaluado satisfactoriamente (5); sin embargo, no ha contado con un respaldo adecuado de medidas sociales compensatorias y, en consecuencia, ha generado un estado de insatisfacción generalizada y de conflictos frecuentes que se expresaron en huelgas de sectores claves de la economía (6), con efectos negativos para la población (7,8). La corrupción gubernamental del período 1997–2002 (9) afectó al desarrollo económico y a la gobernabilidad, obligando al actual gobierno a intensificar los esfuerzos para combatirla y garantizar la transparencia de la función pública. La quiebra fraudulenta de algunos bancos comerciales, seguida de las medidas de respaldo gubernamental, incrementó la deuda interna del país y agravó la situación económica, comprometiendo aún más la sostenibilidad fiscal en el último quinquenio (10). El sector agropecuario continuó siendo el principal contribuyente al producto interno bruto (PIB), seguido por el sector manufacturero (que tiende a aumentar su aporte en las exportaciones) (11) y el de comercio y servicios. El sector turismo está cobrando gran relevancia en la estrategia de desarrollo económico del país, y se

está desarrollando el marco legal para su consolidación y ordenamiento (12). El crecimiento económico positivo observado desde 1994 (de 3,9% promedio entre 1996 y 2003, 5,1% en 2004, y 4,0% en 2005) responde al mejor desempeño macroeconómico y al mayor flujo de recursos externos, incluidas las remesas familiares y la inversión extranjera directa; sin embargo, todo esto no se traduce en mejores condiciones de vida para la mayoría de la población (13) a pesar del incremento adicional del gasto público destinado a la lucha contra la pobreza. En 2004 el PIB per cápita fue de US\$ 754 (10).

En 2004 se alcanzó el punto de culminación de la iniciativa para los Países Pobres Muy Endeudados (PPME), que se traducirá en la condonación de 80% de la deuda externa. La duplicación del costo del petróleo y sus derivados entre 1999 y 2004 (9,0% del PIB) originó desequilibrios en el presupuesto nacional y en la balanza de pagos a pesar de la adopción de algunas medidas compensatorias (10). Nicaragua mantuvo una alta dependencia de la ayuda externa (10,3% del PIB en 2004) para sostener la estabilidad cambiaria, estimular la inversión pública y pagar la deuda pública. El entorno internacional se mantuvo adverso para la economía nicaragüense al disminuir los términos del intercambio de productos debido al mayor costo del petróleo; el balance comercial ha sido desfavorable (más importaciones que exportaciones) y a ello se suma el incremento en el gasto público. La reducción del pago de intereses de la deuda externa, el incremento del aporte de las remesas familiares (12,2% del PIB en 2005) (11) y el turismo ayudaron a financiar el déficit comercial (10). En algunas zonas de la Costa Atlántica el narcotráfico incidió en el ingreso ilegal de divisas (14).

En 2001, 45,8% de la población (cerca de 2,3 millones de personas) era pobre; de ellas 15,1% vivía en extrema pobreza, con mayor proporción en áreas rurales (4,4 veces más pobreza extrema rural que urbana), significativamente concentrada en la Costa Atlántica, con 12 de 19 municipios en condiciones de extrema pobreza. Los datos de la Cuarta Encuesta de Medición de Nivel de Vida de 2005 (EMNV-2005) mostrarían un incremento de los niveles de pobreza (15).

La situación del empleo es crítica, y aunque el desempleo ha tendido a disminuir, se mantuvieron elevados niveles de empleo informal. Si bien ese año aumentó el salario mínimo entre 8% y 10%, la inflación anual ese año fue de 9,8%. El ingreso real de los trabajadores se deterioró a pesar de que se adoptaron algunas medidas compensatorias. El salario mensual mínimo en agricultura fue de apenas US\$ 41,5, y el más alto, en el sector de la banca, fue de US\$ 98,0, cifras que no alcanzan a cubrir el costo de la canasta básica urbana, calculado en US\$ 157,4 para diciembre de 2004. En 2004, la población económicamente activa se estimó en 2.117.600 personas, de las cuales, según cifras oficiales, 93,5% se encontraban ocupadas (69% en condiciones de pleno empleo y 31% subempleadas) y 6,5% en situación de desempleo abierto (16). Las desigualdades de género se expresan claramente en el sector laboral. En efecto, en el año 2000 la tasa neta de participación de las mujeres fue menor que la de los hombres (38,6% y 53,8% respectivamente), el desempleo femenino fue superior al masculino (7% y 5,3% respectivamente) (17), la tasa de ocupación de las mujeres en el sector informal fue mayor y los salarios que percibieron fueron inferiores. En estudios de caso sobre las condiciones de trabajo de las mujeres se señalan: salarios inferiores, inestabilidad laboral, jornadas prolongadas, contratación temporal y subcontratación domiciliaria, lo que pone de relieve la situación desventajosa de las mujeres. El mercado laboral aumentó en las empresas de maquila; en 2006 había 59 empresas bajo el régimen de zona franca para un total de 61.090 empleados (18).

En relación con el Índice de Desarrollo Humano, en 2005 Nicaragua se ubicó en la posición 112, entre los países de desarrollo medio (19). Su desarrollo es desigual y se observan enormes inequidades socioeconómicas en razón de la distribución territorial, el género, las zonas indígenas, el acceso a los servicios y la disponibilidad de ingresos. Un ejemplo: el quintil de menores ingresos solo percibió 5,6% del ingreso nacional, y el de mayores ingresos, 49,2%.

Los pueblos indígenas se concentran en el quintil de menores ingresos. La pobreza es eminentemente rural: siete de cada 10 personas en las zonas rurales son pobres y tres de cada 10 niños son desnutridos. Las violaciones más frecuentes a los derechos de las mujeres provienen de la violencia doméstica y sexual y, en el caso de los niños, del trabajo infantil y la falta de acceso adecuado a los servicios de salud, a las oportunidades de educación y a los alimentos.

De 2001 a 2003 se implementó la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (ERCERP), que se asienta en tres pilares: crecimiento económico de base amplia y reforma estructural, inversión en capital humano, y protección a grupos vulnerables (20). En 2003 el gobierno reconoció que no existían condiciones adecuadas para la aplicación de esta estrategia (ambiente político, medidas fiscales, entorno internacional y esfuerzos anticorrupción) (21) y propuso la ejecución de un Plan Nacional de Desarrollo (ERCERP de segunda generación)

que redefine el gasto en pobreza y orienta la inversión pública hacia el incremento de la competitividad del sector privado (generación acelerada de empleo y fomento de las exportaciones) (10). La estrategia productiva se basa en el impulso a conglomerados productivos (principalmente café, carne, lácteos, camarón, forestal, turístico y manufactura ligera). El gasto destinado a la reducción de la pobreza (12,3% del PIB en 2004) aún se financia por medio de recursos provenientes de la cooperación externa (6,2% de financiamiento externo y 2,7% de alivio de la deuda externa, conforme a la iniciativa PPME), con insuficiente canalización de los recursos internos (solamente 3,4%).

El gobierno consideró a los Tratados de Libre Comercio (con la República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos [DR-CAFTA]; con México, y con la República Dominicana ya firmados, y con Canadá, Chile, Taiwán y la Unión Europea, en proceso) como oportunidades concretas para estimular el desarrollo e insertar al país en el mercado internacional.

El país adhirió a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y los incorporó al Plan Nacional de Desarrollo (22). Las evaluaciones indicaron que la mayoría de los objetivos (sobre todo los relacionados con la reducción del hambre y el mejoramiento de la salud materno-infantil) (23) y las metas para lograr los indicadores intermedios no se están cumpliendo (24), y para alcanzarlos es indispensable aumentar la inversión pública, dar respuesta a las necesidades de los grupos excluidos (25), fomentar la participación ciudadana y mejorar la comunicación entre los gobiernos locales y la sociedad civil.

La evaluación gubernamental reveló altos costos de transacción, dispersión de recursos, falta de articulación con las iniciativas locales, insuficiente repercusión territorial y escaso impacto en el cumplimiento de los ODM (26). Existe una amplia brecha entre los recursos estimados disponibles y los recursos estimados requeridos para cumplir con los ODM. Un estudio reciente (27) estimó que para alcanzar los ODM y las metas nacionales de desarrollo se requerían US\$ 5.300 millones y US\$ 6.400 millones, respectivamente, en términos de inversión social acumulada entre 2001 y 2015.

El Estado nicaragüense se encuentra en proceso de reforma. En materia de salud, en los últimos años se avanzó en la definición de las políticas sanitarias y del Plan Nacional de Salud (2004–2015), y actualmente se está profundizando la política de reorganización institucional con énfasis en la descentralización (10).

En 2004, el gasto per cápita en educación fue de US\$ 79,3. La población escolar no atendida se redujo de 41,6% (1997–2001) a 36,5% (2002–2004). En 2003, la exclusión educativa alcanzó a 36,8% de los escolares de 3 a 18 años de edad (836.980), y fue seis veces mayor en niños de hogares pobres (10). En 2004 se estimó que la tasa neta de escolarización preescolar fue de apenas 30,8%, la de escolarización primaria fue de 82,6% y la de escolarización secundaria, de 40,1%. El analfabetismo en mayores de 10 años fue de 18,7%.

En un marco de políticas agropecuarias que no garantizan un abastecimiento sostenido de alimentos, la pobreza y la ruralidad son factores determinantes del alto nivel de inseguridad alimentaria que afecta a gran parte de los municipios. Los principales factores de inseguridad alimentaria y nutricional han sido la limitada disponibilidad de alimentos, el escaso acceso a los servicios de asistencia sanitaria y los bajos niveles de educación materna, y sus efectos en la situación de salud se pusieron de manifiesto en la reducción de peso y talla, el incremento de la morbilidad y la mortalidad materna e infantil y de las enfermedades infecciosas y carenciales, y la reducción de la capacidad de aprendizaje y la productividad (28).

Se observa un creciente deterioro ambiental, así como de las condiciones de producción y del hábitat. La gran potencialidad forestal de Nicaragua se ve amenazada por la actual falta de sostenibilidad ambiental debido a la explotación maderera indiscriminada y al avance de la frontera agrícola, todo lo cual ha reducido la cobertura de bosques secos en 85% y de bosques húmedos en 65% (29).

La violencia social, política y económica de las últimas décadas determinó una elevación del número de delitos (30). En 1998, las encuestas de medición de nivel de vida incluyeron por primera vez preguntas sobre la violencia doméstica, y revelaron que una de cada tres mujeres la habían padecido (31).

La alta dispersión poblacional es un desafío para el desarrollo del país y en particular para el acceso a los servicios de salud. Existen 7.099 localidades en todo el territorio, de las cuales solo 0,5% tienen más de 15.000 habitantes, 2% tienen entre 2.500 y 15.000 habitantes, y 97,5% menos de 2.500. La política de protección social impulsada por el Ministerio de la Familia con un enfoque de solidaridad para el desarrollo, implementó diversos programas de atención a grupos vulnerables; en ellos se prestó asistencia a 366.349 niños, adolescentes y adultos en situaciones de riesgo (3,8% de la población total).

Con respecto al riesgo de emergencias y desastres naturales, el país está expuesto a huracanes, terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, deslaves y sequías. De 1931 hasta la fecha los terremotos y huracanes causaron la muerte de 14.897 personas. En los últimos años se registraron huracanes, inundaciones y situaciones graves de inseguridad alimentaria, principalmente en la región Atlántica (32).

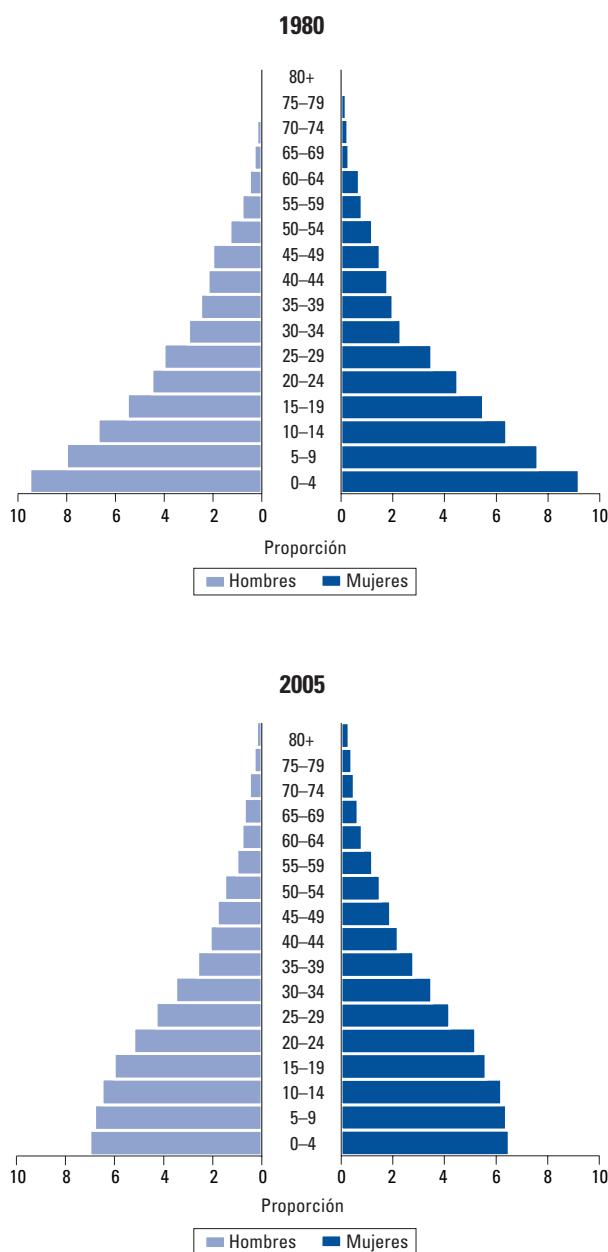
Los desequilibrios creados por el desarrollo económico no regulado han aumentado el riesgo de desastres tecnológicos. La combinación de pobreza y degradación ambiental en vastas zonas del territorio nacional ha generado enclaves de alto riesgo, en un país ya reconocido por su vulnerabilidad ante los desastres naturales. En varias zonas se han modificado sustancialmente los cursos de agua y se han creado condiciones de marcada vulnerabilidad ante las inundaciones que se suman al consecuente deterioro del suelo y reducen las posibilidades de una producción sostenible.

Demografía, mortalidad y morbilidad

En el período 1995–2005 la tasa anual de crecimiento poblacional se redujo a 1,7%, lo que representa un cambio significativo respecto del período intercensal anterior (3,5%) (2). Se mantuvieron tasas elevadas de crecimiento poblacional en la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) y en Nueva Segovia (4,9% y 3,4% respectivamente). En 2001 se estimó una tasa global de fecundidad de 3,2 hijos por mujer (7,2 en Jinotega y 5,2 en la RAAN) y una tasa bruta de natalidad de 26,9 por 1.000 habitantes (15). Persisten grandes disparidades entre las zonas urbanas y las rurales. En la actual estructura poblacional (Figura 1) se aprecia el ensanchamiento en la franja de edades de 10 a 30 años. La población urbana representa 59% de la población total. La comparación de la pirámide poblacional de 1980 con la de 2005 indica un ensanchamiento de la base en el grupo de menores de 20 años, relacionado con la reducción de las tasas de crecimiento demográfico. Este ensanchamiento será mucho más acentuado cuando se efectúen los ajustes correspondientes al último censo 2005, que registró casi 10% menos de la población estimada. En el período 2000–2005, la esperanza de vida al nacer se estimó en 69,5 años (70,4 años para las mujeres y 65,7 para los hombres) (33), cifra que representa un aumento de 1,5 años para ambos sexos con respecto al quinquenio anterior.

La emigración y la migración interna continúan siendo fenómenos demográficos importantes. Desde 1990, aproximadamente 4% de la población ha emigrado al exterior y sus principales países de destino han sido Costa Rica (45%) y los Estados Unidos (39%) (34). Residen en zonas urbanas 76% de los emigrantes; 61% han emigrado en los últimos 10 años y 90% se encuentran trabajando en el país de destino. La búsqueda de mejores oportunidades ha configurado un proceso migratorio interno creciente y las principales zonas de atracción interdepartamental en el período 1990–2001 fueron Managua, la RAAN y Río San Juan. Los departamentos que expulsan mayor proporción de su población fueron Matagalpa y Chontales. La migración interna, principalmente femenina y dedicada al servicio doméstico y al comercio informal, tiende a concentrarse alrededor de la capital y en las ciudades en general. La migración interna masculina se relaciona con la producción agrícola. Los inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica tienen un estatus migratorio irregular, con regímenes laborales caracterizados por la inestabilidad, los bajos salarios, la subcontratación de mano de obra y la evasión de responsabilidades patronales.

La tasa bruta de mortalidad muestra tendencia a la reducción (5,6 por 100.000 habitantes en el quinquenio 1995–2000 y 5,2 por 100.000 habitantes en el quinquenio 2000–2005) (33). La mortalidad por grupos de edades en 2004 fue de 49,5 por 100.000 habitantes en el grupo de 1 a 4 años, 25,9 por 100.000 en el grupo de 5 a 14 años, 99 por 100.000 en el grupo de 15 a 34 años, 253 por 100.000 en el de 35 a 49 años y 1.759 por 100.000 en el grupo de 50 años o más (35). Según datos de 2004, la tasa de mortalidad

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Nicaragua, 1980 y 2005.*

*Según estimaciones del INEC; no incluye los ajustes del último censo 2005 por no encontrarse disponibles.

fue de 3,19 por 1.000 habitantes en hombres y de 2,35 por 1.000 en mujeres (36). En todos los grupos de edad la mortalidad masculina fue superior a la femenina. El mayor peso porcentual de las defunciones se registró en personas de 50 años o más (58%) y en menores de 1 año (14,6%). La Región Autónoma del Atlántico

Norte (RAAN) y la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS) fueron los departamentos con las tasas de mortalidad más elevadas del país.

En el último quinquenio aumentó el peso porcentual de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio y por tumores (neoplasias). Así, entre 1996 y 2004 las enfermedades del sistema circulatorio se mantuvieron como el principal grupo de causas de muerte, con 23,1% y 26,0%, respectivamente, seguidas por las causas externas, que mantuvieron el segundo lugar, con 14% y 13%, y por los tumores, que experimentaron un marcado aumento (de 9,7% a 12,0%), conservando el tercer lugar. Las enfermedades transmisibles se redujeron de 9,3% a 8,0% y las afecciones originadas en el período perinatal descendieron de 7,7% a 6,0%, manteniéndose en los lugares cuarto y quinto como principales grupos de causas (35). En el cuadro 1 se observa que en 2004 la mortalidad por causas específicas fue encabezada por las enfermedades isquémicas del corazón (11,1%), las enfermedades cerebrovasculares (6,9%) y la diabetes mellitus (6,1%).

La cobertura de los sistemas de información del Ministerio de Salud, del Registro Civil y del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI) es incompleta. Se estima un subregistro de 50% de la mortalidad y 40% de la natalidad, con grandes brechas en las regiones aisladas. Las estadísticas del Ministerio de Salud reflejan la demanda de la población que tiene acceso a sus servicios (aproximadamente 60% a 65% de los habitantes) (13). Las tasas de morbilidad y mortalidad que se presentan en el siguiente apartado sobre salud de los grupos de población fueron elaboradas por el Ministerio de Salud, utilizando como denominadores las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) con base en el censo anterior. Dado que el nuevo censo realizado en 2005 registró una población menor a la estimada, es posible que estos datos se modifiquen en el futuro próximo (hasta el momento no están disponibles los resultados finales). Teniendo en cuenta el subregistro de las estadísticas del Ministerio de Salud, las tasas de mortalidad infantil se obtuvieron a partir de los datos de las Encuestas de Demografía y Salud realizadas en 1998 y 2001.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

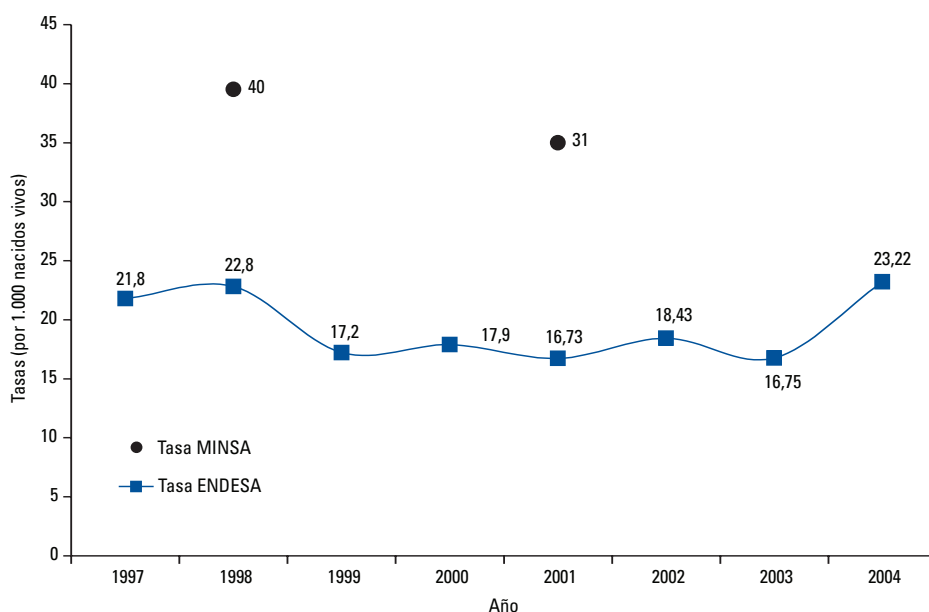
Salud de los niños menores de 5 años

Se estima que en 2003 los menores de 1 año representaban 2,7% de la población. La tasa de mortalidad infantil (estimada para un período de cinco años) descendió de 40 por 1.000 nacidos vivos en 1998 a 31 por 1.000 en 2001 (Figura 2). Las principales causas de muerte de los menores de 1 año fueron los trastornos respiratorios del recién nacido, la sepsis del recién nacido, la asfixia, la neumonía, las malformaciones congénitas y las enfermedades infecciosas intestinales. Las tasas fueron mayores en los varones, con 39 por 1.000 nacidos vivos frente a 32 por 1.000 en las niñas (estos datos corresponden al análisis de las tasas de

CUADRO 1. Principales causas de defunción, Nicaragua, 1990 y 2004.

Descripción de las causas	1990 (%)	2004 (%)
Enfermedades isquémicas del corazón	4,1	11,1
Enfermedades cerebrovasculares	5,7	6,9
Diabetes mellitus	1,5	6,1
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1,4	4,6
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	4,9	4,3
Enfermedades del sistema urinario	3,0	4,1
Enfermedades hipertensivas	1,1	3,1
Influenza y neumonía	7,5	3,0
Agresiones (homicidios por arma de fuego y por arma blanca)	1,3	2,9
Causas mal definidas	2,1	1,7
El resto de causas	67,4	52,2
Total	100	100

Fuente: Dirección de Estadísticas y Sistemas de Información del Ministerio de Salud.

FIGURA 2. Tasas de mortalidad infantil, Nicaragua, 1997–2004.

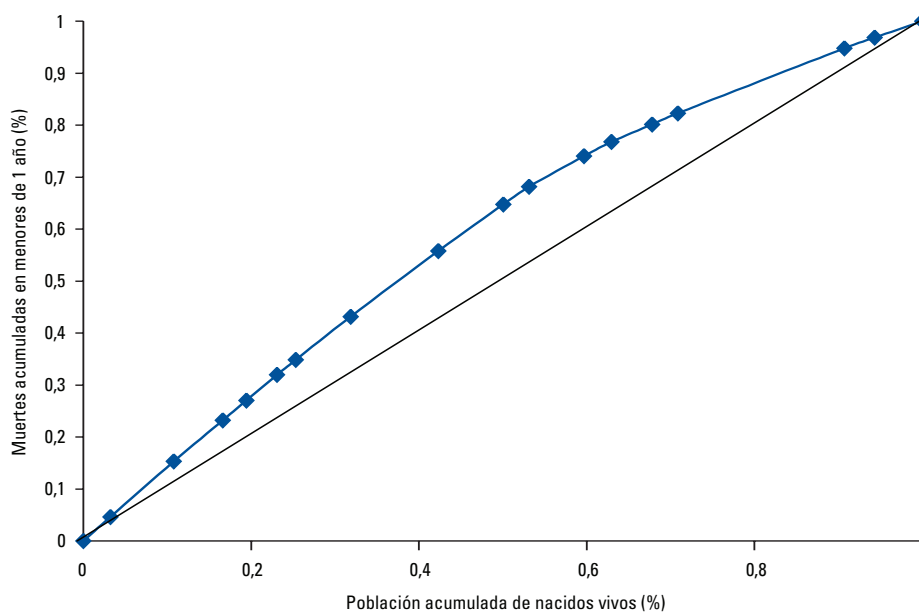
^aTasa MINS: Se estima que la fuente MINS (Ministerio de Salud) tiene un subregistro de entre 40% y 50%.

^bTasa ENDESA: La fuente ENDESA (Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud) corresponde a encuestas realizadas en 1998 y 2001.

mortalidad infantil de los últimos 10 años), en los hijos de madres mayores de 40 años (45 por 1.000 nacidos vivos), con más de siete hijos (59 por 1.000 nacidos vivos), con intervalo intergenésico inferior a dos años (60 por 1.000 nacidos vivos), en niños de bajo peso al nacer (36 por 1.000) y cuando no se recibe atención prenatal y del parto (66 por 1.000) (37). La mortalidad infantil fue mayor en madres sin educación (54 por 1.000), en el quintil de menores ingresos (49,6 por 1.000), en las zonas rurales (43 por 1.000) y en la región Atlántica (48 por 1.000). Como puede

observarse en la figura 3, cerca de 70% de muertes infantiles se concentran en 50% de la población. La curva de Lorenz, tanto para la mortalidad infantil como para la mortalidad materna, muestra una distribución desigual de las muertes infantiles y maternas en la población.

Los niños de 1 a 4 años representaban en 2003 10,6% de la población. La mortalidad en este grupo fue de 10 por 1.000 nacidos vivos, mayor en los hijos de madres de más de 40 años de edad (18 por 1.000), con más de siete hijos (16 por 1.000), con intervalo

FIGURA 3. Distribución de la mortalidad infantil, Nicaragua, 2001.

Fuente: La estimación de muertes infantiles se obtuvo a partir de las tasas de mortalidad infantil de ENDESA 2001, y los nacidos vivos se obtuvieron a partir de estimaciones de población y tasas de natalidad del INEC para 2001.

intergenésico inferior a dos años (15 por 1.000), sin atención prenatal y del parto (31 por 1.000), en madres sin educación (19 por 1.000), en las zonas rurales (13 por 1.000), en la región Central y Atlántica (13 y 12 por 1.000) y en los departamentos de Jinotega, Madriz y RAAN (37). La neumonía y las enfermedades infecciosas intestinales fueron las principales causas de muerte (13).

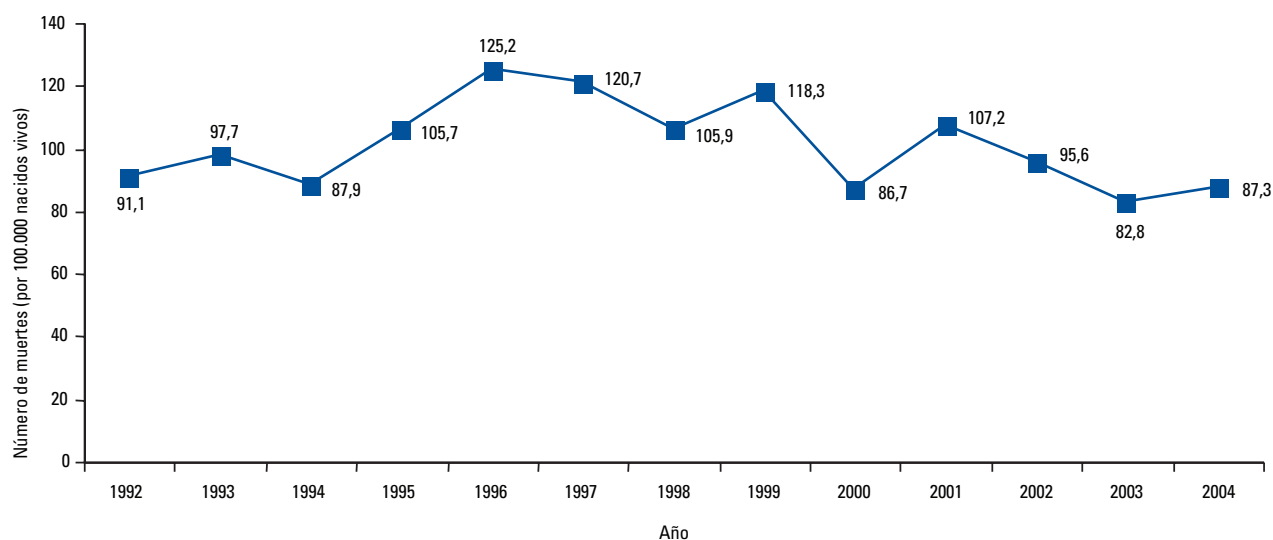
En síntesis, la mortalidad en la niñez estimada para el período de los últimos cinco años fue de 40 por 1.000 nacidos vivos (37). Como puede apreciarse en la figura 2, la tasa de mortalidad infantil mostró una tendencia a la reducción, según las encuestas demográficas de 1998 y 2001; sin embargo, las tasas calculadas con base en fuentes del Ministerio de Salud reflejaron un comportamiento fluctuante, afectado por el subregistro de la mortalidad. La tasa de mortalidad infantil fue mayor en niños (48 por 1.000 nacidos vivos), en los hijos de madres mayores de 40 años (62 por 1.000 nacidos vivos), con más de siete hijos (74 por 1.000), con intervalo intergenésico inferior a dos años (74 por 1.000), sin atención prenatal y del parto (95 por 1.000), en madres sin educación (72 por 1.000), en zonas rurales (55 por 1.000), en el quintil de menores ingresos (64,3 por 1.000), en la región Central y Atlántica (50 y 59 por 1.000) y en los departamentos de Jinotega, Madriz y en las Regiones Autónomas de la RAAN y la RAAS (37) (64,3 por 1.000).

En 2001, la mitad de los menores de 5 años (48% de menores de 1 año y 51% de la franja de 1 a 4 años) estuvieron enfermos en el mes previo a la última encuesta de medición de nivel de vida, por problemas respiratorios (16% y 20%, respectivamente), dia-

rrrea (28% y 24%), enfermedades crónicas (0,2% y 1,6%), y otros problemas, incluidos accidentes y lesiones (4,6% y 5%). Entre los menores de 3 años, 94,5% recibieron lactancia materna alguna vez, pero de estos, 26,7% recibieron otro tipo de alimentos antes de empezar la lactancia; solo 12% de los menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva y la duración mediana de la lactancia fue de 17 meses (37).

Salud de los niños de 5 a 9 años y de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

En 2003, los niños de 5 a 9 años representaban 13% de la población. Sus principales causas de muerte fueron: accidentes de transporte, neumonías, leucemia, meningitis, desnutrición y ahogamiento accidental. El grupo de 10 a 14 años representó 12,5% de la población y el de 15 a 19 años, 11,7%. Se analiza muy poco la información sobre estos grupos de edades y generalmente se agrupan los datos que corresponden a la franja de 5 a 14 años. En 2001, 31% (31,5% de los varones y 30,5% de las mujeres) se notificaron enfermos en el mes previo a la última encuesta de medición de nivel de vida: 18% por problemas respiratorios, 2% por diarrea, 3% por problemas crónicos y 8% por otras causas, incluidos accidentes y lesiones. Las principales causas de defunción en adolescentes varones fueron los homicidios, los accidentes de transporte y los suicidios, mientras que en las adolescentes fueron los problemas relacionados con el embarazo y el parto, los homicidios y los suicidios. La muerte materna en

FIGURA 4. Tasa de mortalidad materna, Nicaragua, 1992–2004.

Fuente: Dirección de Estadísticas y Sistemas de Información del Ministerio de Salud de Nicaragua.

adolescentes representó un tercio de la mortalidad materna general (38). Las principales causas de morbilidad en adolescentes varones fueron los traumatismos, el envenenamiento y otras causas externas, y las infecciones de transmisión sexual, mientras que en las mujeres fueron las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, la violencia intrafamiliar y sexual, los traumatismos y el envenenamiento. Se estimó que 32% de las lesiones autoinfligidas correspondieron a adolescentes de 15 a 19 años (39).

Un estudio de 2005 reveló que 11% de las mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años (40). La fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años descendió (41) de 130 por 1.000 habitantes en 1998 a 119 por 1.000 en 2001. La proporción de nacimientos en madres adolescentes se redujo de 31,0% en 1997 a 27,7% en 2004 (36); la educación es un factor determinante de la maternidad en la adolescencia. En efecto, 46% de las adolescentes sin educación eran madres o estaban embarazadas, en contraste con 5% de las adolescentes universitarias. Recibieron atención prenatal 85,7% de las adolescentes embarazadas (37). Se estima que 12,1% de las adolescentes de 15 a 17 años tienen hijos (42), y 19,8% de las mujeres de 15 a 19 años manifestaron necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar (37). Los conocimientos para prevenir las infecciones de transmisión sexual en adolescentes resultaron insuficientes, a pesar de que 91% ha oído hablar del sida y 24% de la sífilis (43).

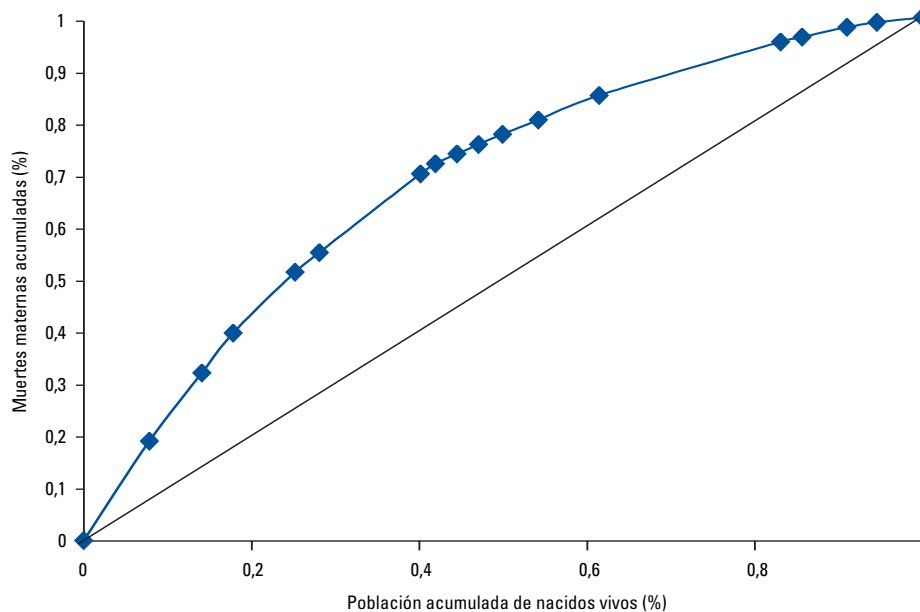
Salud de los adultos (20–59 años)

En 2001, un tercio de los adultos (32% en la franja de 25 a 34 años; 44% en la de 35 a 49 años y 60% entre la población de 50

años o más) se notificaron enfermos en el mes previo a la última encuesta de medición de nivel de vida, 16% por problemas respiratorios y 22% por otros problemas, incluidos accidentes, lesiones y trastornos crónicos. La proporción de mujeres enfermas fue mayor que la de hombres enfermos; también es mayor la información sobre la salud de las mujeres.

La tasa global de fecundidad descendió de 3,6 hijos en 1998 a 3,2 en 2001 (37), con amplias diferencias entre la fecundidad deseada y la observada en los estratos de menores ingresos (5,5 real frente a 3,8 ideal) que en los de mayores ingresos (1,7 real frente a 2,5 ideal). Se estima que 66% de las mujeres en edad fértil han usado algún método de planificación familiar. Entre las mujeres actualmente unidas, 88% han usado algún método, generalmente moderno: píldora (59%), inyección (38%), esterilización femenina y DIU (25% cada uno), condón y amenorrea por lactancia (23% y 16%) (37). Recibieron atención prenatal 66% de las mujeres; 34,4% fueron captadas durante el primer trimestre (23,7% en Río San Juan) (36). La cobertura del parto institucional aumentó lentamente a expensas de las zonas urbanas con mayor acceso y participación del sector privado; en 2004 fue de 51,6% (30,6% en Río San Juan, 31,3% en Chontales, 37,5% en Boaco, 40,6% en la RAAN y 41,1% en la RAAS, la de menor infraestructura de caminos y mayor pobreza). No tuvieron control puerperal 72% de las mujeres con partos no institucionales (37). La cobertura institucional del puerperio tendió a mejorar: 20% (1994), 46,8% (1997) y 50% (2000), incrementándose muy poco en 2004 (50,7%).

Entre 1992 y 2005 la mortalidad materna fluctuó hasta alcanzar cifras más altas en 1996, 1997 y 1999; en los últimos cinco años descendió y llegó a 87,3 por 100.000 habitantes en 2004 (35) (Figura 4). Al igual que la tasa de mortalidad infantil, la tasa de

FIGURA 5. Distribución de la mortalidad materna, Nicaragua, 2004.

Fuente: Ministerio de Salud.

mortalidad materna muestra un comportamiento fluctuante, con tendencia a la reducción en el período observado.

La hemorragia posparto, con 48% de los casos, siguió siendo la primera causa de muerte materna, seguida de sepsis puerperal (15%) y eclampsia (14%), asociadas a alta tasa de fecundidad, bajo espaciamiento entre los nacimientos, limitada cobertura y calidad en los servicios de control prenatal, atención del parto y atención de las complicaciones. Pese a la disminución de la tasa en el ámbito nacional, se mantienen grandes brechas en las zonas rurales (Jinotega 214,9) y las Regiones Autónomas del Atlántico, que concentran comunidades étnicas (RAAN 184,7 y RAAS 180,6), zonas donde el acceso a las unidades de salud es difícil, los niveles de escolaridad son bajos, y el grado de pobreza es elevado. La figura 5 muestra que 80% de las muertes se acumularon en 50% de la población.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2000 los adultos mayores representaban 5,0% de la población, con una razón de feminidad de 1,2:1, es decir, una mayor supervivencia de las mujeres. El índice de envejecimiento, que expresa la relación entre la población mayor de 60 años y la población menor de 15 años, fue de 11 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años. Se estima que alrededor de 60% de los adultos mayores son jefes de familia. De ellos, 76% son hombres y 24%, mujeres; 42,2% son económicamente activos, 94% están ocupados y 6% se encuentran en situación de desempleo abierto;

por lo general trabajan por cuenta propia o brindan apoyo a sus familiares. No se apreciaron diferencias por sexo, aunque en Managua el porcentaje de ocupación femenina fue mayor que el masculino (15). De acuerdo con la última encuesta de medición de nivel de vida (2001), 75% de los mayores de 65 años (79,9% de mujeres y 70,0% de hombres) se notificaron enfermos en el mes previo a la realización de la encuesta, 45% por enfermedades crónicas, 17% por problemas respiratorios, 1% por diarrea y 12% por otros problemas.

Salud de la familia

En 2005 se censaron 1.044.476 hogares con un promedio de 4,9 personas por hogar. Según datos del VIII Censo de Población y del IV Censo de Vivienda 2005, 94,7% de las viviendas albergaban un hogar, 4,1% dos hogares, y 1,2% tres y más hogares (2). La proporción de familias encabezadas por varones se ha mantenido similar: 71,9% (1993), 72,3% (1998) y 71,1% (2001), aunque persiste mayor proporción de jefas de familia en la zona urbana, por lo general mujeres separadas o viudas (15). Las jefas de familia monoparentales presentaron una tasa de participación en el trabajo productivo y en el trabajo reproductivo de 47,3% y 87,8%, respectivamente. El nuevo modelo de atención integral de la salud tiene como eje la salud de la familia y la comunidad, en el marco de un enfoque de promoción y prevención de enfermedades. Los datos de morbilidad y mortalidad se presentan en el análisis por ciclos de vida.

Salud de los trabajadores

Se estimó que había 1.973.100 trabajadores en 2004; en su mayoría (82,4%) se atendían en servicios de población abierta del Ministerio de Salud, en los que no se llevaban estadísticas específicas sobre accidentes y enfermedades ocupacionales. Para 17,6% de los trabajadores adscritos a la seguridad social existe la notificación obligatoria de accidentes y enfermedades ocupacionales. Los empleadores también están obligados a informar accidentes y enfermedades al Ministerio del Trabajo, pero la cobertura de las inspecciones laborales solo alcanza a 6,4% de la población trabajadora. Un estudio realizado en León sobre el trabajo informal (44) destacó como principales obstáculos para alcanzar las metas en salud, la condición de pobreza, la falta de cobertura de la canasta básica, la creciente proporción de hogares encabezados por mujeres —las cuales desempeñan la doble función de generar ingresos para el sustento de la familia y realizar el trabajo doméstico—, los ingresos magros e inestables, la realización de labores de escaso reconocimiento social, y la exposición a múltiples riesgos, muchos de ellos ambientales, incluidas las condiciones de explotación laboral y maltrato.

Las encuestas oficiales sobre trabajo infantil (45) indican que la participación de los niños de 5 a 17 años de edad en el mercado laboral disminuyó de 314.012 en 2000 a 266.000 en 2005. De ellos, 90% se encontraban trabajando en el momento de la encuesta (76% en el sector informal). La relación niño/niña fue de 2,8:1. De estos trabajadores activos, 74% eran varones y 26% mujeres, y 11% tenían entre 5 y 9 años. Aunque la legislación actual lo prohíbe, ocho de cada 10 adolescentes empezaron a trabajar antes de los 14 años. Dos tercios trabajaban como obreros no calificados y más de la mitad no asistía a la escuela por razones de trabajo. Se estima que 20% de los niños de 7 a 17 años son analfabetos (este porcentaje es tres veces mayor en las zonas rurales). Aproximadamente un tercio de los adolescentes que trabajaban notificaron lesiones laborales. No se cuenta con estadísticas oficiales sobre la explotación sexual infantil; sin embargo, organismos especializados en la atención a la niñez coinciden en que el incremento de la explotación sexual infantil con fines comerciales y la trata de menores están a la vista, sobre todo en las ciudades fronterizas, turísticas e industriales de los países centroamericanos (46,47). En agosto de 2001, el Gobierno de Nicaragua aprobó la Política Pública contra la Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes.

Se reconoce la importancia del problema de la trata de blancas y el proxenetismo en el país. Según el Centro Nicaragüense de Derechos Humanos (CENIDH), en Managua hay unas 1.200 trabajadoras del sexo, de las cuales 40% son menores de 18 años. Un estudio de la organización gubernamental MiFamilia sobre 300 niñas prostitutas, refirió que 56% comenzaron su vida sexual a los 12 ó 13 años; 28% habían sido violadas, y 50% atendían a más de cinco clientes por día (48).

Salud de las personas con discapacidad

La prevalencia de discapacidades (49) entre los mayores de 6 años se estimó, de acuerdo a un estudio de 2003, en 10,3% (11,3% en mujeres y 9,1% en hombres, 10,5% urbana y 10,1% rural). Las tasas de prevalencia se incrementan con la edad, con porcentajes de 3,7% entre los 6 y los 9 años a 85,3% en los mayores de 80 años. Se observó que las personas con discapacidad presentaban problemas de comprensión y comunicación (58,0%), movilidad (75,2%), autocuidado (22,6%), relación con los demás (26,6%), realización de actividades en el hogar (49,9%), realización de actividades en el trabajo o la escuela (30,2%), y participación en la sociedad (53,9%). En cuanto a sus causas, las discapacidades se relacionan principalmente con enfermedades crónicas (67%), defectos y problemas en el nacimiento (9%), caídas, traumas y otros accidentes (9,5%), enfermedades infecciosas (4%), enfermedades laborales (3,4%), accidentes de vehículo (2,3%), la guerra (2,2%) y agresiones de otras personas (1,8%). El 15% de las personas con discapacidad sufrieron violencia física o psicológica y 14% sufrieron algún tipo de accidente en el último año.

Salud de los grupos étnicos

Los territorios con mayor proporción de población indígena concentran la mayor brecha sanitaria del país. En 2005, la RAAN registró una tasa de mortalidad materna 2,1 veces más alta que el promedio nacional y una tasa de mortalidad perinatal 1,6 veces más alta (36). Se estima que viven en zonas de alto riesgo de desastres naturales 100% de indígenas ramas, 61,6% de miskitos y 90% de mayagnas, en comparación con 31,8% del promedio nacional. Las comunidades indígenas notificaron menos acceso a servicios de planificación familiar, control prenatal y atención del parto; por ejemplo, 29,3% de las madres miskitas no tuvieron acceso a control prenatal (12,3% en el país) y 57,4% no tuvieron partos institucionales (27,7% en el país) (50). La desnutrición crónica afectaba a 33,7% de los niños miskitos y a 100% de los ramas (19,6% en el país). Padecían desnutrición global 12,8% de los miskitos (8,9% en el país). Las comunidades miskitas solo consumen el equivalente a 70% del consumo alimentario per cápita promedio del país y 49,8% no cubren la canasta básica (34% en el país) (50). Se registró mayor incidencia de malaria por *Plasmodium falciparum* y tuberculosis en las regiones indígenas del Atlántico. Más de 90% de los casos de malaria por *P. falciparum* se concentraron en 24 municipios con población indígena.

Salud de otros grupos especiales

Las poblaciones fronterizas enfrentan situaciones de aislamiento y falta de acceso a los servicios de salud (sobre todo en la región de Río Coco y Río San Juan). Las mujeres emigrantes nicaragüenses presentan un perfil de salud maternoinfantil menos favorable que el de las costarricenses, ya que tienen menor nivel

educativo, utilizan menos los anticonceptivos, y tienen menos acceso a los servicios de salud en general y de salud preventiva en particular. Como aspectos positivos, las emigrantes nicaragüenses tienen menor tabaquismo (6% han fumado alguna vez frente a 14%), menos partos por cesárea (13% frente a 20%) y mayor proporción de mujeres vacunadas contra el tétanos en los últimos 10 años (83% frente a 73%) (51).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La información que se presenta en esta sección se basa en los datos de vigilancia del Ministerio de Salud (52). En los últimos 10 años, los casos de **malaria** registraron un descenso significativo, con un índice parasitario anual (IPA) de 1,72 por 1.000 habitantes (71.380 casos) en 1995 y de 0,11 por 1.000 (6.373 casos) en 2005. En el quinquenio 2001–2005, ocho Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS) registraron alta transmisión de la enfermedad: RAAN, RAAS, Río San Juan, Chontales, Matagalpa, Jinotega, Chinandega y Nueva Segovia. Unos 36 municipios de alto riesgo concentraron 93% de la carga de morbilidad del territorio nacional. En 2004, la morbilidad notificada fue de 10,7 por 10.000 habitantes, con tasas altas para RAAS, RAAN, Matagalpa, Jinotega y Chinandega. Alrededor de 83% de los casos fueron por *Plasmodium vivax* y 17% por *P. falciparum*; las infecciones mixtas fueron inferiores a 1%. *Anopheles albimanus* es el vector principal en Nicaragua y se encuentra en los 17 departamentos y regiones; existen focos limitados de transmisión por *A. pseudopunctipennis* en la región Pacífica del país (Chinandega y Managua). Las tasas más altas por grupos de edad correspondieron al de 1 a 4 años (21,4 por 10.000) y al de 5 a 14 años (14 por 10.000). La población masculina fue la más afectada (70% de los casos). En las Regiones Autónomas se concentraron 95% de los casos de malaria por *P. falciparum*. En 2005, la tasa de mortalidad por malaria fue de 0,13 por 100.000 habitantes. Se registraron ocho muertos en 2002, siete en 2003, uno en 2004 y seis en 2005. La tendencia muestra un paulatino descenso de la morbilidad y mortalidad por malaria, de modo que se considera posible alcanzar la meta propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de reducir a la mitad la mortalidad por malaria para 2010 y disminuir la carga de morbilidad causada por esta enfermedad para 2015, siempre y cuando se consoliden las estrategias de control aplicadas hasta el momento. Estas estrategias han reforzado las acciones de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, así como la detección de epidemias, el control de criaderos, el desarrollo de recursos humanos centrado en el comportamiento del vector y la estratificación de la malaria hasta el nivel de “casa malárica” (donde existe una persona positiva).

En los últimos cinco años el **dengue** ha mantenido un perfil endemoepidémico, con brotes relacionados con la introducción de un nuevo serotipo en una zona específica del país. Entre 2002 y 2005 el total de los 17 departamentos y regiones notificaron casos de dengue; la circulación de los serotipos 1, 2 y 4 fue confirmada por el laboratorio nacional de referencia; sin embargo, el serotipo 2 ha tenido el impacto más importante en términos de morbilidad y mortalidad. La tasa de morbilidad notificada por dengue en 2003 fue de 4,7 por 10.000 habitantes para el dengue clásico y de 0,4 por 10.000 para el dengue hemorrágico, reduciéndose en 2005 a 3,2 por 10.000 y 0,3 por 10.000, respectivamente. En 2004, los departamentos más afectados por la forma clásica fueron Masaya, Madriz y RAAN, y los más afectados por la forma hemorrágica fueron Masaya y Granada. El grupo de 5 a 14 años presentó la mayor carga de morbilidad (4,5 por 10.000 habitantes), seguido del grupo de 15 a 49 años (3,0 por 10.000 habitantes); 54% de los casos se presentaron en mujeres y 46% en hombres. En 2005, la tasa de mortalidad nacional fue de 0,2 por 100.000 habitantes (seis defunciones). La tasa de letalidad por dengue hemorrágico fue de 3% (53).

Se han identificado tres formas de **leishmaniasis** en Nicaragua: cutánea (99% de los casos) y cutánea atípica (0,57%), causadas por *Leishmania chagasi*; mucocutánea (0,4%), causada por *Leishmania (V.) braziliensis* y *Leishmania (V.) panamensis*; y visceral (0,03% de los casos). Se han identificado 31 especies de *Lutzomyia*, dos incriminadas como vectores de leishmaniasis cutánea y de leishmaniasis mucocutánea (*Lu. panamensis* y *Lu. ylephiletor*) y una como vector de leishmaniasis cutánea y leishmaniasis visceral (*Lu. longipalpis*). En sus distintas formas clínicas, la leishmaniasis mostró tendencia al aumento, al pasar de 959 casos en 1995 a 3.312 en 2005. La tasa de leishmaniasis en 2004 fue de 3,5 por 10.000 habitantes (54). La incidencia más alta se registró en el grupo de 1 a 4 años (10,5 por 10.000 habitantes), seguido por el de 5 a 14 años (8 por 10.000) y por el de 15 a 49 años (4,2 por 10.000). El 52% de los casos se registró en mujeres y 48% en hombres. Jinotega concentró 60% de los casos; Matagalpa 22%; Chontales 9%, y el 9% restante se distribuyó en la RAAN, la RAAS y Río San Juan. La distribución geográfica se relaciona con el avance de la frontera agrícola hacia las zonas selváticas del país para la forma cutánea/mucocutánea, y a la urbanización no planificada para la forma visceral (55).

Los principales vectores de la enfermedad de **Chagas** se investigaron mediante encuestas entomológicas realizadas en el período 1998–1999, las cuales permitieron ubicar a *Triatoma dimidiata*, *Rhodnius prolixus* y *Triatoma ryckmani* en Diriamba, San Fernando y Chinandega, a *Triatoma nitida* en San Rafael y Jinotega, y a *Panstrongylus geniculatus* en El Rama, San Carlos y San Miguelito. *Rhodnius pallescens*, detectado en Río San Juan, no fue notificado sino hasta 2002. Existe un subregistro importante de la enfermedad, que impide conocer su verdadera magnitud. En estudios de 150.000 donantes de sangre realizados en el decenio de 1990 se encontraron seroprevalencias de 0,3% en Mana-

gua y de 11% en la zona norte (principalmente Madriz, Nueva Segovia y Matagalpa). En 2000, una encuesta serológica a escolares de 7 a 14 años (56) de 15 departamentos halló una seroprevalencia general de 3,6%. Otra encuesta serológica administrada en 2003 a menores de 15 años, en localidades con presencia de *R. prolixus*, reveló una seroprevalencia de 10,8% en Madriz, 4,3% en Nueva Segovia, 1,8% en Chinandega y Jinotega, y 0,2% en Masaya. En el municipio de Esquipulas, en comunidades infestadas por *T. dimidiata*, se notificaron seroprevalencias de 1% en menores de 15 años y de 1,7% en mujeres embarazadas.

Enfermedades inmunoprevenibles

No se notifican casos de **poliomielitis** desde 1981, de **difteria** desde 1987, y de **sarampión** desde 1994. En 2005 se llevó a cabo una campaña nacional de vacunación contra la **rubéola** y el síndrome de rubéola congénita (población de 6 a 39 años de edad) con coberturas de 100%. Entre 2001 y 2005 se notificaron 38 casos de **tétanos** no neonatal (la mayoría en adultos), 11 casos de **tos ferina** (10 de ellos en la RAAS en 2002) y 3 casos de tétanos neonatal (el último en 2005). Nicaragua ha aprovechado la Semana de Vacunación en las Américas para alcanzar a niños que nunca habían sido vacunados y a poblaciones vulnerables, y así mejorar las coberturas de inmunización en todos los municipios.

Enfermedades infecciosas intestinales

El componente de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales se redujo de 1,9% en 2002 a 1,4% en 2004 (57). La tasa de morbilidad registrada por enfermedades diarreicas agudas se mantuvo similar (de 372 por 10.000 habitantes en 2000 a 358 por 10.000 en 2004) y fue 2,2 veces más alta en las regiones del Caribe. Las mayores tasas departamentales se relacionaron con menores coberturas de servicios de agua potable. Los últimos 12 casos de cólera se notificaron en 2000. En 2005 se halló una prevalencia de infección de geohelmintiasis de 49,3% (58) en niños de 8 años de edad en zonas urbanas y rurales de cuatro departamentos (Chinandega, Granada, Estelí y Chontales). En escuelas rurales y periurbanas de Chinandega y Chontales se notificó una infección intensa de entre 2,0% y 4,5% en los niños estudiados.

Enfermedades crónicas transmisibles

La **tuberculosis** es endémica en Nicaragua, pero con tendencia al descenso en los últimos 10 años. La tasa de incidencia nacional de tuberculosis en todas sus formas se redujo de 88 por 100.000 habitantes en 1987 a 39 por 100.000 en 2004 (aunque persisten tasas muy altas en la RAAN con 110,3 por 100.000 y en la RAAS, con 58,8 por 100.000). Entre 2003 y 2004 la captación se redujo en 2,7%. En 2004 se captaron 2.220 casos, de los cuales 60% fueron bacilíferos positivos nuevos, 20% bacilíferos negativos, 15% extrapulmonares, y 5% correspondieron a recaídas (con porcentajes mayores en la RAAN y la RAAS). El grupo de 15 a 34 años concentró 49,2% de los casos bacilíferos en 2004. Más de la mitad (55%) de los casos de bacilíferos positivos nuevos corres-

pondieron al sexo masculino. La tasa de mortalidad en 2003 fue de 1,4 por 100.000 habitantes. En 2003, el análisis de una cohorte de pacientes que recibieron los esquemas de tratamiento acordado (DOTS) y de retratamiento mostró una tasa de mortalidad de 4,6% (79 pacientes fallecidos entre 1.699 evaluados en esos esquemas). Las cifras más altas para la tasa de incidencia, la tasa de bacilíferos positivos y la tasa de recaídas correspondieron a la RAAN. Entre 1987 y 2005 se notificó un total de 52 pacientes con tuberculosis/VIH; el SILAIS de Chinandega informó un total de 11 casos de coinfección (21,1%) y el SILAIS de Managua, 19 (36,5%). El grupo de 20 a 30 años de edad es el más afectado por la coinfección de tuberculosis y VIH.

En el quinquenio 2001–2005 se diagnosticaron anualmente cinco casos nuevos de **lepra**, todos provenientes de los departamentos de Managua y Chinandega.

Infecciones respiratorias agudas

Las enfermedades del sistema respiratorio fueron la principal causa de morbilidad notificada por personas encuestadas en 2001 que se sintieron enfermas en los 30 días previos a la encuesta (38,2%) (37). La tasa de infecciones respiratorias agudas para todas las edades se redujo de 2.513 por 10.000 habitantes en 1999 a 2.338 por 10.000 en 2004 (36). En 2005, la RAAS y Matagalpa presentaron las tasas más altas. La **influenza** y la **neumonía** representaron 3,7% de las causas de defunción en 2002, cifra que se redujo a 3,2% en 2004 (57).

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

La epidemia de VIH mantuvo baja prevalencia en la población general (<1%). La incidencia anual de VIH aumentó drásticamente de 2,52 por 100.000 habitantes en 2000 a 7,66 por 100.000 en 2005. Se notificaron niveles de prevalencia superiores a 9% entre hombres que tienen sexo con hombres (59). Entre personas heterosexuales VIH-positivas aumentó la proporción de mujeres de 31% en 2000 a 37% en 2005 (60). Hasta diciembre de 2005 se habían registrado 2.031 casos de VIH/sida, 72% en hombres y 28% en mujeres, y 0,68% en menores de 15 años. Durante 2005 se notificaron 420 casos VIH-positivos (323 portadores y 97 casos). De estos 97 casos, 46 seguían vivos y 51 fallecieron por esta causa (61). La relación hombre/mujer en 2005 fue de 2,4:1. El mayor número de casos se registró en Managua, Chinandega y León. Existe un importante subregistro. La prevalencia de sida en la población de 15 a 49 años se estimó en 0,2% (62). Predomina la transmisión sexual de la infección por VIH, con 92,0% de los casos (de los cuales 74,0% fueron por transmisión heterosexual y 26,0% entre hombres que tienen sexo con hombres), seguida por la transmisión perinatal (3,0%), la inyección de drogas intravenosas (3,0%) y las transfusiones sanguíneas (0,2%). Los datos de transmisión son incompletos en 2,2% de los casos.

En cuanto a las demás infecciones de transmisión sexual, se observaron con mayor frecuencia en la población de 20 a 24 años

de edad (30% de los casos). En 2005 se notificaron 3.517 casos, principalmente de **gonorrea**, **condiloma** y **sífilis** adquirida. La relación hombre/mujer para el total de casos fue de 1:1; sin embargo, las mujeres presentaron con mayor frecuencia condiloma, y los hombres gonorrea. La mayor incidencia correspondió a la región Atlántica, Chinandega y Managua (61).

Algunos estudios señalaron como factores de riesgo de infecciones de transmisión sexual el inicio temprano de la vida sexual y los conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo en materia de sexualidad; 60% de los encuestados aseguraron que el condón no es efectivo para prevenir el VIH/sida, 86% manifestaron no usar condón con su pareja estable y solo 15% lo utilizaban como método anticonceptivo (63). El 60% de hombres y 65% de mujeres no percibieron ningún riesgo de contagiarse de VIH/sida (64) y 20,4% de las mujeres no conocían formas de evitar el contagio del VIH/sida (37).

En Managua, 19% de hombres y 24% en la región del Caribe —que comprende las dos regiones autónomas, la RAAN y la RAAS, y la zona de Río San Juan, con costas en el Mar Caribe— refirieron haber padecido al menos una infección de transmisión sexual, y la mayoría tuvo gonorrea. Aunque los encuestados tenían conocimientos básicos sobre las infecciones de transmisión sexual, se evidenció que subsisten muchos mitos y desinformación en torno a estas y al uso del condón (63).

Zoonosis

Con dos casos notificados en el quinquenio, la **rabia** canina urbana mostró franco descenso. Desde 2000 no se informan casos de rabia en humanos (65). En algunos municipios (Sauce, Bluefields, Jinotega, León, Achuapa) la **leptospirosis** mantuvo un comportamiento endémico en el quinquenio, con 318 casos y sin defunciones, y aumentó la proporción de casos confirmados por laboratorio (29%). La tasa de incidencia nacional pasó de 0,33 por 100.000 habitantes en 2000 a 1,65 por 100.000 en 2005 (66).

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La **desnutrición** infantil en 2001 continuó siendo severa; 20% de los menores de 5 años presentaban desnutrición crónica y 6,3% desnutrición crónica severa (37) (14,3% en la RAAN, 12,1% en Jinotega, 11,8% en Madriz y 10,7% en Matagalpa). Se estimó que 9% de los recién nacidos tenían bajo peso al nacer, y cerca de 4% de las mujeres en edad fértil presentaban problemas nutricionales. La desnutrición crónica y global en menores de 5 años del quintil más pobre fue de 35,2% y de 16%, un porcentaje significativamente mayor que el 4,4% y el 2,7% del quintil con mayores ingresos. Esto se debe a la inseguridad alimentaria que afecta principalmente a las zonas rurales. El déficit de estimulación temprana y de nutrición apropiada agravaba la vulnerabilidad infantil, asociada en particular al nivel educativo de la madre

y al número de niños pequeños en el hogar. Según el II Censo Nacional de Talla en escolares de primer grado (realizada por el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes y el Ministerio de Salud en 2005), la desnutrición crónica afectaba a 27,2% de los niños de 6 a 9 años, y 6,5% presentaban retraso severo. La prevalencia era mayor en varones de la zona rural y aumentaba con la edad. Los departamentos más afectados fueron Madriz, Jinotega, Matagalpa, Nueva Segovia y la RAAN. En 46,3% de los municipios el retraso de talla fue superior al promedio nacional; los municipios más afectados fueron Las Sabanas, San José de Cusmapa, San Juan de Río Coco, Telpaneca, Totogalpa y San Lucas, en Madriz; Rancho Grande, Tuma-La Dalia y San Ramón, en Matagalpa, y El Tortuguero en la RAAS. La **deficiencia de vitamina A** mostró un descenso franco, de 31,3% en 1993 a 25,9% (2003) y 17,0% (2004). Por otra parte, 13,4% de la población presentaba una excreción urinaria de **yodo** por debajo de 10 µg/dl, por lo que la deficiencia de yodo ya no es un problema de salud pública a nivel nacional. En relación con el flúor, 50% de la población nacional tiene niveles de ingesta de **flúor** por debajo de los valores recomendados por la OMS, excepto en Managua, Moyogalpa, Tisma y la Cruz de Río Grande.

En 2003, la prevalencia de **diabetes** fue de 8,1% (67) (8,3% en mujeres y 7,9% en hombres), incrementándose con la edad (2,8% entre los 20 y los 39 años, 17% entre los 40 y los 64 años, y 22% en los mayores de 65 años). En 2005, la mortalidad por diabetes mellitus ascendió a 18,9 por 100.000 (8,9 por 100.000 habitantes en 1992) y afectaba principalmente a los mayores de 50 años. En el grupo de 60 años y más, las mujeres fueron las más afectadas (tasas de 245,2 por 100.000 frente a 193,6 por 100.000 en el sexo masculino) (68).

Enfermedades cardiovasculares

Entre 1996 y 2004 la proporción de defunciones por enfermedades del sistema circulatorio mostró tendencia al aumento, con 23% y 26%, respectivamente (68). Estas enfermedades se mantuvieron como primer grupo de causas de mortalidad, con tasas de 76,9 por 100.000 habitantes en 1996 y 71,4 por 100.000 en 2004. Las tasas de mortalidad en 2004 fueron mayores en hombres (74,7 por 100.000) que en mujeres (68,1 por 100.000). Las principales causas notificadas fueron: **infarto agudo** (43%), **accidente cerebrovascular** (27%) y **enfermedad hipertensiva** (12%). El 52% de las defunciones se produjeron en hombres, más de la mitad a consecuencia de infarto (56%). Entre las mujeres, la principal causa fue el accidente cerebrovascular, con 52,4%. Según una encuesta de 2003, la prevalencia de hipertensión fue de 25% (25,4% en mujeres y 24,7% en hombres), y aumentó con la edad (13,5% entre los 20 y los 39 años y 61,8% entre los mayores de 65 años); de ellos, 9,8% fueron casos nuevos detectados (23,4% en mayores de 65 años). Los factores de riesgo más frecuentes fueron el sobrepeso, con 65,6% (71,4% en mujeres y 59% en hombres; 80,8% de los casos en personas entre los 40 y los 64 años) y la obesidad, con 28,3%. La prevalencia de hipercolesterolo-

lema fue de 19,7% (21,1% en mujeres y 18,1% en hombres; 31,9% de los casos en personas entre los 40 y los 64 años) (69).

Neoplasias malignas

La proporción de mortalidad por neoplasias malignas mostró tendencia al aumento, con 7,6% en 1990; 9,7% en 1996; 10,5% en 1999; 11,7% en 2002, y 12% en 2004, manteniéndose como tercer grupo de causas de muerte en los últimos cinco años. La tasa de mortalidad específica por esta causa se incrementó de 31,2 por 100.000 habitantes en 2000 a 35,2 por 100.000 en 2004. Según su ubicación, la mortalidad por cáncer de estómago representó 12,5%, cuello del útero 10,5% y mama 4,9%. En 2004, la mortalidad en mujeres (38,4 por 100.000) fue mayor que en hombres (30,4 por 100.000). El cáncer de cuello del útero fue la primera causa de muerte por neoplasias del sexo femenino, y en conjunto con el cáncer de mama representaron 18% de las muertes notificadas por cáncer (70). La prevalencia de cáncer de cuello uterino detectado en 2001 fue de 13,7, y se incrementó a 13,9 por 100.000 mujeres mayores de 15 años en 2002. El cáncer de mama presentó una tasa de 5,2 en 2001, que se elevó a 5,8 por 100.000 mayores de 15 años en 2002, y afectó principalmente a mujeres mayores de 50 años. En el período 2000–2005, el cáncer de cuello uterino fue la primera causa de morbilidad atendida en el Centro Nacional de Radioterapia, seguido por el cáncer de mama con 17,2% y los tumores digestivos y hematopoyéticos, con 7,3% cada uno (71). Hay poco acceso a medios diagnósticos y terapéuticos.

En 2002, la incidencia estimada de neoplasias malignas en hombres fue de 12,2 por 100.000 habitantes para el cáncer de pulmón y de 24,1 por 100.000 para el cáncer de estómago, y la incidencia estimada de neoplasias malignas en mujeres fue de 47,2 por 100.000 para el cáncer de cuello uterino, 23,9 por 100.000 para el cáncer de mama, 17,6 por 100.000 para el cáncer de estómago y 5,5 por 100.000 para el cáncer de pulmón.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Después del huracán Mitch (1998) se produjeron unos 13 fenómenos naturales (intensas lluvias, inundaciones, terremotos, sequías y otros huracanes) que implicaron situaciones de desastre, al catalizar condiciones previas de vulnerabilidad ambiental. En 2004, debido a un deslizamiento masivo de tierra en el cerro Musún, provocado por intensas lluvias, resultaron damnificadas 125.000 personas, de las cuales aproximadamente 4.800 perdieron sus hogares. Por otro lado la sequía, que afectó sobre todo a la región Atlántica, incrementó aún más los niveles de inseguridad alimentaria. Las consecuencias inmediatas de los desastres fueron la sobrecarga de los servicios de salud, el incremento de las enfermedades diarreicas por contaminación del agua, y el aumento de enfermedades respiratorias y transmitidas por vectores.

Las poblaciones más afectadas fueron los niños, los ancianos y las mujeres embarazadas.

Violencia y otras causas externas

La tendencia de las lesiones como componentes de la mortalidad se mantiene similar: de 14% en 1996 a 13% en 2004; sin embargo, se notificó un incremento sostenido de traumatismos violentos, violaciones y suicidios. Se estima que 30% de las mujeres de 15 a 49 años de edad, alguna vez unidas, fueron golpeadas por su pareja (72). Un estudio realizado en cinco hospitales del país (2004) (73) reveló que las lesiones representaron 18% del total de consultas de emergencias: 35% correspondieron a caídas, 23% a golpes con fuerza, 12% a accidentes de tránsito, 12% a apuñalamientos, 3% a envenenamientos, 2% a quemaduras y 1% a disparos de armas de fuego. Las tasas de hospitalización más altas correspondieron a quemaduras (36%), envenenamientos (33%) y disparos de armas de fuego (31%). Las tasas de letalidad más altas correspondieron a disparos (17%), seguidos de envenenamientos (14%) y accidentes de tránsito (12%). Las lesiones que más muertes prematuras produjeron fueron los traumatismos causados por accidentes de tránsito (2% de letalidad), cuyas principales causas fueron la ingesta de alcohol (9% de conductores) y el bajísimo uso del casco, el cinturón de seguridad y las sillas para bebé (solo 0,9% de los accidentados usaban cinturón). Además, en accidentes en los que intervinieron bicicletas (33%), automóviles y camionetas (18%) se registraron cantidades importantes de lesionados. La carga para los hospitales fue muy elevada, tanto en hospitalizaciones como en atenciones ambulatorias, lo que redundó en un alto costo de las atenciones (74). Casi la mitad de las quemaduras se produjeron en menores de 10 años y estuvieron relacionadas con el acceso a líquidos calientes, la preparación de los alimentos, el uso de utensilios del hogar, la quema de desechos, y la estructura y distribución de la vivienda (en muchos casos viviendas precarias donde un único ambiente es cocina, sala y lugar de trabajo), el andar descalzo y la falta de cuidado familiar. Las quemaduras en la calle se relacionaron con el manejo inseguro de explosivos y, en el trabajo, por inseguridad en tareas de soldadura y electricidad (75).

Salud mental

La demanda de atención en establecimientos de salud mental en 2004, expresada como tasas de atención por 100.000 habitantes, fue de 145 en establecimientos ambulatorios, 19 en hospitales psiquiátricos, 3,4 en establecimientos de tratamiento diurno y 0,34 en unidades psiquiátricas en hospitales de base comunitaria (76). El 60% de la población atendida en los establecimientos ambulatorios de salud mental fueron mujeres y 40% hombres. El 8% fueron niños y adolescentes. Los principales diagnósticos en hospitales psiquiátricos fueron: esquizofrenia (36%), trastornos del estado de ánimo (21%) y abuso de sustancias (17%). En unidades de base comunitaria predominaron las neurosis (70%) y el abuso de sustancias (13%), y en estableci-

mientos ambulatorios los trastornos neuróticos (44%) y la esquizofrenia (12%). La frecuencia de intentos de suicidio tendió al aumento, al igual que los suicidios consumados. Más de la mitad de las lesiones autoinfligidas se concentraron entre los 15 y los 24 años, 22% se relacionaron con el alcohol y 84% con el uso de plaguicidas como método para autolesionarse (39), particularmente la fosfina como agente. Los intentos de suicidio y el suicidio en jóvenes embarazadas son un tema importante para destacar como causa de morbilidad y mortalidad materna. El “grisi siknis” apareció en las regiones de la Costa Atlántica como una enfermedad cultural relacionada con trastornos de la salud mental, y se encuentra en proceso de estudio, si bien no se cuenta con datos exactos. Los brotes, caracterizados por comportamiento agresivo, alucinaciones y convulsiones, ocurren esporádicamente y han cobrado notoriedad en los últimos cinco años, período en el que casi anualmente se registran casos en alguna comunidad. En 1999 se registraron casos en Bilwi (RAAN) y en Raiti (Jinotega). A inicios de 2004 se vieron afectadas las comunidades de San Juan de la Bodega, Florida, Bulkian, Leymus, Tusku Tara, Santa Fe y Santa Isabel, en el municipio de Waspam, y Wawa Bar, en la jurisdicción de Puerto Cabezas, de la RAAN. Se ha vinculado como una secuela de la guerra y de la exacerbación de la hambruna ocurrida en las zonas del Atlántico Norte. En 2004 se notificó un total de 100 casos en Walakistan, comunidad de 1.200 habitantes (8% de su población); de ellos, la mitad presentó un cuadro severo que fue resuelto con apoyo de la medicina tradicional.

Adicciones

Según una encuesta realizada en 2005, 78,7% de los hombres y 43,8% de las mujeres han consumido alcohol alguna vez; de ellos, 21,9% notificó haber consumido alcohol en el último año (77). Entre 1992 y 1996 (78), mediante el sistema de ventanas epidemiológicas en los hospitales, se identificaron las prevalencias de vida para tabaco (36,5%), alcohol (42%), tranquilizantes (16%), marihuana (6%), cocaína (1%), crack (0,5%) e inhalantes (1%). En los centros de detección, en ese mismo período las tasas de prevalencia se duplicaron para el tabaco y el alcohol, fueron casi similares para los tranquilizantes, y se incrementaron entre 5 y 15 veces para las otras drogas.

Contaminación ambiental

En 2005 se registraron 1.332 casos de intoxicaciones agudas por plaguicidas (tasa de 2,43 por 10.000) y 153 defunciones (tasa de mortalidad de 2,79 por 100.000 y tasa de letalidad de 11,5%) (79), pero esto es tan solo una mínima parte del problema. En 2001 un estudio nacional estimó 98% de subregistro de casos, 2,3% de incidencia anual y 67.868 casos anuales (80). Varios estudios notificaron casos de polineuropatía periférica retardada en trabajadores agrícolas expuestos a metamidofós, clorpirifós y malation (81–85), problemas de fertilidad relacionados con la exposición al dibromocloropropano, y efectos crónicos de la ex-

posición a paraquat (86). En Managua se notificaron tasas de intoxicación por plomo de 50 por 1.000 en niños que viven cerca de talleres artesanales de baterías (87). En sistemas de agua rurales en algunos municipios del norte y centro del país se presentaron concentraciones de arsénico superiores a las permitidas (88). El referente de normalidad es <0,01 mg/l para agua potable y <0,05 mg/l para agua segura. Se hallaron concentraciones superiores a 0,05 mg/l en 8% de las muestras en Nueva Segovia y en 5,4% en Madriz. En estudios previos realizados en el Valle de Sébaco, Matagalpa, se encontraron cifras tan altas que obligaron al cierre de pozos rurales; se notificó intoxicación por arsénico en algunas comunidades e importantes efectos crónicos en las poblaciones expuestas.

Salud oral

El desarrollo de la salud oral en el país ha sido calificado como emergente y se está implementando el Programa Nacional de Fluoración de la Sal (89). La prevalencia de caries en niños de 6 a 15 años fue de 85% en 1999 (90). Un estudio de 2005 llevado a cabo en comunidades indígenas del Atlántico indicó que el índice de caries para dentición temporal fue mayor en los hombres. El promedio de placa bacteriana fue mayor en los niños de 6 a 12 años de edad, seguido por los menores de 5 años. Todos los indicadores de caries aumentaron de manera lineal con la edad (91).

Accidentes y enfermedades ocupacionales

El subregistro de los accidentes laborales por parte del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) osciló entre 93% y 98% en los sectores primario y terciario, y 64% en el sector secundario (92). El Ministerio del Trabajo notifica 30% menos de los casos que el INSS. El número de accidentes laborales comunicados ha disminuido de 14.864 (2001) a 12.902 (2004), para una tasa de accidentes de 4,8% en 2004, concentrada en el sector secundario. En ese año, los principales accidentes laborales fueron las contusiones (41%) y las heridas cortopunzantes (25%). Según el Ministerio del Trabajo, entre 2000 a 2005 se notificaron 183 accidentes mortales para un promedio de 37 muertes anuales; 25% de ellos tuvieron lugar en el sector manufacturero y 20% en el sector de la construcción (93). La letalidad por accidentes laborales se mantuvo en 0,35% durante el período (93).

Existe un alto subregistro para las enfermedades ocupacionales. En 2004, el INSS notificó 235 casos y entre las principales patologías específicas las más frecuentes fueron: disfonía funcional (31%), hipoacusia (19%) y síndrome del túnel carpiano (8%). Se registraron también ocho casos de bisinosis (2%), tres de silicosis y tres de asbestosis (1% cada una) (94). Se notificaron enfermedades crónicas relacionadas con la exposición al dibromocloropropano y una epidemia de insuficiencia renal crónica en trabajadores agrícolas del occidente del país. Cabe destacar la alta prevalencia de discapacidad por el síndrome de descompresión en buzos miskitos de la Costa Atlántica. Un estudio realizado por

CUADRO 2. Principales retos y problemas de salud de Nicaragua, 2004–2015.

Retos del sector salud	Problemas
<ul style="list-style-type: none"> • Dirigir las inversiones hacia el sector salud • Incrementar la cobertura de atención • Transformar la actuación y cultura del sector hacia un enfoque de promoción y prevención • Incorporar activamente a la ciudadanía • Crear mecanismos de articulación sectorial • Implementar la descentralización • Mejorar la capacidad gerencial • Desarrollar los recursos humanos • Implementar un nuevo modelo de provisión de servicios • Buscar nuevas fuentes y mecanismos de financiamiento 	<p>Grupo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad materna • Mortalidad infantil • Desnutrición <p>Grupo 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades diarreicas y respiratorias agudas • Enfermedades transmitidas por vectores (malaria, dengue, tuberculosis, enfermedad de Chagas, leishmaniasis) • VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual <p>Grupo 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad • Salud mental • Violencia y lesiones • Accidentes y enfermedades laborales <p>Grupo 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión, cáncer cervicouterino)

Fuente: Plan Nacional de Salud 2004–2015.

la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) y el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario (IMTRADEC) en septiembre de 2005 reveló que, según datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en 2000 existían entre 2.500 y 3.000 buzos activos; para 2005, según el sindicato de buzos (SIBURAAN), había 6.000 buzos en ambas regiones autónomas. Con base en la información proporcionada por 15% de las familias de buzos, se estima que actualmente 1.000 personas sufren de discapacidad permanente debido al síndrome de descompresión. De una muestra de buzos encuestados, 19,5% notificó alguna secuela por síndrome de descompresión.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

La Política Nacional de Salud (2004–2015) (95) establece como lineamientos generales: la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, el fortalecimiento de la atención primaria, la promoción de la gobernabilidad del sector, la consolidación del sistema nacional de salud, el fortalecimiento de la capacidad gerencial, el desarrollo de recursos humanos y la implementación de estrategias innovadoras en las regiones autónomas de la Costa Atlántica y en los municipios fronterizos.

El Plan Nacional de Salud (2004–2015) (95) es la herramienta fundamental para ejecutar las políticas nacionales recién enumeradas. Tiene como propósito garantizar el derecho y el acceso

equitativo y universal a un conjunto de servicios básicos de salud que incrementen la esperanza de vida de la población y también su calidad de vida. Se propone para ello transformar los hábitos y costumbres tanto personales y familiares como comunitarios, ampliar la participación social, mejorar la satisfacción de los usuarios, y también la equidad en el financiamiento de la salud, priorizando a los grupos vulnerables (los que padecen extrema pobreza rural y periurbana, las comunidades étnicas y los pueblos indígenas). Para la aplicación del Plan es preciso incrementar la capacidad de respuesta del sector salud y asegurar la sostenibilidad de las acciones. En el cuadro 2 se resumen los principales problemas y desafíos de salud del país.

Al evaluar las políticas de salud implementadas entre 1997 y 2002 (96) se advierte, en el promedio nacional, una mejoría de los indicadores de salud, pero estos avances no alcanzan a los territorios con menor acceso a los servicios de salud ni a los hogares de menores ingresos. Empeoró el riesgo financiero de las personas, al aumentar la participación del gasto privado en el financiamiento de la salud, el porcentaje de personas que realizan pagos por la atención, y los montos desembolsados. Tales condiciones se agravan para los estratos de menores ingresos. No se apreciaron modificaciones importantes en la satisfacción de los usuarios durante el sexenio bajo consideración.

El tema de los medicamentos es crítico en el país. En 1996 se definió la política nacional al respecto, que promueve el acceso a los medicamentos esenciales y la utilización de genéricos. Se están desarrollando estrategias de ampliación del acceso a los medicamentos esenciales y a los genéricos de bajo costo, así como la reducción de precios, junto con políticas de regulación. Las restricciones impuestas por los tratados de libre comercio y

de unión aduanera inciden negativamente sobre las políticas de acceso a los medicamentos.

En Nicaragua las funciones esenciales en salud pública (FESP) se midieron en 2001 (97) y se obtuvo un puntaje total de 0,49 (valores de referencia: 0 como mínimo y 1 como máximo). Los índices más bajos se detectaron en la función de investigación en salud pública (0,15), la de garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios (0,17) y en la evaluación y promoción del acceso equitativo (0,29). La medición más reciente de FESP se realizó en Managua (98), donde se registró un puntaje total de 0,53 y los índices más bajos correspondieron a la regulación y fiscalización (0,21), a la investigación en salud (0,24) y a la calidad de los servicios (0,25).

Actualmente se halla en curso un proceso de descentralización. Los 17 SILAIS (uno por cada departamento y región) son las entidades proveedoras y gestoras territoriales, que organizan y articulan a las unidades del primero y segundo nivel, con funciones de aplicación del marco regulador, vigilancia en salud pública, gestión de recursos y establecimientos, control del aseguramiento de la atención, y fomento de la participación social en salud. El Estatuto de Autonomía de las Regiones de la Costa Atlántica otorga a las regiones autónomas atribuciones de participar en la elaboración y ejecución de planes y programas de desarrollo, de administrar programas de salud y de impulsar proyectos económicos, sociales y culturales propios. El Ministerio de Salud y los Consejos Regionales de las Regiones Autónomas han conseguido elaborar un convenio de colaboración tendiente a fortalecer a los consejos y gobiernos regionales para la transferencia de recursos, competencias y la asignación de responsabilidades por la salud de las respectivas poblaciones. La RAAN cuenta con un modelo de salud propio y ha avanzado más en ese sentido.

Cerca de 40% de la población se encuentra excluida de los servicios de salud, y el 60% que sí tiene acceso a ellos tropieza con la baja calidad de la atención. Para las poblaciones de ascendencia africana y las poblaciones indígenas —creoles/negros, miskitos y mayagnas—, se estima que más de 75% carece de acceso a los servicios de salud (99).

Según los resultados de una encuesta de 2001, los pacientes que demandan servicios de salud del Ministerio de Salud provienen sobre todo de zonas urbanas y del segmento no pobre de la población. Más de 50% de los encuestados no acuden a consulta cuando están enfermos (la proporción es mayor en la zona rural y entre la población masculina). Los principales motivos de que no consultaran fueron: conocimiento de la enfermedad (41%), no tener dinero (18,5%), enfermedad leve (16,4%), centros de atención lejanos (5%), mala calidad de la atención (3,6%) (100).

En 2004 la gran mayoría de los trabajadores (92,3%) estaban excluidos de la seguridad social. De los trabajadores rurales, 93,6% no estaban afiliados al INSS, y 78% de los trabajadores urbanos no estaban asegurados. De los trabajadores con seguro social, 36,8% correspondían al sector del comercio, 22,4% a los servicios, 14,6% al sector agropecuario y 13,4% a la industria.

El Plan Nacional de Salud ha fijado nueve objetivos: aumentar la supervivencia y calidad de vida de las mujeres en edad reproductiva; aumentar la supervivencia y calidad de vida de los menores de 5 años; mejorar los niveles de nutrición en los menores de 5 años; prevenir y controlar las enfermedades en general; promover el conocimiento de actitudes y hábitos saludables en las personas, las familias y las comunidades; reducir la incidencia de accidentes, discapacidades, enfermedades ocupacionales y de salud mental; reducir la incidencia de los factores de riesgo que causan discapacidades temporales y permanentes; aumentar la sobrevivencia de los adultos mayores, y fomentar ambientes comunitarios saludables. A la obtención de esos objetivos apunta la organización de los programas de salud, cuya prioridad se centra en la atención a la mujer, la niñez y la adolescencia (planificación familiar, controles prenatal y puerperal, vigilancia del crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, atención integral de las enfermedades de la infancia, así como de la salud sexual y reproductiva). Los programas de prevención y control de enfermedades hacen hincapié en las enfermedades transmitidas por vectores y en el VIH/sida y la tuberculosis. Con menor intensidad se abordan los programas de prevención y control de enfermedades crónicas, del cuidado del ambiente, de toxicología y de medicina laboral.

El Plan Quinquenal 2005–2009 plantea tres objetivos de desarrollo institucional: a) extensión de la cobertura y mejoramiento de la calidad de atención, principalmente a las poblaciones sin acceso a servicios o con difícil acceso ellos, poblaciones rurales, carenciadas y comunidades indígenas; b) fortalecimiento de la red de servicios de salud, que incluye la rehabilitación física y la dotación de equipos, la organización y articulación funcional en redes, y el mejoramiento de la gerencia de establecimientos del primero y segundo nivel de atención, y c) fortalecimiento de la rectoría, complementado por procesos de descentralización y desconcentración.

La ejecución de este plan presupone un nuevo modelo de atención, cuyo marco conceptual ya se ha definido (101), aunque se sigue discutiendo la viabilidad económica de las dos opciones: modelo integral frente a modelo focalizado.

A partir de 2002 los cambios en el sistema de salud se basaron en la Ley General de Salud N° 423 y su respectiva reglamentación, en las que se definen las actividades institucionales y funcionales del Ministerio de Salud: se establece su rectoría y se enuncian los principios del modelo de atención integral de la salud y de la provisión de servicios en la red pública (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación); la regulación de la provisión del sector privado y la seguridad social; la provisión de acciones de salud pública; el saneamiento del medio ambiente; el control sanitario de productos y servicios destinados a la salud; y las medidas administrativas, de seguridad y de emergencias.

Organización del sistema de salud

El sistema está compuesto de un sector público y un sector privado. El sector público está integrado por los Ministerios de

Salud, Gobernación, Defensa, y Ambiente y los Recursos Naturales, por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y por otras instituciones estatales que cumplen acciones de salud. En el contexto de la estrategia de reducción de la pobreza, el Ministerio de la Familia y el Fondo de Inversión Social de Emergencia se concentran en los grupos de población vulnerable. El sector privado se subdivide en lucrativo y no lucrativo.

El Ministerio de Salud es el principal oferente de servicios de salud, y es por ley la institución rectora del sector. Cumple acciones esenciales de salud pública para toda la población y brinda atención individual a la gran mayoría de la población no asegurada. El Ministerio de Salud se halla en proceso de reorganización institucional, en el marco de la reforma del Estado impulsada desde hace varios años por el gobierno. Con la nueva estructura orgánica funcional del Ministerio de Salud se propone mejorar la capacidad reguladora, descentralizar la gestión y reducir la burocratización, eliminar la duplicación de funciones, articular la gestión y los servicios, integrar los sistemas de información, fortalecer la conducción y el seguimiento de los planes, reasignar y focalizar la financiación del sistema en función de la demanda de los grupos priorizados, invertir en salud en función de las prioridades y necesidades del sistema, facilitar el desarrollo de un nuevo modelo de atención integral con enfoque preventivo, e incrementar la cobertura de la red de servicios.

La principal entidad aseguradora es el INSS que, por intermedio de 49 Empresas Médicas Previsionales (EMP), otorga prestaciones médicas a los asegurados y derechohabientes mediante un mecanismo de compra de servicios. El INSS no cuenta con establecimientos propios, pero ha dinamizado al sector privado con la contratación de servicios de las EMP, pues muchas de estas empresas se instalan en unidades del sector público afectando la disponibilidad de recursos de este sector por el uso de espacios, recursos, subsidios indirectos, etc. Por lo que atañe a los desembolsos del INSS, estos dependen del modelo de “salud previsual” y de la forma en que se adquieren los servicios a las EMP.

Falta mucha información sobre el sector privado, en el que se han identificado 203 establecimientos (102) lucrativos y no lucrativos, tanto independientes como integrados a algunas redes (como PROFAMILIA), concentrados en Managua y, en menor grado, en Chinandega, Matagalpa, Estelí y León. Casi todos los establecimientos privados se hallan instalados en Managua; ocho de ellos son hospitales, con 250 camas, y el resto son clínicas de atención ambulatoria.

El Ministerio de Salud tiene registradas actualmente 90 organizaciones no gubernamentales que brindan diversos servicios de salud, con diferentes grados de especialización. Las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales tienen la capacidad de ofrecer servicios en escala nacional, vinculados principalmente a la acción comunitaria, que en algunos casos (por ejemplo, Acción Médica Cristiana en la Costa Atlántica) cubren zonas inaccesibles a los servicios públicos. El subsistema comunitario está integrado por redes de brigadistas, parteras y otros voluntarios que trabajan en sus respectivas comunidades;

para cumplir esas acciones, el subsistema comunitario cuenta con las denominadas “casas bases” y “casas maternas”, centros de atención llamados a desempeñar un papel central en la promoción de la salud, según las previsiones del nuevo Plan Nacional de Salud.

La segmentación institucional de la atención se estima en las siguientes proporciones: Ministerio de Salud, 60%; INSS, 7,7% (afiliados, sus cónyuges y sus hijos menores de 12 años), e instituciones privadas, 4%. Los integrantes de las fuerzas armadas y de la administración pública son atendidos por sus propios servicios.

En 2004, según el INSS se notificaron 348.200 cotizantes, cantidad que para una población ocupada de 1.973.100 personas indica una cobertura de 17,7% (103). Sumados al total de familiares beneficiarios, se llega a un total de 427.139 derechohabientes del INSS, que representan aproximadamente 7,7% de la población total, como se mencionó en el párrafo anterior. Sin embargo, no todos los afiliados al INSS cuentan con cobertura integral para enfermedad y maternidad. Si se comparan los servicios ofrecidos por el Ministerio de Salud y por el INSS, se evidencia que es muy diferente la atención que se ofrece a las poblaciones aseguradas y a las no aseguradas: el Ministerio de Salud brindó 1,47 atenciones médicas por habitante, 1,13 recetas por atención y 5,6 hospitalizaciones por cada 100 habitantes, en tanto que el INSS ofreció 5,18 atenciones médicas por derechohabiente, 1,9 recetas por atención médica y 9,84 hospitalizaciones por cada 100 derechohabientes.

Para la atención de los distintos grupos étnicos (pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes) existen barreras de tipo geográfico, cultural, y económico, así como marginación y falta de información. La prestación de los servicios a estas comunidades plantea serias dificultades a los prestadores y sobre todo a los usuarios de los servicios de salud. En gran medida la atención la brinda personal del servicio social que no ha sido especialmente capacitado para desempeñarse en esas zonas; en su mayoría son varones que no hablan las lenguas de los naturales de las comunidades atlánticas y esto crea desconfianza en la población, sobre todo entre las mujeres, que así resultan doblemente excluidas. A nivel nacional no existe una unidad específica para la atención de estas poblaciones, aunque está propuesta su creación en el anteproyecto de Ley de Medicina Tradicional y Terapias Alternativas. La Ley N° 28 establece el derecho a que se rescaten en forma científica, y coordinada con el sistema de salud, los conocimientos de medicina natural.

Servicios de salud pública

En 2004 la atención primaria de salud fue incorporada como política sanitaria y también se la está incluyendo en la definición del nuevo modelo de atención integral, con énfasis en la salud de la familia y la comunidad, y en la implementación de estrategias innovadoras para la Costa Atlántica. El desarrollo de la promoción de la salud es aún incipiente, y es necesario fortalecer los aspectos de coordinación intersectorial y participación ciudadana.

Existen algunas iniciativas de promoción de espacios saludables en las escuelas, los centros de trabajo y los municipios. Algunos temas de salud se están encarando a través de redes (de mujeres, de trabajadores, para la niñez, etc.).

Se ha dado prioridad a los programas orientados a la prevención y control del VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual; las enfermedades transmitidas por vectores; las enfermedades crónicas, tales como la hipertensión y la diabetes; las inmunizaciones, y la atención de la mujer, la niñez y la adolescencia. Estos programas han surgido principalmente del Ministerio de Salud, con el apoyo de organizaciones comunitarias y no gubernamentales. Las dificultades presupuestarias, y de los recursos en general, han influido para que las coberturas sean bajas y la calidad de los servicios diste de ser óptima. En 2004, la producción de servicios en los programas materno-infantiles indicaba bajos porcentajes de cobertura con las vacunas pentavalente y OPV3 en los menores de 1 año (79,4% y 79,8%, respectivamente), algo mejores en la cobertura con las vacunas BCG para la misma franja de edad (87,6%) y MMR (vacuna triple viral: sarampión, rubéola y paperas) en los niños de 1 año (84,3%) (36). También la cobertura institucional del parto fue baja en 2004 (51,6%) y las peores cifras correspondieron a la región Atlántica. La cobertura prenatal descendió de 75% en 2000 a 66% en 2004 (con 34,4% de captación precoz). El control puerperal se ha mantenido casi igual en los últimos cinco años (50,1% en 2000 y 50,7% en 2004).

Con dificultad se ha organizado y ya está funcionando un nuevo sistema de información, compuesto de siete subsistemas integrados: regulación sanitaria, planificación, producción de servicios, situación de salud, abastecimiento técnico y material, recursos humanos, control de proyectos y recursos financieros. Se mantiene, sin embargo, el sistema de información tradicional, que no integra la información sectorial y presenta limitaciones tecnológicas. La información obtenida se utiliza con fines descriptivos y, en algunos casos, se vincula con el monitoreo y evaluación de los servicios, pero sin duda resulta necesario aumentar significativamente las capacidades del país en materia de análisis de la información.

También está funcionando el Sistema Nicaragüense de Vigilancia Epidemiológica Nacional (SISNIVEN), que se especializa en las enfermedades transmisibles y en los eventos de notificación obligatoria, tales como las muertes maternas. Este sistema compila semanalmente la información epidemiológica recolectada por las unidades de salud de los 17 SILAIS del país. La gran mayoría de los laboratorios de referencia de salud pública (entre otros, Bacteriología, Virología, Parasitología y Alimentos) están ubicados en el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia de Managua; para temas específicos se cuenta con la colaboración de centros universitarios como el de la Universidad Nacional Autónoma (UNAN) en León, para virus entéricos, y el de la UNAN en Managua, para recursos acuáticos.

La empresa nacional de agua potable administra más de 500 pozos operados por energía eléctrica, cuyos costos de operación y mantenimiento han aumentado las dificultades para la prestación de servicios (104). En 2004, la cobertura nacional de agua potable se situó en 74,5%: 92,9% en el sector urbano, con limitaciones importantes en cantidad, continuidad, costo y calidad, y 48,6% en el sector rural, con tendencia al deterioro de los sistemas de agua y falta de apoyo a la gestión de los comités de agua potable (10,105). Más de la mitad (53,3%) de las fuentes de abastecimiento de agua estaban contaminadas, especialmente en las zonas rurales del país.

La producción per cápita de desechos sólidos fue en 2003 de 0,585 kg/habitante/día, para un total de desechos sólidos domiciliarios de alrededor de 3.000 toneladas métricas diarias. La recolección de los desechos sólidos se realizaba en 78% de los municipios; apenas 18% de los desechos sólidos se depositaban en rellenos sanitarios (106), y solo 35% de la población urbana disponía de alcantarillado sanitario (29). Solo cinco de los 151 municipios cuentan con procedimientos adecuados para la eliminación de los residuos sólidos, y no se practican en escala nacional la clasificación ni el reciclado de residuos. No se eliminan en forma adecuada 70% de los residuos urbanos (107) y tampoco los de origen hospitalario se manejan como correspondería (108).

La principal forma de contaminación del aire en Managua es por emisión de gases de los vehículos. Se han hallado valores de ozono y partículas superiores a los valores guía de la OMS. El parque vehicular era de 102.024 unidades en 1999, y se ha estimado que crece entre 5% y 10% anual. En las zonas rurales, el uso de la leña para cocinar o calentarse es la principal causa de contaminación del aire dentro de las viviendas (29).

El Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales (MARENA) es la institución rectora y reguladora de la política ambiental y la principal encargada del cumplimiento de la ley ambiental (109). Se ha establecido un Sistema Nacional de Información Ambiental (SINIA), coordinado por una instancia coordinadora ambiental, nodos institucionales con representación de 16 instituciones y nodos territoriales regionales. Actualmente se vigilan 52 indicadores ambientales en 10 nodos temáticos relevantes (agua, amenazas naturales, biodiversidad, contaminantes ambientales, energía, forestales, minas, pesca, suelo y uso de la tierra, y turismo) (110).

Desde 2001, el país es signatario de la Convención de Estocolmo y actualmente se lleva a cabo el proyecto "Asistencia Inicial para Habilitar a Nicaragua a Cumplir con sus Obligaciones Derivadas de la Convención de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes" (Fondo Mundial para el Medio Ambiente [GEF]/MARENA), orientado a fortalecer las capacidades nacionales para que el país cumpla con las obligaciones derivadas de dicha Convención. El proyecto DDT/GEF (Ministerio de Salud/OPS) se propone reducir el uso de químicos en el control de la malaria e incluye un componente de eliminación del DDT en el país.

Un llamado a la protección de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes

En 2003, la muerte materna en las adolescentes representó un tercio de la mortalidad materna general. Al mismo tiempo, las principales causas de morbilidad en adolescentes mujeres fueron las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, la violencia intrafamiliar y sexual, los traumatismos y el envenenamiento. Se estimó que 32% de las lesiones autoinfligidas correspondieron a adolescentes, de ambos sexos, de 15 a 19 años.

Uno de los objetivos del Plan Nacional de Salud es aumentar la supervivencia y calidad de vida de las mujeres en edad reproductiva. A la obtención de este objetivo apunta la organización de los programas de salud, cuya prioridad se centra en la atención a la mujer, los niños y los adolescentes (planificación familiar, controles prenatal y puerperal, vigilancia del crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, atención integral de las enfermedades de la infancia, así como de la salud sexual y reproductiva). Estos programas han surgido principalmente del Ministerio de Salud, con fuerte apoyo de organizaciones comunitarias y de organizaciones no gubernamentales.

El Ministerio de Salud cuenta con un centro de información, vigilancia, asesoramiento y asistencia toxicológica (CIVATOX), que incluye a los programas de salud de los trabajadores, el Centro Nacional de Toxicología (CENTOX), y un departamento de evaluación toxicológica. El Programa de Plaguicidas, de cobertura nacional, realiza actividades de promoción, prevención y control de las intoxicaciones agudas por plaguicidas.

Las acciones desarrolladas en Nicaragua para paliar la situación de inseguridad alimentaria y nutricional se basan sobre todo en el fortalecimiento de las políticas públicas y la formulación de una agenda nacional de seguridad alimentaria y nutricional, así como en el mejoramiento de las capacidades nacionales y locales para encarar y analizar la seguridad alimentaria y nutricional e instrumentarla en los niveles locales. Esto último supone la identificación y asignación de prioridades a los municipios más vulnerables, tareas de sensibilización, organización y fortalecimiento municipal y comunitario, la introducción de los temas de seguridad alimentaria y nutricional en las agendas de los gobiernos locales, la capacitación permanente y sostenida de los actores y sectores municipales, incluidas las respectivas comunidades, y el fortalecimiento de los niveles locales de salud para la prevención y atención de las principales formas de malnutrición, especialmente de la mujer y el niño. Por lo que atañe a políticas públicas, se reactivó la Comisión Técnica para la Seguridad Alimentaria y Nutricional (COTESAN) con participación de organismos gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, universidades y representantes de la sociedad civil, así como agencias de cooperación internacional. Hasta la fecha se han promulgado la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, la Ley Nacional sobre Lactancia Materna y las normas técnicas de alimentos fortificados con micronutrientes (sal, harina de trigo con yodo y hierro, respectivamente).

Se han sancionado marcos legales para la prevención y respuesta a los desastres (111,112), así como las correspondientes

normativas sectoriales (113,114) y las guías metodológicas para el sector salud (115,116). El Sistema Nacional para la Prevención de Desastres (SINAPRED) está integrado por el Comité Nacional de Prevención, Mitigación y Atención de Desastres, por los organismos e instituciones del Estado, y los comités departamentales, municipales y de las regiones autónomas. En los últimos años el país ha avanzado significativamente en el establecimiento de una red intersectorial de preparación y alerta para las emergencias, y de mitigación y respuesta oportuna. El Ministerio de Salud ha designado puntos focales para desastres en los SILAIS, elaborado planes sanitarios locales de emergencias y planes hospitalarios de emergencia, definido listas de insumos esenciales según el tipo de fenómenos, capacitado al personal y realizado coordinaciones intersectoriales.

Servicios de atención a las personas

La red de servicios del Ministerio de Salud cuenta con 1.039 unidades de atención ambulatoria y 32 hospitales. En Managua hay 16 hospitales departamentales, además de hospitales de especialidades (infantil, ginecoobstétrico, quirúrgico y oftalmológico). Los hospitales de León y Managua funcionan como hospitales escuela. La última encuesta de establecimientos de salud realizada por el Ministerio de Salud en 2001 identificó 203 establecimientos privados (entre ellos, 5 hospitales, 99 clínicas y policlínicas, 41 EMP, 49 clínicas relacionadas con organizaciones no gubernamentales y 9 casas maternas). El primer nivel de atención brinda servicios de promoción, prevención y recuperación básica en 97% de los establecimientos (82% en puestos de salud y 18% en centros de salud). Los servicios ambulatorios brindan atención en programas preventivos, consulta externa y emergencias, mientras que los hospitales proporcionan atención de emergencia y hospitalización. El segundo nivel cuenta con hospitales departamentales y de referencia nacional, y el tercer

nivel, con centros nacionales de cardiología, radioterapia, oftalmología, dermatología, psiquiatría y laboratorio (el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia del Ministerio de Salud). En 2004 (36) se brindaron 1,8 atenciones ambulatorias, 1,2 consultas médicas y 0,07 consultas odontológicas por habitante. En lo que atañe a los servicios hospitalarios, se informó una disponibilidad de 8,9 camas por 10.000 habitantes, con un promedio de cuatro días de estancia hospitalaria y un índice ocupacional hospitalario de 68%.

El equipamiento de laboratorio, radiología y ultrasonido es insuficiente en ambos niveles, pese a algunas inversiones efectuadas recientemente. La tendencia prevaleciente es al deterioro y al vencimiento de la vida útil de los equipos y las instalaciones, con escasa financiación para reemplazos y mantenimiento, y estas dificultades no dejan de afectar también a los servicios privados. En 2004, había 20 bancos de sangre en el ámbito institucional del Ministerio de Salud y cuatro en el de la Cruz Roja, distribuidos en todo el territorio nacional (al menos uno en cada departamento). Ese mismo año, funcionaban 33 centros de transfusiones en el Ministerio de Salud, 10 en servicios privados y uno en la Cruz Roja. En ellos se realizaron pruebas de tamizaje para detectar VIH; antígeno superficial del virus de la hepatitis B (HbsAg); virus de la hepatitis C; sífilis, y enfermedad de Chagas. Desde 1999 rige la Ley de Seguridad Transfusional y se promueve la donación voluntaria. En 2004 se realizaron 48.713 donaciones, de las cuales 55% fueron por reposición y 45% voluntarias.

Existe un programa nacional, un hospital y una red de servicios y prácticas terapéuticas afines brindados por organizaciones no gubernamentales para niños con discapacidad, aunque se necesitan recursos mucho mayores para poder atender debidamente a los más de 600.000 discapacitados que se calcula existen en el país.

No existen servicios gerontológicos propiamente dichos, y 90% de los adultos mayores no están cubiertos por la seguridad social. El seguro privado participa con apenas 0,4%. El Ministerio de Salud reconoce no estar preparado para dar atención adecuada a los adultos mayores, especialmente la provisión de medicamentos y la rehabilitación para sus afecciones crónicas, sin que ello repercuta negativamente sobre el control de las enfermedades y la atención hospitalaria. La seguridad social impulsa la atención de las afecciones crónicas y existen algunos programas de atención a jubilados, principalmente para esparcimiento (13). El Ministerio de la Familia cuenta con un programa específico para la tercera edad, que incorpora acciones de asesoría técnica a los centros públicos y privados, atención específica, actividades recreativas, culturales y ocupacionales, así como de sensibilización de la población en general.

Existe una red de servicios odontológicos de primer nivel (125 servicios en 77% de los municipios) pero la oferta de servicios básicos alcanza solo a 50% por el deterioro de los equipos y la insuficiencia de insumos (117).

Si bien aún no se cuenta con políticas ni legislación específicas sobre salud mental, hay algunos planes en vigencia e intervenciones previstas para situaciones de desastre. Existe un programa nacional de integración de servicios en el Ministerio de Salud y se halla en funcionamiento un hospital psiquiátrico (con el equivalente de 2,98 camas por 100.000 habitantes), cinco establecimientos de tratamiento diurno y tres unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria (con una oferta de 0,3 camas por 100.000 personas). Sin embargo, el INSS no cubre los trastornos psiquiátricos y el abastecimiento de fármacos es insuficiente. Además, la desigualdad del acceso a los servicios de salud mental para las minorías étnicas es muy notoria: baste mencionar que para el conjunto de la RAAS y la RAAN, con un total de 620.640 habitantes, se cuenta con un solo psiquiatra (76).

En el Centro de Investigación en Salud, Trabajo y Ambiente de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, en León, funcionan servicios de salud ocupacional. El Centro también forma técnicos y profesionales especialistas en salud de los trabajadores (diplomados, con maestría y residencias clínicas). Algunas grandes empresas cuentan con servicios de salud ocupacional, y en el INSS funciona una Gerencia de Riesgos Profesionales.

Promoción de la salud

El enfoque intersectorial existente en materia de determinantes de la salud es muy limitado, según lo evidencia la escasa aparición de estos temas en el plan quinquenal de salud. Sin embargo, la participación de la ciudadanía en la gestión pública ha adquirido la jerarquía de un derecho constitucional. Se ha fortalecido el Consejo Nacional de Salud (instancia de concertación público-privado), así como los Consejos Municipales de Salud, y en las regiones autónomas existen Consejos Regionales de Salud como instancias del Poder Legislativo. En el ámbito local funcionan Comités de Desarrollo Comunitario como elementos de autogestión para proyectos de desarrollo local (agua potable, construcción de letrinas, energía, etc.).

Para el mejoramiento de la salud ocupacional, el Ministerio de Salud ha promocionado (al igual que lo hicieron otros países centroamericanos) el uso de la “caja de herramientas para impulsar los entornos saludables de trabajo”. El Ministerio de Trabajo diseñó el Plan de Acción Estratégico Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional, con el apoyo del Consejo Nacional de Higiene y Seguridad de los Trabajadores, pero necesita aumentar sus recursos institucionales para ampliar la cobertura. Se ha consolidado la red de salud de los trabajadores, que funciona actualmente como una comisión del Consejo Nacional de Higiene y Seguridad de los Trabajadores, con participación permanente de los ministerios de línea y otras agencias gubernamentales (Salud, Trabajo, Seguridad Social, Educación), las universidades y sindicatos.

Con respecto a la salud infantil, en 2005 se impulsó la creación de una red para el desarrollo de estrategias de ambientes infantiles saludables, en la que participaron más de 20 organizaciones

(ministerios de Estado, universidades, sector privado y sindicatos) que efectuaron un diagnóstico de situación sobre la vulnerabilidad infantil, presentaron una propuesta de políticas y elaboraron diversos materiales educativos.

Suministros de salud

Los 22 laboratorios que fabrican medicamentos como productores de tercer nivel son nominalmente de capital nacional e importan la totalidad de la materia prima. Hay también 83 importadoras y distribuidoras de medicamentos, tres de las cuales concentran 93% de la importación total (US\$ 113 millones en 2004). Entre 1993 y 2002 el registro de productos farmacéuticos se incrementó seis veces (de 2.061 productos a 12.546). La proporción de genéricos aumentó de 13% en 1993 a 26% en 2001. Hay solamente 51 farmacéuticos registrados, y no todas las unidades de la red de servicios cuentan con estos profesionales. El Ministerio de Salud arrastra un importante déficit de insumos médicos en distintos servicios de diagnóstico y tratamiento, que afecta sobre todo a los servicios quirúrgicos.

Las unidades de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud tienen censados 1.681 equipos, de los cuales 75% funcionan normalmente. Cuentan con refrigeradoras 61% de los puestos de salud, 28% con cajas frías, y 82% con termos para vacunas. En cuanto a la disponibilidad de medios de comunicación, solo dos tercios de los centros de salud con camas y la mitad de los centros de salud sin camas, y un cuarto de los puestos de salud cuentan con radio y teléfono. Dos tercios de los centros de salud con camas y solo 3% de los puestos de salud disponen de medios de transporte para emergencias (13).

Recursos humanos

En 2004 había 3,8 médicos, 3,1 enfermeras y 0,5 odontólogos por 10.000 habitantes (36). Se estimó que había 0,9 psiquiatras, 2,1 psicólogos, 0,57 trabajadores sociales y 0,07 terapeutas ocupacionales por 100.000 habitantes (76). En 2005, del total de recursos humanos del Ministerio de Salud, 60% estaba asignado a la atención directa y 40% a la gestión de los servicios (administración, docencia y cargos directivos). Los trabajadores sanitarios tienen una edad promedio de 40 años; 63% laboran desde hace más de 10 años en la institución. Los recursos humanos se concentran en la capital y en la región del Pacífico, y en menor proporción en la región Atlántica y el resto del país. En la región Atlántica las enfermeras brindan 88% de las consultas ambulatorias; 74% de los recursos humanos de salud son mujeres: 93% enfermeras, 86% auxiliares de enfermería, 76% técnicas de laboratorio, 52% médicas, 37% higienistas y 21% técnicas de control de vectores (118). La formación de recursos humanos en salud se realiza en escuelas de enfermería y en siete universidades públicas y privadas. Actualmente se están definiendo los principios que deben guiar la carrera sanitaria. El Ministerio de

Salud impulsa un proceso de educación permanente del personal de salud.

A pesar de las políticas de reducción de recursos humanos aplicadas desde 1990 (cerca de 18% de reducción entre 1990 y 2003), el Ministerio de Salud es el principal ámbito laboral para los profesionales de la salud. La información sobre los espacios laborales privados es escasa. La última encuesta sobre establecimientos de salud reflejó promedios superiores de profesionales en el sector privado en comparación con el Ministerio de Salud en las ramas de pediatría, ginecoobstetricia, servicios técnicos y administrativos.

La deficiente política salarial para el sector de salud en las dos últimas décadas determinó bajas remuneraciones, y desde el decenio de 1980 se recurrió a la figura del convenio colectivo para mejorar el ingreso a través de 15 incentivos. Esta modalidad no resuelve el problema y genera distorsiones, ya que los incentivos representan más de la mitad de los ingresos mientras que el salario base es apenas un tercio del total percibido. Esta situación genera reclamos constantes y huelgas prolongadas. Actualmente se encuentra en elaboración una propuesta de Ley de Carrera Sanitaria con su respectiva política salarial.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

Existe una Dirección de Investigación y Docencia en Salud que tiene a su cargo la formulación del plan nacional de investigación y la coordinación con las instituciones formadoras y los comités de bioética. Se avanzó en la elaboración del reglamento de investigación y en la propuesta de normas específicas. El Ministerio de Salud, conjuntamente con la academia, ha comenzado a definir una agenda de investigación en salud.

La formación de investigadores se realiza en las escuelas de salud pública de Managua y León. La mayoría de las investigaciones se realizan sin la supervisión de un comité bioético (excepto en León y para algunas investigaciones de mayor envergadura). La mayor parte de los resultados se mantienen como literatura gris, es decir, publicaciones informales, inéditas o de distribución restringida, por lo cual existen limitaciones para su aplicación y seguimiento. No existen aún políticas reguladoras sobre incorporación de tecnologías, evaluación y desarrollo tecnológico y tampoco se cuenta con una política o estrategia dirigida a la gestión de la información. La principal fuente de acceso a la información es la Biblioteca Nacional de Salud, la cual está vinculada a una red de centros de documentación y bibliotecas virtuales.

Gasto y financiamiento sectorial

El financiamiento en salud proviene de una mezcla tripartita de los sectores público (35,8%), privado (52,8%) y la cooperación externa (11,4%) (119). La fuente pública y la cooperación externa tienden a reducirse, en cambio la privada aumenta a

expensas del gasto del hogar. Entre 2001 y 2003 el gasto en servicios preventivos y de salud pública fue de 9,3%, 8,2% y 7,3%, lo que refleja una tendencia a la reducción de este tipo de gastos según las funciones de salud. El mayor porcentaje del gasto corresponde a los insumos médicos (43,8%), seguido de los servicios curativos (33%). Según el objeto del gasto, el grupo presupuestario de mayor ejecución en el sector privado fue materiales y suministros (30%, principalmente medicamentos), y en el sector público, servicios personales (22,7%). El siguiente ejemplo es ilustrativo: 1% del presupuesto total en salud se gastó a salud mental, y de este, 91% se destinó a gastos del Hospital Psiquiátrico. El gasto en salud notificado para el componente de formación e investigación fue de 7,3%.

En el período 1999–2005 la brecha financiera para alcanzar una cobertura de medicamentos para 80% de la población se estimó en 66% (119). En 2001 el gasto público en medicamentos ascendió a US\$ 6 millones (120); la cooperación externa aportó US\$ 6,8 millones y el sector privado movilizó US\$ 60 millones. El gasto en medicamentos representó tres cuartas partes del gasto en salud de los hogares, ya que el acceso a medicamentos esenciales es limitado para 45% de la población (sobre todo para los grupos vulnerables, como pacientes hospitalizados y algunos enfermos crónicos) (121). Un estudio comparativo de precios de un producto de lista básica halló que en el mercado privado el costo era 4 a 10 veces superior (122).

El financiamiento sectorial en salud aumentó desde 1995. El gasto per cápita en salud pasó de US\$ 53,8 en 2001 a US\$ 59,4 en 2003. El gasto en salud como porcentaje del PIB pasó de 2,4% en 1997 a 3,1% en 2004, y el gasto en salud como porcentaje del gasto público pasó de 11,0% a 12,3%. El sector privado incrementó el gasto en forma sostenida, triplicándose entre 1995 y 2001 a expensas del gasto de los hogares. La principal fuente de financiamiento en 2003 fueron los hogares, con cerca de la mitad del monto total (46,8%). En el período 2001–2003 el gasto per cápita específico de los hogares osciló entre US\$ 27,7 y US\$ 29,1 manteniéndose como mecanismo compensatorio de la población para proveerse de los servicios que necesita, ante la limitada oferta de servicios del sector público y la no correspondencia entre el crecimiento de la población y la respuesta a las necesidades, sobre todo en lo que concierne a la provisión de medicamentos y exámenes de laboratorio. El Ministerio de Salud es el segundo contribuyente de recursos en el sector. Entre 2001 y 2003 su aporte representó un tercio del financiamiento total del sector (32,1% en 2001, 34,8% en 2002 y 38,2% en 2003). Este incremento se relacionó con la asignación del fondo de alivio interino de la deuda, los fondos fiscales y los fondos externos. El gasto per cápita específico del Ministerio de Salud se incrementó de US\$ 17,3 en 2001 a US\$ 22,7 en 2003 y alcanzó US\$ 24,9 en 2004. El INSS, en sus distintos niveles, representó la tercera fuente financiera, al aportar un promedio de 16% del financiamiento en salud en el período 2001–2003 (16,1% en 2001, 14,7% en 2002 y 15,1% en 2003), con tendencia a la reducción de asegurados activos. Otros agentes financieros

aportaron 8,9% en 2001, 5,1% en 2002 y 8,2% en 2003. El aporte en especie de las organizaciones comunitarias no se contabiliza, pero se reconocen 6.324 parteras, 12.748 brigadistas, 6.926 colaboradores voluntarios, 2.841 promotores de salud y 339 líderes comunitarios. En términos de infraestructura se notificaron 4.369 casas bases y 30 casas maternas (13).

Cooperación técnica y financiera en salud

La coordinación, armonización y alineación de la cooperación externa se está impulsando desde fines de los años noventa con el fin de incrementar su efectividad e impacto. Nicaragua es uno de cuatro países en desarrollo asociados a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en los cuales se implementa la iniciativa *Joint Country Learning Assessment (JCLA)* [Proceso de evaluación y aprendizaje nacional conjunto] para mejorar dicha armonización. Los esfuerzos organizativos del Ministerio de Salud por establecer mecanismos de coordinación que garanticen un uso más eficiente de los recursos de la cooperación internacional se iniciaron en 1997, y en 1998 se creó un instrumento legal conocido como Resolución 74–98, por medio de la cual se pretendía la creación e implementación de normas y procedimientos para la gestión y canalización de recursos de la cooperación internacional. En 1998 se constituyó la Comisión Interagencial de Apoyo a la Modernización (CIAM) como instancia de consulta del Ministerio de Salud con los organismos de cooperación. Este fue el punto de partida para la posterior creación, en agosto de 2001, de la Comisión Interagencial de Apoyo al Sector Salud (CIASS), como lugar de diálogo, consulta y coordinación entre el Ministerio de Salud y los organismos cooperantes. Este proceso ha permitido definir el enfoque sectorial del sector salud, con modalidades de cooperación tales como apoyo presupuestario directo (una modalidad de desembolsos de fondos de cooperación orientada a reducir costos y alinearse con el sistema presupuestario y las prioridades nacionales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2005–2009), creación del Fondo Nacional de Salud (FONSALUD) y articulación en torno a una mesa sectorial.

El enfoque sectorial en salud procura aumentar la eficiencia del sector, reducir los costos de transacción e incrementar la efectividad del sistema de salud, y tiene como actores claves al Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría Técnica de la Presidencia y la Cancillería de la República, juntamente con los demás socios para el desarrollo. Su objetivo es coordinar las intervenciones en apoyo al plan quinquenal, armonizar procedimientos nacionales en el manejo presupuestario, las adquisiciones, las misiones conjuntas y los indicadores comunes. Además, establece modalidades amplias de financiamiento que van desde el fondo común para apoyo presupuestario (FONSALUD) hasta proyectos específicos.

En el período 1997–2004 el sector salud recibió US\$ 324,6 millones, con un promedio anual de US\$ 46,4 millones. Si bien el aporte de la cooperación externa mostró tendencia a la reducción

entre 1995 y 2001, y tendió a aumentar en 2003 como reflejo de la estrategia de reducción de la pobreza (19,2% en 1995; 7,7% en 2001 y 10,0% en 2003), siguió siendo importante para el desarrollo del sector. En 2004, la cooperación en salud ascendió a US\$ 51,3 millones (10 millones menos que en 2003) (123). En 2004 el país tenía 39 convenios y proyectos vigentes, 33% de ellos destinados a los SILAIS, 26% al desarrollo institucional del Ministerio de Salud, 24% al fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento médico y 17% a programas de salud (124).

La cooperación multilateral está representada por el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y los organismos del sistema de las Naciones Unidas: OPS/OMS, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Organismo Internacional de la Energía Atómica (OIEA), UNFPA Y UNICEF. En 2004, el aporte del BID representó 29,2% del financiamiento y el del Banco Mundial 5%, principalmente para el programa de modernización del sector salud. Las agencias del sistema de las Naciones Unidas sumaron 22% de la cooperación (OPS/OMS: 4,1%, UNFPA: 4,3% y UNICEF 12%). Las principales agencias bilaterales activas en el sector salud pertenecen a Alemania, Austria, Gran Bretaña, Canadá, España, Estados Unidos, Finlandia, Irlanda, Italia, Japón, Luxemburgo, Países Bajos y Suecia. En 2004, se destacaron como mayores donantes Japón (6,9%, rehabilitación y equipamiento de centros de salud), Suecia (5%, fortalecimiento de los SILAIS), Luxemburgo (4,5%) y Países Bajos (3,5%, enfoque sectorial). A partir de 2005, una parte de la cooperación internacional en salud se otorgó como apoyo presupuestario directo vinculado a FONSAUD. El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis incrementó su aporte de 0,4% en 2003 a 8,2% en 2004, con el apoyo específico a los programas de malaria, VIH/sida y tuberculosis. El Fondo de Desarrollo Noruego aportó 4,1% para la modernización del sector salud. En 2004, el aporte de la Unión Europea fue de 2,6%.

Las organizaciones no gubernamentales están representadas por numerosas instituciones auspiciadas por donantes nacionales e internacionales que prestan cooperación a proyectos específicos. En 2003 (125) el Ministerio de Salud recibió el apoyo de más de 30 organizaciones no gubernamentales internacionales, entre las que se destacaron Save The Children, CARE (Cooperativa para la Ayuda Norteamericana a cualquier parte del Mundo), Servicios de Ayuda Católicos (CRS), la Cruz Roja Internacional, Médicos del Mundo y Médicos sin Fronteras. Existe una amplia gama de organizaciones no gubernamentales nacionales, dentro de las cuales se destacan la Federación Red NicaSalud como importante socio para la implementación del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis en el país, y PROFAMILIA, en la promoción de actividades para la salud reproductiva.

Según el último informe del Ministerio de Relaciones Exteriores, hasta 2005 había registrados 220 organismos no gubernamentales internacionales, de los cuales 70% tenían un convenio marco firmado, 16% estaban inactivos y 14% estaban activos sin convenio marco. La mayor proporción de organismos eran de los

Estados Unidos (30%), España (14%) e Italia (10%), mientras que el resto, en orden de importancia eran de Alemania, Suiza, Canadá, Francia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Suecia, Gran Bretaña, Bélgica, Austria y Holanda. Se estiman entre 300 y 400 las organizaciones de la sociedad civil en Nicaragua (126).

Referencias

1. Nicaragua, Instituto Nicaragüense de Estudios Territoriales. Managua; 2006.
2. Nicaragua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. VIII Censo de Población y IV de Vivienda, 2005. Cifras oficiales. Managua: INEC; 2006.
3. National Geographic; Tierras Nativas; Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense. Mapa de las regiones indígenas en Nicaragua. Managua; 2003. Actualización de la Asociación Pro Desarrollo Infantil y OPS/OMS; 2004.
4. Delgado R. La gobernabilidad democrática en Nicaragua: principales desafíos. Revista Probidad, edición 24; septiembre de 2003. Disponible en: <http://www.revistaprobidad.info/024/015.pdf>.
5. World Bank. Country assistance strategy for the Republic of Nicaragua. World Bank; 2002: 24–26. Disponible en: <http://wbln0018.worldbank.org/LAC>.
6. Fajardo R. El caso de Nicaragua. En: Las organizaciones sindicales centroamericanas como actores del sistema de relaciones laborales. Organización Internacional del Trabajo; 2003: 405–527. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/publ/orgsindca/nicaragua.pdf>.
7. Martínez M. Daños colaterales de huelga médica. El Nuevo Diario; 24 de mayo de 2006, Managua. Edición 9257. Disponible en: <http://www.elnuevodiario.com.ni/2006/05/24/nacionales/20175>.
8. EFECOM. Nicaragua casi paralizada por huelgas en los diferentes sectores. Agencia Efe; 6 de febrero de 2006, Managua. Disponible en: <http://www.finanzas.com/id.8970865/noticias/noticia.htm>.
9. Transparencia Internacional. Informe global de la corrupción 2004. Informes de países. Londres: TI; 2004: 291–294. Disponible en: http://www.transparency.org/publications/gcr/download_gcr/download_gcr_2004.
10. Nicaragua, Secretaría Técnica de la Presidencia. Informe política social y económica 2004. Managua; 2005.
11. Banco Central de Nicaragua. Informe anual 2005. Managua; 2006.
12. Instituto Nicaragüense de Turismo. Plan nacional de desarrollo turístico. Managua: Gobierno de Nicaragua; INTUR; 2005.
13. Nicaragua, Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud. Propuesta plan nacional de salud. Managua: MINSa; 2003.

14. Regiones Autónomas del Atlántico Norte y Sur. Análisis de situación de salud, propuesta de plan de salud de las regiones autónomas de la costa atlántica de Nicaragua. Managua; julio 2004.
15. Nicaragua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Medición de Nivel de Vida, 2005. Inédito.
16. Nicaragua, Sistema Nacional de Seguimiento a Indicadores de Desarrollo. [Datos de empleo]. Managua: SINASID; 2004. Disponible en: <http://www.secep.gob.ni/sinasid/>.
17. Trejos JD. Características y evolución reciente del mercado de trabajo de Nicaragua. [Informe preparado para la OIT]. San José: Proyecto NIC Empleo; 2003.
18. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer; Agencia Sueca de Desarrollo Internacional. Perfil de género en la economía del Istmo Centroamericana. UNIFEM; ASDI; 2006.
19. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de desarrollo humano. PNUD; 2005.
20. Gobierno de Nicaragua. Estrategia reforzada de crecimiento económico y reducción de pobreza. Managua; 2001.
21. Gobierno de Nicaragua. Segundo informe de avance de la estrategia reforzada de crecimiento económico y reducción de pobreza; 2003.
22. Nicaragua, Secretaría de Técnica de la Presidencia. Propuesta del plan nacional de desarrollo. Managua; 2004.
23. Nicaragua, Secretaría Técnica de la Presidencia; Naciones Unidas. Primer informe de avance hacia los ODM, Nicaragua. SECEP; NNUU; 2003.
24. Nicaragua, Ministerio de Salud. Evaluación de indicadores intermedios ERCERP. Managua: OPS; MINSA; 2003.
25. Nicaragua, Secretaría Técnica de la Presidencia; Naciones Unidas. Primer foro nacional ODM Nicaragua. SECEP; NNUU; 2005.
26. Gómez M. Los ODM y la cooperación externa en Nicaragua. [Exposición del Vice Ministro de Cooperación Externa de Nicaragua en el primer foro nacional ODM Nicaragua]; 2005.
27. Nicaragua, Secretaría Técnica de la Presidencia; Naciones Unidas. Escenarios de inversión social para alcanzar los ODM. Managua: SECEP; NNUU; 2004.
28. Gobierno de Nicaragua. Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional. Managua; 2001.
29. Nicaragua, Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales. Estado del ambiente en Nicaragua, 2003. II Informe GEO. Managua: MARENA; 2004.
30. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. El desarrollo humano en Nicaragua. Equidad para superar la vulnerabilidad, 2000. Managua: PNUD; 2001.
31. Nicaragua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de Medición de Nivel de Vida, 1998. Managua: INEC; 1999.
32. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de desarrollo humano 2005. Las regiones autónomas de la costa caribe: ¿Nicaragua asume su diversidad? PNUD; 2005.
33. Nicaragua, Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos. Estimaciones de población 1950–2050. Managua: INEC; 1999.
34. Organización Internacional para las Migraciones, Sistema de Información Estadística sobre las Migraciones en Mesoamérica. Boletín: Movimientos internacionales en mesoamérica. Volumen 10. Nicaragua: un país de emigrantes. Encuesta de Hogares para la Medición del Empleo Urbano-Rural 2004. OIM/SIEMMES. Disponible en: www.siemmes.iom.int.
35. Nicaragua, Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas y Sistemas de Información. [Estadísticas]. Managua: MINSA; 2006.
36. Nicaragua, Ministerio de Salud. Indicadores básicos de salud, 2005. Managua: MINSA; 2005.
37. Nicaragua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2001. Managua: INEC; 2002.
38. Nicaragua, Ministerio de Salud, Programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.
39. Nicaragua, Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico. Semana N° 39, año 2004. Managua: MINSA; 2004.
40. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estudio de metanálisis de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del VIH/sida en los adolescentes. OPS/OMS; 2005.
41. Nicaragua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 1998; Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2001; Encuesta sobre Salud Familiar 1992–1993.
42. Nicaragua, Comisión Nacional de Promoción y Defensa de los Derechos del Niño y de la Niña.
43. Nicaragua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de Juventud (ENJOVEN) 2004. Managua: INEC.
44. Centro de Investigación, Salud, Trabajo y Ambiente. Mercado laboral en León: sector informal y sus repercusiones en la salud. León: Universidad Nacional de Autónoma de Nicaragua; 2006.
45. Nicaragua, Ministerio del Trabajo; Organización Internacional del Trabajo. Encuesta Nacional sobre Trabajo Infantil (ENTIA) 2000 y 2005. Managua: MINTRAB; 2000; 2005.
46. Cerda A. Firman acuerdo binacional contra explotación sexual infantil. La Prensa; 20 de junio de 2006. Disponible en: <http://www-ni.laprensa.com.ni/archivo/2006/junio/20/noticias/nacionales/125232.shtml>.
47. ECPAT International; Casa Alianza. Proyecto de fortalecimiento de la protección de niñas, niños y adolescentes ante la explotación sexual comercial en Centroamérica. Disponible en: http://www.ecpat.net/eng/ecpat_inter/projects/central_

- america_project/publications/panfleto%20nicaragua%20corregido1.doc.
48. Organización Mundial contra la Tortura. Violencia contra la mujer en Nicaragua. Informe redactado para el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. OMCT; 2001: 18.
 49. Nicaragua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS) 2003. Managua: INEC; MINSa; 2004.
 50. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Análisis de la variable etnia en ENDESA y EMNV 2001. Managua: OPS; 2004.
 51. Centro Centroamericano de Población. Migrantes nicaragüenses en Costa Rica: volumen, características y salud reproductiva. Universidad de Costa Rica; 2001.
 52. Nicaragua, Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología Aplicada, Enfermedades de Transmisión Vectorial y Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional.
 53. Nicaragua, Ministerio de Salud. Informe del programa nacional de dengue. Managua: MINSa; 2006.
 54. Sistema Nicaragüense de Vigilancia Epidemiológica Nacional. Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO), 2004.
 55. Nicaragua, Ministerio de Salud. Informe del programa de leishmaniasis. Managua: MINSa; 2006.
 56. Nicaragua, Ministerio de Salud. II Encuesta Serológica en Escolares, 2000. Managua: MINSa; OPS.
 57. Nicaragua, Ministerio de Salud. Indicadores básicos de salud 2003 y 2005. Managua: MINSa; 2003 y 2005.
 58. Nicaragua, Ministerio de Salud. Estudio de geohelmintosis en escolares rurales, 2005. MINSa; OPS; UNICEF.
 59. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Situación de la epidemia de sida. Ginebra: ONUSIDA; OMS; 2005: 67.
 60. Nicaragua, Comisión Nicaragüense de SIDA. Plan estratégico nacional de ITS/VIH/sida, 2006–2010. CONISIDA; 2006.
 61. Nicaragua, Ministerio de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/sida. Informe anual de vigilancia epidemiológica de ITS/VIH/sida, 2005. Managua: MINSa; 2006.
 62. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. [Estimaciones para Nicaragua]. ONUSIDA; 2005.
 63. Estados Unidos de América, Johns Hopkins University. Encuesta realizada por el Centro para Programas de Comunicación de la Escuela Bloomberg de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins; 2001.
 64. Nicaragua, Ministerio de Salud. Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas: participación de hombres en programas de salud sexual y reproductiva. MINSa; Organización Panamericana de la Salud; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Cooperación Técnica Alemana; 2004.
 65. Nicaragua, Ministerio de Salud. Informe anual del programa de zoonosis. Managua: MINSa; 2005.
 66. Nicaragua, Ministerio de Salud, Departamento de Zoonosis. Informe de leptospirosis comparativo 2000–2006. Managua: MINSa; 2006.
 67. Nicaragua, Ministerio de Salud. Encuesta de Diabetes e Hipertensión y sus Factores de Riesgo, Iniciativa Centroamericana para la Diabetes (CAMDI) 2003. MINSa; OPS.
 68. Nicaragua, Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas y Sistemas de Información. Estadísticas de mortalidad. Managua: MINSa; 2006.
 69. Nicaragua, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Resultados finales de la encuesta de diabetes e hipertensión y sus factores de riesgo, CAMDI, 2003. MINSa; OPS; CDC; 2005.
 70. Nicaragua, Ministerio de Salud. Estadísticas de mortalidad. Managua: MINSa; 2005.
 71. Nicaragua, Ministerio de Salud. Informe del Centro Nacional de Radioterapia. Managua: MINSa; 2006.
 72. Nicaragua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 1998. Managua: INEC; 1999.
 73. Nicaragua, Ministerio de Salud. Violencia y otras lesiones en cinco hospitales de Nicaragua. MINSa; CDC; OPS; 2004.
 74. Nicaragua, Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico. Semana N° 51, año 2001. MINSa; 2001.
 75. Nicaragua, Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico. Semana N° 48, año 2001. MINSa; 2001.
 76. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental. Informe sobre los sistemas de salud mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala. IESM/OMS; 2006: 11–28.
 77. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta sobre patrones en el uso de alcohol según género y cultura. OPS; 2005.
 78. Nicaragua, Consejo Nacional de Lucha contra las Drogas. [Compilación de fuentes de información]; 2005.
 79. Nicaragua, Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico. Semana N° 52, año 2005. Managua: MINSa; diciembre 2005.
 80. Nicaragua, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Incidencia de intoxicaciones agudas por plaguicidas y estimación del subregistro en Nicaragua. Proyecto Plagasalud. Managua: OPS/OMS; DANIDA; 2002.
 81. Miranda J, McConnell R, Wesseling C, Cuadra R, Delgado E, Torres E, et al. Muscular strength and vibration thresholds during two years after acute poisoning with organophosphate insecticides. *Occup Environ Med.* 2004 Jan;61(1):e4.
 82. McConnell R, Keifer M, Rosenstock L. Elevated quantitative vibrotactile threshold among workers previously poisoned with methamidophos and other organophosphate pesticides. *Am J Ind Med.* 1994 Mar;25(3):325–34.

