
**PERFIL DE LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD DE
MONTSERRAT**

(Primera edición, 20 de julio de 2001) *

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

Montserrat es un territorio británico de ultramar desde 1632. El Jefe de Estado es Su Majestad la Reina Isabel II, quien es representada por un Gobernador. Posee su propio sistema de gobierno con un Primer Ministro y otros ministros debidamente elegidos por voto popular. Las elecciones se celebraron el 2 de abril de 2001, habiendo resultado electo el Nuevo Movimiento de Liberación Popular, liderado por el Sr. John Osborne. Ha prestado juramento como Primer Ministro, junto con Idabelle Meade, Ministra de Educación, Salud y Servicios Comunitarios; Margaret Dyer-Howe, Ministra de Agricultura, Tierras y Vivienda; y el Dr. Lowell Lewis, Ministro de Comunicación y Obras Públicas. El Gabinete incluye al Gobernador, el Primer Ministro, los tres Ministros, el Procurador General y el Secretario de Finanzas.

Partiendo de una posición de relativa prosperidad económica e independencia financiera emergente del gobierno británico, la economía de la isla ha sufrido un grave colapso debido a la prolongada erupción del Volcán Soufriere Hills que comenzó en julio de 1995. Con la actividad volcánica, se ha producido un crecimiento económico negativo, habiendo aumentado el nivel de desempleo. Todos los sectores han contribuido a esta disminución: las manufacturas, el turismo y la agricultura. Dos tercios del país fueron declarados zona insegura y los habitantes tuvieron que mudarse al norte de la isla o abandonar el país. Sesenta por ciento de la población partió con destino al Reino Unido, Estados Unidos de América u otras islas vecinas del Caribe Oriental. Los que se quedaron viven en las casas que existen en el norte o en albergues temporarios.

El Ministerio de Educación, Salud y Servicios Comunitarios tiene la responsabilidad de prestar servicios de salud que sean accesibles, adecuados y asequibles a la población. El sistema de atención de salud se vio seriamente afectado debido a que la erupción volcánica destruyó el Hospital Glendon, de reciente construcción, además de la mayoría de los consultorios primarios de atención de salud. Por otra parte, también se fueron del país muchos profesionales capacitados. Se remodeló una escuela en St. John's, en el norte de la isla, para formar un hospital de treinta camas que actualmente ofrece atención secundaria. Cuatro consultorios están abiertos actualmente y prestan servicios de atención primaria. En el sector privado, cuatro médicos operan servicios privados de atención ambulatoria.

Las principales causas de defunción durante los últimos años han sido las cardiopatías y las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades del aparato respiratorio y las neoplasias malignas. Sin embargo, los importantes problemas de salud que enfrenta el país en la actualidad incluyen la salud mental, la atención de los ancianos, la diabetes y la hipertensión. El abuso de sustancias es también un problema potencial, ya que en 15% de los pacientes con enfermedades mentales se ha registrado uso de alcohol, vinculándose el uso de marihuana a actividades delictivas.

El gasto total de salud ha fluctuado durante los últimos siete años, habiendo representado 20,3% del PIB en 1999. La disponibilidad y fiabilidad de información oportuna, que permita apoyar los procesos de toma de decisiones, es causa de preocupación y las decisiones tienden a no basarse en la información.

Antes de la erupción volcánica, la atención de salud en la isla era buena y las expectativas del público elevadas. Después de la erupción, el sistema debió reorganizar la sección técnica, la gerencia y la administración. Se espera poder seguir ofreciendo buena atención primaria y secundaria a todos los residentes y prestar atención terciaria en el exterior. El proceso de reorganización se está llevando a cabo, esperándose una evaluación hacia fines de 2001.