83. Rosenstock L, Keifer M, Daniell WE, McConnell R, Claypoole K. Chronic central nervous system effects of acute organophosphate pesticide intoxication. The Pesticide Health Effects Study Group. *Lancet*. 1991 Jul 27;338(8761):223–7.
84. McConnell R, Delgado-Tellez E, Cuadra R, Torres E, Keifer M, Almendarez J, et al. Organophosphate neuropathy due to methamidophos: biochemical and neurophysiological markers. *Arch Toxicol*. 1999 Aug;73(6):296–300.
85. Miranda J, Lundberg I, McConnell R, Delgado E, Cuadra R, Torres E, et al. Onset of grip- and pinch-strength impairment after acute poisonings with organophosphate insecticides. *Int J Occup Environ Health*. 2002 Jan–Mar;8(1):19–26.
86. Castro-Gutierrez N, McConnell R, Andersson K, Pacheco-Anton F, Hogstedt C. Respiratory symptoms, spirometry and chronic occupational paraquat exposure. *Scand J Work Environ Health*. 1997 Dec;23(6):421–7.
87. Nicaragua, Ministerio de Salud; Centro de Información, Vigilancia, Asesoramiento y Asistencia Toxicológica. Estudio de incidencia de intoxicaciones por plomo en niños. Managua: MINSa; CIVATOX; 2004.
88. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; Fondo de la Infancia de las Naciones Unidas. Evaluación rápida de la calidad del agua de bebida. OPS/OMS; UNICEF; Managua; 2005.
89. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud oral. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/doc259.pdf>.
90. Nicaragua, Ministerio de Salud. Estudio epidemiológico de salud bucal en niños de 6, 7, 8, 12 y 15 años de escuelas y colegios públicos de Nicaragua. Managua: MINSa; 1999.
91. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe final. Project 15. Interprogrammatic Oral Health Activity, Health Canada. Modelos de atención para mejorar la salud bucal de las poblaciones indígenas y vulnerables en la frontera entre Honduras y Nicaragua.
92. Organización Internacional del Trabajo. Perfil nacional sobre salud y seguridad en el trabajo en Nicaragua. OIT; 2004.
93. Nicaragua, Ministerio del Trabajo. Estadísticas de accidentabilidad laboral 2000–2005. Managua; 2006.
94. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Anuario estadístico. INSS; 2004.
95. Nicaragua, Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud, 2004–2015. MINSa; 2004.
96. Sanigest Internacional. Evaluación de las políticas nacionales de salud durante el periodo 1997–2002. Managua: SANIGEST; 2004.
97. Nicaragua, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública ejercidas por la autoridad sanitaria de Nicaragua. Resultados del taller de aplicación del instrumento. Managua: MINSa; OPS; 2001.
98. Nicaragua, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Informe final medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública en el SILAIS. Managua; 2006.
99. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Proyecto inequidad en salud, etnicidad, Nicaragua. Managua: OPS/OMS; 2004.
100. Nicaragua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de Medición de Nivel de Vida (EMNV) 2001.
101. Nicaragua, Ministerio de Salud. Marco conceptual del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Managua: MINSa; 2005.
102. Nicaragua, Ministerio de Salud. Encuesta de establecimientos de Nicaragua. Managua: MINSa; 2002.
103. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Memoria institucional 2004. Managua: INSS; 2005.
104. Nicaragua, Ministerio de Salud; Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados; Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados; Organización Panamericana de la Salud; Agencia Suiza para el Desarrollo y Cooperación; Banco Interamericano de Desarrollo; Banco Mundial; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Análisis sectorial de agua potable y saneamiento en Nicaragua. Managua; 2004.
105. Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados. Informe 2004. Managua: ENACAL; 2004.
106. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente. Evaluación regional de los servicios de manejo de los residuos sólidos municipales. Informe analítico de Nicaragua. OPS; CEPIS; 2003.
107. Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal, Sistema de Información de Servicios Municipales. Managua: SISEM/INIFOM; 2006.
108. Nicaragua, Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales. Estado del ambiente en Nicaragua 2003. II Informe Geo. Managua: MARENA; 2004.
109. Nicaragua. Ley 217: Ley General del Medio Ambiente y los Recursos Naturales. Managua; 1997.
110. Nicaragua, Ministerio del Ambiente. Indicadores ambientales de Nicaragua. Volumen I. Managua; 2004.
111. Nicaragua. Ley 337: Ley Creadora del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres. Managua; 2000.
112. Nicaragua. Decreto 98-2000. Reglamento de la Ley 337: Ley Creadora del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres. Managua; 2000.
113. Nicaragua. Decreto 98-2000. Reglamento de asignación de funciones del Sistema Nacional para la Prevención, Miti-

- gación y Atención de Desastres a las Instituciones del Estado. Managua; 2000.
114. Nicaragua. Decreto 118-2001. Reformas e incorporaciones al Reglamento de la Ley 290: Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo. Managua; 2002.
 115. Nicaragua, Ministerio de Salud. Guía para la elaboración de planes de emergencias hospitalarios para situaciones de desastres. Primera edición. Managua: MINSA; OPS/OMS; 2005.
 116. Nicaragua, Ministerio de Salud. Guía metodológica para la elaboración del plan de emergencia sanitaria local. Segunda edición. Managua: MINSA; OPS/OMS; 2002.
 117. Nicaragua, Ministerio de Salud. Informe del programa de salud oral. Managua: MINSA; 2006.
 118. Nicaragua, Ministerio de Salud, Dirección de Recursos Humanos. Cálculos del Centro de Inteligencia Sanitaria/ Organización Panamericana de la Salud. MINSA; 2006.
 119. Nicaragua, Ministerio de Salud, Dirección de Insumos Médicos; 2005.
 120. Nicaragua, Ministerio de Salud, Dirección de Insumos Médicos; 2000.
 121. Nicaragua, Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales en Salud 2002. Managua: MINSA; 2003.
 122. Nicaragua, Comisión Nacional de Medicamentos. Comparación de precios.
 123. Nicaragua, Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales en Salud; 2005.
 124. Nicaragua, Ministerio de Salud. Informe de cooperación externa de MINSA en 2005. Managua; 2006.
 125. Nicaragua, Ministerio de Salud. Informe de cooperación externa de MINSA en 2004. Managua; 2005.
 126. Braunschweig T, Stöckli B. La perspectiva de la sociedad civil respecto a su participación en el seguimiento de ERP: evaluación de limitaciones y potenciales en Nicaragua. Berna (Suiza): Alliance Sud; 2006.

PANAMÁ



Panamá tiene una extensión territorial de 75.517 km², que se distribuyen en nueve provincias, cinco comarcas indígenas (tres con nivel de provincia), 75 distritos y 621 corregimientos (dos de ellos comarcales) (1).

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

Panamá ha sido catalogado como país de ingresos medios altos (2). Tiene una economía de crecimiento sostenido (con una tasa de crecimiento a largo plazo cercana a 5% anual y 2% per cápita en los últimos 15 años), cuyo nivel de actividad registró en 2005 un producto interno bruto (PIB) nominal de US\$ 15.466,7 millones y un PIB por habitante de US\$ 4.318 (3) (un crecimiento de 6,4% y 2,0% respectivamente, en relación con 2004). La actividad productiva está fuertemente concentrada en el sector servicios (76,3% del PIB), con pocos encadenamientos hacia el resto de la economía, en tanto que la manufactura y la construcción aportan en conjunto 12,0% y el sector primario (agricultura y minería) 8,1% (4). A pesar de la relativa bonanza económica, en 2005 el saldo de la deuda pública registrada, exceptuando la contraída con las fuentes gubernamentales como la Caja de Seguro Social (CSS) y con entidades financieras públicas, ascendió a US\$ 10.231,3 millones, equivalentes a 66,2% del PIB (US\$ 2.651,6 millones —25,9%— de deuda interna y US\$ 7.579,7 millones —74,1%— de deuda externa) (3, 4).

La situación política y económica del país se encuentra influida por su pasado reciente, cuyos aspectos más destacados son el reinicio de la vida democrática (1990) (5, 6), la desocupación de la denominada “área canalera” y la transferencia de la administración del Canal de Panamá en 1999 (7). En ese período, un estudio sobre las percepciones de los panameños halló que los problemas considerados relevantes eran: la cuestión nacional (el Canal de Panamá), la cuestión política (la democracia) y la situación económica (el empobrecimiento de la población) (8), temas que continúan presentes en la vida política y económica nacional. La encuesta de niveles de vida de 2003 (ENV 2003) corroboró la percepción de la población sobre el desempleo como el problema más preocupante (9); casi dos terceras partes (61,4%) de los hogares identificaron la falta de trabajo como la causa principal del deterioro de las condiciones de vida y la generación de la pobreza en la población. Además, en el ámbito comunitario los jefes de hogar señalaron la falta de infraestructura (30%), la carencia de acceso a servicios básicos (26%) y la falta de seguridad (12%) como problemas que deben resolverse urgentemente (9). En coincidencia con esta lectura del contexto político y so-

cial, los “diálogos nacionales” entre diferentes sectores (10, 11), al igual que en la mayoría de los gobiernos, han incluido la reducción de la pobreza, las reformas económicas y el crecimiento sostenible entre sus políticas y objetivos.

En este contexto, fue elegido un nuevo presidente para el período 2004–2009, obteniendo también mayoría legislativa (52% de los escaños) y en los gobiernos municipales (69% de las alcaldías). Su programa de gobierno (12), expresado en las políticas económicas y sociales (13) y en los objetivos y metas planteados (14), busca el desarrollo económico sostenible con inclusión social mediante el fortalecimiento de la competitividad del aparato productivo nacional, la creación y mantenimiento de un clima favorable a la inversión productiva, la promoción de la participación social organizada y el afianzamiento de las capacidades de las personas y las comunidades, y el desarrollo de programas de inversión social que garanticen el acceso equitativo a los servicios básicos, particularmente a los grupos más vulnerables.

En 2005, la población económicamente activa (PEA) ascendía a 1.407.458 personas (con una tasa de participación de 63,5% de la población de 15 y más años); 90,2% de la PEA se encontraba ocupada, 43% de ella en actividades informales. El nivel de desempleo abierto alcanzaba 7,2% (15). La ENV 2003 (9) halló que: el mercado de trabajo panameño refleja falta de equidad en cuanto a oportunidades de trabajo por género, lo que mantiene a la mujer con mayores tasas de desocupación que los hombres (15,1% y 8,0%, respectivamente); casi la mitad (44%) de los desocupados tienen edades comprendidas entre 15 y 24 años; el desempleo es un problema fundamentalmente de las zonas urbanas, que presentan una tasa de desocupación de 12,4% y concentran 75% de los desocupados del país, mientras que el subempleo es un fenómeno característico de las zonas rurales e indígenas. La tasa de desempleo es de 11,7% en la población pobre (pobreza extrema y no extrema en su conjunto) y de 10,3% en la población no pobre; en las zonas urbanas el problema es más grave (17,6% y 11,4% respectivamente).

La mediana del salario mensual para los empleados no indígenas de 15 y más años de edad, en 2005 y en el ámbito nacional, se situó en US\$ 322,3 (US\$ 326,3 para los hombres y US\$ 314,9 para las mujeres), y se diferencia según los sectores productivos: servicio doméstico US\$ 115,5; agricultura US\$ 136,5; pesca US\$ 241,7; industrias manufactureras US\$ 311,9; construcción US\$ 350,6; administración pública US\$ 434,5; enseñanza US\$ 506; interme-

diación financiera US\$ 551,7) (15). Los promedios de ingreso anual per cápita en las provincias se movieron en extremos como el de la Comarca indígena Ngöbe Buglé, con US \$370,5 (varones US\$ 513 y mujeres US\$ 228), y la Provincia de Panamá, con US\$ 3.138 (varones US\$ 3.977 y mujeres US\$ 2.299) (15). Un análisis del ingreso per cápita según deciles realizado sobre la base de la ENV 2003, muestra un promedio nacional de US\$ 2.482 anuales, con US\$ 81 en el primer decil y US\$ 10.943 en el décimo. Así, 20% de la población más pobre recibe apenas 1,9% del ingreso total, y, en el otro extremo, 20% de la población con mayores recursos obtiene 61,2% del ingreso total. En ese año, el coeficiente de Gini para la distribución del ingreso se estimó en 0,58 (9). La inflación general, medida por el índice de precios al consumidor (IPC) para la ciudad de Panamá y el Distrito de San Miguelito fue de 3,3%, y la correspondiente a la canasta básica de alimentos fue de 4,8% en 2005 (3), ambos niveles relativamente altos para Panamá, que guarda un registro menor a 1,0% en los cinco años previos. El costo total mensual de la canasta básica de alimentos (de 2.305 calorías por persona por día para un hogar de 3,84 miembros) a diciembre de 2005 fue de US\$ 207,32 (16).

La ENV 2003 halló que cerca de cuatro de cada 10 personas viven en condiciones de pobreza total (36,8% de los habitantes con un consumo total de US\$ 953 por persona al año) y, del total de la población, 16,6% (508.700 habitantes con un consumo total de US\$ 534 por persona al año) se encuentran en situación de pobreza extrema (17). De 1997 a 2002 (18) la pobreza se redujo apenas 0,5%; en las zonas urbanas se incrementó, alcanzando a uno de cada cinco habitantes (pobreza general 2003: 20,0%, pobreza extrema 2003: 4,4%) y en las zonas rurales indígenas se profundizó comprometiendo a 98,4% de su población, de los cuales nueve de cada 10 viven en pobreza extrema.

Los menores de 6 años son los más afectados por la pobreza: aproximadamente uno de cada tres se encuentra en situación de pobreza extrema (29,2% de los niños de 0 a 5 años) y más de la mitad se hallan en situación de pobreza total (54,1% de los niños entre 0 a 5 años); entre la población joven de 15 a 24 años de edad, la incidencia de la pobreza fue de 36,7% y la de pobreza extrema, de 16,2%. En relación con los hogares, uno de cada cuatro (25,9%, 196.232 hogares) se encuentra en condiciones de pobreza general, de los cuales más de las dos terceras partes (66,8%) son hogares rurales, y uno de cada 10 (9,6%, 72.498 hogares) vive en condiciones de pobreza extrema (84% en la zona rural, incluidas las áreas indígenas) (9). En cuanto a los distritos, 68% (51/75) presentan altos niveles de pobreza con bajos niveles de desigualdad, y albergan a 20% de la población y a 56% de los pobres del país; en conjunto, tienen una densidad poblacional reducida (17,4 habitantes por km²) y una elevada proporción de población rural (74%); 27% de los distritos (20/75) presentan niveles bajos de pobreza, con niveles bajos de desigualdad y albergan a 62% de la población y a 38% de los pobres del país; en conjunto, son los que tienen mayor densidad pobla-

cional (141 habitantes por km²) y menor proporción de población rural (38%) (19).

La distribución del consumo por persona en 2003 fue muy desigual, con un coeficiente de Gini de 0,47. El escaso nivel de consumo del quintil más pobre de la población (consumo anual promedio de US\$ 371 por persona, 4,0% del consumo total nacional) implica que por cada dólar que consume una persona del quintil más rico (consumo anual promedio de US\$ 4.803 por persona, 51,9% del consumo total nacional), una del primero consume solamente ocho centavos. Es decir, los más ricos consumen 13 veces lo que consumen los pobres (17).

Por lo que se refiere a su potencial de desarrollo, Panamá posee un índice de desarrollo humano (IDH) calificado como alto (20): 0,804 (ocupa la posición 56 de 177 países evaluados) y un índice de pobreza humana (IPH) que alcanzó 7,7% (ubicándose en la posición nueve de 103 países en desarrollo). La distribución de este potencial de desarrollo, medida por el índice de desarrollo humano potencial de Panamá (IDHP) en 2002, muestra que para el total de las zonas urbanas, el desarrollo humano se mantuvo en 0,753 y en las zonas rurales, en 0,46 (21). El análisis de las brechas entre provincias para cada componente del IDHP revela que la dimensión con mayor adelanto y menor disparidad es la esperanza de vida al nacer, en la que la provincia con menor progreso (Comarca Emberá, 0,657) presenta un logro medio equivalente a 76,4% de la provincia con mayor nivel de logro (Panamá, 0,860). Los logros en educación reflejan una brecha significativa entre la provincia con menores resultados (Comarca Ngöbe Buglé, 0,396), que tiene un logro equivalente a 51,8%, y la provincia con mayor nivel de logro (Panamá, 0,764). La dimensión del nivel decente de vida (que integran los indicadores de ingreso, empleo, vivienda y servicios básicos) presenta la situación más crítica, por ser la que registró el menor logro relativo y la más alta disparidad; así la provincia con menor logro (Comarca Emberá, 0,108) representa apenas 17,9% de la provincia con mayor nivel de logro (Panamá, 0,605) (22).

En los planos económico, social y cultural la situación es desventajosa para las mujeres: con mejores niveles educativos (escolaridad total: hombres 8,6 años; mujeres 9 años), los salarios que perciben por su trabajo son inferiores (ocupados urbanos con ingresos superiores al salario mínimo: hombres 68,4%; mujeres 59,7%); y la participación política femenina es limitada (ocupados en puestos políticos: hombres 89,6%; mujeres 10,4%) (23). El índice de nivel de vida a escala nacional de los hombres se situó en 0,551 y el de las mujeres en 0,521, pero en el caso de las mujeres rurales e indígenas la condición de desigualdad adquiere niveles alarmantes (Ngöbe Buglé: hombres 0,135 y mujeres 0,072; Kuna Yala: hombres 0,185 y mujeres 0,065).

En materia de instrucción pública, el país ha realizado importantes progresos en educación básica. En 2003, la tasa de alfabetización de la población de 15 años y más era de 93,1% (24). El analfabetismo que se registra se debe en gran medida a las elevadas tasas prevalecientes en personas de 40 años y más que

viven en condiciones de pobreza. La cobertura nacional de educación primaria fue de 94,2%; no obstante, las coberturas de educación preescolar (50,0%), secundaria (70,2%) y superior (23,9%) continúan siendo bajas. El índice de paridad de género revela que en las zonas urbanas acuden a la escuela primaria 94 niñas por cada 100 niños, mientras que en las zonas indígenas la disparidad es mayor, con 86 niñas por cada 100 niños. Esta inequidad en el acceso a la educación primaria de las niñas indígenas se acentúa en el nivel medio, al que solo asisten 68 niñas por cada 100 niños. En el acceso a la educación superior las brechas se profundizan con los niveles de bienestar: la población de los cuatro deciles de consumo inferiores registra tasas de cobertura netas de menos de 10% en jóvenes de 18 a 24 años, mientras que en el de más alto consumo la cobertura es de 57,1%.

La escolaridad promedio en la población de 25 a 39 años de edad fue de 8,6 grados en el ámbito nacional, pero existe una importante diferencia entre la población del primer quintil, con 4,1 grados de educación, y la del quinto quintil, con 12,1 grados. La población indígena, en su mayoría pobre, solo alcanzó 2,9 grados de educación (9).

En 2004, el gasto social en educación fue de US\$ 607 millones, distribuidos en los niveles de preescolar y primaria; medio; y superior; a razón de US\$ 393,98, US\$ 724,67 y US\$ 1.181,37 per cápita respectivamente. El gasto en educación preescolar, primaria y secundaria ha sido progresivo (coeficiente de concentración de -0,219, -0,275 y -0,029 respectivamente) en contraste con la enseñanza superior (coeficiente de concentración 0,3858). La asistencia educativa en becas beneficia a 6% de la población estudiantil; la mayor proporción de becas otorgadas por entidades del gobierno en 2003 fue para realizar estudios secundarios (58%), primarios (35%) y superiores (7%), pero menos de la tercera parte (30%) de los beneficiarios son pobres, y en el caso de la educación superior 100% de las becas fueron para los no pobres (9).

Con respecto a la alimentación en los hogares panameños, el consumo aparente diario de energía fue de 6.832 kcal por familia (no pobres 6.529 kcal y pobres 7.475 kcal) y de 1.608 kcal por persona (no pobres 1.697 y pobres 1.326 kcal), mientras que entre la población rural indígena y los que viven en condiciones de pobreza extrema fue significativamente menor (1.200 kcal y 1.144 kcal, respectivamente). La energía alimentaria consumida provenía de proteínas (11,8%), carbohidratos (59,7%), grasas (27,9%) y alcohol (0,5%). El aporte energético de las proteínas, grasas y carbohidratos fluctuó de 9,5%, 15,3% y 76,4% respectivamente en las zonas indígenas, a 13,1%, 33,5% y 52,5% en la Ciudad de Panamá (25).

En los principales centros urbanos no se observan niveles críticos de contaminación. El Instituto Especializado de Análisis de la Universidad de Panamá inició en 1996 un programa de monitoreo de la calidad del aire en la Ciudad de Panamá. La topografía de la ciudad, su cercanía al mar y los vientos predominantes no permiten la acumulación de niebla fotoquímica. Se estima

que 90% de las emisiones de las zonas urbanas provienen del sector transporte, y el restante de fuentes fijas. A la fecha no existe un programa de control de emisiones vehiculares (26). En las tierras altas dedicadas al cultivo de hortalizas y café, la contaminación del aire proviene del uso intensivo de plaguicidas. En 2000, se utilizaron 320.953 kg de pesticidas en polvo en actividades agropecuarias (2.769,5 km²) (26). Se estima que en el país se utilizan anualmente, en promedio, cuatro veces más plaguicidas que el promedio del consumo mundial estimado por la OMS (0,6 kg/habitante) (27).

En cuanto a recursos naturales, 30% del territorio nacional corresponde a áreas protegidas (26). Se calcula que ha habido una pérdida de la cobertura boscosa de 3.305,69 km² entre 1992 y 2000 (28); 27% de los suelos han sido clasificados como degradados. La mayoría de los ríos próximos a los centros urbanos presenta un grado significativo de contaminación debido a las descargas de aguas residuales semitratadas o no tratadas. Esta situación es particularmente crítica en la Ciudad de Panamá, donde la población (900.000 habitantes) y las industrias del área metropolitana generan diariamente alrededor de 280.000 m³ de aguas residuales, las cuales son vertidas sin tratamiento alguno a los ríos que atraviesan la ciudad, y directamente a la Bahía de Panamá a través de un sistema de alcantarillado sanitario que solo cubre 70% de la ciudad.

En comparación con los otros países centroamericanos, Panamá ha sufrido históricamente menos emergencias y desastres; sin embargo, su vulnerabilidad ambiental es alta debido a la degradación de los ecosistemas como consecuencia de la actividad humana. Las inundaciones afectan en forma recurrente a las provincias de Bocas del Toro, Colón, Panamá y Darién.

Panamá presenta una situación de riesgo de epidemias muy particular debido a factores derivados de su propio desarrollo, entre ellos, el aeropuerto panameño, que moviliza cerca de 2,5 millones de viajeros por año, aspecto al que se suma el movimiento de 14.000 barcos por el Canal de Panamá. Por otra parte, su perfil ecoambiental (humedales) favorece la presencia de lugares de reposo para aves migratorias, así como de insectos y roedores que desempeñan un papel muy importante en la transmisión de enfermedades.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La población estimada para 2005 era de 3.228.186 habitantes (29), con una leve preponderancia masculina (51% de la población). La densidad poblacional es de 42,3 habitantes por km², cuyos extremos oscilan entre 1,7 en el distrito de Sambú (Comarca Emberá), y 6.630,1 habitantes por km² en el distrito de San Miguelito, Provincia de Panamá (1). La población urbana representa 59,5% del total de habitantes del país (incrementándose, en números absolutos, en 623.697 personas desde 1990) (30), de las cuales 73% se concentran en el área metropolitana; en el otro extremo, los pueblos indígenas constituyen aproxima-

damente 10% de toda la población y están integrados por varios grupos étnicos claramente definidos: Wargandi, Madungani, Kuna Yala, Emberá y Wounaan, Ngöbe Buglé, Teribe y Bokota (31). Los Ngöbe Buglé representan 64,5% de la población indígena del país.

Panamá se encuentra en un acelerado proceso de transición demográfica, que se expresa en la tendencia al descenso de la tasa de crecimiento poblacional (1990: 2,08%; 2006: 1,7%), la tasa global de fecundidad (quinquenio 1991–1995: 2,87 y 2006–2010: 2,62 hijos por mujer), y la tasa bruta de mortalidad (quinquenio 1991–1995: 5,26 y 2006–2010: 5,11 defunciones por 1.000 habitantes) (32).

Como consecuencia de estos cambios, la esperanza de vida al nacer ha mostrado una tendencia creciente, al pasar de 72,87 años, cifra estimada para el quinquenio 1991–1995, a 75,57 años para el quinquenio 2006–2010. El promedio de vida de la población masculina pasó de 70,22 a 75,57 años en los mismos períodos, mientras que en la población femenina aumentó de 75,65 a 78,24 años. Las estimaciones para 2006 señalan que los menores de 15 años representaban 30,1% y las personas de 65 y más años, 6,0% de la población (Figura 1). La edad mediana se estimó en 26,2 años (29).

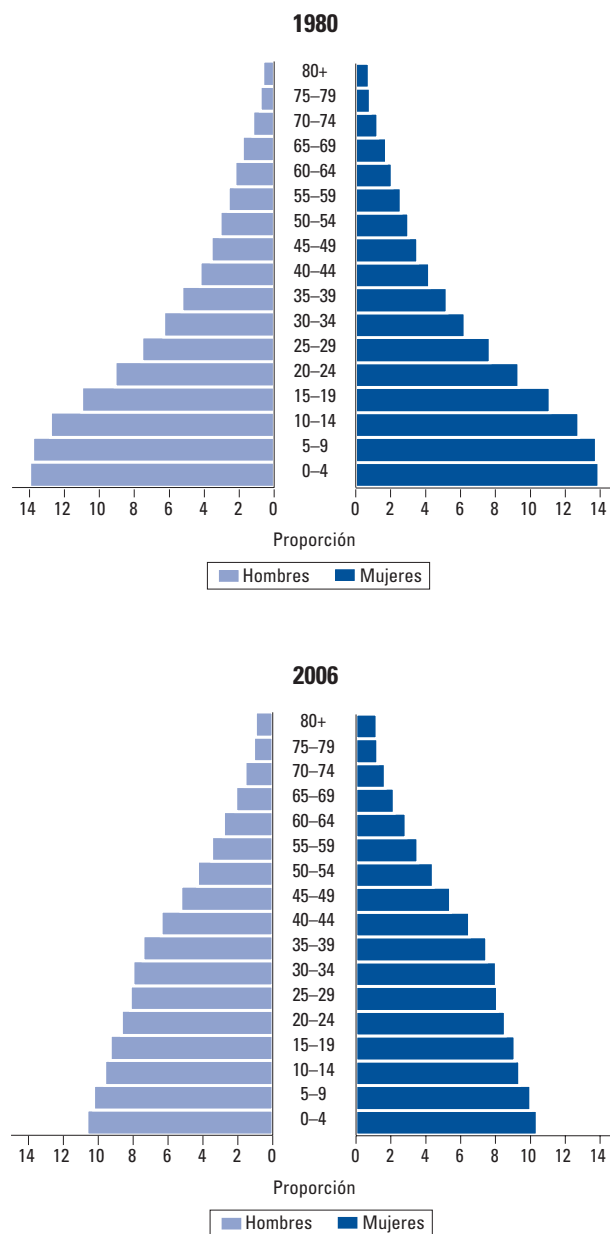
No obstante, se perciben escenarios demográficos diferenciados, probablemente asociados a las distintas pautas de desarrollo de las provincias; así, la esperanza de vida al nacer presenta una distribución inequitativa entre los cuartiles de la población definidos por el IDH: Los Santos y Herrera, las provincias más desarrolladas, tienen la mayor esperanza de vida, con 72,4 años y 76,7 años, respectivamente, mientras que en las comarcas indígenas la esperanza de vida oscila entre 64 y 66 años; de la misma manera, el promedio de hijos nacidos vivos de mujeres de 15 a 49 años a nivel nacional durante 2003 fue de 2,8; 2,3 para los no pobres y 4,3 para los pobres extremos (9).

En 2004 (33) se registraron 13.475 defunciones, con una tasa bruta de 4,2 muertes por cada 1.000 habitantes. Se calculó para ese año un subregistro aproximado de 16% en la mortalidad general; tres de cada cinco muertes se produjeron en instituciones de salud y nueve de cada 10 fueron certificadas por un médico; las defunciones registradas en el grupo de síntomas y signos no clasificados en otra parte representaron apenas 2,9%.

Las causas de muerte más importantes fueron: las enfermedades del sistema circulatorio (119 por 100.000 habitantes), los tumores malignos (72,7 por 100.000 habitantes), las causas externas de mortalidad (43,6 por 100.000 habitantes), las enfermedades del sistema respiratorio (40,1 por 100.000 habitantes) y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (31,7 por 100.000 habitantes).

A nivel nacional, entre las causas específicas de mortalidad más importantes se encuentran las enfermedades cerebrovasculares (en primer lugar, con 44,7 por 100.000 habitantes), la diabetes mellitus (tercer lugar, con 24,4), el VIH/sida (sexto lugar, con 14), la neumonía (séptimo lugar, con 13,6), los accidentes de

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Panamá, 1980 y 2006.



transporte terrestre (noveno lugar, con 12,8), los homicidios (decimoprimer lugar, con 10,2), el tumor maligno de la próstata (decimocuarto lugar, con 8,2), la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (vigésimo lugar, con 6,1), las enfermedades hipertensivas (vigésimosegundo lugar, con 5,7), la tuberculosis respiratoria (vigésimotercer lugar, con 5,5), el tumor maligno del cuello del útero (vigésimocuarto lugar, con 4,4) y el tumor maligno de la mama (vigésimoquinto lugar, con 4,2) (33).

CUADRO 1. Número de muertes y tasa de mortalidad por las cinco principales causas de muerte^a, según sexo, Panamá, 1980, 1985, 1990, 1995 y 2000–2004.

Año	Tumores malignos		Enfermedades cerebrovasculares		Enfermedades isquémicas del corazón ^b		Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones		Diabetes mellitus	
	No.	Tasa ^c	No.	Tasa ^c	No.	Tasa ^c	No.	Tasa ^c	No.	Tasa ^c
Total										
1980	1.000	51,6	550	28,4	908	46,8	1.035	53,4	155	8,0
1985	1.105	50,7	822	37,7	960	44,0	1.072	49,2	215	9,9
1990	1.398	57,8	964	39,9	1.096	45,3	1.232	51,0	266	11,0
1995	1.601	60,9	1.124	42,7	1.157	44,0	1.571	59,7	403	15,3
2000	1.938	67,9	1.201	42,1	1.147	40,2	1.337	46,8	623	21,8
2001	1.929	64,2	1.367	45,5	1.215	40,4	1.348	44,9	698	23,2
2002	2.009	65,7	1.310	42,8	1.223	40,0	1.434	46,9	795	26,0
2003	2.239	71,8	1.391	44,6	1.319	42,3	1.492	47,9	784	25,2
2004	2.305	72,7	1.417	44,7	1.390	43,8	1.381	43,5	774	24,4
Hombres										
1980	528	53,7	303	30,8	539	54,8	818	83,2	68	6,9
1985	568	51,1	417	37,5	559	50,3	843	75,8	98	8,8
1990	773	62,8	511	41,5	618	50,2	1.009	82,0	106	8,6
1995	915	68,8	611	45,9	674	50,7	1.282	96,4	171	12,9
2000	1.087	75,4	603	41,9	663	46,0	1.114	77,3	260	18,0
2001	1.058	69,8	705	46,5	722	47,6	1.130	74,5	314	20,7
2002	1.136	73,5	684	44,3	701	45,4	1.175	76,1	324	21,0
2003	1.239	78,8	750	47,7	769	48,9	1.228	78,1	343	21,8
2004	1.209	75,5	743	46,4	817	51,0	1.145	71,5	319	19,9
Mujeres										
1980	472	49,4	247	25,8	369	38,6	217	22,7	87	9,1
1985	537	50,2	405	37,9	401	37,5	229	21,4	117	10,9
1990	625	52,6	453	38,1	478	40,2	223	18,8	160	13,5
1995	686	52,7	513	39,4	483	37,1	289	22,2	232	17,8
2000	851	60,1	598	42,3	484	34,2	223	15,8	363	25,7
2001	871	58,6	662	44,5	493	33,1	218	14,7	384	25,8
2002	873	57,6	626	41,3	522	34,4	259	17,1	471	31,1
2003	1.000	64,8	641	41,5	550	35,6	264	17,1	441	28,6
2004	1.096	69,7	674	42,9	573	36,5	236	15,0	455	29,0

^aCon base en la Lista de Mortalidad de 93 grupos de causas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Novena Revisión) y la Lista de 80 grupos de causas de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (Décima Revisión).

^bEl grupo de las enfermedades isquémicas del corazón incluye el infarto agudo del miocardio.

^cPor 100.000 habitantes, con base en la estimación de la población total, por sexo, al 1 de julio del año respectivo.

Las principales causas de mortalidad varían según las provincias: en el caso de la Comarca Ngöbe Buglé (la de mayor pobreza y menor IDHP), ocupan los primeros lugares la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (con una tasa de 48,1 defunciones por 100.000 habitantes), los accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otras violencias (38,0), la tuberculosis (34,1), la desnutrición (17,1) y las neumonías (13,2), mientras que en la provincia Panamá (donde se ubica el área metropolitana) los primeros lugares lo ocupan los tumores malignos (79,7 por 100.000 habitantes), las enfermedades isquémicas del corazón (51,6), las enfermedades cerebrovasculares (47,5), los acci-

dentos, las lesiones autoinfligidas, las agresiones y otras violencias (40,3) y la diabetes mellitus (26,5) (33).

Las causas de mortalidad han registrado importantes variaciones a lo largo de los años (Cuadros 1 y 2). Así, el comportamiento de las principales causas muestra que los tumores malignos que en 1980 ocasionaron 51,6 defunciones por 100.000 habitantes (varones 53,7 y mujeres 49,4), en 2004 fueron responsables de 72,7 defunciones por 100.000 habitantes (varones 75,5 y mujeres 69,7). Las enfermedades cerebrovasculares, con 28,4 defunciones por 100.000 habitantes en 1980 (varones 30,8 y mujeres 25,8), causaron 44,7 defunciones por 100.000 habitantes en

CUADRO 2. Número de muertes y tasa de mortalidad por causas de muerte seleccionadas^a, según sexo, Panamá, 1980, 1985, 1990, 1995 y 2000–2004.

Año	Otras enfermedades del corazón		Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores ^b		Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)		Neumonía		Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	
	No.	Tasa ^c	No.	Tasa ^c	No.	Tasa ^c	No.	Tasa ^c	No.	Tasa ^c
Total										
1980	234	12,1	171	8,8	...	...	313	16,1	490	25,3
1985	320	14,7	228	10,5	4	0,2	275	12,6	572	26,2
1990	374	15,5	148	6,1	63	2,6	299	12,4	550	22,7
1995	401	15,2	196	7,4	294	11,2	258	9,8	500	19,0
2000	441	15,4	494	17,3	484	16,9	293	10,3	463	16,2
2001	455	15,1	555	18,5	473	15,7	371	12,4	441	14,7
2002	454	14,8	537	17,5	473	15,5	361	11,8	359	11,7
2003	510	16,4	534	17,1	424	13,6	377	12,1	338	10,8
2004	632	19,9	568	17,9	444	14,0	431	13,6	347	10,9
Hombres										
1980	124	12,6	87	8,9	...	...	161	16,4	273	27,8
1985	192	17,3	113	10,2	3	0,3	158	14,2	312	28,1
1990	191	15,5	89	7,2	56	4,6	160	13,0	306	24,9
1995	207	15,6	111	8,3	239	18,0	154	11,6	292	22,0
2000	239	16,6	282	19,6	362	25,1	155	10,8	257	17,8
2001	246	16,2	315	20,8	360	23,7	223	14,7	247	16,3
2002	259	16,8	290	18,8	338	21,9	190	12,3	210	13,6
2003	289	18,4	306	19,5	315	20,0	205	13,0	196	12,5
2004	363	22,7	328	20,5	328	20,5	223	13,9	204	12,7
Mujeres										
1980	110	11,5	84	8,8	...	...	152	15,9	217	22,7
1985	128	12,0	115	10,8	1	0,1	117	10,9	260	24,3
1990	183	15,4	59	5,0	7	0,6	139	11,7	244	20,5
1995	194	14,9	85	6,5	55	4,2	104	8,0	208	16,0
2000	202	14,3	212	15,0	122	8,6	138	9,8	206	14,6
2001	209	14,1	240	16,1	113	7,6	148	10,0	194	13,0
2002	195	12,9	247	16,3	135	8,9	171	11,3	149	9,8
2003	221	14,3	228	14,8	109	7,1	172	11,1	142	9,2
2004	269	17,1	240	15,3	116	7,4	208	13,2	143	9,1

^aCon base en la Lista de Mortalidad de 93 grupos de causas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Novena Revisión) y la Lista de 80 grupos de causas de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (Décima Revisión).

^bHasta el año 1995 las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores correspondían a la causa bronquitis crónica y la no especificada, a enfisema y asma.

^cPor 100.000 habitantes, con base en la estimación de la población total, por sexo, al 1 de julio del año respectivo.

2004 (varones 46,4 y mujeres 42,9). Los accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otras violencias, con 53,4 defunciones por 100.000 habitantes en 1980 (varones 83,2 y mujeres 22,7), ocasionaron 43,5 defunciones por 100.000 habitantes en 2004 (varones 71,5 y mujeres 15,0). La diabetes mellitus, con 8 defunciones por 100.000 habitantes en 1980 (varones 6,9 y mujeres 9,1), causaron 24,4 defunciones por 100.000 habitantes en 2004 (varones 19,9 y mujeres 29).

Del total de muertes registradas en 2004, 6,9% correspondieron a menores de 1 año; 2,4% a niños de 1 a 4 años; 0,8% a niños

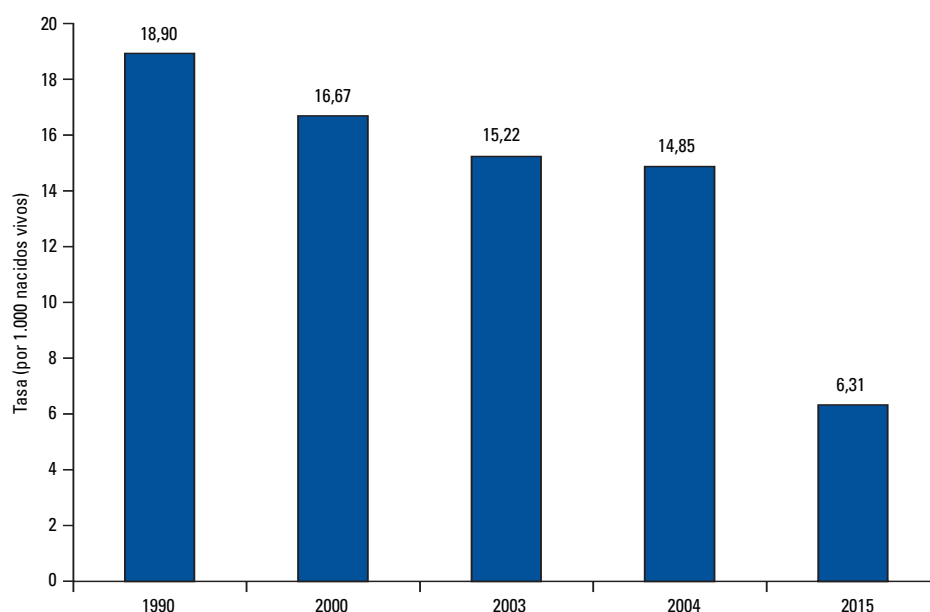
de 5 a 9 años; 2,3% a adolescentes (10 a 14 años: 0,8%, 15 a 19 años: 1,46%); 25,1% a adultos de 20 a 59 años y 62,1% a adultos de 60 y más años.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Se ha estimado que los menores de 1 año (69.662) constituían 2,2% de la población panameña en 2005. En 2004 se registraron

FIGURA 2. Mortalidad infantil, Panamá, 1990, 2000, 2003, 2004, y meta para 2015 según los ODM.



Fuente: Panamá. Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censo. Segundo Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, septiembre de 2005.

62.743 nacimientos (34). Las estimaciones sobre el nivel de registro de los nacidos vivos indican que en el quinquenio 1996–2000 el porcentaje de omisiones alcanzaría a 5,2% (29). Se calculó que el nivel de registro de las muertes infantiles alcanzaría 34,1% omisiones en el quinquenio 1996–2000, con lo que casi se duplicaría el nivel de subregistro entre la población total (quinquenio 1996–2000: 18,6%), que aumentó a 78,5% en las comarcas (33). Según cálculos oficiales para 2004, se esperaba que la tasa de mortalidad infantil fuera de 19,15 por 1.000 nacidos vivos, con tendencia al descenso (1990: 28,6 por 1.000); de hecho, la tasa registrada ese año fue de 14,9 por 1.000 nacidos vivos, y la diferencia entre ambas tasas equivale a 4,25 por 1.000.

Las principales causas de mortalidad infantil registradas en 2004 fueron: ciertas afecciones originadas en el período perinatal (5,53 por 1.000 nacidos vivos), con 37,2% de todas las muertes en menores de 1 año; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (4,36 por 1.000 nacidos vivos), con 29,4%; neumonía (1,03 por 1.000 nacidos vivos), con 6,9%; diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (0,73 por 1.000 nacidos vivos), con 4,9%; accidentes, agresiones y otra violencia (0,46 por 1.000 nacidos vivos), con 3,1% (33).

El análisis de la tendencia de las causas de muerte en la estructura de la mortalidad infantil reveló que en los decenios de 1960 y 1970 prevalecían las enfermedades infectocontagiosas (las prevenibles por vacunación, las enfermedades diarreicas y las enfermedades respiratorias), con alrededor de 60% de las

mueres, mientras que en los decenios de 1980 y 1990 se observa como parte del proceso de transición, el incremento de las causas endógenas, con 76,3% y 84,7% de las muertes respectivamente. En 2004, las causas endógenas representaron 67% de las defunciones; persistieron la neumonía y la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (12%) y aparecieron las causas externas dentro de las cinco primeras causas de muerte en este grupo de edad, con 6% (35). En la figura 2 se muestra la tendencia de las tasas de mortalidad infantil de 1990 a 2015.

En una muestra de 28.747 recién nacidos de 2005 (36), 9,8% fueron prematuros, y 3,6% presentaron algún padecimiento al nacer (los síndromes de dificultad respiratoria, con 23,4%, fueron la afección más frecuente, seguida por la infección, con 12,2%, y las hiperbilirrubinemias, con 11,8%).

Los controles de salud realizados a menores de 1 año mostraron una cobertura de 67,7% para la población estimada para ese año, con una concentración promedio de 3,1 controles por niño (la norma nacional establece nueve controles a menores de 1 año). Las mayores coberturas se registraron en las regiones de Kuna Yala (115,0%) y Darién (109,8%), y la menor en la región de Panamá Este (44,6%).

La probabilidad de sobrevivir en la infancia es desigual y depende de la situación socioeconómica de la población (índice de concentración de 0,21); el quintil de menores ingresos concentró 32% de las muertes de menores de 1 año, y el quintil de mayores ingresos, 12%. Los niños panameños tienen en promedio tres

veces más riesgo de morir antes de cumplir 1 año de edad si pertenecen al 20% más pobre de la población que si pertenecen al quintil más rico. La desagregación de la mortalidad infantil en sus componentes muestra que la tasa de mortalidad neonatal (menores de 28 días) fue de 8,4 por 1.000 nacidos vivos, lo que representa una contribución de 56% a las muertes infantiles registradas, mientras que la posneonatal (28 días a 11 meses), de 6,5 por 1.000 nacidos vivos, representa el restante 44%. Entre 1980 y 2003 la mortalidad neonatal tuvo un comportamiento descendente, con tasas que oscilaron entre 8,1 y 13,3 defunciones por 1.000 nacidos vivos; en ese período se verificó un descenso porcentual de 32,5%, con lo que el riesgo de morir de los neonatos fue 1,5 veces mayor en 1980 que en 2003. La mortalidad posneonatal, en el mismo período, osciló entre 9,7 y 5,3 defunciones por 1.000 nacidos vivos, observándose una tendencia descendente (reducción de 25%). El riesgo de morir durante el período posneonatal fue 1,3 veces mayor en 1980 que en 2003 (35).

En cuanto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la proyección muestra que, si la tendencia actual de la mortalidad infantil se mantiene invariable, la meta se alcanzaría aproximadamente en 2026.

En 2005 el grupo de menores de 5 años representó 10,6% de la población total. La cobertura de consultas por crecimiento y desarrollo a nivel nacional en menores de 5 años para 2004 fue de 56,2%, con las mayores coberturas en las regiones de Kuna Yala (127,1%) y Darién (109,8%), y la menor en la región de Bocas del Toro (36,6%). La concentración de actividades fue de 2,5 promedio por niño (la norma establece tres controles entre los 12 y 23 meses y después dos controles anuales hasta los 5 años).

La tasa de casos de diarrea en menores de 5 años ha experimentado un incremento sostenido, pasando de 16.046,5 por 100.000 habitantes en 1987 a 22.938,0 por 100.000 en 2004, a expensas del grupo de 1 a 4 años, en el que se ha casi duplicado de 11.605,6 por 100.000 habitantes, a 20.357 por 100.000 en 2004.

La tasa de mortalidad registrada en menores de 5 años fue de 19,95 por 1.000 nacidos vivos; el volumen de muertes en este grupo de edad, incluidos los menores de 1 año, alcanzó a 9,28% de las muertes en el país.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Los escolares representan 10,3% de la población del país (325.887) y 48,9% de ellos son niñas. La tasa de mortalidad se situó en 3,25 por 100.000 habitantes, el volumen de defunciones en este grupo de edad representó 0,8% de las muertes en el país.

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

En 2005, la población de estos grupos de edad era de 608.299 habitantes (18,8% de la población total). La cobertura de consultas de control de salud en adolescentes de 10 a 14 y de 15 a 19 años fue de 20,9% y 7,8%, respectivamente, para todo el país.

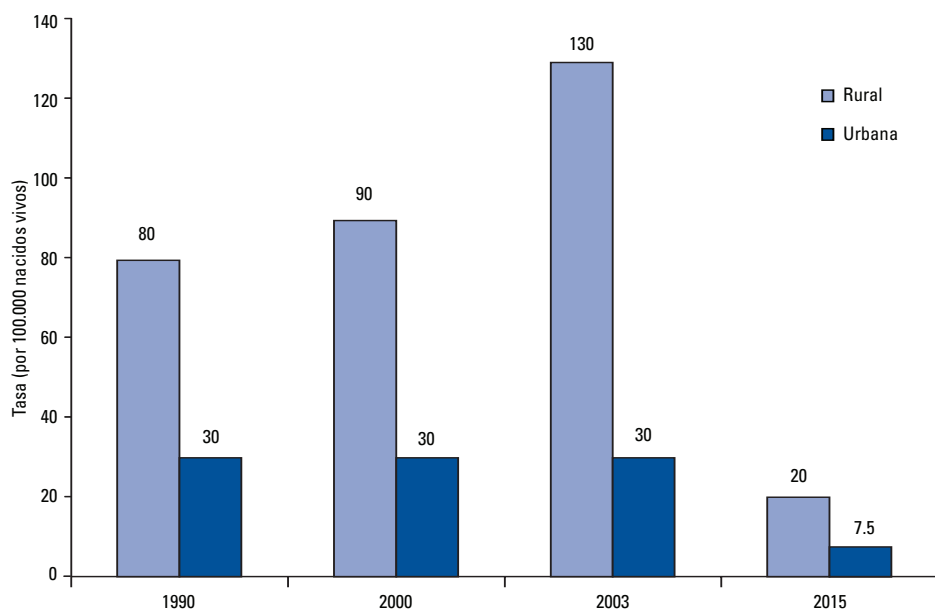
En el campo de la salud sexual y reproductiva, cerca de uno de cada tres estudiantes (36,4%) afirmó haber tenido relaciones sexuales. La edad promedio declarada para la primera relación sexual fue de 14 años (varones: 13 años, mujeres: 15 años); 45,7% de los estudiantes con vida sexual activa no utilizaron ningún método anticonceptivo en su última relación sexual. Uno de cada cuatro utilizó preservativo y 11,9% informaron haber empleado píldoras anticonceptivas. De las escolares, 4% notificaron haber tenido al menos un embarazo, y de ellas, 69,4% informaron haber tenido la necesidad de interrumpirlo. La edad promedio de embarazo entre las jóvenes que manifestaron haber estado embarazadas fue de 15 años (35). De acuerdo con la ENV 2003 (9), 17% de las mujeres de 15 a 19 años de edad informaron estar embarazadas al momento de la encuesta, situación que parece afectar más a las mujeres no pobres (25% estaban embarazadas frente a 12% de las pobres); el valor de este indicador no muestra variaciones significativas por zona geográfica. La tasa específica de fecundidad en adolescentes (mujeres de 15 a 19 años de edad) en 2004 fue de 0,0849 por 1.000 habitantes, lo que representa 7,9% del total de nacimientos en este grupo de edad. En 2004 la tasa de mortalidad en el grupo de 10 a 19 años fue de 9,44 por 100.000 habitantes. Las principales causas de defunción en este grupo son las causas externas (accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias) y los tumores malignos, que ocupan el segundo lugar; las muertes en este grupo de edad representaron 2,3% del total de defunciones en Panamá (33).

Salud de los adultos (20–59 años)

Se estimó que en 2005 este grupo de edad comprendía a 1.667.330 personas (51,7% de la población total), de las cuales 851.266 eran mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad). De una muestra de 31.823 embarazos registrados (36), 83,5% de las mujeres tuvieron control prenatal, 61,0% lo iniciaron antes de las 20 semanas de embarazo y 7,7% después de las 30 semanas, con una media de cinco controles durante el embarazo. La forma de terminación del embarazo fue por parto espontáneo en 75,2% de las gestantes, y por cesárea en 21,5%. Fueron egresadas del servicio con un método de anticoncepción 8,4% de las púerperas. Durante el embarazo, el parto y el puerperio, 18,5% de las embarazadas presentaron alguna afección, la más frecuente fue la rotura prematura de membranas (8,7% del total de embarazos), seguida por las hemorragias (4,0%) y los trastornos hipertensivos del embarazo (3,8%).

La tasa de mortalidad de la población de 20 a 59 años alcanzó a 40,76 por 100.000 habitantes en 2004; el número de muertes registradas en este grupo de edad representó 25,1% del total de defunciones en el país. Las principales causas de muerte fueron las causas externas, los tumores malignos, la infección por el VIH y las enfermedades isquémicas del corazón. En los grupos de 25 a 34 años y de 35 a 44 años, el VIH fue la segunda causa de muerte y representó 51,8% de las defunciones por causas externas; a la vez, causó 1,4 veces más defunciones que los tumores (33).

FIGURA 3. Mortalidad materna, según área rural y urbana, Panamá, 1990, 2000, 2003, y meta para 2015 según los ODM.



Fuente: Panamá. Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censo. Segundo Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, septiembre de 2005.

Por otro lado, la tasa de mortalidad materna estimada en 2003 fue de 70 por 100.000 nacidos vivos, con diferencias entre áreas rurales y urbanas (Figura 3). Las causas maternas representaron 0,8% de las defunciones en mujeres y 5,2% de las defunciones en la población femenina en edad fértil. En 2003, las principales causas específicas de mortalidad materna fueron la hemorragia (26,8%), las causas obstétricas indirectas (24,4%), los trastornos hipertensivos del embarazo (17,1%), el aborto (12,2%) y la sepsis (9,7%), y las otras causas obstétricas directas (9,7%). La muerte sobrevino en la adolescencia en 17% de los casos, mientras que la distribución por edad de las mujeres fallecidas fue semejante entre los grupos quinquenales de edad comprendidos entre los 15 y los 39 años. El análisis de las muertes maternas registradas en el quinquenio 2001–2005 mostró que 29% ocurrieron en establecimientos del tercer nivel de atención, 28% en el domicilio, 21% en establecimientos del segundo nivel de atención y 7% en establecimientos del primer nivel de atención. La proporción de mujeres que mueren sin poder acceder a la atención médica en forma oportuna podría llegar a 4 de cada 10, si se consideran las muertes notificadas por los institutos médicos legales (15%).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Se estima que este grupo de edad representa actualmente 8,6% de la población total. La ENV 2003 halló que 53% eran mujeres. En zonas urbanas reside 61% de la población adulta, en la

zona rural, 35%, y en las áreas indígenas, 4%; una cuarta parte de los adultos mayores es pobre. La cobertura de seguros de salud alcanza a 71% de los adultos mayores (no pobres 80%, pobres no extremos 39% y pobres extremos 23%); dos terceras partes de ellos reciben beneficios de salud por parte de la Caja de Seguro Social y 5% se atienden a través de sistemas privados de seguro de salud en adición a los servicios que ofrece la Caja (9). De acuerdo con las proyecciones de población para 2050, el grupo de los adultos mayores pasará a 22,3%, lo que planteará una demanda creciente relacionada con enfermedades crónicas no transmisibles y problemas psicosociales (37).

En 2003, la tasa general de mortalidad en la población de 60 y más años fue de 259,24 por 10.000 habitantes; el riesgo de muerte es mayor en la población masculina. Los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes mellitus y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores fueron las principales causas de muerte en la población de la tercera edad (33).

Salud de la familia

El Censo Nacional de Población y Vivienda 2000 estimó un total de 681.928 hogares, 12,6% de los cuales eran unipersonales, 50,7% nucleares (compuestos por un núcleo de padres e hijos); 30,2% extensos (incluyen algún pariente o varios núcleos familiares); y 6,4% compuestos (uno o varios núcleos familiares con otros

parientes y no parientes). La ENV 2003 determinó que el tamaño promedio de los hogares era de cuatro personas (pobres: 5,8 personas, no pobres: 3,4 personas); la población indígena registra las familias más numerosas entre los pobres (casi ocho por hogar). El 27,0% de los hogares estaban encabezados por mujeres. El 7,6% de los jefes de hogar eran jóvenes, con mayor participación de los hombres (11,7%) en comparación con las mujeres (3,5%) (22).

En 2005, 26,4% de los mayores de 15 años de edad estaban casados, 29,5% vivían en unión estable, 31,4% eran solteros y 12,6% estaban separados, divorciados o viudos. La relación divorcios/matrimonios se ha mantenido estable durante el último quinquenio (23,8 en 2001, 22,6 en 2005). La edad mediana de los contrayentes era de 31 y 28 años para hombres y mujeres, respectivamente. De acuerdo con el informe del IDHP 2004, los jóvenes calificaron a sus familias y sus relaciones familiares como de mediana a altamente positivas (25,0%), mientras que 20,6% las calificó como bajas debido a la deficiente calidad de las relaciones familiares (22).

Salud de los trabajadores

Según informes de la Caja de Seguro Social (CSS) (1), en 2004 se concedieron 45.136 subsidios, 67,7% en el rubro de enfermedad y maternidad, y 25,7% por riesgos profesionales. Se otorgaron en total 20.113 (44,6%) subsidios por incapacidad temporal; de ellos 9.757 fueron por accidentes de trabajo, 1.119 por accidentes en el trayecto al trabajo y 312 por enfermedades ocupacionales. En 2003, del total de subsidios concedidos en el programa de riesgos profesionales (12.003), 25,0% fueron para trabajadores de la agroindustria, 21,5% para trabajadores de servicios, 20,2% para trabajadores de la industria manufacturera y 11,2% para trabajadores de la construcción, entre otros. 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%) (38).

Salud de las personas con discapacidad

El último censo (2000) registró 52.197 personas con discapacidad (1,8% de la población del país), 29.236 varones y 22.961 mujeres; 31.258 residían en la zona urbana y 20.939 en la rural; se estima que existe un gran subregistro. El Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud, inició un Programa Nacional de Inclusión Educativa (2005) para la aplicación de un plan piloto en 65 escuelas en todo el país, con el propósito de generar actitudes positivas en la comunidad, especialmente en la escolar, hacia la inclusión de los niños con discapacidad (39).

No existen datos precisos sobre la cobertura de la seguridad social para las personas con discapacidad; sin embargo, los pocos disponibles revelan una baja cobertura, sobre todo en servicios de rehabilitación. Según la información suministrada por la Secretaría Nacional para la Integración Social de las Personas con Disca-

pacidad (SENADIS), la totalidad de los servicios de rehabilitación está concentrada en la capital, lo que limita enormemente la accesibilidad a dichos servicios para los residentes de las provincias.

Salud de los grupos étnicos

Existen actualmente siete pueblos indígenas (40) identificados por su pertenencia a grupos lingüísticos: Ngöbé, Buglé, Kuna, Emberá, Wounaan, Naso (Teribe) y Bri-bri, con una población que en 2005 representaba 10% del total nacional (41). De ellos, 51% se concentran en las distintas comarcas, que abarcan más de 20% (21) del territorio nacional.

En 2000, el grupo étnico más numeroso, los Ngöbé, representaba a 59,3% de los indígenas del país (40), seguido por los Kunas (21,6%). Entre los grupos minoritarios se encuentran los Teribes, los Bri-Bri y los Bokotas (que representaban 1,1%, 0,9% y 0,4% respectivamente del total de indígenas) (42). La población indígena y la no indígena se basan en modalidades económicas contrastantes de subsistencia y de mercado. La búsqueda de oportunidades de desarrollo ha generado un cambio en la inserción de los indígenas en el campo laboral, ya que de una economía propiamente familiar —en el marco del sector primario de la agricultura— han sido empujados a vender su fuerza de trabajo o mano de obra, la mayoría de las veces en las peores condiciones laborales (43). De cada 100 indígenas, 98 son pobres, y de ellos, 86 viven en situación de pobreza extrema.

En términos demográficos, los grupos indígenas tienen altas tasas de crecimiento poblacional: en el período comprendido entre 1990 y 2000 la tasa de crecimiento anual fue de 3,8%, superior a la tasa de la población panameña en la década de 1960–1970 (31). En los pueblos indígenas, el promedio de fecundidad fue de 6,6 hijos por mujer, en contraste con 2,9 hijos por mujer en la población no indígena. La esperanza de vida muestra una diferencia de casi nueve años entre los varones no indígenas y los indígenas (72 años frente a 63,2 según el censo de 2000) y de casi 12 entre las mujeres (no indígenas 77,3 años, indígenas 65,4 años). El porcentaje de población en edades jóvenes es elevado (45,8% son menores de 14 años) (31).

Salud de las personas desplazadas

La zona fronteriza de Panamá con Colombia, que abarca la provincia de Darién y la Comarca Kuna Yala, ha recibido desde hace varios años población desplazada del vecino país, que huye del conflicto militar. A finales de 2002, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) registró 989 personas de nacionalidad colombiana desplazadas dentro de Panamá, 91% de las cuales habitaban en la provincia de Darién. Las condiciones de oferta de servicios básicos, salud, educación, vivienda, agua y saneamiento y empleo en esta región fronteriza son precarias para los pobladores originarios, y en mayor medida para los desplazados y refugiados (44).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La circulación autóctona de **dengue** en Panamá se ha notificado desde 1993. En este período, según los registros del sistema de vigilancia epidemiológica, se puede agrupar la variación anual de casos en tres categorías: años de transmisión endémica (1994, 1996, 2002), con alrededor de 800 casos anuales; años epidémicos (1995, 1997, 1998, 1999, 2001 y 2005), que promedian unos 2.500 casos anuales, y años de baja transmisión (1993, 2000, 2003 y 2004), con un promedio de 350 casos anuales. El registro total de casos desde su inicio ha sido de 21.830, de los cuales 6.980 (31,9%) se notificaron en los últimos cuatro años (2002–2005). Ha predominado la circulación de los serotipos dengue-1 y dengue-2, aunque en años anteriores ha habido circulación de los cuatro serotipos de dengue. La morbilidad por dengue ha sido a expensas del dengue clásico en todos los años, con solo 31 casos de dengue hemorrágico (0,2%); sin embargo, cabe destacar que 17 de los casos de dengue hemorrágico (68%) fueron notificados en los últimos cinco años, por lo que está aumentando el riesgo de dengue hemorrágico. Las muertes por dengue hemorrágico y síndrome de choque del dengue fueron muy pocas: solo cinco en todo el período, con una tasa de letalidad acumulada de 16%. En 2005 se produjo en Panamá la mayor epidemia de dengue notificada desde el inicio de la transmisión en 1993: se registraron en total 5.489 casos para una tasa de 170 casos por 100.000 habitantes; 99,8% de los casos fueron de dengue clásico.

La infestación por el mosquito *Aedes aegypti* actualmente alcanza a todas las regiones del país; las más afectadas en los últimos dos años son: San Miguelito, con un índice de Breteau en 2005 de 7,0, la Comarca de Kuna Yala 4,7, Panamá Oeste 4,4, y Panamá Metro 3,7. La significación de estos índices puede considerarse más crítica si se tiene en cuenta que algunas de estas regiones abarcan zonas de mayor complejidad higiénico-sanitaria.

La población de zonas calificadas como de riesgo moderado y alto para **malaria** es de 221.000 y 107.000 habitantes, respectivamente. Entre 2000 y 2005 la morbilidad por malaria experimentó una tendencia sostenida al incremento, alcanzando a 3.668 casos en 2005, respectivamente. En este mismo período, la intensidad de transmisión se incrementó, pasando de un índice parasitario anual (IPA) de 0,33 en 2001 a 1,2 por 1.000 en 2005. Asimismo, el índice por *Plasmodium falciparum* se incrementó de 0,01 en 2001 a 0,25 en 2005. El índice anual de exámenes de sangre por 1.000 habitantes fue de 4,9 en 2001, de 5,3 en 2004, y de 5,7 en 2005, con un índice de lámina positiva de 0,6%, 3,0% y 1,8%, respectivamente. De los 3.668 casos registrados en 2005, la Comarca Ngöbe Buglé presentó 21,0%, seguida por Veraguas con 20,1%, Bocas del Toro con 16,0% y Darién con 12,0%. Darién y Panamá Este notificaron 83,0% de los 764 casos por *P. falciparum* en el país. La tasa de mortalidad por malaria se ha mantenido baja, si-

tuándose en 0,16 defunciones por 100.000 habitantes en 2003. Estudios in vitro realizados en 2003 por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios Sociales mostraron pruebas científicas de que cepas de *P. falciparum* presentaban mutaciones asociadas con la resistencia a la cloroquina, la sulfadoxina y la pirimetamina. Desde 1972 no se ha detectado la presencia de *P. malariae*.

Desde que fuera diagnosticada por primera vez en Panamá en 1931, la enfermedad de **Chagas** ha mantenido su presencia en el país; durante los últimos años no ha habido notificaciones importantes de la enfermedad. Entre 1974 y 2006 (semana epidemiológica no. 20) se han registrado 522 casos, de los cuales 67,6% se han notificado entre 1974 y 1984. La zona endémica más importante para la enfermedad de Chagas es el distrito de La Chorrera, Provincia de Panamá. En una encuesta serológica realizada en 2003 en una muestra de niños y niñas en edad escolar se obtuvo una seroprevalencia de 2,9%. A su vez, las pruebas de tamizaje llevadas a cabo durante 2003 en el banco de sangre del hospital regional de esa área (Hospital Nicolás Solano) mostraron una seroprevalencia de 0,9% en donantes voluntarios.

Las principales especies de vectores fueron *Rhodnius pallescens*, que mantiene un comportamiento silvestre con arribos frecuentes a las viviendas, pero no está domiciliado. Las principales zonas endémicas se encuentran en las provincias de Panamá, Colón y Darién. Otros vectores importantes en la transmisión son *Triatoma dimidiata*, *T. dispar* y *Panstrongylus geniculatus*. Los índices de infestación por *T. dimidiata* en viviendas varían de 16,4% en Gualaca (Provincia de Chiriquí) a 3,2% en La Chorrera (Provincia de Panamá).

En estudios de infección natural en insectos capturados en el área peridomiciliaria de La Chorrera se identificó la presencia de *Trypanosoma cruzi* y *T. rangeli* en 30% a 60% de los especímenes. Evaluaciones realizadas con los piretroides deltametrina y lambda-cihalotrina demostraron que cepas de *R. pallescens* de las áreas de La Chorrera y Chilibre, en la Provincia de Panamá, eran susceptibles a estos insecticidas.

En 2003 se registraron 1.602 casos de **leishmaniasis**, con una incidencia de 51,3 casos por 100.000 habitantes. Las provincias más afectadas fueron Bocas del Toro (534,5 por 100.000 habitantes), Coclé (143,5) y Darién (91,2), que acumularon 58% de todos los casos. En el período 1993–2003 el comportamiento de esta enfermedad fue fluctuante, con un total de 22.634 casos, para un promedio anual de 2.058 casos y un promedio mensual de 172 casos. Durante 2005 se registraron 1.590 casos, 36,6% en menores de 5 años y 35,5% en edades comprendidas entre los 15 y 64 años; 51,2% de los casos correspondieron a varones.

Enfermedades inmunoprevenibles

El país 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 no se han presentado casos de **sarampión** desde diciembre de 1994. En 1999 se registró el último caso de **rubéola** congénita y en 2005 no se reportaron

casos de **meningitis** por *Haemophilus influenzae* tipo b. La vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación se realiza por notificación semanal negativa a través de la red de servicios de salud en todo el país.

Para 2005, las coberturas nacionales de vacunación en menores de 1 año fueron: BCG 100%; hepatitis B para el recién nacido 78,5%; antipoliomielítica 94%; DPT y Hib 94,2%; MMR 99%. El promedio nacional de la cobertura con la vacuna pentavalente (DPT+HB+Hib) fue de 86,5%. La vacunación antiamarilica se lleva a cabo en forma anual desde 1991 en las poblaciones de las regiones de salud de Panamá Este, Darién y en la Comarca Kuna Yala, con una población total de 160.997 habitantes. En el período 1991–2004 se aplicaron un total de 226.329 dosis. En 2006 el gobierno incluyó nuevas vacunas en el programa de inmunización, como son: la vacuna contra el rotavirus para niños menores de 6 meses y la vacuna contra la influenza para niños de 7 a 18 meses, adultos mayores de 65 años y trabajadores de la salud.

Enfermedades infecciosas intestinales

En 2003 se registraron 1.073 casos de **intoxicación alimentaria**; 189.914 de **enfermedad diarreica**; 35 de **salmonelosis**, 345 de **hepatitis infecciosa** y 5.639 de **amibiasis**. No ha habido casos de **cólera** desde 1994. En ese mismo año se registraron e investigaron 14 brotes de enfermedades de transmisión hídrica con 630 casos y una muerte. En 25% de los brotes se logró identificar el agente etiológico involucrado. La Región Metropolitana registró la tasa más elevada del país, duplicando la tasa nacional, seguida por Chiriquí, Los Santos y Panamá Este, con 51, 49,6 y 46,6 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Desde 1995, año en que se adoptó la guía de vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos propuesta por la OPS, se registraron 147 brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (3.253 casos y 8 defunciones). En el período 2001–2003 la tasa de intoxicaciones alimentarias ha oscilado entre 59,8 y 34,4 casos por 100.000 habitantes (35).

Los casos de diarrea notificados en 2003 representaron una incidencia nacional de 6.075 casos por 100.000 habitantes. La provincia con mayor incidencia de diarreas fue Bocas del Toro (11.449,4 casos por 100.000 habitantes) seguida por Chiriquí (7.916,2 por 100.000 habitantes) y las áreas de San Miguelito (7.594 casos por 100.000 habitantes), Metropolitana (7.438,3 por 100.000 habitantes) y Panamá Este (6.066,8 por 100.000 habitantes).

Enfermedades crónicas transmisibles

La **tuberculosis** mantiene una tendencia ascendente. En 2005 se registraron 1.565 casos (48,5 por 100.000 habitantes); las áreas de mayor riesgo son las provincias de Kuna Yala (210 por 100.000 habitantes), Ngöbe Buglé (152,6), Bocas del Toro (107) y Colón (97,7). La población masculina es la más afectada, con una razón hombre:mujer de 1,2 (49,9 por 100.000 habitantes para los hom-

bres y 40,8 por 100.000 para las mujeres). Este comportamiento es diferente en las regiones de Kuna Yala, Ngöbe Buglé, Bocas del Toro y San Miguelito, donde las tasas son más elevadas en la población femenina (en esta última región el riesgo para las mujeres fue tres veces mayor).

La estrategia de tratamiento acordado estrictamente supervisado (DOTS) se está aplicando en forma progresiva para mejorar la detección y examen de sintomáticos respiratorios, que de 8.011 en 2000 aumentaron a 15.195 en 2005, con un incremento en la detección de nuevos casos de tuberculosis, que pasaron de 1.123 en 2000 (tasa de 39,2 por 100.000 habitantes) a 1.565 en 2005 (tasa de 48,5 por 100.000). La cobertura poblacional del TAES pasó de 51% en 2000 a 90% en 2004; para este último año, de los 860 casos bacilíferos registrados, 557 fueron dados de alta por curación (64,8%) y 116 terminaron el tratamiento, es decir, en total, un resultado exitoso de 78,3%. El porcentaje de abandonos fue de 10,5%, fracasos, 1,2%, muertes, 2,3% y 7,7% de traslados, pendientes de evaluar, entre otros. Desde el inicio de la epidemia en 1984 hasta 2005, la coinfección VIH/tuberculosis ha totalizado 1.655 casos; en 2003, se asociaron con el sida 9,6% de los casos de tuberculosis (137/1.427).

Infecciones respiratorias agudas

El síndrome gripal caracterizado clínicamente es de notificación obligatoria. Se presentan brotes anuales asociados al incremento de las lluvias, en el período mayo–octubre. La incidencia acumulada 1995–2004 es de 6.250 a 9.822 por 100.000 habitantes. En 1999 se determinó la aparición de una epidemia que llegó a una tasa nacional de 46.262 por 100.000 habitantes.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Se estima que el número de infectados por el VIH oscila entre 18.000 y 22.000 personas de 15 y 49 años de edad. Entre 1984 y 2005 se notificaron 7.111 casos de sida acumulados, con una prevalencia a nivel nacional de 0,9%. Se han registrado casos en 88% de los distritos (66 sobre 75); desde el inicio de la epidemia la más afectada ha sido la población masculina, con 75,6% de los casos de sida, y las tasas de seroprevalencia más elevadas se encuentran en hombres que tienen sexo con hombres (17%). La razón hombre/mujer en el ámbito nacional ha tenido un paulatino decrecimiento al pasar de 17:1 al inicio de la epidemia a 3:1 en los últimos ocho años; sin embargo, esta razón es solo de 1,6 a 1 en personas entre los 15 y los 24 años (45). Se han registrado 203 casos de transmisión vertical, de los cuales más de cuatro de cada cinco casos (81,7%) han sido notificados en los últimos siete años. Las mayores frecuencias de casos se registran entre las edades de 25 a 29 años (13,3%), de 30 a 34 (19,2%), de 35 a 39 (16,5%) y de 40 a 44 (13,2%). De los casos registrados, 67,4% (4.792) notificaron como mecanismo de transmisión la vía sexual, 3,7% (262) la transmisión vertical (perinatal), 2,0% (139) la transmisión sanguínea y de 27,0% (1.918) se desconoce la vía de transmisión. El índice de concentración de la desigualdad en

Estrategia DOTS: avances en el control de la tuberculosis

En 2005 se registraron 1.565 casos de tuberculosis (48,5 por 100.000 habitantes), siendo la población masculina la más afectada, con una razón hombre/mujer de 1,2:1. La búsqueda de casos en sintomáticos respiratorios se ha incrementado, generando un aumento en el registro de casos de tuberculosis en los últimos años, de 8.011 en 2000 a 15.195 en 2005. La estrategia internacional de tratamiento acortado estrictamente supervisado (DOTS) se está aplicando en forma progresiva para mejorar la detección y examen de sintomáticos respiratorios. La cobertura poblacional de la estrategia DOTS pasó de 51% en 2000 a 90% en 2004.

la distribución de los casos nuevos de sida durante 2002, a partir de datos agregados a nivel provincial, fue de 0,41. El quintil de menores ingresos de la población panameña acumuló 6% de los casos nuevos de sida, mientras que 47% de ellos se concentraron en el quintil de mayor ingreso. El riesgo relativo entre los quintiles más rico y más pobre de la población fue de 7,6. No se han realizado estudios de alcance nacional que entreguen información apropiada del comportamiento de riesgo poblacional y del uso consistente del condón como medio de prevención de las infecciones de transmisión sexual/VIH. Reciben tratamiento antirretroviral 70,5% de las personas registradas con VIH (46).

Según el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, en 2005 las infecciones de transmisión sexual tuvieron el siguiente comportamiento por 100.000 habitantes: vulvovaginitis (962,4), enfermedad inflamatoria pélvica (315,2), papiloma virus (150,6), gonorrea (41,1), uretritis inespecífica (23,6), sífilis adquirida (13,3), herpes genital (12,8), chancro blanco (1,0), sífilis congénita (0,1) y linfogranuloma venéreo (0,1).

Zoonosis

Los últimos casos de **rabia** urbana se registraron en 1973; en 1994, se notificaron dos casos en seres humanos por mordedura de murciélago, y en 1995, un caso en un niño colombiano que había sido mordido por un gato silvestre. La última notificación de rabia silvestre fue en 2002, con dos casos de rabia humana transmitida por murciélagos hematófagos.

En cuanto a la **encefalitis equina venezolana** (EEV), desde el aislamiento por primera vez del virus del subtipo ID enzoótico en Panamá en 1968, se han originado frecuentes brotes endémico-enzoóticos de EEV, con aislamiento del virus en mosquitos vectores, roedores huéspedes o reservorios, equinos y seres humanos. Los registros de aislamiento en seres humanos indican que desde 1991 hasta 2005 se realizaron 39 aislamientos del virus de la EEV. El brote epidémico más importante se registró en la Región del Darién en 2001, con 11 casos pediátricos diagnosticados por laboratorio, uno de ellos, el de una niña menor de 5 años que falleció.

Entre las zoonosis virales emergentes, el **hantavirus** se registró en Panamá en diciembre de 1999; hasta 2006 (semana epidemiológica no. 28) se han acumulado 83 casos de síndrome car-

diopulmonar por hantavirus, con 15 defunciones, para un porcentaje de letalidad de 18,8%. 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. Se han identificado dos nuevos serotipos de hantavirus: uno de ellos 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).

En la lucha contra este conjunto de enfermedades se ha hecho hincapié en la vacunación antirrábica canina, en el control de focos de hantavirus, EEV, enfermedad de Chagas y leishmaniasis, y se mantiene la vigilancia para prevenir la introducción del virus del Nilo Occidental.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La prevalencia de **desnutrición** global (peso/edad) en menores de 5 años fue de 6,8% (no pobres 2,1%, pobres no extremos 4,6%, pobres extremos 16,3%), y alcanzó a 21,5% en menores de 5 años de las zonas rurales indígenas. En este grupo de edad, 22,1% se encontraban en riesgo de desnutrición (no pobres 16,7%, pobres extremos 31,6%), mientras que, en el otro extremo, el **sobrepeso** afectaba a 4,1% (no pobres 6,3%, pobres no extremos 3,5%, pobres extremos 1,1%). Un 9,2% de los menores de 5 años estaba en riesgo de sobrepeso (no pobres 13,1%, pobres extremos 3,8%) (25). Con respecto a la ENV 1997, se mantuvieron cifras similares en la desnutrición global (18). La prevalencia de desnutrición crónica (talla/edad) moderada/severa en esta misma población fue de 20,6% (no pobres 10,2%, pobres no extremos 19,1%, pobres extremos 39,6%), y alcanzó a 56,6% de los menores de 5 años en las zonas rurales indígenas. En comparación con los datos de 1997, la desnutrición crónica aumentó en seis puntos porcentuales (18). La desnutrición aguda (peso/talla) se situó en 1,3% (no pobres 0,8%, pobres no extremos 1,5%, pobres extremos 2,0%). Entre los menores de 5 años, 9,2% estaban en riesgo de desnutrición (no pobres 8,9%, pobres extremos

9,9%) (25). Se verificó un leve incremento en la desnutrición aguda, que en 1997 fue de 1,0% a nivel nacional (18).

Entre los adolescentes evaluados por el índice de masa corporal por edad (IMC), 4,5% registró bajo peso (no pobres 5,1%, pobres 3,8%) y 6,9% sobrepeso (no pobres 10,1%, pobres 2,9%), mientras que 12,1% evidenciaron riesgo de sobrepeso (no pobres 13,0%, pobres 11,1%) (25). La ENV 2003 halló que 33,6% de la población presentaba sobrepeso, sin distinción por sexo, y 18,3% obesidad (mujeres: 21,8%, varones: 14,4%). Estas condiciones combinadas afectan a 56,4% de la población urbana, a 43,8% de la población rural indígena y no indígena, y a 36,8% de la población en áreas indígenas. Al comparar la prevalencia de sobrepeso y obesidad por nivel de pobreza, se observa que estas condiciones afectan a 56,8% de los no pobres, a 39,7% de los pobres y a 35,0% de los que viven en situación de pobreza extrema (25).

Con respecto a la nutrición en el embarazo, durante el segundo y tercer trimestres, 21,6% de las gestantes presentaron bajo peso (no pobres 10,0%, pobres no extremas 17,4%, pobres extremas 39,9%), que alcanzó a 38,2% de las gestantes en las zonas rurales indígenas, y 39,3% sobrepeso (no pobres 50,6%, pobres no extremas 40,7%, pobres extremas 23,3%) (25). En 2005 (47) se registraron 9,3% de recién nacidos con bajo peso al nacer, porcentaje inferior al 13,1% hallado en la ENV (no pobres 10,7%, pobres no extremas 12,3%, pobres extremas 21,6%), y que en el caso de los recién nacidos indígenas alcanzó a uno de cada cuatro (24,6%) (9). Recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad 18% de los niños (15% en las zonas urbanas, 22,4% en las zonas rurales), 13% entre los no pobres, 20% entre los pobres y 26% entre los pobres extremos (25).

En cuanto a los micronutrientes, el análisis por estrato reveló que el grupo rural indígena y el de pobreza extrema presentan los niveles más bajos de consumo aparente promedio de calcio (promedio nacional: 307 mg, rural indígena: 126 mg), hierro (promedio nacional: 7,3 mg, rural indígena: 5,2 mg) y vitamina A (promedio nacional: 376 mg, rural indígena: 111 mg) (25). La **anemia** por carencia de hierro afectaba a más de un tercio de los menores de 5 años, y de mujeres embarazadas y en edad fértil, por lo que desde 1998 el Ministerio de Salud (MINSa) conduce un programa de suplementación con hierro en forma preventiva para preescolares, escolares y embarazadas. En evaluaciones realizadas en 2005 se encontró que la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en escolares que habían sido suplementados desde su primer ingreso fue solamente de 1,8%. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Vitamina A 1999, 10% de los niños de 12 a 59 meses presentaban niveles de retinol sérico por debajo de 20 µg (24% en indígenas y 7% en no indígenas). Por otro lado, en 2002 Panamá fue certificado como país libre de desórdenes por deficiencia de yodo, debido a la yodación universal de la sal. A fin de optimizar las intervenciones en materia de nutrición, se creó en 2004 la Secretaría Nacional de Coordinación y Seguimiento del Plan Alimentario Nutricional (SENAPAN), adscrita a la Presidencia de la República.

Entre las enfermedades del metabolismo, la **diabetes** mellitus muestra una tendencia al incremento: en 2000 y 2005 se registraron tasas de 134,5 y 170,1 por 100.000 habitantes, respectivamente. En 2005, la distribución por provincias mostró que Los Santos, Panamá Oeste y San Miguelito presentaban tasas de 648,3, 483,5 y 259,6 por 100.000 habitantes, respectivamente.

La diabetes es la cuarta causa de mortalidad y ha tenido un aumento progresivo, pasando de 11 por 100.000 habitantes en 1990 a 24,4 por 100.000 habitantes en 2004; para este último año, se observa un predominio de casos en el sexo femenino (29 por 100.000 habitantes) respecto al masculino (19,9 por 100.000 habitantes).

Enfermedades cardiovasculares

En cuanto a la **hipertensión arterial**, los registros indican una tendencia ascendente: la tasa pasó de 529,4 por 100.000 habitantes en 2000 a 905,9 por 100.000 en 2005. Las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la principal causa de muerte en la gran mayoría de las provincias. Los registros del MINSa para las enfermedades isquémicas del corazón informaron una tasa de 40,2 por 100.000 habitantes en 2000 y de 43,8 por 100.000 en 2004; para este último año la población masculina fue la más afectada, con 51,0% de los casos, frente a 36,5% de la población femenina. Por su parte, las enfermedades cerebrovasculares aumentaron de 42,1 por 100.000 habitantes en 2000 a 44,7 por 100.000 habitantes en 2004.

Neoplasias malignas

Los registros médicos presentaron un predominio del cáncer de la próstata en los hombres, con una tasa de 25,6 por 100.000 habitantes en 1990 que alcanzó a 66,5 por 100.000 en 2004. En las mujeres, predominó el cáncer de cuello uterino, que bajó de 81,2 por 100.000 habitantes en 1990 a 47,2 por 100.000 en 2004, mientras que el cáncer de mama se incrementó de 22,6 por 100.000 habitantes en 1990 a 39,4 por 100.000 en 2004.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Durante 2005 las inundaciones en el área de Tocumen produjeron más de 20 muertes y cuantiosos daños; lo mismo ha ocurrido con los desbordes del Río Sixaola. La actividad sísmica general es moderada, pero igualmente el país puede verse afectado por terremotos. En 1991, un terremoto en Bocas del Toro provocó varias muertes y muchos damnificados. Recientemente se han registrado importantes movimientos sísmicos en la zona alta de la Provincia de Chiriquí.

Violencia y otras causas externas

Según encuestas, para 24,6% de los habitantes, la inseguridad es el problema más grave de su municipio; 8,0% de las personas

dijeron haber sido víctimas de algún tipo de delito (58,8% de robo sin agresión ni amenaza física, 18,5% de robo con agresión, 11,0% de robo en su domicilio, 6,2% de agresión física sin robo y 4,0% de violación), pero 48,6% no denunciaron el delito (8). Cifras oficiales (48) muestran que, durante 2003, fueron detenidas 63.988 personas por cometer delitos contra la vida y la integridad personal (26,5%); contra el patrimonio (21,5%) y contra el pudor y la libertad sexual (2,6%). La mayor incidencia delictiva se concentra en los siguientes grupos de edades: menores de 18 años (13,0%), de 18 a 20 años (10,6%), de 20 a 24 años (22,5%). La tasa de detenciones a nivel nacional fue de 20,3, en Ciudad de Panamá de 26,9 y en la ciudad de Colón de 75,5 por 1000 habitantes.

En 2003 se registraron 36.176 accidentes de tránsito (97,1 accidentes por 1.000 vehículos registrados) que ocasionaron 11.161 heridos (2,5% graves) y 421 muertes; 56,7% de los heridos y 53,9% de los muertos correspondieron al grupo de 15 a 39 años de edad. La tasa nacional fue de 13 defunciones por 100.000 habitantes. La Provincia de Panamá, con 76,5%, Colón, con 7,2%, y Chiriquí, con 6,8%, registran el mayor número de accidentes. En 2003 se registró un accidente de tránsito cada 15 minutos aproximadamente; cada 20 horas murió una persona como consecuencia de un accidente de tránsito, 62,0% de las muertes ocurrieron los fines de semana (viernes a domingo), y de ellas, 48,5% los sábados y domingos; 39,4% de las víctimas fueron peatones, 30,2% conductores, 29,9% pasajeros y 0,5% jinetes (49).

Las causas externas de mortalidad en 2004 (accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias) ocuparon el tercer lugar como causa de muerte, con 1.035 víctimas (33), y afectaron más a los hombres (55,3 por 100.000 habitantes) que a las mujeres (11,8 por 100.000 habitantes) (50). En este contexto, la violencia intrafamiliar adquiere creciente importancia epidemiológica, económica y social. Los datos estadísticos del MINSA notifican una tendencia estable para el número de casos atendidos en el sistema público de salud como víctimas de violencia doméstica u otras formas de maltrato en el período comprendido entre 2002 y 2004: 2.462 casos en 2002, 2.371 en 2003 y 2.476 en 2004. La distribución por sexo en 2004 muestra un predominio de víctimas mujeres (78,9%) en comparación con los hombres (20,5%), con 0,6% no especificado (50).

Salud mental

Las estadísticas de salud mental con que cuenta el MINSA son limitadas. En 2004, las principales causas de consulta externa en servicios ambulatorios de salud mental fueron los trastornos neuróticos y somatomorfos relacionados con el estrés en primer lugar (33%), seguidos por los trastornos afectivos (23%). En 103 establecimientos ambulatorios de salud mental de Panamá se ofrecieron 93.239 consultas, con un estimado de cinco contactos por usuario. En el Instituto Nacional de Salud Mental los principales diagnósticos de egreso fueron esquizofrenia (33%) y trastornos afectivos (26%) (51). La distribución de las camas psiquiátricas es como sigue: en el Instituto Nacional de Salud

Mental (hospital psiquiátrico) 41%, y en servicios de psiquiatría de hospitales generales, 59%. El país ha realizado un esfuerzo importante en la reforma y modernización de los servicios psiquiátricos. El Hospital Psiquiátrico Nacional redujo sensiblemente su dotación de camas (63% en los últimos cinco años), convirtiéndose en el Instituto Nacional de Salud Mental. Por otro lado, se han desarrollado los servicios de psiquiatría en hospitales generales y se han descentralizado equipos de salud mental a la casi totalidad de la provincias. Estimaciones realizadas sitúan la proporción del presupuesto general de salud que se dedica a la salud mental en alrededor de 3% y de esta proporción, 44% la consume el Instituto Nacional de Salud Mental (51).

Adicciones

Diversos estudios indican que el alcohol es la droga de mayor uso por la población general, y que la población masculina es la más afectada por el consumo de drogas ilícitas, mientras que las drogas más utilizadas por las mujeres son los tranquilizantes menores. En cuanto al consumo de sustancias nocivas, la Encuesta Mundial de Consumo de Tabaco en Jóvenes (52) mostró que uno de cada tres jóvenes escolarizados de 13 a 15 años (31,6%) había fumado alguna vez en su vida; la prevalencia de consumo de algún producto del tabaco en los últimos 30 días fue de 18,3% (cigarrillos: 12,5%); 13,2% declararon que nunca habían fumado pero que probablemente iniciarían el consumo de tabaco el siguiente año. En 2003, el estudio de Vigilancia del Humo Ambiental de Tabaco (53) reveló que los niveles de nicotina en fase de vapor encontrados en la Ciudad de Panamá pueden considerarse bajos o moderados. Sin embargo, se detectó la exposición a humo de tabaco en lugares donde está prohibido fumar, tales como los aeropuertos y hospitales. El nivel de exposición se calificó como alto o muy alto en bares y restaurantes.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El sector salud cuenta con dos grandes actores: el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja del Seguro Social (CSS), que formulan, implementan, monitorean y evalúan sus propios planes, proyectos y programas, pero no cuentan con un sistema unificado de planeación; por tanto, no poseen un plan sectorial. En los tres últimos gobiernos constitucionales se han elaborado documentos de planificación ministeriales que recogen los lineamientos de gobierno y los traducen en políticas ministeriales. El actual gobierno elaboró las "Políticas y Estrategias de Salud 2005–2009", que recogen las principales áreas temáticas en las que el MINSA se propone trabajar: el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional; el modelo de atención primaria de salud; la sostenibilidad y cuidado del medio ambiente; el aumento de la participación social; la modernización de la gestión administrativa; el desarrollo y fortalecimiento del recurso humano en salud, y el

fomento de la investigación aplicada. El documento menciona en forma directa criterios de equidad de género y de derechos humanos, pero están incluidos de modo no explícito.

El derecho al acceso a la salud en Panamá se encuentra consagrado en los artículos 109 y 110 de la Constitución Política de la República, donde se establece la obligatoriedad del Estado de garantizar a toda la población panameña servicios integrales de prevención, curación y rehabilitación independientemente de su condición social, política o religiosa o de etnia. Por otro lado, la ley marco de salud (código sanitario) se mantiene vigente y sin modificaciones desde hace 45 años, considerándose obsoleta. En lo que respecta al Código de Seguridad Social, a pesar de haberse planteado y discutido una reforma de la seguridad social (2006), esta solo tocó los aspectos de la previsión social, sin resolver la separación de las funciones de la Autoridad Sanitaria Nacional ni unificar el sistema.

En relación con las funciones esenciales en salud pública (FESP), la única medición efectuada en el país mostró que de las 11 funciones estudiadas, la función de evaluación y promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud indispensables (FE 7), con un puntaje de 0,87, y la función de diseño de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública (FE 5), con 0,81, fueron las mejor evaluadas, mientras que las funciones de garantía de la calidad de los servicios dirigidos a las personas individualmente y a la población (FE 9), con 0,29, y de reducción del impacto de las emergencias y de los desastres sobre la salud (FE 11), con 0,32, fueron las peor evaluadas. El puntaje obtenido por la FE 9 muestra la pérdida progresiva de la función rectora propia de la fragmentación gerencial que induce la segmentación de planes y programas en detrimento de la calidad de los servicios ofrecidos a las poblaciones más pobres. El resto de las funciones, con excepción del monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud (FE 1), que con un puntaje cercano a 0,80 se ubicó en un rango superior, se ubicaron en el cuartil de desempeño medio superior.

Panamá ha sido el segundo país de la Región en firmar y ratificar con la OMS el Convenio Marco Contra el Tabaco, que ya comenzó a ejecutarse y que representa un avance importante en la lucha contra el tabaquismo. En la actualidad se han desarrollado normas específicas que restringen el comercio y consumo en público del tabaco y sus derivados, las cuales se encuentran consignadas en la Ley 17 de 2005. Posteriormente, se emitió el Decreto Ejecutivo No. 17 del 11 de marzo de 2005, por el cual se reglamentó la ley y se establecieron las medidas en vigencia “para la prevención, reducción del consumo y exposición al humo del tabaco”.

El proceso de reforma del sector salud, se remonta al decenio de 1990 y tuvo como principios rectores la unificación del sistema, la integralidad en la prestación del servicio, la búsqueda de la equidad, la universalidad del acceso y el mejoramiento de la eficiencia, pero no logró cambios sostenidos. El proceso se circunscribió a una región sanitaria del área metropolitana de la Ciudad de Panamá (San Miguel Arcángel).

Estrategias y programas de salud

A fines de 2005 se tramitó y aprobó la Ley 51, mediante la cual se reformó el estatuto de la seguridad social. Una visión rápida de los cambios introducidos por la nueva ley deja ver claramente que su enfoque más importante fue el seguro de invalidez, vejez y muerte (IVM), logrando mejorar la sostenibilidad a mediano plazo del seguro mediante acciones tendientes a incrementar los techos de cotización y la edad de pensión. El seguro de enfermedad general y maternidad no incrementó su techo de modo que sigue latente el problema de déficit financiero del programa.

Como parte de la estrategia de lucha contra la pobreza del actual gobierno, se ha implementado un sistema de protección social que básicamente busca crear capacidades para que 25.000 familias salgan de la situación de pobreza absoluta en la que viven por medio de la transferencia condicionada de fondos. Este sistema aún no ha sido evaluado.

Organización del sistema de salud

El sistema de salud se muestra fragmentado y segmentado en dos subsectores: el público (MINSA y CSS) y el privado. Las entidades del sector público poseen alto grado de centralización y una estructura jerárquica de tipo vertical, en la cual la participación comunitaria no tiene un sentido de cogestión de los servicios, el modelo de atención es predominantemente recuperativo y los programas de prevención de riesgos y daños se dirigen a la atención de los problemas de salud más prevalentes y de mayor externalidad negativa en la población. El MINSA ha iniciado un proceso de desconcentración de algunas funciones administrativas y de ordenación parcial del gasto, pues los procesos de planificación, asignación y manejo presupuestal y financiero continúan concentrados en el nivel central.

En lo que se refiere al grado de segmentación poblacional, las coberturas nominales de la CSS abarcaban a 2.003.108 beneficiarios en 2004, de los cuales 33,8% eran cotizantes activos, 7,6% pensionados y 58,6% dependientes, mientras que 35,0% estarían a cargo del MINSA. La participación del sector privado es indeterminada pero nominalmente baja, esto último por el hecho de que no existen aseguradoras privadas importantes. Sin embargo, existe subsidio cruzado, puesto que el sistema público es abierto y no cuenta con mecanismos de identificación de la demanda selectiva para beneficiarios de la seguridad social y el MINSA se constituye en la única oferta disponible en algunas zonas geográficas del país.

La CSS es la instancia encargada del manejo del aseguramiento de todos los trabajadores del sector público y privado, mediante la administración de los seguros de enfermedad general y maternidad (EGM), de accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP) y de invalidez, vejez y muerte (IVM). Las modalidades de afiliación y el grupo de beneficiarios del sistema están establecidos por la ley orgánica de la CSS: los afiliados obligatorios (trabajadores formales del sector público y privado, e independientes que brinden sus servicios al gobierno; o de manera formal a la

empresa privada) y los afiliados voluntarios (personas que no están sujetas al régimen obligatorio y trabajadores menores de edad con iguales beneficios que los mayores de edad), y los beneficiarios (cónyuge o compañero permanente y sus dependientes hasta los 25 años, siempre y cuando no exista la figura de emancipación voluntaria y estén inscritos en el sistema educativo formal del país; los dependientes discapacitados son beneficiarios de por vida, al igual que los padres después de los 60 años). El ATEP es aplicable a los afiliados de la CSS, lo que significa que solo un número cercano a 30% de la población estaría cubierta (sector formal y afiliado). Sin embargo, la cobertura actualmente solo se limita a acciones de atención en caso de enfermedad y accidente, y de compensación económica en caso de incapacidad temporal o permanente, y no contempla acciones sistemáticas de salud ocupacional. La CSS carece de un plan definido de servicios cubiertos, períodos de carencia, ni diferencias en planes entre cotizantes y beneficiarios, por lo cual los costos de atención son crecientes y generarán una crisis del seguro de enfermedad general y maternidad, anunciada para el año 2011. En el sector privado los planes de coberturas son variados y están sujetos a la capacidad de pago de los individuos operando por reembolso.

La función de regulación en salud pública está a cargo de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud (DIGESA), que además concentra gran parte de las funciones que realiza el Ministerio en el país, como la de Autoridad Sanitaria Nacional, la cual cuenta en su estructura funcional con las áreas de vigilancia y regulación sanitarias y con la Dirección de Farmacia y Drogas. Hay duplicidad de funciones en varias áreas, tales como vigilancia ambiental y manejo de residuos, que también son competencia de la Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM).

Servicios de salud pública

El MINSA y la CSS ejecutan los programas destinados a las poblaciones vulnerables, mediante actividades de atención primaria clásicas centradas en grupos de edad, especialidades o procesos patológicos, tales como los programas orientados a la salud mental, la salud sexual y reproductiva, la atención integral del ambiente, la atención a la niñez, la adolescencia, la población adulta, las personas con discapacidad y la salud materna, entre otros. Aunque todos estos programas forman parte de la oferta en salud del MINSA y se ofrecen gratuitamente a toda la población a través de diferentes mecanismos de entrega, no están articulados entre sí ni constituyen un sistema orgánico de atención primaria de salud del sistema.

El principal mecanismo de oferta de servicios consiste en la respuesta a la demanda. Otra modalidad establecida para poblaciones rurales e indígenas que habitan en zonas apartadas con escaso o nulo acceso a servicios regulares de salud es la atención itinerante prestada por organismos contratados, las ferias de salud organizadas por las regiones sanitarias (FOGI) y las caravanas de la salud organizadas directamente por el Ministerio, que brindan servicios de segundo nivel, incluidas las cirugías ambu-

latorias. En todos los casos, los servicios se limitan a los comprendidos en un plan básico del MINSA denominado Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) y no cuentan con el apoyo sistemático de la CSS. La ENV 2003 reveló que del contingente de personas que tuvieron problemas de salud y no acudieron en busca de atención, 17,5% adujeron causas económicas (11,6% no contaron con dinero para transportarse al sitio de atención y 5,9% manifestaron que el servicio de salud era costoso). Las barreras económicas tuvieron mayor incidencia en las zonas rurales (26,1%) e indígenas (40,0%), y obviamente entre la población más pobre (28,6% de los pobres y 36,1% de los pobres extremos), hechos que ponen de relieve la necesidad de extender las coberturas (9).

El Ministerio de Salud, el Ministerio de Desarrollo Social y otras instancias gubernamentales y de la sociedad civil están realizando esfuerzos para hacer frente a los problemas de los accidentes, el suicidio y la violencia, para lo cual cuentan con diversos instrumentos: el Plan de igualdad para la mujer en Panamá 2000–2006, la Ley N° 4 de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, el Plan nacional contra la violencia intrafamiliar y normas de convivencia ciudadana (que incluye el problema de las pandillas juveniles), la Ley N° 16 sobre la explotación comercial del sexo y la trata de personas, y la suscripción del protocolo de la Convención sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Se estima que 90,2% de la población tiene acceso a agua potable (57,2% en las comunidades indígenas, 85,7% en la zona rural y 96,3% en la zona urbana). En el ámbito nacional, 33% de la población se abastece de llaves de agua ubicadas fuera de la propiedad o en el patio de la casa. En relación con la calidad del servicio de agua potable, 72,2% de los hogares con conexión domiciliaria reciben el agua sin interrupciones. Existen diferencias entre pobres y no pobres: en las zonas urbanas solo 56,6% de los hogares pobres y 45,4% de los hogares en situación de pobreza extrema reciben el servicio las 24 horas (9). En general, el consumo total anual de agua fue de 408,46 hm³/año y el consumo medio por habitante, de 444 litros al día (26).

En lo que respecta al acceso a saneamiento adecuado a nivel nacional, solo 54,3% de la población dispone de servicio sanitario conectado a alcantarillado o tanque séptico; en las zonas urbanas 75,4% tiene acceso a este servicio (82,1% entre los no pobres y 48,3% entre los pobres), y en las zonas rurales 67% de los habitantes utilizan huecos o letrinas, mientras que 61% de la población indígena carece totalmente de algún sistema de disposición de excretas (9).

Los desechos generados en el país ascendieron a 1.463,53 toneladas al día (26). El porcentaje de viviendas urbanas que eliminan la basura a través del servicio de recolección municipal alcanza a 86,8%, pero 28,5% de los hogares pobres urbanos la queman o tiran. En las zonas rurales el servicio de recolección de basura cubre una quinta parte de las viviendas; 56,0% de los hogares queman la basura, 9,2% la entierran, y el resto la tiran en cualquier lugar (9). Los distritos de Panamá, Colón y San Migue-

lito son los mayores generadores de basura en el país, gran parte de la cual se deposita en el relleno sanitario de Cerro Patacón. A nivel nacional hay escasez de rellenos sanitarios y lo que prevalece como lugares destinados a la disposición final de la basura son los “botaderos”, que tienen escaso o nulo control sanitario y ambiental; a menudo estos botaderos son fuente de lixiviados que contaminan las fuentes superficiales y subterráneas de aguas, y polos de atracción para gente muy pobre que se dedica a recolectar lo que es utilizable de los desechos (54).

El Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) es la entidad estatal encargada de prevenir y preparar a la población para hacer frente a las emergencias y desastres en el territorio nacional, así como de mitigar sus consecuencias y dar respuesta oportuna a las personas afectadas.

En cuanto a los preparativos para una pandemia de influenza, desde 1977, la vigilancia virológica ha detectado actividad de los virus influenza A (H3N2), A (H1N1) y B. Producto de esa vigilancia ha sido la detección de cepas nuevas, algunas de ellas incorporadas en los antígenos de vacunas. Actualmente se ha creado una Comisión Nacional Intersectorial que ha elaborado un plan integrado frente a la pandemia de influenza.

Servicios de atención a las personas

Para la prestación de servicios de atención individual, el MINSA tiene bajo su jurisdicción 14 regiones sanitarias y, correspondientemente, la CSS cuenta con el mismo número de direcciones regionales. La atención de salud se lleva a cabo a través de la red de servicios del MINSA y de la CSS, constituida por establecimientos proveedores organizados en distintos grados de complejidad y capacidad de resolución. En Panamá existen tres niveles jerárquicos y tres niveles de atención: los niveles jerárquicos son el nivel central y normativo (MINSA), el nivel regional y coordinador (regiones sanitarias) y el nivel local, netamente operativo. Desde el punto de vista de la complejidad, existe un primer nivel de atención que comprende siete tipos diferentes de centros clasificados de acuerdo con la capacidad resolutoria, que van desde los centros comunales, que cuentan con un promotor de salud itinerante y voluntarios comunitarios, hasta las denominadas policlínicas básicas o centros de salud con camas. Un segundo nivel de atención está constituido por seis subtipos de entidades que van desde las policlínicas especializadas, que cuentan con especialidades básicas, hasta los hospitales regionales y cabezas de las regiones sanitarias. Finalmente, un tercer nivel de atención comprende desde los hospitales nacionales especializados (suprarregionales) hasta los centros nacionales subespecializados. Para la coordinación de la continuidad de la atención por niveles, el MINSA junto con la CSS creó en 2003 un Sistema Único de Referencia y Contrareferencia (SURCO) que aún no ha entrado en pleno funcionamiento, por lo cual no existen puertas de entradas definidas y persiste la duplicación de niveles en el interior de una institución. En total, la capacidad instalada del MINSA y la CSS en 2003 era de

868 establecimientos distribuidos en 39 hospitales, 36 policlínicas, un policentro, 151 centros de salud sin cama, 31 centros de salud con cama, 10 unidades locales de atención primaria (ULAPS), nueve centros de promoción de la salud (CPS), 116 subcentros de salud, 451 puestos de salud y dos instalaciones socio-sanitarias, clasificadas como hospitales. Sin embargo, y a pesar de la gran cantidad de instituciones, existe una irregular distribución e integración de apoyo diagnóstico y/o urgencias, con una concentración mayor de recursos en las cabeceras urbanas en detrimento de las regiones rurales e indígenas. Hay una sobreutilización del tercer nivel de atención por el déficit del MINSA de unidades de segundo nivel.

No existe una red de urgencias unificada en el país; sin embargo, hay normas que establecen la obligatoriedad de la prestación gratuita de primeros auxilios en cualquier entidad, incluido el sector privado, y en la Ciudad de Panamá existe un sistema unificado de ambulancias administrado por la CSS y gratuito para la población en general. En el resto del país, las urgencias están a cargo de diferentes unidades operativas según los respectivos niveles de resolución, pero no existen protocolos operacionales unificados para su manejo y remisión.

Con respecto al suministro de sangre y ayudas diagnósticas, no existe una red sino un conglomerado disperso de centros de recolección y transfusión, y un banco de sangre de mediana complejidad; el principal origen de las fuentes de sangre para transfusiones en el país se considera “no seguro”, pues siguen siendo los donantes de reposición y los donantes remunerados. El suministro voluntario y altruista no alcanza a 3% del total recolectado, que tampoco supera a 0,5% de la población. Situación similar viven los laboratorios clínicos: cada hospital posee uno que, generalmente en una sola área, congrega los servicios de manera indiscriminada. El país no cuenta con un laboratorio de referencia legalmente establecido, aunque el ICGES ha asumido de hecho esta función. En 2006 se inició la implementación de un programa de garantía de la calidad que incluye las entidades del sector público y las del sector privado representadas en el Colegio Nacional de Laboratoristas Clínicos (CONALAC).

Existe una Oficina Nacional de Salud Integral para la Población con Discapacidad, en funcionamiento desde octubre de 2004, y un Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación que ofrece servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y del lenguaje, y servicios médicos y odontológicos que atiende desde 1985. La CSS ofrece programas de rehabilitación para niños y adultos en diversos hospitales y en algunas policlínicas del país. No existen datos precisos sobre la cobertura de la seguridad social para las personas con discapacidad, estimándose que es baja, sobre todo en el servicio de rehabilitación. Según la SENADIS, la totalidad de los servicios de rehabilitación está concentrada en la capital del país, por lo que no existe una red integral de rehabilitación. Por otro lado, la red de talleres de ortesis y prótesis y otras ayudas técnicas se encuentra actualmente constituida por cinco pequeños talleres, tres de ellos privados y

uno exclusivo para la CSS, que se hallan concentrados en la capital, no están articulados y tienen una baja cobertura de suministro de ayudas técnicas en general.

Para la atención de las poblaciones indígenas, la cantidad de instalaciones de salud y su distribución en las comarcas en 2000 pusieron de manifiesto la falta de personal especializado para atender a la población. El mayor número de instalaciones correspondió a puestos de salud que eran administrados por las comunidades y visitados por una enfermera cada cierto tiempo, lo que denota la precariedad de las condiciones de salud de estas poblaciones. La Comarca Kuna Yala cuenta con hospitales, centros y subcentros de salud, pero el personal médico y sanitario es insuficiente, tal como lo refleja el porcentaje de cobertura médica, que es el peor de todas las provincias (2.701 habitantes por médico) (40). En 2002, la población de la Comarca Kuna Yala presentó las siguientes coberturas de servicios de atención materno-infantil: control prenatal 121,8%; control puerperal 66,9%; vacunación antitetánica en mujeres en edad fértil 50,8%, control de crecimiento y desarrollo en menores de 5 años, 73,3%. En la Comarca Ngöbe Buglé las coberturas fueron: control prenatal 68,9%; control puerperal 74,7%; vacunación antitetánica en mujeres en edad fértil 25,0%; control de crecimiento y desarrollo en menores de 5 años 62,5%. No se dispone de datos para la Comarca Emberá (55).

Promoción de la salud

Para fortalecer la participación comunitaria en salud se han establecido, mediante normativa legal, Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueductos Rurales; también se han impulsado otras formas de participación, como las que se realizan a través de los líderes y grupos comunitarios, implantando estrategias de grupos voluntarios, tales como los promotores y los denominados guardianes de la salud. Sin embargo, la participación comunitaria no se ha desarrollado como mecanismo de control social ni de participación en la toma de decisiones, y sigue teniendo connotación asistencialista. En tal sentido, el gobierno nacional ha comprometido recientemente a los grupos comunitarios y sectores interesados a participar en programas de salud para adolescentes, adultos mayores, diabéticos e hipertensos, y personas con VIH, entre otros. Durante el período analizado, el MINSA ha estado elaborando el Plan Nacional de Promoción de la Salud que también prevé la colaboración de los niveles locales.

Recursos humanos

Para el funcionamiento de la red de servicios públicos, a nivel nacional, el sistema de salud cuenta con 4.321 médicos (13,63 médicos por 10.000 habitantes), 3.665 enfermeras (11,55 enfermeras por 10.000 habitantes) y 923 odontólogos (2,91 profesionales por 10.000 habitantes). Sin embargo, el número de recursos por 10.000 habitantes es hasta 10 veces menor en las comarcas indígenas, en comparación con el resto del país (Comarca Ngöbe

Buglé: 0,62 médicos por 10.000 habitantes, Provincia de Panamá: 17,96 médicos por 10.000 habitantes). Esta situación se mantiene a pesar de los incentivos económicos (bonificación de 40% del salario base) destinados a promover la migración de profesionales hacia esas áreas. Asimismo, casi dos terceras partes (61,8%) de la población infantil que tuvo problemas de diarrea e infecciones respiratorias recibieron atención de personal competente (en 57,3% de los casos por médicos, 2,7% por enfermeras y auxiliar de enfermería, y 1,8% por promotor de salud). Esa proporción varía entre 69,8% en las zonas urbanas (69,4% por médico y 0,4% por enfermeras) y 35% en los pueblos indígenas (14,5% por médico, 12,5% enfermera y 7,7% promotor de salud). Dos terceras partes (65,3%) de los niños indígenas con problemas respiratorios, diarrea o ambos no acudieron a una instalación de salud y fueron atendidos por miembros del hogar (58%) o por médico tradicional indígena o curandero (4,7%). Desde una perspectiva de servicio social, se observa que apenas poco más de la mitad de los niños pobres (52%) que padecieron diarrea o infección respiratoria fueron atendidos por personal competente, en contraste con 75% en el caso de los niños no pobres. La mayoría de los menores que recibieron cuidados de personal competente fueron atendidos en instituciones públicas de salud (82%) y más de la mitad de ellos (53%) se encontraban en condiciones de pobreza. Por otra parte, 87% de los no pobres se atendieron en instituciones privadas (9). En cuanto a la atención del parto, 95,4% fueron asistidos por personal capacitado (88,9% de las veces por médico) y 95,1% se atendieron en instituciones de salud. Hay diferencias significativas entre la atención del parto en zonas urbanas e indígenas: en la comarca Ngöbe Buglé, por ejemplo, de un total de 904 partos registrados, 10,2% fueron asistidos por personal calificado, de los cuales solo 38,0% fueron atendidos por médicos.

A finales de 2005, se inició la certificación del recurso humano técnico y profesional en salud a través de la promulgación de la normativa de la Ley 43 de 2004, que creó los consejos y procedimientos interinstitucionales de certificación y recertificación de las profesiones de salud. Estos procesos se interrumpieron a mediados de 2006, cuando el MINSA derogó la reglamentación de la mencionada ley mediante el Decreto ejecutivo 329 del mismo año, de manera que en la actualidad el país no cuenta con mecanismos de certificación y recertificación de su personal técnico y/o profesional. Por otro lado, la carrera administrativa está en vías de implementación, aún no cubre a 100% de los empleados del sector y adolece de mecanismos transparentes de evaluación del desempeño.

Suministros de salud

En cuanto a la regulación, comercialización, distribución y oferta de insumos complementarios, tales como medicamentos, equipos y material médico-quirúrgico, se han promulgado y se encuentran en etapa de implementación la Ley 1 de 2003 y la Ley 54 de 2005, que reglamentan los suministros y los medicamen-

tos, respectivamente. Mediante esta normativa, el país posee un listado de medicamentos esenciales y mecanismos de actualización; protocolos de ingreso al país y proceso de registro sanitario único, tanto para medicamentos como para equipos médicoquirúrgicos; normas claras de bioequivalencia e intercambiabilidad de medicamentos genéricos y un incipiente sistema de tecnovigilancia y farmacovigilancia poscomercialización.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

El área de investigación en salud ha sido encomendada al Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios Sociales (ICGES). La superposición de funciones propicia la dispersión de los recursos y una limitada coordinación entre las entidades que trabajan en esa área. Desde 2000, el MINSA elaboró lineamientos y políticas en los campos de la ética y la bioética, y en 2005 se puso en vigencia la reglamentación para el ejercicio de la investigación en seres humanos.

Gasto y financiamiento sectorial

Aunque no existen registros sistemáticos de los gastos del sistema de salud y solo se cuenta con estimaciones globales, se acepta que el Estado panameño gasta cerca de US\$ 363 por persona por año en actividades relacionadas con los servicios de salud. La totalidad de los recursos del sistema público se utiliza para subsidiar la oferta de servicios de salud a través de la red de servicios públicos. Dentro de la red pública, casi 70% se utiliza para el pago del personal y cerca de 2% para mantenimiento e inversión en infraestructura, lo cual significa que menos de 30% se destinan a la compra y suministro de medicamentos y otros insumos. Según datos proporcionados por la Dirección Nacional de Provisión de Servicios Asistenciales, la distribución del gasto dentro de la CSS es similar. No existen datos oficiales acerca del gasto en investigación, estimándose que asciende a 0,5% del total.

Los fondos provienen del Ministerio de Economía y Finanzas, de los empleados y empleadores en el caso de la CSS, del gasto de bolsillo y, en menor proporción, de la cooperación internacional. En cuanto a los detalles sobre el origen y asignación de los recursos, Panamá gastó más de US\$ 1.100 millones, lo que equivale a 8,4% de su PIB, una de las cifras más altas de la Región. Se estima que, para el mismo año, cerca de US\$ 360 millones (31%) correspondieron a aportes directos de los usuarios, ya sea como pago de su bolsillo por la atención o por los medicamentos, prótesis, etc., o al pago de seguros privados de salud. El resto de los recursos (cerca de US\$ 794 millones), fueron financiados en montos similares entre el Sistema de Seguridad Social (US\$ 363 millones) y el Ministerio de Salud (US\$ 431 millones). Panamá no percibe más de 1% de la cooperación no reembolsable. La fiscalización del uso de los recursos corresponde a la Contraloría General de la República y es de carácter previo a la ejecución del gasto.

La ENV 2003 reveló que, en promedio, el gasto nacional en salud de los hogares correspondiente a menores de 5 años en el mes anterior a la ejecución de la encuesta fue de US\$ 9,50 (US\$ 11,60 en la zona urbana, US\$ 6,9 en la zona rural); el gasto en salud según niveles de pobreza indica que los no pobres gastaron US\$ 14,1 mientras que los pobres destinaron US\$ 6,8 (y los pobres extremos US\$ 6,5).

Más de tres cuartas partes del desembolso se destinó a la adquisición de medicamentos, a cubrir el costo de consultas médicas y de pruebas de laboratorio (53,9%, 23,0% y 11,0%, respectivamente). Los renglones del gasto mantienen una estructura bastante homogénea en las distintas zonas geográficas, con excepción del área indígena, donde una mayor proporción del gasto se orienta al pago de consultas médicas (38%), compra de medicamentos (32%) y pago de exámenes de laboratorio (25%). El análisis del gasto según niveles de pobreza muestra que entre los que viven en condiciones de pobreza extrema se observa mayor concentración del gasto en servicios de salud: 44% (25,1% de consulta médica, 17,5% de exámenes de laboratorio y 1,4% de consulta a curanderos), mientras que en los no pobres este gasto fue de 30,5% (24,1% de consulta médica, 6% de exámenes de laboratorio y 0,4% de consulta a curanderos). Los medicamentos representan para los pobres extremos y los no pobres 41,2% y 59,6%, respectivamente (9).

Adicionalmente, los hospitales suprarregionales y los institutos especializados de carácter nacional poseen una figura administrativa denominada “patronatos”, presidida por el Ministro de Salud o su delegado, con autonomía para ejercer la función legislativa y de control de la entidad y cuyo representante legal es un gerente designado por el Ministro de Salud y pagado por el erario público, con cargo a la entidad.

Otro mecanismo de control recientemente incorporado por el MINSA son los denominados convenios de gestión, en los cuales se plasman compromisos (previos a la recepción del presupuesto) de cumplimiento de metas específicas por parte de las 14 regiones sanitarias y los cuatro hospitales nacionales. Esta herramienta de rendición de cuentas está iniciando su segundo año de aplicación y enfrenta su primera evaluación, por lo que es prematuro hablar de resultados.

Cooperación técnica y financiera en salud

La gestión y negociación de la cooperación internacional está a cargo del Ministerio de Economía y Finanzas, en estrecha colaboración con el Ministerio de Relaciones Exteriores y la Oficina de Coordinación de la Cooperación Internacional de la Presidencia de la República. Además, cada Ministerio tiene oficinas de enlace para la cooperación internacional. Importantes recursos provienen de créditos reembolsables de la banca bilateral y multilateral, como los otorgados para la canalización y tratamiento de aguas servidas de los barrios que aún vierten sus desechos a la Bahía de Panamá (US\$ 50 millones), y del Programa Multifase

de Transformación Institucional del Sector Salud (US\$ 50 millones), en los que participa el MINSA, este último con tres subcomponentes: fortalecimiento del papel rector del MINSA (US\$ 5,8 millones); ampliación de coberturas a regiones desprotegidas mediante el modelo de contratación de organizaciones externas y establecimiento del Plan Integral de Servicios de Salud (PAISS) (US\$ 28 millones), y transformación de los servicios de salud para incrementar su productividad (US\$ 10 millones).

Existe una fuerte presencia de oficinas de los organismos del sistema de Naciones Unidas como respuesta a los planes de incentivos otorgados por el gobierno nacional. De acuerdo con la información actual, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el Programa Mundial de Alimentos, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, poseen oficinas y representantes acreditados en el país, quienes participan activamente en la implementación del plan de gobierno, sobre todo en las actividades relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el ejercicio de la libertad individual y el acceso a las oportunidades de vida.

Referencias

1. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Panamá en cifras: años 2000–2004. Ciudad de Panamá; 2005.
2. Banco Mundial. Indicadores de desarrollo internacional 2005. Washington, DC: Banco Mundial; 2005.
3. Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas. Informe económico anual, 2005. Ciudad de Panamá; 2006.
4. Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Análisis y Políticas Económicas. Estadísticas económicas, 2005. Ciudad de Panamá; 2006.
5. Gandásegui M. Democracia y movimientos sociales en Panamá en el centenario de la República. *Revista Tareas*. 2003; 115:5–30.
6. Brown H. Hacia la consolidación del sistema de partidos políticos panameños. *Revista Tareas*. 2002; 111:5–26.
7. Gandásegui M. La transferencia del Canal de Panamá. *Revista Tareas*. 2000; 105:5–34.
8. Pérez O, Gandásegui M, Seligson M, editores. La cultura política de la democracia en Panamá, 2004. Percepciones de la población en torno al sistema político. Nashville, Tennessee: Vanderbilt University; 2004.
9. Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales. Pobreza y desigualdad en Panamá. La equidad: un reto impostergable. Ciudad de Panamá; 2006.
10. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Visión Nacional 2020. Ciudad de Panamá; 1999.
11. Organización Internacional del Trabajo. Programa InFocus sobre fortalecimiento del diálogo social. Diálogo social en Panamá: el camino hacia la democracia. Ginebra; 2002.
12. Patria Nueva. Programa de gobierno 2004–2009. Ciudad de Panamá; 2004.
13. Panamá, Presidencia de la República. Visión estratégica de desarrollo económico y de empleo hacia el 2009. Ciudad de Panamá; 2005.
14. Panamá, Ministerio de la Presidencia, Secretaría de Metas Presidenciales. Objetivos y metas del gobierno de Patria Nueva 2005–2009. Ciudad de Panamá; 2005.
15. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Encuesta de Hogares 2005. Cifras definitivas. Ciudad de Panamá; 2005.
16. Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas. Canasta básica, diciembre 2005–enero 2006. Ciudad de Panamá; 2006.
17. Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales. La pobreza en Panamá. Encuesta de Niveles de Vida 2003. Principales resultados (edición revisada). Ciudad de Panamá; 2005.
18. Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales. Encuesta de Niveles de Vida 1997. Ciudad de Panamá; 2003.
19. Banco Interamericano de Desarrollo. Pobreza y desigualdad a nivel de áreas menores en Panamá. Serie de estudios económicos y sectoriales. Washington, DC; 2005.
20. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre el desarrollo humano 2005. La cooperación internacional ante una encrucijada, ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual. Nueva York: PNUD; 2005.
21. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe nacional de desarrollo humano: Panamá 2002. El compromiso con el desarrollo humano: un desafío nacional. Ciudad de Panamá; 2002.
22. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe nacional de desarrollo humano: Panamá 2004. De la invisibilidad al protagonismo: la voz de la juventud. Ciudad de Panamá; 2004.
23. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; Universidad de Panamá, Facultad de Economía. Economía y género en Panamá: visibilizando la participación de las mujeres. Ciudad de Panamá; 2005.
24. Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales. Pobreza y desigualdad en Panamá. La equidad: un reto impostergable. Panamá; 2006.
25. Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales. Situación nutricional, patrón de consumo a alimentos de la población panameña. Segunda Encuesta de Niveles de Vida 2003. Ciudad de Panamá; 2006.

26. Panamá, Autoridad Nacional del Ambiente. Informe del estado del ambiente. GEO Panamá 2004. Ciudad de Panamá; 2004.
27. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Plaguicidas en el Istmo Centroamericano (PLAGSALUD). Situación epidemiológica de las intoxicaciones por plaguicidas en el istmo centroamericano. San José: OPS/OMS; 2002.
28. Panamá, Autoridad Nacional del Ambiente. Informe final de la cobertura boscosa y uso del suelo de la República de Panamá, 1992–2000. Ciudad de Panamá; 2003.
29. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Situación demográfica. Estimaciones y proyecciones de la población total del país: años 1950–2050. Boletín N° 7. Ciudad de Panamá; 2002.
30. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2004. Documento oficial LC/G.2264-P/B. Santiago de Chile; 2005.
31. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Los pueblos indígenas en Panamá: diagnóstico sociodemográfico a partir del censo del 2000. Documento oficial LC/W.20. Santiago de Chile; 2005.
32. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Estimaciones y proyecciones de la población total en la República de Panamá, por provincia y comarca indígena, según sexo y edad: período 1990–2030. Boletín N° 8. Ciudad de Panamá; 2005.
33. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Estadística panameña: situación demográfica. Estadísticas vitales: volumen III. Defunciones, año 2004. Ciudad de Panamá; 2005.
34. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Estadística panameña. Estadísticas vitales: volumen II. Nacimientos vivos y defunciones fetales, año 2004. Ciudad de Panamá; 2005.
35. Panamá, Ministerio de Salud. Situación de salud de Panamá. Documento marco. Ciudad de Panamá; 2005.
36. Panamá, Ministerio de Salud, Jefatura Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Reporte del Sistema de Información Perinatal (SIP). MINSA; julio 2006.
37. Panamá, Gabinete Social. Política nacional a favor de las personas mayores en Panamá. Edificar una sociedad para todas las edades. Ciudad de Panamá; 2004.
38. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Situación social. Seguridad social 2003. Ciudad de Panamá; 2004.
39. Panamá, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Discapacidad en Panamá. Ciudad de Panamá; 2005.
40. Banco Mundial. Perfil de los pueblos indígenas de Panamá. Ciudad de Panamá; 2002.
41. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Informes metodológicos y resultados de los censos de: 1911, 1920 a 2000.
42. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Censos 1990 y 2000. Resultados finales, total país. Ciudad de Panamá; 2001.
43. Banco Mundial, Oficina Regional de América Latina y el Caribe. Poverty in indigenous populations in Panama: a study using LSMS Data. LCSHD paper series. Washington, DC; 2000.
44. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Panamá, Ministerio de Salud. Análisis del contexto general de la región de Darién y su situación de salud. Ciudad de Panamá; 2004.
45. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Desafíos de Panamá en materia de población y desarrollo, salud sexual y reproductiva y equidad de género. 2005.
46. Asociación Viviendo Positivamente. Proyecto Acción Sida en Centroamérica (PASCA). Sondeo de opinión de la atención integral en salud y los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA. Ciudad de Panamá; 2006.
47. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Estadísticas vitales. Cifras preliminares. Año 2005. Ciudad de Panamá; 2006.
48. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Estadística panameña: situación política, administrativa y justicia. Estadística de detenciones y penitenciarias. Año 2003. Ciudad de Panamá; 2004.
49. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Estadística panameña. Accidentes de tránsito. Año 2003. Ciudad de Panamá; 2004.
50. Panamá, Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Políticas de Salud, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Estadísticas de salud, 2004. Ciudad de Panamá; 2005.
51. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el sistema de salud en Panamá, 2004. Ciudad de Panamá; 2006.
52. Panamá, Ministerio de Salud. Encuesta Mundial de Consumo de Tabaco en Jóvenes. Ciudad de Panamá; 2002.
53. Panamá, Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Estudio de vigilancia del humo ambiental de tabaco. Ciudad de Panamá; 2004.
54. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación 2000 de los residuos sólidos. OPS; 2003.
55. Panamá, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Indicadores básicos por provincias y comarcas indígenas. Ciudad de Panamá; 2004.

PARAGUAY



Paraguay es un territorio de 406.752 km² y limita con Argentina, Bolivia y Brasil. El río Paraguay divide al país en dos regiones naturales claramente diferenciadas: la occidental o Chaco, con 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.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

Después de 35 años de dictadura, el país lleva casi dos décadas de democracia incipiente sin lograr todavía la vigencia efectiva del estado de derecho. Se realizaron elecciones presidenciales y parlamentarias en 2003, que fueron consideradas democráticas por los observadores internacionales. En las elecciones municipales de 2002 votó 44,6% de la población del quintil más pobre en comparación con 57,9% del quintil más rico. Entre quienes fueron a votar, se trasladaron por iniciativa propia 39,3% de las personas del quintil más pobre con relación a 87,6% del más rico (1). Una gran proporción de pobres es trasladada hasta el lugar de votación por operadores políticos. Según el informe de Transparencia Paraguay (2), en la administración pública existe una situación real deficitaria en lo que concierne a la transparencia, integridad y eficiencia, a pesar de importantes intentos de mejora.

La descentralización no ha tenido desarrollo. Los principales problemas observados en el ámbito de la descentralización y de los gobiernos locales son la falta de acuerdo político sobre el significado e implicancias de la descentralización, la escasa autonomía y capacidad de decisión y gestión de los municipios, y la imprecisión de poderes territoriales de los gobiernos.

Hay importantes deficiencias en la protección de los derechos de las personas y la administración de justicia. En el principal establecimiento carcelario del país, 79,8% de los reclusos aún no tiene condena (3). Algunos aspectos debilitan el sistema judicial y político institucional, por ejemplo: denuncias de abusos policiales, ineficiencia del aparato de seguridad, “flexibilidad legal” por medio de decretos y reglamentos que dejan con vigencia parcial a las leyes, escasa claridad sobre la jerarquía de las leyes, falta de certeza y lo predecible de los fallos judiciales. Existen limitaciones a la garantía constitucional y legal de la propiedad e incertidumbre sobre los derechos de propiedad por ausencia de un sistema de registros consistente y fiable (3), y también percepción de corrupción de los operadores del sistema, de disfunciones en la estabilidad de las normas jurídicas y de las decisiones judiciales.

A partir de 1997, se desencadenó una profunda recesión económica. Al finalizar 2003 el PIB per cápita se situó 30,0% por debajo del correspondiente a 1991. En los años 2002 y 2003, la moneda nacional acumuló una depreciación de 54,0% (4), la inflación se elevó en 2002 a 14,6% luego de varios años de experimentar variaciones de solo un dígito; en 2003 un aumento adicional de 9,3% (5) en el nivel general de precios disminuyó aún más la capacidad adquisitiva de la ciudadanía. La crisis económica, marcada por un estancamiento en las tasas de crecimiento del PIB, frente al persistente crecimiento demográfico, propicia el incremento del desempleo y subempleo y la pobreza estructural. La expansión del gasto social está limitada por el retroceso de la base productiva, al que se suman la evasión fiscal y la estructura tributaria regresiva.

El país presenta un significativo déficit social con relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y un escenario poco alentador con respecto a las posibilidades de cumplir con sus metas. Se observó un aumento de los niveles de pobreza, de 30,3% en 1995 a 33,7% en 1999 y a 41,4% en 2003, y de la pobreza extrema o indigencia, de 13,9% a 15,5% y a 20,1%, respectivamente. En 2003, 2.346.000 personas fueron consideradas pobres y la mitad de ellas indigentes (6).

La mayor proporción de pobreza continúa localizándose en el campo: 43,4% frente a 39,8% en el área urbana. Pero, por la urbanización en curso así como por la reproducción de la pobreza urbana, en 2003, 1.269.000 pobres se encontraban en las ciudades en comparación a 1.077.000 en el campo. La pobreza creciente lleva al mercado laboral a niños, niñas y mujeres, quienes agregan las horas de trabajo remunerado a las de su trabajo doméstico. Las mujeres tienen menos oportunidades de empleo y niveles de ingreso más bajos y se destacan las diferencias entre mujeres pobres y no pobres. El desempleo en las mujeres pobres duplica al de las mujeres no pobres; más de 20,0% de mujeres no pobres accede a niveles superiores de educación frente a solo 3,0% de mujeres pobres (6). Las mujeres son propietarias de apenas 7,4% de los lotes censados por el Censo de Colonias en 2001 (7).

Se observa el empobrecimiento de la niñez y adolescencia. La mitad de la población menor de 18 años es pobre, en comparación

con 41,4% de la población total (8). La pobreza condujo al trabajo infantil, con los consiguientes efectos perversos en el presente y para superar la pobreza en el futuro (9). La juventud presenta tasas de desempleo más altas que las de los adultos; su acceso a la tierra en el sector rural está cada vez más limitado (6). En la población indígena, una manifestación de la pobreza extrema es la falta de tenencia de la tierra (45% no posee) y la mayoría vive en ranchos con falta de servicios básicos. Solamente 3% de la población indígena tiene acceso a agua potable, 1,1% a saneamiento básico y 9,7% a luz eléctrica (10).

El gobierno paraguayo cuenta con tres iniciativas para enfrentar a la pobreza;¹ en las tres se observa la inclusión de la perspectiva de género y de grupos excluidos como las poblaciones indígenas, pero no se comprueban avances significativos en su implementación.

La matrícula bruta del preescolar saltó de 27% en 1990 a 81% en 2001, la de la educación escolar básica de primer y segundo ciclos se mantuvo alrededor de 100%, y la del tercer ciclo pasó de 27% a 53%. La tasa bruta de la matrícula de la educación media fue de 22% en 1990 y 44% en 2001 (11). La tasa nacional de analfabetismo fue de 9,7% en 1992 y de 7,1% en 2002, pero la principal brecha se encuentra entre la cifra nacional y la de la población indígena, que presenta 51% de analfabetismo. El promedio de años de estudio para la población de 15 años y más fue de 7,1 años en 2002, sin diferencias entre sexos, ligeramente superior al de 1992, de 6,4 años; los indígenas tienen apenas 2,2 años promedio de escolaridad. Sigue una marcada diferencia entre zona urbana y rural, aunque con disminución de la brecha: de 8,1 a 8,4 años, respectivamente en dos censos de 1992 y 2002 para la zona urbana y 4,5 y 5,3 años, respectivamente para la zona rural (10, 12).

A pesar de la implementación de una reforma educativa con perspectiva de género, en las instituciones existen prácticas docentes y marcos normativos —formales e informales— que fortalecen los roles tradicionales asignados a mujeres y varones. El mayor nivel educativo de las mujeres no ha tenido efectos positivos en el mercado laboral y en la participación de las mujeres en la esfera política (de 5,5% en la Cámara de Senadores y 4,2% en la de Diputados, en 1989, a 11% y 10%, respectivamente, en 2005) y social/laboral (solo 42% de las mujeres en edad de trabajar está en el mercado de trabajo, a diferencia de 75% de varones, con una tendencia creciente del trabajo no remunerado) (6).

Con relación al sostenimiento ambiental, se percibe la pérdida continua y la degradación de los ecosistemas, como producto de la baja capacidad institucional de los órganos competentes, el escaso cumplimiento de la ley, la debilidad institucional de la Secretaría del Ambiente (SEAM), una política agraria no enfocada hacia el sostenimiento, falta de planificación para el uso racional

de los recursos hídricos, escasa descentralización de la gestión ambiental, exiguo presupuesto y deficiente gestión del sistema de áreas protegidas en un contexto de expansión productiva sin planificación y extracción no controlada de recursos naturales. La ciudadanía presenta limitados conocimientos sobre sus derechos, en particular sobre los derechos colectivos ambientales.

Desde 2004 está vigente la Ley 2.524 “de prohibición en la región oriental de las actividades de transformación y conversión de superficies con cobertura de bosques”. En 2005 fue aprobada la Política Ambiental Nacional (PAN) del Paraguay. Asimismo, se ha establecido la Estrategia Nacional y Plan de Acción para la Conservación de la Biodiversidad del Paraguay, 2004–2009 (6).

Paraguay posee parte de uno de los mayores acuíferos del mundo y dos de los mayores ríos de América Latina. Sin embargo, factores geográficos, culturales y socioeconómicos vuelven al país vulnerable a las sequías, inundaciones, tornados y desastres causados por el hombre. Las inundaciones son debidas principalmente a los períodos de gran crecimiento del Río Paraguay y sus tributarios, afectando a las poblaciones de barrios bajos o marginales que habitan la ribera de los ríos. En el Chaco, la sequía es un desastre crónico.

Demografía, mortalidad y morbilidad

Con una tasa de crecimiento medio anual de 2,2% entre 1992 y 2002, la población total en 2002 era de 5.163.198 habitantes (12), con una proporción importante residiendo en áreas rurales (43,3%), 49,6% mujeres y un índice de masculinidad de 101,7 (94,4 en área urbana y 112,1 en área rural). Como lo muestra el cuadro 1, la estructura por edad revela una población joven: los menores de 15 años representan 35,0%, situación que es más acentuada en las áreas rurales (41,3%) que en las urbanas (33,9%). La población de 65 años y más representa 4,9% de la población total.

La población indígena era en 2002 de 89.169 personas (10), de las cuales 90,1% residen en zonas rurales, representando 1,7% de la población total del país (pero 31% de la población del Chaco). Se identificaron 20 etnias, agrupadas en cinco familias lingüísticas, siendo la más numerosa la guaraní, con sus 6 etnias y con una tasa de crecimiento de 3,7% (mucho más que la población total). Por la elevada fecundidad, la estructura de la población indígena es más joven que la de la población total, con ligero predominio masculino (51,7%), lo que es más acentuado en algunas etnias. El 47,1% de la población indígena es menor de 15 años y apenas 2,6% es de 65 años y más.

La densidad poblacional es baja, con una distribución muy desigual: 12,7 habitantes/km² a nivel nacional, 31,5 habitantes/km² en la región oriental y 0,5 habitantes/km² en el Chaco, región que a pesar de representar 60% de la superficie del país cuenta con apenas 2,6% de la población total. La capital, Asunción, y el Departamento Central concentran 36,3% de la población en menos de 1% del territorio (para una densidad de

¹El Plan de Crecimiento Económico con Equidad, la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad (ENREPD) y la Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza, la Desigualdad y la Exclusión Social elaborada por la Dirección del Plan de Estrategia de Lucha contra la Pobreza.

CUADRO 1. Distribución de la población estimada según grupos de edad y sexo, Paraguay, 2007.

Grupos de edad	Total	(%)	Mujeres	(%)	Hombres	(%)
Menores de 1	148.519	2,4	72.752	2,4	72.767	2,5
1 a 4	584.687	9,6	286.884	9,5	297.803	9,6
Menores de 5	733.206	12,0	359.836	11,9	373.570	12,1
5 a 9	714.131	11,7	350.716	11,6	363.415	11,8
10 a 14	690.550	11,3	339.363	11,2	351.187	11,4
15 a 19	657.891	10,8	323.976	10,7	333.915	10,8
10 a 19	1.358.441	22,0	663.339	21,0	685.105	22,1
20 a 59	2.887.303	47,2	1.425.870	47,1	1.461.434	47,2
60+	436.560	7,1	226.037	7,5	210.523	6,8
Total	6.119.642	100	3.025.598	100	3.094.044	100

Fuente: Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Departamento de Bioestadísticas. Estimaciones de acuerdo a datos de la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos.

CUADRO 2. Algunos indicadores demográficos por quinquenios, Paraguay, 1995–2015.

		1995–2000	2000–2005	2005–2010	2010–2015
Tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes)	Total	29,3	26,9	24,8	22,78
	Urbana	...	25,1	22,9	...
	Rural	...	29,3	27,3	...
Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 habitantes)	Total	6,0	5,7	5,6	5,53
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	Total	39,2	35,5	32,0	28,80
Esperanza de vida al nacer (en años)	Total	69,4	70,8	71,8	72,76
	Hombres	67,2	68,7	69,7	70,70
	Mujeres	71,7	72,9	73,9	74,92
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)	Total	3,9	3,5	3,1	2,76
	Urbana	...	2,9	2,6	...
	Rural	...	4,5	3,9	...

Fuente: Paraguay, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Datos y estimaciones.

4.377 habitantes/km² en la capital y de 552,9 habitantes/ km² en el Departamento Central).

El crecimiento urbano y de las áreas metropolitanas se produjo como consecuencia de importantes corrientes de migración procedentes de pequeños centros urbanos del interior del país y del área rural, siendo las mujeres el principal componente demográfico tanto de las migraciones como de la residencia urbana (94 varones para 100 mujeres). El quinquenio 1997–2002 experimentó una reducción en la intensidad de los movimientos migratorios internos, en relación al quinquenio 1987–1992. El peso de la población extranjera en el total es reducido: 4,6% en 1992 y 3,4% en 2002, con 47,1% que proceden de Brasil, 36,5% de Argentina y 16,4% de otros países. La migración brasileña es predominantemente rural y la argentina predominantemente urbana.

La tasa global de fecundidad (TGF) se redujo 22% en el área urbana y 34% en la rural, en los períodos 1995–1998 y 2001–2004 (13). En los mismos períodos, la fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años se redujo 26%, de 90 a 67 nacimientos por 1.000 mujeres. El descenso más importante se observó en el grupo de 20 a 29 años, que afecta fuertemente la TGF porque la

mayoría de los nacimientos ocurre en este grupo. La tasa específica para las mujeres de 20 a 24 años pasó de 206 a 150 nacimientos por 1.000 mujeres y de 204 a 142 nacimientos por 1.000 mujeres para las de 25–29 años (13). Las mujeres indígenas tienen un promedio de 6,3 hijos, lo que es muy superior al promedio nacional (10). Otros datos generales de demografía pueden verse en el cuadro 2.

Los últimos datos disponibles sobre mortalidad son del año 2003 (14). Se estima un subregistro entre 2001 y 2003 de aproximadamente 40% de las muertes ocurridas. Entre las muertes registradas (18.400 en 2001, 18.934 en 2002 y 19.779 en 2003), tuvieron asistencia médica 50% en 2001 y 2002 y 53% en 2003. El porcentaje de causas mal definidas osciló de 18,1 a 21,4 en los mismos años. Entre las muertes con asistencia médica este porcentaje varía de 3,0 a 4,5. Las 10 primeras causas de muerte para los años 2001 a 2003 se muestran en el cuadro 3.

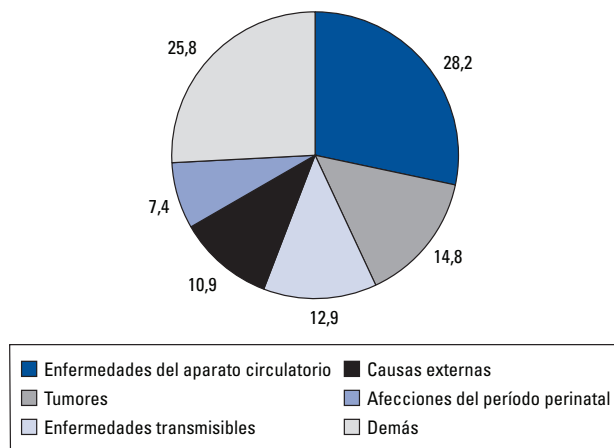
Analizando la fracción de muertes con asistencia médica y causa definida, y utilizando la lista 6/67, la figura 1 presenta la distribución proporcional de los seis grandes grupos de causas, para 2003 y la figura 2 presenta las variaciones urbano-rurales y por sexo.

CUADRO 3. Diez primeras causas de mortalidad, Paraguay, acumulado 2001–2003.

TOTAL			
Total de defunciones	57.113		
Total de defunciones con causas definidas	45.554		
% defunciones con causas definidas	79,8		
Población total	16.700.718		
Causas	Total	%	Tasa por 100.000
Enfermedades cerebrovasculares	4.837	10,6	29,0
Enfermedades isquémicas del corazón	3.660	8,0	21,9
Diabetes mellitus	3.340	7,3	20,0
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2.539	5,6	15,2
Influenza y neumonía	2.186	4,8	13,1
Agresiones (homicidios)	2.064	4,5	12,4
Insuficiencia cardíaca	1.950	4,3	11,7
Accidentes de transporte terrestre	1.367	3,0	8,2
Enfermedades hipertensivas	1.058	2,3	6,3
Neoplasia maligna de útero	1.019	2,2	6,1
Resto	21.534	47,3	128,9
Total general	45.554	100	272,8
HOMBRES			
Total de defunciones	31.773		
Total de defunciones con causas definidas	25.726		
% defunciones con causas definidas	81,0		
Población total	8.450.014		
Causas	Total	%	Tasa por 100.000
Enfermedades cerebrovasculares	2.312	9,0	27,4
Enfermedades isquémicas del corazón	2.164	8,4	25,6
Agresiones (homicidios)	1.890	7,3	22,4
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1.421	5,5	16,8
Diabetes mellitus	1.400	5,4	16,6
Influenza y neumonía	1.177	4,6	13,9
Accidentes de transporte terrestre	1.085	4,2	12,8
Insuficiencia cardíaca	1.014	3,9	12,0
Neoplasia maligna de tráquea, bronquios y pulmón	726	2,8	8,6
Neoplasia maligna de próstata	607	2,4	7,2
Resto	11.930	46,4	141,2
Total general	25.726	100	304,4
MUJERES			
Total de defunciones	25.335		
Total de defunciones con causas definidas	19.823		
% defunciones con causas definidas	78,2		
Población total	8.250.704		
Causas	Total	%	Tasa por 100.000
Enfermedades cerebrovasculares	2.524	12,7	30,6
Diabetes mellitus	1.940	9,8	23,5
Enfermedades isquémicas del corazón	1.496	7,5	18,1
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1.116	5,6	13,5
Neoplasia maligna de útero	1.019	5,1	12,4
Influenza y neumonía	1.009	5,1	12,2
Insuficiencia cardíaca	936	4,7	11,3
Neoplasia maligna de la mama	569	2,9	6,9
Enfermedades hipertensivas	563	2,8	6,8
Embarazo, parto y puerperio	447	2,3	5,4
Resto	8.204	41,4	99,4
Total general	19.823	100	240,3

Fuente: Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Planificación y Evaluación, Departamento de Bioestadística. Organización Panamericana de la Salud. Lista de causas.

FIGURA 1. Distribución proporcional de muertes registradas con asistencia médica y causa definida, según los seis grandes grupos de causas, Paraguay, 2003.



Fuente: Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Departamento de Bioestadística.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Paraguay adolece de múltiples limitaciones en sus datos sobre salud. La mayoría de los datos proceden del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), y muchos de los datos de atención en otras instituciones del sector no se registran o el Ministerio no los conoce. Los datos de morbilidad por parte de los servicios (consulta externa, hospitalización) tienen baja cobertura, mala calidad, baja disponibilidad y muy baja confiabilidad. Por otro lado, los datos disponibles en los programas varían según su cobertura por los servicios, así como la capacidad de éstos de sospechar, diagnosticar y reportar. Los datos de mortalidad presentan las dificultades mencionadas más arriba, y son particularmente pobres para las muertes infantiles, donde se observa alrededor de un 70% de subregistro y mala calidad de la certificación. También se observan dificultades en cuanto a denominadores, como para el análisis de la mortalidad infantil o materna, dado el subregistro de nacimientos. Por lo mismo, esta sección se verá afectada por dichas limitaciones y las cifras deben ser miradas con reserva.

FIGURA 2. Distribución proporcional de muertes registradas según área y sexo, Paraguay, 2003.

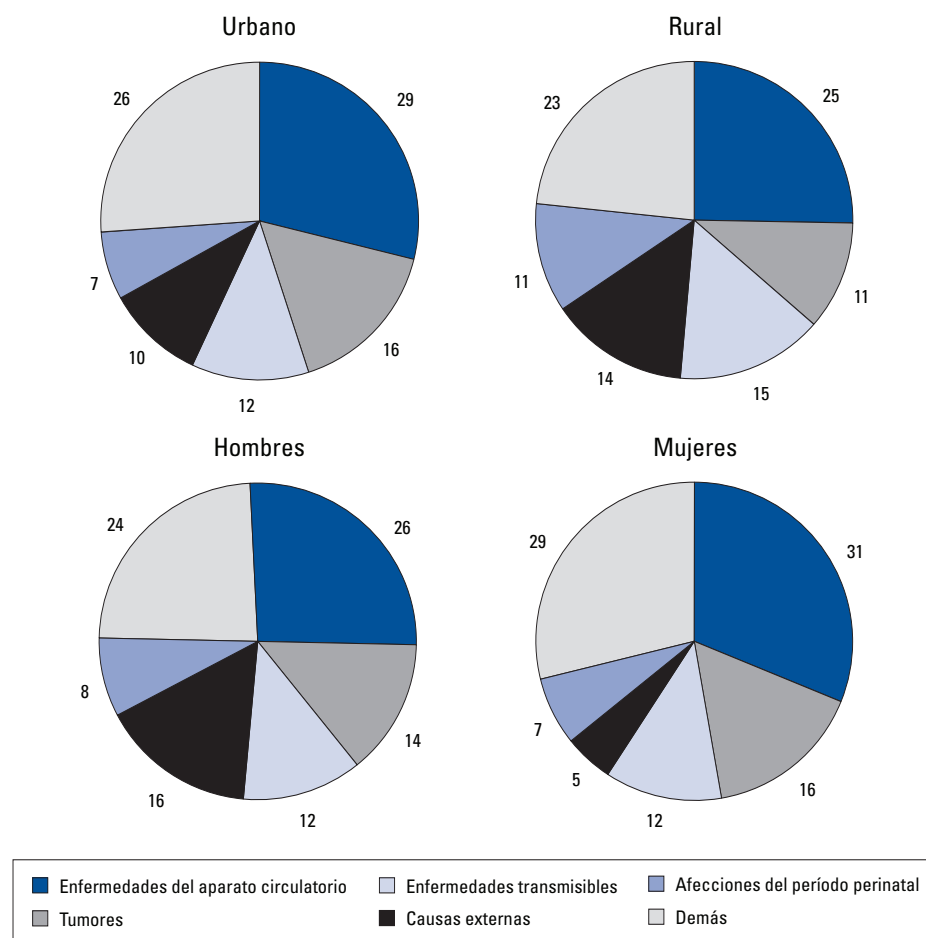
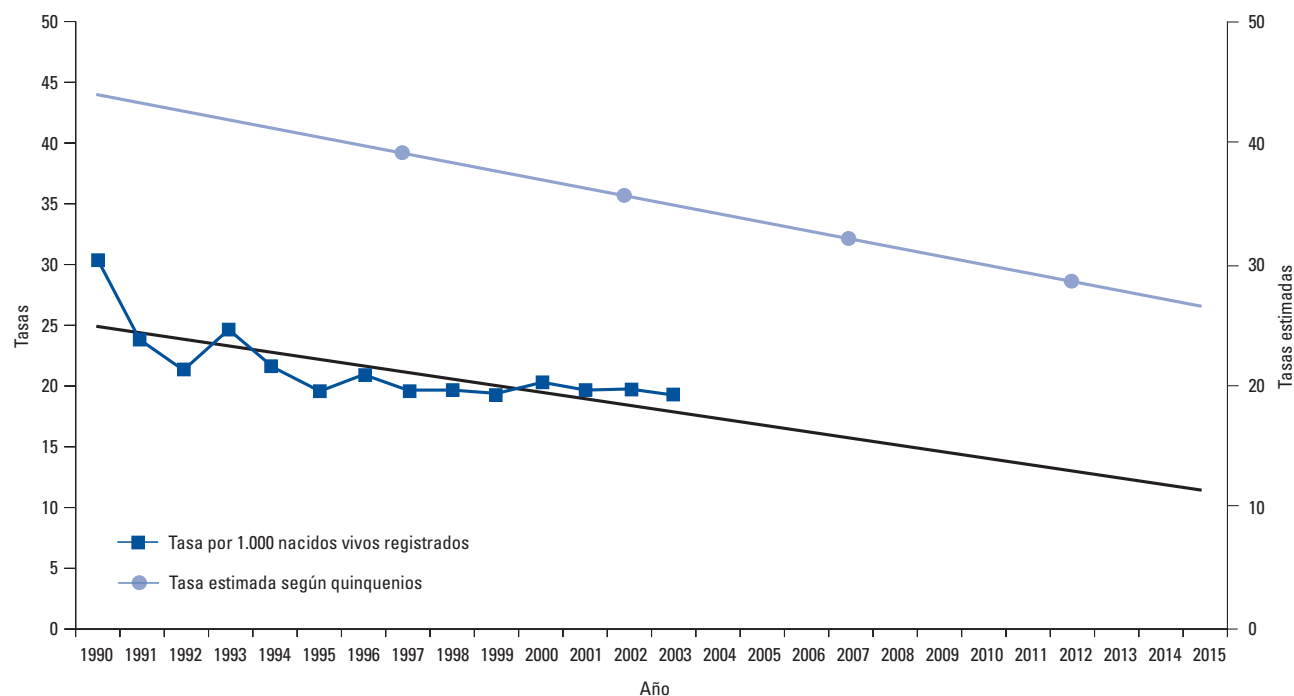


FIGURA 3. Tendencia de las tasas de mortalidad infantil estimada por quinquenios, Paraguay, 1990–2015 y registradas, 1990–2003.



Fuentes: Estimaciones de Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Muertes infantiles registradas y nacimientos vivos certificados de Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Departamento de Bioestadística.

Salud de los niños menores de 5 años

Para 2003 se estimó un total de 151.281 nacimientos anuales, de los cuales se registraron 86.739 nacidos vivos con 43% de subregistro (se mantiene alto aún comparado con 1992 cuando se estimó en 49,4%).

Existe un importante retraso en relación al cuarto ODM (reducir en dos tercios la mortalidad de los niños menores de 5 años antes de 2015), además de la incapacidad para monitorear adecuadamente los avances (15). La mortalidad infantil registrada no sufrió cambios significativos desde 1991, manteniéndose alrededor de 20 por 1.000. La mortalidad infantil estimada a partir de los censos nacionales presenta un ritmo de descenso de apenas 10% quinquenal, lo que hace imposible alcanzar la meta o al menos acercarse a ella, como puede verse en la figura 3.

Para las muertes infantiles registradas entre 1999 y 2003, 60% ocurrió en el período neonatal y, de éstas, 38,5% fueron por lesiones debidas al parto; de las muertes ocurridas en el período posneonatal, 16,2% fue debido a neumonía e influenza, y 15,8% a diarrea.

En la población de 1 a 4 años, en 2003, las principales causas de morbilidad fueron infecciones respiratorias no graves, diarreas sin deshidratación, infecciones respiratorias moderadas, anemias y parasitosis (14). La mortalidad registrada de 1 a 4

años pasó de 78,4 por 100.000 en 1998 a 67,4 por 100.000 para 2003. En esta población las principales causas de muertes asistidas con causa definida fueron las enfermedades transmisibles (48%), especialmente neumonías, diarreas y septicemias, y las causas externas (12,4%) (14).

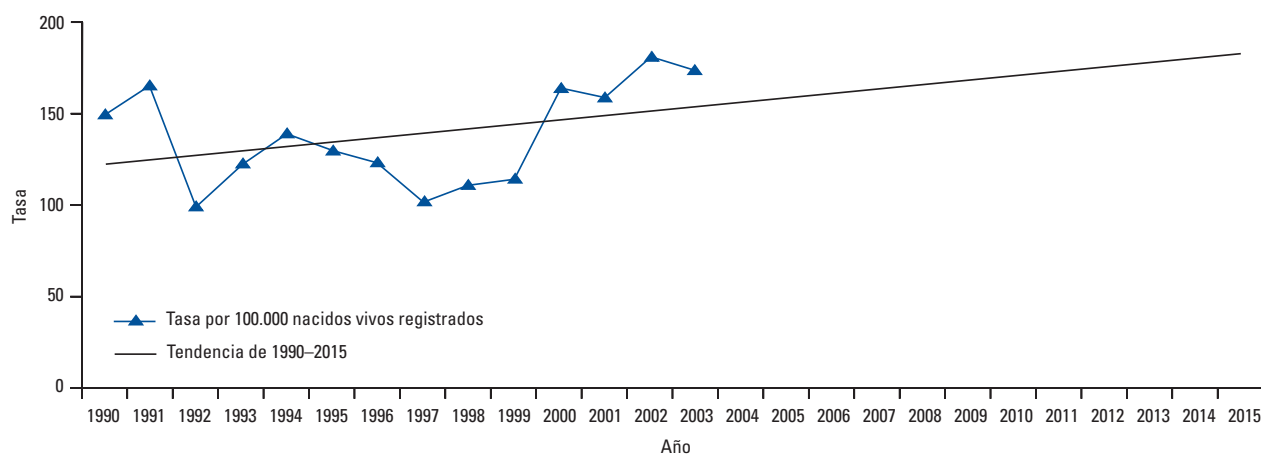
Salud de los niños de 5 a 9 años

Las causas de morbilidad más frecuentes en este grupo fueron infecciones respiratorias no graves, parasitosis, anemias y traumatismos por causas externas. La tasa de mortalidad registrada en el grupo de 5 a 9 años para 2003 fue de 24,2 por 100.000. El 32,7% de esas muertes registradas fueron por enfermedades infecciosas (infecciones respiratorias agudas y septicemia), y el 29,1% por causas externas (accidentes) (14).

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

La población adolescente analfabeta es de 42.694 (4,2% entre 10 y 14 años y 2,6% entre 15 y 19 años). Los y las adolescentes provenientes de hogares situados por encima de la línea de pobreza tienen en promedio de dos años más de estudio que quienes provienen de hogares pobres y 55% de la población en edad

FIGURA 4. Tasa de mortalidad materna registrada, Paraguay, 1990–2003 y tendencia hasta 2015.



Fuente: Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Planificación y Evaluación, Departamento de Bioestadística.

adolescente estudia. El ingreso al nivel terciario constituye el momento más difícil para permanecer en el sistema educativo: la población adolescente más pobre apenas logra terminar la enseñanza básica, mientras quienes tienen mayores recursos aseguran su paso a la enseñanza superior (12).

Las mujeres paraguayas inician su etapa reproductiva a edad temprana. El 10,9% de las adolescentes de 15 a 19 años declaró haber tenido un embarazo o más. El 36% de las adolescentes de 15 a 19 años tuvieron relaciones sexuales. Una de cada tres mujeres que reportó experiencia sexual tuvo su primera relación antes de los 16 años. En lo referente al uso de métodos anticonceptivos, del total de mujeres con experiencia sexual 56,3% usó anticonceptivos en su primera relación sexual. El 39,5% de mujeres del grupo de 15 a 24 años usó anticonceptivos en su primera relación marital y 57,6% los usó en su primera relación premarital (61,6% para mujeres urbanas y 47% en área rural). El 66,6% de las mujeres con 12 y más años de estudio usan métodos anticonceptivos en la primera relación, en comparación con 38,4% de aquellas sin ninguna educación o con apenas cinco grados aprobados (13).

En un estudio en una población de estudiantes de 12 a 18 años, 66% ya había ingerido alcohol. La segunda droga más consumida por los estudiantes paraguayos es el cigarrillo; el promedio de edad de inicio es de 14 años para las mujeres y de 13,8 años para los varones. Para la marihuana, el promedio de edad de inicio es de 15 años (16). Según la Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes, la prevalencia de tabaquismo en jóvenes de 13 a 15 años fue de 36,8% en Asunción, 33,6% en Alto Paraná e Itapúa, 30,0% en Amambay y Caaguazú y 26,0% en el Departamento Central. La prevalencia es mayor que en la población general y no hay diferencias significativas entre sexos; las adolescentes fuman a la par de los varones (17).

En 2003 la tasa de mortalidad específica por edad fue de 32 por 100.000 para la población de 10 a 14 años, y de 74 por

100.000 para 15–19 años. En el primer grupo, 57,6% de las muertes registradas tuvo asistencia médica y causa definida. De estas, 41,5% fue por causas externas (78% en varones; 59% por accidentes; 18% por suicidio) y 18,6% por enfermedades transmisibles (septicemia e infecciones respiratorias agudas). Entre 15 y 19 años, en 50% de las muertes con asistencia médica y causa definida, 53,5% fue por causas externas (77,2% en varones; 50% por accidentes; 10,5% por suicidios) y 11% por enfermedades transmisibles (14).

Salud de los adultos (20–59 años)

La razón de mortalidad materna registrada en Paraguay en 1999 fue de 114,4 por 100.000 nacidos vivos, con una reducción de 23,8% en relación a 1990, correspondiendo 20% a la mortalidad en adolescentes. A partir de 2000 se inició la implementación de la vigilancia de las muertes maternas y dado el mejor registro las tasas volvieron a subir, alcanzando 174,1 por 100.000 nacidos vivos en 2003 (14). El comportamiento de este indicador del quinto ODM (reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015) se puede observar en la figura 4 y según la tendencia, es imposible que el país alcance la meta para el 2015.

Las tasas de mortalidad materna presentan variaciones importantes entre regiones, y ello está relacionado con la calidad y la oportunidad de la atención, así como con el mayor o menor subregistro de defunciones. Las causas de muertes maternas están relacionadas con barreras de acceso a los servicios de salud (46%), demora en la llegada al servicio, (23%), y deficiencia resolutive de los servicios; el restante 31% muere en su domicilio sin asistencia (18). Las principales causas biológicas de la muerte materna estudiada siguen siendo evitables: hemorragias, aborto, toxemia y septicemia. Según cifras de 2004, en 94,2% de los nacimientos, las madres asistieron por lo menos una vez a la

atención prenatal y 68,6% lo hizo durante el primer trimestre; persisten aún diferencias entre regiones. El porcentaje de partos realizados en instituciones ha aumentado de 56,3% en 1998 a 74,1% en 2004. El 10% de los partos es atendido en domicilios por técnicas o licenciadas en obstetricia, y 15,8% es atendido por empíricas (13).

Entre 2001 y 2003, la tasa de mortalidad para el grupo de 20 a 59 años fue de 210,9 por 100.000 habitantes mientras que, entre las causas definidas, fue de 177,8 por 100.000. Las agresiones/homicidios son la principal causa específica de muerte, seguidos de enfermedades cerebrovasculares y las isquémicas del corazón, para ambos sexos. Para mujeres, el cáncer de útero está en primer lugar, y las complicaciones de embarazo, parto y puerperio, en tercer lugar como causa específica de muerte.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Una gran proporción de la población de adultos mayores es analfabeta (26,4%). La incidencia de la pobreza entre las personas de 60 y más años de edad es más baja que la observada para las personas de 10 a 59 años, tanto en áreas urbanas como rurales. La cobertura de los sistemas de jubilaciones y pensiones es baja (solo 14% de las personas de 60 y más años es beneficiaria de la seguridad social), con diferencias significativas urbano-rurales (casi 20% en área urbana y 6,8% en área rural) (19).

Se registraron 11.273 muertes en este grupo (2.966,8 por 100.000) en 2003. Entre las 5.119 muertes con asistencia médica y causa definida, 41,5% fue por enfermedades del aparato circulatorio (62% enfermedad de circulación pulmonar y 25% enfermedad isquémica del corazón), sin diferencias importantes entre sexos, y 16,7% por tumores (traquea, bronquios y pulmón, y próstata en varones; digestivos, de mama y de cuello uterino en mujeres) (14).

Salud de los trabajadores

El 76,4% de la población se encuentra en edad de trabajar (10 y más años de edad, según la definición del país) y de esta proporción, 63,4% constituye la población económicamente activa, siendo el porcentaje ligeramente superior en el área rural (64,9%) que en el área urbana (62,4%). La población de 10 a 14 años tiene una elevada participación económica a nivel nacional y se incorpora al mercado laboral con una tasa de actividad de 20,8%, siendo la participación masculina (28,6%) superior a la femenina (12,8%). Se destacan los elevados niveles de participación de la población de 15 a 29 años, con tasa de actividad de 53%, igualmente con participación más elevadas de hombres que de mujeres. Los varones y mujeres trabajan en el sector terciario en una proporción de 39,8% y 79,2% respectivamente, mientras que en el primario laboran 36,6% de varones y 79,2% de mujeres (20).

De 2001 a 2005 la media anual de accidentes laborales fue de 1.000, con variaciones de 900 a 1.200. Las lesiones más frecuen-

tes de estos accidentes son las fracturas, con localización en los miembros inferiores o superiores. Las causas varían desde la falta de equipo de protección, a la falta de experiencia o atención. De todos los sectores, el sector comercial es el que genera más accidentes de trabajo, y ello se debe al traslado de mercancías (casi exclusivamente accidentes de tránsito). Le sigue la industria de la madera, la industria de la construcción y las embotelladoras. Estas últimas tienen un muy buen registro de todos sus accidentes laborales (21).

Los problemas relacionados con la explotación sexual de niños tienen dimensiones importantes. Hay evidencias de que la trata de seres humanos es un fenómeno que afecta al Paraguay, pero no existe un diagnóstico actualizado. Los niños sin certificado de nacimiento son más vulnerables y expuestos a todo tipo de explotación. La mayoría de los adolescentes víctimas de explotación sexual se ubica entre los 16 y 18 años e inicia la actividad sexual comercial entre los 12 y 13 años, pero también se encuentran niñas de solamente 8 años de edad (22).

Se dispone de un marco legislativo y normativo en materia de niñez. Paraguay ratificó el Convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo referente a las peores formas del trabajo infantil y el compromiso del Estado de tutelar la salud moral y física de los menores y adolescentes en materia laboral, a través de la Ley 1.657/2001. En 2005 fue promulgado el Decreto 4.951 que reglamenta dicha ley, con el listado de actividades consideradas trabajo infantil peligroso. El reto consiste en la plena implementación del Código de la Niñez y la Adolescencia y del Sistema Nacional de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia previsto por el Código.

Salud de los grupos étnicos

En un estudio realizado en 18 comunidades indígenas (23) la seroprevalencia para Chagas osciló entre 11 y 78%. Con relación a infección por hantavirus, en una muestra de 957 personas de 18 comunidades, la prevalencia fue de 15%. En el mismo estudio, en 1.801 sueros de indígenas, 0,2% fueron positivos para hepatitis B, mientras que 7% lo fue para sífilis. En 1.720 indígenas se encontró 10% de obesidad; en 1.159 individuos se observó 5,4% de diabetes mellitus y 7,2% con glucemia alterada en ayunas. Las graves deficiencias en salud de estas comunidades, especialmente en el grupo materno-infantil, se asocian a la pobreza, a los rigores ambientales de la zona, a la escasez de agua y a la devastación de la fauna y flora de que es objeto esta región.

Salud de las poblaciones desplazadas

Las situaciones de desplazamiento de las comunidades por la falta de agua y alimentación han ocasionado la disminución drástica de sus miembros y presentan altas prevalencias de enfermedades gastrointestinales, respiratorias y alto riesgo de enfermedades transmitidas por vectores como Chagas y hantavi-

rus. Estos grupos presentan las tasas de incidencia de tuberculosis más elevadas del país.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Después de la epidemia de **malaria** en 1999–2000, con 16.799 casos, las actividades sostenidas de vigilancia y control han logrado una reducción de 97% en el número de casos anuales hasta 376 en 2005. El *Plasmodium vivax* responde por 99,8 a 99,9% (24, 25). No se registran muertes por malaria. El 75% de los casos se concentra en el área rural de tres departamentos endémicos, de la zona centro-este (Alto Paraná, Caaguazú y Canindeyú).

Después de la epidemia de **dengue** en 2000, causada por dengue-1 y que afectó a todo el país (pero principalmente a Asunción, Departamento Central y la frontera con Brasil), cada año se presentaron pequeños brotes o casos esporádicos, con circulación de dengue-1, dengue-2 y dengue-3, en diferentes puntos del país, especialmente en el área metropolitana y la frontera con Brasil. Entre febrero y mayo de 2006 se registró un brote en Asunción y Departamento Central, con 1.937 sospechosos y 1.213 confirmados (814 por laboratorio y 29 por nexo epidemiológico). El *Aedes aegypti* está ampliamente distribuido por todo el país, y la densidad vectorial es persistentemente alta.

En 2001, se llevó a cabo la primera encuesta serológica de prevalencia de la **enfermedad de Chagas** a nivel nacional en niños de 1 a 5 años de edad. Se analizaron 11.654 muestras de niños y se detectaron 57 infectados. Las muestras fueron tomadas en 632 localidades de 110 de los 227 municipios del país. Del total de niños seropositivos, tres correspondían a madres seronegativas. La prevalencia de seropositividad para *Trypanosoma cruzi* en bancos de sangre osciló entre 3,8% y 4,7% entre 1996 y 2000, y entre 2,8% y 4,5% de 2001 a 2005 (26). El control de transmisión transfusional alcanzó una cobertura bastante alta.

Las principales zonas endémicas para la **leishmaniasis tegumentaria americana** (LTA) se ubican en el norte, centro y este de la región oriental, donde todavía se encuentran áreas de bosques tropicales húmedos. Sin embargo, a principios de 2004, se registró el primer brote periurbano de LTA, en un distrito del Departamento Central. El patrón de transmisión está sufriendo cambios, relacionados con la pérdida del bosque original de zonas rurales o periurbanas. Entre 1999 y 2003 se registró un aumento de casos registrados de LTA, de 409 a 1.133; 73% en los departamentos de San Pedro, Alto Paraná y Canindeyú; 22,3% de formas mucosas.

En cuanto a la **leishmaniasis visceral**, el número de casos ha aumentado en forma notable en los últimos años. Después de un solo caso registrado en 1995 y uno en 2000, desde 2002 se registraron casos anualmente, en forma creciente, llegando a 23 casos

en 2004, 16 casos en 2005 y 110 casos hasta junio de 2006; 90% de los casos provienen del Departamento Central y de la capital.

Desde 1995 hasta diciembre de 2005, se han registrado 203 infecciones por **hantavirus** (serología positiva IgG e IgM), de las cuales 118 desarrollaron el síndrome pulmonar por hantavirus, con letalidad de 24%. Hasta 2005, los casos se circunscribían a la región occidental del país, considerada endémica. Sin embargo, a partir de junio de ese año, se diagnosticaron casos en dos departamentos de la región oriental del país (27).

Enfermedades inmunoprevenibles

Paraguay se mantiene libre de circulación de virus de **sarampión** desde 1998. Entre 2003 y 2005 el promedio anual de enfermedades febriles eruptivas fue de 518 casos y en todos se descartó el sarampión (28). Paraguay usó entre 1977 y 1995 vacuna antisarampiónica a los 9 y 15 meses de edad y desde 1995 modificó su aplicación para 1 año (29). A partir de 2002 se introdujo la vacuna triple vírica (sarampión, paperas, rubéola) en el esquema regular y en 2003 se vacunó masivamente a 93% de la población de 1 a 4 años con dupla viral (sarampión, rubéola, SR). Las coberturas promedio pasaron de 78% entre 1995 y 1999, a 90% entre 2000 y 2005. En 2003 se identificó un brote de **rubéola** con 11 casos confirmados por laboratorio. Para eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita y consolidar la erradicación del sarampión, en 2005 se vacunó con SR a 99,7% de la población de 5 a 39 años (63% de la población del país) (30).

El último caso de **poliomielitis** se registró en 1985; la tasa de parálisis flácida aguda osciló de 0,5 a 1,6 por 100.000 menores de 15 años entre 1999 y 2005. Las coberturas promedio de vacunación con la vacuna de la polio oral (VPO) en el quinquenio 1996–2000 eran de 77% y aumentaron a 87% para 2001–2005. En 2003 se vacunó con VPO a 93% de los menores de 5 años.

De 1995 a 2000 no se registraron casos de **difteria**; en 2001 se detectó un caso y entre 2002 y 2003 fue detectado un brote de 50 casos confirmados por laboratorio. El brote se extendió a seis distritos en dos regiones. La incidencia en la población general fue de 0,9 por 100.000 habitantes; las tasas de ataque fueron mayores en los grupos de 1 a 4 y 5 a 14 años. El 68% de los casos confirmados no tenía antecedentes de vacunación o esquema incompleto. La tasa de letalidad fue de 15%. En 2004 se confirmaron cuatro casos y ninguno en 2005. Los brotes se controlaron con vacunación hasta los 49 años en zonas con casos y áreas con bajas coberturas y con profilaxis de contactos.

La incidencia promedio de **tétanos neonatal**, en el período 1996–2000, fue de siete por 100.000 nacidos vivos (12 casos) y en el quinquenio 2001–2005 fue de 0,4 por 100.000 nacidos vivos (siete casos). La cobertura acumulada de vacunación en mujeres en edad fértil con toxoide tetánico diftérico fue de 78% en el quinquenio 2001–2005; a pesar de ello, aún ocurren casos de tétanos neonatal, por lo que la estrategia de vacunación se orientó a mujeres en edad fértil de áreas focalizadas con mayor riesgo.

En 2001 se determinó que 60% de las enfermedades invasivas en menores de 1 año se debían a *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) (31); en 2002 se introdujo la vacuna combinada (Hib+DPT+Hep B) para este grupo y con coberturas promedio de 87% entre 2003–2005, se observó que solo 3% de casos de meningitis de menores de 2 años en 2005 se debió a Hib. En 2005 se implementó la vigilancia de **tos ferina** y se aisló *Bordetella pertussis* en 11 casos de menores de 1 año, sin edad para terminar el esquema primario de vacunación (31).

Con la introducción de las vacunas combinadas SPR y pentavalente, el costo del programa aumentó considerablemente; la Ley 2.310, que garantiza recursos para la compra anual de vacunas, fue sancionada en 2003. En este año se implementó la vigilancia de eventos adversos a vacunas.

Enfermedades infecciosas intestinales

La **diarrea** ocupa el segundo lugar de consulta en los servicios de salud del MSPyBS, principalmente en los menores de 5 años (69% de los casos registrados). Entre 2001 y 2005 se notificaron aproximadamente 49.000 casos en promedio, un ligero aumento en comparación al período anterior (42.000 para 1996–1999). La diarrea con deshidratación representa aproximadamente 10% del total. Los estudios sobre etiologías y comportamiento de los enteropatógenos son aún insuficientes. Las **parasitosis intestinales** ocupan el tercer lugar de motivo de consulta, inmediatamente después de la diarrea. Las enfermedades infecciosas intestinales constituyen la cuarta causa de muerte en menores de 1 año y la segunda entre 1 y 4 años (14).

Enfermedades crónicas transmisibles

En cuanto a la **tuberculosis** (32), el país no cuenta con estudios nacionales de prevalencia y riesgo anual de infección tuberculosa (RAIT). La Organización Mundial de la Salud estimó para 2004 una tasa de 71 por 100.000 habitantes de casos de tuberculosis en todas las formas (33). La detección de casos de tuberculosis en todas las formas es bastante regular entre 1995 y 2004; la de casos pulmonares positivos a la baciloscopia experimentó un discreto aumento que podría atribuirse a una ampliación de la actividad de detección en 2003 y 2004. En 2004 se notificaron 2.300 casos nuevos, 54% de los casos estimados (tasa de 38 por 100.000 habitantes). De ellos, 2.097 eran pulmonares (91%), y de estos, 57% con baciloscopia positiva (BK+). De los 203 casos de tuberculosis extrapulmonar (9% del total), 36 (18%) fueron meningitis tuberculosa. La región del Chaco muestra la tasa de notificación más alta y el mayor número de casos se registra en el área metropolitana. La tasa de mortalidad es elevada (4,7 por 100.000 habitantes) y está asociada al diagnóstico tardío (33).

El Programa de Control de la Tuberculosis adoptó la estrategia de tratamiento acortado y estrictamente supervisado (conocido como DOTS) en 2000 en dos áreas demostrativas y para 2004 informa que 27% de la población del país habita en áreas DOTS. El análisis de la cohorte de 2004 de casos nuevos BK+ (744 casos)

en áreas no DOTS presenta un porcentaje de éxito de tratamiento de 71,4%, y tasa de traslados no confirmados de 1,5%, de abandonos 14,2%, de fracasos 0,1% y de muertes 5,5%. En áreas DOTS, de 361 casos BK+, el éxito de tratamiento fue de 84,8% y el abandono de 6,1%. El porcentaje de fallecidos sigue siendo alto (5,8%).

La tasa de resistencia primaria a una droga es de 6,9%; la tasa de multidrogorresistencia (MDR) primaria de 2,1% (34). La tasa de resistencia secundaria a una sola droga es 13,7%² y la MDR secundaria de 4%. El alto porcentaje de MDR primaria está posiblemente en relación al tratamiento autoadministrado que incluye la rifampicina.

Paraguay ha logrado la meta de eliminación de la **lepra** (35) como problema de salud pública entre 2001 y 2003, con tasas de prevalencia de 0,92 a 0,97 por 10.000 habitantes. Sin embargo, la tasa volvió a 1,2 por 10.000 habitantes en 2004 y 14 de las 18 regiones sanitarias continúan con prevalencia mayor a 1 por 10.000 habitantes. La tasa de detección de casos nuevos por 100.000 habitantes pasó de 8,0 en 2000 a 9,2 en 2003, la más alta de 1995–2004.

La cobertura de la poli-quimioterapia (PQT) en 2003 fue de 94,4% (36). En una muestra representativa de 591 pacientes analizados se encontró que 84% tenía la evaluación de incapacidad realizada, 71,1% de los pacientes fueron multibacilares (MB) y 4,5% menores de 15 años. La detección de casos nuevos con incapacidades (grado 1, 2 y 3) fue de 25,5% en 2000 y de 20,5% en 2003. La demora entre el inicio de síntomas y el diagnóstico fue de 60,9 meses en 2003 contra 34,6 meses en 2000 (36).

Las limitaciones al acceso a los servicios de salud y en la oportunidad del diagnóstico llevan a una importante proporción de casos nuevos con discapacidades y a una elevada prevalencia oculta. Se mantiene entre 70 y 80% la proporción de la forma MB entre los casos nuevos, lo cual también señalaría detección tardía. La atención al enfermo de lepra se realiza mayoritariamente por fuera de los servicios del MSPyBS, en servicios especializados, incluido el departamento de atención al paciente del programa nacional. Solo 7,8% de los servicios del MSPyBS suministra PQT.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas siguen siendo la primera causa de consulta externa en menores de 5 años. En la demandas a los servicios del MSPyBS para el año 2001, en el grupo de niños menores de 5 años, las consultas por infecciones respiratorias representan 63%. De todas las consultas realizadas, en menores de 1 año 71% corresponde a infecciones respiratorias, y 59% en niños de 1 a 4 años. La influenza y las neumonías constituyen la tercera causa de muerte en menores de 1 año, la primera entre 1 y 4 años, y la segunda causa entre 5 y 9 años, y la quinta causa de muerte para los de 60 años y más. Fueron responsables por 57.166 años perdidos de vida potencial (14).

²El análisis de la resistencia secundaria a una droga se realizó con una muestra insuficiente.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

La epidemia sigue siendo concentrada y en 2004 se estimaba que entre 16.000 y 18.000 personas de 15 a 49 años vivían con VIH. Esta estimación, comparada con el número registrado para el mismo grupo de edad en la misma fecha, indica un subregistro de 80%. La prevalencia del VIH/sida en mujeres embarazadas ha sufrido un incremento de 0,2% en 2000 a 0,8% en 2002³, y en las trabajadoras sexuales de 0,6% en 2000 a 2,6% en 2002³, lo cual podría indicar una notable expansión y posible dispersión de la epidemia. Aun con este nivel de subregistro, merece especial atención la progresión de la epidemia en la población femenina⁴ y en jóvenes de 15 a 24 años; igualmente llamativa es la notificación cada vez más frecuente de casos fuera del área metropolitana. La prevalencia del VIH en donantes de sangre osciló entre 0,16 y 0,34% en el período 1999–2004 (26).

La tasa de prevalencia en el uso del condón entre las mujeres sigue siendo baja (10,5% en 2004 comparado con 1,9% en 1990). Entre las mujeres jóvenes, de 15 a 24 años, la tasa de prevalencia en el uso del condón en la última relación sexual de los últimos tres meses fue 31,8% en 2004, resultado superior al 15,7% registrado en 1996. Sin embargo, en este mismo grupo, solo 2,2% de las mujeres tenían conocimiento de las formas de prevención del VIH/sida (13).

Durante 2005, el Programa Nacional de Control de VIH/sida/ITS proporcionó terapia antirretroviral (TAR) a 588 adultos y 92 niños en forma gratuita (19% en base al estimado de personas que requieren TAR). No se dispone de medicación para profilaxis de enfermedades oportunistas. Se inició la descentralización de la atención y distribución de TAR a las personas que viven con VIH/sida a servicios de salud del MSPyBS en zonas de frontera con Brasil y Argentina. La prevención de la transmisión vertical de VIH se inició en 2005, con la distribución de pruebas rápidas para la determinación de VIH en los hospitales materno-infantiles del MSPyBS, en 17 de las 18 regiones sanitarias del país.

La prevalencia de **sífilis** en mujeres embarazadas osciló entre 5,3% y 6,2% en el período 2000–2004. La incidencia de la sífilis congénita para el mismo período se incrementó de 1,1 a 4,9.⁵ La prevalencia de la sífilis en donantes de sangre en el período 1999–2004 osciló entre 0,2% a 0,3% (26).

Zoonosis

Después del promedio anual de más de 300 casos de **rabia** canina al final de los años 90, y de la vacunación masiva y cambio de estrategia de control en 1999, desde 2000 se reportan casos y

focos esporádicos, pero persistentes hasta 2005. La rabia humana, asociada a la rabia canina, sigue siendo un problema. Se registraron siete casos entre 2000 y 2004 (37).

La rabia bovina, más relacionada con la rabia silvestre, registra alrededor de 100 casos anuales, entre 1998 y 2003, mientras en 2004 se registraron 51 casos (38). Dada la constante y permanente ocurrencia de casos en bovinos, el servicio veterinario aconseja la aplicación anual de vacuna antirrábica bovina en zonas con mayor ocurrencia de casos.

En 1997 el país obtuvo la certificación de país libre de **fiebre aftosa** con vacunación, otorgada por la Organización Internacional de Sanidad Animal (OIE), condición mantenida y reconocida durante 1998 y 1999 (39). Atendiendo a los logros de las metas trazadas para la erradicación, se levantó la vacunación en julio de 1999, pero en 2000, ante la reintroducción de la enfermedad en el departamento de Canindeyú, la vacunación fue restablecida en las áreas de frontera. Durante 2004 y 2005 no se registraron casos de fiebre aftosa. Se mantuvieron las medidas de control como vacunación obligatoria, seguimiento epidemiológico, monitoreo y cuarentena en frontera.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Los recién nacidos de bajo peso al nacer (<2500 gramos) constituyeron 6%, sin grandes variaciones entre 1999 y 2003 (14). La duración promedio de la lactancia exclusiva en niños de 0 a 5 meses es de 22% y 27,6% recibió lactancia predominante (pecho, agua u otros líquidos, excluyendo otro tipo de leche) (13).

El porcentaje de niños menores de 5 años con **desnutrición** aguda—por debajo de dos desviaciones estándar (DE) de la media—es de 5% a nivel nacional; en el área rural es hasta 6,3%. Se estima que el porcentaje de niños con desnutrición leve o riesgo de desnutrición (–1DE) es de 20,5% (área rural, 23,6% y urbana, 17,1%). El porcentaje de menores de 5 años con desnutrición crónica, según talla para la edad –2DS es de 10,9% a nivel nacional (14% rural y 7,4% urbana) (40).

En 2002 se evaluaron 3.646 niños y niñas menores de 5 años en servicios de salud de 12 regiones sanitarias y se encontró desnutrición global en 8,3%, desnutrición crónica en 15,9%, sobrepeso en 14,2% y obesidad en 8%. En 2004, una evaluación antropométrica encontró 5,9% de desnutrición global, 14,4% de riesgo de desnutrición y 9,3% de obesidad en el mismo grupo de edad. En embarazadas se encontró 32,5% de bajo peso, 18,6% de sobrepeso y 19,6% de obesidad (41).

La **diabetes** fue la tercera causa de muerte entre 2001 y 2003, la segunda para mujeres y la quinta para varones.

Enfermedades cardiovasculares

En el período 2001–2003, las enfermedades del sistema circulatorio constituyeron la primera causa de muerte, con un 28% de

³Encuestas seroepidemiológicas sobre infección VIH/sida en mujeres embarazadas y trabajadoras sexuales, realizadas por el PRONASIDA, en 2000 y 2002. Es necesario hacer notar que en ambos estudios el tamaño muestral no fue adecuado.

⁴En 1992, por cada mujer infectada había 28 hombres infectados y, en 2004, por cada mujer infectada había 2,8 hombres infectados con el VIH/sida.

⁵Datos proporcionados por el Departamento de Bioestadística del MSPyBS, en base a los registros de servicios de consulta prenatal, cuya cobertura es limitada y no uniformemente distribuida en todo el país.

todas las defunciones registradas con causas definidas, en comparación a 33% promedio del período 1996–1999. Entre estas, la razón hombre/mujer fue 1,1 y fue de 3,8 a 5,6 veces mayor en el área urbana, lo que denota, además del subregistro, la mala calidad y la baja cobertura de asistencia en el área rural. Entre las causas específicas de muerte, el accidente cerebrovascular fue la primera causa para ambos sexos, 10,6% del total de muertes con causa definida y tasa de 29 por 100.000 habitantes (27,4 por 100.000 hombres y 30,6 por 100.000 mujeres); la enfermedad isquémica del corazón fue la segunda para ambos sexos (8% y 21,9 por 100.000) y para varones (8,4% y 25,6 por 100.000), y la tercera para mujeres (7,5% y 23,5 por 100.000.) (14).

En un estudio multicéntrico no aleatorio y predominantemente urbano de 14 ciudades de diferentes regiones del país (se excluyó gran parte del Chaco) sobre la prevalencia de factores de **riesgo coronario** (42), se encontró 8% de personas con diabetes (con variaciones regionales entre 12 y 5%), de las cuales 33% desconocía su situación; 26% de dislipidemia, de las cuales 57% no conocía su situación; 23% de fumadores activos (con variaciones entre 31 y 15,8%) más 15% de ex fumadores; 21% de obesidad más 38% de sobrepeso; 44% de sedentarismo (con variaciones entre 58 y 35,5%); 35% de hipertensión (con variaciones regionales entre 42,6 y 23,1%). La **hipertensión** se encontró en 31,5% de mujeres y 38,9% de varones. El 31% conocía su situación y 85% se había tomado la presión alguna vez; 27% estaba medicado y de estos solo 37% estaba con la presión controlada.

En un estudio en escolares de 8 a 18 años de Asunción (43), 47% refirió antecedentes familiares de diabetes, 14% tenía sobrepeso y 19%, obesidad.

Neoplasias malignas

Los tumores constituyen la segunda causa de muerte, 14–15% de las muertes registradas con causa definida y asistencia médica, entre 2001 y 2003. No se observan diferencias importantes entre hombres y mujeres, pero sí entre áreas urbana y rural, con un valor 5,3 a 6,7 veces mayor en la primera, sugiriendo importante subregistro, muy baja cobertura de asistencia médica y mala calidad de los certificados de defunción. Entre las defunciones por tumores con causa definida y asistencia médica, para las mujeres el primer lugar fue cáncer de útero, el segundo, tumor de mama, y el tercero, tumor de órganos digestivos y peritoneo, excluyendo estómago y colon. En varones, el primero fue tumor de tráquea, bronquios y pulmón, el segundo, de órganos digestivos y peritoneo, excluyendo estómago y colon y el tercero, de próstata (14).

Considerando todas las muertes registradas y excluyendo las causas mal definidas, en conjunto para el período 2001–2003, y analizando las causas específicas de mortalidad, los tumores de útero aparecen como quinta causa de muerte en mujeres (décima para ambos sexos), con una tasa de 12,4 por 100.000. Lamentablemente la mitad de los casos registrados no tienen localización

identificada. Entre los que sí la tienen, la razón cáncer de cuello/cáncer de cuerpo fue 12:5. El segundo tumor para mujeres es el de mama.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

En agosto de 2004, un incendio de grandes proporciones consumió el Centro Comercial Ycuá Bolaños en Asunción, en el que se encontraban alrededor de 1.500 personas. Debido a la magnitud del evento se declaró “situación de emergencia y estado de emergencia sanitaria”. La respuesta prehospitalaria movilizó a un importante número de socorristas de varios organismos. Treinta y tres instituciones de salud atendieron 304 heridos. Fallecieron 357 personas, y quedaron 204 huérfanos. Se implementó un proceso de más de dos años de atención psicológica a las familias de las víctimas del incendio. Frente al problema, se incrementó la concienciación de la población y la vigilancia del poder público y se hicieron algunos intentos de adecuar espacios públicos para evitar eventos similares.

En 2002 la Organización Panamericana de la Salud alertó sobre el aumento de los riesgos potenciales de emergencias y desastres químicos por mal manejo de productos peligrosos depositados en lugares vulnerables (44). En julio de 2003 ocurrió un incendio en la Oficina Fiscalizadora de Algodón y Tabaco (OFAT), cerca del centro de Asunción, donde se almacenaban toneladas de plaguicidas, fungicidas, herbicidas e insecticidas. El personal contra incendios estuvo expuesto a productos peligrosos por lo menos cuatro horas, antes de tomarse las medidas de seguridad. Fue necesario evacuar a la población aledaña al desastre. Los servicios de salud atendieron a por lo menos 735 pacientes.

En 2002 en la región occidental del Paraguay, la fuerte sequía y en consecuencia la falta de alimentos y el agua contaminada afectaron seriamente la economía del país y la salud de la población. Al menos 17 personas murieron a consecuencia del agua contaminada (45). En septiembre de 2005, se declaró emergencia en el Chaco Paraguayo. La sequía causó la muerte de por lo menos cinco personas por el uso de agua inadecuada para consumo humano. El Estado canalizó recursos para más de 20.000 indígenas y 14.000 familias que vivían en el área del desastre.

Violencia y otras causas externas

Los accidentes de tránsito, entre 2003 y 2005, representaron una importante causa de hospitalización y muerte, especialmente entre la población joven. El Centro de Emergencias Médicas en Asunción atendió en estos años a 21.560 personas, 20% del total de atención de lesiones por causas externas, de las cuales 4.225 necesitaron internación. Del total de fallecidos por lesiones de causas externas en dicha institución, en 2004 y 2005, 722 personas, 41% fueron por accidente de tránsito. En 2005,

cuando hubo un aumento de 23% en relación a 2004, cerca de 72% de las víctimas de accidentes de tránsito fueron jóvenes, siendo 17% de 0 a 14 años, 55% de 15 a 34 años y 28% de más de 34 años (46).

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva de 2004 (13), la violencia sufrida por las mujeres es: 33,0% violencia verbal, 19,0% física y 8,0% sexual. En 2000 se promulgó la Ley 1.600/00 que reconoce a la violencia doméstica como un problema social y que facilitó la denuncia por parte de las mujeres. Sin embargo, no se avanzó en el marco institucional y en la formación de los recursos humanos para enfrentar el problema.

Las causas externas representaron 11% de las muertes con causas definidas y asistencia médica en 2003, comparado con 9,5% el año anterior. La razón hombre/mujer fue de 4:3, similar a años anteriores; la razón urbano/rural fue de 3:5 (14).

Considerando todas las muertes registradas y excluyendo las causas mal definidas, en conjunto para el período 2001–2003, y analizando las causas específicas de mortalidad, el homicidio aparece como sexta causa de muerte para ambos sexos (tasa de 12,4 por 100.000) y la tercera en varones (22,4 por 100.000), la séptima causa en el área urbana y la tercera en el área rural; los accidentes de transporte terrestre son la octava causa (8,2 por 100.000), y la séptima para varones (12,8 por 100.000) (14).

Desde 2002 se constituyó el Observatorio Nacional de Violencia, que reúne a varias instituciones y sectores, bajo la coordinación del MSPyBS. Se monitorea la situación de violencia, desde la perspectiva de las distintas instituciones. Especial énfasis se ha dado al monitoreo de la violencia en el tránsito, incluso para la medición del impacto de políticas al respecto en Asunción.

Salud mental

La atención está basada en el Hospital Psiquiátrico; se han hecho esfuerzos para dirigir la atención a la comunidad, con éxito limitado. Los recursos son escasos y centralizados. Existen en el país 26 servicios de salud mental ambulatorios, de los cuales 8% son para niños y adolescentes exclusivamente. Estos servicios tratan a 263 usuarios por 100.000 habitantes. Las mujeres representan 53% del total de los usuarios y 40% de todas las consultas (contactos ambulatorios) son de pacientes de 20 o menos años de edad. No hay datos sobre la proporción de usuarios que son niños y adolescentes.

Los principales diagnósticos de usuarios atendidos en servicios ambulatorios fueron esquizofrenia y trastornos relacionados (21%) y trastornos afectivos (20%). La información sobre el diagnóstico se basa en el número de consultas (contactos), no en el número de usuarios distintos. El promedio de consultas (contactos) por usuario es de 2,8. El 15% de los servicios ambulatorios provee seguimiento en la comunidad, mientras que 12% tiene equipos móviles. Algunos de estos servicios ofrecen tratamiento psicosocial (47).

La mortalidad por suicidio viene desplazándose hacia edades más jóvenes: en 1999 la mayor tasa de incidencia se observó en el grupo de 50 a 59 años (6,6 por 100.000 habitantes); en 2000 entre 40 y 49 años (4,6); y en 2001 en los mayores de 60 años (5,6); sin embargo en 2002 y 2003 la tasa fue mayor entre 20 y 29 años (5,6 y 4,9, respectivamente) (14).

Contaminación ambiental

De julio de 2000 a mayo de 2004, de un total de 2.570 personas con diagnóstico de intoxicación, 352 (13,7%) fueron causados por plaguicidas, existiendo incrementos anuales entre 30 y 53%. De esos, 47,1% fueron producidos por organofosforados; 28,7% por rodenticidas y carbamatos y 10,5% por piretroides. El 87,5% de los pacientes intoxicados por plaguicidas eran menores de 45 años, afectando más a personas entre 16 y 30 años de edad (50,3%), y menores de 15 años (24,1%). En los registros comprendidos entre 2000 y 2003 sobre un total de 269 pacientes, las intoxicaciones afectaban a estudiantes de primaria y secundaria (22,6%), seguidos por casos domésticos (18,2%) y agricultores (11,5%) (48). Hasta 2006 hay un evidente subregistro de los casos de intoxicación aguda y crónica por plaguicidas, pero desde 2004 se inició la vigilancia de las intoxicaciones por plaguicidas en algunos de los departamentos del interior del país, con capacitación de los profesionales de salud, de agricultores y otros actores involucrados en el manejo de plaguicidas. Los datos son aún limitados, en cobertura y calidad, pero el aumento de captación de casos de intoxicación aguda por plaguicidas en el interior del país, de menos de 30 por año hasta 2003 a 270 casos en 2004 es un avance importante. No se conocen estudios eco-toxicológicos que puedan evaluar la situación de la contaminación o acumulación de plaguicidas en el suelo o en animales acuáticos o terrestres.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

La Constitución Nacional promulgada en 1992, en el Artículo 68, trata del derecho a la salud y establece que el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. La Política Nacional de Salud 2005–2008 tiene como pilares: a) reforma de la salud; b) promoción de la salud; c) protección social en salud con financiamiento solidario y aseguramiento; d) salud ambiental y saneamiento básico; e) desarrollo de los recursos humanos y de la educación permanente. Salvo algunas excepciones, la mayor dificultad del ente rector radica en dar cumplimiento a las políticas y planes que se formulan, asociada a los frecuentes cambios en los niveles de conducción.

La Ley 1.032 de 1996 (49) dio las pautas para la descentralización, pero en la práctica no se ha avanzado mucho. En 1998 se realizó una experiencia piloto, de la cual hacen parte 23 municipios,

CUADRO 4. Marco legal del sistema nacional de salud, Paraguay.

Marco legal	Comentario
Constitución Nacional, República del Paraguay, 1992	
Ley N° 836/60	Ley Orgánica del MSPyBS. Modificada con el Decreto 4674/99 en cuanto al organigrama.
Código Sanitario, 1980	No ha sido aprobada la actualización a la fecha.
Ley N° 1.032 de 1996	Creación Sistema Nacional Salud. No reglamentada
Decreto 19.996/1998	Reglamenta la descentralización sanitaria local
Decreto 20.553/1998	Reglamenta la Superintendencia de Salud

que suscriben acuerdos de descentralización, pero solo 10 implementan esta modalidad de gestión. Las experiencias desarrolladas son convenios aislados y no hay una valoración oficial integral que permita conocer el impacto de los mismos en una gestión descentralizada. A pesar de contar con marcos legales que avalan la participación social en salud, mediante los consejos regionales y locales, su desarrollo ha sido escaso y polémico, al incorporar en sus acciones el manejo de recursos financieros.

El marco legal del sistema de salud se resume en el cuadro 4. Se observan limitaciones en la reglamentación y en la implementación de las leyes.

Estrategias y programas de salud

La atención brindada por la red de servicios no es integral, tiene una alta fragmentación, desarticulación entre los diferentes niveles y baja resolutivez del primer nivel. El 18,4% de la población posee seguro médico (27% en el área urbana y 7% en el área rural), ya sea del Instituto de Previsión Social (IPS) o cualquier otro tipo de seguro (individual, laboral, familiar, militar, policial, local y en el extranjero), mientras que 81,6% no tiene seguro médico. El 48,8% de los que consultaron en 2003 lo hicieron en algún establecimiento público, mientras que en 2004 el porcentaje aumentó a 55,1%. En contrapartida, la consulta en algún hospital o consultorio privado bajó de 30,8% en 2003 al 27% en 2004, y el resto de los enfermos o accidentados consultaron en farmacias, curanderos u otros. No se han establecido mecanismos que permitan garantizar la equidad en el acceso a los servicios y no se han instrumentado acciones tendientes a evaluar la calidad y satisfacción de los usuarios.

Organización del sistema de salud

El Sistema Nacional de Salud está regulado por la Ley 1.032/96; es mixto y la oferta de salud se brinda a través cuatro

subsectores: público, privado sin fines de lucro, privado con fines de lucro y mixto. Existe una alta segmentación a nivel de proveedores y una desarticulación de los diferentes subsectores, sin clara separación de funciones. El MSPyBS desarrolla funciones de rectoría, provisión y financiamiento. El Instituto de Previsión Social y el sector privado desarrollan funciones de aseguramiento, provisión y financiamiento, pero los tres son autónomos y no existe articulación entre ellos.

Servicios de salud pública

En 2005, la Autoridad Sanitaria Nacional realizó un amplio análisis interinstitucional tendiente a definir las estrategias que permitan un proceso de renovación de la atención primaria de salud.

La prevención y el control de enfermedades, en el MSPyBS, están a cargo, principalmente, de las Direcciones Generales de Vigilancia de la Salud (DGVS) y de Programas de Salud (DGPS). Las primeras incluyen la Dirección de Enfermedades Transmisibles, con la responsabilidad de los programas de vigilancia, prevención y control de los problemas prioritarios, la Dirección de Enfermedades no Transmisibles, establecida en 1999, y operativa desde 2003, el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo, con su responsabilidad de vigilancia, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores, y el Laboratorio Central de Salud Pública.

En 2005 se elaboró un plan estratégico para eliminar la malaria como problema de salud pública, incorporando a los servicios de salud en el diagnóstico y tratamiento, y a los gobiernos locales en el ordenamiento ambiental. A partir de 2005 se ha incorporado la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue, fortaleciendo las acciones en zonas fronterizas, consideradas de mayor vulnerabilidad. El programa de control vectorial ha alcanzado entre 1999 y 2006 una cobertura a nivel nacional de 100% de rociado de áreas endémicas, con recursos propios. Paralelamente, en los departamentos intervenidos, se inició la vigilancia del vector, con base comunitaria (líderes y escuelas rurales) e institucional activa, por muestreo.

Además de las acciones específicas del Instituto Nacional de Prevención Cardiovascular, del MSPyBS, desde 2005, el país ingresó a la Red CARMEN y constituyó un equipo interinstitucional e intersectorial para un abordaje integrado de los principales factores de riesgo para enfermedades crónicas.

La DGPS tiene a su cargo los programas atención integral a la niñez, a la adolescencia y a la mujer, y salud sexual y reproductiva, de salud mental y el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN).

La información y el análisis en materia de salud son responsabilidad compartida entre las Direcciones de Planificación y Evaluación (DGPE) y la DGVS. La DGPE incluye el Departamento de Bioestadística, encargado de las estadísticas vitales en coordinación con el Registro Civil y con la Dirección General de Estadística

cas, Encuestas y Censo, y de los registros de servicios prestados por los establecimientos de salud del Ministerio. La DGVS es la encargada de vigilar los eventos de salud. Ambas direcciones son responsables por el análisis de los datos para el 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 carecen de calidad y oportunidad; de manera ocasional se recogen los datos de otras instituciones o sectores de cada nivel. Los datos de vigilancia se publican en un boletín epidemiológico cuatrimestral y en un boletín semanal, que carecen de calidad. Se ha publicado el folleto de indicadores básicos de salud desde 1998 hasta 2004, pero no se producen documentos analíticos de forma rutinaria y no se cuenta con un mecanismo sistematizado de análisis de la situación. El MSPyBS no realiza el monitoreo regular de los ODM. El Código Sanitario vigente (desde 1980) 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. Desde el final de los años 90, el Laboratorio Central de Salud Pública se ha desarrollado fuertemente a nivel central en su función de apoyo a la vigilancia, contando en 2006 con una capacidad diagnóstica ampliada, control de calidad, relaciones con varios laboratorios de referencia internacional y participación en redes subregionales y regionales. Cuenta con redes de vigilancia de algunos problemas, involucrando laboratorios privados y laboratorios de hospitales de referencia, dentro y fuera del MSPyBS, a nivel de capital y algunas regiones. Sus principales limitaciones son no contar con una red de laboratorios de salud pública a nivel nacional y la falta de un presupuesto para vigilancia.

Son tres los proveedores más importantes del país de servicios de agua potable y alcantarillado, con cuatro formas distintas de gestión: la Empresa de Servicios Sanitarios de Paraguay (ESSAP), con servicios definidos para poblaciones de más de 10.000 habitantes; las Juntas de Saneamiento, apoyadas por el Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA) y servicios para poblaciones con menos de 10.000 habitantes; y los operadores privados (aguateros) y comunitarios (comisiones vecinales).

En 2000 el Poder Ejecutivo promulgó la Ley 1.614/00 (50), que establece las bases y principios de prestación de los servicios de agua potable y alcantarillado sanitario, y crea el Ente Regulador de Servicios Sanitarios (ERSSAN) para regular y supervisar la calidad y la eficiencia de los servicios, proteger los intereses de la comunidad y controlar y verificar la correcta aplicación de las disposiciones vigentes. El Decreto 18.880/2002 reglamenta dicha Ley y otorga al Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones (MOPC) la atribución del diseño de las políticas públicas, incluyendo el financiamiento. El MOPC no posee una estructura para cumplir tal función, quedando una laguna en la rectoría del sector.

A pesar del avance de los últimos años, hay baja cobertura de agua y saneamiento básico, con una enorme brecha urbano-rural, y especialmente para la población indígena. De 1992 a 2002, el porcentaje de la población total con acceso a agua por conexión domiciliaria pasó de 29,8% a 63,4% (84,4% de la población urbana y 35,5% de la población rural) (12). Los mayores porcentajes de cobertura por conexión domiciliaria corresponden a Asunción (8), con 97,2% y al Departamento Central, con 86,4%. Del 46,4% de hogares con conexión domiciliaria, 60% pertenecen a los hogares del quintil más rico de la población y solamente 30,3% pertenecen al 20% más pobre de la población. Al aumento de cobertura no se ha sumado la mejora de la calidad del agua, y en gran parte de las pequeñas comunidades y área rural, la desinfección del agua de consumo es realizada de forma irregular o no es realizada.

La cobertura por alcantarillado sanitario es baja y sin avances considerables: pasó de 7,2% en 1992 a 9,4% en 2002 (12), concentrada en el sector urbano (16% de cobertura). Asunción tiene la mayor cobertura en alcantarillado del país, 70,5%, pero en 10 departamentos las coberturas son inferiores a 5%. El 49,2% del total de los hogares eliminan sus excretas a través de pozo ciego, con 62,5% del total de hogares del área urbana y 30,0% del área rural. Utilizan letrina común 35,5% del total de los hogares, 2,8% utilizan otro sistema, mientras que 1,1% no tienen baño. El 15,2% de los hogares del área urbana y 64,8% de los hogares del área rural utilizan letrina común (8).

Con respecto al manejo de residuos sólidos, la Constitución Nacional de 1992 y varias leyes proporcionan el marco jurídico, administrativo, tributario y penal; sin embargo, esta legislación contiene muchas superposiciones, así como vacíos importantes en relación al sector. No se cuenta con una política o una ley de residuos sólidos, con la suficiente jerarquía legislativa para el sector (51). La SEAM es la principal autoridad de aplicación en todo lo referido al ambiente, y en particular, en el área de residuos sólidos. El MSPyBS constituye autoridad en los casos en que la salud humana puede verse afectada por el manejo inadecuado de los residuos sólidos. Los servicios del manejo de los residuos sólidos son los únicos servicios básicos que se encuentran realmente descentralizados, siendo las municipalidades las responsables por ellos, a través de: (i) administración municipal directa, (ii) privatizada, (iii) tercerizada, y (iv) operación de servicios municipales y privados concomitantemente en una misma ciudad. En 2006, 66% de la prestación de servicios recaía en el sector público, 30% en el privado y en 4% existía una combinación de ambas modalidades (51).

La tasa promedio de generación de residuos sólidos urbanos es alrededor de 1,0 kg/persona/día, variando entre 0,5 y 1,8 kg/persona/día (51). Se recolecta 33,6% de los residuos generados en el país (55,6% en el área urbana y 2,5% en el área rural); 54,5% de la población total del país (35,9% en el área urbana y 80,1% en el área rural) quema la basura (12). La disposición final de los residuos es en vertedero a cielo abierto en 72% frente a

28% de disposición controlada (51), esta última principalmente en el vertedero del área metropolitana.

En relación al control del medio ambiente, cabe mencionar que la agricultura y ganadería generan alrededor de 27,2% del PIB (52) y 33% de la población ocupada realizaba actividades primarias en 2004. Más de 55% de las exportaciones son de productos agropecuarios y una parte importante de la industria nacional se basa en el procesamiento de esos mismos productos. La demanda por los productos químicos para el control de plagas ha permitido que se utilicen productos aparentemente ingresados por contrabando, según denuncias de la prensa en 2003 (53). El país cuenta con legislación del MSPyBS, del Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), de la SEAM y del Ministerio de Industria y Comercio. Sin embargo, la coordinación intersectorial es débil y las instituciones no cuentan con recursos suficientes para hacer cumplir la legislación. Asimismo existen pocas disposiciones a nivel municipal y departamental sobre el tema, hay falta de conocimiento, escasa fuerza coercitiva de los gobiernos locales y regionales y escaso cumplimiento de estas disposiciones (53).

El país no es productor de sustancias químicas, si bien se realiza el fraccionamiento, empaque y mezcla de las mismas. La distribución y fraccionamiento de los plaguicidas en cualquier tipo de envases a nivel minorista y la disposición final de los mismos no siempre obedecen a las regulaciones internacionales para comercialización de estos químicos. Los mecanismos de control de la distribución, venta y uso de plaguicidas no son suficientemente eficaces (53).

En el tema de la protección y el control de los alimentos, el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición es una institución dependiente del MSPyBS, rectora en el área de alimentos y nutrición, desarrollo de acciones de control y prevención de las carencias de yodo, normalización de la fortificación de hierro, ácido fólico, B1, B2, B3, y flúor. Aplica la vigilancia alimentaria y nutricional de la población demandante de los servicios de atención (a menores de 5 años y embarazadas) y promueve la implementación de las guías alimentarias. También se encarga del control de registro de alimentos y determinaciones de laboratorio de micronutrientes y alimentos.

El Instituto Nacional de Tecnología y Normalización (INTN) apoya a los consumidores, la industria, el comercio y los servicios, mediante la asistencia en la investigación, desarrollo, normalización, certificación y metrología. Además, elabora normas técnicas nacionales para la homologación internacional, certifica productos alimentarios mediante servicios de análisis y ensayos de productos, y brinda asistencia técnica orientada a la transferencia de conocimientos técnicos.

En 2004, se reestructuró el Servicio Nacional de Calidad y Salud Animal (SENACSA) para brindar mayor cobertura, eficiencia y confiabilidad a los servicios prestados (Ley 2.426/04) y atender a normas de calidad OIE, evaluación de terceros y

respuesta rápida en el caso de enfermedades emergentes (54). Asimismo, en 2005 se fortaleció el sistema de registros sanitarios (SIGOR II) de tenedores de ganado bovino y se instituyó el sistema de trazabilidad de la especie bovina (SITRAP) (55). Todavía es débil el control zoonosanitario de la faena de ganado para consumo local, el cual se realiza con mucha frecuencia en establecimientos no habilitados y sin inspección veterinaria permanente.

El Programa Nacional de Asistencia Alimentaria Nutricional (PROAN), implementado desde 2005 por el MSPyBS, brinda servicios de promoción, prevención, asistencia alimentaria y recuperación nutricional a menores de 5 años de edad con desnutrición global y en riesgo y a mujeres embarazadas con bajo peso, mediante buenas prácticas de alimentación y acceso a un complemento nutricional.

Paraguay ha avanzado en la institucionalización de los preparativos, prevención y mitigación de desastres. En 2005, la Ley 2.615/2005 creó la Secretaría Nacional de Emergencia (SNE), dependiente de la Presidencia de la República, con mayor jerarquía y prioridad al tema de prevención y mitigación de desastres en el país. También estableció el Fondo Nacional de Desastres y transfirió a todos los funcionarios, bienes, créditos y obligaciones del Comité Nacional de Emergencia a la SNE. El MSPyBS inició por su parte el Programa Nacional de Salud en Emergencias y Desastres, dependiente del Vice Ministerio de Salud.

Frente a la amenaza de influenza aviar, el Ministerio de Agricultura y Ganadería inició, de manera incipiente, la vigilancia epidemiológica de la influenza aviar en zoológicos, desde 2005, asociada al programa de vigilancia de la enfermedad de Newcastle. La capacidad diagnóstica y de tipificación viral del servicio veterinario es aún escasa. Se inició un programa de educación y descentralización a oficinas zonales del servicio veterinario y una alianza con la cadena productiva avícola paraguaya para controlar el tránsito de aves y sus productos, implementar medidas de bioseguridad con personal de granjas y apoyar la vigilancia epidemiológica.

Servicios de atención a las personas

En 2004, el MSPyBS contaba con 670 puestos de salud, 50 dispensarios, 130 centros de salud, 23 hospitales distritales, 17 hospitales regionales, 18 hospitales especializados y 7 centros especializados (14, 56). A pesar de contar con una amplia red, hay problemas de distribución; muchas de estas instalaciones no cuentan con los RRHH necesarios para su operación, y hay serias limitantes para el abastecimiento adecuado. El crecimiento de la red se ha dado por decisiones políticas, y no para estructurar una red de servicios acorde con las necesidades de la población. La gran debilidad funcional del primer nivel de atención distorsiona la operación de la red de servicios, que se centra en la atención hospitalaria.

Desastres naturales y antropogénicos: respuesta del sistema

En agosto de 2004, un incendio de grandes proporciones consumió el Centro Comercial Ycuá Bolaños en Asunción, en el que se encontraban alrededor de 1.500 personas. Debido a la magnitud del evento se declaró "Situación de Emergencia y Estado de Emergencia Sanitaria". La respuesta prehospitalaria movilizó a un importante número de socorristas de varios organismos. Treinta y tres instituciones de salud atendieron a 304 heridos. Fallecieron 357 personas, y quedaron 204 huérfanos. Se implementó un proceso de más de dos años de atención psicológica a las familias de víctimas del incendio. Frente al problema, se incrementó la concienciación de la población y la vigilancia del poder público y se hicieron algunos intentos de adecuar espacios públicos para evitar eventos similares. En julio de 2003 ocurrió un incendio en la Oficina Fiscalizadora de Algodón y Tabaco (OFAT), cerca del centro de Asunción, donde se almacenaban toneladas de plaguicidas, fungicidas, herbicidas, e insecticidas. El personal contra incendios estuvo expuesto a productos peligrosos durante por lo menos cuatro horas, antes de tomarse las medidas de seguridad. Fue necesario evacuar a la población aledaña al desastre. Los servicios de salud atendieron a por lo menos 735 pacientes. En 2002 en la región occidental del Paraguay, la fuerte sequía y en consecuencia la falta de alimentos y el agua contaminada afectaron seriamente la economía del país y la salud de la población. Al menos 17 personas murieron a consecuencia del agua contaminada. En septiembre de 2005, se declaró emergencia en el Chaco Paraguayo. La sequía causó la muerte de por lo menos cinco personas por el uso de agua inadecuada para consumo humano. El Estado canalizó recursos para más de 20.000 indígenas y 14.000 familias que vivían en el área del desastre.

Paraguay ha avanzado en la institucionalización de los preparativos, prevención y mitigación de desastres. En 2005, la Ley 2.615/2005 creó la Secretaría de Emergencia Nacional (SNE), dependiente de la Presidencia de la República, con mayor jerarquía y prioridad al tema de prevención y mitigación de desastres en el país. También estableció el Fondo Nacional de Desastres y transfirió todos los funcionarios, bienes, créditos y obligaciones del Comité Nacional de Emergencia a la SNE. El MSPyBS, por su parte, inició el Programa Nacional de Salud en Emergencias y Desastres, dependiente del Vice-Ministerio de Salud.

El IPS cuenta con un hospital general y especializado, 10 hospitales regionales, cinco clínicas periféricas y 60 unidades de primer nivel. Tiene acuerdos de cooperación con otras instituciones prestadoras de servicios y formadoras de recursos humanos en salud. Cubre al afiliado y a sus descendientes hasta los 18 años de edad, así como a los ascendientes, si están a cargo del afiliado. La Sanidad Policial y la Militar cubren a menos de 1% de la población. La atención más compleja se realiza en el Policlínico Policial de Asunción con 80 camas. La Universidad Nacional de Asunción dispone de un hospital escuela de la Facultad de Medicina, que atiende principalmente a sectores de escasos recursos.

El subsector privado sin fines de lucro cuenta con 30 establecimientos de primer nivel. El subsector privado con fines de lucro está compuesto por empresas prepagas y de seguros, hospitales y sanatorios (153 establecimientos), clínicas, centros e institutos (425 establecimientos), consultorios (474 establecimientos), 342 laboratorios, 15 servicios de emergencias y 1.965 farmacias.

El país cuenta con 49 servicios de bancos de sangre o centros de hemoterapia, públicos y privados (23 del MSPyBS, 6 del IPS y 20 en el resto del sistema). El sistema de adquisición de sangre vigente es el denominado "por reposición". La red de ambulancias

del MSPyBS consta de 196 ambulancias en todo el país, de las cuales 28 no funcionan.

Promoción de la salud

Uno de los pilares de la Política Nacional de Salud para 2005–2008 es la promoción de la salud, acción intersectorial y participación social, contemplando el trabajo conjunto intersectorial con participación comunitaria, proponiendo el fortalecimiento de las iniciativas de Municipios, Comunidades y Fronteras Saludables, Escuelas Promotoras de Salud, su funcionamiento en redes, y la creación de una Comisión Nacional Intersectorial de Promoción de la Salud, con grupos técnicos de gestión y apoyo a áreas específicas. La Red de Municipios Saludables dispone de estatutos y de estructura organizativa, con una comisión directiva nombrada en Asamblea; no obstante, carece de financiación y mecanismos de auto sustentación, es poco conocida y está aún poco consolidada. La implementación de Escuelas Saludables puede considerarse un resultado del movimiento de municipios saludables; hay 22 escuelas en red en el Departamento de Misiones y otras 10 escuelas en el país, y las

mismas pueden constituirse en el elemento que sostenga las iniciativas saludables en la comunidad.

Recursos humanos

Se cuenta con una política de recursos humanos; persisten problemas estructurales como la existencia de modelos de formación de personal no acordes con los requerimientos de los servicios, el escaso desarrollo de personal con formación en salud pública, el incipiente desarrollo de procesos de gestión y regulación de las prácticas profesionales. En 2005 se inició un proceso de concertación de la carrera sanitaria para el personal de blanco para mejorar la estructura de cargos y los salarios.

La razón de médicos del MSPyBS por 10.000 habitantes pasó de 5,6% en 2002 (57) a 6,3% en 2005 (58), con variaciones desde 19,6% en Asunción a 1,2% en Caazapá (59). La razón de enfermeras profesionales del MSPyBS en 2003 era de 2,2 por 10.000 habitantes (57), y en 2005 de 2,8 (58), con variaciones que van desde 7,2% en Asunción hasta 1% en Caazapá (59). En la distribución del personal de salud del MSPyBS, según categoría ocupacional, 40% son administrativos, 26% auxiliares, 23% profesionales administrativos, y 11% técnicos; 56% del personal es permanente y 44% contratado. Estos indicadores expresan claramente problemas de inequidad en el acceso y de calidad de la atención.

Las residencias médicas no cuentan con un sistema adecuado de planificación y regulación de la calidad. Se está trabajando para unificar la selección y admisión del residente así como para la normalización de los contenidos curriculares. Hay exceso de formación de médicos, con la apertura de cinco universidades privadas que generan una cohorte anual de más de 300 médicos, de los cuales solo 60% será admitido en la residencia. Se calcula que hay aproximadamente 40% de médicos generales en las instituciones de salud.

Suministros de salud

A partir de 2001 se cuenta con una Política Nacional de Medicamentos centrada en las recetas médicas. Los principales desarrollos han sido la instalación de un sistema nacional para registro de medicamentos y establecimientos farmacéuticos; la implementación de acciones fiscalizadoras a los establecimientos, generando el cierre de los que no cumplen con las normas de fabricación o expendio; y la implementación de un programa de control de calidad de medicamentos. En 2006 (60), el país contó con 172 laboratorios de producción habilitados; 1.529 farmacias externas habilitadas en la capital y 2.034 en el interior; 13.400 registros de especialidades farmacéuticas; 137 distribuidoras y 127 importadoras de medicamentos. El número de fraccionadoras y envasadoras habilitadas es de 113. Entre 2003 y 2005 se analizaron 174 productos, de los cuales 5% no cumplió con las normas de calidad y seguridad; se intervinieron 23 farmacias y 27 comercios

no farmacéuticos, y se realizaron 31 inspecciones a laboratorios de producción, fraccionadoras, envasadoras y distribuidoras.

El país no produce vacunas ni sueros hiperinmunes humanos; estos se obtienen a través del Fondo Rotatorio de vacunas de la OPS. En 2005 se conformó la Autoridad Nacional Reguladora de Vacunas de la Dirección General de Vigilancia Sanitaria, que realiza el registro y liberación de lotes de inmunobiológicos a nivel público y privado.

Desde 1988 el Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción produce kits diagnósticos ELISA para leishmaniasis visceral canina, Chagas y toxoplasmosis; los dos últimos se exportan a otros países.

En 2004 el MSPyBS realizó un censo del equipamiento y mobiliario hospitalario en las 18 regiones sanitarias, en los hospitales especializados y materno-infantiles de la capital y área metropolitana. Hay serias falencias en el mantenimiento, ya que esto no se incluye en la estructura regular de costos de operación. Se ha iniciado un plan de mantenimiento y control del uso eficiente de tecnología biomédica en seis regiones sanitarias, con la verificación de 4.464 equipos y muebles hospitalarios, y la detección de equipos subutilizados por falta de insumos, reactivos, recursos humanos o repuestos.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

Se cuenta con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), la Secretaría Nacional de Tecnología, dependiente del Instituto Nacional de Tecnología y Normalización, un Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación, con fuerza de ley, el CONACYT como un organismo rector de las políticas referentes a la ciencia y la tecnología y un Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología (FONACYT), destinado al financiamiento de las actividades relacionadas. En 1998 se creó el Organismo Nacional de Acreditación (ONA), como parte del CONACYT. Sin embargo, falta claridad con respecto a políticas, coordinación, priorización y mecanismos para acceder a los recursos.

Gasto y financiamiento sectorial

El Presupuesto General de la Nación cuenta con tres tipos de fuentes de ingresos: recursos del Tesoro Público (FF10- ingresos tributarios, regalías, aportes de empresas públicas y otros ingresos); recursos de crédito público (FF20-préstamos que recibe el Estado para financiar gastos de inversión pública); y recursos institucionales (FF30-generados por las instituciones y administrado por la propia entidad receptora, y las donaciones que recibe el gobierno). La situación del gasto total en salud, entre 2002 y 2004, y su incidencia en el PIB nacional, se presentan en el cuadro 5.

El gasto público en salud per cápita ha representado en promedio para el período analizado US\$ 25, y el privado en promedio de US\$ 48. Del gasto privado, aproximadamente entre 88% a 90% es gasto de hogares; el resto corresponde a las empresas de

CUADRO 5. Macroindicadores de gastos de salud, Paraguay, 2002–2004.

Concepto	2002	2003	2004
Gasto de la administración central (millones de guaraníes)	7.332.412	8.071.525	8.716.322
Gasto público total (millones de guaraníes)	14.292.510	15.546.136	16.564.956
Gasto total en salud (millones de guaraníes)	2.431.032	2.494.813	2.693.917
Producto interno bruto (millones de guaraníes)	31.976.903	38.805.548	42.102.405
Gasto total en salud/PIB (%)	7,8	6,6	6,5
Gasto MSPBS/PIB (%)	1,3	1,1	1,1
Gasto IPS/PIB (%)	1,0	1,1	1,3
Gasto público en salud/PIB (%)	2,6	2,2	2,3
Gasto privado en salud/PIB (%)	5,2	4,4	4,3
Gasto público en salud/gasto público total (%)	5,8	5,9	6,7
Gasto de MSPBS/gasto administración central (%)	5,8	5,1	5,4
Gasto de bolsillo/PIB (%)	4,5	3,7	3,6

Fuentes: Sector público: Presupuesto obligado. SICO. Ministerio de Hacienda. Instituto de Previsión Social. Sector privado: Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Banco Central de Paraguay.
Elaboración: Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud. 2006.

medicina prepaga autorizadas para operar por la Superintendencia de Salud (61).

Durante el período 2002–2004, el rubro de servicios personales fue el de mayor peso en la estructura del gasto total en salud del sector público (entre 59,4 y 61,2%), seguido del rubro medicamentos (entre 18,4 y 22,2%), y las inversiones (entre 5,6 y 7,5%). El financiamiento público aumentó de 29,7% del total en 2002 a 33,1% en 2004 (61).

Cooperación técnica y financiera en salud

Paraguay recibió en 2003 en el campo de salud y población un total de cooperación no reembolsable de US\$ 17.121.548, de los cuales 80,7% corresponden a la cooperación multilateral (OPS/OMS; Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP); Unión Europea (UE); y USAID, y 19,3% a la cooperación bilateral (Agencia Canadiense de Cooperación Internacional [CIDA] y Agencia Japonesa de Cooperación Internacional [JICA]) (62), representando 18,1% del presupuesto del MSPyBS en esa gestión. Para 2004, el país había recibido US\$ 20.390.540, de los cuales 73,9% fueron aporte de la cooperación multilateral (FAO, OPS/OMS, FNUAP, UNICEF, UE y USAID) y 26,1% fueron aporte de la cooperación bilateral (CIDA y JICA), representando 20% del presupuesto del MSPyBS en ese año. En 2005, el país recibió US\$ 15.087.795, de los cuales 88,1% fue de la cooperación bilateral (Brasil, Francia, Estados Unidos y Taiwán) y el remanente de la cooperación multilateral (FAO y OPS) (63), lo que representa 15,9% del presupuesto del MSPyBS.

En el campo de la reducción de la pobreza (64), el país ha recibido para el año 2003 un total de US\$ 34.130.488, de los cuales 42,5% corresponden a la cooperación multilateral (UE; Organización de Estados Americanos (OEA); Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), y 57,5% a la coope-

ración bilateral (CIDA; Agencia Española de Cooperación Internacional, AECI y Taiwán). Para 2004, este monto se incrementó a US\$ 46.112.151, de los cuales 60,5% fueron aportes de la cooperación multilateral (IICA; OEA; Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo; UE y OPS/OMS), y 39,5% fueron cooperación bilateral (CIDA, AECI y Taiwán). Hasta 2006 se ejecutaron remanentes de un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo para el Reforzamiento de la Atención Primaria, reformulado para apoyar el Fortalecimiento del Sistema de Salud, por un monto de US\$ 21.587.201.

Referencias

1. Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Condiciones de vida de la población paraguaya según la encuesta de 2002. Fernando de la Mora; 2002. Pág. 38.
2. Transparencia Paraguay. Índice de transparencia, integridad y eficiencia: medición de la administración pública basada en elementos objetivos. Asunción; 2005.
3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe nacional de desarrollo humano: Paraguay 2003. Asunción: PNUD; 2003.
4. Paraguay, Banco Central del Paraguay. Cuentas Nacionales N° 40. Asunción; 2004.
5. Paraguay, Banco Central del Paraguay. Informe económico, abril 2005. Asunción; 2005.
6. Naciones Unidas. Evaluación común de país. Paraguay; 2005.
7. Organización Internacional del Trabajo. Políticas de empleo para superar la pobreza. Santiago de Chile; 2003.
8. Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos.

- Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Principales resultados 2003; 2004.
9. Organización Internacional del Trabajo, Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Seguimiento de indicadores sobre la niñez trabajadora de Paraguay. Asunción; 2003.
 10. Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. II Censo Nacional Indígena de Población y Viviendas 2002. Pueblos Indígenas del Paraguay. Resultados finales. Fernando de la Mora; 2002.
 11. Paraguay, Ministerio de Educación y Cultura, Dirección General de Planificación Educativa y Cultural. Análisis cuantitativo de la evolución educativa, 1990–2001. Asunción; 2004.
 12. Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Censo Nacional de Población y Viviendas 2002. Resultados finales. Fernando de la Mora; 2004.
 13. Paraguay, Centro Paraguayo de Estudios de Población. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004. Asunción; 2005.
 14. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección de Planificación y Evaluación, Departamento de Bioestadística; 2006.
 15. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de desarrollo del milenio: informe del Paraguay 2005. Asunción; 2005. Disponible en: <http://www.undp.org.py/rc/ODMPY2005.pdf>.
 16. Paraguay, Observatorio Paraguayo de Drogas. Plan nacional antidrogas 2001–2005. Secretaría Nacional Antidrogas; 2001.
 17. Organización Mundial de la Salud; Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes, 2003. (Nº para Paraguay: 7.916).
 18. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Programas de Salud. Comisión Nacional Vigilancia Epidemiológica de la Salud Materna y Neonatal. Informe interno. Asunción; 2005.
 19. Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Características socio-demográficas de los adultos mayores en Paraguay. Asunción; mayo 2005.
 20. Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Indicadores del mercado laboral en Paraguay EPH 2004. Asunción; 2005.
 21. Paraguay, Instituto de Previsión Social. Información preliminar. [Información de sus asegurados solamente]. Asunción; 2006.
 22. Petit JM. Relato especial sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía. Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos y Consejo Económico y Social; 2004.
 23. Paraguay, Universidad Nacional de Asunción, Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud. Situación de salud de la comunidad indígena del Chaco paraguayo, 2000. Informe técnico. Asunción; 2003.
 24. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo. Informes técnicos internos. Asunción; 2006.
 25. Organización Panamericana de la Salud. Malaria in Paraguay: time series epidemiological data from 1998 to 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/english/AD/DPC/CD/mal-2005-par.ppt>.
 26. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Nacional de Transfusión Sanguínea. Información no publicada. Asunción; 2006.
 27. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud. Informe técnico. Asunción; 2006.
 28. Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Programa Ampliado de Inmunizaciones. Sistema de Vigilancia para la Eliminación del Sarampión. Asunción; 2006.
 29. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud. Normas para el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Asunción; 1996.
 30. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud. Sistema información campaña de vacunación para la eliminación de rubéola y SRC. Asunción; 2005.
 31. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Laboratorio Central de Salud Pública. Informes técnicos varios. Asunción; 2006.
 32. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Informes técnicos varios. Asunción; 2006.
 33. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO Report 2006. Geneva; 2006.
 34. Organización Panamericana de la Salud-Paraguay; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Estudio sobre multidrogorresistencia. Washington, DC; 2003.
 35. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Programa Nacional Control Lepra. Documentos internos. Asunción; 2005.

36. Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud. Leprosy Elimination Monitoring (LEM). Asunción; 2003.
37. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Centro Antirrábico Nacional. Informes técnicos. Asunción; 2006.
38. Organización Internacional de Epizootias. Handistatus II. [Situación zoonosaria plurianual].
39. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Situación de los programas de erradicación de la fiebre aftosa: América del Sur; 1999–2003.
40. Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, Dirección General Estadísticas, Encuestas y Censos. Encuesta Integrada de Hogares, 2000/2001. Fernando de la Mora; 2001.
41. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Programas de Salud, Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición. Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional. Asunción; 2005.
42. Sociedad Suramericana de Cardiología. Estudio de factores de riesgo coronario en Sudamérica (Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela); 2005.
43. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Programa Nacional de Diabetes. Factores de riesgo para diabetes tipo 2 en niños y adolescentes. Asunción; 2001.
44. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Edición de 2002. Washington, DC: OPS; 2002. (Publicación científica 587; 2 vol).
45. Paraguay, Cruz Roja. Información del llamamiento internacional; 2002.
46. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Observatorio Nacional de Violencia y Lesiones de Causa Externa. Centro de Emergencias Médicas. Informe técnico. Asunción; 2006.
47. Organización Mundial de la Salud, Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental. Informe preliminar. Ginebra; 2005.
48. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Nacional de Toxicología. En: Plan de Acción Nacional de Salud Ambiental Infantil 2004–2008. OPS/OMS; 2004.
49. Paraguay. Ley N° 1.032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud. Asunción; 1996.
50. Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia. Evaluación regional de los servicios de manejo de residuos sólidos municipales: informe de Paraguay. OPS/OMS; 2004.
51. Paraguay. Ley N° 1.614/00: Ley General del Marco Regulatorio y Tarifario del Servicio Público de Provisión de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario del Paraguay. Asunción; 2000.
52. FAOSTAT. Informe del Servicio de Estadísticas y Análisis Socioeconómicos; World Bank. World Development Indicators 2005.
53. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Plan de Acción Nacional de Salud Ambiental Infantil 2004–2008. OPS/OMS; 2004.
54. Paraguay, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Servicio Nacional de Calidad y Salud Animal. Informe sobre la situación del Programa de Erradicación de la Fiebre Aftosa en el país. Asunción; 2005.
55. Paraguay, Asociación Rural del Paraguay. Sistema de Trazabilidad del Paraguay: reglamento. Asunción; 2005. Disponible en: <http://www.arp.org.py>.
56. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Dirección de Control de Profesiones y Establecimientos de Salud. Documento interno. Asunción; 2005.
57. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Recursos Humanos. Documento interno. Asunción; 2002.
58. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Recursos Humanos. Base de datos. Asunción; 2005.
59. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Recursos Humanos. Censo integral de funcionarios MSPBS 2003. Asunción; 2004.
60. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia Sanitaria. Documento interno. Asunción; 2006.
61. Paraguay, Comité Interinstitucional de Cuentas Nacionales. Informe preliminar. Asunción; junio 2006.
62. Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia. Cooperación técnica internacional no reembolsable. Ejecución acumulada a diciembre 2003. Asunción; 2004.
63. Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia. Cooperación técnica internacional no reembolsable. Informe preliminar. Datos parciales. Asunción; 2006.
64. Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia. Cooperación técnica internacional no reembolsable. Ejecución acumulada a junio 2004. Asunción; 2004.

PERÚ



La República del Perú contaba en el año 2005 con una población de 27.219.264 habitantes. El territorio nacional tiene una extensión de 1.285.215 km², distribuida en tres grandes regiones geográficas: costa, sierra y selva amazónica. Esta dividida políticamente en 25 departamentos (incluida la Provincia Constitucional de El Callao), que a su vez contienen 194 provincias y 1.829 distritos.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

En el período 2000–2005, el Perú ha fortalecido su proceso democrático, mantenido su estabilidad económica e incrementado sustancialmente los ingresos fiscales de la nación: sus reservas internacionales se incrementaron de US\$ 8.180 millones a 13.831, mientras que el déficit fiscal se redujo de 3,2% del producto interno bruto (PIB) a 1,0% en el mismo período. Un aspecto trascendental del contexto peruano son las enormes desigualdades en las condiciones de vida y de bienestar entre grupos poblacionales, entre territorios y entre las zonas urbanas y rurales. En términos generales, en casi todos los indicadores de bienestar se observa un detrimento en las zonas rurales, poblaciones indígenas, población femenina, y regiones de la selva y sierra central y sur.

Desde 2002, el PIB registra un crecimiento superior a 4,0% y en 2005 alcanzó 6,7%. Este crecimiento ha logrado aumentar el PIB por habitante por encima de US\$ 2.000 anuales (Figura 1). En 2005, el Perú se ubicaba en el puesto 50 entre los 180 países miembros del Fondo Monetario Internacional (de acuerdo al tamaño de su economía, medido por el PIB según la paridad del poder adquisitivo) y en el puesto 97 de acuerdo al PIB per cápita (US\$ 5.983) (1), colocando al país en el grupo de los países de “renta media”.

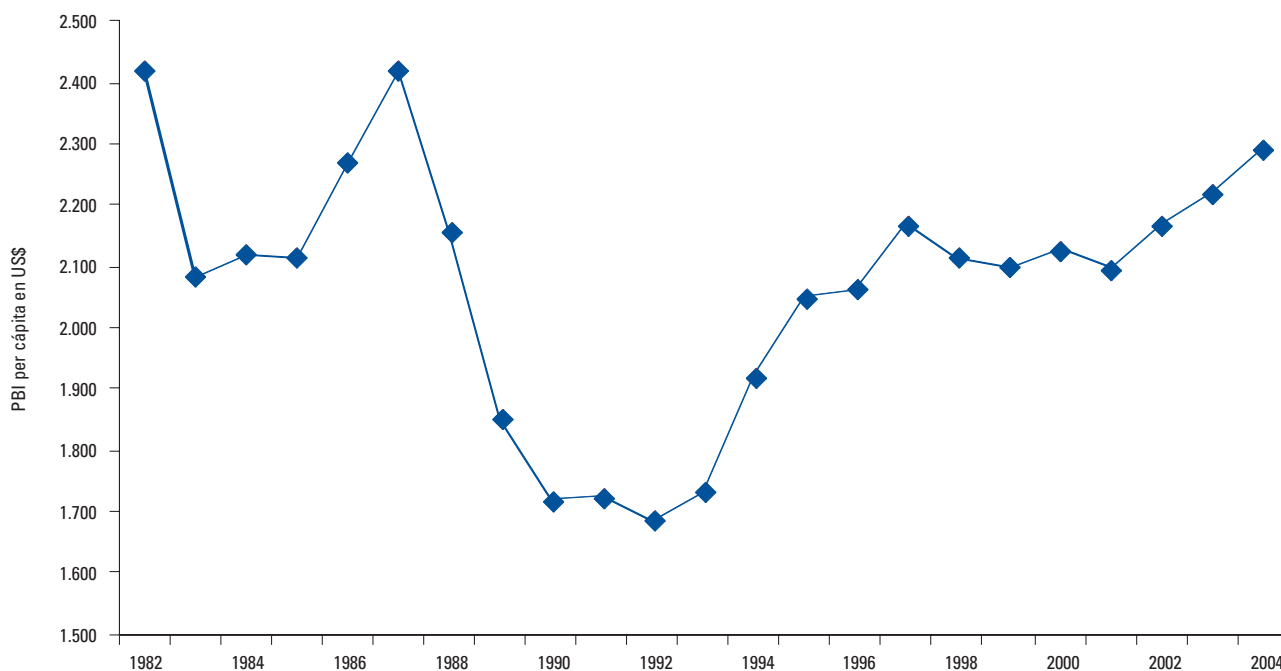
El manejo financiero del país ha sido muy cuidadoso, al punto que la inflación se ha mantenido en bajos niveles (3,7% en 2000; 0,1% en 2001; 2,0% en 2002; 2,5% en 2003; 3,5% en 2004 y 1,5% en 2005). Además, a pesar de los bajos niveles de credibilidad gubernamental interna (que llegó a estar por debajo de 10% a mediados de 2005), la inversión privada y extranjera continúa creciendo (de 14,9% del PIB en 2002 a 15,7% en 2005) (2); la inversión extranjera se da principalmente en el sector primario de la economía, en especial en la minería que, junto con el sector de la construcción, ha sido una de las ramas de la economía de mayor crecimiento. Sin embargo, este buen desempeño de la economía, con sus resultados macroeconómicos palpables, no se ha traducido necesariamente en una mejoría de las condiciones de

vida de la mayoría de la población, en términos de reducción de la pobreza, la desigualdad y la exclusión. Desde 1997, y de manera sostenida, la deuda pública externa representó más de 30% del PIB, con una ligera tendencia al incremento, y los intereses sobre la deuda representaron 2,0% del PIB.

El Perú presenta una marcada concentración del ingreso: mientras que 20% de la población con ingresos más altos concentra 47,5% del ingreso nacional, 20% de la población con los ingresos más bajos percibe solo 6%. La desigualdad distributiva del ingreso, expresada por la razón entre los quintiles superior e inferior, subió de 4,9 a 7,9 entre 1997 y 2000 (3). El Índice de Gini para la distribución del ingreso por deciles de población fue de 0,51 para 2003 (4); ese mismo año, el ingreso nacional promedio mensual de los hogares fue 387,8 Nuevos Soles, con un rango de 628,6 en Lima Metropolitana a 138,4 en Huánuco.

La pobreza total subió de 48,4% en 2000 a 52,0% en 2004, siendo mayor en las áreas rurales (73,6%). La población en pobreza extrema pasó de 15,0% a 20,7% en el mismo período, alcanzando 42,5% en las zonas rurales. En departamentos como Huancavelica la pobreza llega a 88,5% y la pobreza extrema a 74,1% (4). Estos niveles de pobreza son similares a los registrados a inicios de la década de los años noventa.

En las áreas urbanas, la tasa de desempleo se mantuvo alrededor de 7,5% entre 2001 y 2004. En Lima Metropolitana se ha incrementado el desempleo de 7,8% a 10,5% en el mismo período, pero el subempleo también ha subido de 41,7% a 42,8% (5). Un fenómeno laboral importante en Perú es que una gran parte de la población económicamente activa (55,0%) trabaja en el sector informal de la economía, por lo que no tiene acceso a la seguridad social, no percibe un ingreso estable, ni tiene previsión social para la jubilación. Tanto el desempleo como el subempleo son mayores entre las mujeres; en 2004, el desempleo afectaba a 9,4% de los hombres y 12,0% de las mujeres, y el subempleo a 35,9% de los hombres y 52,5% de las mujeres (5). A pesar del crecimiento económico sostenido en los últimos cinco años, una de las causas del mantenimiento de los altos niveles de desempleo y subempleo es que el crecimiento se ha dado principalmente en sectores que generan pocas plazas de trabajo, como la minería.

FIGURA 1. Producto interno bruto per cápita, Perú, 1982–2004.

Fuente: INEI-Dirección Nacional de Cuentas Nacionales 2002 y 2003. Preliminares. 2004 estimado por el Instituto Cuánto.

En 2002, el Acuerdo Nacional —que agrupa a los principales partidos políticos del país, iglesias, organizaciones de empresarios y trabajadores, así como a la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza— definió 31 políticas de Estado que incluyen metas relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), si bien no hacen referencia directa a ellos. Entre los temas están reducción de la pobreza, promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación, acceso universal a una educación pública gratuita y de calidad, acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, promoción de la seguridad alimentaria y nutrición, desarrollo sostenible y gestión ambiental, y desarrollo en infraestructura y vivienda. Estas son políticas que las organizaciones firmantes se han comprometido a cumplir, cada una de las cuales tienen metas para los siguientes 10 años.

El 2004, el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico de Lima preparó un modelo para predecir el cumplimiento de los ODM en el Perú. De acuerdo con este modelo, para lograr las metas de los ODM es necesario integrar políticas de crecimiento, políticas redistributivas y políticas sociales específicas. Con una tasa de crecimiento económico promedio de 5% anual, el cumplimiento de las metas requeriría transferencias anuales de recursos cercanos a 1,4% del PIB (0,75% por redistribución del ingreso y 0,65% para políticas sociales específicas). Las principales políticas sectoriales específicas se refieren a incrementar: la cobertura de acceso a agua potable y a los servicios básicos de saneamiento; la cobertura de servicios de salud para madres y

niños menores de 5 años; la inversión en programas públicos de alimentación infantil complementaria; el nivel educativo de la madre; el número de partos asistidos por profesionales de salud calificados; el número de controles prenatales por personal de salud calificado, y la calidad de la infraestructura y atención de los establecimientos de salud. Esto haría posible el cumplimiento de todas las metas relacionadas con los cinco primeros ODM, con la excepción de la prevalencia de déficit calórico. Esta meta no se alcanzará ni siquiera con tasas de crecimiento económico sostenido de 7% anual, debido a su gran magnitud (32,5% en 2003–2004) (6).

En 2004, la tasa de analfabetismo era 11,6%, con una amplia brecha entre hombres y mujeres (5,8% y 17,2% respectivamente), así como en las zonas pobres, con alto porcentaje de población campesina y quechua hablante, como Apurímac, Ayacucho, Cuzco y Huancavelica, en donde estos porcentajes sobrepasan 6% y 25%, para hombres y mujeres, respectivamente. La asistencia de la población de 3 a 5 años de edad a la educación preescolar fue de 50%; la de la población de 6 a 11 años a la educación primaria fue de 90,5%, y la de la población de 12 a 16 años a la educación secundaria de 67,6% (68,3% en hombres y 66,8% en mujeres). El promedio de años de estudio alcanzado por la población de 15 y más años de edad fue de 9,1 años: 10,2 en las áreas urbanas y 6,5 en las rurales; 9,3 entre los hombres y 8,9 entre las mujeres (7). A esto hay que agregar los problemas de la calidad de la educación en los establecimientos estatales, lo que

limita seriamente las posibilidades de desarrollo del país, y en particular de las poblaciones más pobres (8). La inversión en el sector educativo corresponde a 16% del gasto público.

La calidad del aire es deficiente en las áreas metropolitanas de Lima, Callao y Arequipa y en los centros urbanos industriales de Chimbote, Ilo y Cerro de Pasco, debido al desarrollo industrial no acompañado del adecuado control de la contaminación y al incremento y mal estado del parque automotor. En 2000, mediciones realizadas en Lima y Callao encontraron una concentración promedio anual de partículas totales en suspensión superior a 200 µg/m³; además, las concentraciones promedio anuales de dióxido de nitrógeno, dióxido de azufre y plomo, medidas en el centro de Lima, superan los valores recomendados por OMS (9).

El Perú está expuesto a los efectos de fenómenos naturales como sismos, actividad volcánica, deslizamientos, inundaciones, sequías, tsunamis y el fenómeno El Niño. Tampoco escapa a accidentes antropogénicos, especialmente incendios y derrames de sustancias químicas.

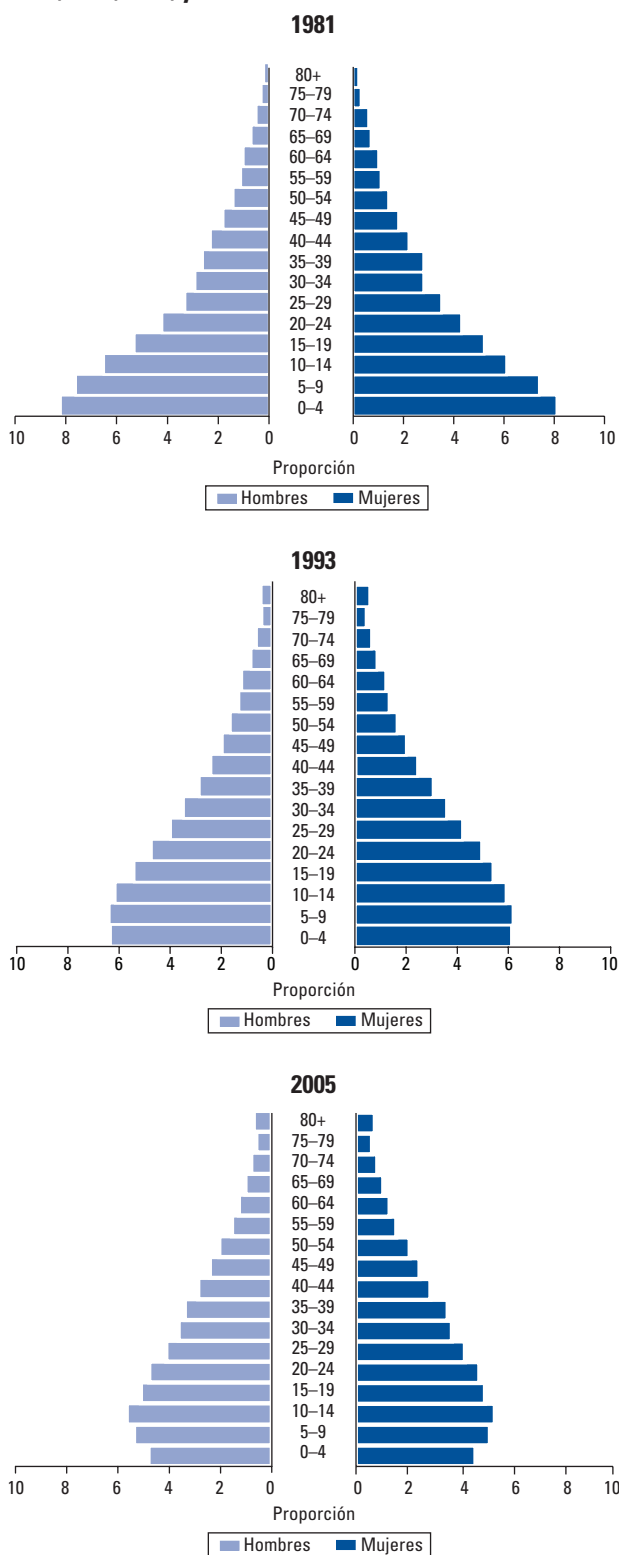
Demografía, mortalidad y morbilidad

En 2005, la población del Perú era de 27.219.264 habitantes (10) y se estima que para 2010 llegará a 30 millones (11). Los últimos 30 años la población peruana casi se ha duplicado, aunque la tasa de crecimiento total se ha reducido de 23,8 por 1.000 habitantes en 1980–1985 a 14,9 en 2000–2005. Esto ha sido resultado de la reducción de la tasa global de fecundidad (TGF), de 4,7 a 2,8 hijos por mujer para el período señalado. En el período 2000–2005, la tasa de natalidad fue de 23,3 y la de mortalidad fue de 6,2 por 1.000 habitantes. La reducción de la mortalidad general e infantil contribuyó al incremento de la esperanza de vida al nacer (EVN), de 61,6 a 69,8 años en el período 1980–2005. En el período 2000–2005, la EVN fue 67,3 en los hombres y 72,4 en las mujeres (11).

Entre los censos de 1993 y 2005, el porcentaje de menores de 15 años de edad se redujo de 37,0% a 31,1%, aunque en cifras absolutas pasaron de 8.155.376 a 8.455.390. Los mayores de 64 años de edad pasaron de 4,6% a 6,2% (1.026.119 a 1.693.657) (Figura 2).

La migración, tanto interna como externa, es un fenómeno demográfico importante en el país, resultado del proceso de industrialización, el deterioro de las condiciones de vida en las zonas rurales y, en la década de los ochenta, de la guerra interna y la profunda crisis económica que desembocó en hiperinflación. Los departamentos que tradicionalmente pierden población son aquellos ubicados en la sierra sur (Huancavelica, Ayacucho, Apurímac, Cuzco y Puno), que se encuentran entre los más pobres y con altos porcentajes de población rural. En 2001, 37,6% de la población de Lima era inmigrante; 36,2% de Tacna; 28,4% de Arequipa (ubicados en la costa y con mayor industrialización); 38,2% de Madre de Dios, y 32,9% de Ucayali (ubicados en la selva amazónica) (12). En relación con la migración internacional, se estima que entre 1975 y 1985 habrían salido del Perú 141.000 personas, y 370.000

FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Perú, 1981, 1993, y 2005.



Fuente: INEI. Censos de Población y Vivienda 1981, 1993 y 2005.

CUADRO 1. Principales causas de mortalidad, Perú, 2004.

Causas de mortalidad (Lista 6/67 OPS)	TM ^a
Infecciones respiratorias agudas	68,0
Enfermedades isquémicas del corazón	25,7
Enfermedades cerebrovasculares	24,3
Septicemia, excepto la neonatal	21,5
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	21,4
Enfermedades hipertensivas	16,9
Tumor maligno de estómago	15,6
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	14,7
Tuberculosis	13,2
Diabetes mellitus	12,3

^aTasa de mortalidad por 100.000 habitantes.

Fuente: Ministerio de Salud. Base de datos de mortalidad. Elaboración OPS.

entre 1990 y 1995. La mejora de la situación económica y la derrota de los grupos subversivos a principios de la década de los noventa está revirtiendo esta situación y se estima que la salida de peruanos se redujo a 50.000 entre 2000 y 2005 (11).

En 2005, 72,6% de la población peruana habitaba en áreas urbanas. En el período 2000–2005, las tasas de mortalidad y natalidad y la TGF fueron más altas en el área rural (7,9; 31,0 y 4,6 respectivamente) que en la urbana (5,5; 20,3; y 2,4) (11). Si bien el crecimiento vegetativo en el área rural es más alto que en la urbana (23,1 contra 14,9), el crecimiento total de la población es menor (9,8 contra 16,9 por 1.000 habitantes), resultado de la migración interna. El porcentaje de la población menor de 15 años de edad es mayor en el área rural que en la urbana (39,9% y 29,4%), siendo lo contrario entre los mayores de 64 años (4,7% y 5,4% respectivamente).

En el período 2000–2005, había una diferencia de siete años en la EVN entre la población urbana y la rural (73,2 y 66,9 respectivamente), producto de las mayores tasas de mortalidad, en particular de la infantil, en el área rural (24,2 por 100.000 en la urbana y 49,2 por 100.000 en la rural).

En cuanto a la mortalidad por grandes grupos de causas, cabe mencionar que un grave problema del sistema de información en salud en el Perú es la baja cobertura del registro de defunciones (55% en 2004, de las cuales 88% son certificadas por médicos). Entre 1990 y 2004 se produjo una significativa reducción de la mortalidad¹ por enfermedades transmisibles, de 236,2 a 124,6 por 100.000 habitantes; de igual forma, la mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal se redujo de 53,8 a 34,4, mientras que la debida a neoplasias (tumores) se incrementó de 96,2 a 108,4, así como la producida por causas externas (de 59,0 a 66,1). Si bien entre las principales causas de mortalidad en 2004 hubo un predominio de enfermedades crónicas, las

infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar y algunas otras enfermedades transmisibles mantuvieron altas tasas de mortalidad (Cuadro 1).

El análisis de la mortalidad por sexo muestra que las infecciones respiratorias agudas son la primera causa de mortalidad tanto en hombres como en mujeres (71,3 y 64,7). Las enfermedades isquémicas del corazón causan mayor mortalidad entre los hombres que entre las mujeres (29,7 y 21,7), al igual que la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (27,5 y 15,1), la tuberculosis (17,1 y 9,2) y los accidentes de transporte terrestre (15,1 y 5,5). El tumor maligno de útero (cuello, cuerpo y parte no especificada) es la sexta causa de muerte entre las mujeres (15,6 por 100.000), y el tumor maligno de próstata es la décimo cuarta entre los hombres (12,4 por 100.000).

Los perfiles de mortalidad al interior del país son muy heterogéneos; los departamentos ubicados en la Sierra Sur —con una alta proporción de población de origen quechua o aimará y altos niveles de pobreza y ruralidad, como Apurímac, Ayacucho, Cuzco, Huancavelica y Puno— tienen tasas más altas de mortalidad por enfermedades transmisibles, ciertas afecciones originadas en el período perinatal y causas externas, si se comparan con Lima y Callao —zonas de mayor desarrollo industrial, menores tasas de pobreza y mayor acceso a servicios básicos (Cuadro 2).

En 2000, en Lima y Callao las principales causas de mortalidad fueron enfermedades crónicas, mientras que en la Sierra Sur fueron enfermedades transmisibles, deficiencias de la nutrición y problemas relacionados con el acceso a servicios de salud (Cuadros 3 y 4). Las infecciones respiratorias agudas fueron la primera causa de mortalidad tanto en la Sierra Sur como en Lima y Callao, pero en magnitudes muy diferentes: el riesgo de morir por esta causa fue 3,6 veces mayor en la Sierra Sur. Los accidentes de transporte en la Sierra Sur, que ocupan el noveno lugar como causa de muerte, generalmente son debidos a la caída o volcadura de unidades de transporte interprovincial de pasajeros, consecuencia del mal estado de las carreteras y de los vehículos.

¹Las tasas de mortalidad para los grupos y subgrupos de la Lista 6/67 de OPS se obtuvieron sobre la base del procedimiento de estimación descrito en "Estadísticas de salud de las Américas. Edición 1992".

CUADRO 2. Características sociodemográficas y de mortalidad de los departamentos de la Sierra Sur y Lima-Callao, Perú.

	Perú	Sierra Sur	Lima y Callao
Pobreza (%)	52,0	70,0	35,7
Población rural (%)	27,8	56,2	0,4
Lengua materna quechua o aymará (%)	19,5	71,2	10,1
Agua potable por red pública (%)	64,4	42,3	82,4
Eliminación de excretas conectada a red pública (%)	50,9	23,2	80,2
Población menor de 15 años (%)	31,1	36,3	26,0
Porcentaje del total de la población	100	14,7	32,1
Tasa de mortalidad ^a	6,2	11,2	4,5
Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles	124,6	228,9	91,3
Tasa de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal	34,4	61,1	16,8
Tasa de mortalidad por causas externas	66,1	158,2	30,5

^aTasas de mortalidad por 100.000 habitantes.

Fuente: Ministerio de Salud. Base de datos de mortalidad. Elaboración OPS.

CUADRO 3. Principales causas de mortalidad en la Sierra Sur, Perú, 2000.

Causas de mortalidad (Lista 6/67 OPS)	TM ^a
Infecciones respiratorias agudas	147,9
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	51,0
Insuficiencia cardíaca	46,5
Deficiencias y anemias nutricionales	44,8
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	44,2
Enfermedades cerebrovasculares	41,3
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	31,3
Septicemia, excepto neonatal	26,2
Accidentes de transporte terrestre	25,9
Tumor maligno del estómago	25,0

^aTasa de mortalidad por 100.000 habitantes.

Fuente: Ministerio de Salud. Base de datos de mortalidad. Elaboración OPS.

CUADRO 4. Principales causas de mortalidad en Lima y Callao, Perú, 2000.

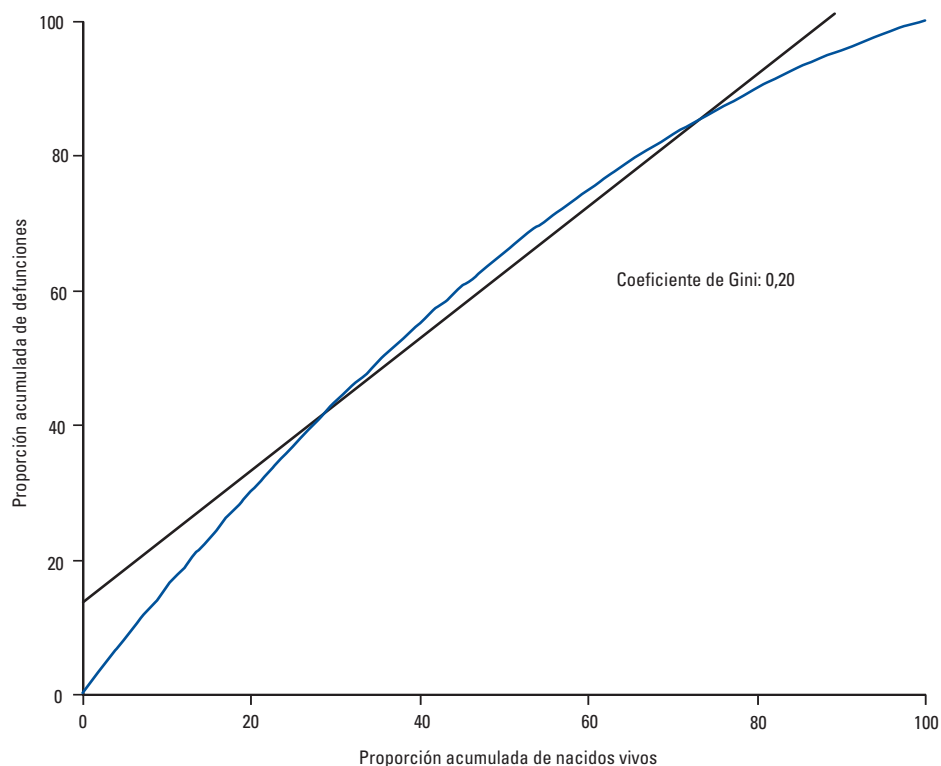
Causas de mortalidad (Lista 6/67 OPS)	TM ^a
Infecciones respiratorias agudas	41,0
Enfermedades isquémicas del corazón	21,1
Enfermedades cerebrovasculares	20,2
Tuberculosis	18,1
Tumor maligno del estómago	14,5
Enfermedades hipertensivas	12,6
Diabetes mellitus	12,4
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	12,2
Septicemia, excepto neonatal	11,8
Accidentes de transporte terrestre	10,1

^aTasa de mortalidad por 100.000 habitantes.

Fuente: Ministerio de Salud. Base de datos de mortalidad. Elaboración OPS.

También cabe notar que el 20% de la población más pobre del país concentra 50% de las defunciones por deficiencias y anemias nutricionales (Gini de 0,43); 40% de las debidas a enfermedades infecciosas intestinales (Gini de 0,38), y 62% de las causa-

das por apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal sin mención de hernia (Gini 0,57), consecuencia de sus precarias condiciones de vida y de su limitado acceso a servicios de salud de calidad.

FIGURA 3. Distribución de la mortalidad infantil, Perú, 2000.

Fuente: INEI-PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano, Perú 2002.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En 2005, los menores de 5 años de edad constituían 9,45% de la población (2.572.220). En este grupo, la desnutrición crónica aún se mantiene en niveles altos y no ha cambiado significativamente entre 1996 (25,8%) (13) y 2004 (24,1%), con una amplia diferencia entre las áreas urbana y rural (10,1% y 39,0% respectivamente) (14). En 2000, la desnutrición aguda afectaba a 0,9% de los menores de 5 años, aunque llegaba a 3,0% en Ayacucho (15).

La mortalidad infantil se redujo de 33 por 1.000 nacidos vivos en 2000 a 23 en 2005 (14, 15), aunque con amplias diferencias entre departamentos, de 84 en Cuzco a 17 en Lima Metropolitana (14), y un Índice de Gini de 0,20 (Figura 3). Existen también diferencias según el nivel de escolaridad de la madre (un indicador de la situación socioeconómica de la familia); en 2000, la mortalidad infantil entre los hijos de las mujeres sin escolaridad estaba en 73 y entre las de educación superior, en 20 (14).

La tasa de mortalidad en la niñez se redujo de 47 a 31 por 1.000 nacidos vivos entre 2000 y 2005 (14, 15), pero también existen grandes diferencias entre departamentos (108 en Cuzco y 23 en Lima Metropolitana) (15). La reducción de la mortalidad infantil y de la niñez se debe principalmente a la disminu-

ción de la mortalidad por enfermedades transmisibles, de 2.467,5 por 100.000 menores de 1 año en 1990 a 712,2 en 2004 (16). En 2004, entre las principales causas de mortalidad en menores de 1 año estaban trastornos respiratorios específicos del período perinatal (669,8 por 100.000 menores de 1 año), infecciones respiratorias agudas (448,3), retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer (402,1) y sepsis bacteriana del recién nacido (287,0). La primera causa, trastornos respiratorios específicos del período perinatal, tiene relación con la baja cobertura de atención del parto en establecimientos de salud y la falta de atención inmediata del recién nacido, incluyendo la reanimación del niño que nace deprimido (17); la tercera causa tiene su origen en la desnutrición materna (25,4% de prevalencia de anemia entre mujeres de 15 y 49 años de edad) (15).

La lactancia materna exclusiva es una de las principales estrategias que el Ministerio de Salud (MINSa) ha venido impulsando en los últimos años. De acuerdo con los últimos datos disponibles (14), 97,9% de los menores de 5 años ha lactado alguna vez, 87,4% dentro del primer día de vida, aunque 27,4% recibió algún tipo de alimento antes de empezar a lactar. La lactancia materna exclusiva en menores de seis meses de edad se encontró en 63,9% y la duración mediana fue de 3,9 meses.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Los niños de 5 a 9 años de edad representan 10,6% de la población peruana. En 2004, la tasa de mortalidad en este grupo de edad fue de 113,3 por 100.000 menores de 5 a 9; las principales causas de muerte fueron las infecciones respiratorias agudas (12,2 por 100.000), los eventos de intención no determinada (10,3), los accidentes de transporte terrestre (8,6), la leucemia (6,3) y la septicemia (5,8) (16).

Salud de los adolescentes (10–14 y 15–19)

El grupo de 10 a 19 años de edad representa 21,2% de toda la población. Entre los de 10 a 14 años de edad, las causas externas fueron las principales causas de mortalidad en 2004 (21,1 por 100.000), seguidas de enfermedades transmisibles (11,5). La mortalidad es mayor en hombres que en mujeres para infecciones respiratorias agudas (5,4 y 4,1 respectivamente), leucemia (4,3 y 3,0), accidentes de transporte terrestre (6,2 y 1,2), y ahogamiento y sumersión accidental (2,8 y 1,0) (16).

En los adolescentes de 15 a 19 años de edad, la tasa de mortalidad por causas externas duplicó la de enfermedades transmisibles y triplicó la de neoplasias (35,4, 15,1 y 11,7 respectivamente) en 2004. Entre los hombres, las cinco primeras causas de muerte fueron eventos de intención no determinada (14,5), accidentes de transporte terrestre (8,9), tuberculosis (6,5), infecciones respiratorias agudas (6,3) y accidentes por disparo de arma de fuego (5,4); en las mujeres, las principales causas fueron eventos de intención no determinada (5,3), infecciones respiratorias agudas (3,9), leucemia (2,9), envenenamiento accidental por (y exposición a) sustancias nocivas (2,5) y accidentes de transporte terrestre (2,4). Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (2,3) ocupan el sexto lugar como causa de muerte entre las mujeres de este grupo de edad (16).

En 2004, 12,7% de las mujeres adolescentes ya eran madres o estaban embarazadas, situación muy similar a la de 2000 (13,0%), siendo más alto el porcentaje en el área rural que en la urbana (20,3% y 9,5% respectivamente), y mucho mayor entre las adolescentes del menor quintil de ingresos (27,0%) que entre las del quintil de mayores ingresos (3,3%) (14).

Salud de los adultos (20–59 años)

En este grupo se encuentra 50,1% de la población peruana (alrededor de 13 millones y medio de personas). La TGF descendió de 2,9 hijos por mujer en el período 1997–2000 a 2,4 en 2001–2004; en este último período, se encontraba en 3,6 en el área rural y 2,0 en la urbana (14). Las tasas de fecundidad más altas se dieron entre las mujeres de 25 a 29 años de edad (115 nacimientos por 1.000 mujeres) y entre las de 20 a 24 (113). El período intergenésico se incrementó de 37 a 43 meses entre 2000 y 2004; el intervalo fue menor en las mujeres sin escolaridad (27 meses) y

mayor en las de educación superior (52 meses). El inicio de la procreación es mayor en el área urbana (23,3 años) que en la rural (20,2), y mayor aún en Lima Metropolitana (24,2).

En 2004, 98,5% de todas las mujeres unidas entre 15 y 49 años de edad conocían algún método anticonceptivo moderno, pero solo 44,7% usaba alguno, lo que representa una ligera disminución respecto a 2000 (50,4%); en contraste, el uso de métodos tradicionales subió de 17,5% a 22,0% (14).

La mortalidad materna se redujo de 265 por 100.000 nacidos vivos en 1996 a 185 en 2000 (13,15); sin embargo, ese último año sobrepasó los 300 por 100.000 en departamentos como Puno (361), Huancavelica (302) y Ayacucho (301), y estuvo por debajo de 100 en Arequipa (96), Tacna (87), Lima (52) e Ica (48) (18). Las principales causas de mortalidad materna son hemorragia post parto (33,4%), eclampsia (11,6%), anomalías de la dinámica del trabajo de parto (10,7%) y aborto (6,2%).

En 2004, la mortalidad por causas externas era cuatro veces más alta en los hombres que en las mujeres (101,8 y 24,2 por 100.000) y el doble (80,3 y 39,1) por enfermedades transmisibles, mientras que la mortalidad por neoplasias fue más alta en las mujeres (83,8 y 57,3). Las principales causas de mortalidad en los hombres adultos fueron cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (25,8), VIH/sida (24,9), infecciones respiratorias agudas (20,7), tuberculosis (19,7) y accidentes de transporte terrestre (18,2). En las mujeres predominaron tumor maligno de útero (17,9), infecciones respiratorias agudas (12,9), tumor maligno de la mama (11,5), enfermedades cerebrovasculares (11,2), y tuberculosis (9,7) (16).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Del total de la población peruana 8,8% tiene 60 o más años de edad; en 2004, las infecciones respiratorias agudas fueron la primera causa de muerte en hombres y mujeres (555,1 y 503,1 por 100.000 respectivamente) de este grupo de edad, y las enfermedades isquémicas de corazón la segunda (309,0 y 226,8). En los hombres, las enfermedades cerebrovasculares (237,5), la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (197,0) y las enfermedades hipertensivas (180,6), ocuparon el tercero, cuarto y quinto lugar, mientras que en las mujeres fueron las enfermedades hipertensivas (181,1), la septicemia (137,3) y el tumor maligno de estómago (130,1) (16).

Salud de la familia

En 2004, del total de hogares en el país 57,8% eran nucleares, 23,6% extendidos, 6,2% compuestos, 7,6% unipersonales y 4,8% eran hogares sin núcleo. Las mujeres encabezaban 21,1% de los hogares, porcentaje mayor en el área urbana (23,9%) que en la rural (16,0%), y mayor en los hogares no pobres (24,1%) que en los pobres (17,3%). La mayor parte de los hogares monoparentales estaban dirigidos por mujeres (78,7%). Los niveles de pobreza

en los hogares monoparentales son similares para los hombres (39,2%) que para las mujeres (39,8%), aunque en el área rural sí se observó una diferencia significativa (59,9% y 67,0%) (7).

Salud de los trabajadores

Entre 1996 y el 2001, el porcentaje de niños o adolescentes entre 6 a 17 años que trabajaban se incrementó de 20,8% a 28,6% (19, 20). En 2001, del total de niños entre 6 y 17 años que trabajaban 54,0% eran varones y 42,4% estaban entre los 6 y 11 años de edad. El trabajo en los niños de 6 a 13 años estaba concentrado en actividades no tecnificadas, en empresas familiares y con poca o ninguna remuneración. De los adolescentes de 14 a 17 años, 48,7% trabajaban como peones de labranza, 11,6% como vendedores en kioscos y mercados, 8,6% en trabajos domésticos, y 7,0% eran tejedores, hilanderos o ayudantes de mecánica; 70% de los adolescentes ocupados vivían en áreas rurales. El Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo desarrolló el Plan Nacional por la Infancia y la Adolescencia, que tiene como finalidad la erradicación de las peores formas de trabajo infantil, entre las cuales están la minería artesanal (en la cual trabajan unos 50.000 niños y adolescentes), la segregación de basura, la elaboración artesanal de ladrillos, el trabajo doméstico en hogares ajenos, la recolección de hojas de coca y el trabajo en canteras.

Los principales problemas de salud de los trabajadores fueron la falta de protección en el trabajo y la baja cobertura de los servicios de salud ocupacional. En 2003, el Seguro Social cubría a 50,2% entre todos los trabajadores (66,3% del sector formal y 10,6% de las microempresas —con hasta cinco trabajadores) (21). Existe poca información sobre accidentes laborales y enfermedades ocupacionales, pero de acuerdo a informes de la seguridad social, en 2002 se notificaron 16.914 accidentes laborales, 60% de ellos en Lima. La mayor mortalidad por accidentes laborales se da en la industria de la minería, donde alcanza una tasa de 68 por 100.000 trabajadores de esa actividad; le sigue la construcción (58), el transporte (37) y la industria (14) (22).

Salud de las personas con discapacidad

Existe poca información sobre esta población y los datos disponibles difieren mucho. En el Censo de Población de 1993 se encontró que la población con algún tipo de discapacidad representaba 1,3% de toda la población. Ese mismo año, otro estudio señalaba que 13,1% de la población tenía alguna minusvalía, 31,3% alguna discapacidad y 45,4% alguna deficiencia (23). El porcentaje de personas con discapacidad era mayor en las áreas urbanas que en las rurales (36,3% y 16,4% respectivamente). Las principales discapacidades fueron invalidez, incluidas la secuela de poliomielitis y la pérdida o invalidez de extremidades inferiores o superiores (28%), ceguera (21%), sordera (14%), retardo mental (12%), alteraciones mentales (10%) y mudez (7%). En 2005, según los resultados preliminares de la Encuesta Continua

del Censo de Población, 8,7% de la población tenía algún tipo de discapacidad, ya sea visual, verbal, auditiva, motriz o cognoscitiva; ese porcentaje fue mayor en Lima Metropolitana (10,9%) que en el área rural (8,0%) y urbana (7,6%) (24).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Se estima que 13 millones de personas viven en zonas de riesgo de transmisión de **malaria** (1,2 millones en áreas de alto riesgo); en 2005 se notificaron 87.669 casos de malaria, una reducción significativa respecto a los 247.229 casos notificados en 1998, aunque hay que considerar que entre 1997 y 1998 se presentó el fenómeno “El Niño”. Los casos notificados proceden de la selva amazónica y la costa norte; la primera es una zona de gran humedad y lluvias a lo largo de casi todo el año y la segunda es una zona desértica, pero con plantaciones de arroz que requieren de grandes cantidades de agua, lo que hace de ellas un lugar propicio para la reproducción del vector. Diecisiete por ciento de los casos de malaria se deben a *Plasmodium falciparum*. La mortalidad en el país es baja y en 2005 se notificaron cuatro defunciones.

En relación con el **dengue**, la población que vive en ciudades infestadas con *Aedes aegypti* es de 10 millones; estas ciudades están ubicadas en la costa norte y la selva. En el país circulan los cuatro serotipos del virus del dengue. En 2001 se presentó un brote en la costa norte y se notificaron 23.329 casos, 250 de ellos de dengue hemorrágico. En 2005 se informaron 7.360 casos, 926 de ellos confirmados; ese mismo año se presentó por primera vez un brote en la zona norte de la ciudad de Lima (con 813 casos), que duró entre marzo y abril. En ese brote se aisló el serotipo 3 y las encuestas entomológicas encontraron al vector en la mayor parte de los distritos del norte de Lima y en dos de sus distritos sureños.