1. CONTEXTO

Montserrat es una pequeña isla montañosa de aproximadamente 102 kilómetros cuadrados, que forma parte de la cadena volcánica del Caribe Oriental, la cual se extiende desde Saint Kitts en el norte hasta Granada en el sur. Sus coordenadas geográficas son 16°45' de latitud norte, 62°12' de longitud oeste (1). La isla está presentando actualmente una erupción prolongada del volcán Soufriere Hills. Esta actividad empezó el 18 de julio de 1995 y ha habido varios incidentes hasta la fecha. En junio de 1997 una gran explosión causó veinte muertes, con la destrucción de muchos pueblos y el cierre del único aeropuerto. Esta erupción ha afectado seriamente los distintos aspectos de la vida en Montserrat: la economía, la política, el desarrollo y las condiciones generales de vida. Como resultado de la actividad volcánica, dos tercios del país ha sido declarado inseguro y los habitantes han tenido que trasladarse al norte de la isla. Casi 60% de los habitantes abandonaron el país para vivir en el Reino Unido, Estados Unidos de América o las islas vecinas del Caribe Oriental. Los que se quedaron se hospedaron inicialmente en albergues o en las casas existentes en el norte pero, a medida que se dispuso de casas nuevas, la necesidad de refugios disminuyó. En la actualidad, alrededor de 160 personas siguen alojándose en los albergues, principalmente ancianos y enfermos mentales. Las autoridades están haciendo lo posible por ubicar alternativas de alojamiento para ellos. Ya que la mayoría de la población vivía en Plymouth, la capital o sus alrededores, casi todas las familias perdieron sus hogares y posesiones. La ciudad capital era también el centro industrial, comercial y de gobierno donde residían todos los servicios esenciales. Por consiguiente, con su pérdida se destruyó la infraestructura. Los recursos humanos también se vieron afectados, ya que muchas personas capacitadas abandonaron la isla.

1.1. Contexto político

Montserrat es un territorio británico de ultramar desde 1632. El jefe de Estado es Su Majestad la Reina Isabel II, quien es representada por un Gobernador. Sin embargo, posee su propio sistema de gobierno con un Primer Ministro y otros ministros debidamente elegidos por voto popular. Las elecciones se celebraron el 2 de abril de 2001, cuando se eligió al Nuevo Movimiento de Liberación Popular, liderado por el Sr. John Osborne, que prestó juramento como Primer Ministro, junto con Idabelle Meade, Ministra de Educación, Salud y Servicios Comunitarios; Margaret Dyer-Howe, Ministra de Agricultura, Tierras y Vivienda; y el Dr. Lowell Lewis, Ministro de Comunicación y Obras Públicas. El Gabinete está compuesto por el Gobernador, el Primer Ministro, los tres Ministros, el Procurador General y el Secretario de Finanzas.

Partiendo de una posición de relativa prosperidad económica e independencia financiera emergente del gobierno británico, la economía de la isla ha sufrido un grave colapso debido a la actividad volcánica. Ello generó la necesidad de elaborar un plan de desarrollo estratégico para reconstruir el país. En asociación con el sector privado y la población de Montserrat, se han incorporado proyectos y programas

diseñados para trasladar la actividad económica y social a las zonas de la isla que se consideran menos vulnerables a la actividad volcánica. Con el fin de definir el contexto y la estructura de estas actividades, los Ministros del Gobierno de Montserrat y el Gobierno de su Majestad acordaron en septiembre de 1997 que era importante dar cohesión a las actividades en una estrategia integral. Esta estrategia plantearía el desarrollo económico y aseguraría la uniformidad de las políticas en todos los sectores. También fijaría una estrategia para ayudar a la isla a avanzar en su tránsito al desarrollo sostenible.

La base de este plan se preparó usando un enfoque participativo que incluía consultas con el sector público, el sector privado, los funcionarios del gobierno, las ONG y las organizaciones regionales. La metodología empleada para formular la estrategia incluyó varias etapas. En la primera etapa se plantearon los objetivos para el país y los distintos sectores. En la segunda etapa se incluyó el análisis de la situación actual. En la tercera etapa se identificaron los temas clave que son importantes para diseñar las estrategias con el fin de alcanzar los objetivos. La cuarta etapa tuvo como finalidad abordar los temas clave para asegurar la integración de políticas en los distintos sectores, mientras que en la etapa final se determinaron las prioridades clave para la acción y se vincularon estas acciones con recursos realistas (2). Este plan estratégico se basó en los resultados del examen de las asignaciones de recursos que redefinió el alcance y las funciones del gobierno. En el sector de la salud, los cinco temas clave identificados fueron: (1) naturaleza y nivel de los servicios de atención de salud que se prestarán dentro y fuera de la isla; (2) disponibilidad de profesionales de la salud para prestar servicios que respondan a las necesidades de la población; (3) capacidad de responder a emergencias médicas o víctimas en forma masiva; (4) especificación y mantenimiento de arreglos y normas de salud pública y saneamiento; y (5) atención de grupos vulnerables —ancianos, enfermos mentales— y respuesta a sus necesidades específicas de vivienda (3).

Como parte de las etapas del plan estratégico, el sector sanitario ha elaborado su plan de acción de salud que esboza nueve objetivos principales para los años 2000 a 2004. Entre los mismos se incluye (a) la formulación de estrategias apropiadas de salud y un plan para alcanzar un alto nivel en la prestación de atención de salud; (b) examen de las regulaciones y las políticas que rigen la operación del sector sanitario; (c) construcción de establecimientos de asistencia sanitaria adecuados en la zona segura conforme las normas regionales; (d) fortalecimiento del manejo institucional del Departamento de Salud incluidas las normas de rendimiento y el marco general de planificación; (e) asegurar la provisión adecuada de adiestramiento médico y de enfermería, tanto básico como avanzado; (f) mejorar la planificación de los preparativos para casos de desastre dentro del sector sanitario; (g) elaborar políticas para la prevención y para evitar la propagación de la infección por el VIH/SIDA; (h) fortalecimiento de los programas de promoción de la salud; (i) examen y mejora de la atención de los enfermos mentales; y (j) mejora de las normas clínicas dentro del contexto de un programa de atención de salud primario y

secundario (4). Estos servicios de salud tienen como objetivo establecer servicios apropiados para la población, tomando en cuenta el cambiante perfil demográfico.

1.2 Contexto económico

Durante los dos últimos decenios, los sectores que contribuyen a la actividad económica en Montserrat han sido la administración pública, la construcción, los bienes raíces y la vivienda, incluido el turismo y transporte. El país registró crecimiento económico durante el período y llegó a su cúspide con 14,29% en 1990 a pesar de los efectos destructores del huracán Hugo en 1989. A medida que fue cediendo la reconstrucción posterior al huracán, lo mismo sucedió con la tasa de crecimiento económica, registrándose 2,65% en 1992, 2,53% en 1993 y 0,9% en 1994. Con la actividad volcánica, el crecimiento ha sido negativo: -7,61% en 1995, -21,45% en 1996, -19,97, -8,63 en 1998 y -1,54 en 1999⁵.

Indicadores económicos seleccionados

Indicador	Año						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita en precios constantes en US\$.	51.83	54.56	51.54	41.88	35.47	34.24	34.63
Población económicamente activa en miles	8.7	8.6	8.5	6.2	4.1	2.0	3.3
Gasto público total como porcentaje del PIB	35.60	42.27	52.40	70.68	98.60	96.44	124.86
Gasto público en los programas sociales como porcentaje del PIB	N/D						
Tasa anual de inflación	0.60	2.77	4.44	6.22	2.78	0.85	0.79

Fuente: Informe de Estadísticas Vitales, Unidad de Desarrollo, Departamento de Estadística, Montserrat, 1994-1999.⁶

El sector público ha empleado tradicionalmente a la mayoría de los trabajadores, 25% a 30% de la fuerza laboral total pero, para fines de 1997, 48% de la fuerza laboral estaba empleada por el gobierno.

Los sectores que contribuyeron a la tendencia descendente fueron el cierre de la Universidad estadounidense del Caribe junto con muchos de los negocios que producían ingreso de divisas, como la molienda de arroz y las industrias electrónicas, que han cerrado sus operaciones. Además de estos renglones, los demás sectores contribuyeron a un cuadro poco alentador, siendo el turismo el que sintió el impacto más fuerte. Los ingresos de este sector fueron EC\$9,38 millones en 1997, EC\$8,44 millones en 1998, y EC\$9,4 millones en 1999. Ya que la mayor parte de las actividades agrícolas que se realizaban originalmente en el sur de la isla debieron ser abandonadas, sólo un pequeño porcentaje del PIB se obtiene de este sector. En 1997 fue 1,29%, en 1998, 1,38% y en 1999, 1,64%. El sector de manufactura también se vio afectado, registrando un menor porcentaje del PIB de 4,07% en 1997 a 0,67% en 1998 y 0,75% en 1999⁷.