Se estimó en 1,5 millones la población en áreas de riesgo de transmisión de la enfermedad de **Chagas**, en los departamentos de Ica, Arequipa, Moquegua y Tacna. La prevalencia en bancos de sangre de esas áreas fue 0,8% en 2003. En la ciudad de Arequipa, que tiene una población de alrededor de un millón de habitantes y donde existe el vector y transmisión de la enfermedad, se está desarrollando el plan de eliminación del *Triatoma infestans* con fondos del Gobierno Regional de Arequipa y de la cooperación internacional.

La **leishmaniasis** está ampliamente distribuida en la sierra y la selva del país. En el Perú existen dos de sus formas clínicas, la cutánea y la mucocutánea, esta última solo en la selva amazónica. En 2005, fueron notificados 7.127 casos, 95,3% de la forma cutánea y 4,7% de la mucocutánea; 70% de los casos notificados proceden de Amazonas, Madre de Dios, Cajamarca y Cuzco.

Entre 2001 y 2005 se notificaron 226 casos de **fiebre amarilla** (30, 42, 12, 67 y 75 sucesivamente). En 2004 comenzó una campaña de vacunación masiva universal en los departamentos endémicos y en aquellos de los que proceden los trabajadores que viajan a la selva en las épocas de cosecha o siembra estacional; se alcanzaron coberturas alrededor de 90%.

Enfermedades inmunoprevenibles

En el quinquenio 2001–2005, la morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles se han mantenido bajas, debido a las altas coberturas de vacunación alcanzadas, a pesar de que entre 2000 y 2004 se produjo una reducción de las coberturas de DTP3 (de 98% a 91%), OPV3 (de 93% a 91%), BCG (de 93% a 92%) y antisarampionosa (de 97% a 86%) (25). Ese último año se notificaron 1.580 casos de **tos ferina** y 4 de **tétanos** neonatal; el último caso confirmado de **sarampión** fue en 2000. El país ha mantenido la erradicación de la **poliomielitis** aguda, y el tétanos neonatal está eliminado como problema de salud pública. A pesar de las altas coberturas nacionales, en 2004 aún existían departamentos sin coberturas óptimas; por ejemplo en Ucayali, donde hubo una cobertura de 70,2% para DTP3, 69,4% para OPV3 y 86,2% para la antisarampionosa.

En junio de 2003 se promulgó la Ley General de Vacunas, que declara como obligatorias las actividades de vacunación y determina que los fondos destinados a este fin tengan carácter intangible. El país ha universalizado la vacuna pentavalente en los menores de 1 año, la cual forma parte del esquema de vacunación desde 2004; además, existe la propuesta de incluir en el esquema de vacunación refuerzos con las vacunas DTP y sarampión-rubéola. Un intenso brote de rubéola ocurrió en 2005–2006, con más de 5.000 casos confirmados y la presencia del síndrome de **rubéola** congénita (SRC). En 2006 se inició una campaña masiva de vacunación en hombres y mujeres para la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita.

Enfermedades infecciosas intestinales

La prevalencia de **diarrea** en los menores de 5 años de edad fue de 15% en las dos semanas previas a la encuesta demográfica y de salud familiar, tanto en 2000 como en 2004 (14,15). Si bien las enfermedades infecciosas intestinales no constituyen una importante causa de mortalidad (49,8 por 100.000 menores de 5 años) a nivel nacional, sí lo son en algunos departamentos ubicados en la selva amazónica, como Madre de Dios (202,6), Ucayali (153,7) y Amazonas (144,1), y entre los más pobres del país, como Puno (113,9) y Huancavelica (89,8); en Lima y Callao las tasas son de 11,5 y 9,8 respectivamente (16).

Enfermedades crónicas transmisibles

En 2005, se identificaron 30.226 casos nuevos de **tuberculosis** (TB) (109,7 por 100.000 habitantes), lo que representó una reducción respecto a 2000, cuando se identificaron 34.280 casos (133,6 por 100.000). Asimismo, en 2005 se diagnosticaron 668

pacientes con coinfección TB/VIH (2,4 por 100.000 habitantes); este mismo año la tasa de recaída fue de 11,6%, y el porcentaje de fracasos al esquema primario alcanzó 2,8.

Entre 2001 y 2005 se diagnosticaron y trataron 8.561 casos de tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR). Hasta 2004 la tasa de curación era menor a 40%, por lo que a partir de 2005 se puso en vigencia una nueva norma para la atención de estos pacientes, en la que se considera un esquema de tratamiento con medicamentos de alta eficacia. Se espera que esta medida eleve la tasa de curación a 85% en 2007, y que a partir del 2008 se reduzca en 5% anual la tasa de TB MDR. Desde el último trimestre de 2005, se encuentra en ejecución la tercera Encuesta Nacional de Resistencia del *Mycobacterium tuberculosis*; en la segunda encuesta, que se realizó en 1999, se encontró TB MDR en 3,0% de los casos nuevos y en 12,3% de las personas con antecedente de tratamiento previo.

En 2002, la prevalencia de **lepra** se encontraba en 0,03 por 10.000 habitantes. Entre 2003 y 2005 se notificaron 83 casos nuevos (34, 20 y 29 respectivamente). De los 29 casos notificados en 2005, 20 fueron multibacilares y 9 paucibacilares; 2 fueron menores de 15 años y 12 mujeres. Todos procedían de la selva (Loreto y Ucayali).

Infecciones respiratorias agudas

Estas infecciones constituyen una de las primeras causas de morbilidad y la primera causa de mortalidad. En 2004, 17,0% de los menores de 5 años de edad habían presentado un episodio de esta enfermedad en las dos semanas previas a la encuesta, aunque este porcentaje fue mayor entre los niños del quintil inferior de ingresos (22%) que entre los del superior (15%) (14). Ese mismo año, la tasa de mortalidad para toda la población fue de 68,0 por 100.000, pero entre los menores de 1 año de edad fue 7 veces más alta (483,3) y entre los mayores de 64 años, 11 veces mayor (722,2). Las mayores tasas de mortalidad se observaron en los departamentos más pobres, como Ucayali (298,4), Apurímac (290,4) y Puno (278,9), mientras que en Lima fue 82,5 y en Tacna 69,3.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Hasta diciembre de 2005, se habían notificado en el país 18.117 casos de sida. Se estima que hay 70.000 personas con VIH y que 7.000 de ellas están en la denominada fase sida. La mediana de edad de los casos notificados de sida fue de 31 años. La relación hombre:mujer de casos de sida se ha reducido en forma progresiva y constante, de 13,3:1 en 1990 a 2,8:1 en 2005. En 97% de los casos notificados de sida la vía de transmisión fue sexual, en 2% fue vertical y en 1%, parenteral (26). En 2002, la seroprevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años de edad fue de 0,21% (27) y, de acuerdo con diferentes estudios, la prevalencia de VIH entre hombres que tienen sexo con hombres varía de 11% a 18%. En 2002 se estudió una muestra de población entre 18 a 29 años de edad, en 24 ciudades con más de 50.000 habitantes,

con excepción de Lima y Callao; entre los principales hallazgos se encontró una prevalencia de VIH de 0,4% entre los hombres y de 0,1% entre las mujeres; que 12% de los hombres habían tenido relaciones sexuales con otros hombres; que, en su última relación sexual, 24% de los hombres usó condón con una pareja casual del sexo femenino y 32% con una pareja del mismo sexo. La prevalencia de sífilis fue similar entre hombres y mujeres (1,1%), la prevalencia de infección por clamidia fue mayor entre las mujeres (4,0% y 6,8% respectivamente), así como la de gonorrea (0,3% y 0,8%) (28).

En 2003, el país obtuvo financiamiento del “Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria” para el proyecto de “Fortalecimiento de la prevención y control del sida y la tuberculosis en el Perú”. En el componente de VIH/sida del Proyecto, la mayor parte del financiamiento fue dirigido a proveer de tratamiento antirretroviral (ARV). Antes del proyecto menos de 2.000 personas recibían este tratamiento (la mayor parte de ellas proveído por la seguridad social). A diciembre del 2005, se había logrado dar tratamiento a 7.075 personas. A partir del 2006 el MINSa financió la compra de tratamientos ARV para aquellas personas que no están afiliadas al Seguro Social.

Zoonosis

Existen focos activos de **peste** en áreas de extrema pobreza de los Departamentos de Cajamarca, Piura y Lambayeque. En 2004 se notificaron dos casos y cinco en 2005. La eliminación de esos focos dependerá de la construcción y mantenimiento de silos artesanales para el almacenamiento de las cosechas agrícolas, el mejoramiento de las viviendas y de las condiciones de vida de la población rural, con el apoyo de los gobiernos locales.

El **ántrax o carbunco** es endémico en varias zonas de la costa del país y su presentación en humanos está asociada con la manipulación de animales infectados. En el período 2003–2005 se notificaron 136 casos en los Departamentos de Lima (65), Ica (43), Piura (18) y Tacna (10).

La **brucelosis** humana es ocasionada principalmente por el consumo de quesos frescos contaminados con *Brucella melitensis*. El número de casos diagnosticados durante el período 2002–2005 fue de 5.397 (2.450 en 2002, 1.358 en 2003, 1.108 en 2004 y 481 en 2005); las ciudades de Lima y Callao fueron las que más casos aportaron. Aún no se ha establecido un programa que permita conocer la real magnitud del problema y sus posibilidades de control, el cual debe incluir a los criadores de ganado caprino, la industria láctea y los consumidores.

Desde 2001, no se habían registrado casos de **rabia** humana transmitida por perros, hasta que en 2005 se notificó el fallecimiento de una persona por esta enfermedad, en el Departamento de Puno. Existe una tendencia decreciente en la presentación de la rabia canina: en 2004 hubo 24 casos y en 2005, 22. El Programa Nacional de Control de la Rabia ha basado su éxito en la educación e información a la comunidad sobre el riesgo de contraer rabia; el acceso oportuno y la disponibilidad universal a los es-

quemados de tratamiento previo y posterior a la exposición, y la mejora de la cobertura de vacunación de la población canina, derivada de campañas intensivas de vacunación, de 25,5% en 2002 a 49,1% en 2004. Por otro lado, se han registrado brotes de rabia silvestre transmitida por vampiros en comunidades indígenas de la Amazonía: ocho casos en 2004 (Amazonas) y siete en 2005 (cuatro de Amazonas y tres de Loreto).

Perú ha avanzado en el control de la **fiebre aftosa**, con el objetivo de lograr su erradicación. Desde octubre de 2000 no se había registrado la presencia de esta enfermedad, hasta que en 2004 se constató un brote ocasionado por el virus tipo “O”. El brote fue controlado y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) ha otorgado la certificación de 10 departamentos del sur del país como libres de la enfermedad. Esto facilitará el libre comercio de los camélidos sudamericanos y otros productos agrícolas de importancia en la economía y sociedad rural.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

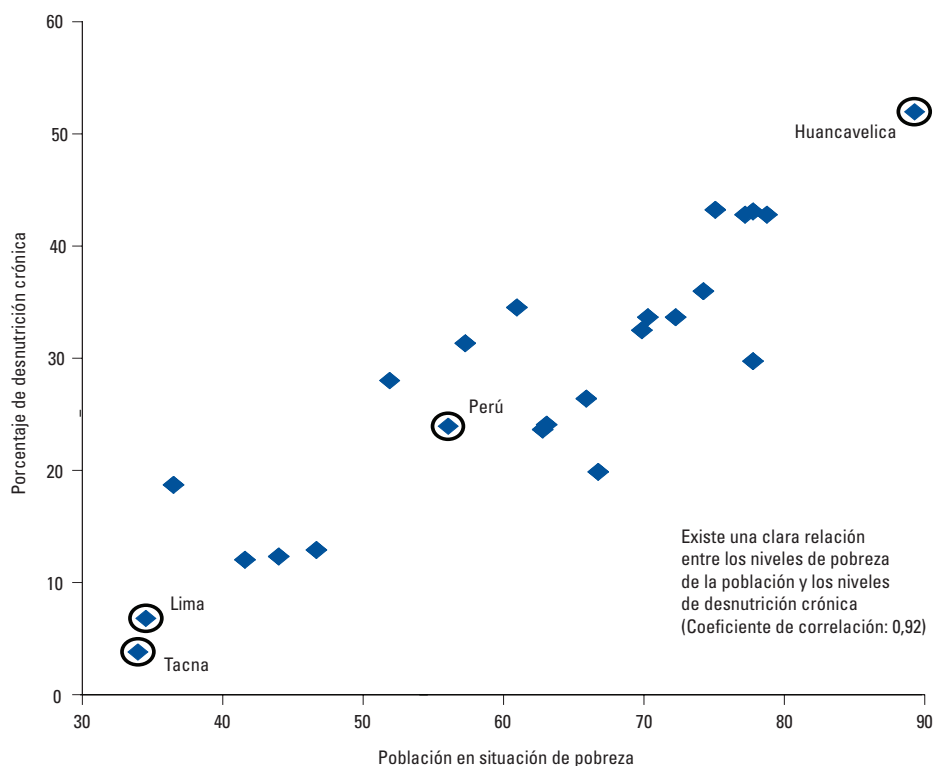
Las mayores tasas de mortalidad por anemia y deficiencia nutricional, tanto en la población general como entre los menores de 5 años de edad, se presentaron en los departamentos más pobres del país, como Huancavelica (72,5 por 100.000 habitantes, y 168,8 por 100.000 menores de 5 años, respectivamente), Huanuco (22,2 y 114,8), Ucayali (53,8 y 156,8), Puno (40,8 y 69,9) y Apurímac (31,9 y 45,2), mientras que Lima presentó las tasas más bajas (4,9 y 9,4 respectivamente).

En 2004, 32,5% de la población del Perú sufría **déficit calórico** (28,6% de la población urbana y 39,7% de la rural). Los departamentos con altos niveles de pobreza presentaron también los mayores porcentajes de población con déficit calórico; por ejemplo, Huancavelica (63,5%), Huanuco (48,3%) y Puno (44,3%) (7).

En 2000, el porcentaje de menores de 5 años de edad con **desnutrición** aguda fue de 0,9%, siendo mayor entre los niños de 12 a 15 meses de edad (1,9%). Ese mismo año, la desnutrición crónica afectó a 25,4% de los menores de 5 años, aunque estaba sobre 30% después de 16 meses de edad. Este último tipo de desnutrición afectó por igual a niños y niñas, aunque hubo una diferencia importante según área de residencia: mayor en el área rural (40,2%) que en la urbana (13,4%). Dado que este es un problema asociado a la pobreza, departamentos como Huancavelica, Cuzco y Apurímac, con más de 75% de su población en situación de pobreza, tienen prevalencias que superan ampliamente el promedio nacional (53,4%, 43,2% y 43,0% respectivamente) (15); el coeficiente de correlación entre desnutrición crónica y pobreza es de 0,92 (Figura 4).

En 2000, la prevalencia de **anemia** ferropénica entre mujeres de 15 a 49 años de edad fue de 31,6%, siendo de 37,0% en el área rural y 29,2% en la urbana. Entre departamentos, el rango fue de 45,9% en Ayacucho a 16,9% en Lima. Entre los menores de 5 años

FIGURA 4. Desnutrición crónica en menores de 5 años de edad, según niveles de pobreza, Perú, 2000.



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Encuesta Nacional de hogares 2001.

de edad, 49,6% tenía algún tipo de anemia, siendo mayor en el área rural que en la urbana (53,4% y 46,6% respectivamente); asimismo, afectó a 70,7% de los menores de 5 años del Cuzco y a 61,5% de Puno (15). Con la finalidad de reducir este problema, así como la deficiencia de otros micronutrientes, en 2005 se emitió un decreto supremo que establece que la harina de trigo debe contener hierro (55 mg/kg), niacina (48 mg/kg), ácido fólico (1,2 mg/kg), vitamina B1 (5 mg/kg) y vitamina B2 (4 mg/kg).

En 1986 se inició una política orientada a erradicar la **deficiencia de yodo**, sobre la base de la promoción del consumo universal de sal yodada, particularmente en la sierra y selva, zonas donde existía esta carencia. En 1998 se declaró la erradicación de la deficiencia de yodo como problema de salud pública. Después se ha continuado con la vigilancia del consumo de sal fortificada con yodo. La última encuesta, realizada en 2003 (29), encontró que el consumo de sal yodada, a nivel nacional, era adecuado en 92,9% de los niños de 12 a 35 meses de edad y en 92,8% de mujeres de 15 a 49 años de edad; menores prevalencias se encontraron en Loreto (86,2% y 85,0% respectivamente), ubicada en la selva amazónica.

Evaluaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud entre 1997 y 2001 encontraron altos niveles de **deficiencia de vi-**

tamina A en niños menores de 5 años de edad; a nivel nacional esta deficiencia se redujo de 19,2% a 13,0% en ese período. En 2001, la deficiencia de vitamina A era mayor en la Sierra Sur (22,9%) y en la Selva (17,9%), mientras que en Lima se encontraba en 10,3%. Ese mismo año y entre las mujeres de 15 a 49 años de edad, la deficiencia de esta vitamina afectaba a 8,7% de ellas, un poco mayor en la Sierra Sur (11,2%) (30). En 1996, el Ministerio de Salud estableció un programa de suplementación preventiva de vitamina A en púerperas y niños entre 6 y 59 meses de edad, así como de mejora de las prácticas de alimentación complementaria después de los 6 meses de edad en la población infantil y durante el período de gestación, focalizando sus acciones en las provincias más pobres del país.

En 2000, la prevalencia de **sobrepeso** en mujeres de 15 a 49 años de edad que ya habían sido madres fue de 33,7% y la de obesidad, 13,0% (15). En población adulta se han encontrado prevalencias de sobrepeso de hasta 40%, y de obesidad de hasta 20% (31, 32, 33). La prevalencia de hipercolesterolemia en adultos varía según la zona de estudio, desde 47,2% en el distrito de Castilla (Piura) hasta 10,6% en Huaraz (Ancash) (32).

En 2000, la **diabetes** mellitus ocupaba el décimo quinto lugar como causa de mortalidad en el Perú, y el décimo en 2004, año en

el que fue la sexta causa de muerte entre personas de 45 a 64 años de edad. En 2000, se encontraron prevalencias de diabetes mellitus de 7,0% en la ciudad de Lima, 6,7% en Piura, 4,4% en Tarampoto y 1,3% en Huaraz (34). Si bien no hay muchos estudios sobre el impacto económico de esta enfermedad, un estudio, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, encontró que el costo del diagnóstico y evaluación inicial de un paciente con diabetes mellitus oscilaba entre US\$ 120 y US\$ 200; sin embargo, cuando el paciente se complicaba con una insuficiencia renal crónica, el gasto podía elevarse de US\$ 8.000 a US\$ 12.000 por año (34). En Lima, la diabetes mellitus fue responsable de 10% de los casos de insuficiencia renal crónica (35).

Enfermedades cardiovasculares

En 2004, la **enfermedad isquémica del corazón** ocupaba el segundo lugar como causa de mortalidad en Perú (25,7 por 100.000 habitantes), mayor en hombres (29,7) que en mujeres (21,7). Entre las personas de 45 a 64 años la tasa de mortalidad fue 41,4 por 100.000 (58,1 en hombres y 24,9 en mujeres), y llegó a 352,1 entre los mayores de 65 años (405,3 en hombres y 306,1 en mujeres de esa edad). Las **enfermedades hipertensivas** tuvieron una tasa de mortalidad de 16,9 por 100.000, menor que la de las enfermedades isquémicas del corazón y la de las **enfermedades cerebrovasculares** (24,3 por 100.000), aunque la hipertensión arterial es un problema asociado a los otros dos. Estudios realizados entre 1997 y 2001 encontraron cifras entre 15% y 20% de prevalencia de hipertensión arterial en hombres y de alrededor de 10% en mujeres de ciertas poblaciones seleccionadas (31, 32).

Neoplasias malignas

En 2004, el tumor maligno de estómago ocupaba el séptimo lugar como causa de mortalidad entre todas las causas (Lista 6/67-OPS), con una tasa de mortalidad de 15,6 por 100.000 habitantes; no hubo diferencia entre hombres y mujeres. El tumor maligno de próstata fue, después del de estómago, el cáncer más importante entre los hombres (tasa de mortalidad de 12,4 por 100.000), aunque después de los 65 años de edad lo superaba como causa de mortalidad (228,9 y 205,0 respectivamente). Ese mismo año, el tumor maligno de útero (cuello, cuerpo y parte no especificada) fue la sexta entre todas las causas de muerte en las mujeres (15,6 por 100.000 mujeres), pero la primera entre las mujeres de 25 a 44 años (48,6 por 100.000). A pesar de la importancia de este tipo de cáncer como causa de morbilidad y mortalidad, en el Ministerio de Salud no existe un programa encargado de su prevención y control, aunque en 2004 la Dirección General de Salud de las Personas y el Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas elaboraron el Manual de Normas y Procedimientos para la prevención del cáncer de cuello uterino, con el objetivo de mejorar la cobertura de Papanicolaou y reducir los niveles de morbilidad y mortalidad.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

En las últimas décadas se han producido tres tipos de desastres naturales: inundaciones y desbordes de ríos en el Norte, consecuencia del fenómeno El Niño; sismos en el Sur y Oriente, y aluviones en la Sierra en épocas de intensas lluvias. En el norte del país, zona donde habitualmente hay pocas precipitaciones, el fenómeno El Niño se presenta a intervalos irregulares, cada dos a siete años, con aumento de precipitaciones y descargas de los ríos; esto afecta la agricultura y los sistemas de agua potable y alcantarillado, e incrementa la presencia de vectores de importancia para la salud pública, como los transmisores de la malaria. Uno de los dos últimos sismos de importancia fue en Arequipa, Moquegua y Tacna (el 23 de junio de 2001, de magnitud 6,9 en la escala de Richter), y produjo 83 defunciones, 219.420 damnificados, y 22.052 viviendas destruidas. El segundo se presentó en San Martín (el 25 de septiembre de 2005, magnitud 7,5), pero no causó mayores daños debido a que su epicentro estuvo lejos de centros urbanos de alta concentración de población (36).

Salud mental

En Lima, en 2002, 56,7% de la población adulta consideraba que el problema principal del país era el desempleo, 16,4% la pobreza, 5,1% la corrupción y 2,8% la violencia. Esta situación les producía un estado de desilusión (26,6%), amargura y rabia (25,9%), resignación (5,3%) e indiferencia (3,3%); además, 76,9% no se sentía protegida por el Estado. Se encontraron también altos niveles de estrés, el que afecta a 49,5% de las mujeres y a 41,6% de los hombres. En cuanto al sentimiento de insatisfacción, 40,6% lo relaciona con lo económico, 29,5% con lo formativo y 29,5% con sus relaciones sociales (37). En esa misma población, la prevalencia de vida de la ansiedad ascendía a 20,3% entre los hombres y a 30,1% entre las mujeres, y la de cualquier trastorno psiquiátrico fue de 32,9% para los hombres y de 41,5% para las mujeres. Entre los adultos encuestados, 30,3% pensó en suicidarse alguna vez y 5,2% lo intentó, siendo las principales causas los problemas de pareja (45,1%) y los económicos (15,5%). La prevalencia de trastornos sicóticos fue de 1,0% (0,7% en los hombres y 1,3% en las mujeres). Entre los adolescentes de Lima, también en 2002, 1 de cada 7 tuvo ideas suicidas, la prevalencia de vida de trastornos depresivos llegó a 14,5% en hombres y a 23,3% en mujeres, y 1 de cada 12 adolescentes presentaba síntomas de depresión (37).

Adicciones

En 2002, entre la población de 12 a 64 años, la prevalencia de vida de consumo de alcohol y tabaco fue de 94,2% y 68,0%, respectivamente. La prevalencia anual de consumo de alcohol fue 75,1%, mayor en hombres que en mujeres (79,8% y 71,0%); la de tabaco fue 37,5% (53,3% en los hombres y 23,7% en las mujeres). En los niños de 12 y 13 años de edad, 36,0% consumió alcohol el

año anterior a la encuesta (42,6% varones y 28,4% mujeres) y 4,4% tabaco (6,8% varones y 1,6% mujeres). La edad mediana de inicio de consumo de alcohol fue 13,7 años para el grupo de 12 a 19 años; 16,1 para el grupo de 20 a 29 años, y 17,4 para el grupo de 30 a 39 años, lo que indica que el inicio de consumo de alcohol se ha venido adelantando en los últimos años.

La prevalencia de vida de consumo de drogas ilícitas fue de 5,8% para marihuana, 2,1% para pasta básica de cocaína, y 1,8% para clorhidrato de cocaína. Entre los adolescentes de 12 a 19 años, 5,2% ha consumido marihuana, 1,1% pasta básica de cocaína y 2,0% clorhidrato de cocaína.

La dependencia del alcohol entre la población de 12 a 64 años de edad llega a 10,6% (17,8% en los hombres y 4,3% en las mujeres), siendo más alto en el grupo de 20 a 30 años (14,5%) y en el de 31 a 40 años (13,4%). El segundo lugar en las dependencias lo ocupa el consumo de tabaco, con 4,4% (6,3% en hombres y 2,2% en mujeres), siendo mayor en los grupos de 20 a 30 años (6,8%) y de 31 a 40 años (4,9%) (38).

Contaminación ambiental

El Servicio Nacional de Sanidad Agraria (SENASA) ha prohibido el registro, la importación, la formulación local, la distribución y la comercialización de los plaguicidas clorados aldrín, endrín, dieldrín, clordano, mirex, heptacloro y toxafeno. En 1991 se prohibió absolutamente el uso del DDT en la agricultura, así como de sus derivados, y el MINSA tampoco hace uso del DDT para el control de vectores de malaria. En 2003 se encontraron signos de intoxicación crónica por plaguicidas en 1 de cada 6 agricultores de las provincias de Huancayo, Jaén y Tarapoto (39). Además, no existe un programa dirigido a los agricultores que permita almacenar y manipular adecuadamente los plaguicidas en las zonas rurales; esto ha llevado a varios episodios de intoxicación masiva, como el de la intoxicación con Parathión de 50 niños (24 de los cuales fallecieron) en la comunidad de Taucamarca (Cuzco) en 1999, o la intoxicación y posterior muerte de dos adultos y cuatro niños en el distrito de Andarapa (Apurímac) en octubre de 2003.

En 2002, se realizó un inventario de fuentes de emisión de dioxinas y furanos, y en la ciudad de Lima se encontraron niveles de dioxina de 21 ng/g (los valores normales son de 0.0072 a 14 ng/g, según la OMS-TEK). Las principales fuentes de emisión son la incineración de residuos municipales y desechos hospitalarios, la producción de cemento y metales, la generación de electricidad, los vehículos motorizados y las fábricas de pulpa de papel.

Salud oral

En 2001, último año en que se hizo una evaluación nacional, en escolares de 6 a 15 años de edad se encontró una prevalencia de caries dental de 90,7% y de fluorosis de 35,7%. El índice CPOD estaba en 5,7, aunque fluctuaba entre 8,3 en Ayacucho y 3,5 en Ancash. En los niños de 12 años de edad este índice se encontraba en 3,9. Las enfermedades bucales fueron la segunda causa

de consulta externa en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y representaron 10% de todas las consultas en 2004. De todas las consultas odontológicas, 20,6% fueron para exodoncias y 18% para obturaciones. A pesar de la gran demanda de servicios odontológicos, solo 16% de todos los establecimientos de salud del MINSA cuentan con este servicio y el número de odontólogos que laboran en ellos no se ha incrementado en los últimos años (1.681 en 2002 y 1.607 en 2004). No obstante, con el Seguro Integral de Salud se espera mejorar el acceso a la atención básica de salud bucal de la población pobre, dispersa, infantil y gestante sin protección social en salud. Entre las actividades de prevención se ha reformulado la “Norma técnica nacional de sal de consumo humano”, que incorpora sal importada y eleva la concentración de flúor. En la costa, más de 80% de la población urbana consume sal yodada y fluorurada, pero en la sierra y la selva este porcentaje llega solo a 60% (40).

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

En julio de 2001, el Gobierno peruano convocó a los partidos políticos y a un conjunto de organizaciones políticas, religiosas y de la sociedad civil para lograr un acuerdo nacional, que sirviera de base para la transición y consolidación de la democracia, la afirmación de la identidad nacional y el diseño de una visión compartida del país a futuro. De las 29 políticas de Estado aprobadas, la decimotercera señala el compromiso de un acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, mientras que la decimoquinta tiene relación con la promoción de la seguridad alimentaria y la nutrición.

Los Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002–2012 orientan las acciones del sector salud y definen las bases del proceso de modernización sectorial. Los nueve lineamientos definidos ponen énfasis en promoción de la salud, atención integral de las personas, aseguramiento universal, financiamiento orientado a los más pobres y modernización del Ministerio de Salud. Entre sus objetivos estratégicos están promoción de la salud, prevención de enfermedades crónicas y degenerativas, educación en salud, desarrollo del Seguro Integral de Salud, reducción de la morbilidad y mortalidad infantil y materna, ampliación del acceso y uso racional de medicamentos, y descentralización sectorial.

En 2002 fue promulgada la Ley de Bases de Descentralización (Ley N° 27783), que regula la estructura y organización del Estado en los ámbitos nacional, regional y local; define las normas que regulan la descentralización administrativa, económica, productiva, financiera, tributaria y fiscal; fija las competencias de los tres niveles de gobierno y determina los bienes y recursos de los gobiernos regionales y locales, y regula las relaciones de gobierno en sus distintos niveles. En enero de 2003, entraron en funcionamiento los gobiernos regionales, con la transferencia

progresiva de funciones y competencias, así como el manejo de su presupuesto.

En 2005 se inició el proceso de transferencia de las direcciones de salud a los gobiernos regionales² por parte del MINSA, mediante un proceso de acreditación conducido por el Consejo Nacional de Descentralización (CND). Este proceso implica el desarrollo de capacidades en las regiones para conducir, dirigir y gestionar los servicios de salud, a partir de un conjunto de competencias transferidas convenidas con el CND; aunque el proceso debe concluir en 2010, el progreso alcanzado entre 2004 y 2005 ha sido extraordinario, por lo que quizá se pueda cumplir la meta de transferencia más pronto de lo establecido. Varias regiones (La Libertad, Lambayeque y Arequipa), mediante procesos participativos y consultivos, han establecido prioridades sanitarias, políticas y planes regionales de salud.

En 2001 se creó el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS), como un mecanismo de articulación sectorial entre los subsectores público (que incluye al MINSA, y la sanidad de fuerzas armadas y policía nacional), privado y de la seguridad social. La primera evaluación del SNCDS, realizada en 2005, mostró que era necesario hacerle varios ajustes; asimismo —dado que el Ministerio no ha asumido la función rectora del SNCDS, principalmente porque no tiene la estructura ni las competencias necesarias—, se hizo evidente que era necesario llevar a cabo una armonización de las normas que rigen a las entidades que conforman el SNCDS, para que éstas estén en posibilidad de interactuar bajo la rectoría del Ministerio, así como para hacer compatible su funcionamiento como sistema coordinado. El mayor progreso observado en el SNCDS fue la descentralización, proceso en el que el MINSA ha jugado un papel fundamental.

El impacto de la descentralización en el sector público en salud todavía es incipiente, ya que el proceso de transferencia de funciones, competencias, responsabilidades y recursos es progresivo, por etapas y por áreas, de acuerdo a cronogramas pactados entre el gobierno nacional y los gobiernos regionales. Los principales cambios se han producido en la función de prestación de los servicios de salud públicos, la cual ha sido transferida a los gobiernos regionales, y algunas actividades de salud pública y promoción, como es el saneamiento básico, a los gobiernos locales.

Hasta junio de 2006 se habían transferido 34 competencias y facultades a 24 de los 26 Gobiernos Regionales que han demostrado tener la capacidad para el ejercer las funciones descentralizadas; esto los hace responsables de toda la prestación de servicios de salud, incluso la negociación del financiamiento, que se realiza contra contratos de gestión e indicadores de resultados. Entre 2005 y 2006, todos los gobiernos regionales fueron evaluados mediante el instrumento de medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), lo que permitió conocer el nivel de cada gobierno regional para el desempeño de las FESP, así

como las brechas y necesidades existentes. El gobierno central llevará a cabo un programa de desarrollo de capacidades basado en los resultados de esta medición.

Estrategias y programas de salud

En 2004, 63,2% de la población peruana no contaba con ningún tipo de seguro médico (70,10% de los pobres y 56,1% de los no pobres estaban en esta situación) (41). La principal restricción para el acceso a los servicios de salud fue económica: 32,10% de los pobres con síntomas de enfermedad o accidente y que consideraban necesario consultar, no lo hicieron por este motivo. Como una estrategia para mejorar el acceso de la población pobre, en 2001 se creó el Seguro Integral de Salud (SIS) de la fusión del Seguro Escolar Gratuito (creado en 1977) y del Seguro Materno Infantil (creado en 1998). El SIS da cobertura a los menores de 18 años de edad, mujeres gestantes y grupos de adultos focalizados, en situación de pobreza. De acuerdo con datos del SIS, en 2004 se habían afiliado 8,8 millones de personas (32,0% de toda la población), aunque la Encuesta Nacional de Hogares señaló que 20,1% de toda la población estaba afiliada a este seguro médico. A pesar de las discrepancias en las cifras, esta estrategia ha mejorado el acceso de la población a los servicios de salud, aunque 40% de la población todavía presenta algún tipo de exclusión a los servicios de salud, y 10% (2,7 millones de personas) está totalmente excluida del sistema de salud. Factores como pobreza, ruralidad y discriminación étnica y social explican parte de esta situación, aunque también son factores importantes problemas internos del sistema de salud como el deficiente suministro de servicios esenciales en las zonas más pobres (42). Por ejemplo, en 2000, la mortalidad evitable por problemas quirúrgicos de baja complejidad (mortalidad por apendicitis, hernias de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal sin mención de hernia) era 1,7 por 100.000 habitantes en Lima, mientras que en los departamentos más pobres del país como Apurímac y Huancavelica era 30 veces más alto (62,1 y 59,0 respectivamente) (16).

La tendencia es continuar progresivamente hacia el aseguramiento universal. El SIS sería el asegurador público para la población pobre y extremadamente pobre, así como para la población con capacidad adquisitiva del sector informal; por su parte, la seguridad social (ESSALUD) aseguraría la población asalariada, dejando abierto al sector privado planes complementarios y aseguramiento para aquellos que así lo prefieran.

Después de la desactivación de los Programas Nacionales de Salud en 2001, en julio de 2004 el MINSA estableció 10 estrategias sanitarias nacionales, las cuales están en relación con las prioridades de salud y que serán los temas que el MINSA impulsará y desarrollará en los próximos años: inmunizaciones, prevención y control de enfermedades metaxénicas y otras transmitidas por vectores, prevención y control de infecciones de transmisión sexual y VIH/sida, prevención y control de tuberculosis, salud sexual y salud reproductiva, prevención y control de

²Uno por cada Departamento, con la excepción de Lima, donde el área metropolitana constituye una región y el resto de sus provincias otra.

daños no transmisibles, accidentes de tránsito, salud de los pueblos indígenas, alimentación y nutrición saludable, y salud mental y cultura de paz.

Organización del sistema de salud

El sistema de salud del Perú está segmentado y tiene múltiples actores, tanto en la prestación como en el aseguramiento público, que ejecutan distintas funciones no necesariamente complementarias y con grandes grados de superposición. Esta situación puede profundizarse con la descentralización del Estado peruano. El sistema de salud se compone de ESSALUD (aseguramiento médico, de riesgos laborales y salud ocupacional), que es de carácter público y obligatorio para la población asalariada (en 2004, cubría a 17,6% de la población total) (41); el Ministerio de Salud (con los institutos nacionales públicos desconcentrados: oftalmología, cáncer, rehabilitación y pediatría, entre otros); los gobiernos regionales (a los cuales se les transfirió recientemente la función y los recursos, tanto humanos como financieros, para la prestación de los servicios públicos), y los gobiernos locales (a los cuales se les están transfiriendo facultades en las áreas de agua y saneamiento básico); la Sanidad de las fuerzas armadas y policiales (que cubre alrededor de 3,0% de la población), y el sector privado (con una cobertura del 10,0%) con y sin fines de lucro, este último intensamente fragmentado. El Seguro Integral de Salud (SIS) es un asegurador y financiador público, que facilita el acceso gratuito a la atención básica para la población pobre y extremadamente pobre de mujeres gestantes y menores de 18 años. Existe también el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), que cubre la atención por lesiones de este tipo de accidentes.

Además, hay instituciones de carácter regulador o de investigación, como el Instituto Nacional de Salud (laboratorios de salud pública e investigación en salud), el Instituto de Recursos Humanos en Salud y la Superintendencia de Seguros Privados, entre otros. Los servicios públicos y los de ESSALUD se organizan en redes de atención geográficamente distribuidas, organizadas por niveles de complejidad y con población adscrita; cuentan con hospitales generales, básicos, centros y puestos de salud, en su gran mayoría categorizados y regulados, que incluyen un conjunto de agentes voluntarios comunitarios entre los cuales están promotores y parteras. El sector público y ESSALUD se inspiran en el marco conceptual y los criterios de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

Con la finalidad de atender a la población pobre y dispersa de las áreas rurales más alejadas de la sierra y a la población indígena de la Amazonía, los gobiernos regionales y el MINSA han organizado unidades de atención móviles itinerantes que, apoyados por el SIS, atienden a intervalos regulares a esta población y le ofrecen un paquete de atención básico o esencial, así como acciones promocionales y de organización de la comunidad; este servicio atiende alrededor de 200.000 personas.

Servicios de salud pública

El MINSA estableció entre sus prioridades nacionales 2006–2012 la aplicación de la estrategia de atención primaria y consecuentemente ha desarrollado un conjunto de acciones, entre las que se pueden citar la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), donde se señalan las prestaciones de salud que debe recibir una persona según la etapa de vida en la que se encuentra, y de las Estrategias Sanitarias Nacionales (en reemplazo de los antiguos Programas de Salud), la participación social, el desarrollo de normas para la organización de las redes y categorización de establecimientos de salud, la readecuación cultural de los servicios, el enfoque de género, la acción intersectorial y eliminación de la exclusión social en salud a través del desarrollo progresivo del aseguramiento universal. En este contexto el MAIS ha definido y está implementando un conjunto de atenciones esenciales por ciclo o etapa de vida (vacunación, alimentación complementaria, paquete de atención en salud reproductiva, paquete preventivo promocional para el adolescente, adulto mayor, la familia y la comunidad, etc.), que incluyen atenciones de carácter individual, familiar y comunitario, tanto promocionales y preventivas, como curativas y rehabilitadoras. Las atenciones colectivas son responsabilidad de los gobiernos regionales y locales, mientras que las individuales son responsabilidad de las redes de atención.

Las Estrategias Sanitarias Nacionales son unidades de análisis, vigilancia, evaluación, programación, planificación y de inteligencia sanitaria que tienen la responsabilidad de la conducción del control de problemas específicos de alto impacto o riesgo como las enfermedades transmisibles prevenibles por vacunas, TB, malaria, mortalidad materna e infantil, y la salud de las poblaciones indígenas.

En 2004, 64,4% de los hogares se abastecía de agua mediante red pública. La cobertura de este servicio es mayor entre los hogares no pobres (77,4%) que entre los pobres (47,7%). Se abastecen de agua de río, acequia, manantial o similar 18,0% de todos los hogares, 28,3% de los pobres y 46,0% del área rural (7). El déficit es aún mayor en el servicio de alcantarillado: solo 50,9% de las viviendas tienen conexión a la red pública, 26,8% cuentan con letrinas, pozo ciego o séptico y 22,3% no cuenta con ningún sistema de eliminación de excretas; esta última cifra se eleva a 52% en el área rural. Entre las poblaciones indígenas de la Amazonía, solo 11,7% cuentan con algún tipo de sistema de abastecimiento de agua, mayormente pozos y piletas públicas. La desinfección de agua está prácticamente ausente en casi todas las comunidades, y en aquellas en las que está presente, se realiza de manera intermitente. Solo 9,7% cuenta con algún sistema de eliminación de excretas, principalmente letrinas.

En 2004, solo 23,4% de las aguas servidas recibían algún tipo de tratamiento (el cual se da principalmente en la ciudad de Lima) antes de su disposición final (43), lo que representa un serio problema de contaminación al medio ambiente. Otra fuente importante de contaminación del agua es la actividad industrial,

SIS: una estrategia para mejorar el acceso a la salud de la población pobre

El Seguro Integral de Salud (SIS) se creó en 2002 como un subsidio para las poblaciones más pobres que no cuentan con un seguro de salud (menores de 18 años de edad, mujeres gestantes y grupos de adultos focalizados). Su propósito es disminuir las limitaciones de acceso a los servicios de salud, tanto por la existencia de barreras económicas, como por las diferencias culturales y geográficas. A continuación se presentan algunos de sus logros:

- Brindó aproximadamente 79,1 millones de prestaciones de salud en solo 60 meses.
- Concentra esfuerzos en favor de la atención gratuita de salud materno-infantil en áreas rurales y urbano-marginales.
- Se han destinado más de 1.206 millones de soles para financiar las prestaciones de salud en todo el país.
- Se ha proporcionado atención gratuita a las madres gestantes y hasta diciembre de 2006 se habían atendido 1.554.896 partos.
- Están afiliados más de 2,7 millones de niños y niñas desde recién nacidos hasta 4 años y más de 196.000 madres pobres.
- El SIS atiende a 7,1 millones de niños y jóvenes en edad escolar (de 5 a 17 años) a pesar de que no sean alumnos regulares de centros educativos.

en particular la minería. La vigilancia de la calidad del agua ha encontrado que la mayoría de cuencas hidrográficas presentan contaminación por metales, entre ellos plomo, arsénico y cadmio (44). En algunos lugares la bioconcentración de metales excede varias veces las normas sobre calidad química alimentaria, como es el caso del mercurio en los pescados que se venden en el mercado público de Puerto Maldonado.

La recolección de residuos sólidos alcanza a 73,7% de la población, y solo 65,7% de esos residuos (8.532 toneladas diarias) se someten a alguna forma de disposición final: 14,7% se recicla, 29,8% (2.545 toneladas diarias) se vierte al ambiente (ríos y playas son los principales receptores), y el resto va a rellenos sanitarios. Esta situación da lugar a una grave contaminación del ambiente, poniendo en serio riesgo la estabilidad de los ecosistemas y la salud de las personas. Solo algunos hospitales de Lima tienen sistema de tratamiento de residuos. El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), ha establecido un sistema de vigilancia ambiental y sanitaria del manejo de los residuos sólidos a nivel nacional, enfatizando la disposición final y la cobertura de servicios, y ya se cuenta con un catastro de todos los sistemas actualmente en funcionamiento. Además, se han implementado acciones para la erradicación del tratamiento clandestino de los residuos sólidos, especialmente los destinados a la alimentación de cerdos u otros animales.

En cuanto a la seguridad alimentaria, la disponibilidad calórica en el año 1998 alcanzó las 2.584 calorías per cápita/día. Los cereales (trigo y arroz) constituyen la principal fuente de energía y proteína; 30% del trigo utilizado en el país es importado. Solo 7% del total de los recursos hidrobiológicos extraídos son desti-

nados al consumo humano directo y aportan 10% de la proteína total que consume la población peruana.

Con respecto a los preparativos para una posible pandemia de influenza, en octubre de 2005 el MINSA y el Ministerio de Agricultura, con el apoyo de la OPS y de la Comisión de Enfermedades Transmisibles del Consejo Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, elaboraron el Plan Nacional de Preparación y Respuesta Frente a una Potencial Pandemia de Influenza; el objetivo del Plan es facilitar una respuesta nacional efectiva y coordinada frente a una pandemia de influenza, proporcionando las recomendaciones para apoyar a los servicios de salud y a otras instituciones en la preparación de sus propios planes de contingencia. El Plan contempla la vacunación contra influenza estacional de grupos vulnerables (ancianos y niños principalmente) y personal de salud, quimioprofilaxis con antivirales para 20.000 personas durante seis semanas, tratamiento con antivirales para 100.000 personas por cinco días, compra de 2 millones de equipos de protección personal y compra de 100 ventiladores; el costo de estas actividades se ha estimado en US\$ 47.185.000 (45).

Servicios de atención a las personas

En ESSALUD, la atención a las personas se lleva a cabo según el esquema organizativo específico de cada subsector. En el sector público se realiza mediante redes de atención integradas por establecimientos de distinta complejidad, con población adscrita, articulados por niveles de atención que se enlazan por un sistema de referencia y contrarreferencia; la puerta de entrada al sistema son los médicos generales o de atención integral, o los establecimien-

tos de menor nivel de complejidad, y se utiliza una historia clínica estandarizada de carácter nacional, con contenidos obligatorios pero formato libre. En los servicios públicos se prioriza el conjunto de atenciones esenciales del MAIS o de las Estrategias Sanitarias Nacionales y el usuario debe pagar una tarifa regulada y subsidiada (excepto en la atención materno-infantil del SIS).

El sistema de salud peruano prácticamente provee toda la atención médica y tecnológica rutinaria y de mayor frecuencia, pero ESSALUD posee el mayor desarrollo tecnológico y realiza rutinariamente trasplantes renales, de médula y hepáticos. En todas las regiones se dispone de unidades de cuidados intensivos y de perinatología, con distintos grados de funcionamiento y equipamiento. El país cuenta con todas las especialidades clínicas y equipamientos de alta complejidad, pero su distribución no es adecuada, ya que se concentran en las principales ciudades del país.

El Centro Nacional de Laboratorios de Salud Pública es el órgano técnico normativo del Instituto Nacional de Salud, encargado de investigar, normar, desarrollar y evaluar integralmente las investigaciones para el desarrollo de nuevas tecnologías relacionadas con las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Este Centro es el laboratorio de referencia de los 19 laboratorios regionales de salud pública con que cuenta el país.

En 2003 existían en el país 92 bancos de sangre, ubicados en su mayoría en Lima, Callao y las principales ciudades del país; 93,3% de las unidades recolectadas son por reposición y solo 5,3% se obtienen de donantes voluntarios. Más de 96% de las unidades de sangre se tamizan para las principales enfermedades transmitidas por sangre. En 2003 se encontraron prevalencias de 0,27% para VIH; 0,62% para antígeno de superficie de hepatitis B; 0,55% para el virus de hepatitis C; 1,58% para sífilis y 0,84 para *Trypanosoma cruzi*. Sin embargo, no existe un sistema de control, monitoreo y evaluación que garantice la calidad de la sangre transfundida, ni redes de bancos de sangre, como tampoco unidades especializadas para su manejo de manera centralizada. En julio de 2006, el MINSA aprobó los Lineamientos de Política del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS), con la finalidad de sentar las bases de la Red Nacional y Redes Regionales de Servicios Transfusionales, así como garantizar la calidad y seguridad de la sangre a ser transfundida en los establecimientos de salud.

Las urgencias deben atenderse, por ley, en el establecimiento más cercano posible e independientemente de la capacidad de pago del paciente. Salvo en los servicios de atención del SIS o del sistema de seguros, generalmente los usuarios deben pagar por los medicamentos, los exámenes de laboratorio y los procedimientos tanto intrahospitalarios como ambulatorios; en el sector público hay compras estatales centrales de medicamentos esenciales y genéricos, los cuales se distribuyen a los establecimientos de salud.

El sistema de prestación de servicios cuenta con un componente de gestión de la calidad de la atención que incluye las auditorías médicas; sin embargo, a pesar de repetidos intentos, no se

ha logrado consolidar la acreditación de establecimientos. La certificación del personal de salud es una función delegada a los colegios profesionales.

Promoción de la salud

Con la puesta en marcha de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), la Ley del Sistema Nacional Descentralizado y Coordinado de Salud, la ley de descentralización y el Modelo de Atención Integral en Salud, se han creado las bases operativas y legales para incrementar la participación ciudadana en el proceso de producción social de la salud. El país estimula la participación comunitaria de parteras, agentes comunitarios, voluntarios hospitalarios, asociaciones de pacientes, familiares de pacientes, juntas y comités de salud, planes locales y regionales participativos de salud, concejos regionales, provinciales y distritales de salud de carácter participativos y concertadores. Por otro lado, la sociedad civil desarrolla foros nacionales de salud que congregan a miles de participantes en una especie de conferencia nacional de salud. Estos esfuerzos consolidaron la tendencia a una mayor participación ciudadana, que culminó a finales del 2006 en la realización de la Conferencia Nacional de Salud.

Especial mención merecen los CLAS, que representan la asociación de las comunidades con el MINSA y donde a los ciudadanos organizados se les delega la facultad de administrar la prestación local de servicios de salud; un tercio de los establecimientos del primer nivel son administrados bajo esta modalidad. En las regiones de Arequipa, Tacna y Moquegua la totalidad de los establecimientos son CLAS.

Asimismo, se están llevando a cabo esfuerzos importantes para la acción intersectorial, sobre todo con educación y el sector privado, como fue el caso del programa “Juntos” (subsidio a población pobre a cambio de vacunación, lactancia materna, parto institucional y asistencia a las escuelas). En términos generales, el país se ha encaminado hacia una participación social en salud mayor y más sostenible y hacia la producción de salud basada en derechos y deberes.

Suministros de salud

Perú tiene una industria farmacéutica que produce genéricos y marcas nacionales, así como laboratorios que importan y comercializan prácticamente todos los medicamentos que requiere el país, regulados y supervisados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), que es la autoridad sanitaria en medicamentos, dispositivos médicos y reactivos. Se estima que solo alrededor de la mitad de la población que está enferma puede adquirir todas las medicinas prescritas en los servicios de salud, principalmente por la baja capacidad de pago de las personas (con diferencias entre los ámbitos urbano y rural). Otro problema importante en relación con los medicamentos son los elevados índices de falsificación y contrabando, que han lle-

vado al MINSA a reforzar la dependencia encargada del control de medicamentos. En los próximos años los resultados en relación al tema de la propiedad intelectual en las negociaciones de un Tratado de Libre Comercio podrían afectar el acceso a medicamentos, principalmente si no se toman las medidas necesarias para impedir un incremento sustancial de precios (46).

Existen normas que aseguran las buenas prácticas de manufactura y un registro nacional de medicamentos y dispositivos médicos de carácter obligatorio. Durante 2006 se revisó el petitorio nacional de medicamentos esenciales del sector público y se inició la compra centralizada y conjunta para todo el sector, con ahorros considerables; no obstante, ESSALUD y los servicios de salud de las Fuerzas Armadas todavía no se han incorporado a este mecanismo.

La capacidad de producción nacional de vacunas se restringe a la antirrábica y las demás se compran mediante el Fondo Rotatorio de la OPS para la compra de vacunas. El MINSA provee gratuitamente las vacunas incluidas en el esquema nacional de vacunación a todos los prestadores públicos y algunos privados.

El país produce todo el mobiliario de salud y médico, así como equipo e instrumental de baja complejidad. El equipamiento más complejo es importado principalmente de la Comunidad Económica Europea, Japón, USA, Argentina, Brasil, Chile y Colombia.

Recursos humanos

En 2005, en el Ministerio de Salud, el Seguro Social y las Empresas Prestadoras de Salud (que en su conjunto prestan servicio a alrededor de 80% de la población) se encontraban trabajando 23.804 médicos, 21.332 enfermeras, 8.104 obstetras y 3.614 odontólogos. Ese mismo año, las tasas por 10.000 habitantes eran de 11,5 para los médicos, 10,3 para las enfermeras, 3,9 para las obstetras y 1,7 para los odontólogos. Sin embargo, existe una desigualdad en la distribución de esos recursos: Lima tiene una tasa de 18,6 médicos por 10.000 habitantes, la cual es 3,8 veces mayor que la de Huancavelica (4,9). Asimismo, existe déficit de profesionales médicos en los establecimientos del Ministerio de Salud de 19 de los 25 departamentos; por ejemplo, el déficit de médicos en Cajamarca es de 65% (47). Si se quisiera lograr una distribución equitativa, habría que redistribuir a 24% de los médicos, 14% de las enfermeras, 12% de las obstetras y 22% de los odontólogos (índice absoluto de disimilaridad).

El número de facultades de medicina se ha incrementado de 13 a 28 entre 1992 y 2003, y el de enfermería de 34 a 44. La oferta educativa ha incrementado el número de egresados de medicina (de 951 en 1993 a 1.238 en 2003) y de enfermería (de 1.402 a 1.760 en el mismo período) (47). A pesar del déficit de profesionales en la mayoría de los departamentos del país, existe una baja oferta de puestos de trabajo en las instituciones de salud, lo que lleva al desempleo o subempleo y a la migración de parte de los egresados (47). Entre 1996 y 2004 no habían retornado, a dos años de haber salido del país, 13.711 médicos, 7.340 enfermeras,

2.112 odontólogos y 1.110 obstetras. A este progresivo desajuste cuantitativo se añade la inadecuación de los procesos de formación de recursos humanos en salud. La masificación de la educación profesional y técnica en salud ha llevado a un deterioro de la calidad educativa; persiste el modelo de educación en salud centrado en el hospital y en la enfermedad y la superespecialización clínica quirúrgica, mientras sigue siendo muy escasa la formación en salud pública (47).

En los últimos cinco años, el país ha configurado una infraestructura para abordar los problemas de recursos humanos, como el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) y la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos como dependencia directa del más alto nivel gerencial del MINSA; asimismo, lleva a cabo esfuerzos para fortalecer la capacidad de rectoría por medio de la emisión de las Políticas Nacionales de Recursos Humanos aprobadas por el Consejo Nacional de Salud. También hay indicios de que la situación podría empezar a ordenarse: el desarrollo reciente de mecanismos reguladores de la formación educativa; la creación del Sistema Nacional de Pregrado en Salud (SINAPRES) para una mejor coordinación de las universidades y los servicios de salud, y la reorientación del financiamiento, con la priorización de solamente 22 de las especialidades médicas que se ajustan mejor a las necesidades de la población.

Los procesos de reforma del sector y la descentralización exigen un cambio en los perfiles ocupacionales de la fuerza de trabajo. Existe una amplia oferta de capacitación con distintas fuentes de financiamiento, formas administrativas y concepciones pedagógicas, lo que genera duplicaciones y contradicciones. La inversión en el rubro de capacitación superó los US\$ 2 millones en 2004; sin embargo, la efectividad de esta inversión está en cuestionamiento por la alta rotación del personal capacitado (48).

El desbalance entre la oferta no planificada de profesionales que egresan de las universidades y la limitada capacidad de absorción del sistema de salud se aprecia en el número de plazas para médicos ofrecidas para el Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUMS), que en 2004 fue de 2.308 plazas frente a 7.551 postulantes. Quienes no acceden a una plaza, realizan el servicio en la modalidad de equivalente; es decir, sin remuneración alguna.

Los cambios en las relaciones contractuales de la década pasada que precarizaron el empleo en salud para un alto porcentaje de trabajadores han empezado a revertirse. En noviembre de 2004, el Ministerio de Salud incorporó, por medio de nombramientos, a 3.040 médicos que habían estado trabajando con contratos; sin embargo, si bien este cambio de vínculo laboral concedió estabilidad en el trabajo a este grupo de profesionales, también amplió la brecha de inequidad en la distribución, al quedar mayor número de nombrados en los departamentos que contaban con mayor número de médicos. Este proceso de nombramiento de contratados se está extendiendo al resto del personal profesional y técnico; sin embargo, entra en conflicto con el techo fiscal establecido por el Estado peruano y agudiza el conflicto la-

boral que ha venido en aumento en los últimos años: de 6 huelgas nacionales en 2003 se pasó a 11 en 2004.

Gasto y financiamiento sectorial

En 2000, el gasto nacional en salud fue 4,4% del PIB, y el gasto público en salud 2,8%, mientras que el gasto per cápita en salud fue de US\$ 97 (49).

De acuerdo con las Cuentas Nacionales en Salud Perú 1995–2000, al 2000, las principales fuentes de financiamiento fueron los hogares (37,3%) mediante el “gasto de bolsillo”; la economía formal por medio de las cotizaciones de los trabajadores y los empleadores a la seguridad social en salud (35,0%); el gobierno vía el tesoro público por endeudamiento y recursos ordinarios (24,0%), y otras instancias (incluida la cooperación internacional) 3,7% (49).

Cooperación técnica y financiera en salud

En 2004, del total de los fondos de la cooperación internacional al Perú, 12,5% fue al sector salud (US\$ 48,6 millones, 50,4% de la cooperación oficial no reembolsable y el resto de la no gubernamental). Existe una tendencia a la reducción de la cooperación oficial no reembolsable (en 1994 fue de US\$ 56,8 millones y en 2004 de 24,5), así como de la no gubernamental (en 1998 fue de US\$ 58,6 millones y en 2004 de 24,1).

Del total de dinero aportado por la cooperación internacional en 2004, 66,9% (US\$ 260,9 millones) estuvo alineado con algún ODM. De esa última cantidad, 1,9% estuvo dirigida a la reducción de la mortalidad infantil, 0,3% a mejorar la salud materna y 2,9% a combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades (50).

Referencias

1. International Monetary Fund. World Economic Outlook Database; 2006.
2. Perú, Banco Central de Reserva del Perú. Reporte de inflación: panorama actual y proyecciones macroeconómicas; 2006.
3. Instituto Cuánto. Anuario estadístico: Perú en números 2005.
4. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. La pobreza en el Perú 2003–2004; 2005.
5. Perú, Ministerio de Trabajo y Promoción de Empleo. Informe Estadístico Mensual. Año 9, N° 106; marzo 2005.
6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio en el Perú. Informe 2004.
7. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Condiciones de vida en los departamentos del Perú: 2003–2004; 2005.
8. Perú, Ministerio de Educación. IV Evaluación nacional del rendimiento estudiantil, 2004; 2005.
9. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Salud Ambiental. Programa Nacional de Vigilancia de la Calidad del Aire 1999–2000; 2001.
10. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censo de Población y Vivienda 2005; 2006.
11. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Estimaciones y proyecciones de población 1950–2050. Boletín de Análisis Demográfico N° 35; 2001.
12. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Condiciones de vida en el Perú: evolución 1997–2001. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG); 2002.
13. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 1996; 1997.
14. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) Continua 2004–2005; 2005.
15. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000; 2001.
16. Perú, Ministerio de Salud. Base de datos de mortalidad 2000–2004.
17. Sistema de las Naciones Unidas en el Perú. Hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio en el Perú. Informe 2004; 2004.
18. Watanabe T. Tendencias, niveles y estructura de la mortalidad materna en el Perú, 1992–2000. Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2002.
19. Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: trabajo infantil y adolescente; 1998.
20. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática; Organización Internacional del Trabajo. Visión del trabajo infantil y adolescente en el Perú, 2001; 2002.
21. Organización Internacional del Trabajo. Panorama laboral 2004. América Latina y el Caribe; 2004.
22. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Salud Ambiental. Manual de salud ocupacional. Lima; 2005.
23. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estudio de prevalencia de deficiencia, discapacidad y minusvalías en el Perú, 1993.
24. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Nota de prensa N° 134, junio 2006.
25. Perú, Ministerio de Salud. Indicadores básicos 2005.
26. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Mensual; marzo 2006.
27. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Vigilancia Centinela VIH, 2002.
28. Universidad Peruana Cayetano Heredia; Universidad de Washington, Seattle; Imperial Collage, Londres. Prevención comunitaria de enfermedades de transmisión sexual (PREVEN); 2003.
29. Miranda M, Calderón M, Riega V, Barboza J, Rojas C. Consumo de sal fortificada con yodo en niños de 12 a 35 meses

- de edad y mujeres en edad fértil en el Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2004;21(2).
30. Perú, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Informe nacional de deficiencia de vitamina A en niños menores de 5 años y mujeres en edad fértil 1997–2001; 2002.
 31. Seclén S. Prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y obesidad, como factores de riesgo coronario y cerebrovascular en población adulta de la costa, sierra y selva del Perú. Lima; 1997.
 32. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes en familias nucleares de seis ciudades del Perú, 1998–2000.
 33. Rosas A, Lama G, Llanos-Zavalaga F, Dunstan J. Prevalencia de obesidad e hipercolesterolemia en trabajadores de una institución estatal de Lima, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2002;19(2):87–92.
 34. Seclén S. La diabetes mellitus, problema de salud pública en el Perú. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2000.
 35. Cieza J, Huáman C, Álvarez C, Gómez J, Castillo W. Prevalencia de insuficiencia renal crónica en la ciudad de Lima. 1990. *Rev Peruana de Epidemiología* 1992;5(1):22–
 36. Perú, Ministerio de Salud. Plan sectorial de prevención y atención de emergencias y desastres del sector salud; 2004.
 37. Perú, Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe general. *Anales de Salud Mental* 2002;18(1; 2).
 38. Perú, Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. II Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002. Informe ejecutivo. Proyecto RLA7AD/PER/99/D77.
 39. Red de Acción en Agricultura Alternativa. Diagnóstico de salud y plaguicidas en los corredores económicos de Huancaayo, Jaén y Tarapoto; 2003.
 40. Perú, Ministerio de Salud. Informe de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal, 2005.
 41. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Condiciones de vida en el Perú: evolución 1997–2004; 2006.
 42. Organización Panamericana de la Salud; Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe; 2003.
 43. Perú, Superintendencia Nacional de Servicios de Saneamiento. Nota de prensa del 28 de octubre de 2005.
 44. Perú, Consejo Nacional del Ambiente. Informe nacional del estado del ambiente 2001; 2002.
 45. Perú, Ministerio de Salud. Plan nacional de preparación y respuesta frente a una potencial pandemia de influenza; 2005.
 46. Perú, Ministerio de Salud. Evaluación de los potenciales efectos sobre el acceso a medicamentos del Tratado de Libre Comercio que se negocia con los Estados Unidos. Lima; 2005.
 47. Perú, Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos. Situación y desafío de los recursos humanos en salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. Primera edición; 2005.
 48. Perú, Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio de Recursos Humanos, Perú 2005.
 49. Perú, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Cuentas Nacionales de Salud: Perú 1995–2000. Lima; 2003.
 50. Perú, Agencia Peruana de Cooperación Internacional. Situación y tendencias de la cooperación internacional en el Perú 2004; 2005.

PUERTO RICO



Puerto Rico es una de las Antillas Mayores situadas en el Mar Caribe. Además de la isla principal, incluye las islas de Vieques, Culebra y Mona, así como varios islotes. El país tiene una superficie de 9.105 km² y está dividido en 78 municipios, cada uno administrado por un alcalde y su correspondiente asamblea municipal. La capital, San Juan, está localizada en la costa norte.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

En 1952 se aprobó la Constitución que establece un gobierno propio con autonomía administrativa para asuntos internos. El Estado Libre Asociado de Puerto Rico se rige por un sistema de gobierno republicano y está dividido en tres ramas: la ejecutiva, la legislativa y la judicial.

Determinantes sociales, políticos y económicos

El nivel de escolaridad de la población de 25 años y más aumentó durante 1990–2000, pero la matrícula escolar reflejó diferencias por género. En los grados escolares más bajos, la matrícula fue mayor en los varones que en las mujeres, principalmente en las escuelas privadas hasta los grados 9 a 12. A partir de este último, la diferencia por género en la matrícula escolar comenzaba a revertirse, y al llegar al nivel universitario era mayor en las mujeres.

En el año 2000, tres de cada cinco personas habían completado la escuela superior, una de cada cuatro (25,4%) había cursado algún grado preuniversitario (bachillerato) y 12,2% había asistido a la universidad sin completarla. En el grupo de 16 a 19 años de edad, la asistencia a la escuela aumentó de 65,5% a 78,3%.

La economía ha experimentado transformaciones importantes. La industrialización provocó el desplazamiento de la agricultura como principal sector de la economía, lo que trajo como consecuencia que las oportunidades de empleos que se generaban en las áreas rurales (interior y zonas agrícolas) se desplazaran hacia las zonas urbanas y costeras. El proceso de desarrollo y modernización del país tuvo efectos variados, incluyendo aumentos en los niveles de ingreso de la población, así como también altas tasas de desempleo, mayor número de familias bajo el nivel de pobreza, cambios mínimos en la distribución del ingreso, proyectos de vivienda muy costosos, problemas ambientales, altas tasas de criminalidad, marcado aumento en la violencia familiar y maltrato de menores, así como también altos niveles de embarazos en las adolescentes.

El producto nacional bruto (PNB) llegó a US\$ 50.300 millones en 2004, con un incremento de 6,0% en relación con 2003. El ingreso per cápita fue de US\$ 12.965 y el Producto Interno Bruto (PIB) de US\$ 78.800 millones, con una tasa real de crecimiento de 1,9%. El PIB per cápita fue de US\$ 17.700. La composición del PIB por sector era la siguiente: manufacturas (42,1%), seguros, finanzas y propiedades (17,1%), comercio (11,6%), servicios (9,9%), gobierno (9,6%), transporte y otras utilidades (6,9%), construcción y minería (2,4%) y agricultura (0,3).

En 2004, la fuerza laboral estaba constituida por 1,4 millones de personas entre 16 y 64 años de edad, de los cuales 1,2 millones (88,6%) estaban empleados. La distribución por sector era la siguiente: servicios (28%), gobierno (21%), comercio (21%), manufacturas (11%), construcción y minería (7%), finanzas, seguros y propiedades (5%), transporte y otras utilidades (4%) y agricultura (2%). En 2004, la tasa de desempleo era de 11,4%.

La tasa de participación laboral de la población total disminuyó de 47,3% en 1990 a 40,7% en el año 2000 y esta reducción fue mayor en los hombres (de 58,4% a 48,5%) que en las mujeres (de 37,2% a 33,7%). En ese último año, una de cada cinco personas de la fuerza laboral estaba desempleada, y el desempleo era más alto en las mujeres. La región sur (Ponce) presentaba el desempleo más alto (27%) y la Región Metropolitana, el más bajo (14,2%).

En el período 1990–2000, el número de personas por debajo del nivel de pobreza se redujo de 2.057.377 a 1.818.687 y el mayor porcentaje correspondía al grupo de 0–17 años (66,8% en 1990 y 58,4% en 2000). Del total de la población bajo el nivel de pobreza, las mujeres representaban 53,3%. Entre los adultos mayores, el nivel de pobreza disminuyó de 57,5% a 44,0%. En el año 2000, 48,2% del total de la población y 44,6% del total de las familias vivían bajo el nivel de pobreza, y en 68 de las 78 municipalidades, 50% de la población vivía bajo el nivel de pobreza. En el centro de la isla se concentra la población con mayor nivel de pobreza.

El país enfrenta problemas ambientales debidos en parte a su limitada extensión territorial y a un crecimiento urbano acelerado. La Junta de Calidad Ambiental (JCA), el Departamento de Recursos Naturales, la Autoridad de Desperdicios Sólidos y la

Agencia Federal para la Protección Ambiental (EPA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, tienen la responsabilidad de reglamentar y fiscalizar las actividades relacionadas con la protección del ambiente.

La calidad de las aguas varía. Según informes de la JCA y la EPA de 2003, aproximadamente 40% de los cuerpos de agua no cumplían los estándares de calidad. Las aguas superficiales son de calidad generalmente pobre por las descargas sanitarias, agrícolas e industriales. Los datos del United States Geological Survey y la JCA en 2002 mostraron que los contaminantes principales en las aguas superficiales incluían bacterias de origen fecal, nutrientes y compuestos orgánicos volátiles. Estos contaminantes provenían de plantas de tratamiento, actividades agrícolas, pozos sépticos y descargas domésticas. La contaminación de los acuíferos es severa en aproximadamente 19 lugares, lo que impide que se puedan utilizar para consumo humano. Los recursos de agua también se han visto afectados por la urbanización indiscriminada de los terrenos y la remoción de la flora y la corteza terrestre, que ha contribuido a alterar los procesos en las cuencas hidrológicas.

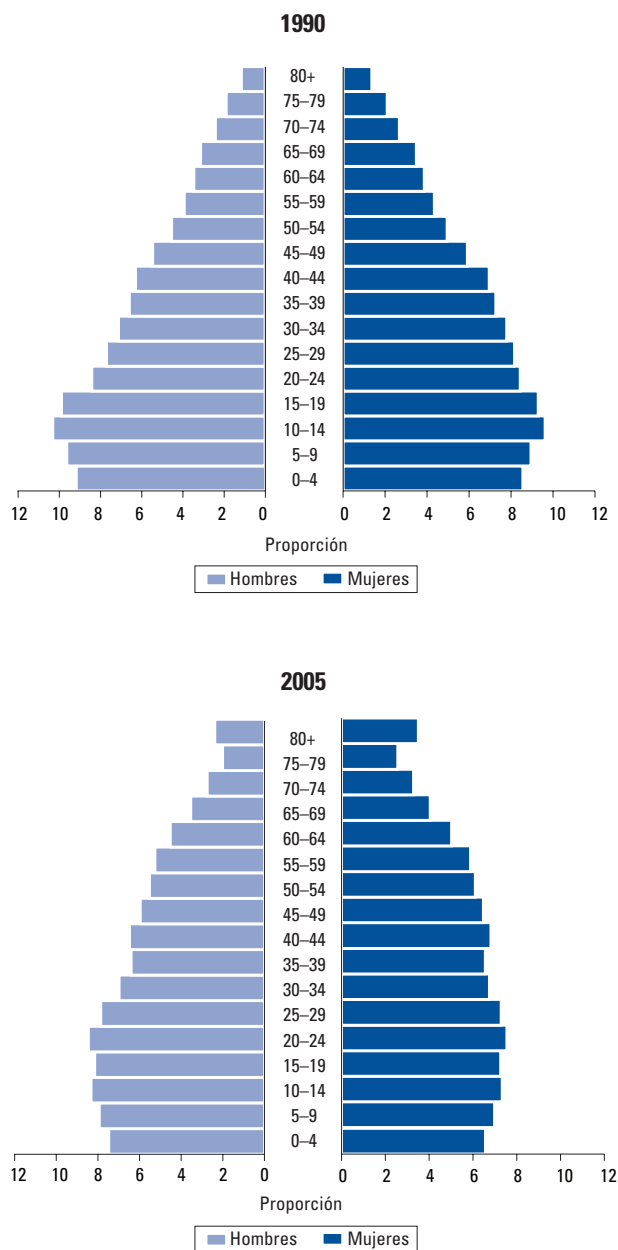
La calidad del aire cumple con la mayoría de los parámetros establecidos, aunque ocasionalmente la EPA impone multas a la Autoridad de Energía Eléctrica por emisiones de azufre con mayor concentración que lo permitido. Un factor determinante que contribuye a la contaminación del aire es el uso excesivo de vehículos de motor. En 2005, se calculó que el número de automóviles era de aproximadamente un millón.

Demografía, mortalidad y morbilidad

Según el último censo nacional, el país tenía un total de 3.808.610 habitantes en el año 2000, de los cuales 51,9% eran mujeres (1.975.033), y la población urbana representaba 94%. La razón de masculinidad se redujo de 93,9 por 100 a 92,8 por 100; en los menores de 15 años, la razón de masculinidad era de 104,9 por 100 y en las personas de 65 años y más, de 74,9. La tasa promedio anual de crecimiento de la población en 1990–2000 fue de 0,8%, pero debido a la disminución en los niveles de fecundidad hubo una reducción de 23% entre 1990 y 2004. La mediana de edad de la población aumentó, lo que muestra una transformación en la estructura de edad de la población hacia edades mayores. Los niveles de natalidad han disminuido y la esperanza de vida ha variado de 76,1 en 2000 a 77,5 en 2004. En la figura 1 se pueden observar los cambios en la distribución de la población entre 1990 y 2005.

En el año 2000, la densidad poblacional era de 429 habitantes por km² y 25% residía en seis municipios de la costa nordeste del país. Entre 2000 y 2003, la esperanza de vida aumentó de 72,2 a 73,7 para los hombres y de 79,9 a 81,1 para las mujeres, y la tasa de fecundidad en 2004 se redujo a 1,8 hijos por mujer. Esta tasa se encuentra bajo el nivel de reemplazo de la población (2,1 hijos

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Puerto Rico, 1990 y 2005.



por mujer), lo que se atribuye en gran medida al uso de métodos anticonceptivos permanentes. Las mujeres profesionales aplazan la maternidad hacia una edad más adulta y por lo tanto tienen menos hijos.

La población menor de 15 años disminuyó de 958.219 (27,2%) en 1990 a 906.368 (23,8%) en el año 2000, y el número de personas de 65 años y más aumentó en 84.900. Esta tendencia está vin-

CUADRO 1. Principales causas de muerte, Puerto Rico, 2004.

Causa	Número	Porcentaje	Tasa (por 100.000 habitantes)
Todas las causas	29.066	100,0	746,1
Enfermedades del corazón	5.031	17,3	129,1
Neoplasias malignas	4.829	16,6	124,0
Diabetes mellitus	2.569	8,8	66,0
Enfermedades cerebrovasculares	1.532	5,3	39,4
Enfermedad de Alzheimer	1.211	4,2	31,1
Enfermedad pulmonar crónica	1.165	4,0	29,9
Enfermedades hipertensivas	1.133	3,9	29,1
Todos los accidentes	1.101	3,8	28,1
Neumonía e influenza	1.030	3,5	26,4
Nefritis y nefrosis	832	2,9	21,4
Otras causas	8.633	29,7	221,6

Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico, Informe Anual de Estadísticas Vitales; 2004.

culada con los cambios en las variables demográficas de natalidad, mortalidad y migración, así como también con los avances en la medicina, los cambios en los hábitos alimentarios y los modos de vida. La mediana de edad para ambos sexos varió de 28,5 en 1990 a 32,1 en 2000.

Los flujos migratorios se han incrementado de manera sustancial y todo indica que esta tendencia continuará. En el año 2000, la población inmigrante se componía de 185.218 residentes permanentes (0,5% de la población), aunque según algunos estudios, esta cifra podría llegar a 225.000. La población de residentes extranjeros irregulares se estimaba entre 100.000 y 120.000 personas. El movimiento migratorio hacia el exterior del país se produce principalmente en jóvenes que buscan nuevas oportunidades; las personas adultas, por el contrario, regresan a la isla para pasar sus últimos años de vida.

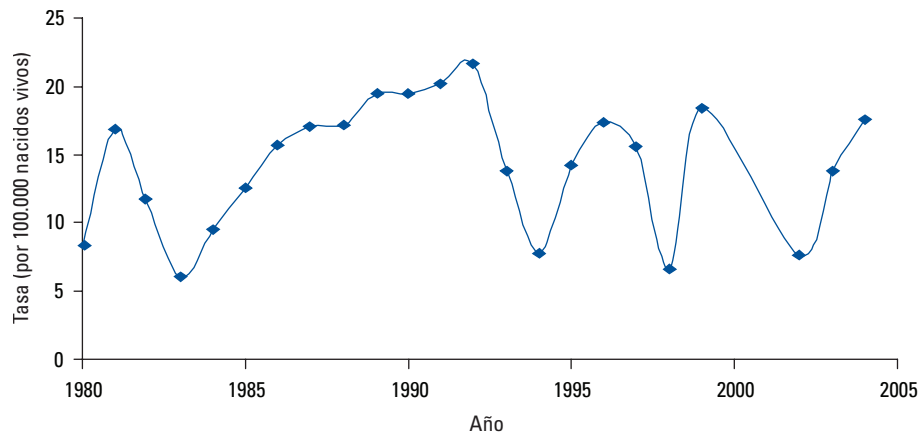
La tasa de mortalidad general aumentó de 7,3 por 1.000 habitantes en 2003 a 7,5 por 1.000 habitantes en 2004, pero si se compara con la de 1995 (8,3), hubo una disminución. Un factor que contribuyó a esta situación fue la disminución del número de defunciones por enfermedades del corazón (de 162,5 por 100.000 habitantes en 1995 a 129,1 por 100.000 habitantes en 2004), lo que equivale a una reducción de 20,6%. Las tasas de mortalidad por sida disminuyeron 64%, y se mantuvieron más altas en los hombres. En 2004, la tasa de mortalidad para los hombres fue de 8,6 por 1.000 habitantes y para las mujeres de 6,4 por 1.000.

De las 10 primeras causas de muerte (Cuadro 1), ocho corresponden al grupo de enfermedades crónicas, las cuales representaron cerca de las dos terceras partes de las defunciones en el país. Las enfermedades del corazón, las neoplasias malignas y la diabetes han permanecido como las primeras tres causas de muerte durante muchos años y representaron casi la mitad de todas las defunciones (44%). Las enfermedades del corazón, aunque se mantienen como la primera causa de muerte, presen-

tan una tendencia descendente, superando a las neoplasias malignas en aproximadamente 1%. La mortalidad por sida se ha reducido marcadamente y ha pasado a ser la decimotercera causa de muerte después de haber estado entre las 10 primeras causas durante gran parte de la década de 1990. La mortalidad por septicemia también ha disminuido considerablemente en los últimos años. Los accidentes y los homicidios se mantuvieron entre las primeras 12 causas en el período 2001–2005 y afectan principalmente a la población de 15 a 29 años de edad.

La tasa de mortalidad materna para el período 1991–2003 fue de 14,5 por 100.000 nacidos vivos y en 2004, de 17,6 por 100.000 (Figura 2), aunque según la División de Madres, Niños y Adolescentes del Departamento de Salud, pudo haber un subregistro de estos casos. El Estudio Descriptivo de la Mortalidad Materna en Puerto Rico de 2002–2003 registró 22 muertes relacionadas con el embarazo, y el Informe de Estadísticas Vitales (IEC) registró solo 11.

Los datos suministrados por la Administración de Seguros de Salud muestran que los principales diagnósticos en la población cubierta por el seguro médico del ELA (Estado Libre Asociado) fueron la hipertensión (19,6%), la diabetes mellitus (14%) y el asma (12%). Estas enfermedades representaron 46,3% de la demanda de servicio. Al examinar la morbilidad por sexo, se observó una mayor prevalencia de hipertensión (22,1%), diabetes (15,9%), ansiedad (5,1%), asma (13,2%) y depresión (6,5%) en las mujeres, mientras que la prevalencia de esquizofrenia (2,1%) era levemente mayor en los hombres. La prevalencia de asma es mayor entre la población joven, siendo los menores de 18 años y los jóvenes adultos de 18 a 24 años los más afectados. La prevalencia máxima de diabetes se presenta en el grupo de 55 a 64 años y la de hipertensión en el de 65 a 74 años. La prevalencia de enfermedad coronaria, eventos cerebrovasculares y fallo cardiaco congestivo alcanza su valor máximo en la población mayor de

FIGURA 2. Tasas de mortalidad materna, Puerto Rico, 1980–2004.

75 años. La frecuencia de los desórdenes mentales, específicamente la ansiedad, la depresión y la esquizofrenia aumenta con la edad; la máxima prevalencia se presenta en el grupo de 45 a 54 años y disminuye en los mayores de 74 años. La mayoría de las visitas médicas fueron por hipertensión y diabetes, eventos cardiovasculares y desórdenes mentales, y las de las salas de emergencia, por asma y diabetes. El mayor número de ingresos hospitalarios correspondió a la enfermedad coronaria y los eventos cerebrovasculares, y el mayor número de servicios de laboratorios correspondió a la diabetes.

Las tasas de mayor incidencia para las enfermedades entéricas de notificación obligatoria en el período 2000–2003 correspondieron a salmonelosis, hepatitis A, shigelosis, campilobacteriosis y giardiasis. Entre las enfermedades clasificadas de Categoría II, las de mayor incidencia fueron los síndromes gripales y la influenza, la gastroenteritis, la conjuntivitis y la meningitis. Las tasas de morbilidad para las enfermedades de notificación obligatoria se han mantenido bajo el nivel esperado, excepto en los años en que hubo brotes. En 2003 se presentó un brote de conjuntivitis en todo el país, con 1.438 casos, y en 2004 hubo uno de meningitis aséptica con una tasa de 25,2 por 100.000 habitantes. Hasta 2005 no se había notificado ningún caso de virus del Nilo Occidental en humanos, aunque sí fue identificado en cuatro animales en febrero de 2004.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

La tasa de mortalidad infantil disminuyó de 13,4 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 8,1 por 1.000 en 2004. La mortalidad neonatal y la postneonatal también disminuyeron. Aproximada-

mente 50% de las muertes infantiles ocurrieron durante los primeros siete días de vida (Figura 3).

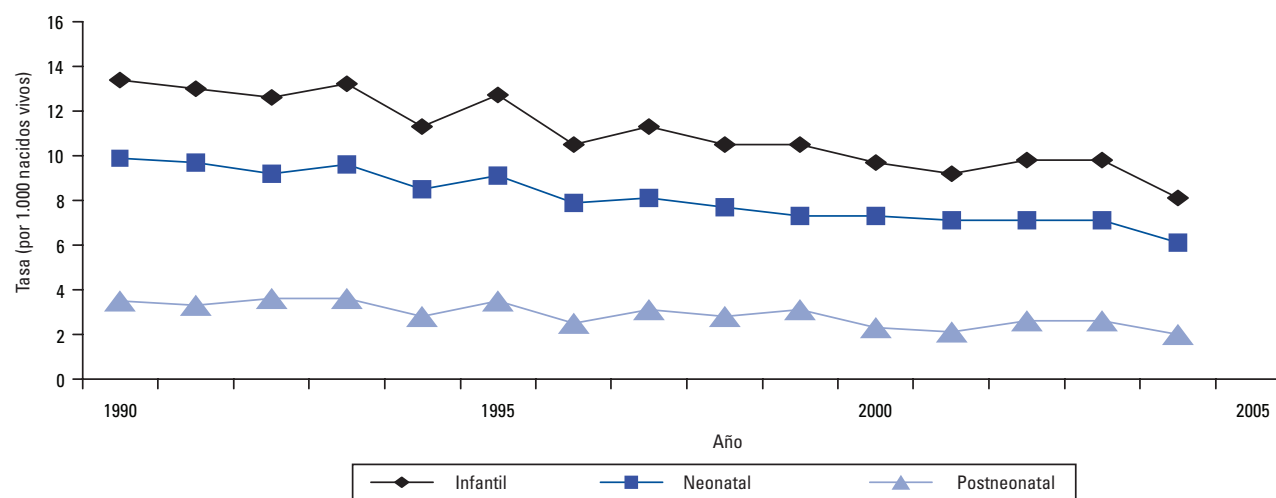
En 2004, las primeras cinco causas de mortalidad infantil fueron la gestación corta y el bajo peso al nacer, las malformaciones congénitas, los trastornos respiratorios originados en el período perinatal, otras condiciones perinatales y las enfermedades del sistema circulatorio. Las tres primeras causas de mortalidad neonatal fueron la gestación corta y el bajo peso al nacer, la sepsis y los trastornos respiratorios originados en el período perinatal. Las tres primeras causas de mortalidad postneonatal fueron las malformaciones congénitas, la septicemia y las enfermedades del sistema circulatorio.

La evaluación de la distribución de las muertes infantiles y fatales de acuerdo con la edad al morir y el peso al nacer, y el cálculo de los excesos de mortalidad en las categorías evaluadas de salud materna, cuidado materno durante el embarazo, cuidado del recién nacido y cuidado del infante, mostró que la disminución en la tasa de mortalidad infantil se debió mayormente a los avances tecnológicos en las Salas de Cuidado Intensivo Neonatal, y no a una mejoría en el estado de salud de la embarazada y su cuidado prenatal. Para la evaluación de los indicadores se utilizó el Modelo de Períodos de Riesgo Perinatal de la OMS.

Entre las variables asociadas con la mortalidad infantil, la más importante fue el bajo peso al nacer. Siete de cada 10 muertes (73,4%) en 2001 ocurrieron en niños con bajo peso al nacer. El 50% de todas las muertes infantiles ocurrió en niños con un peso al nacer de <1,5 kg. Aproximadamente una de cada 10 muertes infantiles se registró en madres adolescentes.

Según un estudio caso-control pareado entre 2000 y 2003 realizado por la División de Madres, Niños y Adolescentes del Departamento de Salud, el número de niños con bajo peso al nacer aumentó de 10,8% en 2000 a 11,5% en 2003. Los factores que

FIGURA 3. Tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal, Puerto Rico, 1990–2004.



Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico, Informe Anual de Estadísticas Vitales; 1990–2004.

contribuyeron significativamente a esto fueron la preeclampsia, el aumento de peso de menos de 20 libras o de más de 30, la obesidad, el sangrado vaginal durante el primer trimestre, haber tenido menos de ocho visitas prenatales, y los intentos suicidas durante el embarazo.

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

Según el censo del año 2000, la población de adolescentes era de 619.236 (17%), de los cuales 49.339 eran beneficiarios del Plan de Salud del Estado Libre Asociado.

Un estudio de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) realizado en 2000–2002 a 426.038 estudiantes de escuelas privadas y públicas del país, reveló que entre los adolescentes de quinto y sexto grado, las drogas más usadas alguna vez habían sido el alcohol (34,4%), el cigarrillo (6,1%) y los inhalantes (2,7%). En los adolescentes de séptimo a noveno grado, las drogas más usadas fueron el alcohol (43,6%) y el cigarrillo (15,5%). El 6,8% indicó haber consumido drogas ilícitas. En los adolescentes de décimo a duodécimo grado, las drogas más usadas fueron el alcohol (76,2%) y el cigarrillo (40,4%). El 20,6% indicó haber consumido alguna droga ilícita, siendo la marihuana (18,9%) y las drogas de diseño (3,8%) las más utilizadas (1).

El total de embarazos en adolescentes es difícil de estimar, ya que no hay un registro confiable de los abortos que se realizan anualmente. Los datos disponibles de las clínicas de terminación de embarazos certificadas muestran que en los años fiscales 2002–2003 y 2003–2004, de los 14.593 abortos inducidos, 4.166

(29%) fueron practicados a madres de entre 15 y 19 años de edad. Las tasas de natalidad en madres adolescentes de entre 10 y 19 años de edad han disminuido (de 42,9 por 1.000 en 1997 a 31,4 por 1.000 en 2004).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

La proporción de personas mayores de 60 años aumentó de 13,2% en 1990 a 15,4% en 2000. La tasa de crecimiento de la población de 60 años ha sido consecuentemente más alta que la de la población total. Según datos del proyecto Condiciones de Salud de los Adultos Mayores en Puerto Rico, en el período 2002–2003, la prevalencia de hipertensión, artritis, obesidad, diabetes, incontinencia y depresión era mayor en los adultos mayores y mayor en las mujeres que en los hombres.

Salud de los trabajadores

Los trastornos musculoesqueléticos dieron lugar al mayor número de casos de enfermedades ocupacionales durante la última década. En el sector privado, las lesiones por movimientos repetitivos causaron el mayor número de días de trabajo perdidos. En 2001, el sector gubernamental notificó 31 días de trabajo perdidos debido a movimientos repetitivos. El Fondo del Seguro del Estado, organismo responsable de proveer asistencia médica, notificó que las lesiones que dieron lugar al mayor número de casos fueron las contusiones y las lesiones de espalda, con cifras que varían entre 12.000 y 15.000 anualmente.

Salud de las personas con discapacidad

En el censo del año 2000 se incorporaron dos preguntas dirigidas específicamente a las personas con impedimentos: una de ellas sobre el impedimento sensorial y físico y la otra sobre el impedimento mental, la limitación de las actividades del diario vivir y la empleabilidad. Un total de 934.674 mayores de 5 años de edad tenía algún impedimento, lo que representaba 26,8% de la población total. El 6,9% del grupo de 5 a 15 años de edad, 26,8% del de 16 a 64 años y 59,1% del de 65 años y más presentaba algún tipo de impedimento.

Según la encuesta del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento de 2002, 14,9% de los entrevistados indicó tener algún tipo de limitación. Las mujeres notificaron más limitaciones (15,8%) que los hombres (13,9%). Los problemas de salud más comunes entre las personas con alguna limitación fueron los problemas de espalda (18,2%), seguidos de problemas emocionales, depresión y ansiedad (13%).

Según datos del Estudio Continuo de Salud de 2001, entre las condiciones incapacitantes estudiadas, las crónicas fueron las de mayor prevalencia (1.897 por 10.000 habitantes), seguidas de impedimento físico (264 por 10.000), desórdenes mentales (253 por 10.000), condiciones asociadas con deficiencias en el desarrollo (98 por 10.000) y lesiones severas (41 por 10.000).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Según datos de la División de Higienización del Ambiente Físico y del Programa de Epidemiología del Departamento de Salud, el número de casos sospechosos y de muertes por **dengue** en el período 2001–2005 fue el siguiente: 5.233 casos sospechosos y una muerte en 2001; 2.906 casos sospechosos y ninguna muerte en 2002; 3.735 casos sospechosos y una muerte en 2003; 3.289 casos sospechosos y una muerte en 2004 y 5.775 casos sospechosos en 2005 (no se dispuso de datos sobre las muertes).

Enfermedades inmunoprevenibles

La incidencia de casos por estas enfermedades disminuyó notablemente; el mayor número se registró en personas de 60 años y más, cuya serie de vacunas no había sido completada.

En 2001 se registraron tres casos de **rubéola**, uno de **parotiditis** y uno de **meningitis** y en 2002, tres casos de **tétanos** (los cuales fallecieron), dos de rubéola, dos de paperas y dos de meningitis. Entre 2003 y 2005 se registraron un caso de **tos ferina**, cuatro casos de tétanos, nueve de meningitis y uno de rubéola. El número de casos de **hepatitis A** fue el siguiente: 258 casos en 2001, 242 en 2002, 104 en 2003, 65 en 2004 y 66 en 2005, y de **hepatitis B**: 297 casos en 2001, 221 en 2002, 145 en 2003, 88 en 2004

y 63 en 2005. El número de casos de **varicela** registrado fue de 2.186 en 2001, 1.141 en 2002, 652 en 2003, 445 en 2004 y 779 en 2005. No se notificaron casos de **difteria** ni de **poliomielitis**.

Enfermedades crónicas transmisibles

La incidencia de **tuberculosis** aumentó de 121 casos por 100.000 habitantes en 2001 a 129 casos por 100.000 en 2002. En 2003, la incidencia de tuberculosis fue de 115 por 100.000 habitantes, de 123 por 100.000 en 2004 y de 113 por 100.000 en 2005. La incidencia fue mayor en los hombres (70% de los casos). El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 44 años.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

En 2002, Puerto Rico ocupaba el séptimo lugar en cuanto a la más alta incidencia de casos de sida en los Estados Unidos y sus territorios. Durante el período 1990–2002 se notificó un total de 28.701 casos acumulados de sida. Los hombres fueron los más afectados (76,4% de los casos notificados). El mayor número de casos se diagnosticó en individuos entre 30 y 39 años de edad (43,4%) y esta distribución era igual tanto para hombres como para mujeres. El número de defunciones por esta enfermedad era de 18.154 hasta 2004, y a partir de ese año comenzó a disminuir. Las muertes relacionadas con el sida fueron la vigesimotercera causa de muerte entre 2000 y 2004.

El uso de drogas intravenosas (50,2%) y el contacto heterosexual (24,3%) fueron los principales factores de riesgo en la transmisión del VIH. El 16,6% correspondió a hombres que tuvieron sexo con otro hombre.

Hasta 2002, el número de casos de sida pediátrico ascendía a 404, y la transmisión del VIH de la madre al niño fue el modo de exposición notificado en 94,8% de los casos pediátricos. Durante el período 2003–2004 no se notificó ningún caso de sida pediátrico.

La infección por **clamidias** es la enfermedad de transmisión sexual de mayor incidencia en los últimos años, con una tasa de 72,1 por 100.000 en 2003; el mayor número de casos se presenta en mujeres. La **gonorrea** ha mostrado una tendencia al descenso, pero esto puede deberse a un subregistro, ya que en los últimos años se emplea una técnica que no permite hacer el cultivo en ciertas áreas del cuerpo.

Las tasas de **sífilis** primaria y secundaria, que incluye la sífilis latente temprana y la latente tardía, aumentaron de 6,4 por 100.000 en 2001 a 7,0 por 100.000 en 2002 y disminuyeron a 5,2 por 100.000 en 2003 y a 4,7 por 100.000 en 2004. En 2005, las tasas de sífilis primaria y secundaria aumentaron a 5,8. La enfermedad afecta más a los hombres. Los grupos de edad más afectados fueron el de 20 a 24 años y el de 30 a 34 años.

Zoonosis

El Sistema de Vigilancia notificó 98 casos de **rabia animal** en 2001, 87 en 2002, 71 en 2003, 61 en 2004 y 71 en 2005. Los casos se registraron en mangostas, gatos, perros, caballos y vacas, en ese orden.

Agilización del sistema de salud y apoyo a las poblaciones vulnerables

El sistema de salud ha experimentado cambios importantes por los procesos de reforma del gobierno dirigidos a mejorar su desempeño, otorgándole al gobierno estatal la función rectora del sector salud. En su interés de mejorar el acceso a los servicios y ampliar la prestación de estos, el gobierno tiene como prioridad desarrollar sistemas de apoyo a poblaciones vulnerables, como las mujeres, las jefas de familia, los jóvenes, los niños y los jubilados. Están en desarrollo varias iniciativas y proyectos dirigidos a la promoción y protección de la salud. Además, se implementó una política pública dirigida a la prevención de enfermedades y se está reorientando la política de salud enmarcada en la función rectora del Departamento de Salud. Mediante la Orden Administrativa 179, del 15 de enero de 2003, se reorganizó el Departamento de Salud para reducir la estructura organizacional, mejorar la articulación de funciones afines, reducir la duplicidad de funciones, facilitar la coordinación de actividades, establecer líneas de supervisión y limitar los marcos de acción o intervención.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La **diabetes** se ha mantenido en tercer lugar entre las principales causas de muerte en los últimos 15 años, con un aumento constante en sus tasas durante este período. Entre los años 2001 y 2004 la tasa de mortalidad aumentó 5,6% (de 62,5 por 100.000 habitantes en 2001 a 66,0 por 100.000 en 2004). En 2004, aproximadamente una de cada 10 muertes se produjo por esta causa. Las muertes por diabetes aumentan según la edad, y las mayores tasas de mortalidad se presentaron en los mayores de 85 años. En 2004, la tasa de mortalidad por diabetes en los hombres fue de 68,8 por 100.000 y en las mujeres de 63,3 por 100.000.

El 19,3% de la población sigue algún tipo de dieta, y son las mujeres las más propensas a hacerlo. Los datos del Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo Asociados a la Conducta (BRFSS, por sus siglas en inglés) de 2002 revelaron que 14,5% de la población informó que consumía cinco porciones o más de frutas y vegetales al día. El 10,2% informó que no consumía ninguna porción de frutas y vegetales y 44,7% respondió que consumía de una a dos porciones.

Los datos del Sistema indicaron que en 2002, cerca de 61,6% de las personas entrevistadas tenía **sobrepeso**. Un informe del Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) reveló que entre los niños de 3 a 5 años de edad que habían participado en el Programa *Head Start*, 7,7% fue clasificado como obeso.

El sobrepeso y la obesidad son también factores de riesgo importantes en la población de adultos mayores. Según el proyecto Condiciones de Salud de los Adultos de Edad Mayor en Puerto Rico (PREHCO, por sus siglas en inglés), 33% de las mujeres y 27% de los hombres de 60 años o más tenían un índice de masa corporal (BMI) de 30 o más en 2002–2003. Según el BRFSS,

49,2% en 2001 y 46,9% en 2002 respondieron que no hacían ningún ejercicio físico en su tiempo libre.

Enfermedades cardiovasculares

Las muertes por estos trastornos se registraron principalmente en las personas de 65 años y más. Si se compara la distribución de las muertes por enfermedades del corazón con el aumento del envejecimiento de la población, se esperaría que el número de muertes por enfermedades cardiovasculares se mantenga igual o aumente. Sin embargo, al examinar las condiciones asociadas con las defunciones por enfermedades del corazón, se observó una disminución en todas ellas entre 1999 y 2004.

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas están cerca de ser la primera causa de muerte, después de haber ocupado el segundo lugar en 1999. Las neoplasias de los órganos digestivos fueron la principal causa de muerte, con 31,8% del total de defunciones, seguidas por las neoplasias de próstata (10,3%), las neoplasias del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines (9,0%) y las neoplasias malignas de mama (8,4%). Las neoplasias de mama y de próstata han tenido un aumento considerable desde 1990. El mayor número de neoplasias malignas se registró en personas de 60 años y más. En las mujeres, las neoplasias de mama constituyeron casi la tercera parte de las neoplasias malignas, seguidas por la colorrectal y la del cuello del útero. En los hombres, las neoplasias de próstata, de pulmón y colorrectal fueron las más importantes.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud mental

Las tasas de prevalencia por trastornos mentales severos en adultos y por disturbio emocional severo en niños y adolescentes

se estimaron utilizando las normas estandarizadas por el *Center for Mental Health Services* (CMHS). Al menos dos de los siguientes criterios (2) deben cumplirse para considerar una enfermedad mental severa: tener un diagnóstico psiquiátrico según los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) (3); tener una puntuación de 5 de las subescalas del *Psychiatric Symptoms and Dysfunctional Scales*, y tener una puntuación de 23 o más de las subescalas del *Center for Epidemiological Studies Depression Scale*.

En el año 2000, la tasa de prevalencia de enfermedades mentales severas en la población de más de 18 años fue de alrededor de 8,3% (225.470). Esta estimación coincidió con la de un estudio sobre los patrones de utilización de servicios de salud mental (4). El último estudio epidemiológico de la población de niños y adolescentes entre las edades de 4 a 17 años mostró que cerca de 140.528 niños y adolescentes cumplen los criterios de trastornos mentales del DSM-IV-TR, con impedimentos de leve a moderado, y cerca de 59.125 cumplen los criterios de disturbio emocional severo (5).

En el año fiscal 2003, unos 32.521 niños fueron atendidos por la Reforma de Salud y la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción. De estos, se estimó que 50% (16.260) reunían los criterios de trastorno emocional severo (6–9). Unos 42.865 (72,5%) de los 59.125 niños y adolescentes con condición mental severa e impedimento severo (72,5%) quedaron sin recibir servicios de salud mental. Se estimó que cerca de 51.016 personas de 65 años y más padecen algún trastorno psiquiátrico definitivo y que entre 64.000 y 106.000 personas mayores podrían tener un problema importante de salud mental.

Adicciones

Según datos del Estudio Continuo de Salud (ECS) de 2002, 29,9% de los mayores de 17 años ha fumado alguna vez. El 14,7% fuma, siendo mayor la proporción en los hombres (21,3%) que en las mujeres (9,6%). El 62% de los fumadores habituales informó que tenía intención de dejar de fumar.

De acuerdo con el ECS, durante el año 2002 aproximadamente 16% de los mayores de 17 años consumió cinco o más tragos en un día. Los hombres tienden a consumir alcohol en una proporción tres veces y media mayor que las mujeres.

Salud oral

Los datos del BRFSS de 2002 indicaron que cerca de 75% de la población visitó al dentista o una clínica dental en el último año previo a la entrevista. El 21,7% de la población informó haber perdido seis dientes o más debido a caries o enfermedad periodontal. Según datos de PREHCO, más de 40% de los adultos mayores de 60 años había perdido la mayor parte de los dientes o todos estos; el 60,4% de las personas mayores tenían puentes o dentadura postiza y 93,3% los usaban.

LA RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

Durante la última década se han producido cambios importantes en el sistema de salud que están relacionados con los procesos de reforma del gobierno. Se otorgó al gobierno estatal la función rectora del sector salud y se han realizado grandes esfuerzos para aumentar el acceso a los servicios de salud, controlar los costos y mejorar la satisfacción de los usuarios, así como también prestar más atención a la promoción de la salud y a la prevención y el control de las enfermedades.

Mediante la Orden Administrativa 179, del 15 de enero de 2003, se reorganizó el Departamento de Salud con el propósito de reducir la estructura organizacional, mejorar la articulación de funciones afines, reducir la duplicidad de funciones, facilitar la coordinación de actividades, establecer líneas de supervisión y delimitar los marcos de acción o intervención.

Entre 1994 y 2000, el gobierno había vendido la mayoría de la infraestructura de los servicios de atención de salud pública a inversionistas privados y se encargaba de la contratación del seguro de salud de la población médico-indigente. La isla fue dividida en 10 regiones, que se incorporaron al proceso de la reforma de salud, y a partir de 2002 fueron reestructuradas en ocho.

La privatización de los servicios de salud produjo resultados desfavorables, entre ellos falta de coordinación integrada en múltiples instituciones; competencia entre los hospitales generales por pacientes y reembolsos de las aseguradoras; duplicidad o multiplicidad de servicios en todos los niveles del sistema de prestación de servicios; limitación de los servicios de neurocirugía endovascular; división de los servicios de rehabilitación física y vocacional; servicios psiquiátricos, tanto de hospitalización como ambulatorio intensivo, poco accesibles y en establecimientos distantes; falta de servicios psiquiátricos tradicionales de rehabilitación para pacientes de cuidado prolongado; falta de servicios de psiquiatría integrados en los hospitales generales y especializados; necesidad de los servicios de telemedicina para toda la isla, que actualmente funcionan solamente en Vieques y de manera limitada, y falta de coordinación en la prestación de los servicios.

Estrategias y programas de salud

El gobierno, en su interés por mejorar el acceso y ampliar la prestación de los servicios, ofrece oportunidades educativas y desarrolla sistemas de apoyo a mujeres, jefas de familia, jóvenes, niños y jubilados. Se están llevando a cabo varias iniciativas y proyectos dirigidos a la promoción y protección de la salud. Además, se ha establecido una política pública dirigida a la prevención de enfermedades y se está reorientando la política de salud enmarcada en la función rectora del Departamento de Salud.

Con el fin de mejorar los servicios de salud a la población médico-indigente, lograr mayor eficiencia y mejorar el precio y la

calidad, se estableció la llamada “competencia controlada”. La población elegible para esta primera etapa fueron las personas que se encuentran en un máximo de 200% del nivel de pobreza. El nivel de pobreza se calculó en US\$ 401,00 por familia de una persona, cantidad a la que se le agregó US\$ 95,00 por cada persona adicional. Se dio cobertura a las familias con un ingreso no mayor de US\$ 791,00 al mes y se establecieron deducibles bajos. Los deducibles no aplicarían a personas con un nivel de indigencia médica de 50%. A través de las aseguradoras se ofrece cobertura completa a los individuos con un nivel de indigencia médica de 200%.

Organización del sistema de salud

Los servicios de salud constan de instalaciones públicas, públicas privatizadas y privadas, debidamente acreditadas por la Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud del Departamento de Salud.

La Administración de Seguros de Salud (ASES), corporación pública con personería jurídica independiente y separada de cualquier otra entidad, agencia, departamento o instrumentalidad del gobierno, tiene la responsabilidad de negociar y contratar seguros de salud de calidad para todos los residentes elegibles, independientemente de su situación económica. La ASES debería garantizar el derecho a seleccionar libremente el plan de seguro de salud entre las compañías de seguros de la región, pero en la actualidad esto no es posible, ya que por la complejidad de la oferta de los servicios de salud solo hay una aseguradora en cada región.

El gobierno, a través de la ASES, ofrece diferentes planes de salud denominados Plan de Cubierta Básica, Plan de Cubierta Especial y Plan de Cubierta de Salud Mental que, entre otros, deben brindar un servicio médico-hospitalario de calidad, independientemente de la capacidad económica de quien lo solicite. El Plan de Cubierta Básica incluye servicios preventivos, médico-quirúrgicos, de hospitalización, maternidad, ambulatorios de rehabilitación y en salas de emergencia, así como pruebas de diagnóstico, cuidado dental, servicios de ambulancia marítimos, aéreos y terrestres, medicamentos y otros.

El Plan de Cubierta Especial ofrece servicios de cuidado intensivo, procedimientos cardiovasculares y de neurocirugía, tratamientos de diálisis peritoneal, hemodiálisis y servicios relacionados, cuidado intensivo neonatal, tratamientos de neoplasia maligna, pruebas diagnósticas que incluyen tomografías, imagen de resonancia magnética y otros. Los servicios se ofrecen a través de la red de proveedores participantes, quienes tienen arreglos contractuales con las aseguradoras a través de la isla. Además, el Plan incluye servicios para beneficiarios médico-indigentes de Medicare y que han sido certificados por el programa de Medicaid.

El Plan de Cubierta de Salud Mental incluye examen médico, evaluación y tratamiento de enfermedades mentales, servicios

CUADRO 2. Personas atendidas por la Reforma de Salud, en el área de salud mental, Puerto Rico, 2000–2003.

Año	Número de pacientes	Número de asegurados	Porcentaje de acceso o utilización
2000	125.238	1.795.067	7,0
2001	125.511	1.730.623	7,3
2002	146.584	1.623.169	9,0
2003	136.937	1.521.848	9,0

Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico, Administración de Seguros de Salud. Base de datos; marzo de 2004.

psiquiátricos y psicológicos ambulatorios, hospitalización parcial, servicios de estabilización, de desintoxicación, de medicamentos y de ambulancia.

El Plan de Cubierta Catastrófica incluye tratamiento para sida, tuberculosis, lepra y abuso de sustancias, así como la implantación de marcapasos, válvulas y equipos artificiales para el corazón. Por lo regular, las aseguradoras prefieren desembolsar los gastos de la cubierta especial para mantener un mayor control sobre las condiciones catastróficas, ya que este servicio es muy costoso.

Según datos de la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS), 3.154.582 personas tenían algún plan de seguro médico en 2003. Esta cifra reflejó duplicidad por haber personas con seguros médicos de diferentes compañías, por el tipo de seguro médico que estas ofrecen y por la manera en que se recopiló la información.

En el año 2003, 40% de la población tenía el Plan Médico del ELA, 14% recibía atención médica a través de Medicare, 37% tenían algún tipo de seguro privado y 8% no tenía ningún plan médico.

Mediante la Reforma de Salud, en el área de salud mental, se han dado servicios a aproximadamente un millón y medio de personas bajo el plan de seguro de salud mental, pero la utilización de los servicios es sumamente baja si se compara con la magnitud del problema en el país (Cuadro 2).

Servicios de salud pública

La ley requiere que los niños estén vacunados para ser matriculados en las instituciones educativas. Por ello, los niveles de cobertura para la población estudiantil (que actualmente es de 726.511 estudiantes) fluctúan anualmente entre 80% y 87%, lo que significa que 8 de cada 10 estudiantes tienen sus vacunas al día. El Departamento de Salud proporciona vacunas contra la influenza, la pulmonía y el tétanos/difteria para la población médico-indigente y en riesgo, por lo que el porcentaje de cobertura por lo general excede 90%. En mayo de 2001 comenzó a escasear la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina, lo que resultó en una disminución en la cobertura de vacunación de 94,1% en 2001 a 31% en 2002.

En el año 2002 se desarrolló un sistema de vigilancia para el virus del Nilo Occidental, y se estaba trabajando en el diseño e implementación de una base de datos de salud (*DATAWAREHOUSE*) para proveer un sistema complejo de captura de eventos que incluya datos e información adecuados y confiables para la planificación estratégica y la medición de los resultados de salud.

En el año 2000, 99% de la población contaba con conexión domiciliar de agua potable. En 2005, la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados (AAA) daba servicios a 1.174.000 clientes residenciales (93,1% de los hogares). Varias comunidades han desarrollado su propio sistema de agua potable y según la División de Agua Potable del Departamento de Salud se ha dado servicios a aproximadamente 2% de hogares. La AAA informó que 678.000 hogares (54%) estaban conectados con la red de alcantarillados. El suministro de agua en las zonas urbanas es regular todo el día y la totalidad de los sistemas de agua potable se desinfecta mediante las plantas de tratamiento.

La disposición de residuos se hace principalmente mediante el método de relleno sanitario, lo que ocasiona una situación crítica. Según datos estimados de la Autoridad de Desperdicios Sólidos, en el país se generan casi cinco millones de toneladas de desperdicios al año, de los que casi 2.600.000 son domésticos (1,8 kg por persona al día). La mayor parte de estos desperdicios se procesan en vertederos municipales y solo 15% se recupera para ser reciclado.

Servicios de atención a las personas

En el año fiscal 2001–2002 existían 68 hospitales, de los cuales 12 pertenecían al sector público y 56 al sector privado. El 37% (25) de los hospitales se concentraban en la Región Metropolitana, 16% (11) en la región de Ponce, 13% (9) en Arecibo, Caguas y Mayagüez y solo 7% (5) en Bayamón. La Región Metropolitana tenía la mayor proporción de hospitales por habitantes (1 por 40.420), mientras que en la de Bayamón la proporción era de 1 por 120.144 habitantes.

La distribución de camas disponibles varió también significativamente. Mientras que el promedio nacional era de 3,3 camas por 1.000 habitantes, la Región Metropolitana concentraba 41% de las 12.562 camas, para una tasa de 5,0; Ponce, 16%, para una tasa de 3,3, Caguas, 12%, para una tasa de 2,7, Bayamón, 13%, para una tasa de 2,6, Mayagüez, 11%, para una tasa de 2,5 y Arecibo, 7,5%, para una tasa de 2,0.

Recursos humanos

Según el registro de profesionales de la salud, en 2001–2004 había 54.120 profesionales activos (38,8% se concentraba en la Región Metropolitana): 8.225 médicos, 24.777 enfermeras, 2.779 tecnólogos médicos, 2.428 farmacéuticos, 1.457 dentistas y 14.454 de otras profesiones. El 75,2% de los médicos y 70,9% de los

demás profesionales de la salud trabajaban en el sector privado y el resto trabajaba en el sector público o en trabajos voluntarios (24,5% y 0,3%, respectivamente). Cerca de 30,2% eran médicos generalistas, 11,8% se dedicaban a la medicina interna, 10,7% a la pediatría y 47,3% a especialidades (entre ellas obstetricia y ginecología, medicina de familia, cirugía general y anestesiología).

Los centros primarios contaban con médicos de medicina primaria, tales como médicos de familia, internistas, pediatras, obstetras-ginecólogos y generalistas, así como con el apoyo de otros médicos según la morbilidad y la mortalidad en el área. Además, debían contar con el respaldo de dentistas, optómetras, laboratorios clínicos, rayos X y farmacias.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

Uno de los aspectos más importantes del sistema de salud es la inversión que se dedica a la mecanización y el desarrollo tecnológico de los procesos y servicios de salud. Tanto el sector público como el privado tienen a su disposición importantes recursos tecnológicos. A un costo de aproximadamente US\$ 300 millones, en los últimos años el gobierno ha adquirido equipo altamente complejo para el diagnóstico y tratamiento, así como tecnologías de información y procesamiento de datos más avanzados y seguros que ha puesto a la disposición de los pacientes. La inmensa mayoría de estos recursos se concentran en el nivel central (Región Metropolitana); las otras regiones de salud escasamente cuentan con recursos tan esenciales como impresoras, fotocopadoras, computadoras personales, acceso a la Internet y otros.

Gasto y financiamiento sectorial

El flujo de fondos entre las fuentes y los agentes se canaliza a través del financiamiento público, el pago de primas de seguro público o privado y las tarifas o cuotas que pagan los usuarios. El flujo de fondos entre los agentes y los proveedores se canaliza a través de diferentes mecanismos de pago, entre los que están los presupuestos, los honorarios por servicios y la capitación.

Durante 1999–2003, el sector salud ocupó un lugar importante en la economía del país: los gastos aumentaron de US\$ 10.100 millones de dólares a US\$ 12.200 millones, que se reflejó en la cantidad de los recursos utilizados por el sector salud y en el aumento de los precios de dichos recursos.

El sector público constituyó un componente muy importante en la provisión y el financiamiento de los servicios de salud. En los años 1994–1995, el financiamiento de la tarjeta de salud tuvo un presupuesto de US\$ 82,3 millones y en 2003, el gasto público en la Reforma de Salud aumentó a US\$ 391 millones. En el año fiscal 2002–2003, el sector salud representó 16,4% del PIB, y el gasto per cápita anual en salud fue de US\$ 3.143 en precios corrientes, lo que representó un aumento de US\$ 466 en el gasto per

CUADRO 3. Presupuesto del Plan de Salud para el año fiscal 2002–2003, Puerto Rico, 2004.

Fuente	Cantidad (US\$)	Porcentaje
Medicaid	189.000.000	14,8
Programa de Seguros de Salud para Niños	26.000.000	2,0
Municipios	136.000.000	10,6
Fondo General	931.000.000	72,6
Total	1.282.000.000	100,0

Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico, Administración de Seguros de Salud.

cápita en relación con 1999. En el cuadro 3 se muestra el presupuesto del Plan de Salud para el año fiscal 2002–2003.

Antes de la reforma, el gobierno central ofrecía los servicios de salud a la ciudadanía a través de las agencias correspondientes (AFASS y el Departamento de Salud). Todos estos servicios se consideraban gastos del gobierno central. Con el Plan de Salud, estos gastos se consideraron parte del sector privado. El gobierno pagaba a la compañía aseguradora una prima para que las personas acogidas al Plan de Salud recibieran la tarjeta y acudieran a recibir servicios médicos y medicinas. En este caso, el dinero invertido en el pago de la prima se consideraba como pago de transferencia a las personas, lo que pasó a formar parte del ingreso personal. Como consecuencia, los gastos de consumo de las personas se incrementaron por concepto de servicios médicos, medicinas y otros gastos relacionados. Según se ha ido implementando el Plan de Salud, se ha reducido el gasto de consumo del gobierno y han aumentado el ingreso y los gastos de consumo personales. La reforma de salud ha resultado en un sistema que ha excedido 20% del PIB en gastos en salud, a pesar de que la calidad es cuestionable y que ni los suscriptores ni los proveedores están satisfechos.

Referencias

1. Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción. Universidad Central del Caribe. Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico. “2002 Household Survey”; 2003.
2. Plan for Comprehensive Community Mental Health Services for Adults with Severe Mental Illness and Children and Adolescents with Seriously Emotionally Disturbances for Fiscal Year 2004. Puerto Rico: Mental Health and Anti-Addiction Services Administration; 2004.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. Alegría M, McGuire T, Vera Canino G, Calderón J. Changes in access to mental health care for the poor and the Non-poor with manager care: Results from the Health Reform in Puerto Rico. *American Journal of Public Health* 2002;91:1421–1434.
5. Canino G. The prevalence of specific psychiatric disorders and mental health utilization among children in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry* 2003;61:85–93.
6. Lanhey BB, Flagg EW, Bird HR, Schwab-Stone M, Canino G, Dulcan MK, Leaf PJ, Davies M, Brogan D, Bourdon K, Horowitz SM, Narrow WE, Weissman MM, Kandel DB, Jensen PS, Richters JE, Regier DA. The NIMH method for epidemiology of the child and adolescent mental disorder (MECA) study: Background and methodology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;37.2:855–864.
7. Leaf PJ, Alegría M, Cohen P, Goodman SH, Horowitz SM, Hoven CW, Narrow WE, Vaden Kierman M, Regier D. Mental health service use in the community and schools: Results from the four-community MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;37.2: 889–897.
8. Ribera JC, Canino GJ, Rubio-Stipec M, Bravo M, Bird HR, Freeman D, Shrout P, Bauermeister J, Alegría M, Woodbury M, Huertas S, Guevarra LM. The diagnostic interview schedule for children (DISC 2.3): Description, acceptability, prevalences and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;37.2: 195–204.
9. Shaffer D, Fisher P, Dulcan M, Davis D, Piacentini G, Schwab-Stone M, Lanhey B, Bourdon K, Jensen P, Bird H, Canino G, Regier D. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.3): Description, acceptability, prevalences and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;35.7: 865–877.

REPÚBLICA DOMINICANA



1 Puerto Plata

2 Monte Cristi

3 Espaillat

4 Valverde

5 María Trinidad
Sánchez

6 Dajabón

7 Salcedo

8 Santiago

Rodríguez

9 Santiago

10 Samaná

11 Duarte

12 Sánchez Ramírez

13 La Vega

14 Monseñor Nouel

15 San Juan

16 Monte Plata

17 El Seibo

18 Hato Mayor

19 Elías Piña



Haití

**Santo
Domingo**

20 San José de Ocoa

21 Azua

22 Santo Domingo

23 La Altagracia

24 La Romana

25 Baoruco

26 San Cristóbal

27 San Pedro
de Macorís

28 Distrito Nacional

29 Peravia

30 Independencia

31 Barahona

32 Pedernales

0 50 100 km

La República Dominicana ocupa dos tercios de la isla de La Española y está situada entre el mar Caribe y el Océano Atlántico. Tiene una superficie territorial de 48.442 km², una población estimada de 8,9 millones de habitantes (1) y una densidad poblacional de 176,8 habitantes por km². El país está compuesto de 31 provincias y el Distrito Nacional.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

El crecimiento económico de los años noventa, por el incremento de las zonas francas y el turismo, tuvo poco impacto en términos de inversión social y desarrollo humano (2), ya que la pobreza en el área urbana se incrementó de 47,9% en 1992 a 66,5% en 1999 (3) y la inversión pública en educación, salud y asistencia social se mantuvo en 5% del producto interno bruto (PIB) (2).

El país tiene niveles altos de inequidad en la distribución del ingreso. En 2002, el 20% más rico recibía 53% del ingreso bruto y el 40% más pobre recibía solo 14% (4). El fraude bancario de 2003 produjo pérdidas de 20% del PIB, un déficit fiscal y una inflación de 42,7%. Como consecuencia, el país enfrentó una crisis económica y social que afectó las zonas francas, el turismo y la construcción, y se registró un PIB de -0,4%. Entre 2002 y 2005, el PIB aumentó de US\$ 21.714,6 millones a US\$ 29.333,2 millones. En 2003, el gasto público social fue de 6,8% del PIB y en 2002-2004, el gasto público en salud fue de 1,9%, 1,7% y 1,2%, respectivamente. Se estimó que en 2006 sería de 1,9% (2, 5). En el año 2000, 54% de la población vivía en la pobreza y 28% en pobreza extrema. En 2003, estos porcentajes aumentaron a 62% y 33%, respectivamente (6).

En mayo de 2004 se celebraron elecciones presidenciales y en enero de 2005 se firmó un nuevo acuerdo con el Fondo Monetario Internacional que, junto con otras medidas de política monetaria, contribuyó a superar la crisis económica y al crecimiento del PIB. La economía se vio afectada por los altos costos, la deficiencia en la provisión de energía eléctrica y los altos precios del petróleo.

La República Dominicana es uno de los siete países piloto del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas. La Comisión Presidencial sobre los Objetivos del Milenio y el Desarrollo Sostenible identificó las intervenciones necesarias y el costo estimado para alcanzar las metas contenidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El ejercicio constituye la base para los planes nacionales y provinciales, la movilización, la reorientación y la racionalización de recursos.

Entre 2003 y 2004, el desempleo se incrementó de 17% de la población económicamente activa (PEA) a 18,4% de la PEA, y en 2005 disminuyó a 17,9% (7). En este último año, el salario promedio de la mujer era 30% inferior al del hombre y en algunos casos hasta 41% inferior, especialmente en los sectores de zonas francas y turismo (7), aunque el nivel de educación de la mujer fuera superior (8). El PIB aumentó 9,3%, aunque la generación de empleo fue baja, de calidad deficiente, sin protección social y con salarios reducidos (5).

Entre 1996 y 2002, la proporción de personas sin educación básica se redujo de 20% a 10% y la de personas con educación secundaria o universitaria aumentó de 25% a 30%. El analfabetismo en la población de 10 años o más se redujo de 15% a 13%, siendo menor en las mujeres (12%) que en los hombres (13%) y mayor en el área rural (19%) que en la urbana (9,5%). El 50% de los niños que ingresan al primer grado completan solo cuatro años de educación primaria, 22% completan ocho años y 10% terminan la enseñanza secundaria (2); el embarazo en las adolescentes es un factor que contribuye a la deserción escolar. El 19% de las adolescentes ha tenido hijos y 23% ha estado embarazada alguna vez (8).

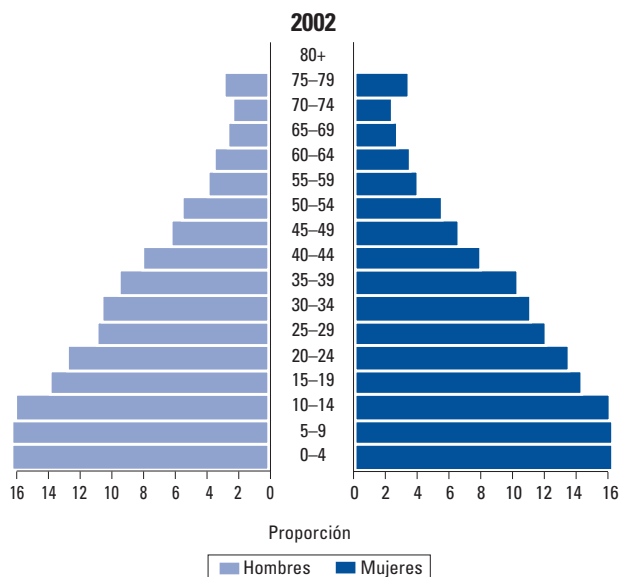
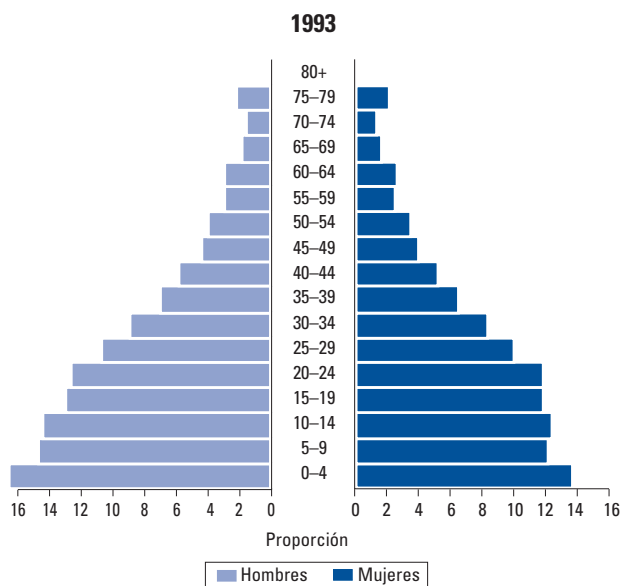
La proporción de la población con un consumo alimentario diario de ≤ 1.900 kcal (subalimentación) disminuyó de 27% entre 1990 y 1992 a 25% entre 1999 y 2001. De mantenerse esta tendencia, se podrá cumplir la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que se refiere a reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.

Entre 2002 y 2005, el número de turistas aumentó de 2.308.869 a 3.088.247. En 2005 se creó la Comisión Nacional de Salud y Turismo, que elaboró el plan nacional para que el país se mantenga como un destino turístico saludable.

Demografía, mortalidad y morbilidad

El país está en una etapa de transición demográfica. Entre 1993 y 2002, la disminución de la mortalidad, la natalidad y la fecundidad produjo cambios en la estructura por edad de la población, a lo que contribuyó el crecimiento de la población urbana (de 35% a 63,6%) (Figura 1).

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, República Dominicana, 1993 y 2002.



La tasa de crecimiento anual en 2005 fue de 1,8%. Entre los años 2000 y 2005, la tasa global de fecundidad se redujo de 2,8 hijos por mujer a 2,7; la tasa bruta de natalidad pasó de 24,5 por 1.000 habitantes a 23,3 por 1.000; la tasa bruta de mortalidad varió de 5,9 por 1.000 habitantes a 5,7, y la esperanza de vida al nacer se incrementó de 68,6 años (70,8 en las mujeres y 66,5 en los hombres) a 70 años (72,4 en las mujeres y 67,8 en los hombres) (9).

CUADRO 1. Tasas estimadas de mortalidad materna y general y por grupos de edad seleccionados, República Dominicana, 1992–2005.

	Año o período	Tasa
Mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	1992–2002	178 ^{a,b}
	2005	120 ^c
Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	2002	31 ^b
	2005	32 ^c
Mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	1997–2002	22 ^{a,b}
Mortalidad postnatal (por 1.000 nacidos vivos)	1997–2002	10 ^{a,b}
Mortalidad de niños menores de 5 años	1997–2002	38 ^{a,b}
Mortalidad general (por 1.000 habitantes)	1995–2000	5,9 ^{a,d}
	2000–2005	5,7 ^{a,d}

^aPromedio para el período.

^bEncuestas Nacionales Demográficas y de Salud (ENDESA), 2002.

^cDirección General de Epidemiología (DIGEPI), 2005.

^dOficina Nacional de Planificación (ONAPLAN), 1999.

La emigración mantuvo un ritmo creciente durante 1992–2002. Se estima que entre 1 y 1,5 millones de dominicanos residen en el exterior y que en el país hay 1,2 millones de extranjeros. Existe una tendencia a la feminización de las emigraciones, predominantemente urbana (2).

En el cuadro 1 se muestran los indicadores seleccionados sobre mortalidad. Se estimó un subregistro de 52,5% en el año 2000 y de 50,0% en 2005. El subregistro y las deficiencias en el llenado del certificado de defunción afectan la calidad de los datos.

Las enfermedades del sistema circulatorio se mantienen como primera causa de muerte en ambos sexos. Las causas externas se mantienen como segunda causa de muerte en los hombres, con un incremento proporcional. La mortalidad por neoplasias malignas tuvo un incremento proporcional en ambos sexos. En 2002, las causas externas y las enfermedades transmisibles tuvieron la mayor incidencia en la mortalidad prematura (Cuadro 2). La proporción más alta de años potenciales de vida perdidos en la población de menos de 70 años correspondió a las causas externas (24%).

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

La mortalidad infantil muestra una tendencia a la reducción, debido a un menor número de muertes postneonatales. La tendencia de la mortalidad neonatal se mantuvo estable, lo cual se relaciona con la deficiente calidad de la atención en el parto y el período perinatal. La tendencia de la mortalidad en niños menores de 5 años es a la reducción.

CUADRO 2. Mortalidad por grandes grupos de causas y porcentaje del total de defunciones por causa según sexo, República Dominicana, 1990 y 2002.

Hombres		Mujeres	
1990	2002	1990	2002
Enfermedades del sistema circulatorio (27%)	Enfermedades del sistema circulatorio (29%)	Enfermedades del sistema circulatorio (33%)	Enfermedades del sistema circulatorio (35%)
Causas externas (17%)	Causas externas (21%)	Enfermedades transmisibles (17%)	Neoplasias malignas (16%)
Enfermedades transmisibles (16%)	Neoplasias malignas (14%)	Neoplasias malignas (11%)	Enfermedades transmisibles (12%)
Neoplasias malignas (9%)	Enfermedades transmisibles (11%)	Causas externas (6%)	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (8%)
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (5%)	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (7%)	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (5,5%)	Causas externas (7%)
Otras enfermedades (25%)	Otras enfermedades (18%)	Otras enfermedades (28%)	Otras enfermedades (23%)

En 2002, la mortalidad infantil registrada representó 9,9% de todas las muertes. En los menores de 1 año, el riesgo de morir se redujo de 45 por 1.000 nacidos vivos en el período 1987–1992 a 38 por 1.000 en 1992–1997 y a 31 por 1.000 en 1997–2002. En 2002, la tasa de mortalidad neonatal se estimó en 22 por 1.000 nacidos vivos. En 2005, las principales causas de muerte neonatal fueron la sepsis del recién nacido, el síndrome de dificultad respiratoria y la prematuridad, y las principales causas de muerte postneonatal fueron la septicemia, la diarrea y gastroenteritis y la neumonía.

La mortalidad en los niños de 1 a 4 años de edad fue de 1,6% en 2002 y el riesgo a morir se redujo de 14 por 1.000 en 1987–1992 a 11 por 1.000 en 1992–1997 y a 7 por 1.000 en 1997–2002.

La lactancia materna es cada vez menos común. Cerca de 3,8% de los niños de 4 a 5 meses reciben lactancia materna exclusiva (8) y 46% de los recién nacidos reciben otro alimento antes de ser amamantados.

Salud de los niños (5–14 años)

En el período 1990–2002, la mortalidad en el grupo de 5 a 14 años mantuvo una tendencia descendente y entre 1986 y 2002 la mortalidad proporcional bajó de 2,8 a 1,6.

Entre 1993 y 2002, el retardo del crecimiento lineal en escolares de 6 a 9 años se redujo de 19% a 8%, y fue mayor en el área rural (11%) que en la urbana (8%). No hay datos actualizados sobre deficiencias de micronutrientes. La prevalencia de bocio en escolares fue de 5,3%, y de acuerdo con la excreción urinaria

de yodo, 74% de la población en edad escolar (6 a 9 años) estaba en riesgo. En 2002, la excreción urinaria de yodo descendió a 34,3%. En su última evaluación (1997), el Programa de Salud Bucal notificó un índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D) de 5,0 (10).

En 2002, 18% de los niños y adolescentes de entre 5 y 17 años de edad trabajaban (27% hombres y 9% mujeres) y la proporción era más alta en las áreas rurales (20%) que en las urbanas (17%). El 90% inició su vida laboral antes de los 15 años y la principal rama de actividad económica fue la de servicios (11).

Salud de los adolescentes (15–19 años)

En 2002, la proporción de embarazos en adolescentes (15–19 años) era de 23% (28% en la zona rural y 21% en la urbana). El 64% de las adolescentes embarazadas no tenían ningún nivel de educación. Una de cada cinco mujeres que fallecieron por causas relacionadas con el embarazo o la maternidad era adolescente, y el riesgo obstétrico entre las adolescentes de 15 a 19 años era mucho mayor que en las mujeres de 20 a 34 años. En 2002, la tasa de fecundidad en adolescentes en la zona urbana era de 104 por 1.000 mujeres y de 145 por 1.000 en la zona rural. El 43% de los embarazos no eran deseados (8).

En 2004, aproximadamente 25% de los alumnos de las escuelas del país entre las edades de 13 y 15 años habían consumido tabaco alguna vez (24,4 %). La prevalencia de uso (consumo en los últimos 30 días) era de 18%, y mayor en los hombres (21,5%) que en

las mujeres (14,2%). Menos de 10% de los jóvenes consumen tabaco en forma de cigarrillos y 12,3% utilizan otras formas de consumo (tabaco para masticar, aspirar, puros, cigarros y pipa) (12).

Salud de los adultos (15–49 años)

La mortalidad absoluta y proporcional en este grupo disminuyó. En 2002, las causas externas ocuparon el primer lugar (44,2%), seguidas de las enfermedades transmisibles (21,6%), debido principalmente al sida y la tuberculosis.

En las mujeres de 15 a 49 años, el sida fue la primera causa diagnosticada y representó 18,3% de las defunciones; los accidentes de tránsito ocuparon el segundo lugar y los eventos de intención no determinada, el tercero. En los hombres de 15 a 49 años de edad, el mayor número de muertes registradas fue por accidentes de tránsito y por eventos de intención no determinada. El sida ocupó el tercer lugar.

En 2002, la tasa global de fecundidad fue de 3,0 hijos por mujer (2,8 en la zona urbana y 3,3 en la zona rural). Entre 22% y 25% de las mujeres de los distintos grupos de edad tuvieron su primer hijo antes de los 18 años y entre 40% y 45% antes de los 20 años; el 75% había tenido al menos un parto a los 25 años (8). En 2002, 70% de las mujeres en unión conyugal usaban algún método anticonceptivo.

La mortalidad materna no registró cambios, lo que se relaciona con la calidad de la atención médica. Entre las principales causas de mortalidad materna registrada están la toxemia, las hemorragias y los abortos.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

La población mayor de 60 años está en aumento y representa 6,1% de la población total del país (13). Las enfermedades del sistema circulatorio fueron la principal causa de muerte, seguidas por las neoplasias malignas, las enfermedades transmisibles y las causas externas. Entre 70% y 80% de los adultos mayores viven en el área urbana y menos de 10% viven solos.

Salud de los trabajadores

Los accidentes de trabajo se incrementaron de 3.313 en 2004 a 3.717 en 2005 (54% en el Distrito Nacional, 23% en Santo Domingo Oeste y 3% en La Romana). El 6,3% de los accidentes ocurrió en actividades de servicios, 21,7% en actividades de manufactura, 17,5% en la industria, 13,1% en el comercio y 11,2% en la construcción. El 79,4% de los accidentes ocurrieron en el centro de trabajo y 20,6% en el trayecto, por accidentes de tránsito.

Salud de las personas con discapacidad

En 2002, 4,2% de la población tenía alguna discapacidad, 51% de los discapacitados eran hombres y 60,5% se concentra-

ban en la zona urbana. Las discapacidades más frecuentes fueron las limitaciones motoras (24%), la ceguera (14%) y el retardo mental (12%) (14).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La **malaria** afecta principalmente a las poblaciones rurales y suburbanas de las provincias clasificadas de alto riesgo de transmisión. La especie parasitaria autóctona es *Plasmodium falciparum* sensible a la cloroquina. Los brotes se asocian con migración interna y externa de trabajadores temporales vinculados con la agricultura y la construcción, con los fenómenos naturales que provocan altas precipitaciones, principalmente huracanes, y con la limitada capacidad de respuesta en el nivel local. Entre 2000 y 2004, el promedio anual de casos era de 1.490 y en 2004 aumentó a 2.354 (tasa de incidencia de 27,5 por 100.000 habitantes). En 2005 se registraron 3.837 casos (64% en los hombres) y el grupo de edad más afectado fue el de 10 a 49 años (73,8% de los casos); el 75% de los casos se registró en la zona rural.