El desempeño fiscal durante el quinquenio 1990 a 1994 se caracterizó por ahorros marginales e intensa dependencia de subvenciones externas para financiar el programa de inversión de capital. Entre 1991 y

1994 el saldo de las cuentas corrientes se contrajo de un excedente de CE \$5,2 millones a EC\$0,2 millones. Los esfuerzos del gobierno para equilibrar su cuenta corriente se han concentrado en gran parte en medidas de control de los gastos. Estas medidas sufrieron un importante revés con la actividad volcánica en 1995. En 1996 los ingresos disminuyeron en un 18% y para la primera mitad de 1997 se registró una disminución de 15% en la recaudación impositiva en comparación con la cantidad recaudada durante el mismo período en 1996. La insuficiencia en los ingresos requirió un suplemento presupuestario de EC\$21,4 millones para cubrir el aumento de los gastos ordinarios. Los gastos de urgencia han aumentado aún más desde junio de 1997 y se necesitaron fondos por un total de EC\$43,6 millones para sostener el presupuesto recurrente del gobierno local para 1997. Basado en los presentes arreglos, el déficit se financiará mediante un subsidio especial del Reino Unido (3).

El desempeño de los ingresos ha mejorado significativamente desde el segundo trimestre de 1998 y se predice que el sector privado seguirá recuperándose, observándose una mejora continua en la movilización de ingresos. Se espera que los niveles de ayuda presupuestaria desciendan, aunque persistirá una necesidad de ayuda presupuestaria significativa en el futuro previsible.

	Año						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Tasa bruta de natalidad	N/D	14.4	12.2	16.3	10.9	9.2	9.4
Tasa de fecundidad total	N/D	60.0	50.6	64.4	43.0	45.5	43.1
Tasa bruta de mortalidad	N/D	9.3	12.1	12.6	12.3	14.7	12.4
Tasa de mortalidad materna	N/D						
Tasa de mortalidad infantil	17.8	13.3	23.8	7.8	0	0	0

Fuente: Informe de los registros médicos, Hospital St. John, Montserrat 1999 (8)

Los cálculos demográficos a mediados de año indican una caída de 10.608 en 1995 a 6.094 en 1997 y 3.595 en 1998. En 1999, a medida que se estabilizó la situación, muchas personas empezaron a regresar a la isla como una corriente de trabajadores migratorios. Como resultado, el cálculo de población a mediados de año empezó a aumentar a 4.770 y, para 2000 fue 4.938. En 1999, había 2.536 hombres y 2.234 mujeres (7). En mayo de 2001 se realizó un censo demográfico y se conocerá con exactitud los valores demográficos exactos. Había 67 nacidos vivos en 1997, 33 en 1998 y 45 en 1999. La tasa de fecundidad general pasó de 45,0 en 1997 a 45,5 en 1998, 43,1 en 1999, y en general se considera baja (6). La proporción entre hombres y mujeres disminuyó levemente, de 118 en 1998 a 113 en 1999. La tasa de aumento natural ha fluctuado de 1,4 en 1997 a -5,5 en 1998 y -3 en 1999. La razón de dependencia por edad ha disminuido de 92 en 1997 a 85 en 1998, hasta 70 en 1999. Ello significa que la carga económica

del grupo de 15 a 64 años de edad ha descendido durante los tres años, 1997 a 1999, siendo 70 los familiares a cargo por cada 100 personas de 15 a 64 años en 1999⁶.

Una encuesta social realizada en noviembre y diciembre de 1997 indicó que, de los 1762 hogares identificados dentro de la encuesta, 37% eran hogares habitados por una persona soltera menor de 60 años, 25% eran hogares donde vivían adultos sin niños. 24% eran hogares con niños en los que más de la mitad de los adultos eran solteros, y el 14% restante eran hogares donde vivían exclusivamente personas de más edad. El número promedio de personas en cada hogar era 1,9, lo cual revela el grado de separación familiar que se produjo desde la crisis. El volcán ha causado bastantes desarreglos en las estructuras sociales y comunitarias. Sólo 26% de los hogares no han tenido que mudarse. La destrucción de las estructuras sociales ha producido un aumento de la vulnerabilidad al cambio debido a la dislocación de la familia y la comunidad. Los cambios en las composiciones por edades también han aumentado la dependencia en la provisión de asistencia social. La encuesta determinó que, en 1998, 18% de la población de residentes tenía 60 años de edad (3).

Las tasas brutas de mortalidad durante el período fueron 12,3 en 1997, 14,7 en 1998 y 12,4 en 1999. No se registraron defunciones de lactantes en los años 1997 a 1999, de modo que la tasa de mortalidad infantil es actualmente cero (6). Hubo 75 defunciones en 1997, 57 en 1998 y 59 en 1999. Las principales causas de muerte en 1997 fueron las enfermedades del corazón y el aparato circulatorio, las enfermedades del aparato respiratorio y la neoplasia maligna. Veinte personas murieron como resultado de quemaduras del volcán. En 1998, después de las enfermedades del corazón y el aparato circulatorio y las enfermedades del aparato respiratorio, se registró un aumento de las defunciones debido a las enfermedades del sistema nervioso y los órganos de los sentidos, seguidas por las debidas a la neoplasia. Si bien las defunciones por trastornos endocrinos y la diabetes se registraron como causa primaria en algunos casos, no se registró su aporte como causa secundaria (8).

La mayoría de los niños en Montserrat nacen saludables y permanecen saludables durante la mayor parte de su niñez. Cualquier problema serio es derivado al exterior para el tratamiento de especialistas. Durante los dos últimos años, 1999 y 2000, casos del síndrome del colon irritable, defecto septal ventral, deficiencia de la capacidad auditiva y anemia de célula falciforme han sido todos enviados al exterior. No se han registrado casos de sarampión en un decenio y no hay malaria, tripanosomiasis, esquistosomiasis o cólera. El total acumulativo de casos VIH positivos es siete, todos de inmigrantes que han solicitado permisos de trabajo. Los dos casos de SIDA se diagnosticaron antes de ingresar a Montserrat; uno era un profesional del sexo comercial, que fue enviado a Guadalupe para recibir tratamiento; y el otro un oriundo de Montserrat que regresó a su tierra para morir. No se había registrado ningún caso de dengue desde 1994 hasta que surgió un brote en 2000 con dos casos confirmados. Aparecieron varios casos que despertaron sospecha pero los especímenes no fueron enviados a CAREC para su confirmación. El

mosquito *Aedes aegypti* está presente en muchas casas y el índice ha superado el nivel de 5%, con lo cual existe la posibilidad de brotes adicionales (8). El abuso de sustancias es un problema potencial, diagnosticándose el alcoholismo en 14 de un total de 93 pacientes enfermos mentales inscritos. El uso de la marihuana está vinculado a ciertas actividades delictivas.

1.4 Contexto social

Por ser el tamaño de la isla tan pequeño, es difícil separar lo rural de lo urbano. Una serie de grupos pequeños forman las comunidades fácilmente vinculadas entre sí. No existe ninguna división étnica marcada, salvo los pocos expatriados que trabajan en Montserrat o se han jubilado y viven durante períodos variables en la isla.

El nivel de desempleo pasó de 6% en 1991 a 10% en 1992 y 1993. El aumento evidente del desempleo tuvo que ver en gran parte con la recesión en el sector de la construcción. El quiebre de la comunidad empresarial causó un repunte en la tasa de desempleo de 10% en 1995 a aproximadamente 20% en 1996. En la segunda mitad de 1997, Montserrat experimentó una mayor demanda de vivienda pero la capacidad de construcción se vió limitada por la relativa disponibilidad de mano de obra debido a la migración.

La encuesta social indicó que, de las personas desempleadas actualmente y que están buscando trabajo activamente, 22% de los hombres habían trabajado en la construcción, 12,7% en la agricultura, 8% en el sector de mayoreo y el comercio, y 6,5% en el transporte y el almacenamiento. Ello reveló una desigualdad evidente de destrezas entre los que buscaban trabajo en la construcción y los puestos reales disponibles. De las mujeres que buscaban trabajo, 22% habían sido empleadas antes en el sector de manufactura, 19% en hogares privados y 8,1% en la administración pública. Estos resultados revelaron una desigualdad de destrezas para las mujeres que han sido afectadas por la reducción en los sectores de turismo y manufactura (3). En 1998 la encuesta social también reveló que los ingresos mensuales netos promedios de todos los hogares eran sólo EC\$1.000 (3). Se establecieron redes de seguridad social para evitar la pobreza extrema y ayudar a las familias que perdieron su trabajo debido a la evacuación. El programa de cupones para alimentos, albergues y vivienda en casos de emergencia fueron parte de este programa (3). No se obtuvo información sobre las tasas de alfabetización o el número promedio de años de escolaridad. Se inició un examen de la situación de las prestaciones de bienestar social en septiembre de 1998, con el objetivo de formular una estrategia de apoyo social para el futuro en la isla. El exámen ha sido completado y los beneficios han sido reajustados conforme al mismo.