El **dengue** es endémico. Entre 1997 y 2004 hubo circulación de los cuatro serotipos. En 2003 se registraron 6.268 casos probables (casi el doble que en 2002), 2.478 en 2004 y 2.949 en 2005. Esta última cifra representó una incidencia de 29 por 100.000 habitantes. En los casos probables, la seropositividad al virus del dengue fue de 45%. El 82% fue registrado como dengue hemorrágico, el cual ocasionó 18 defunciones y una letalidad de 21,9%. No hubo aislamiento viral en 2005.

Enfermedades inmunoprevenibles

En el período 1998–2001 hubo un brote de **sarampión** que obligó a desarrollar una serie de actividades de control; desde 2002 no se notifican casos de sarampión.

En octubre de 2000 se detectó un brote de **poliomielitis** causado por virus 1 derivado de la vacuna antipoliomielítica oral (14 casos) que afectó predominantemente la parte central del país. La posible causa de esta derivación vacunal fue la circulación del virus vacunal en poblaciones con bajas coberturas o a partir de algún paciente inmunodeprimido.

Desde 2002 no se presentan casos de poliomielitis. En 2001 se introdujo la vacuna pentavalente y en 2004 la triple viral (SRP), con lo que se da cobertura a las 10 enfermedades prevenibles por vacunación más importantes.

Las jornadas de vacunación realizadas en 2005 contra la **tuberculosis**, la **hepatitis b** y la **poliomielitis** alcanzaron coberturas de 100%, 92,5% y 85,8%, respectivamente.

La incidencia de infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* (Hib) se redujo después de la introducción de la vacuna pentavalente. Se han registrado casos de **tuberculosis menín-**

gea, **tétanos neonatal, tos ferina y difteria** en la población infantil, y de **tétanos** en adultos. Durante 2004–2005 se presentó un importante brote de **difteria** en menores de 15 años. En 2004 se registraron 7 casos de **rubéola** en el país.

Enfermedades infecciosas intestinales

Las enfermedades diarreicas son un importante problema de salud pública, principalmente en los menores de 5 años; cada año se registran entre 2.000 y 5.000 casos por semana. En 2002, según las Encuestas Nacionales Demográficas y de Salud (ENDESA), la proporción de menores de 5 años que habían tenido diarreas dos semanas antes de la encuesta era de 14% y la mayor afectación se observó en los niños de entre seis y 23 meses de edad (24%) y en los menores de seis meses (12,7%). En el período 1997–2002, la mortalidad registrada por esta causa en menores de 5 años disminuyó (de 58 por 1.000 nacidos vivos a 38).

Enfermedades crónicas transmisibles

La **tuberculosis** es un problema prioritario de salud pública. La tasa estimada de incidencia está entre las más altas de la Región, con cerca de 85 casos nuevos por cada 100.000 habitantes (7.000 casos nuevos cada año), de los cuales 3.500 son casos pulmonares confirmados con baciloscopia positiva (BK+) (15). Algunos casos presentaron resistencia a las drogas antituberculosas de primera línea. La tasa de incidencia varió de 57 por 100.000 habitantes a 54 por 100.000 entre 2003 y 2004, y aumentó a 58,4 por 100.000 en 2005. La tasa de curación aumentó de 46% en 2000 a 85% en 2005 por el incremento del tratamiento acortado estrictamente supervisado (DOTS). La tuberculosis es la primera enfermedad oportunista en personas con VIH (cerca de 12,2%) y en 2005, 8,6% de los casos de tuberculosis eran positivos al VIH.

La **lepra** se mantiene por debajo de un caso por 10.000 habitantes. En el período 2002–2004, la incidencia anual fue de 0,2 por 10.000 habitantes y en 2005, de 0,17 por 10.000, pero aún existen 13 municipios con tasas por encima de 1 por 10.000. Entre los municipios que presentaron las mayores tasas están Yuma, Bayaguana, Barahona y Oviedo. Entre 2002 y 2004 se registraron 30 casos en Santo Domingo, 13 en el Distrito Nacional, 15 en San Pedro de Macorís, 12 en Barahona y 10 en Monte Plata (13).

Infecciones respiratorias agudas

En 2005, las infecciones respiratorias agudas fueron el motivo principal de consulta externa en la población general y en 2001–2002 estaban entre las primeras cinco causas de muerte. Cada año se notifican entre 6.000 y 10.000 casos por semana. En 2002, las infecciones respiratorias agudas representaron 80% de la morbilidad de la población. En los niños de 1 a 4 años, las infecciones respiratorias agudas fueron la principal causa de morbilidad y de atención médica en los establecimientos de salud. Según la ENDESA 2002, 19,6% de los menores de 5 años tuvo tos acompañada de respiración agitada en las dos semanas anteriores a la encuesta. La proporción de niños que recibieron asistencia mé-

dica fue de 61% y este número fue menor a medida que aumentaba la edad del niño y el nivel de educación de la madre.

El promedio anual de casos probables registrados por **enfermedades meningocócicas** en 1995–2002 fue de 132 y la tasa de incidencia varió de 0,5 a 2,9 casos por 100.000 habitantes. Durante 2002–2004 se mantuvo una disminución en el número de casos notificados (55% de los esperados). Durante 2005 se notificaron 39 casos probables.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

El **VIH/sida** es una de las primeras causas de muerte en la población de entre 15 y 49 años. Se estima que hay 88.000 personas con VIH, incluidos adultos y niños. La transmisión de la infección está relacionada con el turismo, las zonas francas, el alto flujo migratorio, los establecimientos portuarios y las condiciones de pobreza. La principal forma de transmisión es la heterosexual. En el grupo de 15 a 29 años de edad, la seroprevalencia es más alta en las mujeres que en los hombres. Según datos de la ENDESA 2002, más de 50% de las mujeres no perciben el riesgo de contraer la infección y 9% de las mujeres sexualmente activas padecieron alguna infección de transmisión sexual en 2001. En 2002, la prevalencia de VIH fue de 1% (1,1% para los hombres y 0,9% para las mujeres) y en los bateyes (las zonas más pobres del país), fue de 5% (4,7% para los hombres y 5,2% para las mujeres). En 2003 se estimó que 23.000 mujeres de entre 15 y 49 años de edad eran VIH-positivas (16). En las embarazadas, la prevalencia fue de 1,4% en 2004 y 2,3% en 2005.

En 2004, la **hepatitis B** tuvo una seroprevalencia de 1,5% y la **sífilis** de 1%. La prevalencia fue mayor en el grupo de 15 a 29 años de edad, en la población de la zona rural y en las mujeres con educación de quinto a octavo grado.

Zoonosis

En 2005 se registraron 707 casos de **leptospirosis**; de ellos, se les tomó la muestra a 588 y 50 fueron confirmados por laboratorio. Las provincias que notificaron mayor número de casos probables fueron Santiago (42%), Distrito Nacional (14%), Espaillat (13,3%), Puerto Plata (6,8%) y Santo Domingo (4,4%). El serotipo *L. pomona* fue el más frecuente y afectó principalmente a los hombres entre los 20 y 39 años de edad que trabajaban en la agricultura. Hubo 21 defunciones en las provincias de Puerto Plata y Santiago Rodríguez.

Entre 2002 y 2004 se registraron cuatro casos de **rabia humana** y se estima que uno de ellos se produjo por el murciélago insectívoro (no existe el hematófago). El país se ha mantenido sin rabia humana desde 2005. Los casos en animales ocurrieron en las zonas de Dajabón, frontera con Haití, y en la zona del este del país, principalmente San Pedro de Macorís, donde abundan las poblaciones silvestres de mangostas, que constituyen la segunda población animal en importancia después del perro. El país está libre de **influenza aviar, fiebre aftosa, encefalopatía espongi-forme bovina, ántrax (carbunco) y fiebre porcina africana**.

En noviembre de 2002, 152 muestras de sangre de aves vivas migratorias y residentes de los parques nacionales Los Haitises (61) y de Bahoruco (91) fueron estudiadas en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. De estas, nueve fueron positivas a **flavivirus** y en dos de ellas, provenientes de Los Haitises, se identificaron anticuerpos al **virus del Nilo Occidental**. No se aisló el virus en cultivos de los tejidos de las aves, lo que indica que la transmisión ocurrió en algún momento durante la vida de esas aves.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Entre 1996 y 2002, el porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años disminuyó de 11% a 9%; el más elevado se registró en las edades de 12 a 23 meses y fue mayor en los niños (10%) que en las niñas (8%) (8). La proporción de desnutrición aguda fue de 2% y la de desnutrición global, de 5%.

El 15% de los niños con madres sin ningún nivel educativo y 13% de los niños con madres que no habían completado la educación primaria presentaban desnutrición crónica.

En las zonas urbanas, 8% de los niños presentaban desnutrición crónica y 4% desnutrición global. En la zona rural, estos indicadores fueron de 11% y 7%, respectivamente. Según el censo nacional de 2002, el déficit de talla para la edad o desnutrición crónica en escolares de 6 a 9 años a nivel nacional era de 8%, menor que el notificado en 1993 (19%) y los índices más altos se registraron en las provincias de Elías Piña (15,7%), La Vega (12,7%) y Bahoruco (11,2%). Las provincias con niveles de desnutrición crónica más bajos fueron La Altagracia (2,8%) y Santiago, La Romana y San Pedro de Macorís (4%) (17). La prevalencia de obesidad en las personas mayores de 50 años fue de 30%.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades del sistema circulatorio representaron más de 10% de las consultas y más de 6% de las urgencias atendidas en los establecimientos del país. Cerca de 80% de los ingresos no obstétricos en adultos corresponden a problemas cardiovasculares (18). El estudio de factores de riesgo cardiovasculares (EFRICARD) realizado en una muestra de 6.400 personas en los años 1996 a 1998, y ajustado a las clasificaciones de 2004, indicó una prevalencia de obesidad de 16,4%, de hipertensión diastólica de 21,8% (33% en las mujeres y 36,7% en los hombres) y de 30% en personas mayores de 50 años. Según el estudio, 65% de los hipertensos no seguía ningún tratamiento, 55% tenía antecedentes familiares de hipertensión, 9,1% tenía hipercolesterolemia y 24% tenía colesterol por encima de 200 mg/dl. El 20% fumaba al momento del estudio y 22% había dejado de fumar.

Neoplasias malignas

En 2004, la mortalidad registrada por esta causa tuvo una tendencia al aumento (15). El cáncer de mama ocupó el primer lugar en frecuencia (25,9%), seguido del **cáncer cervicouterino** (21,2%) y del **cáncer de próstata** (7,0%).

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Por su ubicación geográfica, el país está expuesto a tormentas tropicales y ciclones. Las inundaciones son el desastre natural más frecuente y ocurren todo el año. Las regiones más vulnerables son las alledañas a las cuencas de los ríos Yaque del Norte, Yaque del Sur, Yuna y Soco, al igual que las zonas marginales a orillas de los ríos en las ciudades de Santo Domingo y Santiago. El país sufrió los efectos de los huracanes David (1979), George (1998) y Jeanne (2004). Se han producido sismos de gran magnitud en algunas regiones del país, así como sequías, debido al mal manejo de cuencas, a la deforestación de los suelos y a la dinámica del cambio climático global. Cerca de 70% de la población vive en zonas de riesgo, con alta vulnerabilidad a situaciones de emergencias y desastres.

Las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas están entre las enfermedades asociadas con los desastres naturales. Las lesiones son también una causa importante de morbilidad en períodos de desastres, así como la malaria y el dengue.

Violencia

Según la ENDESA 2002, 9,5% de las mujeres de 15 a 49 años declaró haber sufrido violencia física. Esta proporción fue mayor en las mujeres de 20 a 29 años (11,7%).

Contaminación ambiental

La contaminación de aguas por los afluentes no tratados, las dificultades crecientes para el manejo y tratamiento adecuados de la cantidad creciente de desechos sólidos y la degradación de la calidad del aire por las emisiones de material particulado son los principales problemas para la calidad ambiental y están vinculados con el crecimiento urbano e industrial. La contaminación por agroquímicos es un problema grave en áreas de producción intensiva. Entre 1994 y 2005, las emisiones de dióxido de carbono aumentaron de 15.000 toneladas a 16.649.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

En 2001 se aprobaron dos importantes leyes que marcaron la nueva dirección del Sistema Nacional de Salud (SNS): la Ley General de Salud 42-01 y la Ley sobre Seguridad Social 87-01. Me-

dante la Ley General de Salud se separaron las funciones de provisión de servicios, rectoría y financiamiento del sistema y se creó el Consejo Nacional de Salud (CNS) como órgano de concertación nacional en salud. La ley sentó las bases para reglamentar los aspectos de la salud pública y de los riesgos para la salud y asignó a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) la responsabilidad de formular las políticas y los planes decenales nacionales de salud y de desempeñar las funciones esenciales de la salud pública. La Ley 87-01 creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y estableció las fuentes y los mecanismos de financiamiento para la atención dentro del Sistema Nacional de Salud. El SDSS se basa en la contribución prepagada y obligatoria, según la capacidad de pago y la condición laboral, y garantiza el aseguramiento de la población pobre e indigente por parte del Estado. La Ley 87-01 implementó el Seguro Familiar de Salud (SFS), de carácter obligatorio y universal, que contiene un plan básico de salud para los tres regímenes establecidos: el contributivo, el contributivo-subsidiado y el subsidiado. En 2003 se creó la Administradora de Riesgos Laborales para prevenir y cubrir los daños ocasionados por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En diciembre de 2005, la Administradora de Riesgos Laborales tenía registrados 30.531 empresas y 1.218.737 trabajadores afiliados (19).

Estrategias y programas de salud

El SNS está formado por dos subsistemas: el subsistema de Atención a las Personas y el subsistema de Salud Colectiva, ambos bajo la rectoría de la SESPAS. El subsistema de Atención a las Personas está formado por el conjunto de Prestadores de Servicios de Salud (PSS) públicos y privados, cada uno estructurado en redes de servicios de primero, segundo y tercer nivel de atención. Los servicios públicos se organizan en Servicios Regionales de Salud (SRS), de carácter autónomo y con personería jurídica, debidamente acreditados como PSS ante el SDSS con financiamiento a cargo del Seguro Nacional de Salud (SENASA) y con la entrega de atenciones del Plan Básico de Salud. El subsistema de Salud Colectiva está conformado por el conjunto de Programas y Redes Programáticas de Salud Pública, orientados a la promoción de la salud, la prevención y el control de los problemas prioritarios de salud, cuya gestión ha de ser desconcentrada hacia las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) y con financiamiento a cargo del Estado. Los programas de prevención y control de problemas prioritarios deben ser reformados y financiados, pues muchos operan con donaciones y préstamos internacionales y con recursos asignados por el Estado ante situaciones de emergencia nacional lo que limita su sostenibilidad y efectividad. La mayoría de los programas de la SESPAS han operado con una estructura vertical y centralizada. Se están desarrollando procesos de descentralización y fortaleciendo la capacidad de respuesta de las DPS, para que asuman una mejor gestión de los programas en su área geográfica.

Organización del sistema de salud

En noviembre de 2002 se instituyó en la Región IV, al sureste del país, el SFS para el régimen subsidiado, con lo cual se concretó una de las más importantes acciones de transferencia de fondos y responsabilidades a nivel local. El proceso del régimen subsidiado se ha extendido a otras Regiones, con un aproximado de 400.000 afiliados (4,3% de la población total). El inicio del SFS para el régimen contributivo (incluye a los empleados públicos y privados junto con sus dependientes), en los últimos cinco años ha sido pospuesto en nueve ocasiones por el CNSS, impidiendo el acceso al Plan Básico de Salud a 30% de la población estimada para este régimen; la implementación del SFS está siendo analizada al más alto nivel político.

Al reorganizarse la SESPAS, esta debe velar por la entrega de los servicios de salud colectiva a través de los programas preventivos de carácter general dispuestos por el nuevo marco legal. Deberá desprenderse gradualmente de la función de provisión, pero no sin antes haber organizado y habilitado los Servicios Regionales de Salud (SRS), de manera que articulen en red los establecimientos y niveles de atención y garanticen la atención integral y continuada de las personas. Su fuente de financiamiento corresponderá a los ingresos del per cápita pagado por la Seguridad Social a través de contratos de gestión suscritos entre los proveedores públicos y el Seguro Nacional de Salud (SENASA).

La SESPAS preside el Consejo Nacional de Salud (CNS), el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), el Consejo del Seguro Nacional de Salud (COSENASA), la Comisión Presidencial para la atención del VIH/Sida (COPRESIDA), así como la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), espacios de valor estratégico para consolidar la Rectoría en sus diferentes dimensiones (conducción y regulación, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento y armonización de la provisión), y conducir los esfuerzos en congruencia con las prioridades y objetivos nacionales en salud.

El CNS, presidido por la SESPAS (máxima autoridad sanitaria nacional), está integrado por la Secretaría Técnica de la Presidencia, la Secretaría de Estado de Trabajo, la Secretaría de Estado de Educación, el Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS) o la instancia encargada de la Seguridad Social (CNSS), el Cuerpo Médico y Sanidad Militar de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, el Colegio Médico Dominicano, la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados, la Universidad Autónoma de Santo Domingo, la Liga Municipal Dominicana, el sector agua potable y alcantarillado, las organizaciones no gubernamentales del área de la salud debidamente acreditadas, la Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales, el Consejo Nacional de Educación Superior, y cualquier otra institución que la SESPAS o el CNS determinen de manera temporal.

El SDSS se organiza con base en la separación de las funciones, correspondiéndole al Estado la dirección, regulación, financiamiento y supervisión, mientras que las funciones de asegura-

miento, administración del riesgo y prestación de servicios están a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas debidamente acreditadas.

El CNSS lo integra el Secretario de Estado de Trabajo, quien lo preside, el Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, vicepresidente, el Director General del Seguro Social, el Director del Instituto Nacional de Auxilios y Viviendas, el Gobernador del Banco Central, un representante del Colegio Médico Dominicano, representantes de los demás profesionales y técnicos de salud, de empleadores y de trabajadores.

El sector salud es de naturaleza mixta, con participación de instituciones públicas, privadas y organizaciones no gubernamentales. La SESPAS es aún la principal proveedora de los servicios públicos y está organizada en los niveles central, regional y provincial. A nivel central cuenta con el Despacho del Secretario, quien se apoya en cinco Subsecretarías de Estado: Administrativa, Salud Colectiva, Atención a las Personas, Técnica, (asume la planificación institucional, las cuentas en salud, los sistemas de información, entre otros) y Asistencia Social. A nivel provincial, la SESPAS cuenta con 30 Direcciones Provinciales de Salud (una para cada provincia); la provincia Santo Domingo y el Distrito Nacional están organizados en ocho Direcciones de Áreas de Salud (DAS) que asumen la función de rectoría en forma descentralizada.

Las DPS, aunque tienen funciones mixtas, operan como dependencias del nivel central responsables de las acciones de rectoría, pero participan en la administración de los servicios de salud y se transforman en instancias desconcentradas llamadas a conducir localmente el sector salud. Las DPS son responsables de la habilitación de establecimientos, la evaluación de la calidad, el acceso y el desempeño de los proveedores de servicios de salud públicos y privados, la vigilancia de las coberturas de aseguramiento local y la armonización de la provisión, y deben velar por que estos procesos cumplan con los principios de equidad, integridad de la atención y de acceso universal.

La organización de la red para la provisión de servicios a nivel local es competencia de cada una de las nueve Direcciones Regionales de Salud, que son responsables de la gestión y articulación de los establecimientos de diferente nivel de atención conformados en redes en cada Región, en los denominados SRS. La SESPAS tiene una red de 1.037 establecimientos que incluyen seis hospitales especializados, ocho hospitales regionales, 107 hospitales municipales, 22 hospitales provinciales, 615 clínicas rurales, 90 dispensarios médicos, 30 centros sanitarios y 159 consultorios (20). La IDSS tiene una red de provisión que incluye 210 establecimientos, 20 hospitales (tres nacionales y especializados; dos regionales y 15 generales), 30 policlínicos y 160 consultorios.

El Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL), adscrito a la Presidencia de la República, también forma parte del conjunto de instituciones de salud del sector público.

Servicios de salud pública

Los programas de prevención y control de las enfermedades transmisibles con posibilidades de eliminación o de control son los más estructurados. Los programas para la eliminación de enfermedades (de inmunizaciones y lepra) están gerenciados por la SESPAS y el Instituto Dermatológico y de la Cirugía de la Piel Dr. Humberto Bogaert Díaz (institución semiprivada). Los programas de control están administrados por la SESPAS e incluyen los de tuberculosis, VIH/sida, rabia, malaria y dengue. Todos los programas están en proceso de fortalecimiento para una mayor capacidad de respuesta en los niveles locales.

Los programas de inmunizaciones y de prevención y control de la tuberculosis, de VIH y de dengue están en proceso de avance y fortalecimiento, y están incorporando la comunicación y la movilización social. En el marco de los ODM, de fortalecer los programas y de mejorar los indicadores de salud de la población, la SESPAS lanzó, en 2005, la estrategia de “Movilización Tolerancia Cero” dirigida a lograr la participación conjunta de SESPAS y de la sociedad civil para reducir la mortalidad materna y de niños menores de 5 años evitable, los casos de tuberculosis sin tratamiento mediante la estrategia DOTS, los casos de rabia humana, las muertes por malaria y los brotes de malaria en poblaciones y territorios priorizados, las muertes por dengue y la transmisión vertical del VIH evitable.

En 2005, el gobierno invirtió en siete programas de asistencia alimenticia 2% del presupuesto nacional (7% del gasto social). Se han implementado programas de suplementación con vitamina A, ácido fólico, hierro y calcio, para embarazadas, puérperas, menores de 2 años y escolares. También se han creado programas para la fortificación de la sal con yodo, el azúcar con vitamina A y la harina de trigo con hierro y ácido fólico.

La Dirección General de Epidemiología es responsable de la vigilancia epidemiológica y de la salud y cuenta con el apoyo del Laboratorio Nacional Dr. Defilló para el diagnóstico serológico de dengue, VIH, cultivos y pruebas de sensibilidad para tuberculosis; el Laboratorio Veterinario Central para aislamiento viral y diagnóstico de las zoonosis, el laboratorio del Hospital Robert Reid para cultivos bacterianos y antibiogramas y el laboratorio del Centro de Control de Enfermedades Tropicales para malaria.

En el año 2000, 48,3% de la población tenía servicio de abastecimiento de agua. Hay deficiencias en el tratamiento y desinfección del agua abastecida, así como en la operación y el mantenimiento de los sistemas, particularmente en el área rural. El 52% de las aguas residuales no reciben tratamiento antes de ser dispuestas en cuerpos de agua receptores, lo que es necesario mejorar para cumplir la meta 10 del objetivo 7 de los ODM (21).

Durante 2003–2005 se fortaleció el rol del país en la creación y consolidación del Foro Centroamericano y de República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento (FOCARD-APS) en el marco de la RESSCAD, que constituye el mecanismo de coordinación de las instituciones de atención primaria de los países que

La participación comunitaria garantiza la salud

La estrategia “Movilización Tolerancia Cero” tiene por objeto movilizar la conciencia pública nacional para mejorar la salud de la población con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el control de los problemas prioritarios de salud. El nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social permite que los usuarios y la sociedad participen en la toma de decisiones. El Consejo Nacional de Seguridad Social y el Consejo Nacional de la Salud tienen representación de los usuarios y los diferentes sectores de la sociedad civil. Se hace hincapié en la participación intersectorial para la prevención de las enfermedades y el control de problemas de salud prioritarios.

lo integran. Se presentó un proyecto de reforma a la Comisión Permanente de Medio Ambiente y Recursos Naturales del Congreso Nacional para mejorar el ordenamiento institucional del sector de agua y saneamiento.

En 2002, el manejo de los desechos sólidos municipales era deficiente y no se contaba con los recursos técnicos y financieros necesarios. En 57% de los municipios, la disposición final de los residuos sólidos se hace en ríos y a través de vertederos a cielo abierto. La gestión de los recursos peligrosos, entre ellos los bio-médicos (22), no es especializada y se realiza junto a los residuos municipales.

En 2003 se realizó una evaluación nacional en el marco de la iniciativa regional para América Latina y el Caribe para el manejo de los desechos sólidos, que generó propuestas de políticas y estrategias para el fortalecimiento del sector, algunas de las cuales se han puesto en marcha en las ciudades de Santo Domingo y Santiago.

La SESPAS, en coordinación con la Dirección General de Normas y Sistemas de Calidad, elaboró las normas para la protección y el control de los alimentos y creó la Comisión Nacional del Codex Alimentarius. Se han constituido 37 comités técnicos sobre alimentos, plaguicidas, fertilizantes y de residuos veterinarios, y se cuenta con 79 normas publicadas relacionadas con los alimentos que han sido homologadas o adaptadas a las normas CODEX. En 2003 se creó un comité nacional para la aplicación de los acuerdos sobre las Medidas Sanitarias y Fitosanitarias y obstáculos al comercio, de la Organización Mundial del Comercio (OMC). Se elaboraron propuestas de actualización de las leyes de sanidad agropecuaria que benefician el cumplimiento de dichos acuerdos.

El Laboratorio Nacional de Salud Pública, el Laboratorio Veterinario Central (LAVECEN) y el Laboratorio del Instituto de Innovación en Biotecnología e Industria, son los laboratorios estatales encargados de brindar apoyo en la vigilancia y el control de los alimentos. Se está creando la Red Nacional de Laboratorios de Alimentos y un sistema de garantía de calidad, para lograr la acreditación por un organismo nacional o internacional competente.

El país se rige por las normas nacionales de inspección cuarentenaria e internacionales de la Organización Mundial de Sani-

dad Animal (OIE) y de la Convención Internacional de Protección Fitosanitaria, y por las normativas EUREGAP en casos específicos de exportación de banano y otros productos (23).

La Comisión Nacional de Emergencias y el Centro de Operaciones de Emergencias (COE) ejecutan, con algunas limitaciones, el plan de prevención y mitigación de desastres naturales y se han identificado las zonas de riesgo.

En cooperación con la Dirección Nacional de Emergencias y Desastres de la SESPAS se desarrolló un proyecto de planes hospitalarios en 11 municipios de las regiones del Cibao Central, Norcentral y Nordeste, que definen los planes de emergencia para cada uno de ellos. El COE desarrolló un proceso de formación y capacitación de instructores en el Sistema de Suministros y de personal de hospitales, para la elaboración de los planes hospitalarios de emergencia. Se formuló el Plan Interagencial de Emergencias y Desastres, coordinado por la Comisión Nacional de Emergencias y el PNUD; uno de sus componentes es el de salud, agua y saneamiento. El país participó en la propuesta del Plan Estratégico Centroamericano de Atención y Prevención de Desastres para el sector agua potable y saneamiento. Esta iniciativa permitió conformar la mesa sectorial de agua y saneamiento como una unidad especializada en el Centro de Operaciones de Emergencias. Se formuló un plan nacional de reducción de la vulnerabilidad a los desastres.

Se ha iniciado la coordinación de la vigilancia y el control de la influenza aviar, en particular en el área de la frontera. Se creó la Comisión Nacional de Influenza Aviar y está en preparación el plan nacional para combatir la enfermedad.

Servicios de atención a las personas

En 2005, 86% de los 1.294 establecimientos de SESPAS y los 153 de IDSS correspondían al primer nivel de atención. En los servicios de urgencia de los hospitales públicos, la atención se proporciona conforme a diferentes esquemas, siendo el más común la “guardia médica”, que por lo regular es de 24 horas y no representa pago adicional para el profesional médico. Hay un hospital psiquiátrico público que concentra 62% de las 245

camas psiquiátricas disponibles (28% en los hospitales generales y 10% en centros privados de salud). Hay 117 psiquiatras (1,4 por 100.000 habitantes) y 240 psicólogos (2,9 por 100.000 habitantes), la mayoría en el sector privado.

El modelo asistencial en el país es más de tipo curativo que de prevención de enfermedades y promoción de la salud y está basado en la libre demanda. En 2005, la red de establecimientos públicos de salud contaba con 19.078 camas (1 por 469 habitantes). La SESPAS cuenta con 9.204 plazas para profesionales médicos (20 por 100.000 habitantes). La atención del primer nivel es responsabilidad de las Unidades de Atención Primaria (UNAP) y los equipos interdisciplinarios están compuestos por un médico general, una auxiliar de enfermería, un agente de salud comunitaria y varios promotores de salud, quienes son responsables de vigilar y atender la salud de aproximadamente 500 familias que residen en un mismo sector de la población. Las UNAP utilizan métodos e instrumentos que permiten la identificación y captación temprana de personas con riesgos. La comunidad representada en las Juntas de Vecinos y Comités de Salud coordina las acciones y participa de la gestión local de la salud.

En 2002, 41,3% de la población asistió a un hospital de la SESPAS para una primera consulta, mientras que 11,5% lo hizo a un centro ambulatorio (dispensario o clínica rural); 5,8% utilizó los servicios del Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS) y 1,1% utilizó un hospital militar (8, 24). El 68,3% del primer quintil de la población (la más pobre) utilizó los servicios de la SESPAS para la primera consulta y 31,7% utilizó servicios de otras instituciones. El 53% utilizó los establecimientos de la SESPAS para servicios de internamiento. El uso de la SESPAS se elevó a 72% en el quintil más pobre. Las clínicas privadas recibieron 35% de la población total y 19% de la perteneciente al primer quintil. En el sector privado, la provisión de servicios de salud se concentró en las zonas urbanas y se basó en el pago directo y medicina prepagada a través de las “iguales médicas”, algunas de las cuales combinan la provisión junto con la función de aseguramiento. En 2002, la cobertura de seguros fue de 21,1% de la población (6,5% en la población del primer quintil). En la población del quintil superior, la cobertura de seguros fue de 44,1%.

La donación, procesamiento, almacenamiento y uso de sangre están regulados por la ley. Existe una política nacional y una comisión nacional conformada por los diferentes sectores participantes y representantes de los usuarios. Se ha hecho una propuesta para la centralización del procesamiento de sangre y la práctica de donación. Se cuenta con normas para la evaluación y selección de donantes de sangre; normas para la higiene y la seguridad en los bancos de sangre y servicios de transfusión, y un manual de procedimientos. La organización de los bancos de sangre, los centros de almacenamiento y dispensación de hemoderivados y la calidad en el tamizaje de la sangre presentan limitaciones que obligan a priorizar el tema en la agenda política, conforme al catálogo de establecimientos inventariado en el 2005 en el sistema de información geográfica para el sector salud.

El 50% de los pacientes con esquizofrenia permanece en la comunidad, con poca oportunidad de recibir atención especializada. Los servicios de salud mental comunitarios son escasos y los centros que existen se encuentran en las áreas urbanas. Se actualizaron las normas nacionales del Programa Nacional de Salud Mental, y se promulgó una ley de salud mental, cuya reglamentación está en proceso.

Promoción de la salud

En el período 2003–2005, el país avanzó en la elaboración de políticas de promoción de la salud sustentadas en diferentes leyes, entre ellas las que se refieren al sida, al control de drogas y sustancias controladas, al medio ambiente y los recursos naturales, y la que prohíbe fumar en lugares cerrados bajo techo. Se han implementado las estrategias de Municipios y Comunidades Saludables y Escuelas Promotoras de Salud en cinco municipios del país y mediante este tipo de escuelas se promueve la prevención de embarazos y del VIH/sida en adolescentes.

La estrategia “Movilización Tolerancia Cero” tiene por objeto movilizar la conciencia pública nacional para transformar la situación de salud de la población con énfasis en la promoción de la salud, la prevención y el control de los problemas prioritarios de salud mediante la participación social e intersectorial en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud. El nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social permite que los usuarios y la sociedad participen en la toma de decisiones. El CNSS y el CNS tienen representación de los usuarios y de diferentes sectores de la sociedad civil. Los comités de selección y certificación a nivel municipal deben validar las informaciones para afiliarse al Seguro Familiar de Salud en el régimen subsidiado.

Se mantienen los Comités de Salud y las Juntas de vecinos, pero su participación en la gestión local aún es limitada. Se promueve la participación intersectorial para la prevención de las enfermedades y el control de problemas de salud prioritarios.

Recursos humanos

En 2005, el país contaba con 18.450 médicos (20,0 por 10.000 habitantes), 3.603 enfermeros profesionales (3,9 por 10.000), 15.511 auxiliares o técnicos de enfermería (15,7), 2.946 bioanalistas (3,2), 8.320 odontólogos (9,0) y 3.940 farmacéuticos (4,3). Entre 1994 y 2004, el número de médicos en la SESPAS aumentó de 5.626 a 9.204, el de enfermeros y auxiliares, de 8.600 a 11.333, el de odontólogos, de 376 a 1.431 y el de farmacéuticos, de 372 a 527. Solo el subsector público cuenta con información sobre la distribución geográfica de los recursos humanos. En 2002 se observó una variación de 5,6 médicos por 10.000 habitantes en la provincia de Azua a 38,5 en el Distrito Nacional (27).

Los requerimientos para la aprobación de universidades, institutos de educación superior, escuelas, departamentos académicos

micos y programas de grado y posgrado los establece el Sistema de Educación Superior, Ciencia y Tecnología. La Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCYT) es la institución rectora de la educación superior, que se ocupa de aprobar la creación de una escuela, carrera o extensión de la misma en otra ciudad. Un total de 18 universidades imparten carreras en el área de la salud. Se cuenta con 9 escuelas de medicina, 11 de enfermería, 6 de bioanálisis, 11 de odontología y 4 de farmacia. La matrícula en el área de salud aumentó de 30.360 en 2003 a 40.479 en 2005. En 2003 y 2005, 78% y 76%, respectivamente, eran mujeres. La carrera de medicina concentró el mayor número de estudiantes (24.186 en 2005) y creció a un ritmo superior al de las demás carreras. Se cuenta con más de 40 programas de especialidades y subespecialidades a nivel de posgrado. Existen programas de residencia en 15 hospitales docentes, así como también de maestría en salud pública, bioética y gerencia en salud, de especialidad en reforma y seguridad social y en salud materno-infantil y del adolescente. Las organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud constituyen un grupo activo conformado por colegios y asociaciones profesionales y organizaciones sindicales.

Suministros de salud

En junio de 2005, el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales para uso nacional incluyó 468 fármacos y 871 fórmulas terapéuticas. Existen aproximadamente 23.000 especialidades farmacéuticas legalmente registradas y 4.812 establecimientos farmacéuticos dedicados a la fabricación o comercialización de medicamentos, de los cuales 105 son laboratorios de producción de medicamentos, 1.305 distribuidoras, 3.300 farmacias ambulatorias privadas, 51 farmacias hospitalarias públicas y 417 boticas populares (25). La exportación de productos farmacéuticos de producción nacional se incrementó 50%. Aproximadamente 99% de la materia prima que se utiliza en la producción de medicamentos es importada.

Existen cuatro almacenes públicos destinados al depósito y distribución de medicamentos, incluido el de PROMESE/CAL. No se tiene un inventario de los depósitos del sector privado y de organizaciones no gubernamentales. El sistema de compras de medicamentos del sector público es centralizado y se realiza mediante PROMESE/CAL. Según el análisis de costos para el sistema actual de compra y suministro realizado en 2000, PROMESE/CAL suministró entre 45% y 65% del importe económico de los medicamentos y material sanitario consumido por los hospitales y subcentros; los precios de compra para PROMESE/CAL fueron, en promedio, 250% más bajos que los obtenidos por compra directa para los mismos productos. A fines de 2000 se promulgó el decreto que transformó a PROMESE/CAL en una central de apoyo logístico con funciones específicas en la compra de medicamentos para el sistema de salud y que asumió la red de boticas populares. El gobierno firmó un convenio con la OPS, mediante el

cual formalizó su adhesión al Fondo Estratégico para la Adquisición de Medicamentos Esenciales e Insumos Críticos, como mecanismo para participar en procesos de compras conjuntas de medicamentos esenciales en la región y para mejorar el acceso a medicamentos esenciales e insumos estratégicos para la salud.

La Autoridad Reguladora de Medicamentos vigila la aplicación de la Política Farmacéutica Nacional, aprobada en 2005. Hay un sistema de libre fijación de precios para los productos farmacéuticos con vigilancia estatal. Existen diferencias importantes entre los precios de las farmacias privadas y los de referencia internacional (26).

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

La SEESCYT es la rectora de la investigación y tecnología en salud y cuenta con un programa para asignar recursos de manera competitiva y por concurso, y con carácter no reembolsable para financiar proyectos de investigación e innovación científico-tecnológica en las universidades y los centros de investigación legalmente reconocidos y calificados. La ley establece que el presupuesto de esta Secretaría contará con el Fondo Nacional de Innovación y Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDOCYT), el cual se destina a promover la investigación científica y tecnológica.

Las principales unidades de información bibliográfica en salud y en salud ambiental están en las universidades, las organizaciones no gubernamentales del sector salud, los institutos de investigación, las instituciones oficiales, los organismos internacionales y en la red de bibliotecas hospitalarias. Esta última está integrada por ocho hospitales docentes y fue desarrollada mediante un convenio entre la SESPAS, la Universidad Autónoma de Santo Domingo, el Instituto Tecnológico de Santo Domingo, la OPS y la Unión Europea.

En 2002 se firmó un convenio para el desarrollo de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) del país. Por el avance logrado de esta iniciativa, su comité consultivo considera que posee las condiciones para salvaguardar el patrimonio intelectual del sector salud y propiciar el acceso equitativo a dicha información, así como divulgar y diseminar información en salud generada por las diferentes instituciones que la integran. Hay 15 instituciones que tienen suscripción al programa HINARI, establecido por la OMS y las principales casas editoriales del mundo para ofrecer acceso electrónico al mayor número de revistas de biomedicina y otros temas en el campo de las ciencias sociales, de forma gratuita o prácticamente gratuita a instituciones en países en desarrollo. Se gestionan nuevas suscripciones colectivas que beneficiarán a instituciones estatales dependientes de la SESPAS.

El Centro de Gestión de Información y Conocimiento (Centro GIC) de la Oficina de la OPS/OMS constituye la memoria técnica de la salud pública en el país y el centro de referencia sobre este tema. Existe una red constituida por 12 puestos PALTEX, ubicados en las diferentes regiones, que garantizan a los estudiantes y docentes el acceso a materiales de alta calidad y bajo costo. Es im-

portante el trabajo de la Comisión Nacional para la Sociedad de la Información y el Conocimiento (CNSIC), para implementar la estrategia correspondiente. La CNSIC seleccionó a la BVS como un ejemplo de portal con contenido que cumple con los objetivos propuestos.

Las investigaciones que se realizan en sujetos humanos deben ser revisadas y aprobadas por un comité de bioética de la investigación, acreditado nacional e internacionalmente. El Consejo Nacional de Bioética (CONABIOS) creado por la SESPAS actúa como el organismo regulador de las investigaciones biomédicas que se desarrollan en el país.

Gasto y financiamiento sectorial

En 2003, la participación del gasto social en el PIB alcanzó 8,1%, y el gasto social per cápita fue de aproximadamente US\$ 213. En 2000, el sector público destinó a la compra de medicamentos menos de US\$ 3,00 per cápita (menos de 9,4% del gasto total en salud registrado ese año). Se estimó que 21% del gasto en salud era financiado por el sector público y 79% por el sector privado; de esta última cifra, 27% proviene directamente de las familias (28).

En 2002, un informe sobre las cuentas nacionales en salud destacó la baja proporción de recursos que el sector público asignó a la salud y el elevado porcentaje que aportaron los hogares. El gasto nacional en salud per cápita ascendió a US \$191, el de la SESPAS a US\$ 40 y el de los hogares a US \$93. Es necesario revertir la composición del gasto y aumentar la contribución del Estado para garantizar el desarrollo del SDSS, como alternativa para la extensión de la protección social en salud con equidad.

El gasto en medicamentos es el principal renglón del gasto en salud. El esquema de financiamiento de medicamentos es mixto. El Estado asigna presupuesto a la SESPAS y PROMESE/CAL para subvencionar los medicamentos dispensados en la red de establecimientos públicos, pero no se dispone de mecanismos que aseguren una entrega a la población más pobre. El Sistema Dominicano de Seguridad Social incluye la asistencia farmacéutica dentro de las prestaciones farmacéuticas a los afiliados en los diferentes regímenes: en el subsidiado, los pacientes reciben gratis los medicamentos, ya que el Estado los subsidia en 100%; en el contributivo subsidiado, los pacientes pagan 30% del precio del medicamento y el estado 70%, y en el contributivo, los pacientes pagan 30% del precio del medicamento y 70% el proveedor.

Los proveedores privados, incluidos farmacias y proveedores de insumos médicos, son los principales beneficiados en el mercado de bienes y servicios de salud, pues capturan alrededor de 61% del gasto nacional en salud (29). En el sector público, el principal agente financiero es la SESPAS, que administra 21% del gasto total en salud; le siguen el IDSS, con 6,4% del gasto total; los seguros privados, con 14%, y las organizaciones no gubernamentales, con 6,4%. La participación del gasto en programas de salud pública es de 5%, asignación que está siendo incrementada para

sostener la Movilización Tolerancia Cero. Se ha estimado que para financiar el Plan Básico de Salud Familiar deberá aumentarse el gasto público en salud en 2% del PIB, lo que significa alcanzar entre 3,7% y 4% del PIB para asegurar la cobertura universal del Plan Básico de Salud Familiar y el financiamiento de las intervenciones de prevención y control (30).

Cooperación técnica y financiera en salud

Entre las agencias de cooperación internacional están la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, el Programa Mundial de Alimentos, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y Sida, el Instituto de Investigaciones y Capacitación de Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer y la Organización Internacional para las Migraciones.

En 2005, las Naciones Unidas elaboró un análisis común de país (31), tomando como ejes transversales los derechos humanos, la equidad, el género, el ciclo de vida y la institucionalidad. Este trabajo fue resultado de un proceso participativo de evaluación y análisis con el fin de definir la situación, las prioridades y las estrategias para la cooperación técnica con el país durante 2007–2011. La asignación presupuestaria se distribuyó entre cuatro ejes temáticos: gobernabilidad democrática; crecimiento y desarrollo con equidad; servicios sociales de calidad y gestión ambiental sostenible, y riesgos frente a situaciones de emergencia y desastre.

El Banco Mundial continuará dando apoyo hasta 2009 con programas que mejoren las condiciones de vida de los grupos vulnerables, centrados en la juventud y en las mujeres y estrechamente vinculados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (32), y que ayuden al país en su crecimiento y en el logro de la equidad social.

El Banco Interamericano de Desarrollo dio apoyo con el Proyecto de Modernización y Reestructuración del Sector Salud, para ser ejecutado en 1998–2006, con un financiamiento de US\$ 75 millones. El proyecto tiene estrecha relación con las estrategias del gobierno vinculadas con el sector salud, incluida la descentralización, la reorganización de la prestación de servicios, la reestructuración de la SESPAS y del IDSS, la reforma de la administración hospitalaria, el establecimiento de sistemas integrados de información y la elaboración de políticas, leyes y reglamentos que respalden la reforma y modernización institucional.

En junio de 2000 se firmó un acuerdo (COTONOU) con la Unión Europea, con el objeto de reducir y erradicar la pobreza propiciando el desarrollo sostenible. Se creó la Oficina Nacional para los Fondos Europeos de Desarrollo, que es responsable de la definición, administración, evaluación y seguimiento de los pro-

gramas de cooperación multilateral para ejecutar los recursos que se ofrecen al país a través del acuerdo de COTONOU.

Se creó el Comité Tripartito de Cooperación Internacional, compuesto por la Secretaría de Relaciones Exteriores, el Secretario Técnico de la Presidencia y la Oficina del Ordenador Nacional para los Fondos Europeos de Desarrollo (ONFED), con la finalidad de coordinar las diferentes fuentes de cooperación. La Unión Europea apoyó la reforma en salud a través del Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud (PROSISA) que comenzó en 2000 y terminó su primera etapa en 2005, con una donación de 12 millones de euros, más US\$ 1,5 millones de dólares gestionados por el Ordenador Nacional. PROSISA tuvo tres componentes: Refuerzo Institucional; Gestión de Recursos Humanos; y Medicamentos. La segunda etapa está en proceso.

En 2002, la USAID presentó su plan estratégico de desarrollo por cinco años para avanzar en las prioridades de las áreas de crecimiento económico, democracia y gobernabilidad y salud. La agencia se propone invertir US\$ 100 millones durante ese período. Su contribución para la salud se dirigirá a la prevención y atención de VIH/sida, la supervivencia infantil, la salud reproductiva/ planificación familiar, y la reforma del sector salud. El proyecto de reforma y descentralización en salud se inició en 2000 y su primera fase concluyó en 2005, recibiendo una donación de US\$ 13,3 millones para dar apoyo a la gestión local de servicios de salud en la Región Este y al nivel central de SESPAS. En 2005 se aprobó una extensión del proyecto por dos años (29).

La Agencia Española de Cooperación tiene un Plan Director de la Cooperación 2005–2008 con el objetivo de apoyar el cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (33). En junio de 2005 se firmaron los acuerdos de cooperación científico-técnica. La agencia ha apoyado iniciativas de reformas desde 1996, en las áreas de justicia, desarrollo y fortalecimiento municipal.

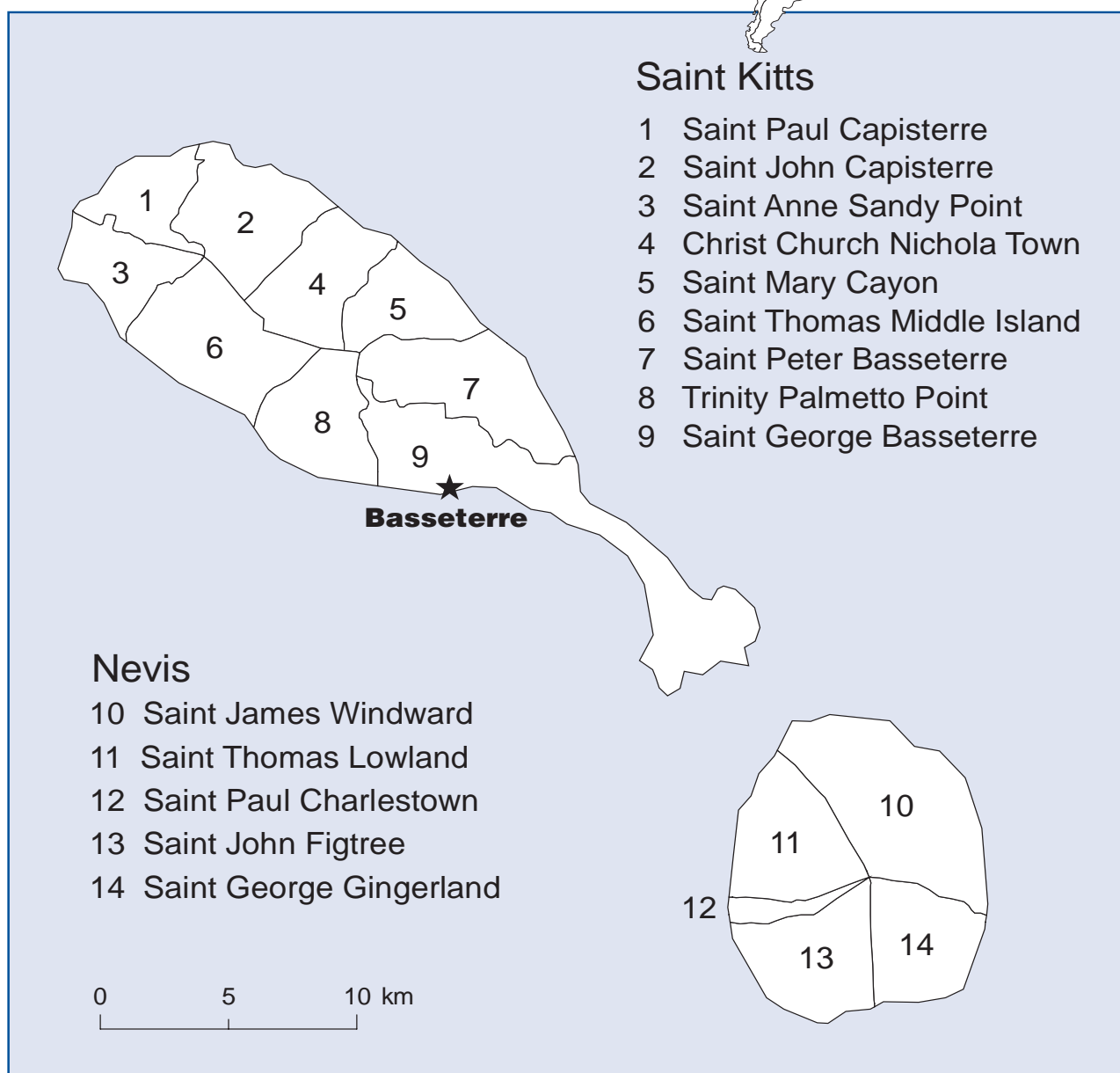
En 2005, la Agencia Alemana de Cooperación (GTZ) finalizó el apoyo al área de la salud y dio cooperación al desarrollo local, con un aporte hasta el 2012, por un total de US\$ 3 millones (34).

Referencias

1. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía; Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Población total de la región por países y año calendario. Disponible en: http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe nacional de desarrollo humano 2005: hacia una inserción mundial incluyente y renovada. Santo Domingo: PNUD; 2005.
3. República Dominicana, Oficina Nacional de Planificación. Focalización de la pobreza en la República Dominicana 2005. Disponible en: [http://www.onaplan.gov.do/publicaciones/Focalizacion%20de%20la%20Pobreza%20\(Resumen%20Ejecutivo\).pdf](http://www.onaplan.gov.do/publicaciones/Focalizacion%20de%20la%20Pobreza%20(Resumen%20Ejecutivo).pdf).
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2005: la infancia amenazada. Nueva York: UNICEF; 2005.
5. República Dominicana, Banco Central. Estadísticas económicas, 1980 a 2005. Disponible en: <http://www.bancentral.gov.do>.
6. República Dominicana, Oficina Nacional de Planificación. Porcentaje de hogares pobres por provincias, 2002. Disponible en: [http://www.onaplan.gov.do/publicaciones/Atlas%20De%20La%20Pobreza%20\(Resumen%20Ejecutivo\).pdf](http://www.onaplan.gov.do/publicaciones/Atlas%20De%20La%20Pobreza%20(Resumen%20Ejecutivo).pdf).
7. República Dominicana, Banco Central. Encuesta nacional de fuerza de trabajo. Disponible en: http://www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/Mercado_de_Trabajo/tasa_desocupacion_anual.xls.
8. República Dominicana, Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Encuesta de demografía y de salud: ENDESA 2002. Santo Domingo: CESDEM; 2003.
9. Organización Panamericana de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Evaluación global de los servicios de agua potable y saneamiento 2000: informe analítico República Dominicana. Santo Domingo: OPS; 1999.
10. República Dominicana, Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil. Encuesta nacional de micronutrientes 1993: Excreción urinaria de yodo y consumo de sal yodada en escolares dominicanos, 2002.
11. Oficina Internacional del Trabajo. Encuesta nacional de trabajo infantil en República Dominicana. San José: OIT; 2004.
12. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes: República Dominicana, 2004. Santo Domingo: OPS; 2005. [Informe no oficial].
13. República Dominicana, Oficina Nacional de Estadística. Encuesta nacional de hogares de propósitos múltiples, ENHOGAR 2005: informe final. Santo Domingo: ONE; 2005.
14. República Dominicana, Oficina Nacional de Estadística. VIII Censo de población y vivienda 2002. Resultados definitivos. Santo Domingo: ONE; 2004. Disponible en: <http://www.one.gov.do>.
15. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la tuberculosis en las Américas 2004. Washington, DC: OPS; 2005.
16. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004: cuarto informe mundial. Ginebra: ONUSIDA; 2004.
17. República Dominicana, Secretaría de Estado de Educación; Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil. Censo de talla y peso en escolares 2002. Santo Domingo: SEE; CENISMI; 2002.
18. República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Memorias 2004. Santo Domingo: SESPAS; 2005.

19. Instituto Dominicano de Seguros Sociales. ARL Salud Segura. Anuario 2005; marzo 2006.
20. República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Memorias 2002. Santo Domingo: SESPAS; 2003.
21. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación regional de los servicios de manejo de residuos sólidos municipales: República Dominicana 2003. Santo Domingo: OPS; 2003.
22. República Dominicana, Oficina Nacional de Planificación. Las proyecciones de población en la República Dominicana, 1990–2025. Santo Domingo: ONAPLAN.
23. Análisis de situación del sistema nacional de inocuidad de los alimentos: informe de la República Dominicana. Presentado en: Conferencia Regional FAO/OMS sobre Inocuidad de los Alimentos para las Américas y el Caribe; 6–9 dic de 2005; San José, Costa Rica. Disponible en: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/meeting/010/af310s.pdf>.
24. Rathe M. Salud y equidad: una mirada al financiamiento de la salud en la República Dominicana. Calverton: Macro International; 2000.
25. República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; Universidad Autónoma de Santo Domingo; Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sector farmacéutico de la República Dominicana 2005. Santo Domingo: SESPAS; 2005.
26. República Dominicana, Ministerio de Salud y Ambiente. Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud (PROSISA). Estudio de precios de medicamentos esenciales: informe preliminar junio 2005. Santo Domingo: PROSISA; agosto 2005.
27. República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos de salud, 2003. Santo Domingo: SESPAS; 2005.
28. República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Análisis de situación de salud de la República Dominicana 2003: documento preliminar. Santo Domingo: SESPAS; 2003.
29. Rathe M. Análisis de cuentas nacionales de salud en República Dominicana: informe final. Santo Domingo: Fundación Plenitud; 2005.
30. Lizardo J. Dime de cuánto dispones y te diré para cuánto te alcanza: la reforma de salud y seguridad social en la República Dominicana. En: Conferencia en el Instituto Dominicano para el Desarrollo Social; 2004.
31. Naciones Unidas. Análisis Común de País. Visión del Sistema de las Naciones Unidas sobre la Situación de República Dominicana, 2005. Santo Domingo: NNUU; 2005.
32. Banco Mundial. Asistencia del Banco Mundial a República Dominicana. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/DOMINICAREPUBLICINSPANISHEXT/0,,menuPK:509093~pagePK:141159~piPK:51067387~theSitePK:500740,00.html>.
33. Agencia Española de Cooperación Internacional. Documento de estrategia país 2005–2008 cooperación española: República Dominicana. Disponible en: http://www.aeci.es/03coop/2coop_paises/6coop_mex_acentral_caribe/ftp/DEP_rep_domin_2005_2008.pdf.
34. Castillo Levisón A. El rol de la cooperación en el proceso de reforma y modernización del Estado: caso dominicano. Presentado en: VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública; 28–31 oct de 2003; Panamá. Disponible en: <http://www.clad.org.ve/fulltext/0047118.pdf>.

SAINT KITTS Y NEVIS



La Federación de Saint Kitts y Nevis se encuentra en la parte septentrional de las Islas de Sotavento, en la región oriental del Caribe. Saint Kitts y Nevis, de origen volcánico, están separadas por un canal de 3 km en su punto más cercano. Saint Kitts mide 176,12 km² y Nevis 93,2 km².

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Saint Kitts y Nevis se independizaron políticamente de Gran Bretaña en 1983. El titular de la Jefatura del Estado es la Reina de Inglaterra, cuyo representante local es el Gobernador General. La constitución establece una forma de gobierno federal con sede en Basseterre, Saint Kitts, responsable de las relaciones exteriores, la seguridad nacional, la justicia y la supervisión de los asuntos internos de Saint Kitts, y otorga a Nevis total autonomía a través de la Administración de la Isla de Nevis. Los jefes del poder ejecutivo son el Primer Ministro en el ámbito federal y el Premier en el ámbito local en Nevis. El poder legislativo ha sido conferido al Parlamento Federal y a la Asamblea de la Isla de Nevis, cada uno con jurisdicciones específicas.

La relación política entre Saint Kitts y Nevis ha sido siempre un punto de contención desde el siglo XIX durante el dominio de la colonia británica, cuando Nevis (en aquel momento también Anguilla) se unió a Saint Kitts por cuestiones administrativas. La constitución contempla un proceso para la eventual secesión de Nevis que incluye la realización de un referéndum. El referéndum más reciente se celebró en 1998, en el que el voto de secesión fue del 61% y, por lo tanto, no alcanzó los dos tercios requeridos. En la administración de la salud, algunas responsabilidades son federales y otra son locales. El Ministerio Federal de Salud, con sede en Saint Kitts, administra la salud en Saint Kitts y ejecuta algunas funciones integradas como la vigilancia de la salud pública, la regulación profesional de la salud, los programas de tratamiento de enfermedades (como el VIH/sida), los programas de prevención de enfermedades (como el Programa Ampliado de Inmunización) y asuntos relacionados con los tratados internacionales. La prestación de servicios de salud funciona como la gestión financiera y presupuestaria de las instituciones de salud, que se administran por separado. La administración de personal también es autónoma, pero la nomenclatura de los puestos es prácticamente la misma. Como regla general, las disposiciones de los servicios públicos son idénticas, y el Ministerio de Salud de cada isla opera dentro del marco de las mismas Normas Generales.

Determinantes sociales, políticos y económicos

A pesar de la división política, no existe distinción social entre los pueblos de Saint Kitts y Nevis, que se mueven libremente, viven y trabajan en ambas islas. La comunicación entre islas tiene lugar principalmente mediante un viaje de 40 minutos en transbordador entre las capitales, y, en menor grado, en avión (5 minutos de vuelo). El aumento del número de transbordadores de dos en 2001 a seis en 2005 es un indicador del incremento de la actividad comercial y el movimiento entre las islas.

Saint Kitts y Nevis tiene una pequeña economía abierta basada en los servicios (73% del producto interno bruto (PIB), en 2004) y en actividades secundarias como las manufacturas y la construcción. Durante el período de revisión, el desempeño del PIB fue variado.

Entre 2001 y 2003, el crecimiento del PIB respecto de los precios constantes mostró valores negativos; mientras que, en 2004 y 2005, el crecimiento fue del 5,1% y el 6,8% respectivamente. La disminución que se registró de 2001 a 2003 se atribuyó al impacto negativo en viajes y turismo después de los ataques de 2001 a Estados Unidos. Conforme a los datos del Ministerio de Seguridad Nacional, los ciudadanos de Estados Unidos representaron el 42% de los turistas y las llegadas totales de visitantes disminuyeron un tercio, de 333.361 en 2001 a 246.364 en 2002 y 246.787 en 2003.

Históricamente, la industria del azúcar fue el principal factor contribuyente de la actividad económica (especialmente en Saint Kitts). Esta industria cesó sus actividades en 2005, después de tres siglos de operación y varios años de pérdidas financieras que culminaron en una deuda insostenible. Entre los períodos de 1983 a 1993 y de 1994 a 2002, la producción de azúcar en Saint Kitts Sugar Manufacturing Corporation cayó un 16,1% y, entre 2002 y 2003, la disminución fue del 24%. Tras el cierre de la industria, aproximadamente 1.500 personas quedaron desempleadas, lo que incrementó la demanda de servicios sociales y de salud por parte del gobierno. Los costos financieros de los servicios médicos para los trabajadores de la industria del azúcar, hasta el momento a cargo de los antiguos empleadores, se transfirieron de inmediato al Ministerio de Salud y al Ministerio de Desarrollo Social y Comunitario y Asuntos de Género. Los ex

trabajadores de la industria del azúcar, incluidos los inmigrantes, tienen derecho a atención hospitalaria y clínica gratuita hasta encontrar empleo.

La mejora del desempeño del PIB en 2004 y 2005 refleja un rendimiento sólido en el sector turístico, con un cálculo de 389.868 llegadas de turistas, un incremento del 58% respecto de 2003. De acuerdo con la información provista por el Ministerio de Turismo, el número de huéspedes en los hoteles aumentó un 14%, de 1.611 en 2003 a 1.825 en 2004. Una encuesta sobre condiciones de vida que se realizó en el período de 1999 a 2000, patrocinada en forma conjunta por el Banco del Desarrollo del Caribe y el Gobierno de Saint Kitts y Nevis, documentó una tasa de desempleo del 5,6% para Saint Kitts y del 8,6% para Nevis. La fuerza laboral aumentó un 8%, de 21.741 personas en 1999 a 23.361 en 2004. Los salarios promedio también aumentaron un 28,6% en el mismo período, de US\$ 6.295 a US\$ 8.098.

La encuesta de evaluación de la pobreza que se realizó en Saint Kitts y Nevis en 2000, patrocinada por el Banco de Desarrollo del Caribe, mostró una tasa de pobreza¹ de 30,5% en Saint Kitts y del 32% en Nevis. En Saint Kitts, el 56% de los pobres eran mujeres, el 68% eran menores de 25 años y el 57% de los pobres que ocupaban un puesto de trabajo no tenían un título de educación secundaria. En Nevis, el 26% de los pobres eran mujeres, el 58% eran menores de 25 años y el 37% de los pobres que ocupaban un puesto de trabajo no tenían un título de educación secundaria. En Saint Kitts, el 11% de la población fue definida como indigente², en tanto que en Nevis sólo el 17% fue considerado en tal condición. A los efectos de mejorar la competitividad dentro de la nueva economía de servicios, se desarrollaron programas de capacitación en habilidades y educación para adultos.

Según el Censo de Vivienda y Población de 2001, en el país hay 15.680 familias, lo que representa un aumento del 23,2% en relación con el censo de 1991. En 2001, la cantidad promedio de miembros de un hogar fue tres personas y, del total de hogares, el 79% tenía sanitarios y el 94% tenía agua corriente por tubería. En Saint Kitts, se trata el 20% del suministro de agua, en comparación con el 90% en Nevis; actualmente, hay en curso un proyecto para asegurar que todo el suministro de agua cumpla con las normas de la OMS.

Todos los niños tienen acceso a educación preescolar, primaria, secundaria y terciaria, independientemente del ingreso o la nacionalidad. Saint Kitts y Nevis ha alcanzado una tasa de alfabetización del 98%; este logro se debe a la Ley de Educación de 1975 (actualizada en 2005), que establece la asistencia escolar obligatoria desde los 5 a los 16 años. La asistencia a centros de enseñanza preescolar es promovida activamente y los niveles de

inscripción son próximos al 100%. La política de educación primaria y secundaria universal tiene como resultado una tasa de transferencia prácticamente total de la escuela primaria a la secundaria. De conformidad con la política de gobierno que fomenta la adquisición de las habilidades necesarias para obtener un empleo en hotelería o construcción o para realizar trabajos manuales o reparaciones de tecnología mecánica y electrónica, la inscripción en programas vocacionales avanzados aumentó de 60 personas en 2000 a 113 en 2004.

Cada isla tiene una institución de educación terciaria gubernamental. Estas instituciones están integradas para proporcionar educación y capacitación con orientación académica, técnica y profesional. Diversas áreas de interés, incluidas las de enfermería y formación docente, tienen programas que ofrecen títulos asociados y diplomas. Debido a que más personas podían recibir educación universitaria de calidad y bajo costo en el país, la inscripción promedio aumentó de 450 estudiantes en el período de 1995 a 1999 a 575 en el período de 2000 a 2004. El gobierno amplió la disponibilidad de la educación de nivel superior; además de la asociación primaria con la Universidad de las Indias Occidentales, otras opciones incluyen acuerdos de transferencia crediticia con varios colegios y universidades de Estados Unidos y acuerdos de estudio en Cuba, todos administrados mediante acuerdos de financiamiento costeados por el gobierno. El Banco de Desarrollo de Saint Kitts y Nevis ofrece créditos estudiantiles de bajo costo: en 2004, se otorgaron 284 préstamos a estudiantes, en comparación con 156 en 2001. Varios países, incluida la República de China (Taiwán), conceden diversas becas de postgrado. El aspecto más importante del dividendo derivado de la inversión en recursos humanos radica en el hecho sin precedentes de que se hayan recibido nueve médicos y dos dentistas que habían estudiado y se habían capacitado en Cuba desde 2002.

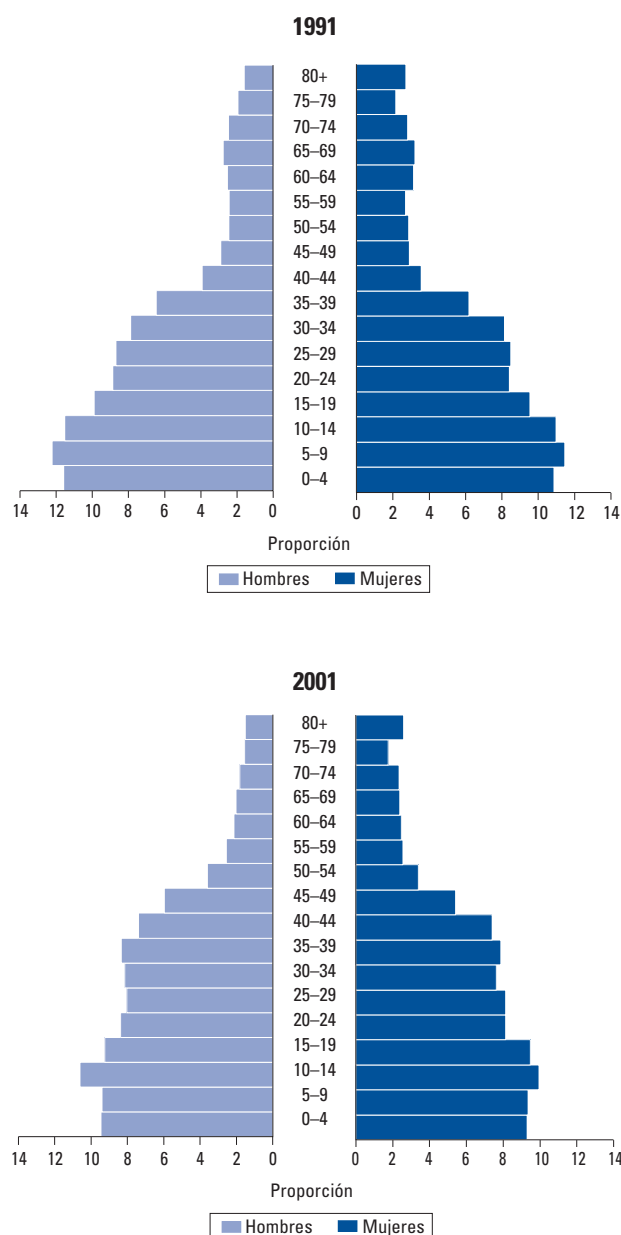
Demografía, mortalidad y morbilidad

Según el Censo de Población de 2001, 46.325 personas vivían en el país (22.973 hombres y 23.352 mujeres), lo que implica un aumento del 12% respecto de las 40.618 personas que arrojó el censo de 1991; el 76% de la población reside en Saint Kitts. En 2005, la población estimada fue de 48.781 personas, de las cuales 36.676 residía en Saint Kitts y 12.105 en Nevis. La población del país es relativamente joven; del total de la población, las personas menores de 20 años representan el 38,6% y las personas menores de 25, aproximadamente el 50% (Figura 1). En 2003, la esperanza de vida al nacer fue de 70 años (69 para los hombres y 72 para las mujeres). La tasa bruta de natalidad disminuyó de 17,3 nacidos vivos cada 1.000 habitantes en 2001 a 13,7 en 2005, y el número de nacimientos varió de 803 en 2001 a 654 en 2004. La tasa total de fertilidad promedio descendió de 2,6 niños por mujer de 1996 a 2000, hasta alcanzar 2,4 en el período de 2001 a 2005. En comparación con la distribución de la población según el censo de 1991, en 2001 esta muestra un in-

¹La pobreza se define como un ingreso mensual inferior al necesario para cubrir el costo de alimentos y otras necesidades básicas, o como US\$ 104 para Saint Kitts y US\$ 122 para Nevis.

²La indigencia se define como un ingreso mensual inferior a US\$ 64 en Saint Kitts e inferior a US\$ 75 en Nevis.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Saint Kitts y Nevis, 1991 y 2001.



cremento relativo en la proporción de personas de entre 35 y 50 años, grupo de edad que constituye un segmento importante de la fuerza laboral (Figura 1). La expansión laboral en los sectores de la construcción y los servicios produjo un movimiento migratorio hacia Saint Kitts y Nevis desde Guyana, la República Dominicana y, en menor grado, desde Jamaica. El aumento de las oportunidades de trabajo también alentó a los ciudadanos a permanecer en Saint Kitts y Nevis.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, la hipertensión, las cardiopatías y las neoplasias malignas, dominan el perfil epidemiológico del país, lo que representa un desafío cada vez mayor respecto de la organización y la financiación de los servicios. Las lesiones y el abuso de drogas también son morbilidades significativas, en especial entre los adolescentes y los adultos jóvenes. El dengue es la única enfermedad endémica que presenta brotes cada tres a cuatro años. Las morbilidades principales en los niños son las infecciones virales agudas en el tracto respiratorio superior y la gastroenteritis viral.

Durante el período de 2001 a 2005, las tasas brutas de mortalidad (Cuadro 1) fluctuaron entre 7 y 9 muertes cada 1.000 habitantes. Las muertes de lactantes variaron de 17 en 2002 a 9 en 2005, y el promedio de las tasas de mortalidad infantil en el período de 2001 a 2005 fue aproximadamente de 16 cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal osciló de 6 defunciones en 2001 a 15 en 2002; en 2005, se registraron 9 muertes. Las muertes fetales tardías variaron de 6 en 2002 a 15 en 2001; en 2005, se produjeron 11 muertes fetales tardías. Comparada con las cifras del período de 1996 a 2000, la tasa de mortalidad infantil descendió de un promedio de 20,3 a 16,2 por 1.000 nacidos vivos. El cuadro 1 muestra las tasas brutas de mortalidad infantil y un desglose de las tasas de mortalidad y de defunción por grupo de edad para el período de 2001 a 2005.

El cuadro 2 muestra las principales causas de muerte en Saint Kitts y Nevis y el orden de importancia. En el período de 2002 a 2004, las enfermedades cardiovasculares encabezaron la lista (enfermedades cerebrovasculares y cardiopatía isquémica).

Según el cálculo de las defunciones definidas por su causa, las 10 principales causas de muerte en el período de 2002 a 2004 fueron las enfermedades cerebrovasculares (13,2%), la cardiopatía isquémica (11,3%), la septicemia (7,1%), la influenza y la neumonía (7%), el paro cardíaco (5,7%), las enfermedades del sistema urinario (4,2%), ciertas afecciones originadas en el período perinatal (3,3%), la insuficiencia cardíaca y las complicaciones y las cardiopatías mal definidas (3,1%), la neoplasia maligna de próstata (2,4%) y las cardiopatías pulmonares y las enfermedades de la circulación pulmonar (2%). En el período de 1996 a 1997 y en cada año del período de 2002 a 2004, la enfermedad cerebrovascular ocupó el primero o el segundo lugar. La diabetes ocupó el segundo lugar en el período de 1996 a 1997, pero no formó parte de las 10 causas principales en 2003 ni 2004 y ocupó el décimo lugar en 2002.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

El número promedio de nacidos vivos en el período de 2001 a 2005 fue 736, lo que implica una disminución del 14% respecto de los 855 en el período de 1996 a 2000. De 2001 a 2005, el número de nacidos vivos descendió un 17%, de 803 a 668. En los

CUADRO 1. Total de defunciones, tasa bruta de mortalidad y tasas de mortalidad y defunción por grupo de edad, Saint Kitts y Nevis, 2001–2005.

Categoría de mortalidad	Años				
	2001	2002	2003	2004	2005
Total de defunciones	375,0	341,0	348,0	395,0	333,0
Tasa bruta de mortalidad (cada 1.000 habitantes)	7,6	7,6	8,0	8,6	6,8
Defunciones de lactantes	10,0	17,0	13,0	11,0	9,0
Tasa de mortalidad infantil (cada 1.000 nacidos vivos)	12,5	22,4	17,6	17,3	13,5
Defunciones neonatales	6,0	15,0	11,0	10,0	9,0
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	7,5	18,5	14,9	15,3	12,0
Defunciones maternas	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0
Defunciones fetales tardías	15,0	6,0	15,0	12,0	11,0
Tasa de defunciones fetales tardías (cada 1.000 nacidos vivos)	18,7	7,9	20,3	18,0	16,2
Defunciones en el grupo de 1 a 4 años	7,0	5,0	2,0	1,0	1,0
Defunciones en el grupo de 5 a 9 años	3,0	3,0	0,0	0,0	2,0
Defunciones en el grupo de 10 a 14 años	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0
Defunciones en el grupo de 15 a 19 años	2,0	4,0	6,0	8,0	1,0
Defunciones en el grupo de 20 a 59 años	78,0	71,0	70,0	81,0	75,0
Defunciones en el grupo de 60 a 79 años	132,0	113,0	136,0	142,0	101,0
Defunciones de personas mayores de 80 años	141,0	127,0	119,0	150,0	142,0

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

CUADRO 2. Orden, número de muertes, porcentaje y porcentaje acumulado de las principales causas de muerte, Saint Kitts y Nevis, 2002–2004.

Causa	2002–2004		
	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enfermedades cerebrovasculares	135	13,2	13,2
Cardiopatía isquémica	116	11,3	24,5
Septicemia	73	7,1	31,6
Influenza y neumonía	72	7,0	38,6
Paro cardíaco	58	5,7	44,2
Enfermedades del sistema urinario	43	4,2	48,4
Determinadas afecciones originadas en el período perinatal	34	3,3	51,7
Insuficiencia cardíaca y complicaciones y cardiopatías mal definidas	32	3,1	54,8
Neoplasia maligna de próstata	25	2,4	57,3
Cardiopatías pulmonares y enfermedades de la circulación pulmonar	21	2,0	59,3

niños menores de 1 año de edad, se produjo un promedio de 12 muertes por año, principalmente debido a afecciones originadas en el período perinatal. Entre ellas, la más importante fue el síndrome de distrés respiratorio ocasionado por la inmadurez de los pulmones de los recién nacidos prematuros de menos de 32 semanas de gestación. La incidencia de bajo peso (menos de 2.500 g) permaneció constante en el 10%.

Conforme a la información del Informe de la Salud Comunitaria de 2005, el programa de vacunación incluye la inmunización contra BCG, polio, DTP, HIB y hepatitis B, con una cobertura de prácticamente 100%.

El control del crecimiento y el desarrollo se realiza en dispensarios comunitarios y está a cargo de pediatras del sector pri-

vado. A pesar de la promoción activa de la lactancia, el amamantamiento exclusivo de los lactantes durante los primeros cuatro meses de vida generalmente se ve interrumpido por el regreso de las madres al trabajo al tercer mes posterior al parto.

Salud de los niños de 1 a 4 años

En el período de 2001 a 2005, se produjeron 16 muertes en este grupo de edad, es decir, el 0,9% del total de defunciones, principalmente debido a complicaciones de anomalías congénitas. Las principales causas de enfermedad fueron las infecciones virales gastrointestinales y respiratorias agudas, con 167 y 123 casos informados, respectivamente; no se produjeron muertes

por estas dos afecciones. El estado nutricional se mide con los criterios altura y peso, según lo establece el cuadro de crecimiento del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe. De acuerdo con los datos de 2005 de la Unidad de Nutrición del Ministerio de Salud, los niveles combinados de desnutrición leve, moderada y grave permanecieron bajos, en 2,6 %, mientras que la prevalencia de la obesidad se mantuvo relativamente constante: 11% en 2000 y 11,3% en 2005. Menos del 1% de los pacientes de dispensarios comunitarios presentaron niveles de hemoglobina por debajo de 10 g/dl. El programa de vacunación incluye la inmunización contra el sarampión, las paperas y la rubéola; la cobertura fue del 100%.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Los niños de este grupo representan el 9,4% de la población de 2001. Las principales causas de morbilidad en este grupo fueron la gastroenteritis y las infecciones respiratorias agudas. Entre 2001 y 2005, se produjeron ocho muertes en este grupo de edad, un 0,4% del número total de defunciones.

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

En la encuesta de salud de los adolescentes que se realizó en el período de 1998 a 1999, se estudiaron los principales desafíos de salud, como el uso de drogas, la violencia física y la violencia sexual. En 2005, estos temas aún eran considerados asuntos de interés. Para el estudio se encuestaron 341 estudiantes de escuela secundaria, distribuidos en igual proporción de sexos. De los estudiantes encuestados, el 4% admitió consumir cocaína, tabaco, marihuana, heroína o cigarrillos; el 46% había consumido bebidas alcohólicas “una o varias veces”. El consumo se limitó principalmente a los adolescentes de 16 a 19 años, que generalmente no consideraban la marihuana o el alcohol como drogas. Los datos provistos por la policía mostraron que aproximadamente del 5% al 10% de los delitos fueron cometidos por jóvenes. La participación en bandas delictivas es un problema creciente, por lo que el Ministerio de Seguridad Nacional estableció el programa “Youth at Risk” (Juventud en riesgo) para beneficio de los jóvenes de ambos sexos a partir de servicios que implican un cambio conductual y el desarrollo de destrezas.

La prevalencia de la obesidad entre los adolescentes es un problema serio. En 2005 el Ministerio de Salud realizó un estudio sobre la obesidad en adolescentes junto con el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, que determinó una tasa de prevalencia del 19% en el grupo de 13 a 15 años. El consumo diario de frutas era del 15% y el de vegetales, del 26%; el conocimiento sobre nutrición se clasificó como “muy pobre”. Sin embargo, durante la semana previa a la encuesta, la mayoría de los participantes del estudio (82%) habían hecho actividad física.

Las tasas de maternidad adolescente también son una gran preocupación; en el período de 1996 a 2000, la tasa promedio fue

del 18,3% y en el período de 2001 a 2005, del 19,1%. En este último período, niñas de entre 10 y 14 años dieron a luz a 13 niños.

Los adolescentes de los grupos de 10 a 14 y de 15 a 19 años representaban el 10,3% y el 9,4% de la población, respectivamente. En el grupo de 10 a 14 años, se produjeron nueve defunciones; y en el grupo de 15 a 19 años, 21; de estas últimas, 17 fueron varones. Entre estos grupos de edad se registraron el 0,5% y 1,2% de todas las muertes, respectivamente, mayormente por lesiones.

Salud de los adultos y los adultos mayores

En 2005, los adultos de 20 a 59 años conformaron el 51,4% de la población, lo que implicó un aumento respecto del 43% que arrojó el censo de 1991. Las personas de entre 60 y 79 años y las personas mayores de 80 representaron respectivamente el 8,2% y el 2,1% de la población de 2005, en comparación con el 10,5% y el 2,2% de 1991. Las enfermedades crónicas no transmisibles fueron las principales causas de muerte, siendo las mujeres las que tuvieron las tasas de diabetes e hipertensión más elevadas; las tasas de las mujeres fueron 1,5 veces más elevadas que las tasas de los hombres.

En el período de 2001 a 2005, el 20,9% de las muertes se produjeron en el grupo de personas de 20 a 59 años; mientras que el grupo de 60 a 79 años y el grupo de mayores de 80 representaron el 34,8% y el 37,9%, respectivamente. Con una tasa del 94,6 cada 100.000 habitantes, entre 2002 y 2004, las enfermedades cerebrovasculares fueron las principales causas de muerte, seguidas por la cardiopatía isquémica (81,5) y la septicemia (51,1). En 2003, se produjeron dos muertes maternas.

Salud de la familia

Los datos de 2004 y 2005 en los registros de nacimientos del pabellón de maternidad mostraron tasas de matrimonio del 20% en Saint Kitts y del 35% en Nevis. Según un estudio que realizó la Organización Panamericana de la Salud en 1998, el 50% de los hogares están a cargo de mujeres solteras. Todos los integrantes de la familia tienen acceso a servicios de salud de nivel primario y secundario. Los servicios gratuitos de los dispensarios comunitarios incluyen atención materno-infantil, salud dental, salud mental, mantenimiento de la salud para personas con enfermedades crónicas, cuidado y tratamiento de enfermedades y lesiones graves, y orientación y pruebas voluntarias relacionadas con el VIH. Las personas adultas mayores también tienen acceso a los servicios de salud del sector público. La asistencia domiciliar y el suministro de materiales se realizan a través de programas de integración. Seguridad Social también proporciona asistencia financiera a las personas de edad.

Las embarazadas son asistidas por enfermeras-parteras y obstetras, incluso en los consultorios obstétricos de alto riesgo de los dispensarios comunitarios. La mayoría de los partos se pro-

ducen en el hospital, donde pediatras y personal de enfermería capacitado proporcionan la atención neonatal temprana. Los hospitales tienen unidades de cuidados especiales donde los recién nacidos enfermos reciben atención que requiere más dependencia, incluida la asistencia respiratoria limitada.

Salud de los trabajadores

La salud ocupacional se limita a la propugnación y las inspecciones que realiza el Departamento de Trabajo. El Departamento de Salud Ambiental apunta a un sólido programa de actividades, cuya ejecución es impedida por la falta de personal capacitado. Por ley, cada trabajador debe aportar al Programa de Seguridad Social, que proporciona a sus miembros beneficios por lesiones, a partir de la presentación del certificado médico por lesión o enfermedad. La atención de la salud de los ex trabajadores de la industria del azúcar de la República Dominicana está integrada con la de los trabajadores locales. Los nuevos inmigrantes tienen el mismo acceso a la atención de la salud que los residentes locales. Entre 2001 y 2004, el número promedio de reclamos por lesiones fue 459 y el importe anual que se pagó fue US\$ 125.000. En el período anterior de cuatro años, el número promedio de reclamos fue 483 y el importe anual que se pagó, US\$ 90.000. En 2004, las mujeres representaron un poco menos del 50% de la fuerza laboral, en comparación con el 48% en 1999, y ganaron US\$ 770 menos que los hombres. Los subsidios por maternidad que otorga la Seguridad Social disminuyeron de 582 en 2001 a 449 en 2004, consecuente con el descenso de la tasa de natalidad.

Salud de las personas con discapacidad

Las personas con discapacidades reciben asistencia financiera y material a través de una diversidad de fuentes que incluyen las organizaciones del sector de servicios, el Programa de Seguridad Social y las Unidades de Asistencia Social (bienestar) de los gobiernos. Los servicios de salud del sector privado se brindan en forma gratuita.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

En el período de 2001 a 2005, se informaron dos casos de **malaria**, ambos importados. Entre 2001 y 2004, se informaron 144 casos de dengue, de los que 115 se presentaron durante el brote de 2001 y 29 entre 2002 y 2004; en 2005, no se informaron casos. El Departamento de Salud de la Comunidad brinda la atención de seguimiento a todos los informes mediante equipos de médicos,

personal de enfermería y funcionarios de salud ambiental. La vigilancia de los mosquitos está a cargo de funcionarios del control de vectores. El índice de Breteau disminuyó de 9 en 2004 a 4 en 2005; gracias al aumento de los miembros del personal, fue posible intensificar la vigilancia.

Enfermedades inmunoprevenibles

Durante el período de 2001 a 2005, la cobertura de vacunación de antígenos administrados varió entre el 95% y el 100%. En 2000, la vacuna contra Hib se introdujo en el programa de inmunización nacional como un componente de la vacuna prevalente: DTP/HepB/Hib. El programa de vacunación incluye la inmunización contra BCG, polio, DTP, Hib, hepatitis B y MMR. La cobertura de vacunación de antígenos administrados en 2005 es: BCG, 100%; MMR, 100%; tercera dosis de OPV, 100%; y DTP/HepB/Hib, 100%.

El último caso de **polio** se presentó en 1969. No se informaron casos de sarampión, rubéola, CRS, difteria, tos ferina, tétanos ni tétanos neonatal.

Enfermedades infecciosas intestinales

En el período de 2001 a 2005, se presentaron 613 casos de **gastroenteritis** en niños menores de 5 años y 1.038 en niños de 5 años o mayores. Los datos clínicos y de laboratorio sugirieron una causa viral. Se notificaron 45 casos de giardiasis. No se notificaron casos de **helmintiasis**.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Desde 1984 y hasta fines de 2004, se informó un total de 261 casos positivos al VIH. La cantidad de pruebas anuales aumentó de menos de 1.000 en 1988 a 2.836 en 2004. La cantidad de casos positivos notificados varió de 9 en 1991 a 34 en 1996; en el período de 2001 a 2005, se informaron 73 casos. La razón hombre/mujer de personas positivas al VIH se invirtió de 1,5:1 en 1998 a 1:1,6 en 2005. Las personas de 25 a 44 años, en especial las mujeres, siguieron siendo el grupo más afectado. La infección por VIH entre los hombres se concentró en el grupo de 15 a 24 años y en el grupo de 45 años o más. Las distribuciones de sexo y edad estimularon las intervenciones de promoción orientadas a la juventud, en particular a las niñas y las mujeres jóvenes. El suministro del tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART) se inició en 2005. En el período de 2001 a 2005, se produjeron 14 muertes a causa del sida, en comparación con las 16 ocurridas de 1996 a 2000.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 2005, se presentó un caso de **tuberculosis** (no vinculado con el VIH), que se manejó conforme al régimen del tratamiento breve bajo observación directa (DOTS).

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Según los datos del principal centro de referencia, la **diabetes**, la **hipertensión**, las **enfermedades cerebrovasculares** y las **cardiopatías** causaron la mayoría de las hospitalizaciones entre los adultos. Las **enfermedades cardiovasculares** fueron la principal causa de muerte, con una tasa de 315,5 cada 100.000 habitantes.

El perfil epidemiológico de Saint Kitts y Nevis cambió de enfermedades de deficiencia nutricional y prácticas de saneamiento deficientes, frecuentes antes de la década de 1980, a enfermedades no transmisibles debido a las opciones de estilo de vida (nutrición, conducta). El gobierno considera que la promoción de la salud es el componente clave en la lucha contra las enfermedades crónicas no transmisibles. Las iniciativas gubernamentales en este aspecto se discuten en detalle en la subsección sobre promoción de la salud de la sección sobre la respuesta del sistema de salud.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En 2000, una encuesta sobre enfermedades crónicas realizada por la Universidad de Newcastle y el Ministerio de Salud mostró tasas de prevalencia de sobrepeso del 60% en hombres y del 70% en mujeres; además, informó que el 54% de los adultos tenía al menos una enfermedad crónica.

El 19% de los adolescentes de entre 13 y 15 años tenía **sobrepeso**, con una razón hombre: mujer de 1,4 a 1. El total acumulado de los casos registrados de **diabéticos** e **hipertensos** que se atendió en dispensarios comunitarios ascendió a 2.390, lo que representó aproximadamente el 8% de la población de 20 años o más.

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas representaron la cuarta causa principal de muerte, con una proporción de 111,4 cada 100.000 habitantes. De un total de 213 muertes entre 2001 y 2005, el **cáncer de próstata** representó el número más alto entre los hombres (47 de 119), mientras que en las mujeres, el **cáncer de mama** arrojó el número más alto (20 de 94). Se recomienda a los hombres que se realicen exámenes físicos periódicos y las pruebas y los procedimientos sugeridos por los médicos para la detección de neoplasias malignas. También se recomienda a las mujeres la realización periódica de exámenes de mama; se prestan servicios de ultrasonografías y biopsias. Además, el tamizaje de cáncer de cuello uterino también está disponible sin costo en los dispensarios comunitarios y en los consultorios ginecológicos del sector privado. En colaboración con una organización privada sin fines de lucro con sede en Estados Unidos, se proporcionan servicios de tamizaje colorrectal (colonoscopia) dos veces al año a un costo mínimo. Este servicio está disponible para las personas de bajos ingresos que reciben asistencia financiera de acuerdo a sus necesidades. El componente de enfermedades no transmisibles del Plan Nacional de Salud prevé un registro de cáncer y protocolos de manejo específico de las enfermedades.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Violencia y otras causas externas

Las lesiones fueron la tercera causa principal de muerte, con una proporción de 118 cada 100.000 habitantes. Entre 2001 y 2005, el número de casos de agresión (sin considerar las heridas de balas) y heridas se triplicó, en comparación con el período anterior de cinco años. Entre las 73 muertes del período de 2002 a 2004, el 82% se produjo en hombres y los ataques representaron el 30%. Esta tendencia ocurrió en un momento en el que había aumentado la actividad violenta relacionada con las drogas y bandas delictivas integradas por adolescentes y jóvenes. Del total de muertes, el 20% se debió a accidentes automovilísticos; en comparación con el período de 1996 a 2000, el cambio en el número promedio de lesiones, muertes y accidentes automovilísticos fue mínimo. Una revisión de las causas externas de muerte en la sala de urgencias del hospital Joseph N. France mostró que las heridas ocasionadas por accidentes variaron de 215 en 2004 a 318 en 2005. Los ataques y las heridas variaron de 310 en 2001 a 518 en 2005. Las heridas de bala variaron de 6 en 2001 a 36 en 2004. En comparación con el período de 1998 a 2000, en 2005 los ataques y las heridas se multiplicaron 10 veces y, en general, llegado 2005 los accidentes prácticamente se habían duplicado respecto de 1998.

Salud mental

El país promueve el enfoque comunitario hacia la salud mental, a pesar de que el esfuerzo se ha visto truncado debido a una reducción del personal capacitado en psiquiatría, psicología y terapia ocupacional. El número de pacientes registrados no ha aumentado desde el promedio de 224 personas registrado entre 1996 y 2000. En 2004 y 2005, un promedio de 212 personas recibieron estos servicios, en una proporción aproximadamente igual de hombres y mujeres. Las afecciones más frecuentes fueron esquizofrenia, depresión y abuso de sustancias.

Asma

Desde 2002, el asma reemplazó a la gastroenteritis como el diagnóstico de hospitalización más frecuente entre los niños. Existe un dispensario donde los niños y las personas a cargo de su cuidado reciben educación sobre el tratamiento de la enfermedad y suministros, como espaciadores y medidores de flujo pico. Los broncodilatadores y los corticosteroides se consiguen con facilidad en las farmacias gubernamentales. Las hospitalizaciones confirman la necesidad de una mayor respuesta, que incluya el desarrollo de pautas de tratamiento.

Salud oral

Los servicios preventivos y de tratamiento se proporcionan en dos dispensarios del sector público (uno en cada isla). Los niños

son el objetivo principal de trabajo preventivo. En 2005, comenzó un programa de selladores patrocinado por el sector privado. Se realizan esfuerzos de integración a fin de promover la salud dental entre los adultos.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El hecho de que todos los residentes tengan igualdad de acceso a una atención médica de calidad es un asunto de política pública. A este efecto, los gobiernos de ambas islas se comprometen a asegurar un paquete de servicios sostenible, diseñado para satisfacer las necesidades de atención de la salud. Los servicios que no se suministran localmente se pueden obtener en las islas vecinas, a través de acuerdos financiados públicamente o mediante fondos personales, incluidos los planes de seguro. Actualmente, se está evaluando el establecimiento de un plan de seguro médico público, pero hasta el momento, ninguna de las islas cuenta con un seguro del estilo.

El Plan Nacional de Salud del período de 2006 a 2011 comenzó a desarrollarse durante este estudio. Este esfuerzo de diversos sectores representa un enfoque lógico y orientado a los resultados, para alcanzar las prioridades específicas del sector de la salud, incluidos el desarrollo de sistemas de salud; el desarrollo de recursos humanos; la salud ambiental; la salud mental y el abuso de sustancias; el VIH/sida y las ITS; las enfermedades crónicas no transmisibles, los alimentos y la nutrición, y la actividad física; y los servicios de salud familiar. Estas áreas de prioridad se asemejan en gran medida a las enunciadas en la Cooperación para la Salud en el Caribe, Fase III, un método regional para afrontar los desafíos frecuentes de salud.

El logro del país de muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU tiene que ver fundamentalmente con la inversión de Saint Kitts y Nevis en programas de desarrollo social y de salud de la población. Por ejemplo, la provisión de ayuda financiera, la capacitación en habilidades, la asistencia para los trabajadores desempleados de la industria del azúcar y un programa vital de alimentación escolar permiten erradicar la pobreza y el hambre (ODM 1). El país logró la educación universal (ODM 2). En términos de promoción de la igualdad entre los sexos y el protagonismo de la mujer (ODM 3), la constitución de Saint Kitts y Nevis se manifiesta en contra de la discriminación por sexo: el 60% de los puestos de secretario permanente, el principal cargo de funcionario administrativo en el Ministerio de Salud, están ocupados por mujeres. El énfasis en atención obstétrica gratuita en los dispensarios comunitarios apunta a la reducción de la mortalidad infantil (ODM 4).

Es constante la inversión de recursos para mejorar la calidad en inmunización, nutrición, atención materno-infantil, vivienda, acceso al agua potable, saneamiento ambiental, desarrollo de infraestructuras y capacitación de recursos humanos.

Las costosas afecciones crónicas e incurables llevan a St. Kitts y Nevis, junto con instituciones médicas y socios regionales, a reorganizar los servicios derivados de abordajes conjuntos y estrategias de promoción de la salud para resolver problemas frecuentes. A través de marcos de trabajo como la Cooperación para la Salud en el Caribe (CCH) y la Asociación Pancaribeña contra el VIH/sida (PANCAP), Saint Kitts y Nevis se esfuerza para combatir los apremiantes desafíos que plantean la diabetes, la hipertensión, las cardiopatías, las neoplasias malignas, el abuso de drogas, el VIH/sida y la violencia.

Entre las principales leyes relacionadas con la salud del país, se encuentran la Ley Médica de 1938, la Ley de Cuarentena de 1946, la Ley de Salud Pública de 1969, la Ordenanza sobre la Notificación por Enfermedad Ocupacional y Accidentes de 1951, la Ley de Salud Mental (Demencia) de 1956, la Ley de Enfermeros Registrados de 1956, la Ley de Inmunización de 1976, la Ley sobre Prevención y Uso Indevido de Drogas de 1986, la Ley Nacional de Manejo de Desechos Sólidos de 1989, la Ley de Reducción de la Basura, el proyecto de Ley de Farmacéuticos de 2000 y el proyecto de Ley de Administración de los Servicios Médicos en Instituciones de 2002.

Las operaciones del sector público de salud se dividen en tres áreas de programas, diseñadas para satisfacer las áreas de prioridad y designar funciones básicas de salud pública. El Ministerio de Salud, como autoridad de salud administrativa, es responsable de la formulación de políticas, la financiación y el presupuesto, la regulación de profesionales e instituciones, la administración de recursos humanos y la información sobre la salud. El programa de Servicios a la Comunidad ofrece servicios de salud pública, incluidos el mantenimiento de la salud, la salud ambiental, la salud mental, la salud oral, la salud familiar y la promoción de la salud. El componente relacionado con la administración de las instituciones de salud brinda servicios médicos primarios, secundarios y terciarios, estos últimos en forma limitada, y atención a los adultos mayores.

El sector de salud de Saint Kitts y Nevis opera bajo las siguientes categorías: liderazgo, promoción de la salud, acceso universal igualitario a la salud, desarrollo de recursos humanos y tratamiento de las enfermedades.

Organización del sistema de salud

El sistema de salud de Saint Kitts y Nevis está organizado para responder con efectividad y eficacia a las necesidades de salud de toda la población.

El Ministerio de Salud administra el sector público de salud y es responsable de la prestación de servicios individuales y públicos de calidad. Ambas islas tienen estructuras de organización paralelas y, en cada una, el Ministro está a cargo de la determinación final de las políticas. Los secretarios permanentes, como jefes de administración, son responsables de los asuntos relacionados con la financiación, el presupuesto, el personal y las com-

Combate a la diabetes y la hipertensión

La diabetes y las enfermedades hipertensivas estuvieron dentro de las principales causas de muerte del país entre 2002 y 2004, y también figuraron entre las primeras causas de hospitalización. La Unidad de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud coordina distintas actividades destinadas a enfrentar los problemas de las enfermedades crónicas no transmisibles, por ejemplo la promoción, la educación y el monitoreo del estado de salud centrados en cambios de estilo de vida y de hábitos alimentarios.

pras. Con frecuencia, los dos ministros se consultan para armonizar las políticas.

La designación de las funciones fundamentales de salud pública está unificada e incorpora la pauta federal de control del estado de la salud, vigilancia, investigación e información, promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento de las enfermedades crónicas y la regulación de los profesionales de la salud. Existen 17 dispensarios comunitarios: 11 en Saint Kitts y 6 en Nevis. El gran problema que plantean estos dispensarios es su ubicación, ya que cada vivienda está a tres millas de un dispensario.

Las instituciones en Saint Kitts incluyen el principal centro de referencia del país, el hospital general Joseph N. France, con 150 camas, y dos hospitales pequeños que actualmente están siendo remodelados como centros de urgencias de 24 horas y con una capacidad de hospitalización limitada. Cardin Home tiene capacidad para unos 100 adultos mayores. En Nevis, el hospital Alexandra tiene 50 camas y, anexo a éste, se ubica Flamboyant Home, con 36 camas para personas adultas mayores. En los últimos años, se abrieron cuatro centros privados para adultos mayores (dos en cada isla). No existen hospitales privados.

Tampoco existe un mecanismo de pago para los servicios de salud pública. Los servicios médicos y de salud del sector público están altamente subvencionados o son gratuitos y, por lo tanto, ofrecen acceso universal. Diversos proveedores del sector privado ofrecen planes médicos individuales y grupales de fácil acceso; se calcula que el 30% de la fuerza laboral está cubierta.

Servicios de salud pública

El Programa Nacional del Sida administra la respuesta al VIH/sida y está supervisado por el Consejo Asesor Nacional. Las actividades incluyen la prevención de la transmisión madre-hijo, orientación y pruebas voluntarias, la entrega gratuita de medicamentos antirretrovirales, la coordinación de la atención clínica, la distribución gratuita de condones, servicios integrales para las personas afectadas, y actividades de investigación, control y evaluación.

Se ha detectado la amenaza de la transmisión de la influenza aviar a humanos. De acuerdo con el modelo de la OPS, Saint Kitts

y Nevis ha emitido un plan de respuesta preliminar para contrarrestar este efecto. Las principales medidas incluyen el fortalecimiento de la salud animal y los sistemas de vigilancia de la salud humana, la generación de capacidades que satisfagan el incremento anticipado de demandas, y la obtención de medicamentos y vacunas (de estar disponibles). Comenzó la concienciación pública con respecto a la notificación de aves muertas, en tanto que la divulgación de información de seguridad de los alimentos sigue su curso.

La salud ambiental recibe consideración de prioridad. Se realizan actividades de generación de capacidades en recursos humanos para cumplir con todos los mandatos de seguridad de los alimentos, control de vectores, vigilancia de la calidad del agua, saneamiento, salud ocupacional, salud portuaria, y recolección y eliminación de desechos sólidos.

Servicios de atención a las personas

Actualmente, la salud mental y el abuso de sustancias se tratan como un componente de los servicios de salud familiar, con conexiones a los pabellones psiquiátricos de los hospitales. Se reconoce que los servicios de salud mental deben ampliarse en el área de educación, tratamiento y respaldo de la salud mental de la comunidad. El enfoque orientado a la comunidad es la estrategia operante, con servicios focalizados y diseñados para promover la inclusión de los pacientes de salud mental en la sociedad. Hay actividades en curso para reclutar y retener profesionales en psiquiatría, psicología adolescente e infantil, y terapia ocupacional.

Promoción de la salud

La Unidad de Promoción de la Salud coordina la respuesta a la diabetes, la hipertensión, el cáncer y el asma, mediante estrategias definidas que avalan la promoción de la salud. Diversos estudios hacen hincapié en el trabajo que se debe realizar para reducir la carga derivada del consumo excesivo de alimentos altamente calóricos y la falta de actividad física. Esta Unidad coordina la respuesta a las enfermedades crónicas no transmisibles a través de la propugnación, la educación y el control del estado de salud centrados en cambios del estilo de vida y la

alimentación, el aumento de la actividad física y el tratamiento de casos basado en la evidencia. El resultado esperado es una disminución de las hospitalizaciones conmensurable con una mejora de la atención comunitaria.

En 2005, se difundieron formalmente entre los profesionales los protocolos para el control de la diabetes; se espera que cada caso registrado comprenda un conjunto de datos estándar, que incluya los niveles séricos de los lípidos y la hemoglobina glucosilada, las lecturas de la presión arterial, y los resultados de los exámenes cardiológicos, visuales y de los pies. Las personas que asisten a los dispensarios comunitarios tienen acceso gratuito a anticoagulantes, medicamentos antihipertensivos y medicamentos para la reducción de lípidos y el nivel de azúcar en la sangre.

Las hospitalizaciones por diabetes variaron de 131 en 2003 a 109 en 2005, mientras que los nuevos casos de diabetes que se presentaron en los dispensarios variaron de 107 en 2002 a 60 en 2005. Las hospitalizaciones por síntoma de hipertensión variaron de 180 en 2002 a 95 en 2005, mientras que los nuevos casos de personas que concurrieron a los dispensarios por síntomas de hipertensión variaron de 170 en 2003 a 126 en 2005.

La Unidad de Promoción de la Salud también aumentó sus esfuerzos para combatir la alta prevalencia de la obesidad y el sobrepeso. Las actividades incluyen el uso de la prensa nacional y los medios electrónicos para divulgar información sobre nutrición. También se puede disponer con facilidad de folletos en las escuelas y los dispensarios comunitarios. Hay carteleros con información sobre nutrición en lugares estratégicos de ambas islas.

Las agencias gubernamentales responsables de los asuntos relacionados con la diferencia entre los sexos y la salud de los adolescentes dirigen programas diseñados para proteger a los adolescentes a través de servicios de apoyo psicológico en situaciones de crisis, prevención de embarazos, planificación familiar y promoción del uso de condones. Se alienta activamente a las madres adolescentes para que finalicen su educación secundaria y sigan sus estudios. Se está desarrollando una política de anti-concepción de emergencia.

En 2004, se realizó la primera encuesta de satisfacción del paciente en los centros de salud de Saint Kitts. Más del 90% de los encuestados informaron una evaluación favorable respecto de la calidad de la atención. Los encuestados también expresaron su satisfacción en relación con la atención interpersonal, la información y la educación, y las actitudes de los proveedores. Las principales áreas de disconformidad se relacionaron con la comodidad física en algunos centros y la regularidad de la disponibilidad del personal. Estos resultados se utilizaron para optimizar el entorno de atención y motivar al personal en el logro de estándares de atención de mejor calidad.

Recursos humanos

El sector salud mantiene razones proveedor/habitante favorables, con excepción de algunas brechas en ciertas habilidades es-

pecializadas, en particular en las áreas de salud mental y enfermería; la atención de la salud es fácilmente accesible. En general, el número de médicos cada 10.000 habitantes aumentó de 11 en 2001 a 13 en 2005. Por otro lado, el número de enfermeros descendió de 49 a 32 cada 10.000 en el mismo período; esta disminución fue resultado de los retiros y, en menor grado, la migración. En el caso del personal de enfermería del sistema de salud pública, donde el número de personas capacitadas que ingresa es menor que el número que se retira, la situación es más crítica. Dado que el fortalecimiento de los servicios orientados a la comunidad es una estrategia central en la promoción de la salud y la reducción de la carga de enfermedades, la capacitación de los médicos y el personal de enfermería del sector público sigue siendo un tema importante. La prioridad radica en la captación de personas comprometidas a la profesión de enfermería; las personas que tienen aptitud pero que carecen de los estándares académicos en consonancia con los requisitos para ingresar en un programa de enfermeros registrados recibirán capacitación como encargados y asistentes de enfermería, y recibirán el apoyo para que continúen actualizando su título académico con el tiempo.

Suministros de salud

Todos los suministros son importados. Los medicamentos del sector público se obtienen a través de los Servicios de Adquisición de Productos Farmacéuticos de la Organización de Estados del Caribe Oriental, una colaboración subregional entre las islas caribeñas más pequeñas de habla inglesa. Se está evaluando la implementación de un mecanismo similar para el equipo médico. Los suministros administrativos provienen de la unidad de compras centrales del gobierno.

Los fármacos esenciales se consiguen con facilidad y a un costo mínimo en las farmacias del sector público. Los medicamentos antirretrovirales se suministran sin cargo mediante la asistencia de un socio internacional en la lucha contra el VIH/sida.

Gasto y financiamiento sectorial

El gobierno es el principal proveedor de financiación de la atención de la salud. En el período de 2001 a 2005, los gastos recurrentes del gobierno federal en materia de salud promediaron el 8% del total de los gastos recurrentes. En cada isla, el 60% del presupuesto del Ministerio de Salud se reserva para los gastos operacionales de los hospitales y demás instituciones. Los esfuerzos de recuperación de costos están implementados en los servicios hospitalarios, a pesar de que hay categorías de servicios importantes exentas de tarifa, como aquellas orientadas a los niños en edad escolar y las personas mayores. Las tarifas de servicios hospitalarios son nominales y los servicios que se prestan en los dispensarios comunitarios son gratuitos. Considerando lo expuesto, en las instituciones de salud, los gastos exceden a las ganancias por un factor de 9 a 1; los servicios de

salud de la comunidad son subvencionados por el gobierno en su totalidad.

Cooperación técnica y financiera en salud

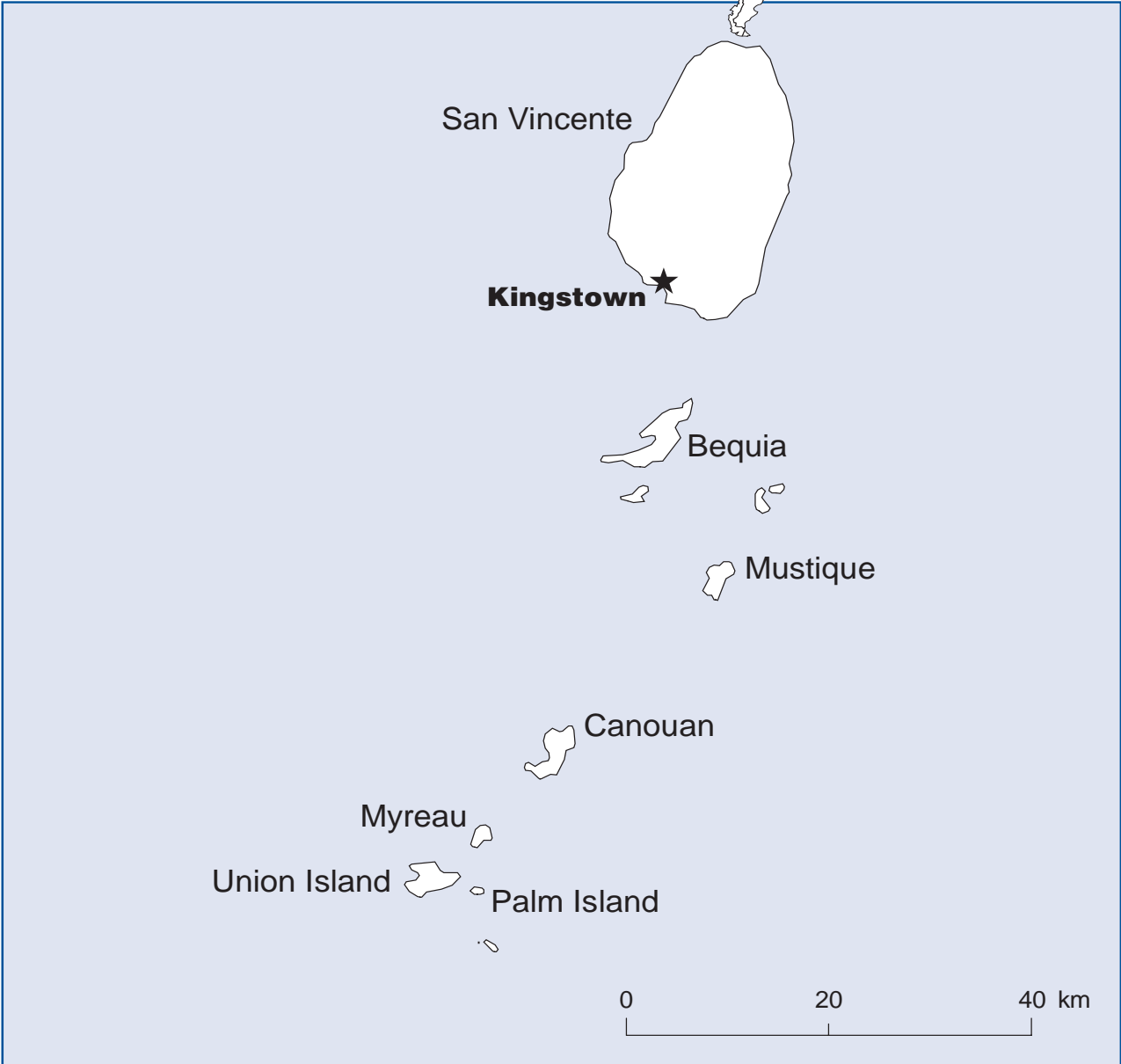
Saint Kitts y Nevis es un socio comprometido en los procesos de integración regional. Las políticas, los planes y los programas son coherentes con los marcos de trabajo de colaboración pactados, como la Cooperación para la Salud en el Caribe, Fases I, II y III, y la Asociación Pancaribeña contra el VIH/sida.

Mediante estos acuerdos, las áreas de prioridad están identificadas y clasificadas, las estructuras de gobierno están desarrolladas, y los recursos se movilizan para implementar los programas de salud de la población y demás actividades, incluidas las de investigación, control y evaluación. Varias instituciones regionales prestan colaboración técnica en diversas áreas. Entre las principales instituciones, figuran: el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, que colabora con el control del estado nutricional y la realización de estudios de prevalencia del sobrepeso; el Centro de Epidemiología del Caribe, que brinda asistencia en los estudios de seroprevalencia del VIH; el Instituto de Salud Ambiental del Caribe, que evalúa las operaciones de relleno sanitario; el Consejo Caribeño de Investigación Sanitaria, que ha ayudado en

la elaboración de pautas sobre el tratamiento de la diabetes, la hipertensión y el asma, y en la evaluación y el control del VIH; y la Organización Panamericana de la Salud, que ha participado en el desarrollo del Plan Nacional de Salud y la política de salud mental, en la capacitación en atención de urgencia y el manejo de víctimas en masa, y en la preparación ante el surgimiento de enfermedades nuevas. Instituciones regionales de salud como la Organización Panamericana de la Salud, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Consejo Caribeño de Investigación Sanitaria (CHRC), el Instituto de Salud Ambiental del Caribe (CEHI) y el Laboratorio del Caribe de Pruebas de Medicamentos (CRDTL) patrocinan, mediante asistencia técnica, cinco áreas de prioridad en el Programa Nacional del Sida. El gobierno central y varios donadores externos financian el programa.

Además, diversos países ofrecen su patrocinio para complementar la financiación gubernamental del sector público de salud. El más importante es Taiwán (República de China), cuyos subsidios satisfacen necesidades selectas de equipos primordiales. Asimismo, el Programa Nacional del VIH/sida se beneficia de un préstamo del Banco Mundial y subsidios del Fondo Mundial, ONUSIDA y el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido.

SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS



San Vicente y las Granadinas es una nación insular de las Antillas Menores, que comprende 32 islas, islotes y cayos y tiene una superficie total de 345 km². La isla volcánica de San Vicente, donde reside 91% de la población, es la que tiene mayor extensión de superficie terrestre. La última erupción del volcán de La Soufrière ocurrió en 1979. Las Granadinas comprenden las siete islas habitadas de Bequia, Canouan, Mayreau, Union Island, Mustique, Palm Island y Petit Saint Vincent. Todas las islas se conectan por medio de transporte marítimo; hay aeropuertos en San Vicente, Bequia, Canouan, Mustique y Union Island.

El país tiene clima tropical, con temperaturas medias entre 22 °C y 27 °C y precipitaciones medias de 2.032 mm a lo largo de la costa y 4.064 mm en la cadena montañosa central; la temporada de precipitaciones es entre mayo y noviembre. El país es vulnerable a huracanes, tormentas tropicales, erupciones volcánicas y terremotos.

Determinantes sociales, políticos y económicos

San Vicente y las Granadinas se independizaron de Gran Bretaña en 1979. Se rigen por una democracia parlamentaria al estilo de Westminster. El país es políticamente estable y libre y se celebran elecciones cada cinco años. El idioma oficial es el inglés. Las principales religiones son la anglicana (17,8%), la pentecostal (17,6%) y la metodista (10,9%).

El producto interno bruto (PIB) aumentó de US\$ 285 millones a US\$ 349 millones entre 2000 y 2004. El crecimiento del PIB alcanzó un promedio anual de 5,1%, fundamentalmente como consecuencia de la capacidad de recuperación de los sectores de la construcción, transporte, banca y seguro, electricidad y agua, comunicaciones y el comercio mayorista y minorista.

La eliminación de las tarifas preferenciales y las cuotas sobre las bananas, el principal cultivo de exportación del país, ha generado pérdidas en el sector agrícola. Para equilibrar tales pérdidas, el gobierno reconoció la necesidad de desarrollar los sectores de servicios y turismo. En 2002 arribaron 77.631 turistas al país, aproximadamente 7.000 más que en 2001. Entre 2000 y 2004, el presupuesto anual del gobierno varió de US\$ 150 millones a US\$ 180 millones.

Según el Informe de Evaluación de la Pobreza de 1996, 37,5% de la población (43.875 personas) era pobre¹ y 25,7% (30.069)

pobres indigentes.² Según el informe, los niveles de desigualdad del país eran elevados. En 2001, el gobierno se comprometió a abordar las condiciones doblemente debilitantes de la pobreza y la desigualdad masivas y estableció el Consejo Nacional de Desarrollo Económico y Social, para supervisar y dirigir la estrategia de reducción de la pobreza. En 2002 se finalizó el proyecto del documento provisional de estrategias para la reducción de la pobreza, un anteproyecto para el desarrollo de políticas y programas para abordar los elementos centrales de reducción de la pobreza en el corto, mediano y largo plazo.

La tasa general de empleo³ disminuyó de 80,2% a 78,9% entre 1991 y 2001. El desempleo en los hombres aumentó de 18,4% en 1991 a 22,1% en 2001 y en las mujeres disminuyó de 32,1% a 18,6%. El porcentaje de la población empleada en la agricultura, la construcción y las industrias mayoristas disminuyó de 49,1% de la fuerza laboral en 1991 a 41,6% en 2001. Esta caída se debió principalmente a una disminución del empleo en la agricultura de 37%. Las industrias pesquera y manufacturera descendieron entre 1991 y 2001. En 2001, el grupo de 15 a 43 años de edad representaba 52% de la fuerza laboral; en 1991 representaba 60%. La tasa de desempleo en 2001 era de 21%. El tamaño del país, la

¹La pobreza se definió como la falta de ingesta dietaria y otros alimentos y servicios necesarios para el funcionamiento eficaz en la sociedad.

²Los pobres indigentes son las personas que no pueden satisfacer sus necesidades alimenticias básicas.

³La tasa general de empleo es la población empleada como un porcentaje de la población económicamente activa.

limitada diversificación económica y la extrema vulnerabilidad a los huracanes desencadenaron la inseguridad en los ingresos y la inestabilidad económica a nivel nacional y familiar. Según datos del Banco Mundial, especialmente los pobres y los pobres indigentes sufrieron las consecuencias, al no poder recurrir a sus ahorros o por no estar amparados por los programas gubernamentales de protección social en tiempos de penurias económicas.

La tasa de alfabetización en el período 2001–2005 se estimó en 96%, con niveles similares para mujeres y hombres. El sistema educativo ofrece tres niveles de enseñanza: primario, secundario y terciario. Desde 2003, el gobierno concedió acceso universal a la educación secundaria a todos los niños. Hay 28 escuelas públicas primarias y 21 escuelas públicas secundarias en el país, además de tres escuelas primarias privadas y cuatro escuelas privadas secundarias. La matrícula escolar fue de 96% en el grupo de edad de 5 a 9 años y de 94% en el de 10 a 14 años; la matrícula preescolar fue solamente de 33% en 2001. Si bien antes no había instituciones terciarias de jornada completa en la isla, 5,4% de la población ha obtenido títulos terciarios. No se observaron diferencias en el número total de hombres y mujeres que aspiraban a la educación universitaria.

La Oficina Central de Agua y Alcantarillado distribuye agua potable a aproximadamente 90% de la población del país. Según el censo de 2001, 52,2% de las viviendas se abastecían de agua mediante una fuente pública con conexión al interior de la vivienda; 17%, por medio de una fuente pública, con conexión al patio de la vivienda; 20,8%, por medio de fuentes privadas, con conexión al interior de la vivienda. El agua de consumo doméstico de 10% de las viviendas, especialmente en las Granadinas, provenía de diferentes puntos de captación comunales.

La seguridad de los alimentos siguió siendo una gran preocupación en el país. Entre 2001 y 2005 se incrementó el total de establecimientos alimenticios, pero no se disponía de un sistema para el registro y la concesión de licencias. Se realizan cursos prácticos para los manipuladores de alimentos dos veces al año en los centros de salud de distrito, en los que se ofrece educación e información sobre la inocuidad de los alimentos; la asistencia es voluntaria.

En 2001, 52% de las viviendas utilizaban una combinación de retrete con desagüe a pozo ciego y retrete con desagüe a alcantarilla, frente a 32% en 1991. Simultáneamente con este aumento, el total de viviendas que utilizaban letrinas de pozos disminuyó de 62% en 1991 a 44% en 2001. El país tiene dos rellenos sanitarios, uno ubicado en la Isla Belle, del lado de Sotavento y el otro en Diamond, del lado de Barlovento.

Todos los hogares de San Vicente tienen un servicio semanal de recolección de basura, mientras que en las Granadinas, el servicio se presta dos veces por semana.

La ocupación ilegal sigue siendo generalizada. Las personas que se instalan en zonas de ocupación ilegal generalmente no tienen acceso al agua potable ni a instalaciones sanitarias y las zonas se destacan por las plagas de alimañas y roedores, así como también por la presencia de otros organismos transmisores de enfermedades. El hacinamiento, que acelera la fácil diseminación

de enfermedades transmisibles, es un rasgo habitual en estos asentamientos.

Demografía, mortalidad y morbilidad

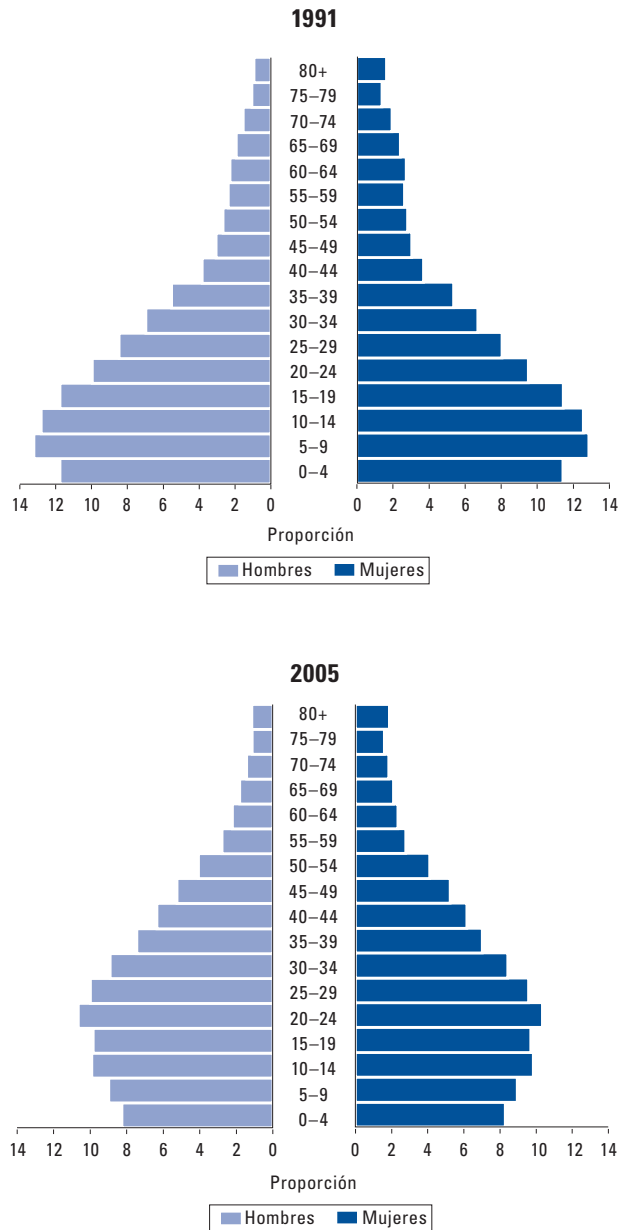
Según el censo de población y vivienda de 2001, la población total del país era de 106.253 habitantes, de los cuales, 30,7% era menor de 15 años; en 1991, este grupo de edad representaba 37,2% de la población. Como consecuencia de esta disminución, la razón de dependencia descendió de 0,8 en 1991 a 0,6 en 2001. En 2001, el total de personas de 15 a 29 años era de 29.523 (27,8% de la población); en 1991, este grupo de edad representaba 29,5%. El grupo de edad de 30 a 44 años aumentó de 16,1% a 21,1% y el de 45 a 64 años, de 10,7% a 13,2%. En 2001, las personas de 65 años y más representaban 7,3% de la población total, frente a 6,5% en 1991. La razón mujer/hombre en 2001 era de 1:1,02 (Figura 1).

En 2001, la población del país estaba compuesta por descendientes de africanos (72,8%), una mezcla de grupos étnicos (20%), los caribes (3,6%) y las personas de las Indias Orientales (1,4%). La mayoría de los caribes y de otros grupos indígenas viven en el nordeste del país.

En el período 2001–2004 se registraron 3.097 defunciones, con un promedio anual de 774. En 2001 se registraron 765 defunciones. Las cinco principales causas, según las causas definidas de muerte, fueron las neoplasias malignas (133), la diabetes mellitus (103), los accidentes cerebrovasculares (60), las cardiopatías isquémicas (45) y el VIH/sida (34). La diabetes, las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades hipertensivas y las neoplasias malignas fueron las cinco enfermedades no transmisibles que ocasionaron alrededor de 50% de las defunciones anuales. En 2003 se registraron 774 defunciones. Las cinco principales causas de muerte fueron la diabetes mellitus (120 defunciones), las neoplasias malignas (119), la cardiopatía (102), la hipertensión (101) y los accidentes cerebrovasculares (51), que en conjunto representaron 62,4% del total de defunciones. La diabetes causó 71 defunciones en mujeres y 49 en hombres, y la hipertensión, 55 defunciones en mujeres y 46 en hombres. El número de muertes por cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en hombres y mujeres fue casi el mismo; las mujeres con carencias económicas y sociales fueron especialmente vulnerables a estas dos enfermedades.

La principal causa de muerte en los hombres fueron las neoplasias malignas. En 2001–2003, las neoplasias malignas de la próstata fueron la quinta causa principal de muerte (91 defunciones). Según un análisis de los datos de mortalidad en 2003, hubo 69 defunciones por neoplasias malignas en los hombres (principalmente de próstata) y 49 en las mujeres. Las afecciones relacionadas con el corazón han aumentado de manera constante a lo largo de los años; en 2004 se notificaron 1.205 casos. Las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas fueron la causa de 23 defunciones en hombres y cinco en mujeres. En 2003, 40 hombres murieron por cirrosis hepática, cardiomiopatía alcohólica,

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, San Vicente y las Granadinas, 1991 y 2005.



hepatitis alcohólica, pancreatitis aguda y hemorragia gastrointestinal; solo 16 mujeres murieron por estas enfermedades.

Las lesiones por envenenamiento y otras causas externas dieron lugar a 827 consultas. El total de consultas de hombres fue de 468 (57%) y el de las mujeres, de 359 (43%). En 2003, el total de consultas por lesiones de los tejidos blandos fue de 156 (19%) en el grupo de 15 a 24 años, 149 (18%) en el de 25 a 34 años y 145 (17%) en el de 5 a 14 años.

Entre 2001 y 2003 se registraron 124 defunciones por lesiones y accidentes; los homicidios representaron 38,7%, los envenena-

mientos 24,2%, los accidentes automovilísticos 21,8% y los suicidios 16,1%. Entre 2001 y 2004, los accidentes automovilísticos aumentaron de 950 a 1.086. En ese período, 134 hombres y 56 mujeres sufrieron lesiones graves. Las causas externas estuvieron por primera vez entre las diez causas principales de muerte en 2003. Según datos clínicos, en 1998 las causas externas representaron 0,6% de la razón de las consultas clínicas, con un incremento a 2,2% en 2003. En 2001-2004 se registraron 63 homicidios y 4.470 agresiones físicas.

Según el sistema de vigilancia, en 1998 y 1999 se realizaron 2.500 consultas anuales por asma en la sala de urgencias del Hospital General de Kingstown y 45% de estas consultas fueron de niños menores de 10 años. El asma continuó siendo un motivo importante de consultas clínicas en 2001-2005.

La esperanza de vida al nacer en 2005 era de 71,6 años. En los hombres, la esperanza de vida disminuyó de 69,5 años en 1991 a 68,8 años en 2005 y en las mujeres se mantuvo en 74,4 años.

La tasa global de fecundidad en 1996-2000 era de 2,3 niños por mujer y de 2,2 en 2005. La tasa de fecundidad era de 2,4 en 2001 y de 2,1 en 2005. La tasa bruta de natalidad alcanzó un promedio de 19,0 por 1.000 habitantes en 2000-2001, mientras que la tasa bruta de mortalidad llegó a un promedio de 6,8.

Entre 2001 y 2004, la tasa de mortalidad infantil varió de 18,5 por 1.000 nacidos vivos a 17,3. Se registraron tres defunciones maternas entre 2001 y 2004.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Entre 2001 y 2002 se registraron 4.094 nacimientos; el número de lactantes con bajo peso al nacer (< 2.500 g) fue de 241. La mortalidad perinatal en 1998-2002 registró un promedio anual de 20 defunciones por 1.000 nacidos vivos. Las causas principales de muerte en este grupo de edad fueron la prematuridad extrema, la asfixia al nacer y el síndrome de distrés respiratorio del recién nacido. En 2002, los datos de la unidad de maternidad del hospital Milton Cato Memorial revelaron que 34,4% de las admisiones a la sala de cuidados neonatales especiales fueron consecuencia de la prematuridad. Otras enfermedades observadas fueron la septicemia, la ictericia y el síndrome de distrés respiratorio. Entre 2001 y 2002, las enfermedades respiratorias agudas en los menores de 1 año representaron 11% del total de los casos registrados por esta enfermedad.

En el grupo de 1 a 4 años de edad, los envenenamientos representaron 47% (37) de los accidentes registrados en 2002; las caídas representaron 32% (25).

Se realizó un total de 20.324 consultas infantiles en los diversos centros de salud. La mayoría de ellas fue para el control del crecimiento (19.606) e inmunización (10.073); las consultas restantes correspondieron a referencias y otros problemas de salud. Se realizaron 212 (18% del total) consultas clínicas por asma en el grupo de 1 a 4 años y 214 consultas por complicaciones infantiles (1%

del total de las consultas de salud registradas); entre los problemas se contaron malnutrición, infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y lesiones. En 2003, la cobertura de inmunización para BCG, polio, DPT (difteria, tos ferina y tétanos), hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b fue de 100%; la cobertura para SRP (sarampión, rubéola y parotiditis) fue de 90,7%. En 2003 se registraron dos casos de meningitis por *Haemophilus influenzae* en el grupo de 1 a 4 años; los dos casos eran niñas.

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2001, los niños de 5 a 9 años representaban 10,8% de la población total. La mortalidad en este grupo de edad es generalmente baja. En 2001 se registraron ocho defunciones (cinco niños y tres niñas) y en 2002, seis defunciones (tres niños y tres niñas). Las causas de muerte de los niños fueron ahogamiento no especificado (1) y exposición a la corriente eléctrica (2). Una de las niñas murió a causa de una neoplasia maligna renal y dos fueron víctimas de una avalancha.

En 2002–2004, los problemas más frecuentes fueron los visuales, los taponos de cera, la caries, las enfermedades virales y la tiña. Todos los niños son revisados al ingresar y egresar de la escuela primaria como un requisito de salud pública.

En 2002 se realizaron talleres sobre el asma para maestros de 37 escuelas primarias y secundarias, así como también para maestros de preescolar.

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

Este grupo de edad representó 21,1% de la población en 2001, casi equitativamente distribuidos entre ambos sexos. En la encuesta nacional por muestreo sobre estilos de vida saludables entre adolescentes de 10 a 14 años, realizada en 2001 por la Organización Panamericana de la Salud, se observó que 11% de los entrevistados admitió que usaba inhalantes, 85% fumaba marihuana, 7% fumaba cigarrillos y 3% consumía alcohol semanal o diariamente. Los datos nutricionales de 2002 indicaron que 87,8% de los jóvenes de este grupo de edad reunían los requisitos de nutrición normal, 8,6% eran obesos y 3,6% estaban moderadamente desnutridos. La Unidad Nacional de Planificación Familiar informó que de los 8.166 nacidos vivos en 2000–2003, 1.704 (20%) eran hijos de madres adolescentes. De los 1.654 nacimientos de madres adolescentes, 48 fueron en el grupo de 10 a 14 años y 1.606 en el de 15 a 19 años.⁴

Se registraron 782 casos diagnosticados de VIH en 1984–2004, de los cuales 48 (61%) fueron personas de 10 a 19 años. Se diagnosticaron 10 casos nuevos en 2002, seis en 2003 y cinco en 2004.

En 2000–2002 se registraron 10 defunciones en el grupo de 10 a 14 años. Entre las causas están la tuberculosis pulmonar, la parálisis cerebral infantil, la neoplasia cerebral maligna secundaria y la septicemia.

Salud de los adultos (20–59 años)

En 2001, este grupo de edad representaba 50% de la población. Entre 2000 y 2003 se registraron 6.525 nacimientos (91% en mujeres de 20 a 44 años de edad (de un total de 7.166 nacimientos); el 25% habían realizado alguna consulta a clínicas prenatales antes de la decimosexta semana de gestación. El 99% de los nacimientos fue atendido por personal especializado del hospital Milton Cato Memorial. Según datos de salud materno-infantil, el número de embarazos estimados en el período 1996–2002 fue de 4.130. El 4,5% de las embarazadas (92) presentó diabetes gestacional y 4,2% (85) presentó hipertensión.

En 2002, 184 mujeres (9,2%) tuvieron anemia durante el embarazo y 102 (5,1%), tuvo preeclampsia. El 16,5% (341) de las embarazadas tuvo un embarazo que finalizó en aborto, 4,1% (85) era Rh negativo, 10,5% (216) dio a luz bebés prematuros, 7,1% (143) tuvo enfermedad hipertensiva y 24,1% (709) dio a luz por cesárea. El número de niños con bajo peso al nacer fue de 141 (11,8% del total de nacimientos). Se registraron alrededor de 9.023 consultas a clínicas prenatales en 2002, sin incluir las que se realizaron a proveedores de atención de salud privada. Ese mismo año, 1.264 nuevas personas aceptaron los servicios de planificación familiar; 55% eligió los anticonceptivos orales y 38% los inyectables; seis personas eligieron la esterilización y dos optaron por un dispositivo intrauterino. En 2004, 10.888 personas aceptaron la planificación familiar. Hay datos escasos sobre el uso del condón, pero se estima que el gasto del gobierno para la distribución gratuita de condones fue de aproximadamente US\$ 3.875 en 2004. En 2002 se realizaron 2.926 frotis de Papanicolaou y 7,4% reveló resultados anómalos.

En 2002 había 220 personas obesas, de las cuales 85% (188) eran mujeres. En el grupo de 35 a 45 años se registró el mayor número de obesos (58%); le siguen el grupo de 25 a 34 años (26%) y el de 45 a 54 años (22%). Se registraron 3.432 consultas por hipertensión en personas de 55 a 64 años de edad y 1.927 en personas de 45 a 54 años.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2001, los adultos de 60 años y más representaban aproximadamente 7,2% de la población. Las principales causas de consulta en 2003 fueron la hipertensión, con 5.774 consultas y la artritis, con 3.632, que representaron 48,7% y 8,9% del total de consultas, respectivamente. Este grupo de edad ha tenido siempre el mayor número de consultas por hipertensión y artritis, y esta última siempre ha afectado especialmente a las personas de 65 años y más. En 2003 se registraron 2.199 consultas en este grupo de edad (60,5% de todas las consultas por artritis) y el 75% correspondió a mujeres. Los problemas cardíacos fueron el motivo principal de las consultas clínicas entre las personas de 65 años y más. El mayor número de casos de cáncer de piel (41% del total notificado en 2003) se registró en personas de 70 años y más. Los problemas principales que enfrenta esta población son las enfermedades crónicas, la soledad y el maltrato, entre otros. El país necesita servicios de apoyo psicológico para los adultos ma-

⁴Unidad Nacional de Planificación Familiar, Ministerio de Salud y Medio Ambiente

yores. La atención para las personas mayores se brinda mediante los sistemas públicos y privados de atención de salud a través de un hogar administrado por el gobierno y un programa administrado públicamente, que brinda atención y apoyo a las personas mayores en sus hogares. También existen cuatro hogares para adultos mayores que son administrados en forma privada. Hay dos centros, recientemente acreditados, que cubren las necesidades de los adultos mayores durante el día y les permiten interactuar entre sí. Hay 161 camas disponibles para personas mayores, de las cuales 106 pertenecen al sistema público.

Salud de la familia

El 90% de los hogares está ubicado en San Vicente. El tamaño promedio de una familia en 2003 era de 3,5 personas, frente a 3,9 en 1991. En 2001, 85,2% de las familias vivía en hogares privados no divididos (unidades de vivienda única que comprenden un edificio completo). El número total de personas que vivía en hogares de estructura combinada (vivienda y lugar de trabajo) aumentó 26,3% entre 1991 y 2001; el número de hogares (una o más personas viviendo juntas) era de 30.518 en 2001, lo cual representa un aumento de 13% en comparación con 27.002 en 1991. El total de hogares que tenían como jefa a una mujer era de 12.136 y 39% de estos (4.723 hogares) estaban encabezados por mujeres que no tenían pareja. En 2001–2004, 35 niños perdieron a uno o ambos padres a causa del VIH/SIDA.

Los datos de morbilidad para 2003 destacaron especialmente el maltrato conyugal, el cual afectó a 83 hombres y 49 mujeres. En 2003 se registraron 83 consultas clínicas debido a violencia familiar: los hombres realizaron 49 consultas (59%) y las mujeres 34 (41%).

Salud de los trabajadores

Las lesiones laborales contribuyen en gran medida al perfil de morbilidad del país, ya que algunos lugares de trabajo son inseguros o proporcionan ambientes laborales insalubres. Sin embargo, las condiciones ocupacionales caen fuera del ámbito del Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

El **dengue** y la **leptospirosis** siguieron siendo endémicos en el país. En 2000, el índice nacional de infestación de hogares por el mosquito *Aedes aegypti* y el índice de Breteau se calcularon en 19,84% y 43,57%, respectivamente; ambos fueron superiores a la norma aceptada internacionalmente. La introducción del virus del Nilo Occidental y del raro virus del Chikungunya constituye una gran preocupación para la unidad de control de vectores del país.

Enfermedades inmunoprevenibles

Se aplican las vacunas contra **sarampión, paperas, rubéola, difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis, tuberculosis y hepatitis B**. En 2003 se incorporó la vacuna pentavalente al programa de inmunización. Si bien la inmunización contra el *Hae-mophilus influenzae tipo b* no se ofrece como procedimiento de rutina en el país, los médicos del sector privado la administran a pedido. En 2001–2003 se realizaron pruebas de hepatitis B a aproximadamente 2.000 a 3.000 donantes de sangre anuales; de ellos, 2% tuvo resultados positivos.

La provisión de vacunas, jeringas y agujas se ha mantenido estable. La cobertura de vacunación del país ha sido de 85% a 100% a lo largo de los años.

Enfermedades infecciosas intestinales

Se registraron 1.744 casos de **gastroenteritis** en 2002 y 4.122 en 2003; estas cifras muestran un aumento que supera el doble. La enfermedad se clasificó como la segunda enfermedad transmisible de mayor frecuencia en 2004 y 2003 (11,3% y 12,3% de los casos, respectivamente).

Los diagnósticos de **helmintiasis** en los establecimientos de atención primaria generalmente se basan en la sospecha clínica, en lugar de ser confirmados por laboratorio. Se analizaron 4.281 muestras de materia fecal en 2003 y 2004, de las cuales 144 arrojaron resultados positivos: 47 casos de **E. coli**, 30 casos de **anquilostoma**, dos casos de **trichuris**, 34 casos de **estrongiloides**, dos casos de **ascaris** y 29 casos de **giardia**. En 2003 se registraron 60 casos de **enfermedades transmitidas por los alimentos** y en 2004, 15 casos, de los cuales 13 fueron confirmados.

Según los informes de vigilancia del laboratorio de patología, en 2004 hubo tres casos de **salmonelosis**, dos de **shigelosis** y uno de **campilobacteriosis**, y en 2003 cuatro de salmonelosis, dos de shigelosis y dos de campilobacteriosis.

Enfermedades crónicas transmisibles

Entre 2000 y 2004 se registraron 65 nuevos casos de **tuberculosis**, la mayoría de ellos en hombres. Se registraron 14 casos de tuberculosis en 2003, de los cuales 13 fueron hombres; los casos diagnosticados se presentaron en personas de 15 a 80 años. En el mismo período se registraron 14 defunciones por tuberculosis. San Vicente y las Granadinas ha adoptado la estrategia del Tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) para reducir el número de casos de tuberculosis, desde que el hospital Milton Cato Memorial comenzó a ofrecer el tratamiento.

El último caso de **lepra** se notificó en 2000.

Infecciones respiratorias agudas

En 2003 se notificaron 16.374 casos de infecciones respiratorias agudas y 11.030 en 2004. En estos dos años, las infecciones respiratorias agudas representaron aproximadamente la mitad de todas las enfermedades transmisibles registradas, lo que es un tema muy preocupante para el país. En 2004 se registraron 4.654 casos de infecciones respiratorias agudas en niños menores de

5 años, lo cual representa 40% del total de infecciones respiratorias agudas en la población; la razón hombre/mujer fue de 1,2:1.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

En 2002 se registraron 60 casos de infección por el VIH y 81 en 2003. En 2004 se confirmaron 108 nuevos casos de infección por el VIH (la mayor incidencia desde que se registró el primer caso en el país); el 59% de los casos (64) fueron hombres. Entre 2003 y 2004, el número total de casos de sida disminuyó de 57 a 40 (26 hombres y 14 mujeres). Hubo dos casos de transmisión del VIH de la madre al niño en 2004; no hubo casos nuevos en 2003.

En agosto de 2003 se implementó un sistema formal de atención y tratamiento antirretroviral para personas con VIH/sida; el programa fue reforzado en 2005. En 2004, 14 nuevos pacientes comenzaron el tratamiento antirretroviral, sumándose a las 22 personas (12 hombres y 10 mujeres) que ya participaban desde 2003; desde la redacción del presente informe, se inscribieron en el programa 25 hombres y 11 mujeres. Posiblemente la disponibilidad del programa de atención y tratamiento, así como también de los programas de asesoramiento y evaluación del VIH, sea el motivo por el cual más personas se someten voluntariamente a la prueba y recurren a los centros de tratamiento para atender la infección.

La disminución de los casos de sida entre 2003 y 2004 (de 57 a 40) se puede atribuir a la introducción del tratamiento con antirretrovirales y al fortalecimiento del programa del VIH/sida a través del proyecto financiado de manera conjunta entre el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y el Banco Mundial.

Zoonosis

Se registraron 53 casos de **leptospirosis** en 2000–2004; la mayoría de ellos en hombres. La edad media de las personas afectadas fue de 34 años.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Se realizaron 531 consultas por **anemia** en 2004, lo cual representa 1,4% de todas las consultas por enfermedades no transmisibles. La razón mujer/hombre fue de 4:1: las mujeres realizaron 429 consultas (80,8%) y los hombres 102 (19,2%).

El grupo de edad de 65 años y más fue el más afectado por enfermedades metabólicas y nutricionales; en este grupo se registraron 82 consultas (15,4%); le siguen el grupo de edad de 15 a 24 años, con 79 consultas (14,8%) y el de 5 a 14 años, con 78 consultas (14,6%). En 2003–2004 se realizaron más de 500 consultas anuales por enfermedades metabólicas nutricionales.

En 2002 se realizaron 4.070 consultas por **diabetes** (11% del total de consultas). El promedio de consultas fue de 23% para los hombres y de 77% para las mujeres.

En 2004 se registraron 271 consultas por **obesidad**. El 44,2% (120) de las consultas correspondió al grupo de 25 a 44 años de edad. Los resultados del estudio de 2004 realizado por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, en el que participaron 143 adolescentes y adultos de 11 a 65 años, mostraron un consumo generalizado de alimentos altos en grasas, sal y azúcar. Por otra parte, los alimentos ricos en fibra y antioxidantes no se consumían masivamente, especialmente en el grupo de edad más joven. El estudio también reveló que las personas que consumían vegetales a diario también eran productoras de vegetales. Las estimaciones de la disponibilidad nacional de alimentos indicaron que había una tendencia hacia un consumo excesivo de energía per cápita: 2.540 kcal/día en 1999, 2.642 kcal/día en 2000 y 2.609 kcal/día en 2001. Los valores correspondientes para proteínas y grasas fueron de 68,1 g y 74,9 g, respectivamente, en 2000 y de 66,7 g y 73,0 g en 2001.

Enfermedades cardiovasculares

La **hipertensión** representó 29% de todas las consultas realizadas en 2000. En 2002, el número de consultas aumentó levemente, lo cual representa 30% de todas las consultas (11.082). El 26% de estas consultas correspondió a los hombres y 74% a las mujeres. La mitad de todas las consultas por hipertensión correspondieron al grupo de 65 años y más, seguida por el grupo de 55 a 64 años, que representó 20%.

En 2004, las enfermedades cardiovasculares fueron la quinta razón principal de consultas (1.869 o 4,6%). El número más alto de consultas por enfermedades cardiovasculares se registró en el grupo de 65 años y más (1.273 o 73,5% de todas las consultas). En el período 2000–2003 se registraron 1.025 admisiones por enfermedades cardiovasculares en el hospital Milton Cato Memorial (237 por infarto de miocardio, 279 por cardiopatía isquémica crónica y 509 por cardiopatía hipertensiva).

Neoplasias malignas

Entre 2000 y 2003 se registraron 554 defunciones por neoplasias malignas. Las seis localizaciones más comunes fueron la próstata (118 ó 21%); los órganos del tracto respiratorio superior y los pulmones (56 ó 10%); el tracto gastrointestinal superior (47 ó 8,0%); la mama femenina (39 ó 7,0%); los intestinos (30 ó 5,4%), y el cuello del útero (23 ó 4,1%). El cáncer cervicouterino es la forma más habitual de neoplasia maligna en las mujeres.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud mental, alcoholismo y adicciones

Durante 2002–2004 se registraron 1.437 admisiones, de las cuales 282 (19,6%) eran casos nuevos. Según un análisis detallado

Atención para los pobres y atención para el medio ambiente

La ocupación ilegal de terrenos es una práctica generalizada en San Vicente y las Granadinas, y presenta retos importantes para la salud pública y el medio ambiente en el país. Unos 16.000 ocupantes ilegales —más de uno de cada siete ciudadanos del país— sobreviven principalmente mediante la agricultura de subsistencia. En estos asentamientos, las viviendas generalmente son sumamente precarias y las comunidades se encuentran hacinadas y expuestas a las infestaciones de insectos y roedores, lo cual conduce a tasas elevadas de enfermedades transmisibles. Estos ocupantes, por lo general no tienen acceso al agua potable ni cuentan con establecimientos sanitarios. Con mucho, el cometido más prometedor es el que ha puesto en práctica un programa de desarrollo integrado forestal del gobierno, un esfuerzo multisectorial ambicioso que incluye distintos ministerios. El programa trata de alentar a los ocupantes ilegales a que se trasladen a zonas que tengan mejor acceso a los servicios de salud y a que apliquen mejores prácticas agrícolas.

por diagnóstico, la psicosis inducida por drogas fue la causa principal de las admisiones, seguida de esquizofrenia, psicosis aguda, retardo mental y trastornos maniaco depresivos. El 40% de las admisiones correspondió a usuarios de drogas (85 admisiones).

Salud oral

Los servicios de salud oral se ofrecen a través de una red de establecimientos públicos y privados de atención de salud. El gobierno administra diez clínicas públicas de atención de salud dental que ofrecen principalmente atención preventiva. En 2002, las clínicas públicas de salud dental dieron servicio a 15.921 pacientes. Los procedimientos realizados por el departamento fueron los siguientes: extracciones (52%); atención preventiva (18%), restauraciones (18%) y otros (12%). No existe un programa escolar de salud dental.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

Al desarrollar las políticas y estrategias nacionales de salud se tuvieron en cuenta las condiciones de salud locales, específicas y exclusivas del país; las circunstancias sociales y políticas relativamente inalterables (organización económica y política); los factores culturales (valores y compromisos de la sociedad y grupos específicos), y los factores externos que afectan al país (acuerdos regionales e internacionales).

Estrategias y programas de salud

En 2004, el Ministerio de Salud y Medio Ambiente comenzó a preparar el plan de salud estratégico nacional correspondiente a 2006–2011, que se rige por las políticas locales, regionales e internacionales que el gobierno ha aceptado. En primer lugar, el gobierno se basa en el principio de que la atención de salud prima-

ria es el principal mecanismo para mejorar la calidad de vida de la población. En segundo término, en un contexto regional, se respetarán las áreas prioritarias establecidas por la Cooperación del Caribe en Iniciativas de Salud. En tercer lugar, los resultados de los análisis de las Funciones Esenciales de Salud Pública del país guiarán la dirección que tomará el sector de la salud durante el período de vigencia del plan. Además, la iniciativa regional de ampliar la protección social en salud facilitará una mayor colaboración con el Servicio Nacional de Seguro, como un modo de abordar el acceso universal a los programas y servicios. En 2001, el Parlamento aprobó la Ley del Consejo Nacional de Desarrollo Económico y Social. En 2003, el Consejo finalizó el Documento Provisional de Estrategias para la Reducción de la Pobreza.

San Vicente y las Granadinas se convirtió en uno de los signatarios del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en 2004. El Convenio es un tratado internacional, que insta a los Estados participantes a la promulgación o la enmienda de las leyes de salud pública para controlar la carga de enfermedad por el consumo de tabaco y para evitar la iniciación en el tabaquismo.

Se enmendó la legislación que regula el trabajo del personal de enfermería (parteras y ayudantes de enfermería) para incorporar y ampliar el papel y las funciones en el área de enfermería de familia. En 2002 se promulgó el proyecto de ley que exige el uso de cinturones de seguridad para el manejo de automóviles y en 2006, el de cascos para el manejo de motocicletas. La ley de Farmacia de 2004 otorga más autonomía a los farmacéuticos.

Organización del sistema de salud

El Ministerio de Salud es el órgano ejecutivo que está a cargo de la provisión equitativa de atención de salud primaria, secundaria y terciaria de buena calidad, sostenible e integral, y debe ofrecer a la población servicios de promoción, nutrición y educación de la salud. Además, debe proteger y preservar el medio am-

biente y los recursos naturales del país, a través de un proceso de provisión de servicios de salud, evaluaciones e investigaciones sobre el medio ambiente y la administración eficaz de los recursos disponibles.

El Ministerio funciona como el director político; el Secretario Permanente es el director administrativo y el Oficial Médico Principal (CMO) es el director técnico, los cuales se rigen por las reglas y reglamentos del servicio público. El Planificador de Salud ocupa un puesto dentro del Ministerio de Salud y Medio Ambiente, aunque administrativamente se desempeña en el Ministerio de Finanzas y Planificación.

Para respaldar esta estructura se ha creado un comité de administración superior, formado por personal administrativo y técnico superior del Ministerio. La principal responsabilidad del comité es el desarrollo y la implementación de políticas. El Ministerio de Salud y Medio Ambiente presta servicios primarios, secundarios y terciarios a través de sus 14 programas.

El país cuenta con 39 centros de salud que brindan servicios en nueve distritos de salud. Los cambios en la población han afectado al número de personas que se pueden atender en los distintos distritos, lo que crea la necesidad de redefinir los límites de los distritos.

En promedio, cada centro de salud está equipado para brindar servicios a una población de 2.900 personas por centro; ninguna persona debería viajar más de cinco kilómetros para tener acceso a la atención de salud. Los servicios de atención de salud primaria incluyen atención de urgencia, atención médica, atención prenatal y postnatal, servicios de parteras, servicios de salud infantil (incluso las inmunizaciones y la salud escolar), servicios de planificación familiar y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Los servicios de salud dental se prestan en los centros seleccionados y los servicios de salud mental se ofrecen en todos los centros de salud mediante un sistema de consultas. Cada centro de salud está dotado de personal de enfermería de tiempo completo, un ayudante de enfermería y un auxiliar de salud comunitaria. Otros equipos de salud de distrito, que cuentan con un médico de distrito, un farmacéutico, un supervisor de enfermería, una enfermera de familia, un funcionario encargado del saneamiento ambiental, un educador para la vida de familia, un trabajador social, un funcionario de nutrición y otro personal de consulta, prestan apoyo adicional.

Servicios de salud pública

El gobierno tiene un firme compromiso en cuanto a la prevención y el control de la propagación del VIH/sida y la reducción del impacto socioeconómico de la enfermedad en la población. En 2001 se lanzó un Plan Estratégico Nacional y se presupuestó un programa, que estaría a cargo del Ministerio de Salud y Medio Ambiente, para el cálculo de los gastos de 2002. En el período 2004–2009 se implementará un plan actualizado que tiene como objetivos generales reducir la incidencia del VIH a 0,1% de la tasa

actual de 0,6%; disminuir la tasa de letalidad de personas infectadas con el VIH/sida, y brindar apoyo a las personas con VIH/sida y a sus familias. Las áreas prioritarias del plan están orientadas al fortalecimiento de la administración intersectorial, las estructuras organizativas y la capacidad institucional; el desarrollo, el fortalecimiento y la implementación de programas de prevención y control del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual con prioridad en la juventud y los grupos vulnerables o de alto riesgo; el fortalecimiento de los programas de atención, apoyo y tratamiento de personas con SIDA y sus familias; la realización de investigaciones, y la actualización de los sistemas de vigilancia. Entre las agencias que implementan este plan se encuentran varias organizaciones civiles y ministerios, con excepción del Ministerio de Salud.

La respuesta a los desastres naturales y provocados por el hombre es responsabilidad de la Organización Nacional de Manejo de Desastres (NEMO), formada en parte por comités comunitarios de desastres que se encargan de dar respuesta a nivel comunitario. En virtud de un proyecto patrocinado por el Banco Mundial, se construyó una nueva sede para NEMO, equipada con la infraestructura necesaria para albergar un centro de control de emergencias. Se han construido defensas marítimas estratégicas en zonas vulnerables. Todos los sectores gubernamentales han desarrollado planes nacionales para casos de desastre. El financiamiento del gobierno para la distribución de anticonceptivos alcanzó la cifra de US\$ 89.630 en el período 2000–2004.

En 2004 se realizó una evaluación del programa de alimentación escolar con la colaboración del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe. En 2002 se llevó a cabo una encuesta sobre salud del adolescente y vida de familia, y en 2003 se realizó un estudio sobre la manera de estimular un cambio de conducta para la prevención del VIH.

Servicios de atención a las personas

El hospital Milton Cato Memorial cuenta con 211 camas y es el único hospital de derivación de atención aguda del país en el sector público que brinda atención especializada en la mayoría de las áreas principales. La prestación de atención está organizada en siete departamentos: accidentes y urgencias, servicios ambulatorios, cirugía, medicina general, sala de operaciones, servicios pediátricos, y obstetricia/ginecología. Hay cinco hospitales rurales, con una capacidad de 58 camas, que prestan un nivel mínimo de atención secundaria. El hospital privado Maryfield, con 10 camas, brinda atención de cuidados agudos.

El gobierno también administra el Centro de Salud Mental, con 186 camas, que presta servicios a pacientes con problemas psiquiátricos agudos y crónicos, y el Lewis Punnett Home, con 106 camas, que atiende a una población de adultos mayores indigentes. Hay cinco instituciones privadas, con una capacidad de 55 camas en conjunto, que ofrecen atención en el lugar a adultos mayores.

En 2002, gracias a la instalación del analizador hematológico (Coulter Haematology Analyzer®) se modernizaron las pruebas de sangre en el país, con tiempos de respuesta considerablemente inferiores y mayor capacidad para realizar pruebas nuevas. Además, la instalación en 2003 de un sistema BD FACSCount™ para la realización de citometrías permitió que el laboratorio se ocupe eficazmente de una demanda cada vez mayor de pruebas de recuento de células CD4, lo que a su vez ha llevado a la introducción del tratamiento antirretroviral para el VIH/SIDA y al manejo de una mayor demanda de análisis hematológicos de rutina. El laboratorio también se ha beneficiado por medio de dos programas de información: el Sistema rápido y automatizado de identificación biológica (RABIS) y el Sistema de identificación de laboratorio, de alto rendimiento, integrado y portátil (PHILIS).

El país participó en un proyecto patrocinado por la Unión Europea, que fue diseñado para fortalecer los laboratorios médicos en el Caribe. El proyecto ha permitido una mejor comprensión de la calidad de los servicios de laboratorio en el país y ha marcado el rumbo para la estandarización y la acreditación en el futuro. Desde 2001, un patólogo residente analiza las muestras histológicas localmente.

En 2001 se instaló una unidad adicional de radiografías simples en el departamento de accidentes y urgencias del hospital Milton Cato Memorial.

Promoción de la salud

En 2001–2005, algunas escuelas públicas adoptaron políticas escolares saludables, como la de proveer solamente comidas saludables, ya sea en el programa de alimentación escolar o a través de los vendedores. Los maestros recibieron capacitación adicional en educación física para que esta actividad resultara más agradable para los alumnos. Todas las escuelas nuevas tienen instalaciones para educación física o cuentan con una en las inmediaciones. El plan de estudios de salud y vida de familia incluyó temas relacionados con la prevención de enfermedades no transmisibles. Se examinaron 1.620 niños en edad escolar, de los cuales 20 fueron referidos al otorrinolaringólogo.

En 2004 se inició un programa para reducir la demanda de drogas. El programa permite el desarrollo de recursos humanos que aborden el tema del abuso de drogas, fortalezcan la capacidad de tratamiento y rehabilitación, generen sensibilización pública sobre el abuso de drogas y los problemas que acarrea, y desarrollen una respuesta multisectorial para la prevención.

Recursos humanos

Según datos del registro del Consejo de Enfermería, en 2005 había 398 enfermeros matriculados, de diversas categorías. El país tiene acceso a dos escuelas de enfermería: la Escuela de Enfermería, administrada por el gobierno, y el Colegio de Medicina de Kingstown, con sede en Granada. En 2003, la Escuela de Enferme-

CUADRO 1. Número y razón de profesionales de la salud según categoría, San Vicente y las Granadinas, 2001–2005.

Categoría de profesional de la salud	Número	Razón por 10.000 habitantes
Médicos	101	9,5
Enfermeros diplomados	228	21,5
Ayudantes de enfermería	124	11,7
Auxiliares de enfermería	115	10,8
Técnicos de laboratorio	13	1,2
Farmacéuticos	36	3,4
Funcionarios ambientales	14	1,3
Psiquiatras	2	0,19
Psicólogos	1	0,09
Dentistas	13	1,2
Asesores	5	0,5
Funcionarios de nutrición	12	1,1
Educadores de la salud	7	0,66

ría reforzó su programa de enfermeros diplomados con el fin de incrementar la matrícula y ayudar a equilibrar la escasez de enfermeros con motivo de la emigración. El cuadro 1 muestra el número y la razón de profesionales de la salud en el país.

Suministros de salud

La farmacia central y los servicios farmacéuticos tienen a cargo la adquisición, preparación, entrega y distribución de todos los medicamentos en el sistema nacional de salud. Además, se ocupan de la adquisición y distribución, a través de tiendas de productos médicos, de los suministros médicos y de otro tipo que facilitan el correcto funcionamiento del sistema de salud.

La mayor parte de los medicamentos se compran a través de los Servicios de Adquisición de Productos Farmacéuticos de la Organización de Estados del Caribe Oriental. Según el Formulario Regional de Medicamentos y el Manual de Terapéutica de los Servicios de Adquisición, el Ministerio de Salud y Medio Ambiente puede comprar medicamentos de 76 categorías. Existen 39 farmacias de distrito que abastecen de medicamentos al sistema de salud pública. También hay 13 farmacias privadas acreditadas y 31 farmacéuticos diplomados, 19 de los cuales están empleados por el Ministerio.

Gasto y financiamiento sectorial

El Ministerio de Salud y Medio Ambiente colabora con otros ministerios y departamentos en el cumplimiento de sus aspiraciones y objetivos de atención de salud.

El financiamiento del gobierno se basa en propuestas presupuestarias anuales presentadas ante el Ministerio de Finanzas y Planificación y en un programa de trabajo derivado de procesos de planificación estratégica y operacional. Según los cálculos del gobierno, el presupuesto total de salud para 2000–2004 varió de

US\$ 18,6 millones a US\$ 21,7 millones, lo que representa aproximadamente 12% del presupuesto nacional.

La información sobre el costo de los medicamentos para enfermedades no transmisibles en el sistema de salud pública se proporciona a través del informe de auditoría del suministro farmacéutico del país. En 2004, el costo de los medicamentos para la diabetes fue de US\$ 407.154 y el costo para la hipertensión, de US\$ 230.032; ambos combinados representaron 20% del presupuesto anual farmacéutico del sistema público.

Según información de la enfermera de familia y el coordinador de la iniciativa contra el asma, los costos más recientes de los medicamentos para el asma corresponden al año 2002, con un total de US\$ 21.283,90.

Cooperación técnica y financiera en salud

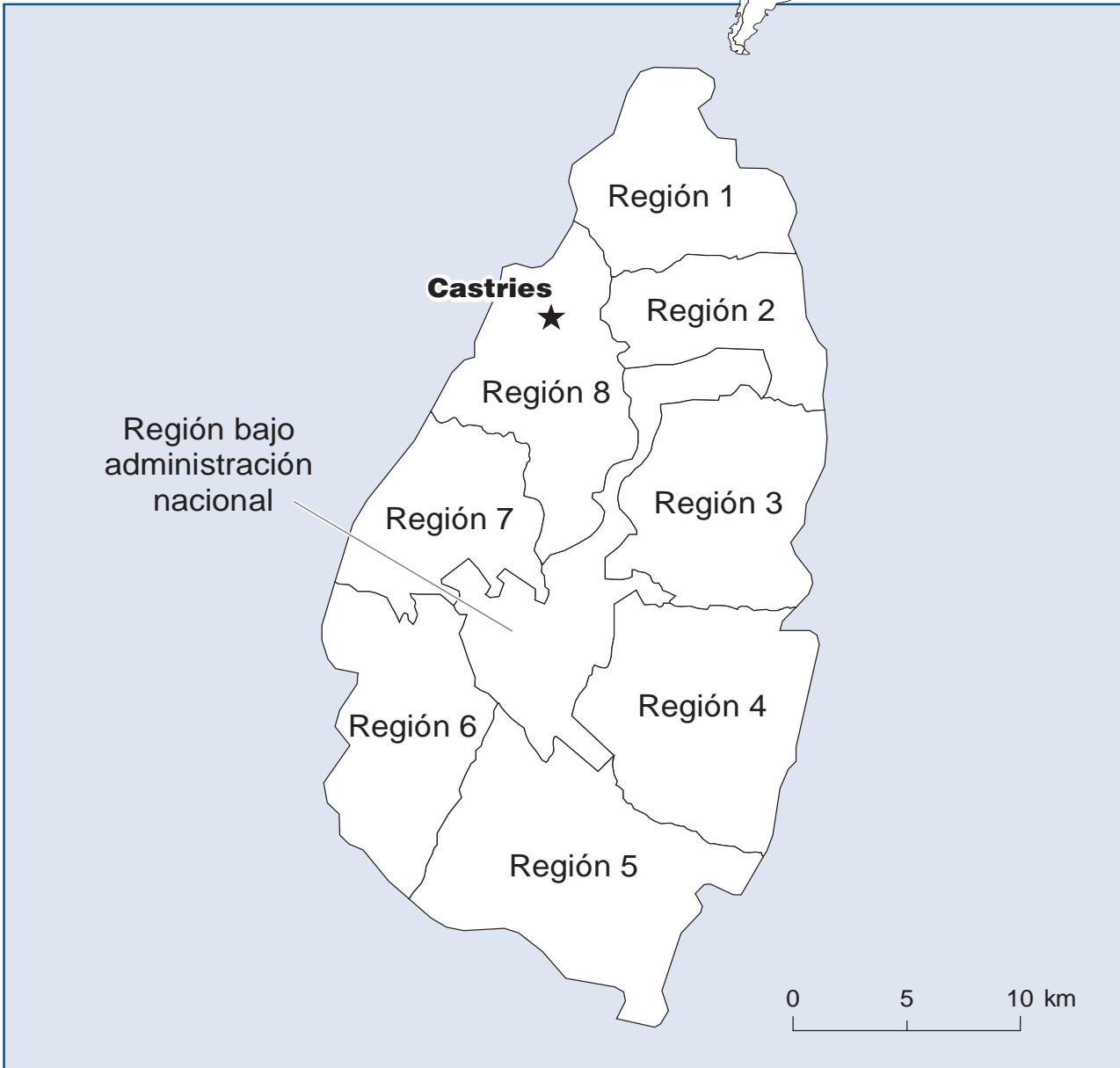
La asistencia técnica y financiera se obtiene a través de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de

la Salud, el Banco Mundial, la Organización Panamericana de la Salud, la Unión Europea, el Centro Epidemiológico del Caribe, y la Organización de Estados del Caribe Oriental; de gobiernos individuales, como los de Francia, Japón y Taiwán, y de instituciones privadas como la Universidad de St. Georges.

Bibliografía

- National Health Plan of St. Vincent and the Grenadines 2006–2010. Working document.
- Organization of Eastern Caribbean States (OECS) Fiscal Issues. St. Vincent and the Grenadines. December, 2004.
- St. Vincent and the Grenadines. Population and Housing Census, 2001.
- St. Vincent and the Grenadines. Ministry of Health and the Environment. National Family Planning Unit.

SANTA LUCÍA



Santa Lucía, con una superficie total de 616 km², es una pequeña nación insular situada en el mar Caribe entre las islas de Martinica y San Vicente y las Granadinas. La ciudad capital es Castries, y las montañas Pitons, los dos picos gemelos en Soufrière, constituyen el atractivo más imponente de la isla.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

El país tiene estaciones secas y de lluvia; la estación lluviosa se extiende de junio a noviembre. Los huracanes representan una continua amenaza para la agricultura y la infraestructura física de la isla.

Santa Lucía se independizó de Gran Bretaña en 1979 y actualmente se rige por un sistema democrático de gobierno basado en el modelo de Westminster; las elecciones parlamentarias se celebran cada cinco años. El país es miembro de la Comunidad de Naciones, la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS) y la Comunidad del Caribe (CARICOM).

Aunque el idioma oficial es el inglés, también se habla un patois francés, especialmente entre una gran parte de la población rural. Predomina la religión católica (practicada por 67% de la población), seguida de la religión Adventista del Séptimo Día (9%) y la Pentecostal (6%); el resto de la población (18%) practica otras religiones.

Según el censo poblacional de 2001, 83% de la población es de ascendencia africana, 3% es originaria de las Indias Orientales, 1% es caucásica y 12%, de ascendencia mixta (1). La mayor parte de la población vive en las zonas costeras y en las regiones menos montañosas del norte y el sur, y cerca de 41% reside en el distrito de Castries, que es el centro de la actividad económica y la vida política del país.

Santa Lucía sufrió una recesión económica en 2001 debido a la disminución del turismo, el principal motor de crecimiento económico, lo que dio lugar a una tasa de crecimiento de 3,8%. Sin embargo, después de 2001, la tasa de crecimiento aumentó de 0,8% en 2002 a 5,4% en 2005. El producto interno bruto (PIB) per cápita aumentó de US\$ 2.928 en 2001 a US\$ 3.070 en 2005. El turismo representó 13,6% del PIB real en 2005, y el crecimiento real en el sector se reflejó aún más por una expansión de 6,3% de los sectores de hotelería y restaurantes. Durante 2005, la productividad del sector de la agricultura, con excepción del subsector de la ganadería, registró contracciones de diversas magnitudes, siendo la del subsector bananero (2) la más significativa (36,2%); la productividad real en el sector cayó 22% en 2005, siguiendo al crecimiento marginal de 1,8% en 2004, y, como complemento de

esta disminución, la contribución del sector de la agricultura al PIB real cayó a 3,4%. Durante el período en revisión, la tasa de cambio se mantuvo constante a ECD\$ 2,70.

La evaluación de la pobreza realizada en 1995 por el Banco de Desarrollo del Caribe, en función de los gastos en artículos alimenticios y no alimenticios, reveló que 25,1% de la población era pobre. El 29,6% de la población en las zonas rurales y 17,4% en las zonas urbanas era pobre. La pobreza era levemente mayor entre los hombres (25,5%) que entre las mujeres (24,7%).

En 2004, el Cuestionario de Indicadores Básicos del Bienestar (CWIQ) reveló que la tasa de desempleo era de 18,8%, levemente más alta que la tasa de 17% de 2001. Los datos para 2004 indicaron una diferencia importante de las tasas de desempleo entre ambos sexos (14% para los hombres y 25% para las mujeres). La tasa de desempleo juvenil fue notablemente elevada (39%), y la de mujeres jóvenes, particularmente alta (44%). Un índice de desempleo más bajo entre las mujeres podría ser un serio impedimento para el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer. La tasa general de subempleo fue de 8%: 6% en zonas urbanas y 11% en zonas rurales. Desglosadas por sexo, las tasas de subempleo fueron de 10% para los hombres y de 6% para las mujeres (3).

Según el CWIQ, la tasa de alfabetización de los adultos aumentó significativamente de 54% en 1990 a 89% en 2004. La tasa de alfabetización en las mujeres fue más alta (90%) que en los hombres (87%), y la tasa de alfabetización de los jóvenes (personas de 15 a 24 años de edad) fue elevada (98,1%), según un indicador de MDG relacionado con la obtención de la educación primaria universal. La tasa de matrícula escolar primaria (niños de 6 a 11 años) fue de 93%: 91% para los varones y 94% para las mujeres. La tasa de matrícula escolar secundaria fue de 79%: 72% para los varones y 86% para las mujeres. Las tasas de matrícula fueron similares en las zonas urbanas y rurales, pero la tasa de matrícula escolar secundaria fue más baja para los hogares más pobres, especialmente en las zonas rurales (67%). Aunque la tasa de abandono escolar fue baja (1% de la población escolar), había más probabilidades de que las mujeres asistieran a la escuela que los hombres (3).

El 98% de la población tiene a su disposición agua potable segura (99% en las zonas urbanas y 96,7% en las zonas rurales); el 95% de los hogares urbanos y 88% de los hogares rurales disponían de agua segura. Dos tercios de los hogares tenían inodoros

con cisternas o letrinas de pozo mejoradas y ventiladas, y 95% tenía acceso a los servicios de eliminación de desechos públicos.

En el período 1999–2004 se registraron 1.048 casos de maltrato infantil al Departamento de Servicios Humanos y Asuntos de Familia. Las formas más predominantes de maltrato eran el descuido y el abandono infantil (34% de todos los casos informados), el maltrato físico (31%) y el abuso sexual (29%). En el período 2000–2004 se notificaron 2.165 casos de violencia doméstica, si bien se sabe que muchos casos nunca se notifican. Las intervenciones del Ministerio de Salud se concentraron en mitigar el sufrimiento de las víctimas e interrumpir el ciclo de maltrato. El Centro de Apoyo a la Mujer proporcionó un albergue seguro para las mujeres y sus hijos en situaciones de maltrato doméstico.

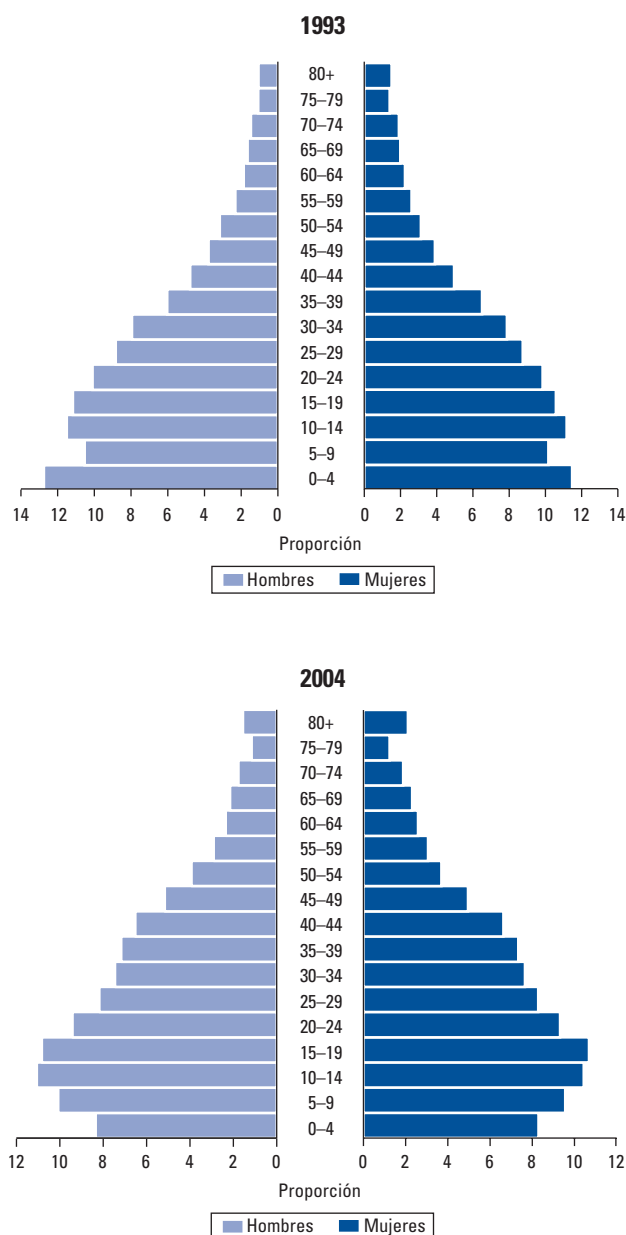
Entre 2000 y 2004 se notificaron 228 defunciones por homicidios (116) y accidentes (112); la mayor parte de los homicidios (108) se registró en el grupo de 20–59 años. El número de defunciones por homicidios fue mayor en los hombres (106) que en las mujeres (10). Los accidentes por vehículos de motor causaron la mayor parte de las defunciones por accidentes (106); de estas, 81 (76%) ocurrieron en hombres y 25 (24%) en mujeres. De las defunciones causadas por vehículos de motor, 96 (91%) se registraron en el grupo de 20 a 59 años y 10 (9%) en el de 15 a 19 años. Durante este mismo período se notificaron 39 suicidios en el grupo de 20 a 59 años: 32 en hombres (82%) y 7 (18%) en mujeres (4).

La tormenta tropical Lili, en 2002, obligó a 125 personas a buscar albergue; se calcula que ocasionó EC\$ 20,3 millones en daños a la isla y destruyó más de la mitad del cultivo de bananos. Otra tormenta tropical en 2003 y el huracán Iván en 2004 representaron, en conjunto, EC\$ 9,9 millones en daños. Sin embargo, no hubo víctimas fatales como consecuencia de estos tres desastres (5).

Demografía, mortalidad y morbilidad

El total de la población a mitad del año 2004 se estimó en 162.434 habitantes, lo que refleja un aumento de 1.814 personas (1,1%) sobre la cifra de 2003 (160.620) (6). Las mujeres representaron 51% de la población, y el grupo en edad fértil (15–49 años) representó 32,8%. La población sigue siendo relativamente joven; 28,8% tiene menos de 15 años, mientras que los adultos mayores representan 7,1% de la población total (Figura 1). La razón de dependencia en 2005 fue de 56,3% (7). En 2004 se registraron 2.322 nacimientos y una tasa bruta de natalidad de 14,3 por 1.000 habitantes; en 2003 se registraron 2.486 nacimientos y una tasa bruta de natalidad de 15,5. El número de nacimientos en 2004 fue el más bajo hasta la fecha y se estima que esta tendencia continuará, ya que las mujeres postergan su maternidad y utilizan anticonceptivos recetados y otros métodos de control de natalidad. La disminución en el número total de nacidos vivos se reflejó en un descenso constante en la tasa de fecundidad total, de 2,1 niños por mujer en 2001 a 1,7 en 2004. En este año, los nacimientos de madres adolescentes representaron 18% del total de

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Santa Lucía, 1993 y 2004.



nacidos vivos; en 1991 fue de 20%. La esperanza de vida promedio al nacer en 2005 fue de 72,8 años: 71,3 años para los hombres y 74,3 años para las mujeres (7).

Durante el período 2000–2004 se registraron 4.860 defunciones. En 2003 se registraron 1.046 y en 2004, 1.114, lo que representa un aumento de 6,5%. La tasa bruta de mortalidad fue de 6,5 por 1.000 habitantes en 2003 y de 6,9 en 2004. Las causas principales de muerte en 2004 se muestran en el cuadro 1 y fueron constantes durante todo el período 2000–2004, aunque cabe mencio-

CUADRO 1. Principales causas de muerte, números y tasas por 100.000 habitantes, Santa Lucía, 2004.

Causas	No.	Tasa
Diabetes mellitus	133	81,9
Enfermedades cerebrovasculares	116	71,4
Cardiopatía isquémica	61	37,6
Cardiopatías pulmonares, enfermedades de la circulación pulmonar, y otras formas de cardiopatías	51	31,4
Neoplasias malignas de otras localizaciones o localizaciones no especificadas	45	27,7
Infecciones respiratorias agudas	43	26,5
Homicidios	38	23,4
Neoplasias malignas de los órganos digestivos y el peritoneo, excepto estómago y colon	37	22,8
Neoplasia maligna de próstata	36	22,2
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas	32	19,7

nar otros dos grupos de enfermedades: las afecciones originadas en el período perinatal, que registraron 92 defunciones con una tasa de 38,8 por 100.000 habitantes entre 2000 y 2002, y las enfermedades hipertensivas, que registraron 83 defunciones y representaron 3,3% del total de defunciones durante el mismo período. La tasa de mortalidad en niños menores de 1 año fue de 14,9 por 1.000 nacidos vivos en 2003 y de 19,4 en 2004 (6).

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En el período 2000–2004 se registraron 699 defunciones en el grupo de 0 a 4 años de edad, de las cuales 601 se debieron a partos prematuros, 52 a crecimiento fetal lento y malnutrición fetal, y 30 se atribuyeron a anomalías congénitas.

Se registraron 45 defunciones infantiles y una tasa de mortalidad infantil de 18,5 por 1.000 nacidos vivos en 2004, más alta que las tasas de 2003 (14,9) y 2002 (13,5). El porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (< 2.500 g) aumentó de 9,5% en 2003 a 10,9% en 2004. El porcentaje de recién nacidos con peso promedio al nacer (2.500–4.000 g) disminuyó de 85,1% en 2003 a 83,7% en 2004. En 2004, 5,4% de los lactantes tenía sobrepeso (> 4.000 g), y el peso promedio al nacer de todos los niños fue de 3.155 g: 3.218 g para los niños y 3.081 g para las niñas (6). En 2004, 95% de los niños menores de 5 años participó en tres programas de evaluación del desarrollo normal a las 6 semanas, los 8 meses y los 3 años de edad. La cobertura de vacunación fue alta, superior a 90% para DPT 1, 2 y 3; BCG, y poliomielitis 1, 2 y 3; el 7,5% de los niños menores de 5 años no recibió ninguna vacuna.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Se registraron 16 defunciones entre niños de 5 a 9 años durante el período 2000–2004; de estas, 14 se debieron a accidentes

y efectos adversos y dos a anomalías congénitas. Se notificaron cinco casos de VIH/SIDA desde el comienzo de la epidemia, de los cuales dos fallecieron (8).

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

El número de nacimientos de madres menores de 20 años fue de 443 en 2003 y 444 en 2004; de estos, el grupo de 12 a 14 años representó 1,8% en 2004 y 1,4% en 2003. En un esfuerzo por postergar la maternidad y reducir la fecundidad en adolescentes, la Unidad de Política Poblacional, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y la Unidad de Planificación Familiar han desarrollado programas especiales para este grupo de población (6).

Durante el período 2000–2004 se registraron siete defunciones entre adolescentes de 10 a 14 años de edad: cuatro por accidentes de tráfico terrestre, dos por suicidios y una por homicidio; seis de las defunciones se registraron en varones. En el mismo período se notificaron 24 defunciones entre adolescentes de 15 a 19 años: 10 por accidentes de tráfico terrestre, ocho por homicidios y seis por ahogamiento accidental, de las cuales 22 se registraron en varones. Desde el inicio de la epidemia del VIH/sida se han notificado 22 casos (tres en el grupo de 10 a 14 años y 19 en el de 15 a 19 años). De los 22 casos notificados, cinco fallecieron (uno en el grupo de 10 a 14 años y cuatro en el de 15 a 19 años). Entre los adolescentes, las medidas preferidas para prevenir el VIH/sida fueron el uso de condones (83%) y la abstinencia (71%); el 54% de los adolescentes indicó ser sexualmente activo.

Salud de los adultos (20–59 años)

Los nacimientos de mujeres de 20 a 24 años de edad en 2004 representaron 25% del total de nacidos vivos (2.436); el 96% de las madres recibieron atención prenatal.

En el período 2002–2004 se registraron 773 defunciones entre adultos de 20 a 59 años. Las tres causas principales de muerte

fueron las neoplasias malignas, las cardiopatías y los homicidios. En el mismo período, las causas principales de mortalidad en los hombres de 20 a 59 años fueron las neoplasias malignas (próstata, estómago, pulmón), los homicidios y la cardiopatía. Las causas principales de muerte entre las mujeres fueron el cáncer de mama y del cuello del útero, la leucemia, la diabetes y la cardiopatía. El sida representó 5% de las defunciones en este grupo de edad (195 defunciones desde el comienzo de la epidemia).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Se notificaron 2.093 defunciones entre los adultos de 60 años y más durante el período 2000–2004. Las causas principales de muerte fueron las neoplasias malignas (29% del total de defunciones en este grupo de edad), la diabetes mellitus (24%), la enfermedad cerebrovascular (24%) y la cardiopatía (24%). Las causas principales de muerte entre los hombres fueron las neoplasias malignas (365), la cardiopatía (252) y la enfermedad cerebrovascular (215). Entre las mujeres, las causas principales de muerte fueron la diabetes mellitus (304), la enfermedad cerebrovascular (285) y la cardiopatía (248). Se han registrado seis defunciones por VIH/sida en este grupo de edad desde el comienzo de la epidemia.

Un informe de 2002 sobre el cuidado de las personas de edad en el país reveló que los principales problemas que enfrentaban los adultos mayores eran el abandono por parte de la familia, una preparación inadecuada para el retiro, el aislamiento y la pobreza. Muchas personas mayores no tenían acceso a los servicios de salud y otros servicios de apoyo debido a su ubicación geográfica, la falta de transporte y el costo de los medicamentos y los servicios médicos (9).

Salud de la familia

El tamaño promedio de una familia en 2004 era de 3,4 personas; en las áreas urbanas, el número promedio de personas por hogar era de 3,3 y en las zonas rurales, de 3,5. El 43% de las familias estaban encabezadas por mujeres; el 25% de las familias encabezadas por mujeres y 18% de las encabezadas por hombres estaban en el quintil más pobre. Además, era menos probable que los hogares encabezados por mujeres tuvieran bienes como un terreno, una vivienda o un vehículo, y la mitad de estas mujeres eran desempleadas (3). Durante el período 2001–2004, solamente 2% de los niños no nació en un hospital o una maternidad (3); aproximadamente 85% de los nacidos vivos nació fuera del matrimonio.

Salud de las personas con discapacidad

El censo de 2001 reveló que 9.313 personas (6,2% del total de la población) tenían discapacidades; el 39,1% de las discapacidades se registraron en personas de 65 años y más y 25,1%, en per-

sonas de 15 a 64 años. Las discapacidades más importantes fueron las de locomoción y visual, que representaron 63,4% de todas las discapacidades.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Entre 2002 y 2002 se registraron cinco casos de **malaria** importada; en 2003 y 2004 no se notificó ningún caso. En el período 2000–2004 se notificaron 35 casos de **esquistosomiasis** y se confirmaron 80 casos de **dengue**, incluido un brote de 60 casos en 2001. Se han identificado los tipos 1, 2, 3 y 4 del virus del dengue en el país.

Enfermedades inmunoprevenibles

Como parte del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), los niños menores de 5 años son vacunados contra **difteria, tos ferina, tétanos, Hib, hepatitis B, poliomielitis, sarampión, paperas, rubéola y tuberculosis**. En 2004, la cobertura de vacunación para la poliomielitis fue de 91% y para la BCG, de 99%. Solamente se ha registrado un caso de tétanos en los últimos cinco años (un varón de 2 años en 2001). La casi ausencia de enfermedades inmunoprevenibles ratifica la alta cobertura de vacunación en los últimos 10 años.

Enfermedades infecciosas intestinales

Se notificaron 36 casos de **salmonelosis** y se confirmaron 20 casos de **fiebre tifoidea** durante 2000–2005. No se registró ningún caso de **cólera** en ese período. La **gastroenteritis** fue la primera causa de consultas en los dispensarios; el 47% de los pacientes ambulatorios buscó atención médica por esta enfermedad. La **esquistosomiasis** permaneció presente en el país, especialmente en el sur, con 30 casos confirmados en el período 2000–2005.

Enfermedades crónicas transmisibles

En el período 2000–2004 hubo 73 casos de **tuberculosis** registrados, un aumento en el número de casos notificados debido en parte a la mejora de los diagnósticos clínicos y de laboratorio. De los casos registrados, 53 fueron casos nuevos y 20 fueron recaídas. El promedio anual de infecciones nuevas y recaídas fue de 11 y cuatro, respectivamente. En el período 2000–2004 se notificaron 53 casos de **lepra**, un aumento atribuible a la educación exitosa y los programas de concientización en las escuelas y los medios desde 2000.

VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual

Entre 1985 y 2004, 469 personas tuvieron resultado positivo en la prueba de detección del VIH; el 10% de los casos se registró en niños menores de 15 años y 77% en adultos de 15 a 49 años; un

total de 251 personas (53%) desarrollaron enfermedades relacionadas con el sida, de las cuales, 230 (49%) fallecieron. Los hombres representaron 53% de las defunciones por sida entre los adultos de 15 a 49 años y 64% entre los de 50 años y más. La razón hombre/mujer de las defunciones por sida en el período 1995–1999 fue de 1,4:1. Las relaciones heterosexuales sin protección siguen siendo el principal modo de transmisión.

Zoonosis

No se notificaron casos de **rabia** en el país en las últimas dos décadas. En el período 2000–2004 se confirmaron 18 casos de **leptospirosis**; los resultados obtenidos sugieren que la infestación tuvo relación con la presencia de roedores en las viviendas y lugares de trabajo.

ENFERMEADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades cardiovasculares

En el período 1998–2002 se registraron 1.577 defunciones por **enfermedad cardiovascular** (cardiopatía, enfermedad cerebrovascular e hipertensión), lo que representa 32% de todas las defunciones, con un promedio de 315 defunciones por año. La **cardiopatía** y la **enfermedad cerebrovascular** representaron 85% de la mortalidad cardiovascular en el país. En 2001 se registraron 298 defunciones por enfermedades cardiovasculares (30% de todas las defunciones) y en 2002, 296 (31% de todas las defunciones). El 16% de todas las defunciones cardiovasculares en el período 1998–2002 fueron por paro cardíaco, con una variación de 15% a 23% por año. La cardiopatía isquémica representó cerca de 10% de todas las defunciones debido a enfermedades cardiovasculares en el período 1998–2002 (10).

Diabetes

Se registraron 518 defunciones por diabetes entre 1998 y 2002, de las cuales 62% fueron mujeres. Cerca de 23% de todas las defunciones por diabetes correspondió al grupo de 45 a 64 años y 75% al de 65 años y más.

Neoplasias malignas

Entre 1998 y 2002 se registraron 763 defunciones por neoplasias malignas (un promedio anual de 153 defunciones), que representaron 16% de todas las defunciones. El 56% de todas las defunciones por neoplasias malignas se registró en los hombres y las tres localizaciones más frecuentes fueron la próstata (36% de todas las defunciones de hombres por neoplasias malignas), el estómago (11%) y la tráquea/bronquios/pulmones (8%). En las mujeres, las principales neoplasias malignas fueron el cáncer de mamas (17% de todas las defunciones de mujeres debido a neoplasias malignas), del cuello del útero (17%) y la leucemia (8,8%). La mortalidad por neoplasias malignas fue más alta en las mujeres que en los hombres en el grupo de 15 a 44 años, pero

fue similar en el grupo de 45 a 64 años. En el grupo de 65 años y más, la mortalidad por neoplasias malignas fue el doble en los hombres, con excepción del cáncer de colon, que registró tasas más altas entre las mujeres (10).

OTRAS ENFERMEADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud mental, alcoholismo y adicciones

El Hospital Golden Hope, una institución mental que cuenta con 162 camas, tuvo una tasa de ocupación de 72%–74%, con una duración de estancia hospitalaria de 50 días para 2003 y de 43 días para 2004. Según registros hospitalarios, la esquizofrenia fue el diagnóstico más frecuente, representando cerca de 60% de todos los diagnósticos en 2003 y 58% en 2004. En 2005, 62 pacientes habían permanecido en el hospital durante más de un año. Los modelos de atención más comúnmente utilizados fueron la fisioterapia y la terapia ocupacional.

En 2005, el Consejo Asesor sobre Abuso de Sustancias realizó una encuesta en las escuelas primarias (5–16 años) y secundarias (11–16 años). De las 11 escuelas que respondieron, 10 indicaron que el abuso de drogas —crack, cocaína y marihuana— era un problema en las comunidades aledañas a la escuela. Seis de las 11 escuelas informaron que se había encontrado posesión de drogas en algunos estudiantes.

Salud oral

En 1997 se realizó una encuesta sobre la salud dental comunitaria, cuyos resultados mostraron que el promedio del índice CPO-D (dientes cariados, perdidos y obturados) era de 6,0 a los 12 años de edad, lo que se considera una cifra elevada. En el período 2003–2004, las actividades que el programa de salud dental pública llevó a cabo con mayor frecuencia fueron las preventivas (educación, tratamientos con fluoruro y selladores), restauradoras (obturaciones y tratamientos de conducto) y de emergencia (extracciones); los procedimientos realizados con mayor frecuencia fueron los exámenes periódicos y las extracciones.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El Ministerio de Salud completó su Plan Estratégico Nacional para la Salud para el período 2006–2011 (11). El plan comprende el fortalecimiento de la organización y el manejo de los servicios de salud y sociales; la mejora y el sustento de los beneficios de salud y el bienestar de los residentes; el logro de una mayor equidad, rentabilidad y eficiencia en la asignación y el uso de los recursos sanitarios; la preparación de un equipo de profesionales especializados y dedicados; el desarrollo de un sistema eficiente de información sanitaria para respaldar la planificación basada

en la evidencia; la implementación de un sistema de perfeccionamiento de la calidad, y la mejora de la infraestructura sanitaria para apoyar el proceso de reforma.

En 2005 se elaboró un proyecto de protocolo para la prevención y el manejo del maltrato infantil, con el fin de proporcionar información pertinente para facilitar una respuesta rápida y eficaz a todos los presuntos casos de maltrato. Además, el país participa de un proyecto de la Organización de Estados del Caribe Oriental de reforma de la ley de violencia doméstica y familiar, que pretende garantizar que las leyes respondan a las necesidades de los ciudadanos. Algunos de los anteproyectos de ley bajo revisión se relacionan con el estado de los niños, la atención y protección infantil y la adopción. Se realizó un proyecto de política para personas mayores, que reglamenta diversos mecanismos para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Santa Lucía ratificó el Convenio Marco de la OMS sobre el control del tabaco. La ley sobre Preparativos para Situaciones de Desastre y Respuesta a los Desastres fue promulgada en 2000 para proporcionar de manera más eficaz la mitigación, preparación, respuesta y recuperación ante desastres y emergencias.

Organización del sistema de salud

El Ministerio de Salud se centra en la prestación de la máxima calidad de vida para todos los ciudadanos del país. Entre otras prioridades, las políticas y planes de salud siguen teniendo como objetivo central las poblaciones pobres en riesgo, los niños y los adultos mayores y la garantía de equidad entre ambos sexos. El Ministerio tiene dos divisiones principales: una rama administrativa, encabezada por un secretario permanente, y una rama técnica, encabezada por el oficial médico principal, que es el responsable de la salud de la nación. El Ministerio de Salud es el único prestador de servicios de atención de salud primaria y secundaria en el sector público. El país busca fortalecer el sector de salud dentro del contexto nacional, regional, social, político y económico y posicionarlo como el motor más importante para el desarrollo social y económico (12).

Los servicios ambulatorios se prestan en consultorios médicos en centros de salud y hospitales de distrito, y a través de los departamentos de damnificados o emergencias de los hospitales generales de casos agudos. Tres instituciones brindan servicios secundarios y especializados: el Hospital Victoria, el hospital más importante, situado en la ciudad de Castries y administrado por el Ministerio de Salud; el Hospital Saint Jude, en el sur de la isla, una institución cuasi pública que recibe una subvención anual del gobierno y cuenta con muchos especialistas extranjeros que trabajan voluntariamente; y el Hospital Tapion, un establecimiento privado en la ciudad de Castries. En la isla funcionan dos instituciones especializadas: el Hospital Golden Hope, un establecimiento psiquiátrico que ofrece servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios y Turning Point, un centro de rehabilitación para problemas de drogadicción.

La mayoría de los servicios de atención terciaria se brindan a través de establecimientos de salud en el extranjero, principalmente en Martinica, Barbados y Trinidad y Tabago. El sistema de seguro nacional proporciona asistencia a las personas mayores, los discapacitados y los indigentes, sean o no contribuyentes del sistema. El Ministerio de Salud financia parcialmente el costo de atención de personas indigentes, el resto se financia mediante gastos directos y el seguro de salud privado cubre a los asegurados.

Tanto la División de Servicios Humanos y Asuntos de Familia como la División de Relaciones de Género responden a los grupos vulnerables y en riesgo mediante la implementación de programas apropiados de protección social. El proyecto de restauración de hogares de adultos mayores está destinado a la reconstrucción de los hogares de personas mayores en circunstancias difíciles, y el gobierno se ha comprometido a edificar un nuevo hogar para ellos. Los servicios para niños vulnerables se incrementarán a través de la creación de un albergue transitorio para brindar servicios de cuidado en custodia y programas de intervención familiar. La División ha puesto en marcha un programa de cuidado y custodia temporal y reclutamiento, que promueve la participación pública en la atención y protección de los niños necesitados; del mismo modo, el programa de asistencia pública se centra en las personas necesitadas. La División de Relaciones de Género tiene a su cargo la implementación de la perspectiva de género y ha desarrollado un programa para combatir la violencia basada en el género.

Servicios de salud pública

Los servicios de atención de salud primaria se prestan en 34 centros de salud, un policlínico y dos hospitales de distrito. Estos establecimientos ofrecen sistemáticamente servicios médicos y farmacéuticos, de atención en salud materno-infantil (atención prenatal y postnatal e inmunización infantil), prevención y control de enfermedades de transmisión sexual, salud mental, y otros servicios relacionados con la diabetes, hipertensión, tamizaje de cáncer, atención dental y alimentación y nutrición.

La Oficina de Educación de Salud del Ministerio de Salud, es responsable de la educación y promoción de la salud; se centra en el control y la reducción de enfermedades no transmisibles, como el cáncer, la diabetes, la hipertensión, la artritis y el lupus, y fomenta buenos hábitos alimenticios y pautas para el tratamiento y la atención de dichas enfermedades. Se realizan reuniones de sensibilización comunitaria para promover la participación de la comunidad y difundir información sobre el manejo de vectores.

Los programas se implementan para el control y la prevención de enfermedades, específicamente de la tuberculosis, la lepra, el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS), fiebre del dengue, sarampión y algunos tipos de cáncer. Las actividades incluyen la vigilancia, el manejo y el tratamiento de casos y consultorios especiales para las infecciones de transmisión sexual. Se

El Gobierno de Santa Lucía se centra en el bienestar de los santalucianos más jóvenes

La población de Santa Lucía es relativamente joven —más de uno de cada cuatro habitantes tiene menos de 15 años—, por lo que los niños son una prioridad para el Ministerio de Salud. En la década pasada, los esfuerzos de inmunización de los niños menores de 5 años contra difteria, tos ferina, tétanos, *Haemophilus influenzae* tipo b, hepatitis B, poliomielitis, sarampión, paperas, rubéola y tuberculosis, dieron como resultado la casi ausencia de enfermedades inmunoprevenibles. El gobierno ha establecido un albergue transitorio para brindar servicios de cuidado en custodia e intervención familiar para la protección de niños vulnerables al maltrato. Entre otras iniciativas, se ofrecen servicios de desarrollo y orientación a niños menores de 16 años y cursos prácticos mensuales para niños con discapacidades. Hace unos años, los Ministerios de Salud y Educación colaboraron en el establecimiento de un programa escolar de salud dental. La preocupación por el uso de drogas, como marihuana, crack y cocaína, y la exposición al VIH/sida por parte de los jóvenes han impulsado a realizar una serie de campañas nacionales para combatir tales amenazas para la salud.

estableció un registro del cáncer en 1995, un registro nacional de la tuberculosis en 1996 y un registro nacional de la diabetes en 2001. Desde 2000, un comité nacional se reúne mensualmente y realiza un seguimiento de todos los casos. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha mantenido una alta cobertura de vacunación durante muchos años, y la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles es muy baja. Se supervisan los embarazos de alto riesgo y todas las embarazadas reciben suplementos de ácido fólico y hierro y servicios de asesoramiento. Se ofrecen servicios de detección de cáncer de cuello del útero, de mama y de próstata, aunque pocos hombres se sometieron a la prueba para la detección del cáncer de próstata. Los servicios preventivos son gratuitos, salvo los anticonceptivos, las vacunas contra la fiebre amarilla y las vacunas exigidas para el ingreso universitario. Se han establecido protocolos y pautas de nutrición para el VIH/sida y a través del Fondo Mundial ha comenzado la distribución de medicamentos antirretrovirales.

El sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles, que se revisó en 2001, refuerza la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe y tiene como objetivo mejorar la vigilancia, priorizar la respuesta a las enfermedades transmisibles vulnerables a brotes, incluidas las enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes, y mejorar el tiempo de respuesta, la preparación, la puntualidad y el diagnóstico de laboratorio; los cambios más importantes del sistema son la ampliación de la vigilancia sindrómica, la interrupción de los presuntos casos de enfermedad, la creación de informes trimestrales sobre la tuberculosis y la creación de informes sistemáticos y estandarizados sobre los brotes. Los datos para este sistema se recopilan de sitios centinelas en los departamentos de atención de accidentes y urgencias del Hospital Victoria, el Hospital Saint Jude y el Policlínico Gros Islet.

El Departamento de Salud Ambiental, dentro del Ministerio de Salud, tiene a su cargo la prestación de los servicios de salud

ambiental, incluida la seguridad de los alimentos y el agua, el control de vectores y el saneamiento. También es responsable de la supervisión y la reglamentación de la eliminación de desechos sólidos. Los esfuerzos se han centrado en la vigilancia y tratamiento de criaderos de mosquitos; la realización de ejercicios de supervisión del dengue, esquistosomiasis y leptospirosis; la inspección portuaria del mosquito *Aedes aegypti* en los puertos de Marigot, Rodney Bay y Castries. Se han implementado mecanismos y estrategias eficaces para la supervisión y el cumplimiento de la buena calidad del agua potable y en 2005 se supervisaron semanalmente 29 sistemas de distribución municipal. La Unidad de Alimentos tiene a su cargo la protección, el control y la seguridad de los alimentos, y realiza inspecciones de los establecimientos de servicios alimenticios y vendedores mayoristas por lo menos tres veces al año; en 2004 se inspeccionaron 1.696 establecimientos de manipulación de alimentos y se realizaron inspecciones de seguimiento a 204 establecimientos para garantizar el cumplimiento de las pautas. En el período 2004–2005, la unidad capacitó a 300 agricultores en los principios básicos de higiene de alimentos. Se revisaron los proyectos de ley sobre alimentación y salud animal y se hicieron circular para obtener comentarios.

En centros de capacitación de personal se instruyó a bomberos, técnicos médicos en emergencias y socorristas en respuesta a desastres causados por la actividad humana; hay ocho ambulancias disponibles por medio de un sistema de cobro de tarifa según el uso.

Servicios de atención a las personas

Además de los hospitales de atención secundaria y especializada mencionados anteriormente, el país cuenta con dos hospitales de distrito (en Soufrière y Dennery), que prestan servicios

ambulatorios, de hospitalización y de emergencia, así como también atención para pacientes hospitalizados por problemas menores, ya sean médicos, quirúrgicos o pediátricos, y atención de maternidad para partos de bajo riesgo. El hospital psiquiátrico brinda atención a pacientes hospitalizados y determinados tipos de atención primaria a pacientes ambulatorios a través de consultorios psiquiátricos comunitarios en el hospital y en otros siete establecimientos.

En la isla funcionan dos laboratorios públicos y tres privados. El laboratorio del Hospital Victoria funciona como el laboratorio nacional de referencia y cuenta con el único patólogo del país. Los servicios de extracción y transfusión de sangre se realizan en la unidad del banco de sangre del Hospital Victoria; también existe una unidad ambulatoria de banco de sangre. Antes de realizar la extracción de sangre, se entrevista a los donantes sobre su estilo de vida y otros factores de riesgo y se los somete a pruebas de detección del VIH, VDRL, hepatitis B y C, HTLV 1 y 2, grupo sanguíneo y anticuerpos.

Entre los servicios de especialidades, la salud mental es en este momento una de las áreas de preocupación del Ministerio de Salud. La iniciativa de reforma de salud mental articula un cambio en la atención de salud mental institucional y comunitaria, lo que se espera que genere una descentralización y que el acceso a este tipo de servicios sea mayor. El proceso de reforma conlleva la reforma legislativa y de política de salud mental; la capacitación y el desarrollo de recursos humanos; la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades y los servicios comunitarios de salud mental. Se concluyeron los planes para la construcción de un nuevo establecimiento de salud mental, que se inaugurará en 2007–2008 y se hicieron los cálculos sobre las necesidades de personal y las correspondientes descripciones de los puestos.

En apoyo a la planificación familiar, la Asociación de Planificación Familiar tiene como objetivo la reducción de la incidencia de embarazos no deseados, especialmente entre adolescentes, por medio de un programa fortalecido sobre educación de la vida familiar y servicios integrales de atención de la salud reproductiva. Esta asociación brinda asesoramiento, anticonceptivos y otros servicios de salud reproductiva en establecimientos clínicos.

El Plan Estratégico Nacional para la Salud incluye la provisión de servicios de salud mental pública ambulatoria en nueve centros de salud comunitaria; muchos de los servicios no están aún disponibles diariamente. En colaboración con el Ministerio de Educación, se lanzó un programa dental escolar en 2003. Los servicios dentales se brindan por medio de varios establecimientos de salud y también del sector privado.

Están disponibles los servicios de especialistas en garganta, nariz y oído, pero los servicios de terapeutas del habla se ofrecen solo periódicamente y están a cargo de voluntarios a corto plazo. Un equipo de profesionales de salud llevó a cabo cursos prácticos mensuales para niños con múltiples discapacidades. El Centro de Desarrollo y Orientación Infantil y el Ministerio de Educación ofrecieron servicios a niños desde su nacimiento hasta los 16

años; su equipo de profesionales multidisciplinarios —un pediatra voluntario, un fisioterapeuta contratado por el Ministerio de Educación, terapeutas del habla y del lenguaje a domicilio y terapeutas ocupacionales a domicilio—, proporciona una evaluación y un diagnóstico integral y continuo de niños con problemas físicos, mentales, emocionales y de comportamiento.

Recursos humanos

La evaluación más reciente de los profesionales de salud pública en el país se resume en el cuadro 2. El costo total de recursos humanos en el sector de salud se estimó en US\$ 15,2 millones, lo que representó 70% del último presupuesto nacional total.

El país experimentó una escasez de trabajadores de salud, ya que muchos de ellos obtuvieron puestos más lucrativos en el extranjero. Aproximadamente la mitad del personal de enfermería dejó el servicio al año de graduarse. El Consejo de Enfermería recibió 170 solicitudes de certificados académicos en 2004, lo que indica la migración de un número importante de personal de enfermería capacitado (13). El Plan Estratégico Nacional para la Salud enfatiza el desarrollo de medidas para retener a trabajadores de salud capacitados.

En el período del informe, 14 personas participaron del programa de salud ambiental en tres etapas de la OPS/OMS, cuyo principal objetivo es mejorar las destrezas necesarias de los funcionarios de salud ambiental. Se capacitó a dos enfermeros en la atención y el manejo de pacientes diabéticos y luego se los asistió en el desarrollo de protocolos para el manejo eficaz de la diabetes. El Ministerio de Salud implementó un programa de pasantías para asegurar la calidad de los nuevos médicos al ofrecerles la oportunidad de aplicar sus destrezas en un ambiente de aprendizaje donde se sientan apoyados. En el período 2004–2005 se capacitó a 37 médicos a un costo de casi US\$ 400.000. En 2005, un asistente social en el área de trabajo social familiar recibió capacitación en Israel, y dos funcionarios en el área de bienestar social recibieron capacitación sobre gerontología social en Malta.

Suministros de salud

El país obtiene los medicamentos a través de los Servicios de Medicamentos del Caribe Oriental, mientras que todas las vacunas utilizadas en el sector público se obtienen a través del Fondo Rotatorio de la OPS. El servicio de adquisición de productos farmacéuticos de la Organización de Estados del Caribe Oriental expandió su cartera de productos médicos de 470 a 680 artículos, para aumentar las economías de escala mediante la licitación internacional de una amplia gama de productos esenciales de atención de la salud; el aumento de 25% en los insumos médicos licitados incluyó una gran variedad de materiales para suturas, que anteriormente consumían una parte importante de los presupuestos de salud de los países de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS).

CUADRO 2. Profesionales de salud del sector público y población, por especialidad, Santa Lucía, 2002.

Categoría	No.	Población/ Especialidad
Médicos clínicos	60	2.669
Cirujanos generales	4	40.036
Anestesiastas	5	32.029
Pediatras	3	53.382
Obstetras/Ginecólogos	5	32.029
Psiquiatras	5	32.029
Médicos	8	20.018
Accidentes y emergencias	4	40.036
Epidemiólogos	1	160.145
Cardiólogos	1	160.145
Dermatólogos	1	160.145
Internistas	2	80.073
Oftalmólogos	1	160.145
Patólogos	1	160.145
Radiólogos	2	80.073
Cirujanos ortopedistas	3	53.382

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

En 2004, el gobierno realizó una encuesta sobre conocimiento, actitud y práctica de jóvenes de 10 a 30 años, en relación con el VIH/sida en Gros Islet, Vieux Fort, Canaries y Dennery, como parte de un esfuerzo conjunto con la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). La encuesta reveló la necesidad de una estrategia cuidadosamente estudiada para detener y controlar la epidemia del VIH/sida entre los jóvenes de Santa Lucía (14). En 2004, la encuesta mencionada sobre los indicadores básicos del bienestar incluyó la supervisión de la pobreza y el bienestar familiar, y cubrió una muestra lo suficientemente amplia y representativa como para proporcionar indicadores de bienestar confiables para la planificación y formulación de políticas. En 2005, un estudio sobre vulnerabilidad, patrocinado por UNICEF, reveló al gobierno los hallazgos pertinentes e hizo recomendaciones sobre las medidas prioritarias que se debían tomar. Ese mismo año, una encuesta realizada por la Secretaría del Consejo Asesor sobre Abuso de Sustancias para determinar el nivel de abuso de drogas y actividades educativas sobre drogadicción entre estudiantes de la escuela secundaria, encontró que las drogas más comúnmente utilizadas eran la marihuana, el crack y la cocaína.

Gasto y financiamiento sectorial

Los servicios de salud están financiados por cuatro fuentes principales: el fondo consolidado, los pagos directos, los sistemas de seguro privado y las contribuciones de donantes. El presupuesto total anual de salud en el período 2000–2001 fue el más alto de la década, con US\$ 20,2 millones; en el período 2001–2002 fue de US\$ 19,5 millones, lo que representó 6,2% del presu-

puesto nacional total; y en el período 2002–2003 fue de US\$ 19,3 millones (6,7% del presupuesto nacional).

En términos de la distribución del presupuesto total de salud, los servicios de atención secundaria representaron 53% en el período 2001–2002 y 54% en el período 2002–2003; los servicios de atención primaria representaron la segunda porción más importante del presupuesto total de salud, con 22% en el período 2001–2002 y 23% en el período 2002–2003, y los servicios comunitarios consumieron cerca de la mitad del presupuesto de servicios de atención primaria; el Hospital Golden Hope representó 5% por año del presupuesto total para el período 2001–2003; y los servicios de administración, política y planificación del Ministerio de Salud representaron 9% del presupuesto total en el período 2001–2002 y 10% en el período 2002–2003 (10, 15).

El Sistema de Seguro Nacional realizó una contribución anual al fondo consolidado con el fin de cubrir los gastos de hospitalización de sus miembros. El gasto de salud aumentó 40% en el período 2000–2006, de US\$ 22,6 millones a US\$ 31,9 millones. Esta tendencia ascendente es un reflejo de la demanda depositada en el sistema de salud pública por el perfil demográfico y de salud epidemiológica. Por consiguiente, los recursos asignados al sector de salud pública fueron insuficientes para responder adecuadamente a las crecientes necesidades sanitarias de la población. Se desarrolló el programa de atención de salud universal como el mecanismo para mejorar el financiamiento del sector de salud nacional, cuya implementación estaba programada para el período 2006–2007.

Cooperación técnica y financiera en salud

Dados los limitados recursos del sistema de salud, la movilización de recursos es un impulso importante del sector público. El país recibió cooperación técnica y financiera de varias agencias externas y gobiernos extranjeros. La Unión Europea prestó su apoyo en forma de préstamos y subsidios para el Nuevo Hospital General, el desarrollo del Plan Estratégico Nacional para la Salud, el Programa Integrado de Protección y Desarrollo del Niño, el Proyecto de Atención de Adultos Mayores y el Centro de Apoyo a la Mujer. El gobierno recibió financiamiento parcial del Banco de Desarrollo del Caribe para emprender la rehabilitación de escuelas primarias y centros de salud comunitaria. También obtuvo fondos para la reparación y restauración de 24 establecimientos de salud: 15 a través del proyecto de reconstrucción económica del Banco Central, cinco a través del Fondo Fiduciario para Necesidades Básicas y cuatro a través del Banco Mundial. El Banco Mundial también otorgó préstamos y subsidios para la implementación del proyecto de control y prevención del VIH/sida. Un subsidio del Gobierno de Irlanda se destinó a la mejora de los servicios de atención del VIH/sida, y el FNUAP financió un proyecto para la prevención del VIH/sida entre los jóvenes. La OPS prestó cooperación por medio de capacitación, becas y servicios técnicos directos. El Gobierno de China comenzó la construcción del nuevo establecimiento de salud mental y el Gobierno de Cuba contri-

buyó a la mejora del programa nacional de atención oftalmológica, por medio de la prestación de atención oftalmológica gratuita para los santalucianos en Cuba y la asistencia técnica para el desarrollo de un centro oftalmológico en el Hospital Victoria.

Organizaciones no gubernamentales, como la Asociación para el Bienestar de los Ciegos en Santa Lucía y el Consejo Nacional para Personas con Discapacidades, son cruciales en su respuesta a los problemas de la salud oftalmológica y discapacidad física. La Asociación, a través de su relación con la agencia de financiamiento Hilton-Perkins International, proporciona atención limitada, principalmente domiciliaria y comunitaria, para un pequeño número de niños con múltiples discapacidades y dificultades visuales.

Referencias

1. Saint Lucia, Saint Lucia Government Statistics Department. 2001 Population and Housing Census. Castries: St. Lucia Government Statistics Department; 2001.
2. Saint Lucia, Saint Lucia Government Statistics Department. The Economic and Social Review 2005. Castries: St. Lucia Government Statistics Department; 2005.
3. Saint Lucia, Saint Lucia Government Statistics Department. Core Welfare Indicators Questionnaire Survey (CWIQ): A Pilot Study in Saint Lucia. Castries: St. Lucia Government Statistics Department; 2004.
4. Saint Lucia, Ministry of Health, Epidemiology Department, 2004.
5. Saint Lucia, National Emergency Management Office. Annual Report for 2003 and 2004. Castries: NEMO; 2004.
6. Saint Lucia, St. Lucia Government Statistics Department. Vital Statistics Report. Castries: St. Lucia Government Statistics Department; 2004.
7. Pan American Health Organization. Regional Core Health Data Initiative. PAHO Basic Indicator Data Base (updated in October 2005)
8. Saint Lucia, National AIDS Program Secretariat, National AIDS Coordinating Committee. HIV and AIDS in St. Lucia. Castries: NACC; 2005
9. Saint Lucia, Ministry of Health. Care of the Elderly Project, 2002.
10. Saint Lucia, Ministry of Health. Report of the Chief Medical Officer, 2001–2002. Castries: Ministry of Health; 2002.
11. Saint Lucia, Ministry of Health. National Strategic Plan for Health, 2006–2011. Castries: Ministry of Health; 2005
12. Saint Lucia. Parliament of Saint Lucia. Debate on the Budget, 2006–2007.
13. Saint Lucia, General Nursing Council of St Lucia, Special Committee on the Migration and Training of Nurses. Final Committee Report, August 2004. Castries: General Council of Nurses; 2004.
14. Saint Lucia, Ministry of Health, United Nations Population Fund and Organization of Petroleum Exporting Countries. Knowledge, Attitude, and Practice Survey (KAPS) of Youth regarding HIV/AIDS. Castries: UNFPA; 2004.
15. Saint Lucia, Ministry of Health. Report of the Chief Medical Officer, 2002–2003. Castries: Ministry of Health; 2003

SURINAME



Suriname está ubicado en la costa nordeste de América del Sur y cubre una superficie de 163.820 km². Al norte limita con el Océano Atlántico y al este, sur y oeste con la Guayana Francesa, Brasil y Guyana, respectivamente. La topografía comprende una planicie costera angosta que se extiende de este a oeste, compuesta principalmente por un cinturón de sabana y selva tropical en la región montañosa.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

El territorio se divide en las zonas urbana y rural y el interior. La zona urbana, que comprende la ciudad capital de Paramaribo, la ciudad de Nieuw Nickerie en el oeste y partes del distrito de Wanica, cubre 0,4% de la superficie terrestre del país y está habitada por el 59,4% de la población total. La zona rural costera está habitada por el 29,6% de la población. Tanto la zona urbana como rural están ubicadas a lo largo de la costa, cubren el 10% de la superficie terrestre y tienen una densidad de población de 526,5 habitantes por km². La zona del interior hacia el sur, remota y densamente cubierta por la selva tropical, constituye el 90% restante del país y alberga solamente al 11% de la población, con una densidad de 0,2 habitantes por km². La mayor parte de la población del interior corresponde al grupo de los cimarrones (descendientes de los esclavos prófugos) y a los asentamientos tribales autóctonos de unas 100 a 4.000 personas, que carecen de o cuentan con muy pocos servicios básicos de sanidad, agua corriente por tuberías o electricidad.

Determinantes sociales, políticos y económicos

El Gobierno de Suriname da una alta prioridad al desarrollo sustentable, la reducción de la pobreza y la mejora de las condiciones de vida de su población, dentro de un marco democrático y de respeto a los derechos humanos. Suriname, antigua colonia holandesa, adquirió su independencia en 1975. El sistema político podría definirse como una democracia constitucional. Las últimas elecciones fueron en 2005. El gobierno actual cuenta con el apoyo de la mayoría en las 51 bancas de la Asamblea Nacional a través de una coalición de partidos políticos que representa más a los grupos étnicos que a las plataformas e ideologías políticas. El país está dividido en 10 consejos de distrito, con 62 consejos de subdistritos (*Resort Councils*).

El crecimiento del PIB para la mayor parte del período 2001–2005 se mantuvo alto y alcanzó el 7,8% en 2004. La minería, la agricultura y la manufactura son los sectores más importantes en

la economía de Suriname, con buenas perspectivas para los sectores de la construcción y el turismo. La minería de bauxita y la extracción de petróleo aún representan más del 90% del total de las ganancias de divisas; mientras que la agricultura, la silvicultura y la pesca representaron el 7,5% del PIB en 2002. Si bien la industria del turismo todavía se encuentra en una etapa inicial de desarrollo, muestra signos alentadores de crecimiento: en 2004, se registraron 137.000 llegadas de turistas, en comparación con 85.000 en 2003.

Las estadísticas nacionales indican que hay un gran sector informal que representa, por lo menos, el 20% del PIB y está compuesto por remesas de dinero de familiares en el extranjero, especialmente en los Países Bajos, y distintos tipos de actividades en pequeña escala de extracción de oro y tala de árboles. En 2000, el Jefe de la Sección Judicial del Cuerpo de Policía indicó que el tráfico de narcóticos se había convertido en una amenaza importante y estimó que se despachan a Europa aproximadamente 26.000 kg de cocaína por año, con un valor de venta en la calle apenas superior a US\$ 1.000 millones. De esta cifra, calculó que unos US\$ 300 millones permanecían en Suriname. La ubicación del país y su interior distante y escasamente poblado contribuyeron para que Suriname sea considerado un punto internacional de tránsito muy conveniente para el tráfico de drogas (2).

El país ha experimentado una pérdida significativa de mano de obra especializada debido a la emigración. Los Países Bajos son el país con mayor número de inmigrantes provenientes de Suriname, con 321.000 habitantes en 2004 (1) y una migración promedio de 3.300 personas provenientes de Suriname por año (3). La migración externa de profesionales calificados afecta varios sectores: en el sector de la salud, la tasa de migración externa de personal de enfermería es muy alta.

Según la definición local de pobreza, una persona o un hogar es considerado pobre si sus medios son insuficientes para cubrir sus necesidades humanas básicas, especialmente en cuanto a la alimentación. Las cifras correspondientes a las líneas de pobreza promedio del segundo trimestre de 2005 para Paramaribo y Wanica muestran que la línea de pobreza para un hogar constituido por un adulto sería US\$ 135 por mes y para uno constituido por

un adulto y dos niños, US\$ 281 por mes. La Oficina General de Estadísticas calcula que en 2000, entre el 60% y el 75% de la población vivía debajo de esta línea de pobreza. Las mujeres que viven en el interior, las mujeres sin pareja, los jóvenes y los adultos mayores son los grupos más afectados por la pobreza. En general, las mujeres son más pobres que los hombres (4), debido a la persistente desigualdad entre los sexos en el hogar y en la sociedad. La falta de acceso a empleos en el sector formal obliga a las mujeres a desempeñarse en actividades económicas informales, que, por lo general, suelen ofrecer condiciones laborales deficientes, riesgos para la salud, horas de trabajo irregulares y bajos ingresos (5). Siguiendo al sector público, la segunda actividad productiva más importante desempeñada por las mujeres es el sector privado de la agricultura. La mayoría de las familias rurales trabajan en pequeñas parcelas de tierra de su propiedad; las mujeres y los niños generalmente trabajan sin recibir remuneración. La pobreza también se observa entre los jóvenes y niños menores de 15 años de edad; el 61,6% de los miembros de este grupo vive en la pobreza. La prevalencia de la pobreza disminuye gradualmente con la edad, alcanzando el 46,3% en el grupo de 45 a 60 años. Sin embargo, el 52,1% de la población de adultos de más de 60 años vive por debajo de la línea de pobreza, porque el actual sistema de pensiones no cubre eficazmente las necesidades financieras de las personas jubiladas. Aunque la mayoría de los pobres reside en las áreas urbanas, los sectores que viven en la pobreza más extrema se encuentran en el interior del país (6). Sin embargo, esta gente está migrando gradualmente a Paramaribo; muchas son mujeres y la mayoría tienen una educación insuficiente y destrezas laborales mínimas (7).

La tasa de desempleo urbano disminuyó del 14% en 2001 al 8% en 2004 (8). La tasa de desempleo nacional es 9,5%; entre los jóvenes de 15 a 24 años, la tasa de desempleo en 2004 fue 15,8% para los hombres y 33,4% para las mujeres. Mientras que las mujeres se encuentran en desventaja a causa de oportunidades políticas, sociales y económicas desiguales, los hombres muestran un peor desempeño escolar y participan en actividades sociales y económicas adversas con más frecuencia que las mujeres.

En 2000, el promedio nacional de asistencia escolar infantil fue 77,5%, con una variación de un máximo de 80,9% para el distrito de Paramaribo y un mínimo de 51,7% para el distrito de Sipaliwini en el interior. Los bajos salarios docentes han derivado en la escasez de maestros calificados en las escuelas, lo que limita el acceso a una educación de calidad. La tasa general de alfabetización de la población de 15 años de edad y más es 86%; la tasa más alta (92%) se encuentra entre la población de 15 a 34 años. Las tasas de alfabetización disminuyen con la edad, descendiendo al 63% para la población de 65 años de edad y más. Las diferencias en la alfabetización entre los sexos aumentan con la edad, con una distribución equitativa entre sexos en el grupo de edad de 15 a 24 años pero con una diferencia de un 19,3% más para los hombres que para las mujeres en el grupo de 65 años y más. La tasa de alfabetización general es 93% en las zonas urba-

nas (94% para hombres, 92% para mujeres), 87% en los distritos rurales (89% para los hombres y 85% para las mujeres), y 51% en el interior (66% para hombres y 44% para mujeres) (9).

Las disparidades entre los sexos persisten, pese a los programas institucionalizados estatales y las iniciativas promocionadas por organizaciones no gubernamentales (ONG). El 20% (10) de las bancas del Parlamento Nacional están ocupadas por mujeres y, en general, los cargos decisivos y otros tipos de puestos de alta jerarquía están ocupados por el doble de hombres que de mujeres. El progreso de las mujeres en el mundo académico no se refleja en sus niveles de participación en el sector público no político ni en la empresa privada.

La violencia contra los niños y mujeres es una seria preocupación política y de la salud pública. En la primera mitad de 2005, se denunciaron ante la policía 139 casos de abuso sexual infantil y 59 casos de crueldad con niños. Los niños de ascendencia criolla y cimarrona representan dos tercios de estos casos. No existe un sistema formal de registro nacional de casos de violencia doméstica. Suriname es un país de tránsito y destino del tráfico de personas, especialmente con el fin de explotación sexual, como el trabajo sexual comercial en los campamentos mineros del interior del país (1).

Las políticas y los marcos legales para garantizar el desarrollo humano sustentable, basado en el respeto de los derechos humanos, son obsoletos o inexistentes, al igual que la respuesta a la violencia en particular contra las mujeres y los niños. Además, no existen medidas adecuadas para asegurar el acceso equitativo a un nivel básico de educación y salud ni a otros servicios sociales; si las hubiera, se podrían destinar inversiones sociales a los más necesitados y se fortalecerían las comunidades más necesitadas. Asimismo, no se dispone de datos que revelarían las disparidades con mayor claridad y proporcionarían la base de evidencia necesaria para la creación y gestión de políticas.

En la actualidad, el sector salud en Suriname enfrenta una serie de obstáculos importantes. Tales inconvenientes son el resultado de problemas macroeconómicos, la emigración de personal calificado a otros países, la escasez de medicamentos esenciales, el deterioro físico de la infraestructura de los servicios de salud y las deficiencias en la atención de la salud, especialmente en el nivel secundario.

El acceso al agua potable y los servicios sanitarios es desigual. Por cada residente urbano sin servicio de agua, hay dos habitantes del interior del país sin este mismo servicio. La distribución de los servicios sanitarios es aún más desigual: por cada residente urbano sin estos servicios, hay cuatro residentes rurales y 17 residentes del interior sin acceso a los mismos servicios. Los patrones de distribución para la cantidad y calidad de agua son similares. La contaminación con mercurio como consecuencia de actividades mineras en pequeña escala de extracción de oro en el interior, el uso excesivo de plaguicidas en tierras agrícolas en las zonas costeras rurales y la práctica generalizada del vertimiento de aguas servidas en las cunetas de las calles y los canales plan-

tean una seria amenaza a la calidad del agua potable. El único tratamiento de los suministros de agua pública urbana consiste en la aireación y el filtrado rápido para extraer el hierro y el manganeso. En el interior, el agua potable transportada por tuberías a menudo se extrae de ríos y se distribuye sin tratamiento previo. Los sistemas de distribución son deficientes debido al mantenimiento inadecuado, el robo del agua y las fugas, lo que genera averías de bombas, baja presión, abastecimiento discontinuo y un alto potencial de contaminación.

La calidad del agua de superficie en las zonas urbanas y rurales está gravemente amenazada, debido a prácticas sanitarias insuficientes, un nivel elevado de agua subterránea y las actividades industriales y mineras. Se prevé que la capa acuifera que proporciona agua a la población de Paramaribo estará agotada en 15 a 20 años. La situación en el interior es considerablemente peor que en otras regiones. Se espera que las mejoras al sistema de agua que se están implementando aumenten la capacidad del servicio de agua a 5.680 m³ por hora; la demanda proyectada para cuando las mejoras estén terminadas es 4.430 m³ por hora.

El vertimiento de basura por parte del público en general incrementa la propensión a inundaciones en los períodos de precipitaciones. Las botellas de tereftalato de polietileno, la basura hogareña e incluso los residuos semi-industriales generalmente se arrojan en las cunetas y canales, lo que ocasiona obstrucción generalizada de las cloacas y sistemas de alcantarillado.

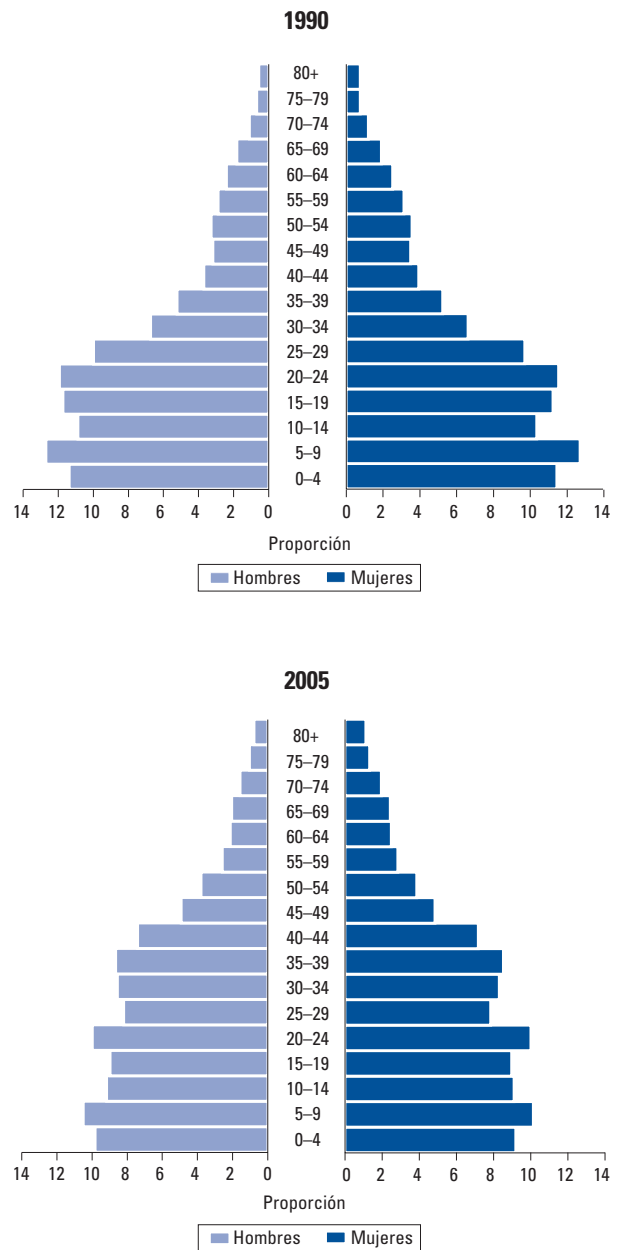
Demografía, mortalidad y morbilidad

Según el censo de 2004 (11), la población total de Suriname era 492.829 (50,3% hombres y 49,7% mujeres), una población reducida para la dimensión geográfica del país. La composición étnica era la siguiente: 27,4% de ascendencia indostana, 17,7% criollos, 14,7% cimarrones, 14,6% javaneses, 12,5% de etnicidad mixta, 3,7% amerindios, 1,8% chinos, 0,6% caucásicos y 7,2% de otras ascendencias/no notificado. Las religiones principales son el cristianismo (40,7%), el hinduismo (19,9%) y el islamismo (13,5%).

En 1980, la población era 355.240 habitantes (11). Con un crecimiento absoluto de 137.589, la población ha crecido un 38,7% en 24 años. La razón hombre/mujer tanto en 1980 como en 2004 fue 1:1. En 2004, el 10,5% de la población (51.837 habitantes) era menor de 5 años y 39% era menor de 20. El número de cimarrones se ha más que duplicado, de 35.838 en 1972 a 72.553 en 2005. La tasa de crecimiento anual general se mantuvo en 0,9% (12), en función del crecimiento positivo natural de la población (6.618 habitantes en 2001 y 5.773 habitantes en 2004), con un balance de crecimiento negativo constante de la migración entre 2001 y 2004. La estructura de la población de Suriname en 1990 y 2005, por edad y sexo, se muestra en la figura 1.

Se registró el 95% de todos los nacimientos (9). El número total anual de nacimientos varió de 9.052 a 10.188 para el período 2001–2004. Las tasas de natalidad bruta variaron de 19,4 a 22,3 nacimientos cada 1.000 habitantes anualmente durante ese

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Suriname, 1990 y 2005.



mismo período. La falta de notificación de nacidos vivos es un problema recurrente, debido a los reglamentos legales del Código Civil de Suriname, lo que da lugar a estimaciones menos precisas sobre las tasas de mortalidad infantil y perinatales (13).

Aproximadamente se certifica sólo el 85% de todas las muertes consignadas en el Registro Civil. El número total de muertes registradas mostró un pequeño aumento, de 3.099 en 2001 a 3.319 en 2004.

CUADRO 1. Causas principales de mortalidad con el número de muertes, mortalidad proporcional y tasas de mortalidad, Suriname, 2004.

Causa	Número	% total ^a	% acum.	Tasa ^b
Enfermedades cerebrovasculares	456	15,8	15,8	92,5
Determinadas afecciones originadas en el período perinatal	244	8,5	24,3	49,5
Cardiopatías isquémicas	209	7,3	31,6	42,4
Enfermedad del VIH	152	5,3	36,8	30,8
Diabetes mellitus	133	4,6	41,4	27
Acto de intención no determinada	111	3,9	45,3	22,5
Insuficiencia cardíaca y complicaciones	67	2,3	47,6	13,6
Daño personal intencional (suicidio)	65	2,3	49,9	13,2
Neoplasias del útero	31	1,1	51,0	12,7
Neoplasias de la próstata	30	1	52	12,1

^aTotal de muertes definidas por la causa.

^bTasa por 100.000 habitantes.

Las tasas brutas de mortalidad permanecieron estables, con unas siete muertes cada 1.000 habitantes entre 2001 y 2004. La expectativa de vida al nacer fue de 69,7 años en 2005 (66,6 años para los hombres y 73 para las mujeres). En 2004, la tasa total de fertilidad promedio fue 2 nacimientos por mujer.

Las cifras registradas oficialmente sobre la migración externa son 2,5 veces más altas que las cifras de inmigración. Los inmigrantes procedían principalmente de los Países Bajos, China, Guyana y la Guayana Francesa (63%, 13%, 6% y 4%, respectivamente, en 2004). Como los inmensos márgenes de la selva tropical no permiten controles confiables, también existe una cantidad considerable de inmigración ilegal procedente de estos países. La emigración tampoco está debidamente documentada. Los Países Bajos son el principal país de destino para la migración externa; otros destinos incluyen a las Antillas Neerlandesas, la Guayana Francesa y los Estados Unidos (60%, 18%, 12% y 4% respectivamente, en 2004). Las tasas de migración interna se mantuvieron relativamente estables, con una migración importante hacia las áreas urbanas.

En el cuadro 1 se presentan las 10 causas principales de mortalidad en Suriname para 2004, por orden de importancia y sobre la base del 85% de las muertes certificadas.

Entre 2001 y 2004, el número más alto de muertes se produjo entre las personas de 65 y 79 años, lo que representa un promedio del 32% de todas las muertes. Durante este período, el porcentaje de muertes en ambos sexos se mantuvo constante en el 57% para los hombres y 43% para las mujeres (3). Hasta los 25 años de edad, se registra un porcentaje casi igual de mortalidad entre los sexos. Entre los 25 y 39 años de edad, el número de muertes entre los hombres es 2,5 veces más alto que entre las mujeres. Las principales causas de muerte para la población de 1 a 29 años son las externas; para el grupo de 30 a 39 años de edad es el sida y para el grupo de 40 años y más, las enfermedades cardiovasculares.

Las causas externas se mantienen como la principal causa de mortalidad entre los hombres hasta los 29 años, mientras que, en

el caso de las mujeres, las causas externas son la principal causa de muerte desde los 25 a los 39 años. Para los hombres en este grupo de edad, el sida es la segunda causa principal, aunque el número de muertes causadas por el sida es 2,4 veces mayor entre los hombres. Para el grupo de 50 años y más, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar, seguidas de las neoplasias malignas.

En 2003, el 68,1% de todas las muertes se produjo en el grupo de edad de 25 a 44 años. En 2004, este porcentaje disminuyó al 53,4%; mientras que, para el grupo de edad de 45 a 49 años, el porcentaje se duplicó de 8% en 2003 a 16,5% en 2004.

Entre las neoplasias malignas, se ubicaron en primer lugar aquellas que comprometían a los órganos digestivos, las que representan el 17,2% de todas las neoplasias malignas, seguidas de las del cuello uterino (9,8%), pulmones (6,1%), próstata (12,1%) y mama (9%). En total, las neoplasias malignas de los órganos reproductivos representaron el 22,5% de todas las neoplasias malignas entre las mujeres y el 12,1% entre los hombres en el año 2004.

En 2004, la mortalidad por diabetes mellitus representó el 5% de las 10 causas de muerte principales. Ese año, el 45% de las muertes por diabetes mellitus se registró entre la población de origen indostano, y el 35% de las muertes por enfermedades cardiovasculares también se registró entre este grupo demográfico. El 35% de las muertes por causas cardiovasculares se produjo entre la población de origen criollo, como también el 25% de las muertes por diabetes mellitus. Las poblaciones de ascendencia criolla y cimarrona representaron el 57% y el 21%, respectivamente, de las muertes relacionadas con el VIH/sida.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Según los datos censales de 2004, había 9.872 niños menores de un año, un 2% de la población total. El número de nacidos

vivos fue 9.717 en 2001 y 9.062 en 2004. Aproximadamente el 90% de todos los nacimientos recibió la asistencia de personal de salud calificado y el 10% restante fue asistido por parteras tradicionales. De los nacimientos asistidos por personal de salud calificado, alrededor del 90% se registró en hospitales y el 10% en establecimientos de atención de la salud primaria. El número de mortinatos aumentó de 202 en 2001 a 243 en 2004. La mayoría de éstos fueron consecuencia de enfermedades originadas en el período perinatal (48%), complicaciones obstétricas (22%), gestación breve y bajo peso al nacer (15%), complicaciones de enfermedades de la madre (9%) y malformaciones congénitas (4%). Si bien prácticamente todas las embarazadas reciben algún tipo de atención prenatal y el 91% visita consultorios por lo menos una vez (9), casi el 20% de las embarazadas no realiza la primera visita antes del segundo trimestre del embarazo.

La tasa de mortalidad infantil promedio fue 19 muertes cada 1.000 nacidos vivos durante el período de 2000 a 2004; pero disminuyó a 16 muertes cada 1.000 nacidos vivos en 2001. De 1990 a 1994, la tasa de mortalidad infantil se mantuvo constante en 21 muertes cada 1.000 nacidos vivos. El número de muertes en el grupo de menores de un año aumentó de 154 en 2001 a 174 en 2004. Las causas principales de muerte en este grupo fueron las infecciones intestinales, seguidas de enfermedades respiratorias y malformaciones congénitas. La tasa de mortalidad perinatal aumentó de 29,2 muertes cada 1.000 partos en 2001 a 39,3 en 2004. También se registró un notable aumento en la tasa de mortalidad neonatal temprana, a saber: 9,2 muertes cada 1.000 nacidos vivos en 2001 a 13,6 en 2004. La tasa de mortalidad neonatal tardía fue 1,6 muertes cada 1.000 nacidos vivos en 2001 y 1,1 en 2004. La tasa de mortalidad postneonatal fue 5 muertes cada 1.000 nacidos vivos en 2001 y 4,5 en 2004. La mayoría de las muertes neonatales tempranas se debió a complicaciones por gestación breve y bajo peso (47%), seguidas de hipoxia intrauterina y asfixia (17%), complicaciones de enfermedades de la madre (16%), malformaciones congénitas (9%), y complicaciones obstétricas (6%). Solamente el 13% de los niños menores de 4 meses tienen la lactancia materna como fuente de alimentación exclusiva.

Las causas principales de muerte en los niños de 1 a 4 años fueron infecciones gastrointestinales, seguidas de infecciones respiratorias y causas externas.

Alrededor del 13% de los niños menores de 5 años en Suriname tiene un peso inferior al adecuado, y el 2,1% tiene una deficiencia de peso grave. Aproximadamente el 10% de los niños mostraba graves retrasos del crecimiento y el 6,5% signos de emaciación. Existen diferencias notables entre la prevalencia de malnutrición en las zonas urbana y rural, y el interior. Los niños del interior son el grupo con mayor riesgo de malnutrición crónica. La disparidad se debe principalmente a la inaccesibilidad geográfica del interior del país. Sólo es posible acceder a muchas zonas por aire o agua, factor que origina grandes obstáculos para la disponibilidad y la distribución de productos y servicios. Más de la mitad de los niños hospitalizados por malnutrición son me-

nores de un año. El 75% de los niños de 1 a 4 años hospitalizados por malnutrición son de ascendencia cimarrona y criolla. La mayoría de los niños hospitalizados, en proporciones iguales de niños y niñas, provienen de Paramaribo Sur, una zona que se caracteriza por sus condiciones de vida marginales y la migración de las familias desde el interior, y desde el interior de los distritos de Sipaliwini y Brokopondo (14).

Las marcadas diferencias en las condiciones de vida entre el interior y las regiones urbanas y rurales también se reflejan en los datos de morbilidad infantil. Las visitas a consultorios en el interior revelan que los niños de 0 a 4 años son los más recurrentes (61%); las afecciones más comúnmente tratadas entre este grupo de edad son las infecciones respiratorias (59,9%), la diarrea (23,1%) y la malaria (15%).

La malaria es una causa común de ausentismo escolar y una de las principales causas de mortalidad en el grupo de edad de 0 a 4 años. Ciertas medidas preventivas aún siguen vigentes, especialmente el uso de redes para mosquitos tratadas con insecticidas. El 72% de los niños en el grupo de edad de 0 a 4 utiliza este tipo de redes mientras duerme. Las condiciones sanitarias y las prácticas de higiene deficientes, como también el acceso restringido a agua en condiciones seguras, especialmente durante la temporada seca, son los factores que contribuyen en mayor medida a la alta incidencia de diarrea en el interior de Suriname. La Encuesta Agrupada por Indicadores Múltiples (MICS) realizada en 2000 (9) reveló que solamente el 24,2% de los niños con diarrea recibieron tratamiento de rehidratación oral. En muchos casos, se recurre a la atención médica cuando es demasiado tarde y, en consecuencia, se producen muertes que pudieron haberse evitado.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Según los datos del censo de 2004, la población de 5 a 9 años de edad era de 49.409 personas, lo que representa el 10% del total de la población. Las causas principales de muerte en este grupo de edad son las causas externas, las enfermedades cardiovasculares y las infecciones intestinales. Todos los niños en edad escolar deben presentar una tarjeta de vacunación para su ingreso escolar en el nivel primario, generalmente a los seis años de edad.

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

Según los datos del censo de 2004, la población de 10 a 14 años de edad era de 45.143 personas, lo que representa el 9,1% del total de la población. Las causas principales de muerte en este grupo de edad son las causas externas, seguidas de las neoplasias malignas y las enfermedades cardiovasculares. En 2002, el número promedio de dientes cariados, perdidos por caries u obturados a los 12 años era 2,7.

La población de 15 a 19 años en 2004 era de 46.508 personas; es decir, el 9,4% del total de la población. Las causas principales

de muerte en este grupo de edad fueron las causas externas. De 2002 a 2004, se registraron tres muertes a causa del VIH/sida cada año entre este grupo de edad.

La implementación de servicios de salud reproductiva orientados a los adolescentes es una necesidad prioritaria. Para el período de 2001 a 2004, el 16,7% promediado del total de los nacidos vivos eran hijos de mujeres de entre 15 y 17 años; el 4,3% de los nacidos vivos eran hijos de mujeres de entre 10 y 14 años. La mayoría de estos casos se registraron en los distritos de Paramaribo y Wanica.

En 2004, la prevalencia del consumo de tabaco entre la población de 13 a 15 años fue 11% para las mujeres y 20% para los varones (15).

Salud de los adultos (20–59 años)

Según los datos del censo de 2004, la población de 20 a 59 años era de 253.039 personas, lo que representa el 51,3% del total de la población. Dentro de este amplio grupo de edad, la causa principal de muerte son las causas externas, seguidas del VIH/sida, las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias. A partir de los 40 años, la diabetes aparece por primera vez en la lista de las 10 causas principales de muerte; las enfermedades cardiovasculares también se tornan más preponderantes, mientras que las causas externas descienden en importancia en la escala de clasificación.

La mortalidad materna disminuyó de 15 muertes en 2001 a 8 en 2004. Las causas principales de muerte materna durante los años 2001 a 2004 fueron hemorragia (31%), preeclampsia (29%) y sepsis (17%); en la mayoría de los casos, el establecimiento de salud carecía de los suministros necesarios para responder oportunamente a la complicación (16). En 2001, la tasa de cesáreas fue 12,7%; en 2002, 13,3%. Si bien el aborto es ilegal, es una práctica de uso generalizado, especialmente por las mujeres de 24 años de edad. Según encuestas representativas realizadas entre los adolescentes, se calcula que cada año se practican de 8.000 a 10.000 abortos (17). Estos resultados indican una necesidad pendiente en materia de planificación familiar. Los abortos se realizan a pedido y generalmente son aceptados socialmente. La ilegalidad y, pese a ello, la aceptación y la práctica frecuente del aborto son consecuencia de la falta de mecanismos o estructuras oficiales que regulen las prácticas de aborto, y aumenten aún más los riesgos de las prácticas inseguras y los obstáculos financieros, en especial entre las mujeres pobres. Esto conlleva a un riesgo más alto de embarazos no deseados y más dificultades para acceder a la educación (18).

En 2004, la tasa de mortalidad debido a causas externas fue de 62 cada 100.000 habitantes. Entre todas las causas externas, los actos de intención no determinada alcanzaron el porcentaje más alto (23%), seguidos del daño personal intencional (13%). El grupo de edad de 20 a 49 años representó casi el 55% de todas las muertes debidas a estas causas (75% hombres y 25% mujeres).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Según el censo de 2004, la población de 60 años de edad y más totalizó 42.060 personas, lo que representa el 8,5% del total de la población. Las causas principales de muerte en este grupo de edad son las enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares, seguidas de neoplasias malignas, diabetes mellitus, causas externas, infecciones respiratorias agudas e infecciones crónicas de las vías respiratorias bajas.

Salud de la familia

Se calcula que el 40% de todos los hogares consta de tres a cuatro miembros, con el 62,2% de los hijos que vive con ambos padres, 22% con la madre solamente, aunque su padre aún esté con vida, y el 7% que no vive ni con el padre ni con la madre aunque ambos estén con vida (9). La estructura familiar en el interior es totalmente diferente de la que se observa en las zonas urbanas y rurales costeras: menos del 50% de los niños vive con ambos padres, el 34% vive con su madre y el 12% no vive con ninguno de sus padres. Los estándares culturales y las expectativas determinan las decisiones con respecto a las cuestiones de salud reproductiva en el interior. En general, el uso de anticonceptivos en las zonas rurales y en el interior es bajo, porque la procreación en estas regiones es muy apreciada. El uso de anticonceptivos entre las mujeres cimarronas es bajo (entre el 6% y el 17%). En promedio, los varones cimarrones se inician en la actividad sexual entre los 10 y 13 años; y las niñas, entre los 13 y 15 años (19).

Las píldoras anticonceptivas son el método de control de natalidad más conocido, empleado por el 70% de las parejas que optan por la anticoncepción. Según estudios pasados, alrededor del 40% de las mujeres en pareja utiliza anticonceptivos (20). Según la Encuesta Agrupada por Indicadores Múltiples (MICS) realizada en 2000, el uso de anticonceptivos fue del 51% en las zonas urbanas, el 45% en las zonas rurales y el 7% en el interior (9).

Salud de los trabajadores

Una evaluación rápida del trabajo infantil realizada en 2002 por la Organización Internacional del Trabajo (21) indicó que el 2% de todos los niños de entre 4 y 14 años eran económicamente activos. El 55% de los niños en este grupo trabajaba más de 15 horas a la semana y participaba de actividades relacionadas con la pesca, la venta ambulante, la agricultura, la extracción de oro, la construcción y el transporte en embarcaciones. Algunos, especialmente las niñas, trabajaban en tareas domésticas y en el comercio (descrito en el estudio como la “venta de una variedad de productos”). Ninguno de los niños entrevistados informó participar de la actividad sexual comercial, la producción o la venta de drogas ilícitas, o cualquier otra forma de tráfico de personas. Sin

embargo, el estudio menciona informes esporádicos realizados por organizaciones no gubernamentales sobre niños que participan en la prostitución y son víctimas de la explotación sexual. No hubo hallazgos específicos que sugirieran que los niños estaban expuestos a violencia en su entorno laboral, aunque surgieron preocupaciones sobre su salud en cuanto a su exposición a arena, polvo y vapor de mercurio, y el transporte de cargas pesadas.

En la explotación minera del oro y otros sectores de aprovechamiento de recursos naturales, hay un número cada vez mayor de trabajadores que no provienen de Suriname, incluidos unos 30.000 buscadores de oro de Brasil (*garimpeiros*). El envenenamiento con mercurio y la transmisión de la malaria y la fiebre amarilla selvática, al igual que el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, son amenazas graves a la salud para los mineros y las comunidades locales. Además, la vida tradicional de la comunidad ha sufrido una alteración sociocultural debido a la industria del sexo comercial, la economía del oro, el consumo de drogas y los delitos relacionados, y la degradación del medioambiente natural.

Grupos fronterizos

La población fronteriza a lo largo de la frontera este, constituida principalmente por cimarrones, interactúa frecuentemente con la población que reside en la Guayana Francesa del otro lado del río Marowijne. Es habitual que grupos pertenecientes a la misma familia vivan a ambos lados de la frontera, separados solamente por el río. Las mujeres en el lado de Suriname prefieren dar a luz a sus hijos en la Guayana Francesa, porque la atención de salud allí se considera de mejor calidad. En la frontera noroeste con Guyana en el distrito de Nickerie, al igual que en la frontera con la Guayana Francesa, familias emparentadas viven a ambos lados del río Corentyne y acostumbran a cruzarlo con frecuencia. Sin embargo, la afluencia de ciudadanos de Guyana en Suriname es mucho más numerosa que la de los de la Guayana Francesa.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Las dos enfermedades transmisibles más predominantes son el **dengue** en el área costera y la **malaria** en el interior. Los datos sobre la morbilidad del dengue provienen principalmente de la vigilancia realizada en los hospitales. Los casos sospechosos de dengue también se informan por medio de actividades de vigilancia telefónica. El número de casos sospechosos disminuyó de 516 en 2001 (con 64 casos confirmados) a 309 casos en 2004 (con 56 casos confirmados). En el año 2001, se aislaron los cuatro sub-

tipos del dengue en estudios sobre la serología de esta enfermedad. De 2001 a 2004, la mayoría de las personas hospitalizadas por dengue eran de ascendencia indostana (30%), seguidas por personas de origen criollo (20%) y javanés (15%). La mayoría de los casos provenía de las zonas densamente pobladas de Paramaribo y Wanica, y de la zona menos poblada de Saramacca. La incidencia estaba distribuida equitativamente entre los distintos grupos de edad. La razón hombre/mujer entre los casos notificados fue 1:2.

La malaria es un problema importante de la salud pública en el interior de Suriname, donde se encuentra el hábitat natural del vector, el *Anopheles darlingi*. En 2000, se informaron 13.216 casos de malaria. Después de la introducción de nuevas políticas de tratamiento en 2004, los casos disminuyeron a 8.560 en 2004 y 9.000 en 2005. La mitad de los nuevos casos de malaria se registró en niños menores de 15 años. No se han notificado casos de transmisión en las áreas costeras. La incidencia más alta se registra en el área fronteriza entre Suriname y la Guayana Francesa a lo largo del río Marowijne. Las actividades de explotación minera de los buscadores de oro brasileños (*garimpeiros*) y el frecuente cruce de la frontera por parte de la población han contribuido al aumento de la malaria en esa zona. Las actividades de explotación minera del oro se han diseminado también hacia otras zonas en el interior. Esto condujo a la aparición de la malaria en regiones con escasos registros de la enfermedad. Los cálculos indican que la tasa de incidencia de la malaria es de 3.500 cada 100.000 habitantes para 2004 y de 1.700 cada 100.000 habitantes para 2001. Probablemente, la incidencia nacional sea muy superior. Se observa una falta de notificación de algunos de los casos, porque los pacientes reciben tratamiento clínico sin la confirmación de análisis de laboratorio; y una falta total de notificación por parte de los médicos privados y los profesionales que ejercen la medicina tradicional. En 2001, 436 personas fueron hospitalizadas presuntamente con malaria; el 50% de estos casos fue confirmado. En 2004, el número ascendió a 248, con un 65% de los casos confirmados. De estos casos confirmados, 21 (el 9,7%) no sobrevivieron en 2001; 8 (el 4,9%) murieron en 2004. La razón de la hospitalización hombre/mujer fue 1:2,1 en 2001 y 1:2,5 en 2004.

La malaria debida al *Plasmodium falciparum* resistente a la cloroquina es generalizada, pero la resistencia a la quinina todavía no se ha establecido. En 2003, Suriname introdujo el tratamiento de la malaria con Coartem, con un desarrollo de la enfermedad menos agudo y una disminución en la tasa de mortalidad como consecuencia de ello. Durante varios años y hasta la fecha, se ha promocionado el uso de redes para camas en todo el interior. Grupos locales de mujeres fabrican estas redes, las impregnan con insecticida y las distribuyen.

En las décadas pasadas, no se notificaron casos de **fiebre amarilla** en Suriname. No obstante, en vista de la nueva aparición de la enfermedad en el continente sudamericano, se han

intensificado las actividades de vacunación. La campaña masiva de vacunación contra la fiebre amarilla comenzó en 2000 y concluyó en 2002. Las personas que viajan a Brasil y a la Guayana Francesa se vacunan contra la fiebre amarilla regularmente, ya que es una norma en estos países. Las pruebas de serología de la fiebre amarilla fueron negativas en seis presuntos casos en 2003 y en cuatro en 2004.

Enfermedades inmunoprevenibles

Durante el período de revisión, se notificaron cinco casos de **tétanos** (con la exclusión del tétanos neonatal): dos en 2001, dos en 2002 y uno en 2003. No se notificaron casos de sarampión, difteria ni síndrome de rubéola congénita entre 2001 y 2005.

Las disparidades geográficas entre las zonas urbana, rural y el interior también se reflejan en el estado de inmunización infantil. El movimiento frecuente de los grupos migratorios entre el interior y Paramaribo y entre Suriname y la Guayana Francesa representa una carga adicional para el control estatal de la vacunación de los niños de estos grupos.

La cobertura nacional aumentó del 82% para la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR); el 68% para la dosis final de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3) y el 65% para la tercera dosis de la vacuna antipolio oral (OPV3) en 2001 al 86,4% para la MMR, el 84,9% para la dosis final de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3) y el 83,5% para la tercera dosis de la vacuna antipolio oral (OPV3) en 2004. En 2005, Suriname introdujo la vacuna pentavalente (difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b) en el programa nacional de vacunación infantil. También en ese año, se inició la vacunación de rutina contra el tétanos para las embarazadas, junto con la vacunación contra la fiebre amarilla para los niños de 12 a 23 meses que viven en el interior del país.

Enfermedades infecciosas intestinales

El número de casos de **infecciones por *Salmonella*** confirmados con análisis de laboratorio fue 48 en 2001 y 104 en 2004. De estos casos, 7 personas (15%) fallecieron en 2001 y 14 personas (13%) en 2004. Los niños menores de 5 años (y especialmente los menores de un año) representan el porcentaje más alto de muertes por *Salmonella*. Los adultos de 60 años y más representan el grupo más frecuentemente hospitalizado por enfermedades diarreicas. Los criollos tuvieron la incidencia más alta de casos de infecciones por *Salmonella* confirmados con análisis de laboratorio en 2001 y 2003 entre los grupos étnicos, mientras que los indostanos tuvieron la incidencia más alta en 2002 y 2004. El número de casos confirmados de **infecciones por *Shigella*** con análisis de laboratorio aumentó de 91 en 2001 a 114 en 2003, luego disminuyó a 92 casos en 2004. El 7,3% de los 398 casos de infecciones por *Shigella* confirmados con análisis de laboratorio falleció durante el período de 2001 a 2004. Entre las personas fallecidas, el 41% tenía 60 años o más y el 38% era menor de 5 años.

Entre 2001 y 2004, se registraron 25 brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos. Se confirmó con análisis de laboratorio que dos de estos brotes eran casos de *Salmonella*, otro era un caso de *Shigella* y en los brotes restantes los análisis de laboratorio no identificaron el microorganismo responsable de la infección.

Enfermedades crónicas transmisibles

Entre 2001 y 2004, la incidencia anual de **lepra** promedió 1,1 casos nuevos cada 10.000 habitantes. El número de casos nuevos de **tuberculosis** (TB) varió de 80 a 101 anualmente entre 2001 y 2004, al igual que las tasas de incidencia anual que oscilaron entre 18 y 21 nuevos casos cada 100.000 habitantes. La tuberculosis pulmonar respiratoria es el tipo de TB más frecuentemente comunicado; representa el 84% de todos los casos de TB. La población autóctona experimentó la tasa de incidencia más alta de TB.

La coinfección de VIH/TB varió de 9 de 80 nuevos casos de TB (el 11% de todos los nuevos casos de TB) en 2001 a 17 coinfecciones de 101 nuevos casos de TB (el 17%) en 2004. Con un amplio margen, la tasa de coinfección más alta del VIH/TB se registró en el grupo de 25 a 44 años. El 66% de los resultados del tratamiento para la TB fue satisfactorio. Todavía no se ha implementado la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS).

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

El primer caso de **VIH/sida** se informó en Suriname en 1983; en el año 2004, el número acumulado de casos de VIH/sida notificados ascendió a 3.032. Los nuevos casos de VIH positivo aumentaron de 255 en 2001 a 524 en 2004. Desde 2003, la prueba de detección del VIH es parte de la atención prenatal de rutina.

En 2001, las personas del grupo de 30 a 34 años que se hicieron la prueba de detección del VIH alcanzaron la cantidad más alta de pruebas VIH positivas realizadas por primera vez entre cualquier grupo de edad (divididos cada 5 años), con 19 casos positivos. En 2002 y 2004, las personas del grupo de 34 a 39 años que se hicieron la prueba de detección del VIH alcanzaron la cantidad más alta de pruebas VIH positivas realizadas por primera vez entre cualquier grupo de edad (divididos cada 5 años), con 37 y 41 casos positivos, respectivamente. En 2003, las mayores cantidades de pruebas de detección del VIH positivas se registraron en el grupo de 20 a 24 años, con 42 casos positivos. En 2004, se registraron 28 pruebas del VIH positivas entre niños en el grupo de 0 a 4 años.

En 2005, la tasa de prevalencia del VIH entre la población de 15 a 49 años fue del 1,9% (22). Ese mismo año, 610 personas tuvieron un resultado positivo en la prueba de detección del VIH realizada por primera vez. La proporción entre los sexos respecto de los casos de pruebas de detección del VIH positivas ha variado de un mayor número de hombres que mujeres antes de 2004 a un mayor número de mujeres que hombres a partir de 2004 (18). El 68% de los nuevos casos de VIH positivo se registran en el grupo de 15 a 49 años. La transmisión del VIH se produce principal-

mente a través de contactos entre heterosexuales. En 2005, hubo un caso de transmisión del VIH a través de sangre donada. Los servicios de prevención de transmisión de la madre al hijo comenzaron en 2003. Cada año se registran aproximadamente 10.000 embarazos, y en 2005 casi el 70% de todas las embarazadas se hicieron la prueba. Entre 2001 y 2004, 2.456 personas fueron hospitalizadas con presuntos casos de VIH/sida; de los cuales 1.400 (57%) se confirmaron como VIH positivos.

El aumento de los casos VIH positivos con una coinfección de *Salmonella* también contribuye al incremento general de la *Salmonella* y al aumento de las muertes por coinfección de VIH y *Salmonella*.

En 2001, el 14% de las muertes debido a infecciones por *Salmonella* se dio en personas que eran VIH positivas; en 2004, el 50% de las muertes relacionadas con la *Salmonella* se dio en personas VIH positivas. También se ha observado un aumento anual en el número de pacientes infectados por *Shigella* que son VIH positivos, pero la coinfección con *Shigella* derivó en menos muertes que las coinfecciones de *Salmonella* y VIH.

Zoonosis

No se informaron casos de **rabia** durante el período de revisión de 2001 a 2005.

La incidencia de **leptospirosis** puede vincularse a la incidencia de las precipitaciones, con la mayoría de los casos ocurridos en la temporada de precipitaciones (de mayo a agosto) y en los distritos más densamente poblados del país. De 2001 a 2004, en promedio se hospitalizaron 149,5 personas por año con sospecha de leptospirosis o 12,5 por mes, y el número promedio de casos de leptospirosis fue 13,8 por año o uno por mes. La razón hombre/mujer para la hospitalización por leptospirosis es 1:1,95; los grupos de población hospitalizados con mayor frecuencia debido a esta enfermedad son los de ascendencia indostana y criolla.

Meningitis

Durante el período del informe, el número de hospitalizaciones por meningitis fue de 69 casos en 2001 y 72 casos en 2004. La tasa notificada de incidencia de hospitalización por nuevos casos de meningitis fue 15,2 cada 100.000 personas en 2001 y 14,6 cada 100.000 personas en 2004. La razón hombre/mujer para los casos de hospitalizaciones por meningitis fue 1:2,1 en 2001 y 1:2,3 en 2004. El 55% de todos los casos de meningitis hospitalizados se registró en niños menores de 5 años y la proporción más grande de estos casos en este grupo de edad se registró entre los menores de un año.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La cantidad de personas hospitalizadas por malnutrición fue 138 en 2001 y 125 en 2004. De estos casos, seis personas (4,4%)

fallecieron en 2001 y 11 (8,8%), en 2004. Los niños en el grupo de 0 a 4 años representaron el 96% de las hospitalizaciones. La razón hombre/mujer fue 1:1. Los grupos étnicos más frecuentemente hospitalizados por malnutrición fueron los cimarrones y los criollos, seguidos de los grupos amerindios y de ascendencia mixta.

Enfermedades cardiovasculares

Estudios recientes indican que el 50% de todas las personas de 60 años o más sufren una enfermedad crónica. Las principales afecciones son las **enfermedades hipertensivas**, seguidas de la **diabetes mellitus** y una combinación de ambas.

Las enfermedades del sistema circulatorio, incluidas las cardiovasculares, hipertensivas y cerebrovasculares se mantuvieron como la principal causa de mortalidad durante varios años; en el período de 2001 a 2004, representaron el 29% de todas las muertes en Suriname.

Neoplasias malignas

Las tasas más altas de mortalidad por neoplasias se debieron a neoplasias del útero entre las mujeres, con una tasa de 12,7 muertes cada 100.000 mujeres, y a neoplasias de la próstata entre los hombres, con una tasa de 12,1 muertes cada 100.000 hombres.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Suriname no sufrió ningún desastre natural importante en el período de 2001 a 2005.

Contaminación ambiental

Las autoridades ambientales reconocen que el impacto de las actividades mineras de extracción de oro en el interior de Suriname, incluida la persistente contaminación con mercurio de la tierra, el agua y el aire, así como otras alteraciones de los ecosistemas terrestre y acuático son sustanciales y difíciles de revertir (23).

RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes de salud

El sector salud ocupa una posición clave en el programa social general del Gobierno de Suriname. El Artículo 36 de la Constitución Nacional (24) especifica que la salud es el derecho de todo ciudadano y que la función del gobierno es promover la atención general de la salud a través de una mejora sistemática de las condiciones de vida y laborales, y el suministro de información para la protección de la salud. Por lo tanto, la disponibilidad y la accesibilidad de la atención de la salud para toda la población son de absoluta importancia.

La primera fase (1998–2003) del proyecto “Apoyo para la Reforma del Sector Salud” comprendió una serie de estudios sobre

la prestación y la demanda del sector salud, con el objetivo de introducir un enfoque amplio en todo el sector como parte de la estrategia nacional de desarrollo macroeconómico. En función de los resultados, en mayo de 2004, el Gabinete de Ministros del Presidente aprobó el Plan del Sector para la Atención de la Salud 2004–2008 y se puso en marcha su implementación. La segunda fase representa los principios de eficiencia, equidad y calidad, y se centra en la mejora del rendimiento de la atención de la salud primaria, un mayor acceso a los medicamentos y un fortalecimiento del Ministerio de Salud. Las estrategias para el período de 2004 a 2008 son: (1) fortalecer la atención de la salud primaria y la prevención de enfermedades, (2) mejorar la eficiencia y calidad de la atención hospitalaria, (3) promover el acceso económico a la atención de la salud, (4) controlar los costos de la atención de la salud, (5) fortalecer los sistemas de apoyo, (6) desarrollar recursos humanos y (7) mejorar y salvaguardar la calidad en todo el sistema de salud.

Con el objetivo de “alcanzar un sistema de atención de la salud integrado y sustentable, de buena calidad y efectividad, accesible para todos, y la mejora continua de la salud para toda la población”, el Plan actúa como un documento orientador en el desarrollo del sistema nacional de salud. En este contexto, el censo de 2004 proporciona datos e información fundamentales para la evaluación del estado de salud de la población y aportar sugerencias para la planificación de la salud durante cuatro años.

En 2002, Suriname firmó la Convención de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes (POP), aunque la prohibición del uso de POP ya estaba instaurada, especialmente respecto de los bifenilos policlorados, desde 1971. En la actualidad, no hay una política nacional que garantice un manejo de sustancias y desechos tóxicos persistentes de alguna manera que no sea perjudicial para el medio ambiente. Existe poca concienciación por parte del sector privado y el público general sobre los riesgos a los que exponen los mecanismos peligrosos de uso y eliminación de productos químicos, ya sean domésticos, automotrices o industriales.

Estrategias y programas de salud

La prioridad del gobierno de reducir la pobreza se refleja en varios programas administrados por el Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda. Un grupo al que están dirigidos son los adultos mayores. Se han implementado varias disposiciones que apoyan especialmente a los adultos mayores que viven en la pobreza, entre ellas, un subsidio para establecimientos habitacionales a largo plazo, apoyo financiero para los necesitados destinado a cubrir el costo de vida, servicios médicos gratuitos para los pobres y casi pobres, y pagos mensuales para quienes poseen una tarjeta de servicio médico gratuito.

El Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda es la institución encargada de certificar qué personas viven en la pobreza o casi pobreza, y garantizar que la población en una situación económica precaria tenga acceso a la atención de la salud subsidiada.

Aproximadamente el 30% de la población reúne los requisitos para los servicios de la atención de la salud subsidiada por el gobierno, que se prestan principalmente en hospitales y consultorios estatales.

Organización del sistema de salud

Las tareas principales del Ministerio de Salud son la creación de políticas, la evaluación, la coordinación, el establecimiento de normas y protocolos, la garantía de la calidad, y su responsabilidad general es asegurar la disponibilidad, la accesibilidad y la asequibilidad de la atención de la salud.

Las instituciones esenciales del sistema de la atención de la salud son la Oficina Central del Ministerio de Salud, la Oficina de Salud Pública y la Inspectoría. La Oficina Central y la Inspectoría trabajan en la planificación general de salud y están a cargo del establecimiento de las normas, las inspecciones y la vigilancia, mientras que la Oficina de Salud Pública se ocupa de la formulación de programas.

Los proveedores públicos de la atención de la salud primaria son los Servicios de Salud Regionales (RGD), una institución estatal, y la Misión Médica, una ONG. Ambas instituciones están subsidiadas por el gobierno. La RGD brinda servicios a los pobres y casi pobres en la zona costera a través de 50 consultorios, en los que se atiende a unos 100.000 pacientes de medios socioeconómicos generalmente bajos. La MM brinda servicios curativos y preventivos a la población de cimarrones y amerindios del interior a través de los 50 centros de salud y puestos de salud, en los que se atiende a unos 50.000 pacientes.

El gobierno también dirige programas verticales destinados a poblaciones o problemas especiales, como infecciones de transmisión sexual, lepra, atención dental para jóvenes, malaria e inmunizaciones.

Los proveedores privados de la atención de la salud primaria son los médicos clínicos (GP) y algunas organizaciones no gubernamentales reconocidas por el gobierno que prestan servicios especiales de atención de la salud, tales como la Fundación de Planificación Familiar (*Stichting Lobi*), una filial de la Federación Internacional de Planificación Familiar especializada en salud reproductiva. Las grandes empresas del sector privado prestan atención de la salud a los empleados y las familias a través de consultorios propios. La atención secundaria se brinda a través de cinco hospitales generales, todos ubicados en la zona costera. Hay tres hospitales públicos y dos privados, y un centro psiquiátrico. Por medio de un convenio con la MM, el hospital privado Diakonessen brinda atención a los pacientes del interior.

Los especialistas médicos brindan atención tanto a pacientes ambulatorios como hospitalizados. Los médicos privados se concentran fundamentalmente en la capital. La atención secundaria también está centralizada, ya que cuatro de los hospitales generales y el centro psiquiátrico se encuentran en la capital y uno en el distrito rural costero de Nickerie.

La contribución del sector privado es como proveedores de servicios; la mayoría de sus actividades son curativas, mientras que los Servicios de Salud Regionales (RGD) y la MM prestan servicios médicos tanto curativos como preventivos. La participación privada en el sistema de salud también se realiza a través de compañías más grandes, que emplean a sus propios médicos clínicos. Otras cuentan con una lista de médicos clínicos generales, entre los que el empleado puede elegir uno. Para ser remitido a un especialista u hospital, es necesaria la consulta con un médico general.

La atención de la salud está financiada a través de fuentes públicas y privadas: el gobierno representa la proporción mayoritaria (44%), seguido de los hogares (20%), donaciones (18%) y compañías (2%). La distribución de estos pagos por nivel de atención es: atención de la salud primaria (34%), atención secundaria (55%) y otra (11%).

Aproximadamente 315.000 personas (64% de la población total) están cubiertas por el seguro de salud; otras 177.000 personas (36%) no están aseguradas o no desconocen si están aseguradas.

La distribución de la cobertura del seguro de salud incluye el Fondo de Seguro Médico del Estado, conocido como SZF (21%), el Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda (24%), la Misión Médica (6%), los planes médicos de la compañía (10%), las empresas privadas de seguros de salud (3%), los gastos directos (19%), otros (1%) y sin seguro/sin conocimiento de ello (16%).

Servicios de salud pública

El control de las enfermedades inmunoprevenibles está coordinado por el Programa Nacional de Inmunización dependiente de la Oficina de Salud Pública, que colabora con la unidad de epidemiología en las investigaciones de casos.

El servicio de salud escolar de los Servicios de Salud Regionales (RGD) incluye el seguimiento del desarrollo del crecimiento, exámenes de la vista y vacunación de todos los niños en edad escolar de nivel primario en la zona costera. Los presuntos casos de problemas de salud o enfermedades especiales se remiten a un médico. El departamento de educación de la salud dependiente de la Oficina de Salud Pública provee información de salud pública relacionada con la prevención de enfermedades transmisibles, y la promoción de las prácticas de lactancia materna y estilos de vida saludables.

Las actividades de control de la malaria son supervisadas por la Junta de Control de la Malaria, que desarrolló un estrategia multisectorial llamada “Hacer retroceder el paludismo”, financiada por donaciones internacionales. La Oficina de Salud Pública y la Misión Médica promocionan actividades de control de vectores, el rociado y el uso de redes para camas tratadas con plaguicidas.

La Unidad del Sistema Nacional de Información de Salud (NHIS), dependiente del Ministerio de Salud, tiene a su cargo los

datos oficiales de la salud en el país. La mayor parte de la información sobre salud llega a la unidad del NHIS a través de registros hospitalarios e informes de la Oficina de Salud Pública, los Servicios de Salud Regionales (RGD), la Misión Médica (MM) y asociaciones de profesionales de salud.

La vigilancia de las enfermedades transmisibles se realiza a través de actividades de vigilancia semanal en hospitales y la vigilancia centinela y, ocasionalmente, a través de los médicos y comunicados de brotes. La vigilancia en los hospitales se concentra en el dengue, la leptospirosis, la *Shigella*, la *Salmonella* y la malnutrición, mientras que el sistema telefónico de vigilancia centinela informa los casos de gastroenteritis, erupción cutánea y fiebre, infecciones del tracto respiratorio superior y las enfermedades de transmisión sexual. Los serotipos se realizan en el Laboratorio Central del Ministerio de Salud. El Laboratorio de Patología aporta los datos sobre las neoplasias malignas.

La Unidad de Epidemiología de la Oficina de Salud Pública también solicita datos sobre enfermedades conocidas, transmisibles e importantes para la salud pública a instituciones, como la clínica dermatológica, la clínica de tuberculosis, el banco nacional de sangre, y presenta esta información periódicamente al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). Actualmente, en el país no hay un sistema de vigilancia de las enfermedades no transmisibles.

El marco institucional ambiental de Suriname está basado en las tres entidades que utilizan mecanismos de coordinación intersectorial. El Consejo Nacional del Ambiente (*Nationale Milieuraad*), cuya responsabilidad es la elaboración de políticas, es un órgano dependiente de la Oficina del Presidente. Se encarga de formular y someter a consideración del Presidente las políticas ambientales generales; también asesora y dirige al Instituto Nacional de Desarrollo y Ambiente de Suriname, (*Nationaal Instituut voor Milieu en Ontwikkeling* o NIMOS) en el establecimiento de prioridades para la acción ambiental. El NIMOS funciona como la rama operativa del Consejo. El NIMOS y el Consejo trabajan junto con la Comisión Asesora Interministerial (IMAC), que difunde información ambiental entre otros ministerios y sectores gubernamentales clave con responsabilidades y actividades en esta área.

El NIMOS debe hacer cumplir las normas para la calidad del medio ambiente, mientras que la Oficina de Salud Pública supervisa las actividades de control de calidad de la salud ambiental.

Aproximadamente el 73% de la población tiene acceso a agua potable segura: el 92,6% en las zonas urbanas, el 66,6% en las zonas rurales costeras y el 20% en el interior (9). La cobertura del abastecimiento de agua por tuberías varía significativamente por región. El 91% de la población urbana utiliza agua potable, que llega por tuberías a sus viviendas o patios. En las zonas rurales, el 65% utiliza agua por tuberías, mientras que en el interior solamente el 18% tiene acceso a este tipo de fuente. En las zonas rurales, la segunda fuente más importante de agua potable es el agua de lluvia, mientras que en el interior el 60% de los residen-

tes utilizan agua de ríos o arroyos, y el resto junta agua de lluvia. El suministro de agua potable está a cargo de dos proveedores de agua que son propiedad del Estado. Cinco empresas privadas suministran agua potable a los pueblos que están cerca de sus zonas de operación. El agua transportada por tuberías es tratada y, por lo tanto, potable.

El 80% de los hogares cuenta con eliminación sanitaria de excretas (99,1% en las zonas urbanas; 98,3% en otras zonas rurales costeras y 30,5% en el interior). Las instalaciones más comunes en las zonas rurales son los inodoros con conexiones a un tanque séptico.

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 brinda apoyo logístico.

El Ministerio de Obras Públicas 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. Desde 2002, los hospitales de Paramaribo utilizan un incinerador de desechos médicos, mientras que los consultorios en la zona costera y el interior utilizan incineradores de tambor de bajo costo.

Se llevan a cabo actividades limitadas de reciclado de desechos. Las botellas de tereftalato de polietileno (PET) se reciclan y el material cortado en tiras se utiliza para reforzar ladrillos empleados en la industria de la construcción.

La Oficina de Salud Pública tiene a su cargo el control de la calidad del aire. Sus actividades de inspección se centran en los empresarios en pequeña escala, tales como las industrias y los talleres pequeños que pintan y reparan automóviles. Sin embargo, los técnicos a cargo de las inspecciones necesitan más capacitación en estas actividades. En Suriname se vende únicamente gasolina sin plomo. Las compañías mineras multinacionales en Suriname respetan, en su mayoría, las políticas y las pautas de emisión de partículas establecidas en sus sedes corporativas.

La Oficina de Salud Pública es responsable de la protección y el control de los alimentos, que comprende el análisis de calidad a través de su laboratorio, la inspección de los restaurantes, las plantas procesadoras de alimentos y los sistemas sanitarios públicos y privados, incluida la eliminación de desechos sólidos y aguas servidas. Se está implementando un programa para la seguridad de los alimentos, centrado en la elaboración de protocolos para la manipulación y el procesamiento de los alimentos. El Ministerio de Asuntos Sociales y organizaciones no gubernamentales llevan a cabo programas de ayuda alimentaria en escuelas elementales seleccionadas en la zona costera para niños de hogares de bajos recursos.

Si bien la Inspectoría de Trabajo dependiente del Ministerio de Trabajo, Tecnología y Medio Ambiente realiza inspecciones de

salud ocupacional, éstas se limitan a entidades registradas; las actividades económicas en el sector informal están fuera del ámbito de estas inspecciones. Estudios recientes indican que la manipulación y el almacenamiento de desechos de baja radioactividad no plantean problemas de salud pública.

Recientemente se ha preparado un borrador de un plan nacional para desastres, tanto naturales como causados por el hombre; el sector salud todavía no ha desarrollado su propio plan.

En 2001, la finalización del Plan Estratégico Nacional sobre el VIH/sida y la disponibilidad de dos subsidios del Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria mejoraron considerablemente la capacidad de Suriname para elaborar una respuesta integral al VIH/sida durante el período de revisión. El plan describe los objetivos, las estrategias y las actividades para el período de 2004 a 2008. Entre las metas específicas para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se incluyen una reducción del 25% del número de nuevas infecciones por el VIH en el grupo de edad de 15 a 24 años y una reducción del 25% en el número de embarazadas VIH positivas. Las medidas actualmente en curso son la expansión del programa de prevención de transmisión de madre a hijo y los programas de prevención intensificados en función de la estrategia ABC, que promueve la abstinencia, la fidelidad hacia la pareja, y el uso constante y correcto de los condones. La disponibilidad de condones aumentó como parte de esta estrategia. A través de la iniciativa “3 por 5” de la Organización Mundial de la Salud y el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, cuyo objetivo fue proporcionar tratamiento antirretroviral a tres millones de personas en países en desarrollo para fines de 2005, 486 personas en Suriname o del 15% al 20% de la población considerada VIH positiva, recibieron la medicación y el tratamiento que tanto necesitaban. En diciembre de 2005, se lanzó la campaña “Conoce tu estado” para concienciar a la población sobre la importancia de la prueba de detección del VIH.

Servicios de atención a las personas

Los cinco hospitales ofrecen una variedad de servicios especializados para pacientes hospitalizados y ambulatorios. El Hospital Público Académico, que también es una institución de capacitación médica, emplea a muchos de los especialistas y ofrece casi todo tipo de atención especializada. Algunos de estos servicios de especialistas solamente se ofrecen en este establecimiento, por ejemplo, operaciones a corazón abierto, cirugía laparoscópica, cirugía ortodóntica, pulmonología y oftalmología.

Hay dos unidades de atención médica de urgencia, una en Paramaribo y la otra en un distrito alejado en el oeste. El Hospital Militar funciona como un establecimiento ambulatorio para el personal del ejército y sus familias.

Además de los laboratorios en cada uno de los cinco hospitales, hay tres laboratorios privados (MyLab, Health Control y Me-

dilab). Los laboratorios también ofrecen servicios descentralizados a través de sitios donde se obtienen muestras.

El Banco Nacional de Sangre, supervisado por la Cruz Roja, opera exclusivamente por medio de donaciones voluntarias de sangre. Los 4.844 donantes de sangre registrados cubren el 70% de la demanda nacional de 7.000 donantes de sangre. El Banco Nacional de Sangre suministra toda la sangre necesaria para las operaciones de corazón abierto del Hospital Académico, que ahora se realizan con regularidad.

El Banco de Sangre también suministra hemoderivados a los cinco hospitales del país y a la Fundación para la Diálisis Renal. Todas las donaciones de sangre se estudian para detectar la presencia de VIH, HTLV, Hepatitis A y C, malaria y sífilis. Se han establecido mecanismos de control de calidad para la detección del HTLV y el VIH en la sangre donada a través de la colaboración con el Laboratorio Nacional de Referencia dependiente de la Oficina de Salud Pública, CAREC y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE.UU.

Los programas especiales para personas con discapacidades están coordinados por el Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda. Varias organizaciones no gubernamentales cuentan con programas para grupos de destinatarios especiales, que incluyen a ciegos, personas con discapacidades auditivas, ex pacientes con lepra, niños con discapacidad mental y lepra, y adultos mayores afectados por el mal de Alzheimer.

El Centro de Rehabilitación, una subdivisión del Hospital Académico en Paramaribo, presta servicios a los pacientes referidos para la fabricación de prótesis, tratamientos de rehabilitación, terapia ocupacional y terapia del habla. El personal del Centro, que consta de 14 paramédicos y profesionales médicos, atiende unas 6.000 consultas de pacientes por año. En 2004, el Centro inauguró una unidad especial para niños, a cargo de un fisioterapeuta especializado. Los 25 niños de la escuela para discapacitados (*Mytyschool*) utilizan la unidad diariamente. La mayoría ha recibido tratamiento para enfermedades relacionadas con parálisis cerebral y distrofia muscular. Los pacientes adultos han recibido tratamiento principalmente para enfermedades relacionadas con hemiplejías o amputaciones.

La Fundación de Servicio Dental Juvenil está disponible en la zona costera a través de consultorios dentales, emplazados en escuelas primarias y consultorios de los Servicios de Salud Regionales (RGD), que cuentan con 70 profesionales de atención de la salud dental juvenil entre su personal. Los niños acceden a estos servicios por medio del pago de un derecho anual de afiliación. La Fundación también ofrece servicios privados para adultos. Superada la edad escolar primaria, el servicio dental sólo está disponible a través del seguro médico de empresas privadas o el pago directo.

El Centro Psiquiátrico de Suriname es la única institución que ofrece atención de la salud mental en el país. El Centro, que dispone de 430 empleados (incluidos 270 enfermeros, 6 psiquiatras

y 3 psicólogos) y 300 camas, actualmente atiende a 245 pacientes. En el policlínico se realizan 15.000 consultas por año. El Centro de Cama, Baño y Pan recibe a unas 50 personas, en su mayoría sin hogar y con problemas relacionados con la drogadicción. Hay una asociación para los pacientes con mal de Alzheimer y sus familias. La organización no gubernamental Ypsilon brinda apoyo a los familiares de enfermos de esquizofrenia. Desde 2001, existe un plan nacional de salud mental.

La Fundación de Planificación Familiar promueve la paternidad responsable y aconseja a las familias sobre métodos de planificación familiar y cuestiones de fertilidad; además, ofrece pruebas básicas de infertilidad y tamizaje de cáncer cervicouterino. En 2003, el Ministerio de Salud inició un proyecto de salud reproductiva financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas/Unión Europea en función de un marco basado en los derechos y el género, con el fin de alcanzar los objetivos establecidos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, Egipto, 1994) y los ODM relativos a la salud sexual y reproductiva.

Todos los nacionales de Suriname mayores de 60 años tienen derecho a una compensación económica mensual de parte del gobierno, bajo la coordinación del Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda. La unidad de gerontología en la Oficina de Salud Pública pretende mejorar la atención de las personas mayores en todos los niveles, incluida la atención institucional y domiciliaria.

Promoción de la salud

Durante el período de la revisión, entidades gubernamentales y organismos no gubernamentales iniciaron e implementaron una serie de actividades en las áreas de salud ambiental, reproductiva y comunitaria; prevención y control de enfermedades; y educación sobre la salud pública con el apoyo de socios para el desarrollo ambiental. Las ONG han desempeñado un papel activo en el logro de los resultados de salud proyectados. Entre los ejemplos se incluyen el Programa de Salud Comunitaria implementado por ProHealth y las actividades de salud ambiental a cargo de la Fundación para una Suriname más limpia. El comité nacional escolar para la promoción de la salud es una iniciativa dirigida por el gobierno. El departamento de educación sanitaria dependiente de la Oficina de Salud Pública informa al público sobre la prevención de la malaria, el dengue, la leptospirosis, la fiebre amarilla y otras enfermedades transmisibles y no transmisibles, y también sobre prácticas de lactancia materna.

En general, hay un creciente reconocimiento de la necesidad de la cooperación intersectorial. Esto se demuestra claramente en el Plan Estratégico Nacional sobre VIH/sida aprobado por el gobierno en 2004. Las áreas prioritarias incluyen la coordinación; la formulación de políticas; la legislación y la defensa; la prevención; la reducción del estigma y la discriminación; el tratamiento, la atención y el apoyo; y la supervisión y la evaluación.

CUADRO 2. Personal de salud por categoría, en números absolutos y cada 10.000 habitantes, Suriname, 2004.

Categoría	Número	Número por 10.000 habitantes
Médicos clínicos	295	6
Médicos de familia	225	4,6
Médicos clínicos en hospitales	70	1,4
Médicos especialistas	105	2,1
Número total de médicos	400	8,2
Dentistas	42	0,9
Personal de enfermería no capacitado en la universidad	1.745	35,4
Enfermeros registrados	778	15,8
Parteras	57	1,2

Recursos humanos

La disponibilidad de personal de enfermería por categoría en 2004 se presenta en el cuadro 2. Los médicos clínicos reciben capacitación en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Suriname, que no admite más de 30 estudiantes por año. El personal de enfermería matriculado se capacita en el Instituto de Capacitación Central para Enfermeros y Profesiones Aliadas (Fundación COVAB). Dos hospitales (AZP y St. Vincentius) dictan cursos internos de capacitación para enfermeros. Las parteras se capacitan en un hospital público (el Hospital Lands). La Misión Médica y los Servicios de Salud Dental Juvenil ofrecen capacitación interna para sus respectivos asistentes médicos y dentales. El Skillslab es una institución de capacitación para estudiantes médicos y paramédicos.

El Ministerio de Salud regula y supervisa la asignación de matrícula y la certificación de los médicos, las parteras y los farmacéuticos. Los médicos reciben su licencia a través del Ministerio, y necesitan el permiso del Director de Salud para ejercer la práctica clínica. En la actualidad, la concesión de licencias y la acreditación regionales están sujetas a revisión. Actualmente no hay en vigor reglamentos ni estatutos para la matriculación o la certificación de profesionales paramédicos.

Suministros de salud

La Empresa Farmacéutica del Estado (BGVS), es el comprador, importador y productor central de medicamentos y suministros médicos para el consumo local. Se importa el 90% de todos los medicamentos, y el 10% restante se fabrica en el país. La Empresa Farmacéutica del Estado (BGVS) distribuye los medicamentos en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales a las farmacias y hospitales privados y públicos, y también supervisa la comercialización y el control de la calidad. Se importan todos los productos inmunobiológicos y casi todos los reactivos. Todas las vacunas se adquieren a través del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas.

No se garantiza la disponibilidad de los medicamentos incluidos en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales. Para compensar la escasez de medicamentos, los hospitales y las farmacias acuden a importadores privados, lo que origina gastos muy elevados. Esto afecta negativamente el acceso a los medicamentos de las personas con seguro de salud otorgado por el Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda o SZF. También se accede a numerosos medicamentos directamente a través de conexiones personales fuera de Suriname, evadiendo la correspondiente inspección de aduana y de calidad, o a través de farmacias privadas.

Todos los medicamentos deben estar aprobados por el Comité para el Registro de los Medicamentos, mientras que la Inspección Farmacéutica controla la inspección de la fabricación farmacéutica y de las farmacias.

En el país, hay una unidad para realizar tomografías computadas y cuatro unidades para pruebas de recuento de células CD4.

Suriname dispone de 1.378 camas (con la exclusión de 60 camas de atención psiquiátrica), o 2,7 camas cada 1.000 habitantes. La tasa promedio de ocupación de camas es del 70%. En 2002, la hospitalización promedio fue de 7,2 días, incluidas las estancias más prolongadas de pacientes con seguro social.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

Los proyectos de investigación son financiados por organizaciones internacionales y los ejecutan el Ministerio de Salud u otras instituciones gubernamentales. La mayor parte de la investigación se limita a la realización de encuestas sobre cuestiones de salud específicas como malnutrición y mortalidad, para las que se necesitan datos actuales que se usarán en el diseño de políticas y proyectos. En general, hay entidades internacionales que también financian la capacitación del personal médico y paramédico en nuevas tecnologías y destrezas.

Se puede acceder a publicaciones e informes de investigaciones sobre asuntos de salud y desarrollo en Suriname a través del Ministerio de Salud y las distintas agencias que financian los pro-

Abordar las inequidades de las poblaciones del interior

Una de cada 10 personas en Suriname, en su mayor parte indígenas y cimarrones (descendientes de esclavos africanos) viven en el interior del país. En esta inaccesible región, la falta de electricidad, los problemas del transporte y la escasa infraestructura dificultan la entrega de bienes y servicios. Hay graves inequidades en términos de desarrollo socioeconómico, salud y acceso a la atención de salud entre la población del interior y la población de la costa, entre otras:

- apenas 18% de los hogares cuentan con agua corriente y solamente 31% tiene servicios cloacales;
- las mujeres del interior pertenecen a los grupos más pobres del país;
- el VIH/sida es la causa de una de cada cinco defunciones de pobladores cimarrones;
- los niños de estas zonas son los más expuestos a la desnutrición crónica;
- menos de la mitad de los niños del interior viven con sus dos padres y uno de cada ocho niños vive sin ninguno de sus dos padres.

El Ministerio de Salud, por conducto de la Misión Médica, proporciona servicios de atención médica con fines curativos y preventivos, sin costo, a los residentes del interior, manteniendo 57 centros de salud y puestos asistenciales que atienden a cerca de 57.000 pacientes.

yectos de salud pública, incluida la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Gasto y financiamiento sectorial

En 2002, el producto interno bruto (PIB) fue US\$ 879,9 millones. El PIB per cápita fue US\$ 1.925. Las cifras más recientes disponibles sobre el de gasto en salud total son del año 2000 y equivalen a US\$ 78.763.778. El total de gasto per cápita en salud fue US\$ 180,33 o el 9,42% del PIB. En 2002, el gasto público en salud fue US\$ 31,7 millones y el gasto per cápita fue US\$ 69,4 o el 4,97% del PIB. El gasto público y privado en la atención de la salud es casi equivalente: el gobierno gastó alrededor del 44% y el sector privado (gastos de salud con cobertura de la compañía y gastos directos a cargo de los hogares) aproximadamente el 42%. El 14% restante viene de fuentes externas (donantes). La contribución del sector privado a la atención de la salud es importante. Los pagos directos de los gastos de los hogares revisten especial preocupación.

En 2000, el 55% del gasto total en salud correspondió a atención secundaria (hospitales públicos y privados, especialistas médicos, servicios de laboratorio del hospital y de radiología, y medicamentos del hospital), el 34% correspondió a atención primaria y preventiva (Oficina de Salud Pública, RHS, Misión Médica, médicos clínicos privados, etc.), mientras que el restante 11% correspondió a administración, capacitación y otras áreas.

El Fondo de Desarrollo Comunitario, el Programa de Pequeñas Donaciones del Fondo Mundial para el Medio Ambiente (GEF), dependiente del Fondo para el Desarrollo de las Naciones Unidas, la Fundación para la Conservación de Suriname, Cordaid y otras

ONG han desempeñado un papel fundamental en el apoyo financiero y la implementación de iniciativas para la reducción de la pobreza. El Movimiento Nacional de la Mujer participa activamente en iniciativas para mejorar el bienestar y las condiciones de vida de las mujeres en el interior.

Cooperación técnica y financiera en salud

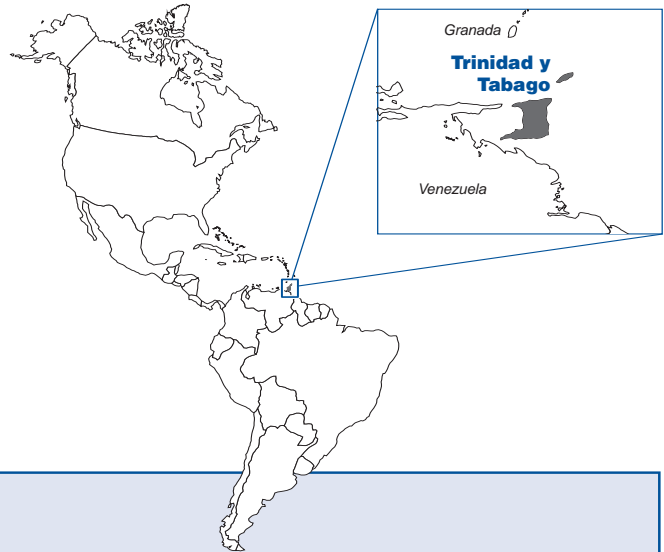
Los principales socios para el desarrollo internacional que trabajan en el sector salud son la OPS; el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria; el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); el Banco de Desarrollo Islámico; la Federación Internacional de Planificación Familiar; y la Unión Europea. Entre los donantes bilaterales se incluyen: los Países Bajos, EE.UU., Japón, Francia y Alemania. Entre ellos, la Cooperación Holandesa para el Desarrollo proporciona el mayor monto de financiamiento por un amplio margen y cubre el alcance más amplio de actividades relacionadas con la salud. También existe una estrecha cooperación entre las ONG locales y las instituciones privadas holandesas para la asistencia del desarrollo, por ejemplo, Cordaid.

Referencias

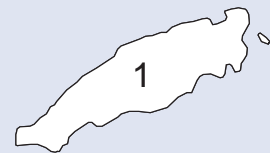
1. United Nations. Common Country Assessment of Development Challenges in Suriname (draft), June 2006.

2. Inter-American Development Bank. Governance in Suriname, IDB report 1999/2000. In: United Nations Common Country Assessment of Development Challenges in Suriname (draft), June 2006. p. 10.
3. Suriname, Ministry of Home Affairs, General Bureau of Civil Registration. Demographic data Suriname 2003–2004. January 2006.
4. United Nations Development Fund for Women, 2001.
5. United Nations, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Third Progress Report.
6. Neri M, Menke J. Sustainable combat against poverty: findings and policy recommendations for Suriname, 2000.
7. James V. A strategy for social development and poverty eradication. Paramaribo: United Nations Development Program; 2000.
8. Suriname, General Bureau of Statistics. Statistical Yearbook 2004. p. 49.
9. Government of Suriname; United Nations Children's Fund. Suriname Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2000. March 2001.
10. Suriname, National Bureau of Gender, 2000.
11. Suriname, General Bureau of Statistics. Seventh General Population and Housing Census. Volume I. 2005.
12. Suriname, Ministry of Home Affairs, General Bureau of Civil Registration. Demographic data Suriname 1998-1999. December 2000.
13. Surinamese Civil Code. Article 46. Paragraphs 1, 2, 4.
14. Suriname, Bureau voor de Openbare Gezondheidszorg. Epidemiologie data 2004. January 2006.
15. Suriname, Ministry of Health. Global Youth Tobacco Survey. November 2004.
16. Ashok Mungra. Confidential enquiries into maternal deaths in Suriname. [Doctoral thesis]. University of Leiden (Netherlands); 2000.
17. Leckie G, Pelsler R, Grünberg A, Bishoen S. Reproductive health and rights of adolescents in Suriname. Paramaribo; 1997.
18. Suriname, Ministry of Health; United Nations Population Fund; ProHealth. ICPD+10 Report. 2006. p. 106.
19. B. Adams. National Women's Movement. Survey report on Maroon fertility in four selected Maroon villages in the interior of Suriname. 2002. In: Third CEDAW periodic report of States parties (CEDAW/C/SUR/3).
20. Stichting Lobi. Contraceptive prevalence study 1992. In: MICS 2000.
21. Schalkwijk M, van den Berg W. Suriname. The situation of children in mining, agriculture and other worst forms of child labour: a rapid assessment. International Labor Organization, Subregional Office for the Caribbean; 2003. Available from: http://www.ilocarib.org.tt/childlabour/library/rapid_assessment/RASuriname.pdf.
22. Suriname, Ministry of Health. HIV/AIDS/SOA Surveillance Report 1983-2005. MOH; 2005.
23. Greenstone Belt Gold Mining Regional Environmental Assessment. Draft report. National Institute for Environment and Development in Suriname; July 2003.
24. Suriname, 1987 Constitution with Reforms of 1992.

TRINIDAD Y TABAGO



- 1 Tabago
- 2 Diego Martin
- 3 Tunapuna/Piarco
- 4 San Juan/Laventille
- 5 Puerto España
- 6 Arima
- 7 Sangre Grande
- 8 Chaguanas
- 9 Couva/Tabaquite/Talparo



Trinidad y Tabago es la segunda nación más grande y meridional de las antiguas Indias Occidentales Británicas. Tiene una superficie total de 5.128 km², de la cual 4.828 km² corresponden a Trinidad y 300 km² a Tabago. El clima es tropical con una temporada de lluvias y una temporada seca. La ciudad capital de Puerto España se encuentra en la costa noroeste de Trinidad. Según el censo nacional de 2000, la población de Trinidad y Tabago era de 1.267.366 habitantes, lo que representó un aumento de 4% con respecto a la década anterior. De este total, 96% reside en Trinidad y 4% en Tabago. La razón hombre/mujer es de 1:1, y la densidad de población es de 246 habitantes por km².

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Esta nación insular gemela se independizó de Gran Bretaña en 1962 y se constituyó en República dentro de la Comunidad de Naciones en 1977, con una democracia parlamentaria y un presidente designado por nombramiento. El Poder Ejecutivo está constituido por el Primer Ministro y un Gabinete designado de 23 ministros públicos. El Poder Legislativo depende del Parlamento y la legislatura bicameral está formada por una Cámara de Representantes y un Senado. El sistema de gobierno local consta de un cuerpo electo de 14 corporaciones formadas por dos ciudades, tres condados y nueve corporaciones regionales que están a cargo de las actividades gubernamentales en áreas específicas, principalmente el mantenimiento y la higiene del medioambiente general y los edificios públicos, incluido el sistema de evacuación de desechos sólidos. Tabago tiene su propia estructura política administrativa bajo el poder ejecutivo de la Ley de la Asamblea de Tabago.

Determinantes sociales, políticos y económicos

En 2005, el Gobierno de Trinidad y Tabago adoptó el Plan Estratégico Nacional Visión 2020 para promover una mayor inversión en el sector social y fortalecer y apoyar iniciativas sociales.

Las prioridades de desarrollo del Plan se centran en la promoción de un gobierno eficaz, que facilite proyectos económicos competitivos y proporcione una infraestructura sólida sin perjudicar el medio ambiente. Visión 2020 se centra en la inversión humana y el desarrollo de recursos, según lo evidencia un incremento sostenido en las asignaciones presupuestarias nacionales para 2005 para los sectores de la salud (30%) y la educación (32%) (1).

La creación de un Mercado y Economía Únicos de la CARICOM (Comunidad del Caribe) en 2005 plantea nuevos desafíos sociales que afectarán a los sectores de la salud y la educación, debido al consecuente aumento en el libre movimiento de personas, mercaderías, servicios y capital entre los países miembros y la necesidad de garantizar capital humano competitivo para el mercado. Esta dinámica también aumenta el riesgo potencial de transmisión de enfermedades y requiere de sistemas de vigilancia epidemiológica y de información sobre salud que sean innovadores, concertados y compartidos, así como la introducción de mejoras en la calidad y la cobertura de los servicios de salud de agencias públicas y privadas, incluido el programa de seguro social nacional.

Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) dentro del contexto de una economía estable, el Gobierno de Trinidad y Tabago desarrolló, decretó e implementó reformas y planes políticos y legislativos, y estableció organismos institucionales para acelerar el logro de los ODM. El informe de evaluación nacional de los ODM para 2004 indicó que la colaboración mundial para el desarrollo había aumentado a través de la aprobación de legislación *antidumping* y comercio justo; se había incrementado el acceso a la tecnología y a los servicios; la tasa del servicio de la deuda había disminuido; y también había aumentado la cobertura de los programas de asistencia social para los grupos vulnerables, como adultos mayores y familias que vivían por debajo de la línea de pobreza (2, 3).

La economía ha mostrado un crecimiento sólido (7% en 2005) con un aumento significativo en las exportaciones de energía, una deuda externa baja y mayores reservas externas. La inflación básica aumentó año a año, alcanzando un 3% a comienzos de 2005 debido a los crecientes costos de los alimentos. La inflación general se ha mantenido estable desde el año 2000 y fue

aproximadamente del 4% en 2004. El superávit de cuentas corrientes externas aumentó a 14% del producto interno bruto (PIB) en 2004, más elevado que el 9% de 2003. El ingreso bruto nacional per cápita aumentó en un 64% entre 2000–2004. El PIB a precios constantes de 2000 alcanzó 6% en 2005. La razón de dependencia fue 47% en 2000 y disminuyó a 41% en 2005. La producción agrícola disminuyó sostenidamente en la última década, y la contribución del sector agrícola al PIB cayó de 2% en 1999 a 0,7% en 2005. Esta caída puede atribuirse a varios factores, como el cierre de la principal compañía estatal de cultivo y procesamiento de la caña de azúcar en 2003 por una revisión de la tarifa y reglas comerciales de la Organización Mundial del Comercio (OMC) y la supresión de los subsidios de azúcar de la Unión Europea, los salarios bajos en el sector agrícola y el aumento a nivel mundial de los ingresos provenientes del gas y el petróleo. Como consecuencia, el valor de las importaciones de alimentos aumentó al 31% entre 2002 y 2004 (4–7).

La tasa de participación de la fuerza laboral se ha mantenido estable desde la década de 1990, especialmente para los hombres, debido a una disminución de la población trabajadora para lo cual se están importando trabajadores calificados y profesionales en las áreas social, productiva (como las empresas agrícolas, no agrícolas y manufactureras) y de la construcción.

Entre 1996 y 2000, la participación de la mujer en la fuerza laboral se mantuvo estable en 38%, con un aumento moderado en 2002, fundamentalmente en los sectores de servicios públicos e informales, y en los niveles administrativos y de ingresos más bajos. En 2000, el ingreso promedio de las mujeres como porcentaje del de los hombres fue más bajo en todas las categorías ocupacionales, con la disparidad más reducida en el sector de empleados (88%) y la más amplia para los legisladores y gerentes jerárquicos (53%). La tasa de desempleo de los jóvenes (de 15 a 24 años) fue de 25,4% en 2001; en las últimas tres décadas, el desempleo de las mujeres se ha mantenido constantemente más alto que el de los hombres.

La declaración de misión del Ministerio de Educación se centra en la modernización y renovación del sistema educativo con el objetivo institucional de alcanzar la educación primaria universal para 2015. Los objetivos de la política del Ministerio son mejorar y aumentar el acceso a las oportunidades educativas en todos los niveles, lograr y mantener la calidad en las escuelas, suministrar servicios de apoyo a los estudiantes y desarrollar recursos humanos competentes. La educación es obligatoria para los niños de hasta 12 años de edad; el informe nacional de evaluación de los ODM de 2004 indicó que los objetivos de la cobertura educativa se habían cumplido, aunque no todos los segmentos de la población se estaban beneficiando plenamente de las oportunidades disponibles.

En 2000, se estableció una política para la educación secundaria universal en Trinidad y Tabago, y durante el período de revisión todos los estudiantes que completaron la escuela primaria y rindieron el examen de ingreso para las 221 escuelas secundarias

existentes obtuvieron una plaza. En 2003, el gasto en educación pública como un porcentaje del PIB fue del 3%. El Informe de Seguimiento de la Educación para Todos (EPT) en el Mundo de 2005 colocó a Trinidad y Tabago entre los países con un índice alto (97%) de desarrollo de la EPT, una tasa de matrícula neta en la educación primaria de 94%, un índice de desarrollo de la EPT por sexo de 96% y una tasa de supervivencia hasta el 5° grado de 98%. La red nacional de educación cuenta con 917 centros educativos para la niñez, 22% de los cuales son públicos y están orientados a los niños de 3 a 5 años. Para el año lectivo 2002–2003, la razón alumno/maestro fue de 12:1. Hay 483 escuelas primarias para niños de 5 a 11 años; sin embargo, se considera que el 50% de los estudiantes se encuentra en grave riesgo de deserción escolar, debido a la ubicación geográfica de las escuelas. Después de la introducción de la educación secundaria universal, el ingreso de estudiantes de educación primaria a los estudios de nivel secundario aumentó en 79% para el año lectivo 2002–2003; la matrícula femenina fue de 49% y la razón alumno/maestro fue de 19:1. La educación secundaria se concentra en los estudiantes de 12 a 16 años, y quienes aprueban los exámenes de competencia avanzada continúan con los dos últimos años de la educación secundaria. En 2003, la matrícula femenina fue de 52%, con una razón alumno/maestra de 20:1. La tasa bruta combinada de la matrícula primaria, secundaria y terciaria mostró una tendencia descendente a comienzos de 1990, debido a factores socioeconómicos tales como el ajuste estructural, el desempleo y la migración de los padres. El cambio en la tasa de la matrícula primaria y secundaria fluctuó de una proporción negativa en el período 2000–2003 a 28% en las escuelas primarias y 1% en las secundarias. Con la introducción de la educación secundaria universal en el período 2000–2001, el patrón en decadencia en el nivel secundario mejoró en los años correspondientes al período 2002–2003 aunque se mantuvo una disminución en los que ingresaban por primera vez. Las mujeres predominaron en los niveles de matrícula secundaria y universitaria con una razón hombre/mujer en el último nivel de 1:1,5 en 2001.

La tasa de alfabetización estimada para 2003 para la población de 15 años y más fue de 99%, sin ninguna diferencia considerable entre ambos sexos. Las tasas de alfabetización son más altas entre mujeres de ascendencia india, pero más bajas para las mujeres de ascendencia africana que para los hombres de dicha ascendencia. Las familias de bajos recursos con niños matriculados en escuelas públicas reciben subsidios del gobierno para libros, transporte y comidas (desayuno y almuerzo). En 2001, el Gobierno de Trinidad y Tabago inició el programa de “dólar a dólar” como una manera de financiar la educación terciaria, al cubrir los gastos de los padres para la matrícula local. El presupuesto nacional de 2005 amplió su alcance mediante el compromiso de proporcionar una diplomatura local gratuita de educación terciaria para los nacionales (8–10).

La situación de los hombres plantea desafíos para el logro de los ODM debido a su escasa retención en escuelas y su mayor

mortalidad por el VIH/sida, causas externas, casos de violencia y delitos. El Ministerio de Desarrollo Comunitario, Cultura, y Asuntos de Género, junto con un Comité Interministerial y la participación del Consejo Nacional de la Mujer en carácter consultivo, promueve la política del Gobierno de Trinidad y Tabago en favor del género y el desarrollo. Un movimiento activo compuesto por organizaciones no gubernamentales (ONG) y comunitarias apoya el avance de la mujer, junto con un comité ad hoc que apoya a las mujeres en los sectores de producción y comercio. La Asamblea de Tabago también ha establecido una División de Género con una función consultiva similar como la de los diversos organismos que trabajan juntos en Trinidad. Entre 2000 y 2004, el porcentaje de bancas ocupadas por mujeres en el Parlamento aumentó de 11 a 19; en 2002, el Senado eligió a la primera mujer para que actúe como su Presidenta (11).

Se evidencian asuntos clave relacionados con la salud en la cantidad de informes sobre hechos delictivos y violentos graves (con la exclusión de accidentes de tránsito) que varían de 17.134 en 2000 a 16.387 en 2004 y 11.289 (hasta agosto de 2005). La Política Nacional de Género que aborde la violencia doméstica todavía está en elaboración, junto con un registro central para datos sobre violencia doméstica y un plan de acción nacional. Diversas ONG están trabajando en alianza para completar estas actividades, entre ellas la Asociación Nacional de Crisis por Violación (NRCS), servicios de líneas telefónicas directas gratuitas, una red de albergues para mujeres que son en su mayoría privados, el tribunal de familia (creado en 2004) y 19 centros informativos o comunitarios que se pueden consultar sin una cita previa. Las mujeres y los niños que viven sometidos a violencia doméstica y las parejas de las mujeres pueden acceder a una variedad de servicios públicos que comprenden desde el asesoramiento y la ubicación en trabajos alternativos hasta servicios médicos confidenciales. La NRCS notifica que la violación es el primer problema de abuso en el país y representa el 37% de todos los casos informados en 2004; las personas más frecuentemente afectadas son las mujeres de ascendencia africana en el grupo de edad de 12 a 17 años. Las mujeres fueron el grupo más afectado por la violencia doméstica, con una supremacía de hombres como autores del delito. Los datos parciales de los casos atendidos por la NRCS indican que los nuevos casos de abuso sexual infantil aumentaron de 7% a 10% entre 2000 y 2004, mientras que los nuevos casos de incesto disminuyeron de 16% a 8% y aumentaron los delitos y los agravios, como el conocimiento carnal ilegal (un término local que hace referencia a una relación o contacto sexual ilícito) y los delitos relacionados con narcóticos e intentos de suicidio. Los accidentes de transporte y las colisiones fatales aumentaron un 23% y 46%, respectivamente, durante el período 2000–2004 (12–16).

Según la última encuesta nacional de hogares (1997–1998), dentro de los nueve condados se identificaron cinco zonas de pobreza definidas. A nivel nacional, 21% de los hogares en Trinidad y 26% en Tabago fueron considerados como pobres. Los grupos

de población caracterizados como pobres fueron aquellos sin educación o con un nivel educativo inferior al requerido, los desempleados o subempleados, los obreros no calificados o semicalificados, los hogares liderados por mujeres, los hogares monoparentales con un ingreso mensual promedio de US\$ 95 a US\$ 160 (al cambio actual de TT\$ 6,27 = US\$ 1). Las causas principales identificadas para estos resultados incluyeron la falta de logros educativos y la instigación intergeneracional a cometer delitos, entre otras causas. Si bien no se observa una diferencia considerable entre ambos sexos entre los pobres, aproximadamente el 60% de este grupo no tiene título académico.

Los ocupantes ilegales representan 1% de la población, y 26% son pobres. Los jefes y jefas de hogar sin título académico representan el 77% del total de la población pobre. La evaluación nacional de los ODM de 2004 se centra en los temas de erradicación de la pobreza extrema y el hambre y plantea la necesidad de realizar encuestas más frecuentes sobre las condiciones de vida, fortalecer la capacidad institucional, llevar a cabo programas de erradicación de la pobreza, establecer objetivos mensurables, mejorar la calidad de la información y asegurar la continuidad de los nuevos empleos (3, 17).

Los grupos de población como los menores y los hombres y mujeres adultos jóvenes son generalmente grupos de alto riesgo para la incidencia de la mortalidad y la morbilidad, especialmente entre quienes viven bajo la línea de pobreza o aquellos cuyas conductas, estilos de vida y entornos sociales aumentan su exposición a lesiones externas, delitos, violencia, al VIH/sida y a las enfermedades no transmisibles. En 2003 se registraron 734 personas desplazadas socialmente, la mayoría hombres (niños de la calle, exconvictos, deportados, ancianos, drogadictos, personas con trastornos mentales y personas infectadas por el VIH). La mayor parte de este grupo vive en los dos centros urbanos principales (Puerto España y San Fernando). Entre 1997 y 2002, aumentó el número de personas deportadas que regresaron a Trinidad. En general, habían partido como menores con sus familias y ahora volvían a un entorno sin una estructura de apoyo, que no les resultaba familiar. Además de estar socialmente desplazados, no tenían empleo y eran propensos a la violencia y los delitos. La encuesta piloto de 2004 del Centro Epidemiológico del Caribe (CAREC) sobre el factor de riesgo conductual mostró que las mujeres padecen enfermedades con mayor frecuencia que los hombres, pero que también viven más años, y las personas con niveles educativos más bajos buscan asistencia médica con menos frecuencia que aquellas con niveles educativos más altos (18).

Un estudio de 2001 sobre sobrepeso, obesidad y grosor de los pliegues cutáneos en niños de ascendencia africana e índica, mediante la aplicación de normas internacionales para sobrepeso y obesidad y las curvas de referencia británicas (1990) para el índice de masa corporal (IMC), reveló que los niños de ascendencia africana eran más altos para su edad, pero tenían un IMC más bajo. La obesidad era más alta entre los niños afrotrinitenses,

especialmente entre las niñas. El estudio concluyó que el IMC más alto se asociaba con un IMC más alto en los padres del niño, mayor peso al nacer, mayor edad de la madre del niño, tamaño familiar más reducido y logros educativos más altos en la madre. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) estimó la población desnutrida en 11,9% para 2001. La fortificación de los alimentos como la harina con hierro y el complejo vitamínico B es obligatoria y se cumple por ley, pero la fortificación con calcio es optativa. El establecimiento de iniciativas “Amigos del Niño” en todos los hospitales principales y los esfuerzos del Comité Nacional de Lactancia Materna para mejorar las prácticas de lactancia materna han contribuido a la iniciación en la lactancia en 95% de las madres que amamantan, con tasas de lactancia materna exclusiva que varían entre 26% y 30% para lactantes menores de 4 meses. La Encuesta Agrupada por Indicadores Múltiples de 2000 realizada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estimó que el 6% de los niños menores de 5 años tenía bajo peso, menos del 0,5% presentaba un bajo peso de gravedad y 4% mostraba atrofas de crecimiento o signos de emaciación. En 2002, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) informó una prevalencia de 3% de sobrepeso entre los niños de edad preescolar. Los datos sobre la disponibilidad de alimentos indican que hay una cantidad excesiva de alimentos altos en energía, proteínas y grasas y que las disparidades de ingresos afectan la capacidad de la población para acceder a alimentos sanos en cantidades suficientes (19–22).

Una evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) del país indicó que el sistema nacional de salud identifica brotes a medida que surgen pero que, debido a prácticas insuficientes de vigilancia, su capacidad de pronóstico es limitada. El ejercicio de evaluación de las FESP también identificó la necesidad de evaluaciones regulares de la calidad y mejores mecanismos de retroalimentación para el ingreso de la información que se utiliza en la toma de decisiones y elaboración de políticas. Por lo tanto, la capacidad de respuesta institucional es débil. No se ha registrado una declaración oficial de brotes de enfermedades durante el período 2001–2005. Sin embargo, el riesgo de epidemia persiste y se controla estrechamente en los puntos de entrada, según el nivel de movimiento comercial y poblacional hacia dentro y fuera del territorio (23).

El 69% de los hogares recibió en 2000 agua suministrada por tuberías hasta su vivienda o patio de su vivienda y 67% disponía de baños conectados a un sanitario. Solamente el 26% de los hogares tenía un suministro de agua las 24 horas, los siete días de la semana. Por lo tanto, el almacenamiento de agua es una práctica habitual, y 57% de los hogares disponía de su propio tanque de almacenamiento. El acceso insuficiente al agua potable es atribuible a varios factores, incluida una pérdida de agua de 40% a 50% en el sistema de distribución, el deterioro de las propiedades y los programas deficientes institucionales y de recursos humanos. La calidad del agua suministrada cumple con los lineamien-

tos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la calidad del agua potable. Sin embargo, este logro se ve amenazado por la degradación ambiental, la destrucción de las cuencas de agua y la contaminación. La mayoría de la población (60%) es atendida a través de sistemas sépticos en el lugar, 10% por plantas centrales de tratamiento y 30% por letrinas (24).

Demografía, mortalidad y morbilidad

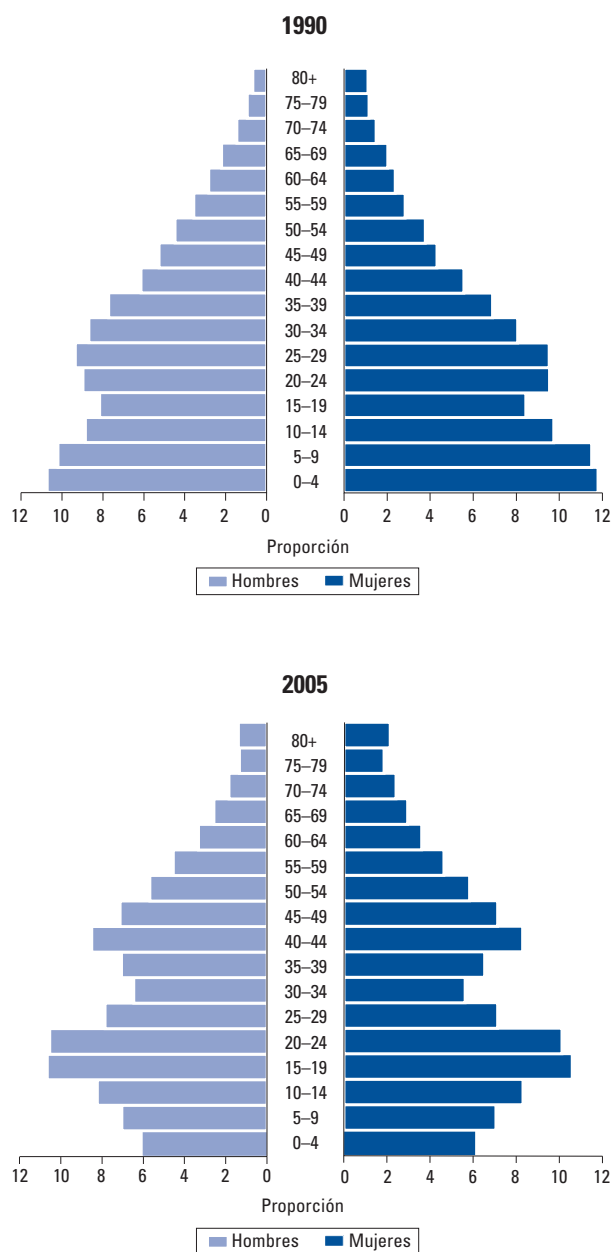
La población de Trinidad y Tabago presenta diversidad étnica, con un 41% de ascendencia india, 40% de ascendencia africana y 19% de otros grupos, incluidos chinos, europeos y del Medio Oriente. En los últimos 20 años, la proporción de la población menor de 15 años se redujo, mientras que la porción de las personas de 60 años o más aumentó. La estructura de grupos de edad de la población es de 21% para el grupo de edad de 0 a 14 años, 71% para el de 15 a 64 años y 8% para el grupo de edad de 65 años y más. El país se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica, con una tasa de natalidad baja y tasas de fecundidad disminuidas, lo que da por resultado una tasa baja de crecimiento poblacional. Las estimaciones de población indican una tasa de natalidad bruta de 14 por 1.000 habitantes y un crecimiento de la población de 0,3 por 1.000 habitantes para el período 2000–2005, con una tendencia descendente anticipada para la próxima década. La distribución de la población, por edad y sexo, para 1990 y 2005 se muestra en la figura 1.

La tasa total de fecundidad comenzó a decrecer en la década de 1970, y en 2005 se estimó en 1,75 niños nacidos por mujer, lo que colocó al país por debajo de la tasa de sustitución generacional. La caída se debe principalmente a la emigración de los nacionales en busca de mejores mercados laborales. La tasa neta de migración fue –10,87 emigrantes por 1.000 habitantes para 2005. La estimación de la esperanza de vida al nacer en 2005 fue de 71 años para la población total, 69 para los hombres y 74 para las mujeres. Noventa y cuatro por ciento de los hogares se encuentran en Trinidad, con un tamaño promedio de 3,7 personas por hogar y una tasa de fecundidad total de 1,4 niños por mujer. Los roles históricos coloniales influyen en la distribución geográfica de los grupos étnicos: los de ascendencia india residen principalmente en localidades rurales y con orientación agrícola, mientras que los de ascendencia africana suelen vivir en zonas urbanizadas, donde trabajan fundamentalmente en las industrias de los servicios y organismos relacionados con el gobierno (24–26).

Los datos sobre la mortalidad general están disponibles hasta 2001, año en que la tasa bruta de mortalidad fue de 8 por 1.000 habitantes. La mortalidad materna fue de 39 por 100.000 nacidos vivos y la mortalidad infantil de 19 por 1.000 nacidos vivos en 2001 (Figura 2).

Ese mismo año, las defunciones totales crecieron hasta 3% en comparación con 2000, y los hombres representaron el 56% de ese valor; el grupo de edad de 50 a 74 años representó 40% de todas las defunciones. En 2000, las cardiopatías, la diabetes, las

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Trinidad y Tabago, 1990 y 2005.



neoplasias malignas y las enfermedades cerebrovasculares en conjunto representaron 61% de todas las defunciones (25, 26). Las 10 causas principales de mortalidad para 2001 se presentan en el cuadro 1.

En un poco más de una década, las tasas de mortalidad en lactantes ocasionada por afecciones originadas en el período prenatal se duplicaron, de 678 por 100.000 nacidos vivos para el

período 1984–1986 a 1.368 por 100.000 nacidos vivos para el período 1998–2000. Este aumento se atribuye a los problemas relacionados con la calidad de la atención prenatal y a la detección temprana de afecciones de alto riesgo durante el embarazo. Las lesiones externas fueron la principal causa de muerte en ambos sexos en el grupo de edad de 15 a 24 años para el período 2000–2005. Entre 2000 y 2004, las tasas de mortalidad debido a accidentes de transporte crecieron de 12 a 19 por 100.000 habitantes. Los accidentes fatales ocurrieron con mayor frecuencia durante los fines de semana y en las horas de la noche; 87% se registró en el grupo de edad de 15 a 44 años en 2004. El suicidio tiene mayor prevalencia en la población de ascendencia india, con la ingestión de pesticidas como la modalidad más utilizada.

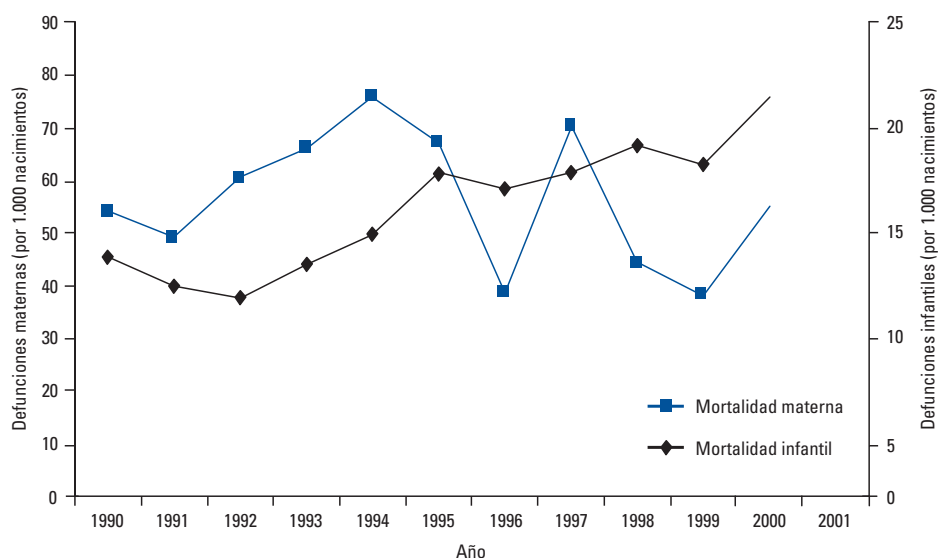
Los registros del CAREC muestran una disminución en los números de casos de algunas enfermedades prevenibles por inmunización: varicela, meningitis, paperas, rubéola y tétanos (excluido el neonatal). Entre los episodios de otras enfermedades o afecciones que también han disminuido se incluyen: la parálisis flácida aguda, enfermedades transmitidas por los alimentos, la leptospirosis, la salmonelosis, la sarna, la shigelosis, todas las formas de hepatitis y la encefalitis viral. Las enfermedades que han mostrado un incremento son la conjuntivitis hemorrágica aguda, el dengue en todas sus formas, la gastroenteritis, las infecciones gonocócicas, la influenza, la enfermedad de Hansen, la sífilis y todas las formas de tuberculosis. Durante el período 2001–2005, no se registraron casos de cólera, envenenamiento por ciguatera, tos convulsa, rabia humana, tétanos neonatal, fiebre tifoidea y fiebre amarilla (27, 28).

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Se registraron 383 defunciones entre niños menores de 1 año en 2000, las causas principales se atribuyeron a afecciones originadas en el período prenatal como trastornos respiratorios (hipoxia intrauterina y asfixia al nacer) y anomalías congénitas. Estas defunciones se relacionan con deficiencias en la calidad de la atención prenatal brindada en todos los niveles del sistema de salud y, por lo tanto, a la escasa detección temprana de condiciones de alto riesgo. La tasa de mortalidad para el grupo de edad de 1 a 4 años fue de 8 por 1.000 habitantes en 2000.

Se estima que 6% de los niños menores de 5 años tienen bajo peso, y que 4% presentan atrofiaciones de crecimiento o signos de emaciación. En 2002, la práctica de lactancia materna exclusiva en niños de 1, 2 y 3 meses de edad, era de 44%, 33% y 27%, respectivamente. El Ministerio de Salud está implementando una iniciativa hospitalaria a nivel nacional, “Amigos del Niño”, para alentar la creación de entornos que faciliten la lactancia dentro de establecimientos de salud y entre la población. El número de niños de 1 a 4 años atendidos en establecimientos de atención primaria de salud disminuyó de 4.128 en 2000 a 3.783 en 2003.

FIGURA 2. Tasas de mortalidad maternoinfantil, Trinidad y Tabago, 1990–2001.**CUADRO 1. Principales causas de defunción por orden de importancia, número de defunciones, porcentaje de defunciones totales y porcentaje acumulativo, Trinidad y Tabago, 2001.**

Causas	Número	Porcentaje de defunciones	Porcentaje acumulativo
Cardiopatías isquémicas	1.631	16,7	16,7
Diabetes mellitus	1.340	13,7	30,4
Neoplasias malignas	1.211	12,4	42,8
Enfermedades cerebrovasculares	972	10,0	52,8
Causas externas	569	5,8	58,6
Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	541	5,5	64,1
Enfermedades hipertensivas	406	4,2	68,3
Otras cardiopatías	330	3,4	71,7
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	224	2,2	73,9
Insuficiencia renal	173	1,9	75,8

Fuente: Informe sobre población y estadísticas vitales, Oficina Central de Estadísticas. Ministerio de Planificación y Desarrollo, Gobierno de Trinidad y Tabago.

Las cinco causas principales de diagnósticos de alta hospitalaria para el grupo de edad de 1 a 4 años fueron enfermedades del sistema respiratorio; lesiones, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas; síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio; determinadas enfermedades infecciosas y parasitarias; y enfermedades del sistema digestivo, con una prevalencia mayor en hombres. Durante el período 2003–2004, 9% de los lactantes nació de madres infectadas por el VIH. Desde 2005, la prioridad institucional se ha centrado en la detección temprana y la solución de discapacidades visuales y auditivas para el total de los niños matriculados en las escuelas primarias. El 10% de los niños se sometieron a exámenes de tamizaje durante 2005 y 20% obtuvieron un resultado negativo en el primer tamizaje.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Se registraron 36 defunciones en este grupo de edad en 2000, con una leve supremacía entre los varones; las causas principales fueron las causas externas, seguidas de lesiones, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del sistema circulatorio y ciertas infecciones y enfermedades parasitarias. Aunque la malnutrición es poco frecuente entre los escolares en este grupo de edad, existen, sin embargo, focos de deficiencias nutricionales, basados en los informes de malnutrición proteico-energética y deficiencia de hierro, junto con los niveles crecientes de obesidad. Entre los estudiantes se registran conductas violentas y una iniciación sexual temprana, junto con el consumo de tabaco y dro-

gas, que representan amenazas que los servicios de salud escolar deben abordar. El Ministerio de Salud informa que la enfermedad drepanocítica, las afecciones crónicas (principalmente el asma), las causas externas y las lesiones son las principales causas de morbilidad y mortalidad entre los escolares. En una encuesta de referencia de 2004 sobre los niveles de plomo en sangre realizada en 1.761 niños en el grupo de edad de 5 a 7 años en ambas islas, estos niveles variaron de $< 1\mu\text{g/dL}$ a $29\mu\text{g/dL}$. Solamente tres niños en Trinidad alcanzaron el nivel determinado por los E.U.A. para el envenenamiento con plomo (nivel de plomo en sangre $> 6 = 20\mu\text{g/dL}$). No hubo diferencias significativas por edad, sexo, origen étnico o grupo de ingresos (29, 30).

Salud de los adolescentes (10-14 años y 15-19 años)

Las tasas de mortalidad en 2000 para los grupos de edad de 10 a 14 años y de 15 a 19 años fueron 0,49 y 0,87, respectivamente, por 1.000 personas y fueron mayores entre los varones en ambos grupos de edad. Una revisión realizada en 2005 sobre los servicios prestados a 112 adolescentes entre 10 y 19 años en toda la nación en la única clínica de orientación infantil del país indicó que la depresión (33%) fue el trastorno más común para el cual se buscaba tratamiento, seguida de problemas de conducta (13%), retardo mental (11%), abuso de sustancias (10%), ansiedad (9%) y psicosis (5%). Los trastornos mentales tenían mayor prevalencia entre las mujeres que entre los hombres y entre los adolescentes de 15 a 19 años sin diferencias en cuanto a su zona de residencia; sin embargo, en un gran número de casos se trataba de niños procedentes de entornos familiares social o económicamente inestables, que residían en zonas marginadas.

La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud de 2000, un estudio escolar apoyado por la OMS que recopiló datos de adolescentes de 13 a 15 años, mostró que 19% de los adolescentes fumó su primer cigarrillo antes de los 10 años de edad, sin una diferencia significativa entre ambos sexos; de la muestra representativa de todas las escuelas secundarias, 40% de los estudiantes había fumado cigarrillos por lo menos una vez en su vida, lo que es 5% más alto que el número hallado en un estudio de prevalencia similar realizado en 1988. La prevalencia de tabaquismo fue más alta entre hombres que entre mujeres y aumentó en frecuencia entre los grupos de edad de personas mayores. Se observó un patrón de prevalencia similar entre los fumadores actuales, con un incremento de 11% en 1998 a 14% en 2000. De los entrevistados, 84% informó la exposición a anuncios publicitarios de cigarrillos (31).

El Ministerio de Educación notificó un aumento repentino en las conductas violentas y los problemas disciplinarios, entre los estudiantes secundarios en el período 2000–2003, con una mayor proporción de conductas molestas entre los varones. Los embarazos de adolescentes de 13 a 19 años representaron 15% de los nacidos vivos en 2000. Ese mismo año, un estudio representativo relacionado con las necesidades de salud sexual de adolescentes

de edad escolar secundaria en Tabago identificó las preocupaciones prioritarias que llevan a la iniciación temprana de relaciones sexuales como el desempleo, la drogadicción y el acceso limitado a oportunidades educativas y de desarrollo. Otros factores, como la pobreza, entornos familiares inestables y tener sexo con múltiples parejas, aumentaron aún más la vulnerabilidad a conductas de riesgo (25, 32, 33).

Salud de los adultos (20-59 años)

Las tasas de mortalidad están disponibles solamente para el año 2000 para este grupo de edad; las tasas varían de 2,0 por 1.000 habitantes entre las personas de 20 a 24 años a 14,0 entre el grupo de edad de 55 a 59 años, con una supremacía entre los hombres en ambos casos. Las causas principales de defunción fueron enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de neoplasias, ciertas infecciones y enfermedades parasitarias; y lesiones, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas. Los hombres jóvenes son el grupo de población con mayor cantidad de defunciones por violencia y causas externas. La encuesta piloto sobre el factor de riesgo conductual de 2004, realizada por el CAREC, encontró que las mujeres tienen un patrón más coherente de conductas de búsqueda de atención de salud que los hombres; las mujeres y los adultos mayores representaron los grupos más consecuentes en el control de su presión sanguínea y niveles de glucosa; los adultos, principalmente los que tenían un nivel educativo más alto, controlaron su nivel de colesterol más frecuentemente; solo 50% de las mujeres en el grupo de edad de 35 a 54 años informó haberse realizado una prueba de Papanicolaou; y más mujeres que hombres informaron usar siempre cinturones de seguridad en los vehículos (18).

Los hombres, los jóvenes y los adultos jóvenes de niveles educativos más bajos fueron los grupos que participaron más frecuentemente de actividades físicas. Se consideró levemente obesos a los hombres y a las mujeres con un IMC de 27 para las personas de 33 a 44 años y con un IMC normal para las de 18 a 24 años; el último grupo más joven consumía menos frutas y vegetales, sin que se observara una diferencia entre ambos sexos. Los hombres fumaban más que las mujeres, especialmente los del grupo de edad de 45 a 54 años, así como también aquellos de niveles educativos más bajos; las mujeres, sin embargo, hicieron más intentos para dejar de fumar y experimentaron un éxito mayor en sus esfuerzos por lograrlo. El consumo de marihuana no dependía de los niveles educativos; las mujeres informaron un consumo más frecuente; el consumo de cocaína fue insignificante (18, 26).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Para 2000, el tamaño de la población de 60 años y más había aumentado en un 345% con respecto a las cifras de 1985. Este grupo de edad representó 10% del total de la población en el año 2000, de la cual los hombres representaron 53%; entre el grupo de edad de 80 años y más, las mujeres representaron 58%, una

predominancia inferior si se compara este porcentaje con 63% de 1985, lo que indica un aumento en la esperanza de vida entre los adultos mayores del sexo masculino. Esta tendencia en el envejecimiento de la población pone de manifiesto la necesidad de programas sociales; se estima que para el año 2025, el tamaño de la población de 60 años y más será mayor que el del grupo de edad de 18 años. Según el censo de 2000, se registraron 38 personas de más de 60 años por cada 100 niños, una situación que causará un aumento constante en las tasas de dependencia en las próximas décadas. Más de dos tercios de los adultos mayores reciben beneficios de pensión suministrados por el gobierno; se estima que la mayoría de la población de 60 años y más no está preparada financieramente de manera adecuada para el retiro y depende de otras fuentes de ingresos, principalmente de los miembros de la familia. Las mujeres mayores tienen niveles de ingresos menores y menos oportunidades de empleo que los hombres. Del total de la población no institucional de 65 años y más, solamente 9% estuvo representada en la fuerza laboral de 2001. El censo poblacional de 2000 mostró que el mayor logro educativo para 67% de las personas de 60 años o más fue el nivel primario. En 2001, la tasa de mortalidad para la población de 50 años o más fue 32 por 1.000 habitantes. Los hombres predominaron en el número de defunciones, pero las mujeres de 80 años o más presentaron un mayor porcentaje (79%) del total de defunciones de mujeres registradas. La principal causa de mortalidad fueron las cardiopatías, seguidas de la diabetes mellitus, las neoplasias malignas, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades del sistema respiratorio. Los registros de alta hospitalaria de los hospitales públicos no muestran diferencias entre ambos sexos, pero identifican el diagnóstico de alta hospitalaria más frecuente como el relacionado con cardiopatías y enfermedades del sistema digestivo, seguido de lesiones, envenenamiento y enfermedades cerebrovasculares, con esta última causa observada apenas con mayor frecuencia entre las mujeres. Según los datos del censo poblacional de 2000, 40% de las personas de 60 a 69 años informó padecer una discapacidad o enfermedad crónica, con un predominio entre los hombres; mientras que entre las personas de 70 a 79 años, la cifra fue de 36%, nuevamente con un predominio de hombres; y para las personas de 80 años y más, fue de 24%, con un predominio de mujeres (34–37).

Salud de la familia

Según el censo poblacional de 2000, el número promedio de personas que vivían en 94% de los hogares en el país era de 2,64 personas, una situación que no describe los hogares con un índice alto de ocupación y que están ubicados en las zonas marginales. Para el mismo período, el número de matrimonios disminuyó 7% y el de divorcias aumentó 62% en comparación con las dos décadas previas. El 69% de las familias tenía a un hombre como jefe de hogar. El 31% de los hogares tenía una mujer como jefa de hogar, de las que 19% eran madres solteras. En 2000, 96%

de los nacimientos institucionales fue atendido por personal especializado; en 2002, se registraron 36 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años, una situación que destaca la necesidad de abordar los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva en el ambiente familiar. La prevalencia del uso de anticonceptivos, independientemente del método, se estimó en 38% en 2000. La violencia doméstica es un problema de salud pública cada vez más importante; en 2000, 87% de las víctimas fueron mujeres, siendo generalmente hombres los autores del delito. Las mujeres y los niños sometidos a maltrato de cualquier índole pueden acceder a una red nacional de 13 albergues; en la actualidad, no existen servicios similares para hombres. Se ofrece asesoramiento a las mujeres afectadas y a sus parejas a través de las ONG y diversos servicios de salud mental, o según lo determine el sistema judicial sobre familia (15, 24). Durante el período 2001–2002, se registraron 17 defunciones entre adultos y 4 entre menores asociadas con la violencia doméstica.

Salud de los trabajadores

En el período 2001–2005, la Junta Nacional del Seguro, que cubre más del 50% de la fuerza laboral, notificó 13.092 reclamos por lesiones en el lugar de trabajo y 2.496 reclamos por discapacidad. Se produjeron 22 defunciones por incidentes ocupacionales en 2004 y 57 en 2005. Más de 80% de todas las lesiones y discapacidades registradas afectaron a hombres, y menos de 20% a mujeres, si bien las mujeres comprendían 39% de las personas empleadas para el período 2001–2005. Como los hombres predominan en la fuerza laboral de la construcción y la industria pesada del país, tienen más riesgo de padecer lesiones o enfrentar la muerte debido a condiciones laborales inseguras e insalubres. Para el mismo período, de las 239 defunciones registradas relacionadas con la ocupación, solamente 3% estaba representado por mujeres. Se estima que entre 2% y 4% de los niños de 5 a 14 años realiza algún tipo de trabajo, y aproximadamente 1% recibió remuneración en 2000. La Encuesta de Evaluación Rápida de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) realizada en 2002 en Trinidad identificó las siguientes áreas como aquellas en las que se desempeñan los niños y jóvenes trabajadores: recolección de basura y actividades agrícolas, domésticas y comercio sexual (22, 38, 39).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

En 2000, 2001, y 2003 el Ministerio de Salud informó más de 2.000 casos anuales de **dengue** clásico; 6.000 ocurrieron solamente durante el año 2002, coincidiendo con el reingreso del serotipo 3 del dengue. Durante 2004 y 2005, se informaron 400 y

519 casos de dengue clásico, respectivamente. En 2002, se registraron 218 casos de **fiebre hemorrágica por dengue** (FHD) y no se registraron casos en 2005. Esta reducción no necesariamente refleja una tendencia, ya que los cuatro serotipos del dengue y el mosquito *Aedes* son endémicos. Se registraron 45 defunciones debido a la FHD durante el período 2000–2002, con un predominio de defunciones masculinas en todos los años. No se notificaron defunciones en el período 2003–2005 por la FHD en el sistema de salud pública. Si bien se declaró la erradicación de la **malaria** en 1965, continúan los informes anuales de casos importados y de un número reducido de casos autóctonos de *P. malariae* en el sur de Trinidad. Para el período 2001–2005, se registraron 29 casos importados y 13 casos autóctonos, sin víctimas fatales.

No ha habido casos de **fiebre amarilla** desde 1979 a la fecha, ni de **filariasis linfática** durante el período 2001–2005. Lo primero se debe, en gran medida, a la inmunización generalizada, y lo segundo a la quimioterapia masiva en localidades afectadas. La vigilancia actual sugiere que ha habido una interrupción satisfactoria en la transmisión de la filariasis linfática, y el país ahora desea ser certificado como libre de filariasis linfática (27, 40).

Enfermedades inmunoprevenibles

En 2000, se introdujeron las vacunas para la hepatitis B y la *haemophilus influenza* tipo b (Hib) en el programa de inmunización nacional como parte de una vacuna pentavalente combinada DPT/HepB/Hib. Para extender la cobertura, las vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se administran en centros de salud pública y a cargo de médicos privados en forma gratuita. La cobertura nacional creció de 90% en 2000 a 94% en 2004, y todo el personal de salud, incluidos los médicos internos, que participan del Programa se capacitan anualmente. No se han registrado brotes de enfermedades inmunoprevenibles en el grupo de edad pediátrica, aunque se notificó un caso aislado de **difteria** en 2002 (41).

No se notificaron casos de **polio**, **rubéola** o **sarampión** en el país entre 2000 y 2005.

Enfermedades infecciosas intestinales

La **gastroenteritis**, sin especificación de edad, fue la enfermedad más comúnmente notificada a la Unidad de Vigilancia Nacional durante el período 2000–2005. Desde 2004, la incidencia específica según la edad mostró una caída discreta para el grupo de 0 a 5 años aunque no hubo una intervención nacional destinada a los niños en edad preescolar. Los cambios se atribuyen a las mejoras en las fuentes de agua segura en los hogares y las iniciativas de promoción y prevención de la salud, incluida la iniciativa de hospitales “Amigos del Niño”. No existen programas de eliminación de gusanos para la infección por helmintos, ni hay datos detallados disponibles por edad o sexo, pero el registro de la Unidad de Vigilancia Nacional muestra una disminución en la frecuencia de los casos de 315 en 2000 a 285 en 2005 (42).

Enfermedades crónicas transmisibles

La **tuberculosis** muestra una mayor prevalencia de casos entre los hombres de ascendencia africana y el grupo de edad de 25 a 44 años, con tasas de incidencia que fluctuaron en el período de 2000–2004 de 16 por 100.000 habitantes en 2001 a 18 por 100.000 habitantes en 2002. En 2004, la tasa de notificación anual fue de 12 por 100.000 habitantes. La comorbilidad de tuberculosis/HIV fue 26% en 2004, con una tendencia ascendente en comparación con el 12% en 1990; otras comorbilidades importantes identificadas con la tuberculosis son el abuso de sustancias (35%) y la diabetes (13%). El Programa Nacional de Tuberculosis informó una tasa de cura de 70% con un 15% de personas que no notifican la enfermedad y un 10% de mortalidad en 2004. La prevalencia de **lepra** fue de 0,44 por 100.000 habitantes, con una detección de nuevos casos de 0,24 en 2003. Los casos tuvieron mayor prevalencia entre los hombres que entre las mujeres y no mostraron un patrón de diferenciación por origen étnico o edad (28, 43–45).

Infecciones respiratorias agudas

Según los informes del CAREC, durante el período 2000–2005 hubo una epidemia de **infecciones respiratorias agudas** en el grupo de edad de 5 años y menos, con 15 casos confirmados en 2000 y 12.064 casos en 2005. Al mismo tiempo, los presuntos casos de **influenza** disminuyeron de 41.125 en 2000 a 23.511 en 2005. La vigilancia de enfermedades respiratorias aumentó durante el período y persiste debido a la amenaza de brotes de la enfermedad del **síndrome respiratorio agudo severo** y la **influenza aviar**. Los informes del Ministerio de Salud para el período 2000–2003 sitúan a las enfermedades del sistema respiratorio entre los principales 5 de 12 diagnósticos de alta hospitalaria. Las causas principales son asma, otras infecciones agudas del tracto respiratorio superior, neumonía, otras enfermedades del sistema respiratorio, bronquitis, enfisema y otras.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Para el período 2000–2004, el número acumulativo de infecciones por el **VIH** informado en los establecimientos de salud pública desde el comienzo de la epidemia en 1983 aumentó 37%, mientras que el número de casos de **sida** disminuyó en un 34%. La razón hombre/mujer para las nuevas infecciones disminuyó de 1,6:1 en 2000 a 1,2:1 en 2004; la mayoría de las nuevas infecciones ocurrió principalmente entre mujeres y en el grupo de edad de 15 a 49 años: 67% en 2000 y 70% en 2004. En el período 2000–2004 disminuyeron los casos de defunciones por sida por año en los establecimientos públicos; esta disminución se puede atribuir a la iniciación del tratamiento antirretroviral que se ofrece gratuitamente en diversos centros públicos. La vía sexual siguió siendo el principal modo de transmisión del VIH en este período. Las defunciones por el VIH/sida aumentaron de 519 en 1999 a 535 en 2000; de estas defunciones, 349 (65%) correspondieron a hombres, lo que redujo la diferencia con las mujeres registrada en años

anteriores. En 2000, el grupo de edad de 30 a 39 años representó 177 (33%) defunciones, mientras que el grupo de edad de 40 a 49 años representó 144 defunciones (27%) y el de 20 a 29 años representó 97 (18%). Las defunciones por el VIH (65%) se produjeron mayoritariamente en las zonas urbanas (26, 46).

En un esfuerzo por sensibilizar a la población sobre la importancia de conocer el estado individual del VIH, el sector de salud pública amplió el asesoramiento voluntario y los servicios para la realización de pruebas. Por consiguiente, las pruebas de detección del VIH en establecimientos públicos aumentaron en un 35% durante el período 2000–2004. A través del programa de prevención del contagio de la madre al hijo, una mayor disponibilidad y mejor acceso a las pruebas de detección del VIH para las mujeres embarazadas aumentaron de 46% a 97% en el período 2000–2003, y las pruebas propiamente dichas, después del asesoramiento, aumentaron de 16% a 96%. La tasa de resultado positivo en este grupo osciló entre 1% y 2%. Las madres VIH positivas pueden acceder al tratamiento antirretroviral gratuito. Los lactantes de madres VIH positivas son sometidos a la prueba al nacer; durante el período 2000–2003, todos los lactantes VIH positivos recibieron un tratamiento nutricional gratuito de reemplazo (leche de fórmula para bebé); asimismo, este grupo de madres recibió asesoramiento con respecto a la importancia de no eludir la lactancia materna (47).

Cuatro centros ofrecen tratamiento antirretroviral para adultos, incluso para mujeres embarazadas, mientras que dos instituciones (una pública y una privada) brindan tratamiento exclusivamente para niños. Durante el período 2000–2004, 40% de todas las personas VIH positivas estaba recibiendo tratamiento y atención y 23%, tratamiento antirretroviral; en 2004, 7% de los que recibían cobertura eran niños. El 95% de los que recibían tratamiento y atención residía en Trinidad; los datos no están desglosados por sexo y no incluyen a los individuos que reciben tratamiento en establecimientos de atención privada o en el extranjero. Una evaluación realizada en el año 2005 en uno de los centros de atención pública y tratamiento del país puso de manifiesto los diversos obstáculos para la ampliación de la cobertura. Entre ellos se incluía la cantidad limitada de camas, la escasez de personal capacitado y equipos multidisciplinarios para clínicas con pacientes hospitalizados y ambulatorios, y cuestiones de confidencialidad relacionadas con la prestación de los servicios (48–52).

La Clínica y Centro de Asesoramiento de Queens Park brinda atención a las personas que padecen infecciones de transmisión sexual (ITS) a través de una red nacional de siete establecimientos satélites. En el período 2000–2004, se registraron reducciones en el número de casos de sífilis (42%), gonorrea aguda (42%), verrugas genitales (41%), tricomoniasis (76%) y vaginosis bacteriana (53%), mientras que los casos de herpes genitales aumentaron un 25%. Para el mismo período, hubo una mayor incidencia entre las mujeres de sífilis, tricomoniasis y vaginosis bacteriana, mientras que la gonorrea aguda y las verrugas genitales afectaron

especialmente a los hombres. Los datos de infecciones de transmisión sexual (ITS) para Tabago para el período 2003–2004 muestran una reducción en el número de casos de gonorrea aguda (17%) y de sífilis (14%), junto con un aumento en el número de muestras de sangre VIH positivas (88%) (53, 54).

Entre los grupos de población vulnerables identificados para la promoción de comportamientos sexuales saludables, el Plan Estratégico Nacional para el VIH/sida del período 2004–2008 incluye a las mujeres jóvenes, los adolescentes, los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, los trabajadores sexuales, la población penitenciaria y los consumidores de sustancias. En el período 2000–2004, el grupo de edad de 25 a 34 años fue el más afectado por la epidemia y registró el mayor número de nuevas infecciones por VIH/sida por año, seguido del grupo de edad de 15 a 24 años. Un análisis realizado por el Comité Coordinador Nacional para el Sida indicó que los programas para el VIH/sida fueron financiados principalmente por el sector público (69%), seguido de fuentes extranjeras (20%) y el sector privado (11%) (54–56).

Zoonosis

Para el período 2000–2005, los casos de **leptospirosis** informados por año han variado de una cifra elevada como 161 en 2002 a 102 en 2005. En 2000, hubo 29 víctimas fatales, 83% de las cuales eran personas de más de 40 años: 76% eran hombres y 24%, mujeres. No se informaron defunciones en el grupo de edad de menores de 15 años. De igual modo, durante 2001 se registraron 16 defunciones (9 hombres y 7 mujeres); 69% de estas ocurrieron en el grupo de población de más de 40 años. Desde la década de 1960, la leptospirosis ha pasado por la transición de ser una enfermedad concentrada en las zonas agrícolas a una enfermedad que ahora es habitual en zonas urbanas. No se notificaron casos de rabia para el período 2001–2005. En 2004, se encontró que varios caballos y pájaros eran seropositivos para el **virus del Nilo Occidental**. Desde entonces, todas las muestras de sangre de dengue y fiebres no especificadas se someten a pruebas para la detección del virus del Nilo Occidental, sin haberse notificado ningún caso en seres humanos hasta fines de 2005 (28).

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Los trastornos endócrinos, nutricionales y metabólicos ocupan posiciones que varían entre los primeros a los duodécimos diagnósticos más frecuentes de alta hospitalaria del 80% de los hospitales de la nación, siendo la **diabetes** la principal causa durante el período 2000–2003. Los datos disponibles sobre la mortalidad para 2000 muestran las tasas para enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en 112 por 100.000 habitantes con tasas más altas entre mujeres (118) que hombres

(108). En 2000, la diabetes representó 14% de todas las defunciones (26, 57).

Enfermedades cardiovasculares

Las tasas de mortalidad en el año 2000 para las enfermedades del sistema circulatorio fueron 279 por 100.000 habitantes, con tasas más altas entre los hombres (293) que entre las mujeres (264). Las **enfermedades cerebrovasculares**, la **hipertensión** y otras **cardiopatías** siguen a las **cardiopatías isquémicas**, y los hombres registran mayores tasas que las mujeres en todas las causas. A pesar de ello, el perfil del estudio de 2004 del CAREC sobre el factor de riesgo conductual reveló que ambos sexos compartían diversos factores de riesgo, como el tabaquismo, los estilos de vida sedentarios y una dieta inadecuada (18, 26, 57).

En 2000, la hipertensión representó 4% de todas las defunciones. Ese mismo año, las cardiopatías isquémicas fueron el principal diagnóstico de alta hospitalaria en 80% de los hospitales en la nación; esta causa también representó la proporción más alta del total de defunciones (17%).

Neoplasias malignas

La tasa de mortalidad por **neoplasias malignas** fue de 99 por 100.000 habitantes en 2000; los hombres registran tasas de 104 por 100.000 habitantes y las mujeres de 94 por 100.000 habitantes. Según el Registro Nacional del Cáncer del período 2000–2004, los principales sitios afectados por neoplasias malignas a nivel nacional fueron la próstata, seguida de las mamas, el colon y el recto, el cuello del útero, y los bronquios y los pulmones, mientras que para las mujeres fueron las mamas, seguidas del cuello del útero, el colon y el recto, el cuerpo del útero y los ovarios. En el período 2000–2003, los principales casos de cáncer responsables de la mortalidad fueron los de próstata (28%), seguidos los de mama (14%), colon y recto (13%), bronquios y pulmones (11%) y leucemia (7%). Se observa la misma distribución de los sitios afectados por el cáncer para las mujeres que para los hombres, a excepción de las mamas, siendo el estómago el quinto sitio principal; el 90% de las neoplasias de próstata se produjo en el grupo de edad de 65 a 85 años o más. Entre las mujeres en el grupo de edad de 25 a 85 años o más, más de la mitad de todas las defunciones se debió a neoplasias de las mamas (23%), cuello del útero (11%), colon y recto (11%) y el cuerpo del útero y los ovarios (8%) (26, 57, 58).

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Para el período 2000–2005, la Oficina de Preparación y Manejo ante Desastres informa que las inundaciones localizadas y en toda la isla fueron el mayor problema de urgencias, lo que ocasionó interrupciones en el transporte, pérdidas agrícolas y daños

a la propiedad. En setiembre de 2004, los desprendimientos de tierras relacionados con el huracán Iván cobraron las vidas de tres personas en Tabago (12, 16).

Salud mental

No hay un programa nacional de salud mental comunitaria, pero las Autoridades Regionales de Salud ofrecen servicios comunitarios a través de dispensarios para pacientes ambulatorios y centros de atención de la salud primaria donde se incluyen servicios para el tratamiento del abuso de sustancias. Los datos sobre la salud mental en el país son limitados, pero las estimaciones generales indican que la depresión, la esquizofrenia, los suicidios y el abuso de sustancias son las cuestiones más prevalentes.

Adicciones

El Gobierno de Trinidad y Tabago firmó y ratificó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en 2003 y 2004, respectivamente. Dentro de este contexto, el Ministerio de Salud informa a todos los posibles aspirantes a un empleo sobre su política de prohibición del tabaco, ha convertido a todas las organizaciones de salud con financiamiento público en establecimientos libre de tabaco, desalienta el auspicio de la industria tabacalera de eventos relacionados con la salud y regula los anuncios publicitarios de cigarrillos, incluida la colocación de advertencias sobre la salud en los productos de la industria tabacalera. Dada su ubicación geográfica y topografía accesible, sus vínculos con los mercados mundiales debidos a las industrias turística y marítima y la creciente producción local de cannabis, Trinidad y Tabago está ampliamente considerada como un punto de trasbordo para el comercio internacional de drogas. Los grupos más vulnerables para el consumo de drogas y la participación en el tráfico de narcóticos son los jóvenes que no asisten a la escuela y están desempleados, los que viven por debajo de la línea de pobreza, los trabajadores sexuales y las personas que viven en ambientes familiares inestables. Se notificó una mayor prevalencia del consumo de drogas entre los hombres (92%) que entre las mujeres (32, 59–62).

Contaminación ambiental

Un estudio de 5 años de duración sobre envenenamientos (2001–2005) realizado por la Unidad de Salud Ocupacional del Ministerio de Salud, en función de los datos de admisiones de cinco hospitales principales, muestra un total de 2.222 casos relacionados con venenos. De ellos, 78% fueron intentos de suicidio y 21% envenenamientos accidentales y solo 1% se documentó como eventos relacionados con el lugar de trabajo. El 4% de todos los incidentes notificados resultó en defunciones. Las mujeres representaron la mayoría (54%) de los casos de envenenamiento. Los agentes principales fueron los productos agroquímicos (35%), farmacéuticos (34%), para el hogar (21%) e industriales (4%). No se dispone de información oficial específica sobre el estado de los contaminantes ambientales, pero con el

cierre de varias fundiciones, la eliminación del plomo en la gasolina en 2004 y el reciclado local de las pilas con plomo, se espera una disminución gradual de los niveles de exposición al plomo (63).

Salud oral

Una encuesta nacional sobre la salud oral realizada en el año 2004 con niños en edad escolar en los grupos de edad de 6 a 8 años, 12 años y 15 años en 18 escuelas primarias y 19 secundarias reveló una considerable mejora en la salud oral de los niños de 12 años en comparación con la encuesta anterior realizada en 1989. Con el índice actual de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) de 0,6, el país superó el objetivo de la OMS de 3,0 para el año 2000. La salud oral de los adolescentes de 15 años fue buena, con un puntaje de CPOD de 1,0. Sin embargo, fue insuficiente para el grupo de edad de 6 a 8 años en comparación con los estudiantes secundarios (CPOD = 2,54). Se detectó la presencia de caries en 62% de los niños del grupo de edad de 6 a 8 años, 38% de los niños de 12 años y 43% de los adolescentes de 15 años. Las investigaciones en curso en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Indias Occidentales (UWI) sugieren que es posible que exista una escasa concienciación entre los padres acerca de la importancia de los dientes primarios y la adecuada atención dental preventiva para los niños más pequeños. Los estudiantes de la escuela primaria presentaron una mayor necesidad de tratamiento que los estudiantes secundarios, lo que refleja menos experiencias de caries entre los grupos de mayor edad. En general, 72% de los estudiantes de 6 a 8 años presentaba cierta necesidad de tratamiento, en comparación con 59% de los niños de 12 años y 65% de los adolescentes de 15 años. Casi la mitad de todas las muestras requería una obturación, 38% requería selladores de fisuras y 12% extracciones (64).

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El Plan Nacional de Servicios de Salud de 1994 todavía sigue vigente. En el contexto del Plan Estratégico Nacional Visión 2020 desarrollado para el sector de salud y analizado anteriormente, los principios esenciales de asequibilidad, equidad y accesibilidad guiarán las actuales actividades de reforma del sector de salud y ayudarán a definir la futura función de los servicios de atención de la salud. El Programa de Reforma del Sector de Salud se ha propuesto cambios fundamentales a través del fortalecimiento del liderazgo del Ministerio de Salud, el desarrollo de los sistemas de salud y la implementación de la Ley de Autoridades Regionales de Salud de 1994. En la actualidad hay cinco Autoridades Regionales de Salud. Para mejorar el desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, el Ministerio de Salud está trabajando para fortalecer su rol de liderazgo y transformarse en una organización eficaz en el diseño de políticas, la planificación y la regulación.

Visión 2020 busca mejorar el estado de salud de la población mediante la unificación y mejora del rendimiento y la calidad del sistema y los servicios de atención de salud; el fortalecimiento de los sistemas de investigación sobre la salud para la toma de decisiones basada en la evidencia, la elaboración de políticas, nuevos aprendizajes y desarrollos y la creación de un ambiente de atención de la salud centrado en el paciente. El logro de estos objetivos dependerá de la capacidad de las autoridades nacionales de optimizar y sostener la colaboración intersectorial, que a su vez armonizará el Programa de Reforma del Sector de Salud (65).

En este sentido, un elemento crucial será el desarrollo de una red integral de establecimientos de atención de la salud, ya sean nuevos o actualizados, que se concentre en la promoción de la accesibilidad, la participación de la comunidad, la autonomía, la sustentabilidad y la relevancia de los servicios. El Programa de Reforma del Sector de Salud previó que ocurriría un cambio en la confianza en los servicios de segundo nivel hacia los servicios de primer nivel y comunitarios, cirugía de pacientes ambulatorios y programas de atención e iniciativas de atención domiciliaria, con un énfasis particular en el manejo del primer nivel de las enfermedades crónicas. Sin embargo, hay una diferencia entre la construcción y restauración de la infraestructura de atención de salud primaria y el desarrollo de sistemas de salud y recursos humanos especializados para alcanzar mejores resultados de atención. Los protocolos de referencia requieren de un fortalecimiento entre la red de proveedores y los otros sectores, como los servicios educativos y sociales.

El marco existente de Trinidad y Tabago desalienta todas las formas de discriminación contra las mujeres, y hay muchas disposiciones vigentes basadas en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres. Entre ellas se incluyen políticas de género y violencia doméstica que se están implementando en la actualidad, la Ley de Personas Unidas en Matrimonio, la Ley sobre la Condición de los Niños y la Ley de la Familia, entre otras. Las mujeres disfrutaban de los mismos derechos que los hombres para ingresar en la fuerza laboral, desempeñarse en funciones públicas en todos los niveles del gobierno, ocupar un cargo político e iniciar acciones legales cuando consideran que se han violado sus derechos. También rige la legislación laboral para proteger los derechos de la mujer.

El Plan de acción nacional para niños de 2004 aborda la salud materno-infantil, la planificación familiar, la educación básica y la alfabetización, los niños en circunstancias especiales, y los objetivos educativos de apoyo basados en la Declaración de 1990 de las Naciones Unidas sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo de la Infancia. Se han ratificado todas las convenciones y acuerdos internacionales y regionales relacionados con la salud infantil. Para mejorar la calidad y el tiempo de respuesta de la información, el gobierno está tomando medidas para mejorar la supervisión y la respuesta a las necesidades prioritarias de los niños. Al mismo tiempo, el Ministerio de Salud está terminando de elaborar la política nacional de salud escolar y modernizando

La salud es un componente crítico para alcanzar el estatus de país desarrollado

El plan estratégico nacional *Visión 2020* contiene avances importantes para el país y sus ciudadanos. Como paso previo al lanzamiento del plan, Trinidad y Tabago aprobó leyes de comercio equitativo y leyes *anti-dumping*, puso el acento en el mayor acceso a la tecnología y a los servicios, redujo la razón deuda/servicios e impulsó programas de ayuda social en beneficio de los ancianos y los pobres. Algunos de los objetivos del plan *Visión 2020* se relacionan con la salud e incluyen la mejora del desempeño y la calidad de los sistemas y servicios de salud y la creación de entornos de atención médica centrados en sus beneficiarios.

el programa de salud escolar de modo que el personal clínico y educativo esté mejor preparado para abordar las necesidades auditivas, visuales, dentales, inmunitarias y psicológicas de todos los estudiantes que ingresan o dejan el sistema educativo. Una red de servicios de apoyo a los estudiantes, iniciada por el Ministerio de Educación en 2004, busca responder a los problemas identificados por funcionarios de orientación, dado el gran número de acontecimientos relacionados con problemas de actitud, conflictos entre pares, dificultades de aprendizaje, maltrato físico y abuso sexual, embarazos y abuso de sustancias.

La Ley de Salud Mental de 1975 está actualmente bajo revisión y el Plan de Salud Mental de 2000 desarrollado por el Ministro de Salud fue implementado en el Hospital Psiquiátrico Nacional y en varios centros de atención de salud primaria en las tres Autoridades Regionales de Salud durante el período 2001–2005.

Un estudio de investigación realizado en 2002 por el Consejo Nacional de Drogas sobre el impacto del tráfico de drogas en la sociedad de Trinidad y Tabago resaltó el potencial de este problema de socavar la estabilidad política del país y dañar su imagen internacional. La evaluación aborda la desviación de los recursos naturales para mitigar el impacto negativo del comercio de la droga, las prácticas vigentes de soborno y lavado de dinero y el surgimiento de una economía paralela fuera del control de los responsables de la elaboración de políticas. El comercio de la droga también contribuye a un aumento en los delitos de gravedad en toda la nación y exacerba las tensiones raciales y las cuestiones relacionadas con la pobreza, por lo que introduce una dimensión negativa dentro de la estructura sociocultural de Trinidad y Tabago. Se están implementando controles estrictos y medidas de intervención para obstaculizar y desalentar la producción local de marihuana y todas las demás prácticas ilícitas asociadas con el comercio de la droga.

Organización del sistema de salud

El sector de salud está compuesto por entidades públicas y privadas. Su base es el sistema de salud pública, que incluye una red de tres hospitales de nivel terciario, tres hospitales de distrito, tres hospitales especializados para estancias prolongadas y un

conjunto de establecimientos de atención primaria de salud (tres establecimientos de salud de distrito, 67 centros de salud y 36 centros periféricos) con el establecimiento de salud del distrito que funciona como el centro de la red. Los residentes de otras islas de la CARICOM van a Trinidad y Tabago en busca de atención médica especializada, especialmente en las áreas de oncología y cirugía cardíaca. En la actualidad, algunas instituciones de salud financiadas públicamente subcontratan algunos de sus servicios de salud y auxiliares a proveedores privados como una medida a corto plazo para reducir las demoras en las listas de espera para recibir atención en establecimientos públicos. El sector privado incluye a los profesionales privados, los hospitales, los dispensarios, las farmacias, los laboratorios biomédicos y los servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas; se mantiene no reglamentado en su mayor parte. Varias compañías privadas brindan servicios de salud, y la forma más habitual es la cobertura grupal de seguro médico ofrecida por los empleadores a sus empleados. Hacia fines de 2004, se creó un Comité Nacional de Dirección del Seguro de Salud, y se preparó y presentó un modelo para la aprobación del Gabinete en 2005.

La Ley de Autoridades Regionales de Salud de 1994 define el rol del Ministerio de Salud como el de “comprador” de los servicios de atención de salud y el de las Autoridades Regionales de Salud como los proveedores. La Ley de Hospitales Privados, enmendada en 1989, regula la concesión de licencias y la supervisión de los hospitales privados. La reglamentación de los proveedores de atención de salud, tanto en los sectores público como privado, está regida por varias leyes de profesionales de la salud, incluidas aquellas para la Junta de Farmacia, la Junta de Medicina, el registro de enfermeras y parteras y la profesión odontológica. Las prácticas dobles de trabajo, que permiten que varios médicos de jerarquía del servicio público trabajen tanto en la esfera pública como en la privada, han limitado sus horas de trabajo en el sector público en perjuicio de los segmentos poblacionales que no pueden pagar los servicios del sector privado. El Ministerio de Salud se ha embarcado en un programa integral de mejora de la calidad como una estrategia clave para su agenda de reforma del sector de salud para mejorar el desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública del país.

Se adoptaron los conceptos de gestión de calidad absoluta y mejora continua de la calidad como herramientas de gestión estratégicas para promover el trabajo en equipo eficiente, la reestructuración de los sistemas y procesos y la mejora de los resultados y la eficiencia. La acreditación de las instituciones de salud es un elemento clave en la estrategia de mejora de la calidad del Ministerio de Salud. En julio del 2002, el Ministerio de Salud emitió formalmente un manual de normas de acreditación para el sector de salud destinado a los directores de las instituciones de salud. Para implementar un sistema de seguro de salud nacional exitoso como el proyectado para 2007, se deberán planear cuidadosamente todos los elementos en las fases de diseño e implementación, incluida la acreditación de las instituciones de salud. Las encuestas internas se utilizan para rediseñar los sistemas y procesos a fin de evaluar y mejorar la calidad de los servicios, con la intención de lograr un estado de buena disponibilidad para auditorías de los establecimientos de salud en 2007. La prevención y el control de las infecciones para todos los establecimientos de atención de salud es un punto central de las normas de acreditación, y en 2006 el Ministerio de Salud redactó el Manual de Prevención de Infecciones y Normas y Políticas de Control.

Servicios de salud pública

Los servicios y programas de salud para la población bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud incluyen el Laboratorio de Salud Pública, el Programa de Control de la Enfermedad de Hansen, el Programa Nacional de Tuberculosis, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), el Programa de Supervisión Nacional, el Programa Nacional de Población, el Programa de Salud Pública Veterinaria, el Programa Nacional contra el Sida, el Programa Oncológico Nacional y el Programa de Salud Escolar, entre otros.

La epidemiología es un área débil en el sistema de salud pública. La Unidad Nacional de Vigilancia, un servicio centralizado del Ministerio de Salud, recopila los datos de los servicios y hospitales de atención de salud primaria del país, pero mantiene un sistema de vigilancia pasivo. La Unidad Nacional de Vigilancia depende del Laboratorio de Salud Pública de Trinidad y de otros establecimientos de laboratorios institucionales para la confirmación de los eventos de brotes, pero las Autoridades Regionales de Salud y su red de servicios de salud son directamente responsables de la implementación de las medidas de control inmediato de brotes según sea necesario, con el apoyo del Ministerio de Salud. Un número limitado de personal de enfermería especializado en vigilancia y de epidemiólogos, los últimos con especialización médica o no médica, desempeñan estas funciones y elaboran informes mensuales sobre la frecuencia de los casos de enfermedades transmisibles específicas cuya notificación es obligatoria y cuya vigilancia y control del brote se consideran necesarios a nivel de las Autoridades Regionales de Salud. En este

momento, el sistema es engorroso y se ve amenazado por informes parciales y fuera de término, lo que genera una capacidad de respuesta pasiva y con información insuficiente. El Programa de Reforma del Sector de Salud prevé descentralizar el sistema y organizar unidades de vigilancia a nivel de las Autoridades Regionales de Salud para mejorar la calidad, los datos de las auditorías, la evaluación de las necesidades, la supervisión y la evaluación, así como también aumentar la capacidad de respuesta para la vigilancia, mejorar el análisis y garantizar la aplicación adecuada de información estratégica para la planificación y el desarrollo de políticas en el sector.

El Plan Estratégico Nacional Visión 2020 articula la política ambiental como “el uso sustentable y la conservación del ambiente para la promoción del desarrollo social y económico a fin de mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos” (65). La demanda en los recursos naturales del país está aumentando a una tasa exponencial, con más exportaciones de gas y petróleo. Los mayores ingresos están incentivando la construcción de nuevos edificios públicos, complejos industriales y viviendas. Existe un debate permanente entre los ecologistas y el Gobierno de Trinidad y Tabago sobre varias cuestiones relacionadas con la conservación, la contaminación y el uso de las tierras. Los servicios de salud ambiental dentro del Ministerio de Salud tradicionalmente se concentran en las inspecciones, los registros y las licencias para garantizar la seguridad de los alimentos, la sanidad pública y el control de vectores; las municipalidades que comparten las responsabilidades con el Ministerio de Salud en las principales ciudades y condados. La Junta de Pesticidas y Productos Químicos Tóxicos y el laboratorio se encuentran dentro del ámbito del Ministerio de Salud. La creación de la Autoridad de Gestión Ambiental en 2000, la aprobación de la legislación que protege el medio ambiente y la implementación de evaluaciones del impacto ambiental han facilitado la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones en cuanto a los nuevos desarrollos que no solo repercuten en el medio ambiente natural sino también en la salud humana. Existen reglas promulgadas sobre la contaminación por ruido que están vigentes y son aplicadas conforme a la legislación de la EMA, mientras que las reglas sobre la contaminación del agua se encuentran en su fase introductoria. El Gobierno de Trinidad y Tabago ratificó la Convención de Basel sobre el Control de Traslados Transfronterizos de Desechos Peligrosos y su Eliminación y la Convención de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, y actualmente se encuentra en el proceso de ratificación de la Convención de Rotterdam sobre el Procedimiento de Consentimiento Informado Previo para Ciertos Productos Químicos Peligrosos y Pesticidas en el Comercio Internacional. La Ordenanza de Salud Pública y la Ley de Corporaciones Municipales del país están bajo revisión y serán actualizadas conforme a las prácticas modernas de salud ambiental. El Gobierno de Trinidad y Tabago se ha comprometido a invertir TT\$ 1.200 millones durante el período 2006–2009 con el propósito de actualizar la calidad de los servicios de agua.

Ante la ausencia de una política nacional sobre la gestión de desechos, el Ministerio de Servicios Públicos y Medio Ambiente tiene la responsabilidad general de la gestión de los desechos sólidos y peligrosos. Los contratistas independientes empleados por los gobiernos locales recolectan los desechos sólidos municipales, pero el tratamiento y la eliminación de los desechos peligrosos e industriales no tienen una adecuada supervisión. Los principales lugares de relleno están administrados por el gobierno, y todos requerirían de una importante modernización para poder ser clasificados como rellenos sanitarios. En 2005 el Ministerio de Salud adoptó un Código de Práctica para la Gestión de Desechos Biomédicos y se está implementando en las instituciones de salud pública. Sin embargo, el Código aún carece de la legislación de apoyo necesaria para garantizar su implementación completa.

La economía del país basada en la energía se benefició de un aumento en las inversiones industriales y las actividades de la construcción que comenzaron en el año 2003. Entre 2001 y 2005, las cifras de desempleo disminuyeron mientras que las lesiones y defunciones ocupacionales aumentaron. Existe cierta limitación en el equipo para laboratorio y la realización de pruebas para controlar las condiciones de salud ocupacional. La Ley de Seguridad y Salud Ocupacional (2004) se proclamó en marzo de 2006 y exigió la creación de una Autoridad de Seguridad y Salud Ocupacional y un organismo responsable del desarrollo de políticas y la implementación de la legislación, que sería respaldada por los Ministerios de Trabajo y Salud.

Trinidad, y en menor medida Tabago, no sufrieron los estragos que ocasionaron los huracanes durante las temporadas activas del período 2004–2005. En 2005, al reconocer la necesidad de fortalecer la preparación del país y la capacidad de respuesta de emergencia ante desastres naturales, el gobierno reemplazó la Agencia de Gestión Nacional de Emergencias por la Oficina de Preparación y Manejo ante Desastres. Se espera que esta oficina prepare e implemente nuevas leyes de emergencia nacional.

Durante 2000–2005, el Ministerio de Salud fortaleció su capacidad de respuesta a brotes de enfermedad con la incorporación de los planes de preparación para el virus del Nilo Occidental, el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y la influenza aviar A (H5N1). El Ministerio de Salud respeta el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y está tomando las medidas necesarias para enfrentar adecuadamente los desafíos que plantea el comercio y el desarrollo mundial (especialmente el riesgo incrementado de transmisión de enfermedades) mediante el fortalecimiento de la respuesta institucional y las competencias de los recursos humanos.

Servicios de atención a las personas

Las Autoridades Regionales de Salud llevan a cabo acciones para que los hombres aumenten el acceso y la utilización de los servicios de salud en respuesta a la creciente prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, así como también para

concienciar a este grupo sobre los factores de riesgo habituales para estas enfermedades e ITS/VIH/sida. En 2004, el Ministerio de Salud aprobó una nueva política de salud sexual y reproductiva que fomentará un enfoque más integral, y basado en el género, para cubrir las necesidades de las familias y personas de todas las edades.

El Ministerio de Desarrollo Social, Juventud y Deportes es responsable de la implementación de la política general relacionada con la educación de salud de los jóvenes y ha nombrado a un consejo nacional de jóvenes para conducir este proceso. El Ministerio de Salud proporciona servicios de apoyo y asesoramiento en las escuelas de toda la nación, con la prestación de atención individual en función de las necesidades; las ONG como la Asociación de Planificación Familiar de Trinidad y Tabago brindan servicios de asesoramiento a pares, y existe una red de programas juveniles disponible a través del Ministerio de Desarrollo Social, Juventud y Deportes a nivel comunitario. Para abordar la creciente preocupación por el estigma y la discriminación a causa del VIH/sida, el Ministerio de Educación está implementando un plan de estudios sobre la educación de la salud y la vida familiar para las escuelas primarias. Actualmente se están desarrollando programas sobre educación sexual y abstinencia, valores y ética, si bien solamente el 7% de las escuelas en la nación dispone de maestros especializados en la educación sobre el VIH; el Ministerio de Salud, junto con la Universidad de las Indias Occidentales (UWI), están capacitando e integrando al personal de enfermería de salud escolar dentro del sistema para desarrollar un programa nacional.

Una evaluación rápida realizada en 2004 sobre el sistema de abastecimiento nacional de medicamentos destacó la necesidad de asegurar un flujo constante de medicamentos antirretrovirales a través de mecanismos de distribución que no generen demoras y permitan la entrega de medicamentos directamente de los proveedores a las farmacias, especialmente en Tabago. Al mismo tiempo, es necesario capacitar a los farmacéuticos para posibilitar su mayor participación en la respuesta al VIH/sida, especialmente en lo que concierne a alentar el cumplimiento del tratamiento y la prestación de un asesoramiento de primera línea a los clientes. Una evaluación de los servicios de atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) identificó cuestiones que afectan la calidad de los servicios, incluida la falta de protocolos de tratamiento estandarizados; las normas de control de la salud, la seguridad y la calidad; y otros mecanismos que garanticen la calidad. También es necesario incluir laboratorios en los servicios en dispensarios para realizar las pruebas de detección de herpes, clamidia y VIH, brindar capacitación continua al personal y hacer la transición de ser un programa para las ITS estrictamente vertical a convertirse en un servicio de salud reproductiva y sexual más integrado y holístico, que facilite servicios tales como el tamizaje del cáncer de cuello del útero y que intensifique el rastreo de contactos y el seguimiento de los pacientes (48).

Actualmente, el Ministerio de Salud está implementando un tratamiento directamente observable, un programa de un curso en dos sitios piloto, con planes para modernizar el programa a nivel nacional y así mejorar la respuesta institucional.

El Ministerio de Salud brinda atención institucional gratuita para todas las personas afectadas por la enfermedad de Hansen.

El Servicio Nacional de Transfusiones de Sangre, con sitios satélite en los hospitales más importantes, se encarga de los exámenes de tamizaje de todas las muestras y productos de sangre y de la fijación de las normas para su recolección y distribución. Todas las donaciones de sangre se obtienen mediante un régimen voluntario. Todas las donaciones se someten a la prueba de detección del VIH.

Las unidades de terapia intensiva, incluida la neonatal, están disponibles en el sector público solo en los tres hospitales principales. Los servicios individuales incluyen urgencias, atención ambulatoria, atención institucional de la salud mental, cirugía, oncología, tuberculosis y abuso de sustancias, junto con los servicios preventivos de atención de salud primaria y los servicios periféricos. Cirujanos y enfermeros dentales brindan servicios dentales generales en todo el país, de manera gratuita, en establecimientos de atención de salud primaria. En 2000, se creó el sistema de transporte del Servicio de Salud de Urgencia, que se ofrece gratuitamente en el lugar del servicio a las personas que necesitan el traslado de urgencia a un hospital público bajo la supervisión de personal capacitado. También existe un sistema de transporte de urgencia privado para trasladar a personas a hospitales privados, pero las personas que utilizan estos servicios deben pagar todos los gastos de su propio bolsillo. Hay planes en marcha para agrupar dentro de una misma organización al Laboratorio de Salud Pública, a los Laboratorios de Química, Alimentos y Medicamentos, Control de Vectores y de Nutrición y Metabolismo, y a la Clínica y Centro de Asesoramiento de Queens Park, ya que la infraestructura física de estos laboratorios se ha deteriorado con el correr del tiempo y su capacidad de proporcionar servicios adecuados se ve comprometida, a pesar de los altos costos que demanda su mantenimiento. En este momento, estos establecimientos funcionan de manera independiente, aunque comparten algunos asesores. En 2005, el Ministerio de Salud estableció un Comité Nacional de Asesoramiento de Laboratorios para supervisar las operaciones de la red de laboratorios médicos del país.

Los establecimientos de atención primaria y secundaria de salud ofrecen intervenciones de promoción de la salud, atención preventiva y tratamiento para enfermedades metabólicas, con especial énfasis en la diabetes, la hipertensión y el cáncer. Las pruebas de detección de enfermedades no transmisibles crónicas son gratuitas. El Ministerio de Salud está actualmente reformulando su política nacional para las enfermedades no transmisibles y está elaborando un programa basado en un enfoque integrado, a fin de abordar los factores de riesgo comunes para las causas principales de morbilidad y mortalidad del país. Los establecimientos de atención de salud primaria están ahora acondiciona-

dos con equipo para realizar ejercicios a fin de alentar una mayor actividad física, y las RHA están dedicadas activamente a la implementación de pruebas de detección preventivas en ferias comunitarias. La Asociación de Diabetes de Trinidad y Tabago también ha apoyado la promoción de la salud e intervenciones educativas mediante la prestación de servicios voluntarios en establecimientos de atención primaria de salud.

Las necesidades de personas con discapacidades se atienden a través del Programa de Subsidio de Asistencia para Discapacitados, que funciona dentro del ámbito del Ministerio de Desarrollo Social, Juventud y Deportes. Se proporciona asistencia financiera a las personas con discapacidades permanentes, diagnosticadas y certificadas médicamente, que no pueden ganarse el sustento de manera independiente. En diciembre de 2003 se estableció el Fondo de Asistencia para Discapacitados para cubrir las necesidades de personas con discapacidades o de organizaciones de personas con discapacidades, que no reúnen los requisitos para la atención en los planes existentes ofrecidos por el Ministerio. Los principales objetivos de este programa son apoyar y facultar a los grupos de la sociedad civil que se centran en las necesidades de personas con discapacidades, y crear el entorno institucional y organizativo necesario para una fácil integración a la sociedad de las personas con discapacidades. Los participantes de los programas reciben asistencia para comprar accesorios, dispositivos y equipo terapéuticos.

Hay 9,47 camas de hospital por 10.000 habitantes, con solo una razón de 0,55 camas en los hospitales generales; los recursos humanos para estos servicios son escasos, con un psiquiatra, 0,3 psicólogo, 11,4 enfermeros psiquiátricos y 1,64 trabajadores sociales por 100.000 habitantes. Hay solamente una unidad clínica de orientación infantil en todo el país. El sistema de salud ofrece servicios terapéuticos en psicofarmacología, psicoterapia grupal e individual, terapia ocupacional, rehabilitación psicosocial y terapia de la conducta. Los servicios actuales incluyen la capacitación de personal de enfermería y asistentes de la salud mental y el desarrollo de investigaciones, aunque el sistema de información es inadecuado y la vigilancia en la salud mental es limitada. Existen varias ONG que atienden las consecuencias de la enfermedad de Alzheimer y el autismo infantil; hay un centro para niños con retardo mental y una asociación nacional de salud mental.

Se promulgó la Ley de Transplante de Tejido Humano en 2000 y los reglamentos complementarios se aprobaron en 2004. Se está estableciendo una Unidad Nacional para el abastecimiento, almacenamiento, y distribución de tejidos para transplantes de cornea y riñones; estos tejidos se brindarán gratuitamente en el punto del servicio junto con los medicamentos inmunosupresores para el receptor del transplante; durante la fase actual, los transplantes de riñones provendrán solamente de donantes vivos. Entre 1993 y 2003, 17 pacientes se sometieron a un transplante de riñón, y creció el número de receptores de riñones que viajaron al extranjero para ser sometidos a operaciones de transplante. Todos los esta-

blecimientos de salud proporcionan servicios de detección del cáncer en los órganos reproductivos, pero quedan cuestiones aún no resueltas relacionadas con la eficacia de la respuesta y la calidad de la atención. Las ONG como la Asociación de Planificación Familiar de Trinidad y Tabago y la Sociedad del Cáncer de Trinidad y Tabago también brindan servicios. El Gobierno está actualmente planificando la construcción de un Centro Oncológico Nacional y el establecimiento de un programa nacional para el cáncer, con fondos y apoyo técnico del Gobierno de Canadá.

Promoción de la salud

El Ministerio de Salud, dentro del marco de la Carta del Caribe de 1993 para la Promoción de la Salud y el Programa de Reforma del Sector de Salud, adoptó la promoción de la salud como la principal estrategia para mejorar la calidad de vida y el bienestar en la población. La estrategia aborda los factores de riesgo individual, social y ambiental con el propósito de modificar las conductas individuales y colectivas que, a su vez, afectarán positivamente a los determinantes de la salud. El proceso alienta un enfoque participativo de parte de todas las personas interesadas y el desarrollo de políticas y planes estratégicos en las áreas de salud sexual y reproductiva, salud escolar, prevención y control de enfermedades no transmisibles y VIH/sida/ITS, entre otras. Los esfuerzos y programas para mejorar las competencias humanas y el fortalecimiento institucional se están descentralizando a nivel de las Autoridades Regionales de Salud, con la intención de estimular la creación de entornos saludables respaldados por los principios básicos de la atención primaria de salud de accesibilidad, calidad y equidad. El Directorio de Promoción de la Salud y la Salud Pública dirige estas actividades en toda la nación. Además, en el año 2001 el Gabinete nombró un Consejo Nacional multisectorial de Promoción de la Salud; sin embargo, la implementación de mecanismos efectivos y sostenibles para la colaboración intersectorial entre los sectores público y privado sigue siendo un desafío. En 2000, el Ministerio de Salud institucionalizó la observancia anual del Mes de la Promoción de la Salud en abril para incentivar la participación de organizaciones comunitarias y las ONG, y abogar activamente por la responsabilidad personal de la población en el tema de la salud, incluida la adopción de prácticas de estilo de vida saludable y una reducción de los factores de riesgo conductuales que repercuten negativamente en los determinantes de la salud. Se está reorientando lentamente la red de atención primaria de salud, en parte a través de mejoras en la infraestructura física que fomentan más el desarrollo de actividades de promoción y la disponibilidad de equipos para ejercicio físico destinados a los pacientes y el personal. Periódicamente se organizan ferias comunitarias de salud con organizaciones comunitarias, ONG y empresas, actividades que se centran en la educación para la salud, el asesoramiento voluntario y las pruebas de detección del VIH/sida, el control de los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles, el aseso-

ramiento sobre estilos de vida saludable y caminatas para la salud. Las actividades de promoción de la salud se refuerzan en todos los niveles mediante campañas públicas de sensibilización, continuas y agresivas, que desarrolla el Ministerio de Salud. Se está implementando una iniciativa de movimiento comunitario saludable en los tres sitios piloto de las Autoridades Regionales de Salud, con una activa participación comunitaria en la identificación de las prioridades y en alianza con las ONG y agencias de cooperación internacional. Los componentes del movimiento comunitario saludable incluyen la movilización de los recursos locales, la mejora del acceso y la calidad de los servicios sociales, el desarrollo de capacidades entre los grupos vulnerables y el fortalecimiento de las competencias locales para ampliar la planificación, la implementación, el control y la evaluación de la intervención. La iniciativa del movimiento comunitario saludable comprende el desarrollo de escuelas para la promoción de la salud, y la primer fase consiste en la modernización de los programas de pruebas de detección de la salud escolar y la coordinación con programas similares que ya se están implementando en el Ministerio de Educación, así como también a través de la colaboración con las ONG, entidades corporativas, organizaciones civiles y agencias de cooperación (66).

Recursos humanos

Si bien ni el sector de salud privada ni el de salud pública realizan una planificación sistemática de la fuerza laboral, esta actividad se lleva a cabo, en cierta medida, a nivel de las unidades o departamentos. Tal planificación generalmente se realiza en respuesta a la necesidad de cumplir con los requisitos de un componente recientemente creado dentro de un programa existente y no necesariamente forma parte de una estrategia a largo plazo para la identificación y respuesta a las necesidades futuras relacionadas con la salud. Sin embargo, el Programa de Reforma del Sector de Salud ha intentado corregir esta situación por medio del desarrollo de un plan detallado para mover los recursos humanos de los hospitales e instituciones de salud a los servicios comunitarios (establecimientos de salud y centros de salud distritales). El cambio apoya la política del Ministerio de Salud de realizar un mejor seguimiento de la atención primaria de salud y de alentar a toda la población a asumir una mayor responsabilidad sobre su salud individual mediante la adopción de prácticas de estilos de vida saludable. Es necesario fortalecer el diálogo en la planificación estratégica de los recursos humanos entre el Ministerio de Salud y otras entidades comprometidas con la salud, como la UWI; el Instituto Nacional de Educación Superior, Investigación y Tecnología; y otros organismos profesionales. El sector de la salud pública ha experimentado una escasez crónica de personal, especialmente de personal de enfermería, desde 1996 hasta la fecha, lo que genera la necesidad de contratar profesionales del extranjero. Durante el período 2001–2005, se contrataron enfermeros y farmacéuticos de las Filipinas y personal de salud de Cuba.

Suministros de salud

Se dispone solo de una limitada capacidad de producción de medicamentos. La Política Nacional de Medicamentos, que cubre tanto al sector público como al privado, fue actualizada en 2006 y se ha convertido en un formulario abierto que es una fuente valiosa de información sobre medicamentos. Sin embargo, los profesionales de la salud no aplican los protocolos y las normas del formulario de manera uniforme en su práctica diaria debido a la escasa frecuencia de las revisiones del formulario y la falta de incentivos formales que alentarían su cumplimiento. Además, existe una lista de Vital, Esencial y Necesario (VEN) que el Gobierno actualmente adquiere según las necesidades ante el pedido de un establecimiento de salud pública. La adquisición de los medicamentos se realiza a través de un proceso de licitación basado en el mejor valor terapéutico. Desde 1993, el Ministerio de Salud ha contratado a la Empresa Nacional de Seguros para el Desarrollo de la Propiedad para comprar, almacenar y distribuir mensualmente productos farmacéuticos y no farmacéuticos a las instituciones de salud pública. Un Informe Integral de Auditoría de la Autoridad Regional de Salud Central, realizado en 2000, identificó varios problemas, incluida la falta del seguimiento de los medicamentos una vez que son entregados a las unidades fuera del departamento de farmacia (excepto los narcóticos y otras sustancias controladas) y la sobreinflación de pedidos a la Empresa Nacional de Seguros para el Desarrollo de la Propiedad para recibir cantidades lo más cercanas posible a las requeridas por los establecimientos de salud (67–69).

El Plan de Asistencia de Enfermedades Crónicas del Ministerio de Salud brinda medicamentos de venta con recetas gratuitamente en el lugar de entrega a los pacientes con enfermedades crónicas específicas, mediante el uso de una gama de productos farmacéuticos que figuran en la lista del formulario terapéutico. Desde el año fiscal 2005, el programa permite la cobertura universal de la población que reúne los requisitos para los beneficios una vez que ha sido diagnosticada en una institución de atención de salud con cualquiera de las siguientes enfermedades: diabetes, asma, hipertensión, artritis, glaucoma, cáncer de próstata, depresión mental, algunas cardiopatías e hiperplasia benigna prostática. El Ministerio de Salud está actualizando el sistema de información para administrar y supervisar el programa.

Las vacunas se adquieren a través del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas. En 2003, el Gobierno de Trinidad y Tabago firmó un memorando de entendimiento con la OPS que permitió la participación del país en el Fondo Rotatorio Regional para los Suministros Estratégicos de la Salud Pública.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

El Programa de Reforma del Sector de Salud incluye un plan para desarrollar evaluaciones de la tecnología y capacidades de gestión y sistemas, que comprende la acreditación de establecimientos de atención de salud como un modo de fortalecer la in-

fraestructura de la tecnología para la información sobre la salud. El Programa también contempla el desarrollo de los sistemas integrados de información para una mejor planificación basada en la evidencia, el diseño de políticas y la toma de decisiones a nivel gerencial. Se dispone de tecnología especializada tanto en el sector público como en el privado. La tomografía axial computada y la hemodiálisis están disponibles en ambos sectores, mientras que las imágenes por resonancia magnética se ofrecen exclusivamente en el sector privado.

En diciembre de 2005 se inauguró la biblioteca virtual de salud como una red de fuentes de información sobre la salud, de acceso universal en Internet y compatible con bases de datos internacionales. El objetivo de la biblioteca es promover el acceso universal y equitativo a la información sanitaria, científica y técnica y facilitar la administración de tecnologías esenciales para lograr el acceso equitativo a la información sobre la salud. Uno de los siete objetivos identificados por el Subcomité sobre Salud de Visión 2020 es facilitar la toma de decisiones basada en la evidencia, la elaboración de políticas, nuevos aprendizaje y desarrollos, así como también una Función Esencial de Salud pública necesaria para mejorar el desempeño del sistema de salud pública. El Ministerio de Salud desempeña un papel importante de dirección en la investigación sobre la salud y trabaja en asociación con el Consejo de Investigación Esencial de la Salud Nacional. Creado en 1995, el Consejo es responsable de desarrollar directamente o estimular el desarrollo a través de terceros de las políticas y los instrumentos de investigación sobre salud con énfasis especial en la investigación para apoyar la equidad en la salud y mejorar los sistemas de salud.

Gasto y financiamiento sectorial

Es necesario ampliar la cobertura y aumentar el gasto en salud; generar y maximizar los ingresos; y mejorar la calidad en los gastos, en cuanto a la eficiencia y la equidad. La fuente del gasto de salud gubernamental son los ingresos tributarios generales; se deduce una sobretasa de salud de los salarios mensuales de todos los trabajadores asalariados; sin embargo, no se asigna a un fondo para la atención de salud sino a un fondo consolidado del gobierno.

El gasto total de salud como un porcentaje del PIB fue de 4% para el período 2000–2003. El gasto general del gobierno en salud como un porcentaje del gasto total en salud disminuyó en el período 2000–2003 de 40% a 38%, mientras que los gastos en el sector de salud privada aumentaron de 60% en 2000 a 62% en 2003. El gasto general del gobierno en salud como un porcentaje del gasto total del gobierno fue de 6% en el mismo período. El total de gastos per cápita en salud a una tasa de cambio promedio en US\$ aumentó en el período 2000–2003 de US\$ 235 a US\$ 316; durante el mismo período, el gasto gubernamental per cápita en salud a una tasa de cambio promedio en US\$, también aumentó de US\$ 157 en 2000 a US\$ 201 en 2003 (70).

Cooperación técnica y financiera en salud

Diversas agencias de las Naciones Unidas, agencias bilaterales, instituciones financieras y ONG se asocian con el Gobierno de Trinidad y Tabago mediante la utilización de una variedad de mecanismos técnicos y económicos para impulsar la agenda de desarrollo fijada por el Plan Estratégico Nacional Visión 2020. Dos destacadas instituciones internacionales financieras que trabajan en el sector de salud son el Banco de Interamericano Desarrollo y el Banco Mundial; el primero otorgó un préstamo para el desarrollo del Programa de Reforma del Sector de Salud hasta 2006 y el segundo para el Programa de Prevención y Control del VIH/sida para el período 2004–2008. La Unión Europea proporciona un subsidio en apoyo a las actividades de prevención del VIH/sida y para asegurar una implementación bien coordinada del Plan Estratégico Nacional para el VIH/sida para el período 2005–2010. La OIT contribuye a la salud con sus proyectos sobre el VIH/sida en el lugar de trabajo (56).

Referencias

1. Trinidad and Tobago, Ministry of Finance. Social Sector Investment Programme 2005. Vision 2020: Ensuring Our Future Survival; 2004.
2. Caribbean Commission on Health and Development; 2005.
3. United Nations. United Nations Millennium Development Goals for Trinidad and Tobago. Revised Draft Report; 2004.
4. Central Bank of Trinidad and Tobago. Annual Economic Survey; 2004.
5. Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2006.
6. Trinidad and Tobago, Ministry of Agriculture, Land and Marine Resources. Agricultural Census; 2004.
7. Trinidad and Tobago, Ministry of Planning and Development, Central Statistical Office. Pocket Digest; 2003, 2004.
8. Trinidad and Tobago, Ministry of Education. Indicators of the Education System of Trinidad and Tobago; 2005.
9. Trinidad and Tobago. Statistical Digest of the Education System; 2005.
10. Trinidad and Tobago. National Policy on Child Care; 2005.
11. Trinidad and Tobago, Office of the Attorney General and Ministry of Legal Affairs. International Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women; 2000.
12. Trinidad and Tobago, Trinidad and Tobago Police Force, Modus Operandi Bureau. Partial Report; August 2005.
13. Rape Crisis Society of Trinidad and Tobago. Annual Reports; 2001–2004.
14. Trinidad and Tobago, Ministry of Gender Affairs. Battered Women Shelter Experience Report; 2001.
15. Pan American Health Organization. Unabridged Report on the Impact of Domestic Violence on Women's Health and Family Stability in Trinidad and Tobago; 2003.
16. Trinidad and Tobago, Ministry of Planning and Development, Central Statistical Office. Annual Road Traffic Accident Report; 2004.
17. Trinidad and Tobago. Vision 2020. Poverty Alleviation and Social Services Sub-committee. Draft Final Report; 2004.
18. Caribbean Epidemiology Center, Pan American Health Organization, World Health Organization. Pilot Caribbean Behavioral Risk Factor Survey; 2004.
19. Pan American Health Organization, World Health Organization. Trinidad and Tobago Country Cooperation Strategy; 2005.
20. Gulliford MC, Mahabir D, Rocke B, Chinn S, Rona R. Overweight, obesity and skinfold thickness of children of African or Indian descent in Trinidad and Tobago. *Int J Epidemiol.* 2001; 30(5):989-98.
21. Simmons W. Food fortification in the English-speaking Caribbean.
22. United Nations Children's Fund. Multiple Indicator Cluster Survey. Trinidad and Tobago. Full Report; 2000.
23. Pan American Health Organization, World Health Organization. Public Health in the Americas. Conceptual Renewal Performance Assessment and Bases for Action; 2002.
24. Trinidad and Tobago, Ministry of Planning and Development, Central Statistical Office. 2000 Population and Housing Census. Preliminary Report; 2001.
25. United Nations. Globalis: An Interactive World Map. Available at: <http://globalis.gvu.unu.edu>. Consultado el 11 de abril de 2006.
26. Trinidad and Tobago, Ministry of Planning and Development, Central Statistical Office. Annual Statistical Digest 2001; 2005.
27. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, National Surveillance Unit; 2005–2006.
28. Caribbean Epidemiology Center, Pan American Health Organization, World Health Organization. Reported communicable diseases: suspected and confirmed cases. Trinidad and Tobago; 2000–2005.
29. Trinidad and Tobago, Ministry of Social Development. Revised Draft National Plan of Action for Children; 2004.
30. Rajkumar W, Manohar J, Doon R, Siung-Chang A, Chang-Yen I, Montiel M. Blood lead levels in primary school children in Trinidad and Tobago. *Sci Total Environ.* 2006; 361(1–3): 81–87.
31. Trinidad and Tobago, Ministry of Health. Global Youth Tobacco Survey. Final Report; 2004.
32. Watson G. Analysis of the burden of mental disorders presented by adolescents in Trinidad and Tobago and their relation with family structures and environmental factors among the two main ethnic groups in the population in 2004. Port of Spain; 2005.
33. Family Planning Association of Trinidad and Tobago. Sexual Health Needs of Youth in Tobago; 2000.

34. University of the West Indies. A National Profile on Aging Report with an overview of the Health Care System in Trinidad and Tobago Country Implementation for the Integrated Health Care Response to Rapid Population Aging in Developing Countries; 2005.
35. Simeon D, Ramdath D, Chadee D, Rawlins J. Physical disability, food insecurity and nutritional status of non-institutionalized persons aged 65 and over in Trinidad.
36. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Health Sector Reform Programme, Community Care Development Programme; 2004.
37. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Population Programme Unit. Annual Report; 2004.
38. National Insurance Board of Trinidad and Tobago, Planning and Research Department. Database on employment and injury benefits claims; 2001–2005.
39. International Labor Organization. The Situation of Children in Landfill Sites and Other Worst Forms of Child Labor: A Rapid Assessment; 2002.
40. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Insect Vector Control Division. Statistical database; 2000–2005.
41. Caribbean Epidemiology Center, Pan American Health Organization, World Health Organization. Percentage of children under one year of age fully immunized in Trinidad and Tobago; 2006.
42. Trinidad and Tobago, Ministry of Health. Survey for helminthiasis; 2006.
43. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Hansen's Disease Control Unit. Annual Report; 2002–2003.
44. Caribbean Epidemiology Center, Pan American Health Organization, World Health Organization. Epidemiological Bulletin. Tuberculosis in Trinidad and Tobago; 2002–2003.
45. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, National Surveillance Unit. Situational Analysis of National Tuberculosis Programme; 2004.
46. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, National Surveillance Unit. HIV/AIDS Morbidity and Mortality Report; 2000–2004.
47. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV Programme. Annual Reports; 2000–2003.
48. Trinidad and Tobago, National AIDS Coordinating Committee. National HIV/AIDS Strategic Plan 2004–2008.
49. Trinidad and Tobago, Caribbean Association for Feminist Research and Action. Situation Analysis of Commercial Sex Work in Trinidad and Tobago; 2004.
50. Trinidad and Tobago, Ministry of Health. Quarterly Data Report of HIV/AIDS Treatment; 2000–2004.
51. Pan American Health Organization. Assessment and Recommendations on Scaling-up Antiretroviral Therapy in Trinidad and Tobago at the San Fernando and Sangre Grande General Hospitals; 2005.
52. Rapid Assessment on the Antiretroviral Drug Supply System in Trinidad and Tobago; 2005.
53. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Venereal Disease and Yaws Division; Queens Park Counselling Centre and Clinic; Pan American Health Organization. Annual Reports; 2000–2004.
54. Trinidad and Tobago, National AIDS Coordinating Committee. Evaluation for Sexually Transmitted Infections in Trinidad and Tobago; 2005.
55. Trinidad and Tobago, National AIDS Coordinating Committee. National HIV/AIDS Accounts for Trinidad and Tobago: Level and Flow of Resources and Expenditures to Confront HIV/AIDS; 2004.
56. Trinidad and Tobago, National AIDS Coordinating Committee. Baseline Survey of NGOs, FBOs, CBOs involved in HIV/AIDS. Draft Report; 2006.
57. Pan American Health Organization, World Health Organization. Final Report on Republic of Trinidad and Tobago Ministry of Health. Annual Reports; 1999–2003.
58. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, National Cancer Registry of Trinidad and Tobago. Information on cancer in Trinidad and Tobago; 2000–2004.
59. Trinidad and Tobago, Ministry of Health. No Smoking Policy: Public Health Property; 2005.
60. Trinidad and Tobago, Ministry of Health. A Policy for Creating and Maintaining Smoke-free Environment at Head Office, Ministry of Health; 2005.
61. Trinidad and Tobago, National Drug Council. Research Study on the Impact of Drugs on the Society. Disponible en: <http://www.ndctt.com>. Consultado el 11 de abril de 2006.
62. Trinidad and Tobago, National Alcohol and Drug Abuse Programme. Drug demand reduction research statistics. Disponible en: <http://www.drugtel.org.tt>. Consultado el 11 de abril de 2006.
63. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Occupational Health Unit. Statistical database.
64. Preliminary Report on the Oral Health Survey of School Children in Trinidad and Tobago; 2004.
65. Trinidad and Tobago, Vision 2020 Sub-committee on Health. Draft Report; 2005.
66. Trinidad and Tobago, Ministry of Health. Report on the Achievements of Health Promotion, Trinidad and Tobago; 2002.
67. Report of the Committee Appointed by the Honorable Minister of Health. Procurement and Distribution of Pharmaceuticals and Related Supplies; 1997.
68. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Central Regional Health Authority. Comprehensive Audit Report; 2000.
69. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Health Sector Reform Programme. Pharmaceutical Services Reform Report; 2003.
70. World Health Organization. World Health Report 2006: Working Together for Health. Geneva: WHO; 2006.

URUGUAY



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.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

La población de Uruguay es de 3.241.003 habitantes (1) y está mayormente concentrada en la capital Montevideo (41%). El 48,3% de la población son hombres y el 51,7% son mujeres. La forma de gobierno es democrática representativa, con elección de autoridades cada cinco años. Está dividido administrativamente en 19 departamentos, gobernados por una Junta Departamental (31 miembros) y un Intendente. 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. Las elecciones nacionales de 2004 dieron la victoria a una coalición de izquierda, por primera vez en la historia del país, y el nuevo gobierno asumió el 1 de marzo de 2005.

Determinantes sociales, políticos y económicos

Uruguay tiene un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0,838 y ocupa el lugar 46 en el mundo (2). En el período 2000–2004 la economía atravesó un ciclo recesivo y en 2002 se vivió una difícil crisis económica, con caída del empleo real y consecuencias serias en el sistema financiero. El Producto Interno Bruto (PIB) per cápita pasó de US\$ 6.043 en 2000 hasta el valor más bajo en 2003 de US\$ 3.309, y en 2005 fue de US\$ 5.081. La tasa de desempleo fue de 12,6% en 2000, ascendió a 16,9% en 2002 y se ubicó en 12,2% en 2005. La caída del PIB, el aumento de la tasa de desempleo y el endeudamiento en dólares de la población urbana y rural han generado la agudización de la situación de pobreza del país. El 15,3% de la población vivía bajo la línea de pobreza en 1999, cifra que ascendió en 2004 a 32,1%, con una concentración en la población infantil (56,5% de los niños y niñas entre 0 y 5 años vivían bajo la línea de pobreza en 2004) (3, 4). El aumento de la pobreza y la consecuente pérdida de la se-

guridad social generan impactos directos sobre el sistema de salud del país. Se incrementó la población que se atiende en el sector público sin que hasta el momento haya variado la diferencia de gasto por tipo de sector (público o privado). El 5,4% de la población vive en asentamientos irregulares. Montevideo es el departamento que presenta una mayor concentración de población en asentamientos irregulares (10,1% de su población). La distribución por edad de la población de los asentamientos difiere de la distribución general de la población: 26% de la población de los asentamientos tiene entre 0 a 9 años de edad y 64% son adolescentes y jóvenes (1).

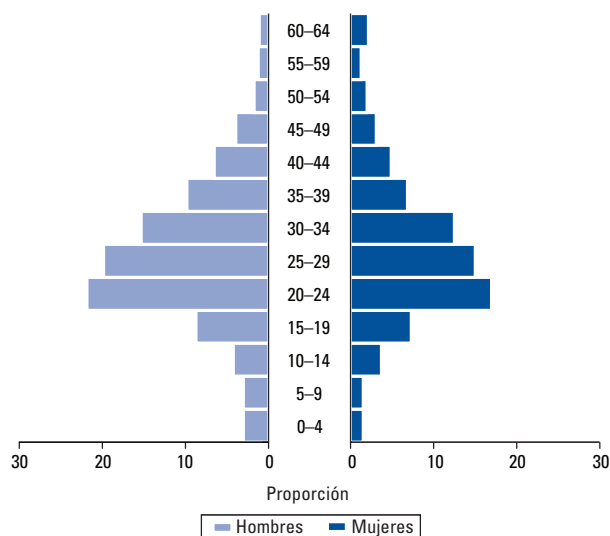
La crisis económica también ha agudizado la emigración internacional, con la emigración de personas jóvenes y adultas a otros países, como lo muestra la figura 1. En el período 1996–2004 emigraron 122.000 personas, lo que en cifras representa la quinta parte del número promedio de nacimientos totales anuales en el mismo período.

En 2004, 27,1% de las personas del primer quintil de ingresos tenía de 0 a 3 años de instrucción formal, mientras que solo 7,5% del quintil más alto había alcanzado la misma cantidad de años de educación. En el primer quintil, solamente 2,0% de las personas habían llegado a 13 años o más de instrucción, mientras que 38% en el quintil 5 tenían ese nivel (5).

Desde 2003 es obligatorio cursar 10 años de educación (siete de primaria y tres de secundaria o educación técnica). Según datos de 2004 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) la proporción de personas de 14 a 15 años de edad que completó seis años de estudio fue 62,9% en los hombres y 95,8% en las mujeres. Entre los 20 y 21 años de edad los porcentajes de cumplimiento de 12 años de educación descienden: 32,3% de los hombres y 42,7% de las mujeres.

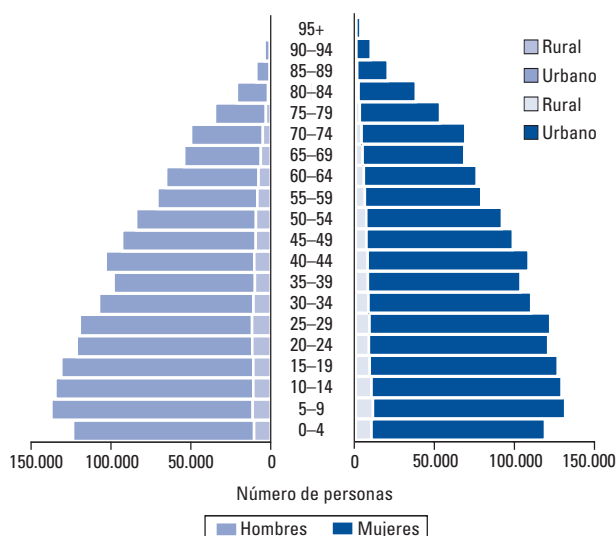
El analfabetismo (medido en la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada, 2006) (6) es de 2,3% del total de la población del país (2,7% en hombres y 2,0% en mujeres). Sin embargo, en Montevideo el analfabetismo es algo menor que 2,0% y en las localidades pequeñas y áreas rurales es de casi 4,0%. Los hombres analfabe-

FIGURA 1. Estructura de la población que emigra de Uruguay, 1996–2004 (en porcentaje).



Fuente: INE. Censo 2004, Fase I, síntesis de resultados.

FIGURA 2. Población por grupos de edad y sexo según área geográfica, Uruguay, 2004.



Fuente: INE. Censo 2004, Fase I, síntesis de resultados.

tos superan en todas las edades a la población femenina, diferencia que es mayor en las personas de 65 años y más de edad (hombres 5,6%; mujeres 4,4%). El analfabetismo en los hombres que viven en asentamientos irregulares es de 6,1% mientras que el de las mujeres es de 4,7%.

Si bien las mujeres tienen más cantidad de años de escolaridad que los hombres, en términos de la inserción laboral y de la remuneración la situación es completamente inversa. La tasa de empleo para el país urbano en 2004 fue de 62,9% para los hombres y 40,6% para las mujeres.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La tasa anual de crecimiento demográfico para todo el país (2005) fue de 0,6 %. El 92,0% de la población uruguaya vive en zonas urbanas y 8,0 % en zonas rurales. La población urbana crece a una tasa anual de 4,3 por 1.000 habitantes mientras que la población rural decrece a una tasa anual media intercensal de -11,2 por 1.000 habitantes.

Según la distribución por edad, las personas mayores de 65 años y más constituyen 13,4 % de la población. Como lo muestra la figura 2, la población de 80 años y más de edad representa 3,2% del total de la población del Uruguay.

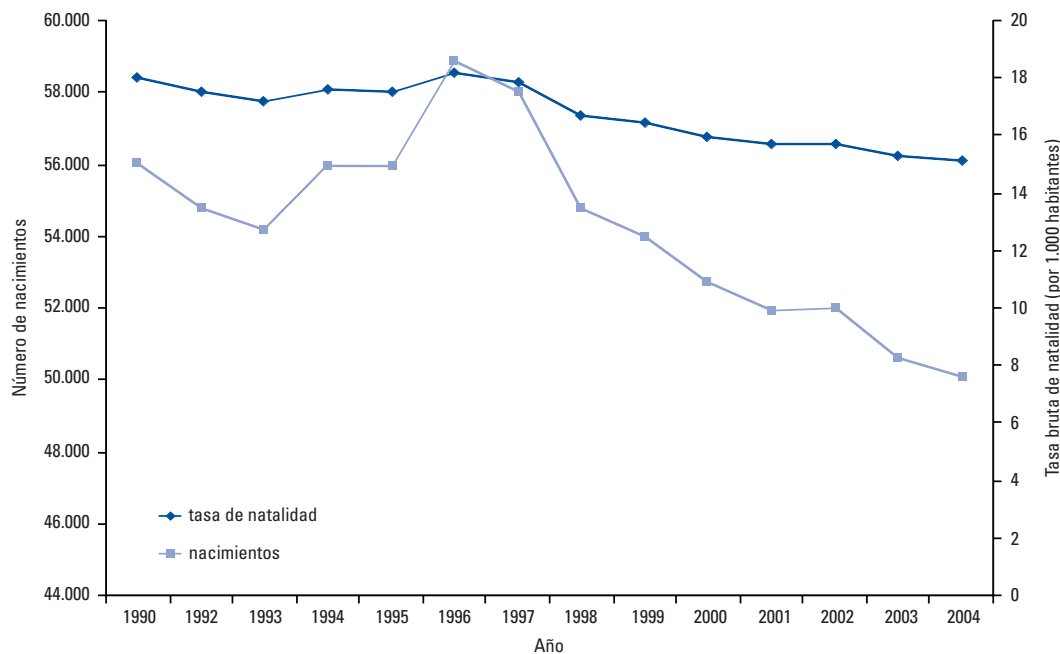
En efecto, el envejecimiento de la población es una característica demográfica y la pirámide poblacional (2004) insinúa una forma de huso. Dicho envejecimiento viene siendo acompañado por una disminución de la natalidad. La población mayor creció a una tasa anual media de 8,5 por 1.000 habitantes mien-

tras que el resto de los grupos etarios lo hizo a una tasa de 2,4 por 1.000.

Como lo revela la figura 3, el período 2001–2004 muestra una disminución en el número de nacimientos. La tasa global de fecundidad bajó de 2,5 hijos por mujer en 1996 a 2,1 hijos por mujer en 2004. El embarazo adolescente muestra claras diferencias según el nivel socioeconómico de la madre. En Montevideo (donde ocurren aproximadamente 38% de los nacimientos), 4,8% de las madres de clase socioeconómica alta tienen su primer hijo antes de los 18 años, versus 30,7% de las madres del nivel socioeconómico bajo. La tasa bruta de natalidad es de 15,1 nacidos vivos por 1.000 habitantes en 2004, lo que representa un descenso con respecto a años anteriores. La esperanza de vida al nacer es de 75,3 años promedio para ambos sexos, con una diferencia de más de 7 años entre sexos: 78,9 años para las mujeres y 71,6 años para los hombres.

Existe un sistema nacional de registro obligatorio de defunciones, a cargo de la Oficina de Registro Civil, con datos que proporciona el Ministerio de Salud Pública (MSP). Todo certificado de defunción debe ser firmado por un médico (Ley No. 5453 de mayo de 1942). A partir de 1997 se comenzó a usar la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10). Aproximadamente 65% de las defunciones ocurren en hospitales u otras instituciones de salud.

La tasa bruta de mortalidad fue de 9,76 por 1.000 habitantes en 2004 (32.220 defunciones). De acuerdo a datos disponibles de 2003 (7), 80% de las defunciones son debidas a los siguientes cinco grandes grupos de causas (CIE-10): enfermedades del sis-

FIGURA 3. Nacimientos registrados y tasa bruta de natalidad, Uruguay, 1990–2004.

Fuente: INE. Censo 2004, Fase I, síntesis de resultados.

tema circulatorio (33,6%); tumores (neoplasias) (23,4%); enfermedades del sistema respiratorio (9,4%); síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (8,2%); y causas externas (5,7%).

En 2005 la tasa de mortalidad infantil fue de 12,7 por 1.000 nacidos vivos, con una tasa de mortalidad neonatal de 7,1 por 1.000 nacidos vivos y una de mortalidad postneonatal de 5,6 por 1.000 nacidos vivos (8).

La tasa de mortalidad infantil bajó de 29,4 por 1.000 nacidos vivos en 1985 a 12,7 por 1.000 nacidos vivos en 2005. Este descenso (56,8%) es principalmente a expensas del descenso de la mortalidad infantil de niños atendidos en instituciones de salud del sector público (que descendió dos tercios, mientras que en las instituciones del sector privado descendió un tercio). Entre 1986 y 2001, la tasa de mortalidad infantil descendió 44,3% en Montevideo mientras que en el resto del país descendió 53,9%. Si bien las tasas de mortalidad infantil descendieron entre 1997 y 2002, existen diferencias entre los distintos Departamentos: la mayor tasa de mortalidad infantil se registra en aquellos ubicados en el noroeste del país (Rivera, Cerro Largo, Tacuarembó) mientras que los ubicados al sur del Río Negro presentan tasas menores (9). En Montevideo, aquellos barrios que presentan peores condiciones habitacionales, de hacinamiento y de precariedad de la vivienda, de dificultad en el acceso a saneamiento y a la atención de madre e hijo, presentan tasas más altas de mortalidad infantil.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Desde 1996 se observa una disminución el número de nacimientos, con 50.051 nacimientos en 2004 (la tasa bruta de natalidad disminuyó de 18,2 por 1.000 en 1996 a 15,2 por 1.000 en 2004). De los nacimientos en 2004, 37,0% fueron en Montevideo y 63,0% en el resto del país. El 8,6% de los nacimientos fueron de bajo peso (menos de 2.500 gramos). En la población menor de 1 año, las malformaciones congénitas fueron la causa principal de muerte (24,0%). La segunda causa más importante fue la hipoxia intrauterina y otras dificultades y afecciones respiratorias del recién nacido (13,0%) y en tercer lugar las sepsis bacterianas (9,0%). El número de casos de sífilis congénita notificados y confirmados en el Uruguay fue de 29 para el año 2005 (tasa 0,6 por 1.000 nacidos vivos). Se señala que existe un subregistro no estimado. En la población de 1 a 4 años de edad, las tres principales causas de muerte fueron los accidentes y efectos adversos (23,9%), las anomalías congénitas (13,8%) y las infecciones respiratorias agudas y neumonía (11,0%).

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2004, los accidentes fueron la causa del 39,5% de las muertes en este grupo de edad, seguidos por fallecimientos por tumores (17,3%). En 1999 los tres Departamentos de Pediatría de la

Facultad de Medicina de la Universidad de la República incorporaron la enseñanza de la estrategia de la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) en los cursos de pregrado de la carrera de medicina. En 2001, el MSP y la Facultad de Medicina firmaron un acuerdo para su implementación conjunta en el primer nivel de atención en el país. Si bien se han realizado varios talleres y cursos de capacitación, aún no se ha medido el impacto directo que los mismos pudieran haber tenido en la disminución de las enfermedades más prevalentes en la infancia.

Salud de los adolescentes (10 a 19 años)

Al igual que para los niños entre 5 y 9 años, en 2004 los accidentes fueron la principal causa de muerte en el grupo de 10 a 19 años de edad (33,2% de las defunciones de este grupo). La segunda causa fueron los suicidios (12,5%), seguidos por los tumores (9,5%) y las agresiones u homicidios (9,1%). El embarazo adolescente constituyó 16,5% de los embarazos totales en 2001.

Salud de los adultos (20–59 años)

De las 32.220 defunciones producidas en 2004, 15,0% ocurrieron en este grupo etario. El 69,0% de estas muertes se debieron a tres causas principales: tumores (30,0%), enfermedades del sistema circulatorio (20,0%) y causas externas (19,0%).

En cuanto a la mortalidad materna, en 2005 se registraron 11 muertes, 4 de ellas debido a complicaciones de abortos, para una razón de mortalidad materna de 23,3 por 100.000 nacidos vivos.

Salud del adulto mayor (60 años y más)

Las principales causas de muerte en este grupo de edad fueron las enfermedades del sistema circulatorio (2.274 por 100.000 personas de 60 y más años de edad), los tumores (1.405 por 100.000) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, infecciones respiratorias agudas y neumonía (620 por 100.000).

Salud de las personas con discapacidad

Se realizó la primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad entre septiembre de 2003 y agosto 2004 (10). Los resultados principales revelan una prevalencia de discapacidad de 7,6% en la población general (estimándose unas 210.400 personas discapacitadas). No se encontraron diferencias significativas entre la prevalencia en la capital y el resto del país. Las mujeres tienen una prevalencia mayor (8,2%) que los hombres (7,0%). Más de la mitad de las personas con al menos una discapacidad (50,8%) tienen 65 años o más de edad, seguidas de las personas entre 50 y 64 años (18,4%) y por las personas de 30 a 49 años (12,9%). El aumento de la prevalencia de la discapacidad con la

edad determina que uno de cada cuatro adultos mayores padece de alguna discapacidad. La mayoría de la población con discapacidad (66,0%) padece una sola discapacidad, independientemente del sexo. Los encuestados atribuyeron su discapacidad en 51,0% de los casos a una enfermedad, 21,0% de nacimiento, 18,0% debido al envejecimiento y 9,0% como secuela de accidentes. Veintiún por ciento de los discapacitados declaran necesitar ayuda para cuidarse a sí mismos y 40,0% para desplazarse fuera del hogar.

Las discapacidades declaradas como la principal fueron: dificultades para caminar (33%), visión (25%) y audición (13,6%). La proporción de personas con discapacidad que carecen o tienen muy bajo nivel de instrucción (37,0%) es muy superior a la de los no discapacitados (12,6%). Solamente 16,5% de las personas económicamente activas con discapacidad está empleada versus 53,4% de la población no discapacitada.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Un problema potencial 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 desde su erradicación en 1958. A través de un riguroso plan de prevención se ha logrado controlar la infestación en zonas geográficas delimitadas (fundamentalmente en tres ciudades del interior: Salto, Mercedes y Fray Bentos). No se han notificado casos autóctonos de dengue (hasta agosto de 2006) a pesar de que existen en los países vecinos.

Se 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, integrado en la Iniciativa de Control de Chagas del Cono Sur, logró la eliminación o minimización de la infestación vectorial domiciliar. Sucesivas evaluaciones internacionales realizadas en 1998, 1999 y 2000 certificaron este logro y Uruguay es el 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*.

El síndrome pulmonar por hantavirus fue reconocido en el país por primera vez en 1997 y, desde entonces, ha mantenido una incidencia anual baja (0,22 casos por 100.000 habitantes) en toda la región sur del país. La letalidad promedio fue 24% y 72% de los casos son de sexo masculino (2006). El factor de riesgo más importante es el de vivir o trabajar en áreas rurales. El roedor silvestre involucrado sería *Oligoryzomys flavescens*.

La tasa de prevalencia de lepra para todo el Uruguay en 2005 fue 0,04 por 10.000 habitantes. Las tasas más altas se registran en dos departamentos del litoral noroeste: Artigas (0,53 por 10.000)

y Río Negro (0,19 por 10.000). Montevideo presenta una tasa de 0,01 por 10.000. El número de casos notificados y confirmados anuales de lepra en el Uruguay bajó de 628 en 1989 a 15 en 2002. Anualmente se notifican y confirman entre 10 a 20 casos en todo el país.

Enfermedades inmunoprevenibles

Desde el inicio de los años ochenta no se notifican casos de **poliomielitis, tétanos neonatal y difteria**. En 1999 se registraron los últimos casos de **sarampión**, y actualmente se está en proceso de su erradicación. Tampoco se han presentado casos de **rubéola** desde 2002. En 2005 se presentó un brote de **parotiditis** infecciosa en Montevideo que afectó fundamentalmente a jóvenes de 18 a 24 años de edad, los cuales habían recibido una sola dosis de vacuna. Se presentaron más de 2.500 casos, pero no hubo muertes. La vacunación obligatoria para la **varicela** comenzó en 1999.

Las coberturas de vacunación en menores de un año en el quinquenio 2002–2005 fueron superiores a 95% para todas las vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) (11), que en 2006 son: difteria, hepatitis b, parotiditis, poliomielitis, rubéola, sarampión, tétanos, tos ferina, tuberculosis, varicela, meningitis y otras infecciones por *Haemophilus influenzae* tipo b.

El número de casos notificados y confirmados durante 2005 de **Hepatitis vírica A** fue de 2.877 (88,7 casos por 100.000 habitantes), siendo San José (633 casos por 100.000), Artigas (608 por 100.000), Canelones (89,9 por 100.000) y Montevideo (34,2 por 100.000) los departamentos con más casos.

Enfermedades crónicas transmisibles

Desde mediados de los años noventa la incidencia de casos de **tuberculosis** no muestra cambios sustanciales, registrándose anualmente un promedio de 650 casos nuevos (tasa anual de 20,0 por 100.000 habitantes). No obstante, se registraron 729 casos en 2004 y 723 casos en 2005 (tasa de 22,3 por 100.000 habitantes).

La infección por VIH ha traído aparejado un aumento en el número de casos. Como promedio, en el período 1994–2004, 10% de los casos de tuberculosis eran pacientes con VIH/sida y el 12% de los casos registrados en 2005 eran portadores de la infección. Los pacientes con tuberculosis y VIH/sida son fundamentalmente adultos jóvenes, especialmente entre 25 y 34 años; existe un número significativamente mayor de pacientes con tuberculosis pulmonar no confirmados bacteriológicamente en relación a la población tuberculosa VIH negativa; la letalidad es varias veces mayor que la registrada en personas VIH negativas; y, la tasa de abandono del tratamiento también es mayor que en los pacientes no infectados por VIH. Hasta 2005 no se ha observado una mayor tendencia a desarrollar resistencia a las drogas antituberculosas en esta población. Otra situación particular es la superpoblación de los establecimientos de reclusión, donde se re-

gistran tasas de hasta 600 casos de tuberculosis por 100.000 habitantes en algunos centros de reclusión, es decir una tasa 30 veces superior a la de la población en general.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

La epidemia de VIH/sida presentaba en 2005 un predominio de la transmisión sexual (71%; prevalencia de 1975 casos en dicho año) y dentro de ésta la forma heterosexual (63%). La vía sanguínea es responsable de 25,4% de los casos (prevalencia de 706 casos en 2005) y la transmisión perinatal es responsable de 3,6 % de los casos (prevalencia de 101 casos en 2005). A partir de estudios centinelas en 2000 se demuestra que la prevalencia de personas con VIH/sida era de 0,23% de la población, la que se incrementó a 0,45% en 2004. En 2005, las personas con VIH/sida procedían 78,3% de Montevideo y 21,7% del resto del país.

Entre 1983 y 2006 se habían notificado 6.463 casos de pacientes VIH+ y 2.895 casos de sida (número de casos acumulados). De las personas con sida han fallecido 1.467 (tasa de letalidad de 51%). A junio de 2006 existen 7.890 personas viviendo con VIH+ o con sida y se estima que de estos aproximadamente 1.700 pacientes están en tratamiento. El resto, aproximadamente 6.190 personas VIH+/sida identificadas, no reciben tratamiento por diferentes causas: abandono individual del tratamiento indicado, elección de tratamientos alternativos (sin antirretrovirales) o en algunos casos de pacientes VIH positivos por no indicación del médico. Sin embargo, de acuerdo al último estudio centinela (2004), habría unas 5.000 personas viviendo con VIH+/sida que no han sido identificadas como tales.

Considerando el total de los casos hasta 2005, 67,0% de los VIH positivos son de sexo masculino. La población más afectada es el grupo de 15 a 44 años, con una incidencia máxima entre los 25 a 34 años. La razón hombre/mujer evolucionó desde 8,9 en 1989 a 2,2 en 2005.

En 1991 se hizo obligatorio por ley el tratamiento de todos los casos de VIH+ o sida. En 1996 se alcanzó la cobertura de 100% de los pacientes VIH+/sida cuyos médicos indicaban tratamiento. Desde 1997 los equipos de salud están obligados por ley a ofrecer el examen de VIH a toda embarazada que concorra a control. En 1998 se creó una Comisión de Consenso Nacional con la finalidad de protocolizar los tratamientos. En 2002, se creó por ley el Fondo Nacional de Lucha contra el Sida para financiar los tratamientos antirretrovirales y sus correspondientes exámenes paraclínicos; el Fondo se financia a través de un impuesto de 3% a las pólizas de seguros e impuestos a la venta de jugadores de fútbol al extranjero.

Zoonosis

Uruguay fue declarado libre de **fiebre aftosa** sin vacunación en 1999. Sin embargo, en 2000 se reintrodujo el virus en el departamento de Rivera, aplicándose la medidas pertinentes recomendadas por la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE). En

2001 hubo otro reingreso a través de los departamentos del litoral oeste y desde entonces se recomenzó la vacunación de los bovinos. Se pasó de una vacuna trivalente OAC a una bivalente OA, dado que hace varios años no se registra el virus en el Cono Sur.

Se han presentado escasos casos de **brucelosis** (cinco casos en 2005) y de *carbunco* (cuatro casos en 2005) en trabajadores rurales desde 2000 hasta el momento actual, estando ambas zoonosis en franca regresión.

La **leptospirosis** es una endemia ocupacional y una epizootia en áreas focales dedicadas a la ganadería lechera y al cultivo de arroz o caña de azúcar. Desde 2002 hay una mayor conciencia de la importancia de esta enfermedad con el consiguiente aumento de las notificaciones y de brotes eventuales derivados de inundaciones en asentamientos suburbanos precarios y de reciente aparición. En 2000, se notificaron 23 casos, mientras que en 2002 se notificaron 247 casos (12).

La **hidatidosis** o equinococosis quística fue una parasitosis de alta endemia que, con las acciones de control de la Comisión Nacional Honoraria de Lucha Contra la Hidatidosis, ha disminuido de forma drástica su prevalencia en niños, incidencia real y operatoria en el hombre, y sus prevalencias en caninos (hospedero definitivo), ovinos y bovinos (hospederos intermediarios). En 1993 se operaron 367 casos en todo el país (39,8% de ellos provenientes de Montevideo); y, en 2002 se operaron 139 pacientes (31,7% de ellos provenientes de Montevideo). Con base en esta experiencia nacional, se ha constituido a partir de 2004 el Proyecto Subregional Cono Sur de Vigilancia y Control de Hidatidosis (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay), con Secretaría Técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

Se ha reorganizado la prevención, vigilancia y control de zoonosis y enfermedades transmitidas por artrópodos, convirtiendo por Ley la Comisión Nacional Honoraria de Lucha Contra la Hidatidosis en Comisión Nacional de Zoonosis, encargada de atender estas patologías y con responsabilidades de coordinación de todos los programas específicos en la materia.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

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**. En una encuesta realizada en 2000 se encontró que 51% de los habitantes tiene algún grado de **sobrepeso**, y 17% es **obeso** (13). Según cifras de 2005, en niños la proporción de obesos es máxima en los menores de 1 año (7,8%) y la desnutrición es máxima en los niños de 1 año (11,8%), medidas por la razón entre peso y talla (14).

Los censos de talla escolar de niños de primer grado de escuelas públicas (aproximadamente 85% del total de la población infantil

asiste a escuelas públicas) revelan que 19,7%, 18,1% y 22,9% de los niños tenían déficit de talla en 1987, 1990 y 2002, respectivamente. Los datos de 2002 sugieren que la situación nutricional de los niños podría evidenciar cierto deterioro, pues según los estándares internacionales (National Center for Health Statistics, CDC), se esperaba que el déficit de talla de ese año fuera de 15,9% (2).

Enfermedades cardiovasculares

Desde hace 50 años las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar como causa de muerte, con 33,0% del total de las defunciones en 2004. La tasa de mortalidad por estas enfermedades fue de 330 por 100.000 en 1999, y 328 por 100.000 en 2004.

Las principales enfermedades son las **cerebrovasculares**, con una tasa de mortalidad del 114 por 100.000 habitantes y las enfermedades **isquémicas**, con una tasa de mortalidad del 86 por 100.000 habitantes. Las enfermedades cerebrovasculares tienen una mayor tasa de mortalidad en las mujeres que en los hombres (128 y 98 por 100.000 habitantes respectivamente) mientras que lo contrario ocurre con las enfermedades isquémicas que son más frecuentes en los hombres (101 vs. 72 por 100.000 habitantes).

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas representaron 23,5% del total de muertes en el Uruguay en 2004. En un estudio de morbilidad hospitalaria, realizado por el Ministerio de Salud Pública en instituciones privadas de salud en el primer semestre de 2005, se encontró que los tumores representaban 9,6% de los egresos hospitalarios, siendo los tumores malignos 66% del total. Las tasas de egreso hospitalario por esta causa no mostraron diferencias significativas entre hombres y mujeres (3,47 y 3,77 por 1.000 personas respectivamente). Más de 90% de los casos correspondieron a personas de 45 años y más. En la población general los tumores más frecuentes fueron en primer lugar el **cáncer de mama**, seguido por el **cáncer de tráquea, bronquios y pulmón** y en tercer lugar el de **colon**. En los hombres predomina el tumor de tráquea, bronquios y pulmón seguido por el de **próstata** y luego el de **vejiga**, mientras que en las mujeres predomina el cáncer de mama, con 27% de los casos, seguido por el linfoma no Hodgkin y el tumor de colon. El promedio de estadía hospitalaria por tumores es de 10 días.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud mental

En 2005, la tasa de mortalidad por suicidio fue de 20,6 por 100.000 habitantes, predominando en hombres (77%) y en el interior del país (70,9%). De todas las personas tratadas en establecimientos de salud mental ambulatorios en el país, el 54% son mujeres y el 11% son niños o adolescentes. El número promedio de contactos por persona es 3,3 por año. Los diagnósticos de admisión

a hospitales psiquiátricos pertenecen principalmente a los grupos esquizofrenia (44%) y trastornos del estado de ánimo (20%).

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 ese año se realizó la última medición del CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) a los 12 años de edad, con un promedio de 2,47 piezas.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

La Constitución de la República establece que el Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. El MSP, creado en 1934 por la Ley No. 9.202, es el organismo responsable de establecer normas y regular el sector, desarrollar programas preventivos y administrar sus servicios asistenciales.

Para dar respuesta al aumento de la situación de pobreza que se verifica especialmente a partir de 2002, se creó por la Ley N° 17.866 (15), en marzo de 2005, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Una de sus principales políticas es el Plan Nacional de Emergencia Social (PANES) que consiste en trasladar desde el Estado un monto de dinero mensual a aquellos hogares que están por debajo de la línea de pobreza y cuyos ingresos por persona no superen el monto de la canasta básica de alimentos (16). Se solicitan una serie de contrapartidas para la recepción de dicho dinero, entre ellas realizar trabajo comunitario, que los niños del hogar concurren a la escuela y el cuidado de la salud. El programa tiene como cometido completar los 2 años de ejercicio para luego ser evaluado en sus resultados.

En el marco del MIDES desarrolla también sus funciones el Programa Infancia, Adolescencia y Familia (Infamilia) (17), cuyo objetivo es mejorar las condiciones de vida e inserción social de niñas y niños y sus familias a través de políticas específicas, varias de las cuales vinculan salud y pobreza. El Programa apoya la promoción al desarrollo integral y el crecimiento de niños y niñas de 0 a 4 años a través del apoyo del Plan CAIF (Centros de Atención a la Infancia y la Familia), que Plan CAIF atiende a 13.800 niños en todo el país, nucleados en 210 centros de atención. El Programa Infamilia también desarrolla junto al MSP acciones para la educación sexual y reproductiva, entre ellas el acompañamiento de las madres y los padres adolescentes en el primer año luego del parto; la capacitación de promotores juveniles y la creación de espacios especializados en la atención de adolescentes. En 2005 se formaron 50 agentes socioeducativos que acompañaron a 1.500 madres y padres adolescentes, y tam-

bién se realizó la capacitación de profesionales de la salud en la temática.

Estrategias y programas de salud

En 2000 el MSP estableció un programa de fortalecimiento de las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC), con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el que tuvo un impacto parcial especialmente sobre un grupo de instituciones privadas ubicadas en Montevideo. La situación de endeudamiento y otras causas estructurales fueron el motivo del cierre de varias IAMC, que pasaron de 50 en 2000 a 41 en 2005. Varias instituciones han permanecido en situación de riesgo, y la autoridad sanitaria tiene que jugar un rol activo tanto en la evaluación de desempeño como en el control de la gestión económico-financiero y asistencial de las mismas. A partir de marzo de 2005, el programa del nuevo gobierno plantea que, ante la situación crítica del sector, se requieren cambios de fondo del modelo de atención, del modelo de gestión y de financiación, con la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud y un Seguro Nacional que lo financie. Por ello se considera imprescindible una estrategia integral y una coordinación interinstitucional con otras áreas como alimentación, educación, vivienda, seguridad social, entre otras (18).

El sistema de salud se presenta excesivamente fragmentado e inequitativo: la población cubierta por los servicios públicos de asistencia es más joven, mayormente femenina, de más bajo nivel de ingresos y nivel educativo que la población cubierta por el sector privado; asimismo, el sector privado dispone de tres veces más recursos por beneficiario que el sector público. Con la crisis de 2002, crece la cobertura pública a partir de la disminución de las fuentes de trabajo y la pérdida de cobertura en salud a través de la seguridad social, sin haber habido un incremento correspondiente de recursos asignados, lo que profundiza las inequidades en calidad y acceso.

Organización del sistema de salud

A partir de marzo de 2005, se propone una reforma global para el sector salud (18), uno de cuyos principales objetivos es contribuir a la equidad en el acceso a los servicios de salud, a través de cambios en el modelo de atención y la aplicación de una estrategia de Atención Primaria en Salud, priorizando las necesidades y los derechos de los ciudadanos a través de la prevención de la enfermedad, la educación y promoción de la salud, con énfasis en el desarrollo activo de conductas de cuidado y participación social. La reforma también propone cambios en el modelo de gestión, con base en la democratización, la transparencia, la eficacia y eficiencia, para el logro de una mayor calidad asistencial; y en el modelo de financiamiento, con la creación de un Seguro Nacional de Salud, que asignaría recursos al sector salud a partir de las necesidades asistenciales

de la población. En el seguro propuesto, los usuarios deberían aportar al sistema en función de su ingreso familiar, obteniendo el acceso a la cobertura integral de los servicios de salud. Las empresas públicas y privadas aportarían al fondo un financiamiento proporcional a la cantidad de trabajadores contratados. Las instituciones prestadoras recibirían ingresos que les permitirían un adecuado equilibrio entre ellos y los costos de su atención, considerando el nivel de riesgo y gasto esperado de la población cubierta. Ello implica cobrar cuotas diferenciadas por prima de riesgo según sexo, edad u otras variables. Las instituciones de asistencia privada que se integren deberán aceptar e instrumentar las pautas, normas y controles que se definan, como condición para ser financiadas por el seguro. Se propone un laudo salarial único, independientemente de donde se trabaje y un tope de remuneraciones por todo concepto. La administración del Seguro Nacional de Salud estaría a cargo de una superintendencia de salud y el tema del control financiero y el de la calidad de los servicios son componentes principales de la propuesta.

Uno de los primeros proyectos de ley elaborados por el MSP y discutidos en 2006 en el Parlamento es la Ley de Descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), separándola de la estructura del MSP y convirtiéndola en un organismo autónomo. Este nuevo organismo estaría dirigido por tres delegados del Poder Ejecutivo, un representante de los usuarios y otro de los trabajadores de ASSE. El propósito de este proyecto es completar el proceso de descentralización iniciado en 1987 y permitir al MSP concentrarse en su rol rector del sector salud.

El sistema de salud (19, 20, 21, 22) se ha caracterizado históricamente por un alto nivel de fragmentación en los sectores público y privado y con una fuerte participación del sector privado.

Varias instituciones componen el sector público de prestación de servicios de salud. La red de establecimientos de ASSE es la principal del país, y comprende hospitales, centros de salud, policlínicas y médicos de familia. Da cobertura a la población de menores recursos y se estima que actualmente beneficia a 1.400.000 personas, aproximadamente 40% de la población total. ASSE dispone de 8.000 camas. Sanidad de las Fuerzas Armadas cuenta con infraestructura hospitalaria propia en Montevideo, con 450 camas y servicios de enfermería en las unidades militares del resto del país. Brinda cobertura a aproximadamente 165.000 personas (militares en actividad y retirados y sus familiares). Sanidad Policial tiene una infraestructura hospitalaria de 132 camas en Montevideo y en el interior contrata servicios de ASSE y de prestadores privados. Da cobertura a 70.000 personas (policías en actividad, retirados y familiares). El Hospital de Clínicas de la Universidad de la República cubre la misma población que ASSE y actualmente funciona con 450 camas. El Servicio Materno Infantil del Banco de Previsión Social cuenta con instalaciones propias ambulatorias y brinda cobertura a cónyuges e

hijos de beneficiarios del Seguro de Enfermedad, que no cuenten con cobertura privada. El Banco de Seguros del Estado dispone de un sanatorio propio de 160 camas en Montevideo y contrata servicios en el interior del país. Cubre accidentes laborales y enfermedades profesionales del sector privado. Los Servicios de Entes autónomos y Servicios Descentralizados dan cobertura a sus trabajadores, y en algunos casos a ex trabajadores y familiares. Los servicios médicos de las 19 Intendencias Municipales presentan diferentes niveles de desarrollo, relacionados todos con el primer nivel de atención, y dan cobertura a la población de menores recursos.

En el sector privado se ubican las IAMC, con 41 organizaciones médicas de prepago con prestaciones integrales, 12 de las cuales tienen su sede principal en Montevideo y las restantes en el interior del país. Es un sector fuertemente regulado y sus precios están sujetos al control administrativo del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). En tanto, el MSP determina sus prestaciones obligatorias y controla tanto sus aspectos asistenciales, como económicos y financieros. La mayoría de estas organizaciones cuentan con servicios de internación propios y sus beneficiarios ascienden a 1.400.000 personas. Las instituciones tienen entre 3.000 y 240.000 afiliados cada una. Los Seguros Privados están conformados por empresas privadas, mayoritariamente de carácter comercial, que brindan prestaciones asistenciales, en régimen de prepago. Este subsector comprende instituciones que brindan tanto cobertura total (similar a las IAMC) como cobertura parcial. A partir de 2000 se comenzaron a intensificar los controles por parte del Estado, en particular aquellos que son competencia del MSP. Los Seguros Privados de Cobertura Integral corresponden a seis empresas, que prestan asistencia a 55.000 afiliados. Los sistemas de emergencias móviles comprenden un tipo particular de seguro privado de cobertura parcial, que brinda principalmente cobertura ambulatoria domiciliaria en casos de emergencia. La mayor parte de los afiliados a estos seguros tienen una doble cobertura, y complementan su asistencia integral, pública o privada, con estos servicios. Los Institutos de Medicina Altamente Especializada son organizaciones asistenciales, que venden servicios de alta tecnología. También un alto número de empresas privadas, sanatorios y clínicas privadas, venden servicios ambulatorios o de internación.

Servicios de salud pública

El 20 de febrero de 2004, en el marco del fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica del MSP (Decreto 64/004), se actualizó el “Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria”, que incluye el listado de enfermedades y eventos notificables y la definición de caso sospechoso, de caso confirmado y de medidas de prevención y control correspondientes. Asimismo, se rediseñó la organización y el funcionamiento de las unidades ministeriales encargadas de la

vigilancia de enfermedades transmisibles, crónicas, ambientales, nutricionales y de accidentes. El MSP en el área maternoinfantil ha impulsado la prevención en policlínicas territoriales y también incorpora en la Reforma de la Salud medidas para asegurar una mayor equidad, como los estudios de control de embarazo de carácter gratuito.

En este marco también, se ha rediseñado la organización y funcionamiento del Laboratorio Nacional de Salud Pública (Decretos 384/999 y 241/000). Sus fines incluyen el asesoramiento técnico y supervisión del funcionamiento de la Red Nacional de Laboratorios de Análisis Clínicos (públicos y privados), la vigilancia epidemiológica, la elaboración de normas y protocolos de diagnóstico, el control de la calidad de reactivos, procedimientos y técnicas y la evaluación externa. El MSP elaboró en marzo del 2006 el Plan Nacional de Contingencia para una Pandemia de Influenza (que incluye la gripe aviar). El MSP viene trabajando de manera intersectorial, en especial con el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca (MGAP), para la prevención de la influenza aviar en los productores.

La cobertura de servicios de agua potable es de 98% del total de la población que reside en asentamientos estables o regulares. Se continúa desarrollando el programa de renovación técnica y ampliación de la cobertura de servicios de agua potable iniciado en los años noventa por la Administración de Obras Sanitarias del Estado (OSE). El país enfrenta el desafío de dar cobertura de agua potable a la población residente en los asentamientos irregulares periféricos de Montevideo, que constituye el 10,1% de la población de la capital. La cobertura de saneamiento es aproximadamente de 80% de la población en el área urbana de Montevideo, más de 50% a través de la red de saneamiento nacional. En el interior urbano se brindan servicios a 30% de la población a través de red de saneamiento y aproximadamente 50% de la población urbana del interior del país elimina las aguas servidas en fosa séptica.

Uruguay ha contado tradicionalmente con un alto nivel de higiene alimentaria. Las responsabilidades nacionales en esta materia corresponden al MSP mientras que la ejecución directa de las actividades de inocuidad de alimentos corresponde a las Intendencias Municipales. Otros actores en esta materia son: el Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU), el MGAP, organizaciones de protección al consumidor y las cámaras empresariales de la industria y el comercio alimentario. Varios departamentos cuentan con programas integrados de inocuidad de alimentos como estrategia para proteger la salud, la producción y el trabajo local. Se continúa trabajando con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmitidas por Alimentos, coordinado por el MSP a nivel nacional. Las Intendencias Municipales realizan además los controles bromatológicos en sus Departamentos y en la órbita del MEF actúa el Área de Defensa del Consumidor (ADECO), que tiene, entre otros cometidos, el control de calidad de los productos.

Servicios de atención a las personas

La donación de sangre en el Uruguay es sólo voluntaria de acuerdo a la normativa vigente. Unos 35.000 uruguayos reciben transfusiones cada año. Existen 87 bancos de sangre en el Uruguay: 45 públicos y 42 del sector privado. Se realiza tamizaje a 100% de la sangre para las siguientes enfermedades: sífilis, hepatitis viral B (antígeno de superficie y anticuerpo “anticore”), hepatitis viral C, VIH (virus HTLV I y II) y Chagas. Con base en el interrogatorio previo a la extracción se descarta 17% de los donantes que concurren a donar a los servicios; y por las pruebas de tamizaje a 4,7% de las sangres extraídas (23).

Promoción de la salud

Como forma de atender a la salud comunitaria, el MSP ha impulsado la estrategia de “comunidades productivas y saludables” en localidades rurales y suburbanas con cierto grado de riesgo social, con el fin de incluir acciones integrales de salud en el desarrollo de la producción y el trabajo local. Se han apoyado proyectos de cooperativas y pymes comunitarias, basados en la producción de alimentos, artesanías y otros productos local-regionales. Los programas del MSP y MGAP han acompañado activamente estas acciones.

Uruguay ratificó el Convenio Marco para el Control de Tabaco y adoptó en 2006 una regulación y legislación nacional que lo transformaron en un país pionero en la Región con espacios públicos, lugares de trabajo, bares y restaurantes libres 100% de humo de tabaco.

Suministros de salud

Existe un amplio marco legal que regula la importación, producción, distribución, venta y propaganda de los medicamentos. El MSP controla los requisitos para otorgar el registro sanitario de los medicamentos considerados necesarios, eficaces, seguros y producidos bajo condiciones que garanticen la calidad y el cumplimiento de las normas en los laboratorios de producción. El MSP 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 comprende las áreas de producción (licencia de fabricación, registro sanitario de productos y buenas prácticas de fabricación) y de distribución (habilitación e inspección del establecimiento y cumplimiento de buenas prácticas).

La normativa ha dispuesto un vademécum común obligatorio para todas las IAMC y existe uno diferente para los servicios públicos. Algunas de las metas definidas por la nueva administración a partir de marzo de 2005 son: aprobar una Ley de Medicamentos Genéricos; dar garantía de acceso y disponibilidad a los medicamentos a partir de la aprobación de un Formulario Terapéutico de

Medicamentos único para todo el sistema de salud; fortalecer la farmacovigilancia, estimular la producción nacional en condiciones de competitividad y con los controles de calidad adecuados; así como promover el uso racional de los medicamentos.

El Decreto 165/99 establece que la fabricación, registro, importación, comercialización, uso y control de reactivos para diagnóstico, equipamiento médico y dispositivos terapéuticos, son de competencia exclusiva del Departamento de Tecnología Médica, perteneciente a la División Productos de Salud, dependiente de la Dirección General de la Salud del MSP. 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 y desde 2004 coordina con el Departamento de Tecnología Médica para el registro de este tipo de equipamiento (Decreto 43/004).

En 2004 se realizó el primer Censo Nacional de Equipamiento Médico, con el objetivo de realizar un diagnóstico de situación de los principales equipos médicos instalados en todo el país en vistas a la planificación de una introducción racional de nuevas tecnologías. Se destaca la existencia de un elevado porcentaje de equipamiento obsoleto y en condiciones muy precarias de mantenimiento, lo que ha llevado a comenzar a regular también los servicios de mantenimiento de los equipos instalados.

A partir de 2005 y en el marco de la implantación del Sistema Nacional Integrado de Salud se considera necesaria la creación de un Sistema de Información sobre Tecnología Médica, en vistas a relevar información de manera sistemática sobre la habilitación, organización, funcionamiento y utilización de los equipos médicos.

En relación a la habilitación de empresas fabricantes e importadoras de productos médicos, se comenzó con la realización de Inspecciones de Buenas Prácticas de Fabricación, según la normativa 4/95 MERCOSUR, y la tendencia es llegar a exigir esta certificación a todas las empresas nacionales.

Recursos humanos

Los médicos deben ser egresados universitarios con título expedido por una institución reconocida oficialmente, deben registrarse en el MSP para quedar habilitados para ejercer como profesionales, y deben registrarse en la Caja de Jubilaciones y Pensiones de los Profesionales Universitarios. Los profesionales extranjeros, para poder ejercer en el Uruguay, deben tener un título otorgado por una universidad o institución reconocida por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC).

Al 31 de diciembre de 2005 había 13.390 médicos (41,3 por 10.000 habitantes). La dotación de médicos se caracteriza por ser un recurso especializado con más de dos puestos de trabajo en promedio por profesional (24). En cuanto al panorama laboral, un estudio (25) confirmó la dispersión del trabajo médico en un número relativamente importante de cargos. El promedio es superior a los dos cargos por profesional, pero la dispersión en el

CUADRO 1. Profesionales de la salud en Uruguay.

Profesión	Número total	Tasa por 10.000 habitantes
Médicos	13.390	41,3
Odontólogos	4.308	13,3
Licenciados en enfermería	3.543	10,9
Químicos farmacéuticos	1.476	4,6
Parteras	579	1,8

Fuente: Cálculos propios con información de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios.

número de cargos es importante, y está relacionada con variables como la fecha de egreso de la Facultad de Medicina y la concentración del trabajo en el sector privado. El cuadro 1 indica la relación de esta y otras profesiones de la salud.

El sistema de formación de recursos humanos, tanto desde el punto de vista de los programas como de la cantidad de profesionales y técnicos egresados, no considera en su planificación las necesidades de salud de la población de acuerdo a parámetros demográficos y epidemiológicos. Asimismo, la identificación de las necesidades de recursos humanos para el sector tampoco ha sido una línea de acción sistemática por parte de las autoridades sanitarias. En 2005, se inicia la implementación de un sistema de información sobre recursos humanos disponibles en los servicios de salud tanto públicos como privados, incluyendo cantidad y tipo de puestos de trabajo, nivel de atención donde se desempeñan, remuneraciones y cantidad de actos médicos, lo que significa un avance en la caracterización de la oferta de dichos recursos.

También se desarrollan instancias de coordinación entre el MSP y la Facultad de Medicina con una agenda vinculada al Programa de Residencias Médicas y otras áreas relacionadas con los recursos humanos.

Gasto y financiamiento sectorial

Los estudios realizados a partir del año 1994 muestran una evolución creciente del gasto en salud hasta el año 2000 y una disminución hasta 2004. La relación entre el gasto en salud y el Producto Interno Bruto (PIB) puede observarse en el cuadro 2.

Como lo muestra el cuadro 3, los recursos del sector salud provienen tanto del sector público como del sector privado. El sector público gasta aproximadamente US\$ 12,0 por persona y por mes, mientras que el sector privado gasta US\$ 32,0 por persona y por mes. Si bien la cobertura asistencial está repartida casi por igual entre el sector público y el privado, existe una gran diferencia histórica en el gasto entre ambos sectores.

El financiamiento público se compone mayoritariamente de impuestos, de contribuciones a la seguridad social y de las tarifas por servicios de algunas empresas. Existen impuestos nacionales y municipales que financian gastos en salud y el Presupuesto Ge-

CUADRO 2. Evolución del gasto en salud, Uruguay, 1994–2000 y 2004.

Años	Población (Miles)	Gasto en salud (Millones US\$)	PIB (Millones US\$)	Gasto en salud como porcentaje del PIB (%)	Gasto en salud per cápita (US\$)
1994	3.195	1.590	17.518	9,1	498
1995	3.218	1.781	19.318	9,2	553
1997	3.265	2.163	21.695	10,0	662
1998	3.289	2.292	22.371	10,2	697
1999	3.303	2.238	20.912	10,7	678
2000	3.322	2.182	20.042	10,9	657
2004	3.241	1.184	13.215	9,0	365

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2004 y Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento 1999–2000.

CUADRO 3. Fuentes de financiamiento de la salud, Uruguay, 2000 y 2004.

Fuentes de financiamiento	2000 (%)	2004 (%)
Impuestos generales	21,9	20,2
Impuestos locales	0,3	1,7
Paraestatales y corporaciones públicas	2,3	2,3
Seguridad Social		
Contribuciones del empleador	9,6	11,9
Contribuciones. del empleado/pasivos	4,6	5,8
Transferencias del gobierno a la Seguridad Social	3,3	7,7
Gastos en salud con financiamiento privado	53,4	49,6
Gasto en salud financiado externamente	0,0	0,0
Endeudamiento	4,5	0,8
Total general	100,0%	100,0%
(Millones de US\$)	2.182	1.184

neral de Gastos e Inversiones es el instrumento por el cual se asignan los recursos a las dependencias públicas en el nivel nacional. Los recursos dispuestos para el MSP corresponden en su mayoría al presupuesto de ASSE. Los impuestos municipales son recaudados por los gobiernos departamentales, los cuales en función de sus propias asignaciones presupuestales aportan al sistema, tanto para financiar la prestación de servicios de salud a población del departamento, como la cobertura de sus propios trabajadores. Según lo dispuesto en la Ley 14.407 del año 1975, los empleados y empleadores en la actividad privada, deben realizar un aporte de 3% y 5% respectivamente al Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social (BPS). La ley también prevé la posibilidad de no realizar los mencionados aportes al Seguro de Salud, si la empresa y sus trabajadores acuerdan que la cobertura asistencial se financie a través de seguros convencionales. De acuerdo a la Ley 16.713 del año 1995, se da el derecho de cobertura a través del Seguro de Enfermedad, a aquellos pasivos por debajo de un nivel determinado de ingresos; quienes optan por este derecho deben aportar 3% de su pasividad. Los maestros y trabajadores judiciales, ambos del sector público, también han obtenido el derecho a cobertura asistencial a través del BPS. Esta

cobertura, así como el déficit de los aportes de activos y pasivos, se financia a través de transferencias del gobierno a la Seguridad Social.

Algunas empresas públicas (la Administración Nacional de Combustibles, Alcoholes y Portland, el Banco República, el Banco Hipotecario, el Banco de Seguros) financian la cobertura de salud de sus trabajadores, y los fondos se originan en las tarifas que cobran por las prestaciones de sus servicios. El financiamiento privado comprende principalmente el gasto de bolsillo de todas aquellas personas que realizan afiliaciones voluntarias a prestadores privados.

Las fuentes de financiamiento del sistema de salud están compuestas por organismos que tienen como función específica la captación y administración de fondos para la compra de servicios (como el Seguro de Enfermedad del BPS), así como por otros organismos cuya función principal es prestación de servicios. A partir de las contribuciones a la Seguridad Social y de las transferencias del gobierno se financia la cobertura de asistencia integral de aproximadamente 600.000 trabajadores y pasivos en IMAC, que forma parte de los prestadores asistenciales del sector privado.

Respuesta a la agudización de la situación de pobreza

En 2002 Uruguay vivió una difícil crisis económica, con caída del empleo real y consecuencias serias en el sistema financiero. El aumento del desempleo y el endeudamiento en dólares de la población urbana y rural generaron la agudización de la situación de pobreza del país. Mientras 15,3% de la población vivía bajo la línea de pobreza en 1999, esa cifra ascendió a 32,1% en 2004, con una concentración en la población infantil (56,5% de los niños y niñas entre 0 y 5 años vivían bajo la línea de pobreza en 2004).

Como respuesta, en marzo de 2005 se creó el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Una de sus principales políticas es el Plan Nacional de Emergencia Social (PANES) que consiste en trasladar desde el Estado un monto de dinero mensual a aquellos hogares que están por debajo de la línea de pobreza y cuyos ingresos por persona no superen el monto de la canasta básica de alimentos. Se solicitan una serie de contrapartidas para la recepción de dicho dinero, entre ellas realizar trabajo comunitario, que los niños del hogar concurren a la escuela y el cuidado de la salud. El programa tiene como cometido completar los 2 años de ejercicio para luego evaluar sus resultados. En el marco del MIDES, desarrolla también sus funciones el Programa Infancia, Adolescencia y Familia (Infamilia), cuyo objetivo es mejorar las condiciones de vida e inserción social de niñas y niños y sus familias a través de políticas específicas, varias de las cuales vinculan salud y pobreza. El Programa apoya la promoción al desarrollo integral y el crecimiento de niños y niñas de 0 a 4 años y desarrolla también junto al Ministerio de Salud (MSP) acciones para la educación sexual y reproductiva, entre ellas el acompañamiento de las madres y los padres adolescentes en el primer año luego del parto, la capacitación de promotores juveniles y la creación de espacios especializados en la atención de adolescentes.

El Fondo Nacional de Recursos (FNR), una institución pública no estatal cuyo objetivo es financiar un grupo de prestaciones de alto costo y baja frecuencia, también es una institución agente de financiamiento. Sus fondos surgen mayoritariamente del pago del Seguro de Enfermedad del BPS, por los activos y pasivos cubiertos; pagos de bolsillo de las personas que voluntariamente están afiliadas a una IAMC; pagos por prestaciones, provenientes de Rentas Generales, para la cobertura de quienes se atienden en ASSE, e impuestos específicos. EL FNR contrata prestadores públicos o privados (denominados Institutos de Medicina Altamente Especializada) para prestaciones de alta tecnología. Otros organismos como ASSE, Sanidad Militar del Ministerio de Defensa Nacional, Sanidad Policial del Ministerio del Interior, las Intendencias Municipales o el Banco de Seguros del Estado, son agentes de financiamiento que también reciben fondos del financiamiento público, y realizan a su vez prestaciones asistenciales.

A nivel privado, las IMAC y los Seguros Privados de Salud cumplen el doble rol de agente de financiación y prestador de servicios.

Cooperación técnica y financiera en salud

La mayoría de los proyectos iniciados en los años noventa financiados por el Banco Mundial llegaron a sus productos finales durante el año 2000. El Proyecto de Fortalecimiento de las IAMC, desarrollado a partir de ese mismo año, contó con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

A partir de 2005 surgen nuevas líneas de apoyo del Banco Mundial, fundamentalmente vinculadas al área social, en particular a la reforma del sector salud. La Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) continúa desarrollándose para dar cumplimiento a las resoluciones de los Consejos Directivos y de las autoridades sanitarias nacionales y departamentales. Desde diciembre de 2000 hasta julio de 2006, el MSP, con el apoyo de la OPS y financiamiento del BID, desarrolló un proyecto de salud bucal que incluía la investigación de costo-efectividad de la técnica o práctica de restauración atraumática (PRAT). Dicha investigación se ejecutó simultáneamente en otros dos países de la Región. Como consecuencia de la mencionada investigación, el MSP y la Intendencia Municipal de Canelones firmaron en 2005 un convenio marco de complementación referido como Plan Departamental de Salud. Una de sus líneas de trabajo consiste en la APS en salud bucal.

En 2004 se aprobó por ley un Memorandum de Entendimiento entre los gobiernos de Uruguay e Italia por un crédito de US\$ 15 millones para la adquisición de equipamiento para el sector público de salud.

Referencias

1. Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Censo 2004. Total del país. Síntesis de resultados. Montevideo: INE; 2005.

- Disponible en: http://www.ine.gub.uy/fase1new/TotalPais/divulgacion_TotalPais.asp.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe del desarrollo humano en Uruguay. Montevideo: PNUD; 2005. Disponible en: <http://www.undp.org.uy/>.
 3. Calvo JJ, Las necesidades básicas insatisfechas en Uruguay. Montevideo: Universidad de la República; 2005.
 4. Uruguay, Instituto Nacional de Estadísticas. Estimaciones de pobreza por método de ingreso. Montevideo: INE; 2004.
 5. Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de género 2001–2004. Montevideo: INE; 2006.
 6. Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Hogares Ampliada. Montevideo: INE; 2006. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/enha2006/enha.asp>.
 7. Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Departamento de Información Poblacional. Mortalidad por edad, causa, sexo y departamento, 2003. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/noticia_219_1.html.
 8. Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Departamento de Información Poblacional. Mortalidad infantil, 2003. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/subcategoria_4_1_1.html.
 9. Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Uruguay en cifras 2002. Población. Montevideo: INE. Disponible en: www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras/poblacion.pdf.
 10. Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Discapacidad 2004. Montevideo: INE; 2004.
 11. Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Departamento de Epidemiología. Programa Ampliado de Inmunizaciones; 2002–2005.
 12. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/index_1.html.
 13. Pisabarro R, Irrazábal E, Recalde A. Primera Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (ENSO I). *Rev Med Uruguay* 2000; 16(1): 31–38.
 14. Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Nutrición. Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población uruguaya. Montevideo: MSP; 2005. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/imgnoticias/2111.pdf>.
 15. Uruguay. Ley N° 17.866. Creación del Ministerio de Desarrollo Social. Disponible en: <http://www.mides.gub.uy/normativa/index.html>.
 16. Uruguay, Ministerio de Desarrollo Social. Presentación del Plan de Emergencia y Políticas Sociales. Montevideo: MIDES; 2005. Disponible en: http://www.mides.gub.uy/archivo_doc/index.html.
 17. Uruguay, Ministerio de Desarrollo Social. Programa Infancia, Adolescencia y Familia, Infamilia. Disponible en: <http://infamilia.gub.uy>.
 18. Encuentro Progresista-Frente Amplio. Programa de salud del gobierno del Encuentro Progresista; marzo 2005.
 19. Uruguay, Administración de los Servicios de Salud del Estado. Planificación de la Red Asistencial de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Montevideo: ASSE; abril 2002.
 20. Portillo J, Buglioli M, Lazarov L. Servicios de salud en el Uruguay [capítulo]. En: *Los sistemas de salud en Iberoamérica de cara al siglo XXI*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; Organización Panamericana de la Salud; 2004.
 21. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento 1999–2000. Montevideo: MSP; 2002.
 22. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Cuentas Nacionales en Salud 2004. Montevideo: MSP; abril 2006. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/noticia_523_1.html.
 23. Uruguay, Servicio Nacional de Sangre. La transfusión de sangre en Uruguay. Informe 2003. Montevideo: SNS; 2003.
 24. Uruguay, Caja de Jubilaciones y Pensiones Profesionales del Uruguay. Disponible en: http://www.cjppu.org.uy/info_interes_estadistica_2005.htm.
 25. Uruguay, Equipos Mori. Encuesta Médica Nacional 2004. Sindicato Médico del Uruguay, Federación Médica del Interior. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/gremiales/documentos/estadistica/informefenc2004.pdf>.

VENEZUELA



- 1 Nueva Esparta
- 2 Vargas
- 3 Miranda
- 4 Distrito Capital
- 5 Aragua
- 6 Carabobo
- 7 Yaracuy
- 8 Cojedes
- 9 Trujillo
- 10 Portuguesa
- 11 Mérida
- 12 Táchira

0 200 400 km

La República Bolivariana de Venezuela es un estado federal, organizado en 23 estados, un distrito capital y las dependencias federales, distribuidos en 335 municipios. Tiene una extensión territorial de 916.446 Km² y una población estimada de 26.577.423 habitantes en 2005 —49,7% femenina (1)—, con una densidad demográfica de 29 habitantes por Km² y una tasa de crecimiento promedio anual de 1,7% (2).

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

El crecimiento del producto interno bruto (PIB) fue aproximadamente 19% en 2004 y 9% en 2005 (2), debido principalmente a la renta petrolera. El nivel de pobreza, medida por ingreso, aumentó de 39,1% en 2001 a 42,4% en 2005 y la pobreza extrema pasó de 14,2% a 17,0% (1). En 2003, según el Informe Mundial de Desarrollo Humano (3), el país ocupó el puesto 14 entre 81 países en desarrollo (puesto 11 en 2001). El coeficiente de Gini pasó de 0,48 en 1998 a 0,46 en el primer semestre de 2004. El 20% más pobre tiene 4,7% del ingreso y el 20% más rico, 52,3%.

La tasa de inflación pasó de 12,5% en 2001 a 21,8% en 2004; a diciembre de 2005, la población económicamente activa (PEA) era 65,4%, de la cual 49,5% correspondía al sexo femenino (2). La tasa de ocupación fue 91,1% (15,9% en sector público y 84,1% en sector privado) y el empleo informal fue 47,6%. La tasa neta de actividad, que se refiere a la capacidad de ejercer actividades económicas productivas, fue de 65,3% en 2001 y 68,8% en 2004 (2), y su tendencia evolutiva indica que la proporción de personas que pueden ejercer actividades económicas en el país es cada vez mayor.

En el cuadro 1 se muestra la clasificación de Venezuela en territorios sociales (unidades de análisis conformadas por un conjunto de personas que comparten características socioculturales y económicas similares y que no necesariamente corresponden a los límites geopolíticos establecidos) y en la figura 1 se puede observar que la esperanza de vida se incrementa en los territorios con mayor desarrollo.

En 2004, la inversión pública en educación como porcentaje del PIB fue 4,9% (2). Para el año lectivo 2004–2005, la tasa neta de escolaridad por grupo de edad fue 51,7% preescolar, 90,7% básica y 30,6% media, diversificada y profesional (2). En 2001, la tasa de analfabetismo fue 6,4% (2). El 28 de octubre de 2005, Venezuela se declaró “Territorio libre de analfabetismo” después de la ejecución de la Misión Robinson, una iniciativa para enseñar a leer y a escribir a más de un millón de venezolanos distribuidos por todo el territorio nacional.

En 2004, el déficit habitacional cuantitativo de Venezuela fue de aproximadamente 1,1 millones de viviendas y el déficit habitacional cualitativo, 1,8 millones; 68% de las viviendas ocupadas se encuentran en asentamientos precarios y urbanizaciones populares construidas por el Estado (4).

Para combatir la pobreza, lograr la inclusión de los grupos excluidos y responder a los compromisos adquiridos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el gobierno nacional ha implementado programas sociales de cobertura masiva y rápida denominados “Misiones”. En particular, se destaca la Misión Barrio Adentro y la Misión Milagro para promover la salud. Otras misiones promueven educación, cultura, empleo, acceso a la alimentación, desarrollo sostenible, investigación y otras áreas del desarrollo humano.

Demografía y mortalidad

En 2005, 31,2% de la población era menor de 15 años y 7,5% tenía 60 años y más (1). En 2004, la tasa de natalidad fue 24,4 por 1.000 habitantes; la tasa global de fecundidad fue 2,69 hijos por mujer y la tasa de mortalidad por 1.000 habitantes fue 4,5 (6,1 hombres y 3,9 mujeres) (1,2). Esta situación ha producido una pirámide poblacional de base cada vez más estrecha (Figura 2). Según el último censo (2001), 87,1% de la población era urbana, 57% reside en la zona costera, 22% en las áreas fronterizas y 21% en la región central (1).

La esperanza de vida al nacer fue 72,7 años (76,6 en mujeres y 69,8 en hombres) en 2002 y 73,2 años (76,2 en mujeres y 70,3 en hombres) en 2005 (2). En 2004, se observó una brecha en la esperanza de vida de 9,4 años entre los habitantes de los estados más y menos desarrollados (74,6 años en Distrito Capital y 65,2 años en Delta Amacuro) (1).

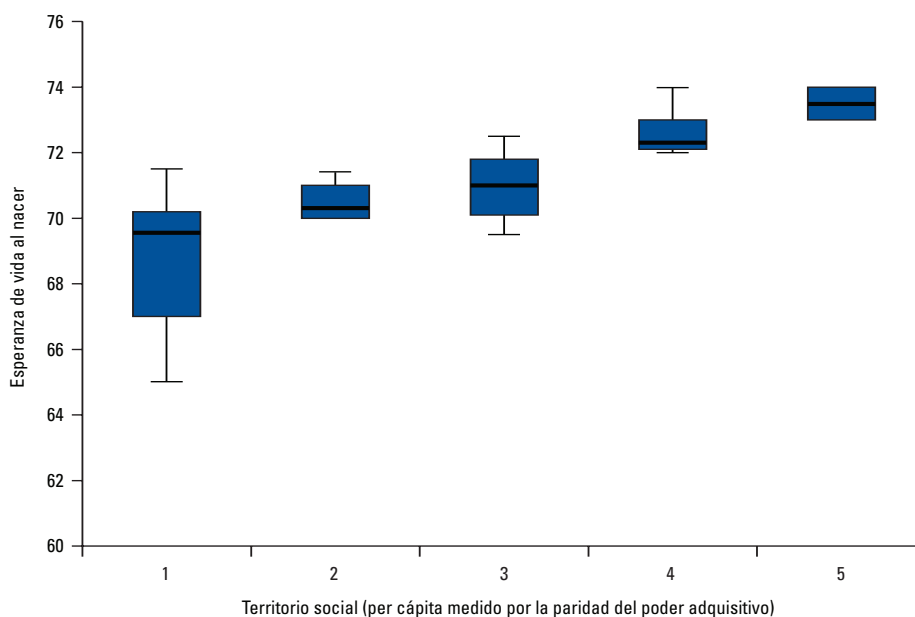
En 2004, los primeros 10 grupos de causas de mortalidad, expresados como tasas no ajustadas por 100.000 habitantes, fueron las enfermedades del corazón (93); el cáncer (67); los suicidios, homicidios y resto de muertes violentas (57,2); los accidentes de todo tipo (32,1); las enfermedades cerebrovasculares (31,7); la diabetes (27,3); ciertas afecciones originadas en el período perinatal (20,1); las enfermedades crónicas de las vías respiratorias

CUADRO 1. Clasificación de Venezuela en territorios sociales, 2002.

Territorio social 1 (Menor desarrollo)	Territorio social 2	Territorio social 3	Territorio social 4	Territorio social 5 (Mayor desarrollo)
Amazonas	Yaracuy	Lara	Nueva Esparta	Distrito Capital
Delta Amacuro	Sucre	Falcón	Aragua	Miranda
Guárico	Trujillo	Monagas	Anzoátegui	
	Portuguesa	Mérida	Bolívar	
	Barinas	Táchira	Carabobo	
	Apure	Cojedes	Zulia	

Fuente: Datos obtenidos del Índice y Entorno del Desarrollo Humano en Venezuela. INE-PNUD, 2002. Estratos definidos según la paridad del poder adquisitivo per cápita.

FIGURA 1. Esperanza de vida al nacer según territorio social, Venezuela, 2002.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas. <http://www.ine.gob.ve>. Consultada en 2006. Cálculos propios.

inferiores (12,1); la influenza y neumonía (11), y las enfermedades del hígado (8,5). Destaca la diferencia por sexo en las muertes causadas por hechos violentos (100,4 en los hombres y 10,0 en las mujeres) y accidentes de todo tipo (49,1 en los hombres y 14,9 en las mujeres) (5). Las muertes por hechos violentos fueron la mayor causa de años de vida potencial perdidos en el país. El sub-registro de mortalidad en el país se encuentra entre 10% y 15%.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

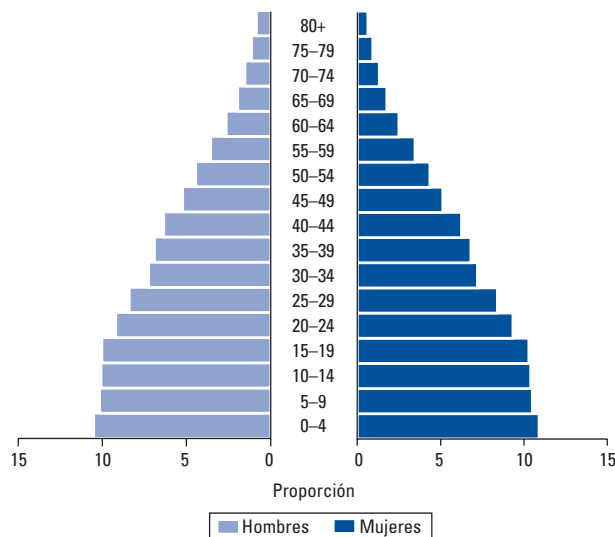
Salud de los niños menores de 5 años

En 2005, los niños menores de 1 año representaron 2,2% de la población general (51,2% del sexo masculino); la prevalencia de

bajo peso al nacer disminuyó de 12,0% en 1999 a 8,0% en 2002 (1). La tasa de mortalidad infantil ha presentado una reducción sostenida en las últimas décadas (Figura 3). La mortalidad infantil, expresada en tasas por 1.000 nv, fue 25,8 en 1990, 17,7 en 2000 y 17,5 en 2004 (5). La proyección de esta tendencia por el método ARIMA indica que, para 2015, el país tendría una tasa de 10,7 muertes por 1.000 nv, cerca de cumplir el ODM de 8,5. El territorio social 2 (Cuadro 1) tiene la tasa más alta (21,7) y el territorio social 5 la más baja (14,6).

La contribución proporcional de las muertes en menores de 1 año de edad respecto al total de muertes disminuyó de 14,2% en 1990–1994 a 8,4% en 2000–2004. En 2004, 66,5% de las muertes de niños menores de 1 año fueron en el período neonatal y 33,5% en el período post-neonatal (5). La contribución propor-

FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Venezuela, 2005.



cional de las cinco primeras causas de mortalidad fue la siguiente: 56,7% ciertas afecciones originadas en el período perinatal; 16,2% anomalías congénitas; 8,1% enfermedades infecciosas intestinales; 4,6% influenza y neumonía, y 3,5% accidentes de todo tipo (5).

En 2005, el grupo de 1 a 4 años de edad representó 8,4% de la población, 51,4% del sexo masculino (1). En 2004, la mortalidad por todas las causas expresada como tasa por 100.000 niños y niñas de 1 a 4 años fue 73,7 (76,6 niños y 70,7 niñas); las primeras cinco causas de mortalidad fueron accidentes de todo tipo (16,6), enfermedades infecciosas intestinales (13,8), influenza y neumonía (12,0), anomalías congénitas (10,7) y deficiencias de nutrición (9,8) (5).

Salud de los niños de 5 a 9 años

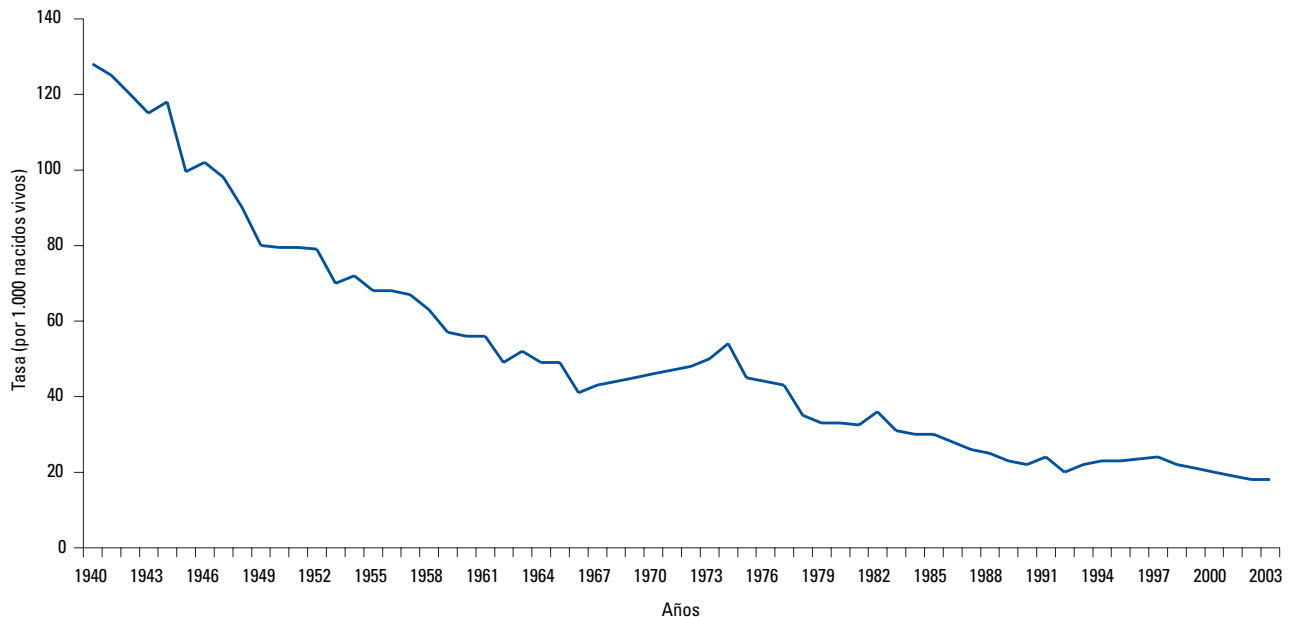
En 2005, el grupo de 5 a 9 años de edad representó 10,2% de la población, con 51,1% varones (1). En 2004, la mortalidad por todas las causas, expresada como tasa por 100.000 niños y niñas de este grupo de edad, fue 34,4 (40,9 niños y 27,6 niñas). Las primeras cinco causas de muerte fueron accidentes de todo tipo (12,2), cáncer (4,4), anomalías congénitas (2,7), parálisis cerebral (1,7) e influenza y neumonía (1,2). Destaca la diferencia de sexo en las muertes causadas por accidentes de todo tipo (16,8 niños y 7,3 niñas) (5).

Salud de los adolescentes (10-14 años y 15-19 años)

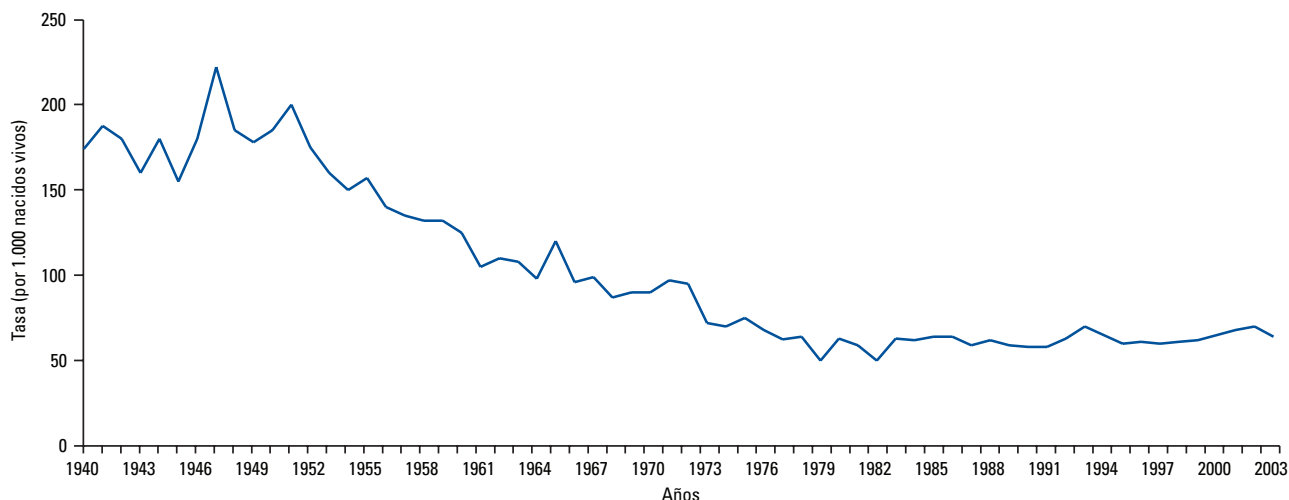
En 2005, el grupo de adolescentes de 10 a 19 años constituyó 20,1% del total de la población, 50,9% del sexo masculino; en 2004, la tasa específica de fecundidad de las jóvenes de 15 a 19 años se estimó en 91,7 por 1.000 habitantes (1).

En 2002, el Ministerio de Salud informó 98.099 nacimientos en el grupo de adolescentes de 10-19 años (22,4% del total de

FIGURA 3. Tendencia de la mortalidad infantil, Venezuela, 1940-2003.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Epidemiología, 2006, Venezuela.

FIGURA 4. Tendencia de la mortalidad materna, Venezuela, 1940–2003.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Epidemiología, 2006, Venezuela.

nacimientos), con una proporción más alta que el promedio nacional en los siguientes estados: Apure (31,2% del total de nacimientos), Guárico (27,8%), Cojedes (27,2%), Portuguesa (26,9%) y Barinas (25,7%). Presentaron bajo peso al nacer 12,6% de los hijos de madres de entre 10 y 14 años y 9,2% de madres de entre 15 y 19 años (8% de las madres de todas las edades) (6).

En 2004, la tasa de mortalidad en adolescentes entre 10 y 14 años fue 44,0 por 100.000 (52,0 sexo masculino y 35,0 sexo femenino) y en adolescentes entre 15 y 19 años fue 158,0 por 100.000 (253,0 sexo masculino y 59,0 sexo femenino) (1). La principal causa de muerte en adolescentes entre 15 y 19 años de sexo masculino fueron los hechos violentos (5).

Salud de los adultos (20–59 años)

En 2005, el grupo de 20 a 59 años representó 51,3% de la población, siendo la mitad de sexo masculino (1). En 2004, las cinco primeras causas de muerte expresadas como tasa por 100.000 habitantes fueron: 82,3 hechos violentos (153,4 hombres y 11,1 mujeres); 57,3 cáncer (47,7 hombres y 67,0 mujeres); 49,2 enfermedades del corazón (68,6 hombres y 29,9 mujeres); 45,3 accidentes de todo tipo (76,1 hombres y 14,5 mujeres) y 13,8 diabetes (15,9 hombres y 11,7 mujeres) (5).

La mortalidad materna presentó una reducción sostenida hasta fines de la década de los setenta. A partir de entonces, su nivel se ha mantenido estable, con leves oscilaciones (Figura 4), pero persisten desigualdades internas según territorios sociales. En 2004, la razón de mortalidad materna fue 59,9 por 100.000 nv. El promedio anual de muertes maternas para el período 2000–2004 fue 331 (5). En 2004, la contribución proporcional de las primeras cinco causas de muerte materna fue de 28,6% por

edema, proteinuria y trastornos hipertensivos; 22,6% por otras complicaciones obstétricas; 20,8% por embarazo terminado en aborto; 13,8% por complicaciones relacionadas con el trabajo de parto y el alumbramiento, y 10,1% por complicaciones en el puerperio (5). En 2004, la cobertura institucional de atención del parto fue de 98% y la cobertura de control prenatal en establecimientos del Ministerio de Salud fue 25,5% (1).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2005, el grupo de 60 años y más representó 7,6% de la población, del cual 47,1% correspondía al sexo masculino (1). En 2004, la distribución proporcional de las principales causas de mortalidad fue 19,1% por enfermedades del corazón, 10,5% por cáncer, 6,8% por enfermedades cerebrovasculares, 5,1% por diabetes y 2,8% por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (5). En 2005, las principales causas de morbilidad fueron hipertensión arterial (17,2%), trastornos visuales (13,9%), trastornos respiratorios (12,7%), diabetes (11,3%) y osteoartritis y osteoartritis (10,0%) (7).

Salud de los trabajadores

Los riesgos ocupacionales en la última década tienden a incrementarse, como consecuencia del empleo informal, el uso de locales no adecuados y el uso de la vivienda-hogar como centro de producción. En 2004, el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL) registró 1.339 casos debidos a trastornos músculo-esqueléticos (68,6%), patologías relacionadas con riesgos químicos (9,9%), trastornos por factores psicosociales (5,7%), trastornos del aparato respiratorio

(4,9%), patologías de la voz (4,3%), afecciones de la piel (3,1%), sordera ocupacional (2,5%), exposición a temperaturas extremas (0,4%), zoonosis relacionadas con trabajo (Brucelosis) (0,4%) y trastornos por radiaciones (0,3%) (8). Se presume que existe un subregistro significativo y se desconocen las cifras reales de discapacidad y muerte en el trabajo.

Salud de las personas con discapacidad

De acuerdo con el censo de 2001, 4,2% de la población presentó algún tipo de discapacidad, lo que equivale a 927.397 personas (0,13% por ceguera, 0,15% por sordera, 0,38% por retardo, 0,15% por pérdida de extremidades superiores, 0,31% por pérdida de extremidades inferiores y 3,10% por otras causas) (1), aunque se supone que existe un subregistro. Por medio de la Misión Barrio Adentro se inició un proceso de fortalecimiento del servicio de rehabilitación integral.

Salud de los grupos étnicos

La población indígena representa 2,3% de la población del país (532.743 habitantes) (1) y está distribuida en 36 etnias, ubicadas en 10 estados. Las enfermedades prevalentes en esta población son tuberculosis, malaria, hepatitis, parasitosis intestinal, desnutrición, oncocercosis y trastornos respiratorios y digestivos. El Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales (CAICET) informó que la incidencia de tuberculosis en la población Yanomami fue 10 veces más alta que en el resto de la población no indígena. En los estados Amazonas y Bolívar, las cuatro primeras causas de muerte en esta etnia son malaria (40,1% de la mortalidad registrada), desnutrición, hepatitis B e infecciones intestinales (gastroenteritis, disenterías amebianas y helmintiasis). La población indígena, en particular las etnias Yanomami y Añú, son altamente vulnerables a las infecciones de transmisión sexual por su contacto con mineros y turistas (9).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

En 2002 se registraron tres casos de **fiebre amarilla** en Zulia, dando inicio a un brote que se extendió hasta 2003; de los 34 casos en total, hubo 21 en Zulia (con 9 muertes), 11 en Táchira (con 5 muertes) y 2 en Portuguesa. Además, el sistema de vigilancia de Zulia registró 9 casos (con 6 muertes) en personas provenientes de Norte de Santander, Colombia. En 2004, se notificaron 5 casos en total, de los cuales 2 fueron en Mérida (con 1 muerte) y 3 en Monagas (con 2 muertes), mientras que en 2005 se presentaron 12 casos con 8 muertes en el país: 3 en Mérida

(con 2 muertes), 1 en Apure (con 1 muerte), 1 en Bolívar (con 1 muerte) y 7 en Portuguesa (con 4 muertes) (10).

En 2003 se instauró un sistema de vigilancia no convencional, por medio del cual en 2004 y 2005 se identificaron epizootias en primates en Apure, Barinas, Monagas, Sucre, Guárico y Portuguesa. A raíz del brote, se procesaron 953 muestras para aislamiento viral entre 2003 y 2005, logrando tres aislamientos en humanos y cuatro en primates (11). Además, en 2004, el Instituto Anatómico-Patológico de la Universidad Central de Venezuela introdujo la técnica inmunohistoquímica; hasta 2005 había llevado a cabo 121 estudios (85 en humanos y 36 en primates), de los cuales resultaron positivos para fiebre amarilla ocho humanos y tres monos araguatos (12).

La **leishmaniasis** cutánea americana ha sido diagnosticada en todo el país, a pesar de lo cual no existe un sistema nacional de vigilancia. De los estados de los que se cuenta con información, los que han registrado el mayor número de casos son Lara (288 casos humanos en 2005), Nueva Esparta (13 en 2001 y 21 en 2005, mientras que la prevalencia en caninos se estima entre 15% y 20%) y Sucre (6 en 2003 y 3 en 2004) (13).

La zona considerada de riesgo para la enfermedad de **Chagas** abarca 164 municipios en 18 estados, localizados en el piedemonte andino, la costa y el centro norte y llanos del país; 80% de la población en riesgo reside en comunidades rurales sin servicios básicos. En 2000, 16.670 casas fueron investigadas por la presencia de vectores contaminados, de las cuales 859 fueron positivas para *Rhodnius prolixus* y 51 para *Trypanosoma cruzi*. En 2004, fueron examinadas 5.746 casas, de las cuales 135 fueron positivas para *R. prolixus* y 26 para *T. cruzi*. Considerando la proporción de positivos del total de muestras examinadas, la seroprevalencia para *T. cruzi* fue de 8,1% en 2000 y de 5,8% en 2005 (14).

La población en riesgo de contraer **malaria** (es decir, los habitantes de municipios con transmisión de la enfermedad durante dos años consecutivos) ha disminuido de 36% en 2000 a poco menos de 20% en 2004. Sin embargo la incidencia de la enfermedad aumentó casi tres veces en el mismo período, de 0,3% en 2000 a 0,9% en 2004. La mayoría de los casos fueron causados por *Plasmodium vivax* (90% en 2004) (15). En 2003 se notificaron 31.719 casos, con una tasa de 611 por 100.000 habitantes para la población en riesgo y 121 por 100.000 habitantes para la población total. El estado con mayor incidencia fue Amazonas, con 7.131 casos por 100.000 habitantes, y el de menor incidencia fue Zulia, con 15 casos por 100.000 habitantes. En 2004 se informaron 46.655 casos (899 por 100.000 habitantes para la población en riesgo y 179 por 100.000 habitantes para la población total). La fórmula parasitaria a diciembre 2003 fue de 82,6% por *P. vivax*, 16,7% por *P. falciparum*; 0,6% mixtas (*P. falciparum* y *P. vivax*) y 0,1% por *P. malariae* (16).

El índice parasitario anual (IPA) ha aumentado desde 2001 y en 2004 se ubicó en 8,99 por 1.000 habitantes para todas las áreas. El IPA para *P. falciparum* disminuyó en 2004 comparado con el año anterior (0,89 contra 1,07), pero se mantuvo muy por

encima de los registros de 2001 y 2002; el IPA para *P. vivax* ha mantenido un aumento sostenido de 2,38 en 2001 a 8,08 en 2004 (15). El Ministerio de Salud ha iniciado el proceso de implantación de la combinación de mefloquina y artesunato para el tratamiento de malaria no complicada (17).

El dengue clásico y el dengue hemorrágico se han comportado de forma endemo-epidémica en el país, en donde circulan los cuatro tipos de virus. El año de mayor incidencia fue 2001, en el que hubo 85.262 casos, con una tasa de 446,15 por 100.000 habitantes (77.344 dengue clásico y 7.918 dengue hemorrágico); disminuyó progresivamente hasta 2004, cuando se registraron 30.693, de los cuales 28.707 correspondieron a dengue clásico y 1.987 a hemorrágico. En 2005 se produjo un incremento, con 42.217 casos notificados (39.536 dengue clásico y 2.681 hemorrágico) (18). Destaca la disminución progresiva del número de muertes por dengue hemorrágico en este período: de 50 en 2001 a 19 en 2004 (5).

En 2005, la población en riesgo de **oncercosis** en Venezuela representó 22,0% del total en las Américas. Existen 625 comunidades endémicas registradas en tres focos: nororiental, norcentral y sur; 74,4% de los casos pertenecen al foco nororiental. La población elegible para recibir tratamiento con ivermectina es de 99.484 personas susceptibles; de 2003 a 2005 se alcanzaron coberturas superiores a 85% (19).

Enfermedades prevenibles por vacunación

En 2004 y 2005 se lograron coberturas superiores a 90% en la vacunación de rutina a menores de un año con BCG (96% y 95% respectivamente) y antiamebílica (94% en los dos años), mientras que el resto de vacunas permanecieron entre 80 y 90% en 2005 (80% OPV3; 87% DTP3; 87% Hib; 88% Hepat B, y 76% MMR). La cobertura con la vacuna pentavalente (DTP, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b) pasó de 37% en 2004, año en el que se la introdujo en el país, a 80% en 2005 (20). Con el propósito de recuperar las coberturas, en 2004 el Ministerio de Salud implementó el Plan Nacional de Vacunación que, además de la población menor de 5 años con las vacunas establecidas en el Esquema Nacional de Vacunación, incluye a la población adulta en riesgo con vacunas contra hepatitis B y fiebre amarilla.

Es importante resaltar los logros obtenidos con la vacunación contra la fiebre amarilla en mayores de 1 año, después de un brote en 2003. Hasta 2005 se aplicaron más de 15 millones de dosis en el país, vacunando prioritariamente a la población mayor de 1 año que habita en 140 municipios de alto riesgo, localizados en nueve estados con una población estimada en 7.756.921. En estos municipios se ha obtenido una cobertura global de 90%. Además, la vacuna antiamebílica se aplica en forma regular, como parte del esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), a los niños de 1 año de edad, con coberturas superiores a 90% en los últimos tres años (20). Venezuela ha participado activamente en la Semana de Vacunación en las Américas (SVA) desde 2003 y ha utilizado esta iniciativa para fortalecer su programa regular y llevar a cabo campañas.

Respecto al comportamiento epidemiológico de las enfermedades prevenibles por vacunación, en 2005 se mantuvo la ausencia de casos confirmados de **poliomielitis** (el último fue notificado en 1989). En ese mismo año fue reportado un caso confirmado de **tétanos** neonatal (el último caso se había presentado en 2001) y uno de **difteria** (último caso en 1992); además, se incrementó el número de casos de **tos ferina**, de 286 en 2002 a 367 en 2003 y a 715 en 2004. En cambio, hubo un marcado descenso en el número de casos de **rubéola** confirmados clínicamente y por laboratorio: 2.724 en 2003 y 2.885 en 2004, en comparación con 4.047 notificados en 2002 y 9.996 en 2001 (6).

El país se vio afectado por un brote de **sarampión**, de la semana 36 de 2001 a la semana 46 de 2002, con un total de 2.501 casos distribuidos en 17 de los 24 estados del país, de los cuales Zulia fue el más afectado con 84% de los casos. El grupo más afectado por el brote fue el de menores de 5 años, en especial los menores de 1 año, con 699 casos y una tasa de 122.5 por 100.000. Los grupos de adultos jóvenes, fundamentalmente entre 20 y 34 años, presentaron también elevadas tasas de incidencia. El brote se debió a la importación del virus por un viajero procedente de Europa, que llegó al Municipio Zamora en el estado Falcón y no fue oportunamente detectado, produciendo su diseminación al resto del estado y, posteriormente, al resto del país. Gracias a intensas actividades de control, el brote solo duró 14 meses y se considera que se trató de la última presentación del virus del sarampión (D9) de amplia circulación endémica en las Américas.

Enfermedades infecciosas intestinales

La mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades infecciosas intestinales expresada en tasas por 100.000 habitantes fue 37,3 en 2002 (21) y 35,3 en 2004, aproximadamente 70% en niños menores de 1 año (22). Se notificaron 1.213.460 casos de **diarrea** en niños menores de 5 años en 2004 y 1.214.461 en 2005 (23).

Enfermedades crónicas transmisibles

Desde 2004, Venezuela está clasificada en el grupo de países de la Región de las Américas con mediana carga de **tuberculosis** (TB). En 2004 se notificaron 6.519 casos nuevos de TB en todas sus formas, lo que representó una tasa de 25,1 por 100.000 habitantes; la mayor incidencia fue en Delta Amacuro (111,9), Distrito Capital (66,2), Amazonas (44,0), Monagas (43,9), Portuguesa (33,9) y Vargas (31,2). De los casos nuevos de todas las formas de TB, la pulmonar representó 84,4% del total de casos notificados, 68,6% de ellos bacilífero; 51,3% se presentaron entre los 15 y 44 años, 8,9% correspondieron a menores de 15 años, y 15,3% a personas de 65 años y más. La tasa de meningitis tuberculosa en el grupo de 0 a 4 años fue 0,2 por 100.000. La comorbilidad sida/TB continúa en ascenso y presentan la asociación 5,0% de los casos nuevos de TB y 3,5% de las recaídas notificadas. El total de recaídas notificadas fue 425, de las cuales 68% se confirmaron bacte-

riológicamente. En el país se realiza una detección pasiva de casos, por lo que se presume un subdiagnóstico (24).

En 2004, la tasa de prevalencia nacional de **lepra** fue 0,54 por 10.000 habitantes; sin embargo, persisten tasas superiores a 1,0 en los estados Cojedes, Portuguesa, Barinas y Apure. Los casos nuevos son más frecuentes al avanzar en edad, en el sexo masculino, con predominio en zonas rurales y urbanizaciones no consolidadas. La forma multibacilar es la más prevalente. La tasa de detección fue de 0,27 por 10.000 habitantes (25).

Infecciones respiratorias agudas

La mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades respiratorias agudas, expresada en tasas por 100.000 habitantes, fue 24,5 en 2002 (21) y 27,2 en 2004, de las cuales aproximadamente 60% fueron en niños menores de 1 año (22). Según cifras preliminares, se informaron 6.694.002 infecciones respiratorias agudas en 2004 y 6.716.211 en 2005 (23).

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

De 1982 a 2005 se registraron 53.465 casos de sida, con 6.372 muertes. La epidemia se considera teóricamente concentrada, con una prevalencia en la población de 15 a 49 años de 0,7% y un estimado de 110.000 casos de infecciones por VIH. Debe tenerse en cuenta que solo se notificó sida en 13 de las 24 entidades federales, lo cual sugiere la existencia de un subregistro aún no estimado. La tendencia que se observó mediante la detección de enfermos es un incremento del mecanismo de transmisión heterosexual y una feminización de la epidemia. La razón hombre: mujer se ha reducido de 9,8:1 en 1990–1994 a 3:1 en 2000–2004. El Ministerio de Salud ofrece acceso universal y gratuito a terapia antirretroviral, pruebas diagnósticas y seguimiento inmunológico y virológico. La cobertura de tratamiento antirretroviral pasó de 52% en 2004 a 100% en diciembre de 2005 (26).

Zoonosis

La coordinación de acciones entre los Ministerios de Salud y Agricultura y Tierras se ha fortalecido. A partir de una convocatoria regular de la Comisión Nacional de Zoonosis, se ha logrado la implementación efectiva de proyectos compartidos desde su planificación hasta la acción.

La distribución geográfica de **rabia** canina se ha reducido de 11 estados en 1991 a un estado (Zulia) en 2001. El número anual de casos de rabia canina en Zulia se mantuvo en ascenso constante, pasando de 82 casos en 2001 a 181 en 2004. Sin embargo, la intervención de las autoridades locales posibilitó la mejor estructuración de las campañas de vacunación realizadas a mediados de 2004 y una reducción de la incidencia de 57% en 2005 (76 casos) (27). En 2003 hubo dos casos de rabia humana transmitida por perro, mientras que en 2004 se registraron cinco casos de rabia humana, tres de ellos transmitidos por perro en Zulia y dos por murciélago hematófago en Sucre; no se registraron casos humanos en 2005 (6).

Con respecto a las **encefalitis equinas**, los Ministerios de Salud y de Agricultura y Tierras mantienen un programa conjunto de vacunación de équidos en los municipios considerados de alto y mediano riesgo. Se aplicaron 297.046 dosis en 2004 y 303.211 en 2005. En 2004 se registraron 29 focos de la enfermedad: 13 por encefalitis equina del este (EEE), nueve por encefalitis equina venezolana (EEV) y siete con serología positiva para ambos virus; en 2005 se registraron cinco focos: cuatro por EEE y uno por EEV (28). En 2005 se desarrolló un programa nacional de vigilancia de Virus del Nilo Occidental para monitorear su posible ingreso en el país.

En 2000 se registraron 419 casos de **leptospirosis** a raíz de las inundaciones de Vargas (29), número que descendió de forma gradual a 98 casos en 2004 (30). Las inundaciones de 2005 produjeron un brote con 90 casos sospechosos y seis muertes (31).

En el área avícola, el país ha estado históricamente libre de cualquiera de los virus que ocasionan la **gripe aviar**, lo que fue corroborado mediante un muestreo realizado a finales de 2005, con resultados negativos en la población avícola explotada con finalidad comercial, que totaliza unos 78 millones de aves (31). Se está implementando un sistema de vigilancia permanente, tanto en aves comerciales como de traspatio, así como un monitoreo de aves migratorias.

En 2003 se presentó una epidemia de **fiebre aftosa** que afectó 63 fincas; la incidencia de la enfermedad disminuyó a 13 fincas afectadas en 2005, con predominio en áreas del occidente del país. La **estomatitis vesicular** disminuyó de 22 focos registrados en 2003 a 12 fincas afectadas en 2005 y en este año continuó siendo una enfermedad de baja incidencia (27).

En cuanto a la **brucelosis**, en 2003 se aprobó el nuevo reglamento para la realización de pruebas diagnósticas y el destino de animales positivos. Esto provocó un incremento de las pruebas serológicas, de 504.310 en 2003 a 1.197.636 en 2005. La prevalencia de la enfermedad detectada en animales fue de 8 por 1.000 a nivel de campo en 2005. La vacunación pasó de 273.448 en 2004 a 478.182 en 2005 (6).

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La prevalencia del déficit antropométrico nutricional en menores de 5 años se encontró en niveles bajos (peso/edad <10%; talla/edad <20% y peso/talla <5%). El problema predominante fue la talla baja para la edad (12,5%); el peso para la edad alcanzó 5,2% y el déficit nutricional agudo fue 4,1%. La prevalencia de sobrepeso fue 3,1%.

De 78.405 ingresos hospitalarios pediátricos (<13 años) por todas las causas en 24 hospitales centinela en 2004, 1,4% presentó desnutrición grave, con predominio de marasmo, y el grupo más afectado fue el de los menores de 1 año. De las patologías relacionadas con la malnutrición por déficit, las tasas más

altas correspondieron a diarreas (3,4%), helmintiasis (1,5%), bronquitis (1,3%), anemias (1,2%) y neumonías (0,4%) (32).

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Destacan las precipitaciones de 2002 y 2005 acontecidas en casi todo el país, que causaron inundaciones y deslizamientos de tierra; como resultado, hubo 300.000 personas damnificadas y 98 fallecimientos, así como un gran número de centros de salud afectados (33). En 2005 se registraron 90 accidentes en la industria petrolera, lo que indicó la imperiosa necesidad de potenciar o recuperar los márgenes de seguridad de la industria petrolera y química en el país (34). En 2003 se promulgó la Ley de Protección Civil y Administración de Desastres y en 2005 la Ley de Gestión de Riesgos. En 2005, el Ministerio de Salud concretó la creación de la Coordinación de Emergencias y Desastres; asimismo, la Secretaría de Salud del Área Metropolitana de Caracas creó la Unidad de Gestión de Riesgos en Salud.

El Ministerio de Salud preparó el Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control ante una posible pandemia de influenza aviar y fortaleció el Sistema de Vigilancia Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas, Neumonías e Influenza con la implementación de la ficha de investigación epidemiológica de enfermedad respiratoria aguda (35).

Violencia y otras causas externas

En 2003 se creó la Comisión Interministerial para la Atención, Prevención y Educación Vial (CIAPEV). En 2004 se reactivó en el Ministerio de Salud el Programa Nacional de Accidentes y otros Hechos Violentos. En 2004 se registraron 117.227 muertes, de las cuales 5.437 fueron por accidentes de tránsito (21% del sexo femenino), 7.348 por homicidios (6,2% del sexo femenino) y 1.034 por suicidios (19,4% del sexo femenino) (36).

Entre 2000 y 2004 se informó un promedio anual de 4.000 denuncias por violencia intrafamiliar. La violencia física y psicológica representó más de 40% de las denuncias. En la relación agresor-víctima, se observa que en más de 80% los actos de violencia son realizados por la pareja o la ex pareja (37).

Adicciones

La prevalencia de **tabaquismo** en mayores de 15 años descendió de 40% en 1984 (38) a 28% en 2005, según los estudios realizados por la Universidad Central de Venezuela y la Oficina Nacional Antitabáquica (39), todos de representatividad nacional. Este descenso fue acompañado de una reducción en el consumo per cápita de cigarrillos, de 2.100 en 1984 a 900 en 2005. En la población menor de 15 años la prevalencia de fumadores se incrementó de 2,7% en 1984 a 13,0% en 2000 (40). Estos resultados señalan que las políticas de control del hábito de fumar implementadas en el país han impactado mayormente a los adultos y

han tenido menor efecto en los jóvenes. Las resoluciones del Ministerio de Salud de prohibir la publicidad del tabaco y restringir el acceso a los productos del tabaco en menores de edad, aprobadas en marzo 2006, constituyen una estrategia para reducir la prevalencia del consumo en jóvenes. Estas resoluciones y las relativas a las regulaciones de productos del tabaco y de sus empaquetados colocan a Venezuela entre los países más avanzados en políticas de control y prevención del tabaquismo.

En 2000, el **consumo de alcohol** estuvo involucrado en 50% de los homicidios y suicidios y en 40% de los accidentes de tránsito (39). En 2003, los estudios sobre la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas realizados por la Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de las Drogas (41) encontraron que 31% de los encuestados eran consumidores habituales de alcohol, 36,7% comenzaron entre los 10 y 14 años, y 48,2% entre los 15 y 19 años. Desde 1979, el país cuenta con la Ley de impuestos sobre alcohol y especies alcohólicas, que reglamenta y regula el expendio, la producción, los impuestos y la publicidad de alcohol; esta última estuvo prohibida totalmente en radio y televisión entre 1979 y 2004, año en que se autorizó nuevamente la propaganda de cerveza, vino y licores en los mismos medios, para restringirse nuevamente en 2005. También está prohibida la venta a menores de 18 años y hay un impuesto sobre el expendio al público de especies alcohólicas nacionales o importadas.

El **consumo de drogas** en el país ha sido considerado como moderado de acuerdo a la Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de las Drogas. En 2005, la prevalencia de personas mayores de 15 años que habían probado algún tipo de drogas fue 2,2% (4% hombres y 0,7% mujeres). La franja de edad donde se observó el mayor consumo fue entre los 20 y 39 años (3% de la población). La droga de mayor consumo fue la marihuana, seguida por la cocaína y la piedra o crack; en todas ellas se observa un consumo mayor en hombres, excepto en el éxtasis, cuyo consumo por las mujeres fue 5,4%, en contraste con 1,1% en hombres. Las zonas del país donde se ubican las prevalencias más altas son Vargas (4,5%), Distrito Capital (4,2%) y Miranda (4,1%) (39).

Contaminación ambiental

Se notificaron 25 muertes por envenenamiento accidental y exposición a plaguicidas en 2002 (21) y 24 muertes en 2004 (22). Según cifras preliminares, hubo 4.028 intoxicaciones por plaguicidas en 2004 y 3.572 en 2005 (23).

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, aprobada mediante referéndum en 1999, propone un proceso de adecuación legislativa, institucional y de nuevas estrategias para realizar los cambios necesarios, y crea las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del sector salud

Formación de médicos generales integrales a través de programas sociales denominados “Misiones”

Para combatir la pobreza, lograr la inclusión de los grupos social y económicamente excluidos y responder a los compromisos adquiridos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el país ha implementado programas sociales de cobertura masiva y rápida denominados “Misiones”. En particular, se destacan la Misión Barrio Adentro y la Misión Milagro para promover la salud, la Misión Robinson para reducir el analfabetismo y la Misión Mercal para garantizar la seguridad alimentaria.

La formación de pregrado en Medicina General Integral tiene un enfoque comunitario y se lleva a cabo en la Misión Barrio Adentro, mediante un convenio con la República de Cuba. A mediano plazo se pretende la sustitución progresiva de los cooperantes internacionales por personal venezolano, con lo que se garantizaría el sostenimiento del proceso desde el punto de vista técnico y financiero. El programa se realiza bajo la modalidad de estudio-trabajo, con tres días a la semana en los consultorios populares y dos días en las aulas. La primera cohorte en formación en el país, desde 2005, cuenta con 15.000 estudiantes; adicionalmente, hay 2.500 estudiantes que asisten al mismo programa en Cuba. La meta es formar 25.000 médicos venezolanos que reemplazarán a los médicos cubanos en el país.

venezolano. El Artículo 83 establece que la salud es un derecho social fundamental, parte integral del derecho a la vida, y una obligación del Estado. Para garantizar el derecho a la salud, el Artículo 84 ordena la creación de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al Sistema de Seguridad Social; está regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El Artículo 85 establece que su financiamiento es obligación del Estado. El Artículo 86 establece 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. En este contexto, la Asamblea Nacional aprobó en 2002 la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, y se encuentra en proceso de formulación la propuesta de Ley Orgánica de Salud, la cual recoge las orientaciones de política y establece las normas para la nueva institucionalidad del sector.

El Ministerio de Salud tiene a su cargo la rectoría del sector salud, así como la regulación, formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud. Mediante la estrategia de atención primaria conocida como Misión Barrio Adentro, se encarga de la integración de las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos para la creación del SPNS, y de la atención integral de salud a todos los sectores de la población, en especial la de bajos recursos.

Durante el periodo 2001–2005 se sancionaron un conjunto de 68 resoluciones, 14 decretos, 7 leyes, 3 acuerdos y 1 providencia en salud; entre ellos destacan la regulación del programa de acceso y atención médica de segundo nivel denominado Red de Clínicas Populares, en la cual se registran los cambios en los servicios de atención del SPNS; la obligatoriedad de que los esta-

blecimientos de salud del SPNS solo adquieran los medicamentos incluidos en el Listado Básico Nacional de Medicamentos Esenciales; y la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.

Estrategias y programas de salud

En respuesta al cumplimiento de los ODM 4 y 5 para 2015, el gobierno venezolano ha establecido el Proyecto Madre, con una visión de atención integral e intersectorial, cuyo objetivo es la reducción de la mortalidad materna e infantil. El Proyecto Madre es una estrategia realizada e impulsada por el Ministerio de Salud para mejorar la salud de los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas. Este proyecto incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención, por medio del cual se fortalecen los conocimientos sobre hábitos y estilos de vida saludables en las familias y comunidades, así como las prácticas de cuidado y atención en el hogar de las mujeres embarazadas y de los niños menores de 5 años, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo pleno de todos los integrantes (42).

Organización del sistema de salud

El sistema de servicios de salud se ha caracterizado por una organización y dinámica de funcionamiento complejas y segmentadas. Está integrado por los subsectores público y privado y por múltiples actores que cumplen las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

En la década de 1990 el sistema de salud emprendió un proceso de descentralización de los servicios del entonces Ministerio

de Salud y Asistencia Social a los estados, el cual logró la transferencia a 17 entidades federales; sin embargo, el proceso no llegó a consolidarse, por lo que hay estados descentralizados y centralizados en lo que se refiere al sector salud.

A finales de 2005, el Ministerio de Salud informó que existían 4.804 establecimientos ambulatorios públicos en el nivel primario, de los cuales 4.605 (96%) pertenecían al Ministerio, además de la red ambulatoria de la Misión Barrio Adentro con aproximadamente 8.600 puntos de consulta. Los hospitales de la red de establecimientos públicos sumaban 296: 214 dependientes del Ministerio de Salud o de las gobernaciones, 33 del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), 29 del Instituto Nacional de Geriátrica (INAGER), 13 del Instituto de Protección Social de la Fuerza Armada (IPSA), 3 de Petróleos de Venezuela (PDVSA), 2 de la Corporación Venezolana de Guyana (CVG), 1 de la alcaldía de Miranda y 1 de la Policía Municipal de Caracas. El sector privado contaba con 344 centros de salud (315 instituciones lucrativas y 29 fundaciones benéficas). En 2003, el sector público contaba con 23.858 camas funcionales en hospitales (9,2 camas por 10.000 habitantes) (1).

La capacidad de resolución de la red ha mejorado con la introducción de la Misión Barrio Adentro y el tiempo de espera para cirugías y atención ambulatoria especializada ha disminuido mediante un convenio con el gobierno de Cuba para la atención de pacientes en dicho país, especialmente mediante la Misión Milagro, que consiste en cirugía oftalmológica.

Servicios de salud pública

La Misión Barrio Adentro es una estrategia de atención primaria de salud que consiste en la organización de estructuras, programas, recursos humanos, técnicos y financieros, con el propósito de extender progresivamente los servicios y ampliar las acciones de salud integral para el fortalecimiento del SPNS. En 2003, esta Misión recibió de Petróleos de Venezuela (PDVSA) US\$ 169,4 millones para el fortalecimiento de la red primaria de atención en salud, los cuales fueron administrados directamente por el Ministerio de Salud mediante un fideicomiso con el Banco de Desarrollo Económico y Social. El convenio establecido entre el Ministerio de Salud y PDVSA consideró, además, la construcción de 100 módulos de atención primaria por parte de PDVSA.

La Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública esta coordinada por el Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" y tiene como objetivo principal el fortalecimiento del trabajo cooperativo entre los estados, para vigilar, prevenir y controlar enfermedades transmisibles en el país y realizar la detección neonatal de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria.

Entre los logros más importantes de la Red se puede destacar el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica y la vigilancia de enfermedades transmisibles a nivel nacional; en ese sentido, ha habido un incremento importante de pruebas diagnósticas procesadas en los laboratorios de la Red, de 123.483 en 2001 a

463.465 en 2005; la ampliación de la cobertura diagnóstica de los diferentes programas de salud en todo el territorio nacional, con el propósito de brindar una respuesta rápida y oportuna para la toma de decisiones (Caicara del Orinoco, Santa Elena del Uairén, Tumeremo, Güiria, Santa Bárbara del Zulia, Altigracia del Orinoco); el establecimiento y consolidación del diagnóstico de enfermedades metabólicas congénitas, con lo que el número de pruebas realizadas se incrementó de 40.442 en 2001 a 293.186 en 2005; el fortalecimiento del programa de prevención en la transmisión vertical del VIH, que repercutió en que actualmente todos los laboratorios regionales realizan el despistaje de VIH en mujeres embarazadas e igualmente se realiza el despistaje de Hepatitis B y Hepatitis C; y el establecimiento de un sistema de información que permite obtener un registro actualizado de la incidencia o seroprevalencia de las enfermedades transmisibles en todo el país. Además, se garantizó a la población el acceso a estos servicios en forma gratuita (43).

La inversión pública regular anual en el sector agua potable y saneamiento no superó el 0,2% del PIB de 2000 a 2005. En 2001 se consolidó un Plan Nacional de Saneamiento, con recursos adicionales de US\$ 88.9 millones, lo que significó un incremento presupuestario de 26,7% para el sector. Un factor que contribuye al déficit financiero del sector es el agua no facturada, que representa aproximadamente 63% (44).

La cobertura de distribución de agua potable pasó de 86% en 1998 a 91% en 2004 en zonas urbanas; las áreas no cubiertas corresponden principalmente a las zonas rurales y urbanas no consolidadas, así como a las poblaciones indígenas. Se cuenta con 151 sistemas de tratamiento. Existe deficiencia en la vigilancia y el control del servicio de calidad de agua en las zonas rurales. En 2003, 66% de la población rural tenía conexiones domiciliarias de agua potable (44). La población que cuenta con servicio de disposición adecuada de aguas servidas pasó de 66% en 2000 a 77% en 2004 (44) y el déficit se concentra en las zonas rurales y urbanas no consolidadas y en las poblaciones indígenas.

En Venezuela, 24,3% de los municipios disponen de rellenos sanitarios controlados y 59,2% utilizan vertederos a cielo abierto (45). El país no cuenta con rellenos de seguridad para los materiales peligrosos, incluidos los residuos hospitalarios. En 2004 fue promulgada la Ley de Residuos y Desechos Sólidos y se formularon las directrices para los Planes Regionales de Manejo de Residuos Sólidos. La recolección de los residuos sólidos en las medianas y grandes poblaciones y la disposición final en general constituyen problemas graves, ya que los residuos que no se recolectan se desechan sin control; como resultado, se transforman en un factor de riesgo que atenta contra la población expuesta, especialmente las personas que trabajan en contacto con los residuos y la población circunvecina a los sitios de disposición final.

El sistema de vigilancia de la calidad del aire es limitado; solo Caracas, Maracaibo y Valencia cuentan con redes de monitoreo, principalmente de material particulado, pero la información no está disponible y no existen inventarios de emisiones publicados.

Un estudio realizado en 2003 indica que las concentraciones promedio de partículas inhalables (PM_{10}) en Maracaibo duplican las guías de la OMS (46). Cabe mencionar que desde agosto de 2005 dejó de venderse gasolina con plomo en el país.

La proliferación de fuentes de radiaciones ionizantes, sobre todo en la actividad médica, motivó que el Ministerio de Salud realizara un registro de los centros de salud que las utilizan, tanto públicos como privados; como resultado, se encontraron las siguientes deficiencias: 65% de los servicios no poseen dosimetría personal, 40% presentan fallas estructurales, y ninguno realiza monitoreo ambiental para el control de la exposición (47).

La disponibilidad alimentaria en 2004 indica suficiencia plena (>110%) de hierro, tiamina, niacina y vitamina C; suficiencia precaria (100–110%) de riboflavina; insuficiencia (95–100%) de vitamina A, e insuficiencia crítica (<95%) de calorías y proteínas. En 2002, la procedencia de los alimentos reveló que la producción nacional de calorías, proteínas y grasas fue baja, con mayor vulnerabilidad en el grupo de las grasas. En 2005, el valor promedio de la canasta alimentaria normativa fue US\$ 178, cuando el salario mínimo era de US\$ 189.

Entre 2000 y 2002, en Venezuela se registraron 31 brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (48). El modelo de control de alimentos en el país se caracteriza por la intervención de varias instituciones con diversos marcos jurídicos, funciones y responsabilidades, que actúan de manera desvinculada (49).

Bajo el liderazgo del Ministerio de Salud se creó una comisión intersectorial para la ejecución de un proyecto que permita concretar la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en el país. Se crearon grupos técnicos para trabajar en áreas específicas: marco normativo, diagnóstico, organización, sistemas de alerta y vigilancia y sistemas de información. En virtud de la solicitud de la OMS de adelantar voluntariamente aquellos puntos del RSI que se relacionan con la preparación para la posible pandemia de gripe aviar, el grupo que más ha avanzado es el de “Puertos, aeropuertos y pasos de frontera”, que ya dispone de un protocolo para evaluar las capacidades básicas instaladas.

Servicios de atención a las personas

Durante los primeros 18 meses de la Misión Barrio Adentro se llevaron a cabo, en forma gratuita, 163 millones de consultas médicas (6,5 consultas por ciudadano), 14,8 millones de consultas odontológicas y 3,8 millones de consultas oftalmológicas, y se entregaron 1,4 millones de lentes; además, se realizaron 567.000 consultas de emergencia y 1,1 millones de tratamientos de rehabilitación. Como complemento, a mediados de 2004 se inició la Misión Milagro, mediante la cual (hasta febrero de 2006) se habían intervenido en Cuba 176.000 venezolanos por causas oftalmológicas al tiempo que 8.500 pacientes de países latinoamericanos fueron operados en Venezuela por las mismas causas.

La Red de Servicios está constituida por consultorios y clínicas populares, centros de diagnóstico integral, sala de rehabilita-

ción integral, centros de alta tecnología y hospitales. Para su funcionamiento, en los 24 estados del país se creó el Comité Técnico Regional de Barrio Adentro, integrado por representantes de Gobernación, Alcaldía, Dirección Regional de Salud del Ministerio de Salud, Dirección Regional del Ministerio de Vivienda y Hábitat, Misión Médica Cubana, Comités de Salud, Frente Francisco Miranda, Fuerza Armada Nacional y Empresas Mixtas.

Se estableció como meta que cada consultorio popular cubra a 250 familias o 1.250 personas, para lo cual se requerirían aproximadamente 14.000 consultorios populares. A fines de 2005, estaban funcionando aproximadamente 640 consultorios populares y 1.670 se encontraban en proceso de dotación bajo la coordinación del Ministerio de Salud. Además, existen aproximadamente 6.900 puntos de consulta que funcionan en cuartos dentro de viviendas facilitadas por familias residentes en zonas populares para dicho fin, los cuales serán reemplazados, progresivamente, con 4.600 consultorios populares. La infraestructura en funcionamiento podía cubrir a 11,4 millones de personas. Los consultorios disponen de 103 medicamentos gratuitos para el tratamiento de las enfermedades más prevalentes. También hay consultorios odontológicos (1 por cada 4 consultorios populares) y hasta noviembre de 2005 cerca de 2.000 odontólogos venezolanos habían sido incorporados a la Red. Además, hay 470 ópticas en funcionamiento, 1 por cada 6 consultorios, y se necesitarían aproximadamente 1.450 ópticas para cubrir las necesidades de la población.

En marzo de 2006 existían 100 centros de diagnóstico integral en todo el país, los cuales funcionan durante 24 horas todo el año, y prestan servicios de emergencia y de cuidados intermedios e intensivos; para la misma fecha habían proporcionado 4,1 millones de exámenes de laboratorio, 567.000 consultas de emergencia, 792.000 ultrasonidos, 398.000 rayos X, 324.936 electrocardiogramas, 1.108 cirugías, 59.000 endoscopias y 1,1 millones de tratamientos de rehabilitación. También en marzo de 2006 existían 100 salas de rehabilitación integral, con los siguientes servicios: electroterapia, tracción cerviceo-lumbar, termoterapia, hidroterapia, gimnasio pediátrico, gimnasio para adultos, terapia ocupacional, medicina natural y acupuntura, logopedia, foniatría y podología. Los centros de alta tecnología fueron concebidos como centros de diagnóstico médico por imágenes mediante procedimientos no invasivos.

En octubre de 2005, el Ministerio de Salud abrió un proceso de consulta para la identificación de los equipos que deberían ser instalados en sus 214 hospitales. La Comisión Nacional de Evaluación de Tecnología en Salud (CONETS), conjuntamente con un grupo de expertos, elaboró protocolos técnicos dirigidos al diagnóstico tecnológico necesario para el óptimo funcionamiento de los hospitales públicos. Sesenta por ciento de las camas y 50% de los quirófanos del país se concentran en 43 hospitales del Ministerio de Salud, la mayoría de ellos ubicados en las capitales de las 24 entidades federales (50).

El Ministerio de Salud es el organismo responsable de coordinar todo lo referente a la organización, el funcionamiento, el mo-

nitoreo y la evaluación de los bancos del Programa Nacional de Bancos de Sangre (PNBS), mediante la oficina de coordinación nacional. Los objetivos principales del PNBS son garantizar sangre segura y proporcionar productos y servicios de calidad, en correspondencia con las necesidades y derechos específicos de la población, tomando en cuenta el enfoque de género y etnias durante todo el ciclo de vida.

La Red de Bancos de Sangre está conformada por 270 unidades, de las cuales hay 86 en el Ministerio de Salud, 28 en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, 126 en instituciones de carácter privado y 30 en instituciones diferentes a las anteriores; además se prestan servicios de transfusión en 1 clínica popular y en 4 centros de diagnóstico (51).

Promoción de la salud

La Constitución establece que la salud es un derecho social fundamental enmarcado en el derecho a la vida, donde convergen múltiples determinantes: físicos, biológicos, demográficos, sociales, económicos y ambientales. Así, la política de salud forma parte de un conjunto más amplio de políticas de Estado que priorizan los factores sociales; igualmente, en lo local se prioriza la política de núcleos de desarrollo endógeno por medio de los territorios sociales, donde se articulan las respuestas institucionales y las necesidades comunitarias.

Otro mandato constitucional es la participación de la sociedad en la ejecución y el control de la gestión pública y en el desarrollo de planes estratégicos de intervención local; en este sentido, los Comités de Salud se conformaron como instancias de organización y participación comunitaria para la solución de los problemas en materia de salud y hasta ahora se cuenta con más de 8.000 comités a nivel nacional. En 2006 se aprobó la Ley de los Consejos Comunales, para favorecer la articulación e integración entre las diversas organizaciones comunitarias y permitir al pueblo ejercer directamente la gestión de las políticas públicas y proyectos comunitarios. En ese mismo año se creó el Ministerio de Participación Ciudadana y Desarrollo Social, el cual se deriva de la división del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Recursos humanos

La planta de puestos existentes en el Ministerio de Salud en 2005 comprendía un total de 150.263 trabajadores, incluidos los profesionales, de los cuales 3,6% estaban en el nivel central, 12,6% en los estados centralizados, 72,7% en estados descentralizados y 11,2% en los organismos adscritos. De este total, 85,7% estaban en plazas fijas o nombradas, 11% eran contratados y 3,3% eran suplentes (59).

En 2003 el personal de hospitales, servicios ambulatorios y administración central del IVSS comprendía 43.390 plazas, de las cuales 33.620 eran asistenciales y 9.770 administrativas (1). En 2000 había 20 médicos por cada 10.000 habitantes, valor que

contrastaba entre Distrito Capital (42,2) y Sucre (11,5) (59). Según el censo de la Federación Médica Venezolana de 2005, hay aproximadamente 53.300 médicos activos registrados en Venezuela; de estos, aproximadamente 1.100 trabajan en la Misión Barrio Adentro junto con 15.000 médicos cubanos, por lo que en 2005 la razón de médicos por 10.000 habitantes fue 25. En 2000, la razón de enfermeras por 10.000 habitantes fue 4,5 y el mayor valor se registró en Falcón (9,8) y el menor en Nueva Esparta (2,0) (59). La formación en Medicina General Integral se lleva a cabo en la Misión Barrio Adentro, que se ejecuta mediante un convenio con la República de Cuba y se realiza bajo la modalidad de estudio-trabajo; tiene como finalidad a mediano plazo la sustitución progresiva de los cooperantes internacionales por personal venezolano que garantice la sostenibilidad del proceso desde el punto de vista técnico y financiero. La primera cohorte en formación en el país, desde 2005, cuenta con 15.000 estudiantes; adicionalmente, hay 2.500 estudiantes que asisten al mismo programa en Cuba. La meta es formar 25.000 médicos venezolanos que reemplazarán a los médicos cubanos en el país.

Suministros de salud

El Ministerio de Salud regula y fiscaliza lo concerniente al circuito del medicamento, desde la producción hasta la utilización por parte de los pacientes. El número de productos farmacéuticos actualmente comercializados con registro sanitario es de 4.347; de estos productos, 33% están clasificados como de venta sin prescripción facultativa, mientras que 67% necesitan ser prescritos por un médico (52,53). La Lista Básica de Medicamentos Esenciales más reciente, elaborada por el Comité Terapéutico Nacional del Ministerio de Salud, está conformada por 328 principios activos, que se comercializan bajo 534 presentaciones farmacéuticas (54) y cuyas fichas técnicas se describen en el Formulario Terapéutico Nacional (55). El mercado nacional de medicamentos pasó de US\$ 1.860 millones en 2004 a US\$ 2.100 millones en 2005, de los cuales 63% correspondieron a la industria transnacional y 37% a la nacional (56). El segmento de los psicotrópicos está representado por 10 sustancias activas, cuyo consumo para 2005 fue de 1.073 Kg; en el caso de los estupefacientes, el segmento está compuesto por 30 sustancias activas cuyo consumo nacional para 2005 fue de 431 Kg (57). En lo referente a la farmacovigilancia, los dos centros ejecutores (el Centro Nacional de Vigilancia Farmacológica del Instituto Nacional de Higiene y el Centro de Fármaco Vigilancia de la Universidad Central de Venezuela) procesaron 529 notificaciones de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) en 2004 y 533 en 2005, las cuales fueron enviadas al Uppsala Monitoring Center de Suecia (centro colaborador de la OMS) (56,57). En 2005 se restringió la distribución de cuatro grupos importantes de antimicrobianos (quinolonas, macrólidos-lincosamidas, cefalosporinas de tercera generación y aquellos cuyo principio activo sea la rifampicina) (58).

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

En materia de información científica y técnica en salud, en 2005 se oficializó la Biblioteca Virtual en Salud de Venezuela (<http://www.bvs.org.ve>), cuya Secretaría Ejecutiva está a cargo del Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Galdón”, dependiente del Ministerio de Salud. Se consolidó y acreditó SciELO Venezuela (<http://www.scielo.org.ve>), que cuenta con 22 títulos de revistas.

Gasto y financiamiento sectorial

La inversión pública social, como porcentaje del PIB, pasó de 11% en 2000 a 12,1% en 2004. La inversión social real por habitante disminuyó de US\$ 516,8 en 2000, a US\$ 226,9 en 2005. El gasto público en salud pasó de 1,4% del PIB en 2000 a 1,6% en 2004 (2). A partir de 2000 se incrementó la inversión pública y se estabilizó la privada. El gobierno buscó orientar parte de los recursos petroleros hacia la población excluida y empobrecida.

Referencias

- Venezuela, Instituto Nacional de Estadísticas. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve>. Acceso el 29 de agosto de 2006.
- Venezuela, Sistema Integrado de Indicadores Sociales para Venezuela. Disponible en: <http://www.sisov.mpd.gov.ve>. Acceso el 29 de agosto de 2006.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano 2005. La cooperación internacional ante una encrucijada: ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual. Nueva York: PNUD; 2005. Disponible en: <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/espanol/>. Acceso el 24 de agosto de 2006.
- Venezuela, Fundación Vivienda Popular. Situación habitacional en Venezuela. Disponible en: <http://www.viviendaenred.com>. Acceso el 5 de septiembre de 2006.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Anuario de mortalidad 2004. Caracas: MSDS; 2005. Disponible en: <http://www.msds.gov.ve/msds/documentos/Anuario.zip>. Acceso el 8 de agosto de 2006.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Dirección General de Epidemiología y Análisis Estratégico. Archivos de 2001–2005.
- Venezuela, Instituto Nacional de Geriátrica. Proyección de la población de adultos mayores y sus principales causas de morbilidad y mortalidad. [Presentación de A. Capielo]. Caracas: INAGER; 2005.
- Venezuela, Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales. Disponible en: <http://www.inpsasel.gov.ve/>. Acceso el 25 de septiembre de 2006.
- Venezuela, Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales “Simón Bolívar”. Disponible en: <http://www.innova.org.ve:8000/>. Acceso en 2006.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Reporte internacional periódico de vigilancia de fiebre amarilla, 2001–2005. Caracas: MSDS; 2005.
- Universidad Central de Venezuela, Instituto Anatomopatológico. Archivos; 2005.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Reunión Nacional de Zoonosis, 2006. Caracas: MSDS; 2006.
- Venezuela, Ministerio de Ciencia y Tecnología, Instituto Nacional de Investigaciones Agrícolas; Centro Nacional de Investigaciones Agropecuarias, Laboratorio de Enfermedades Vesiculares, 2005.
- Benítez J. Programa Nacional de Control de Chagas. Situación 2006. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2006.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Programa de Malaria; 2003.
- Organización Panamericana de la Salud. Malaria en Venezuela. Quito: OPS; 2006.
- Villegas L. Paludismo en Venezuela. Caracas; 2004.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Informe anual de casos de dengue, 2004. Caracas: MSDS; 2005.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Programa Nacional de Eliminación de la Oncocercosis; 2006.
- Venezuela, Programa Ampliado de Inmunizaciones. Boletines. Caracas: PAI; 2006.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Anuario de mortalidad, 2003. Caracas: MSDS; 2004.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Anuario de mortalidad, 2005. Caracas: MSDS; 2006.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Boletín Epidemiológico. Semana epidemiológica N° 52; diciembre de 2005.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Programa Nacional de Tuberculosis y Otras Enfermedades Respiratorias; 2006.
- Venezuela, Instituto de Biomedicina. Disponible en: <http://www.biomedicina.org.ve/>. Acceso el 28 de julio de 2006.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Programa Nacional de Prevención de VIH/SIDA; 2006.
- Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Sistema de Información Epidemiológica. Disponible en: <http://siepi.panaftosa.org.br/Painel.aspx>. Acceso el 22 de septiembre de 2006.
- Venezuela, Servicio Autónomo de Sanidad Animal, División de Control Zoonosario; 2005.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Encuentro Nacional de Leptospirosis. Caracas: MSDS; 2005.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Informe de la situación de leptospirosis en Venezuela. Caracas: MSDS; 2005.

31. Venezuela, Servicio Autónomo de Sanidad Animal, Oficina de Apoyo y Vigilancia Epidemiológica; 2005.
32. Venezuela, Instituto Nacional de Nutrición, Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional; 2005.
33. Venezuela, Ministerio de Relaciones Exteriores y Justicia, Dirección Nacional de Protección Civil; 2006. Disponible en: <http://www.pcivil.gob.ve/>. Acceso el 11 de septiembre de 2006.
34. Asociación Venezolana de la Industria Química y Petroquímica, 2006. Disponible en: <http://www.asoquim.com/>. Acceso el 15 de agosto de 2006.
35. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Plan nacional de vigilancia, prevención y control ante una posible pandemia de influenza aviar. Caracas: MSDS; 2006.
36. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Perfil de país sobre accidentes y otros hechos violentos. Caracas: MSDS; 2005.
37. Venezuela, Ministerio del Interior y Justicia, Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas, 2005. Disponible en: <http://www.cicpc.gov.ve/>. Acceso el 14 de septiembre de 2006.
38. Venezuela, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Estudio Nacional Antitabáquico; 1984.
39. Venezuela, Ministerio del Interior y Justicia, Oficina Nacional Antidrogas. Disponible en: <http://www.ona.gob.ve/>. Acceso el 15 de agosto de 2006.
40. Primer informe. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes. EMTAJOVEN Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2000.
41. Venezuela, Comisión Nacional Contra el Uso Indebido de las Drogas; Unión Europea. Informe Final. I Encuesta de Hogares sobre Consumo de Drogas en la República Bolivariana de Venezuela; 2006.
42. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Propuesta de alianza con universidades y sociedades científicas para fortalecimiento de Proyecto Madre; 2006.
43. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, 2001–2005.
44. Venezuela, Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales. Informe de gestión del sector agua potable y saneamiento, 1999–2004. Caracas: MARN; 2005.
45. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la evaluación regional de los servicios de manejo de residuos sólidos municipales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2005.
46. Velásquez H, Molina B, Morales J, Cano Y, Romero A. Niveles de contaminación atmosférica por gases ácidos (SO₂ y NO₂) y partículas inhalables (PM₁₀) en dos sitios de la ciudad de Maracaibo, Venezuela. Presentado en el I Congreso Internacional de Cuenca del Lago de Maracaibo, agosto de 2006.
47. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Informe de los servicios de radiofísica sanitaria. Caracas: MSDS; 2004.
48. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Sistema Regional de Vigilancia de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos; 2006.
49. Organización Panamericana de la Salud; Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura; Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Proyecto Sistema Nacional Integrado de Control de Alimentos; 2005.
50. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la cooperación estratégica de país. Caracas; 2006.
51. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Coordinación Nacional de Bancos de Sangre. Presentación en Power Point.
52. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Lista básica nacional de medicamentos esenciales, 2003. Caracas: MSDS; 2005.
53. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Formulario Terapéutico Nacional, 2004. Caracas: MSDS; 2004.
54. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos, Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes. Archivos; 2005.
55. Venezuela, Centro Nacional de Vigilancia Farmacológica. Archivos, 2005.
56. Venezuela, Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”. Archivos. Caracas; 2005.
57. Intercontinental Marketing Services-Health. Global pharmaceutical market forecasts: market reports. Disponible en: <http://www.ims-global.com/insigth/report/global/report.htm>. Acceso el 21 de septiembre de 2006.
58. Venezuela. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela; 2 de enero de 2006; (38.348):5–8.
59. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Indicadores básicos de salud de la República Bolivariana de Venezuela, 2004. Caracas: MSDS; 2005.

SIGLAS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AIDIS	Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AIF	Asociación Internacional de Fomento (Banco Mundial)
ALAESP	Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
APPCC	Análisis de riesgos y puntos críticos de control
ASDI	Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional
AVAD	Años de vida ajustados en función de la discapacidad
BCIE	Banco Centroamericano de Integración Económica
BDC	Banco de Desarrollo del Caribe
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIREME	Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (OPS)
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial)
BPM	buenas prácticas de manufactura
BVS	Biblioteca virtual en salud
CAD	Comité de Asistencia para el Desarrollo (OCDE)
CAF	Corporación Andina de Fomento
CAN	Comunidad Andina de Naciones
CAREC	Centro de Epidemiología del Caribe (OPS)
CARICOM	Comunidad del Caribe
CCA	Evaluación Común de País (ONU)
CDB	Banco de Desarrollo del Caribe
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA)
CEHI	Instituto de Salud Ambiental del Caribe
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CEPAL)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe (ONU)
CEPIS	Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (OPS)
CERSSO	Centro Regional de Seguridad y Salud Ocupacional
CFNI	Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (OPS)
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
CIDA	Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CILA	Comisión Internacional de Límites y Aguas
CIOMS	Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco (OMS)
COHRED	Consejo en Investigación en Salud para el Desarrollo
COLABIOCLI	Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica
COPICHAS	Confederación de Pueblos Indígenas del Chaco Sudamericano
CPC	Coordinación de Programas en el Caribe (OPS)
CRICS	Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud
CTP	Cooperación técnica entre países
CHRC	Consejo de Investigación de Salud del Caribe
DANIDA	Agencia Danesa para el Desarrollo Internacional
DOTS	Tratamiento breve bajo observación directa

EPA	Agencia para la Protección del Medio Ambiente (EUA)
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FICR	Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja
FIOCRUZ	Fundación Oswaldo Cruz del Brasil
FMAM	Fondo para el Medio Ambiente Mundial
FMI	Fondo Monetario Internacional
FMSTM	Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
GAVI	Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización
GTZ	Organismo Alemán para la Cooperación Técnica
HINARI	InterRed-Salud Iniciativa de Acceso a la Investigación
HRP	Hacer Retroceder el Paludismo
IAM	Iniciativa Amazónica contra la Malaria
ICOH	Comisión Internacional para la Salud Laboral
IDH	Índice de desarrollo humano
IMC	Índice de masa corporal
INB	Ingreso nacional bruto
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (OPS)
IPA	Índice parasitario anual
IPC	Índice de precios al consumidor
IPCC	Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático
IREPS	Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud
IRET	Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas
ISCA	Iniciativa de Salud Centroamericana
JICA	Organismo Japonés de Cooperación Internacional
LAMM	Iniciativa para la Reducción de la Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe
LILACS	Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (OPS)
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OCHA	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (ONU)
ODM	Objetivos de desarrollo del milenio
OEА	Organización de los Estados Americanos
OEСO	Organización de Estados del Caribe Oriental
OEPA	Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas
OIE	Organización Mundial de Sanidad Animal
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue
OREALC	Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (UNESCO)
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
OTCA	Organización del Tratado de Cooperación Amazónica
PAHEF	Fundación Panamericana de la Salud y Educación
PAI	Programa Ampliado de Inmunización

PANAFTOSA	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (OPS)
PANCAP	Asociación Pancaribeña contra el VIH/SIDA
PCM	Programa Conjunto de Monitoreo (OMS/UNICEF)
PEA	Población económicamente activa
PHAC	Agencia Canadiense de Salud Pública
PHEFA	Plan Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa
PIB	Producto interno bruto
PLAGSALUD	Aspectos Ocupacionales y Ambientales de la Exposición a Plaguicidas en el Istmo Centroamericano
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNB	Producto nacional bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
PPA	Paridad del poder adquisitivo-
PPME	Iniciativa para los Países Pobres Muy Endeudados (Banco Mundial-FMI)
RAVREDA	Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a las Drogas Antimaláricas
RECACER	Red Centroamericana de Prevención y Control de la Enfermedades Emergentes y Reemergentes
Red PARF	Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica
RELAB	Red Latinoamericana de Biología
RELAC	Red de Laboratorios de Ambiente y Salud de América Latina y el Caribe
REMSAA	Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina
REPAMAR	Red Panamericana de Manejo Ambiental de Residuos
REPIDISCA	Red Panamericana de Información en Salud Ambiental
RESSCAD	Reunión del Sector Salud de Centroamérica y la República Dominicana
RICTSAL	Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología en Salud
RICYT	Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología
RIMSA	Reunión Interamericana a Nivel Interministerial en Salud y Agricultura
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SARS	Síndrome Respiratorio agudo severo
SciELO	Biblioteca Científica Electrónica en Línea (OPS)
ScienTI	Red Internacional de Fuentes de Información y Conocimiento para la Gestión de Ciencia, Tecnología e Innovación
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIREVA	Sistema Regional de Vacunas (OPS)
SVA	Semana de vacunación en las Américas
TLCAN	Tratado de Libre Comercio de América del Norte
UIPES	Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud
UNASUR	Unión de Naciones Suramericanas
UNDAF	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNDG	Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNGASS	Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UNSCEAR	Comité Científico de las Naciones Unidas para el Estudio de los Efectos de la Radiación Atómica
VEMI	Visión y Estrategia Mundial de Inmunización
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VIVSALUD	Red Interamericana de Vivienda Saludable