2. EL SISTEMA DE SALUD

2.1 Organización General

El sistema de atención de salud de Montserrat se vio seriamente afectado debido a que la erupción volcánica destruyó el Hospital Glendon, de reciente construcción, además de la mayoría de los

consultorios primarios de atención de salud. Por otra parte, también se fueron del país muchos profesionales capacitados. Como respuesta a las pérdidas, se remodeló una escuela en St. John's en el norte de la isla para crear un hospital de treinta camas (9).

El Ministerio de Educación, Salud y Servicios Comunitarios se encarga de prestar servicios de salud que sean accesibles, adecuados y asequibles a la población. Sólo se dispone actualmente de atención primaria y secundaria, con referencia al exterior para la atención terciaria. Estos servicios se prestan a todos los habitantes de Montserrat, desde el nacimiento hasta que salen del sistema escolar, para las madres embarazadas y lactantes, las personas de más de sesenta años de edad, jubiladas o sin recursos y para aquellos diagnosticados con diabetes e hipertensión. El Secretario Permanente es el jefe administrativo del Ministerio y rinde cuentas al Ministro. El Médico Jefe coordina los servicios de salud, en particular los servicios de atención primaria de salud. Un gerente de atención secundaria se encarga del funcionamiento en el hospital. El Principal Oficial de Salud Ambiental rinde cuentas al Secretario Permanente.

Funcionalmente, los servicios de salud se dividen en Servicios Comunitarios y Servicios Institucionales. El primero incluye atención de salud primaria, vale decir: salud ambiental, salud materno-infantil, inmunización, salud escolar, higiene dental, salud mental y promoción de la salud. Los servicios institucionales ofrecen hospitales con internación, clínicas ambulatorias, servicios geriátricos a largo plazo, de laboratorio, radiografías y farmacia. Todos los servicios comunitarios son gratuitos para los usuarios; los clientes tienen que pagar en el hospital para los servicios de laboratorio, radiografía y farmacia.

Sector privado. Hay actualmente cuatro médicos en la isla que atienden en consultorios privados. El gobierno contrata médicos a tiempo parcial, mientras que otros visitan la isla como consultores a intervalos irregulares. Ofrecen servicios principalmente ambulatorios, ya que no hay hospitales privados o centros en los que puedan ingresar pacientes. Brindan cierta atención secundaria para casos de maternidad, ginecología, operaciones quirúrgicas y dermatología. No existe información disponible del sector privado sobre los servicios humanos y técnicos necesarios para prestar servicios.

Sector público. El Ministerio de Salud es el único proveedor de los servicios de salud en el sector público. Hay un hospital del gobierno y cuatro clínicas comunitarias. Hay actualmente tres médicos que trabajan en el hospital a tiempo completo: un cirujano, un médico especialista y un oficial residente. Un doctor a tiempo parcial se encarga de la anestesia. Hay una enfermera de atención primaria que atiende en las clínicas comunitarias.

La atención primaria de salud, base de una buena atención para cualquier población, siguió prestándose durante momentos muy difíciles en que muchos consultorios debieron cerrarse por estar ubicados en el sur. Hay cuatro clínicas abiertas que prestan servicios de atención primaria. El número de consultas

durante 1999 fue: (a) Centro de Salud de Salem, 2241; (b) Centro de Salud de Cudjoe, 6265; (c) Centro de Salud de San Peter, 4905; y (d) Centro de Salud de St. John's, 3792. El Centro de Salud de Cudjoe fue remodelado como parte del Proyecto de Desarrollo Sanitario del Departamento de Desarrollo Internacional (DFID) y pasó a manos del Ministerio de Salud a principios de 2001. Está funcionando actualmente a plena capacidad. El nuevo Hospital Glendon en St. John's ha seguido prestando la atención secundaria básica necesaria para una isla pequeña, refiriendo al exterior los casos más graves. Los países a donde se derivaban los casos eran principalmente Antigua, el Reino Unido, St. Kitts y Guadalupe. Los servicios de laboratorio, situados en el hospital, registraron un aumento de 610 visitas en 1999, respecto de las 2787 registradas en 1998. Las pruebas disponibles se limitaron a hematología, investigaciones bioquímicas y bancos de sangre. Sólo pueden realizarse investigaciones microbiológicas básicas. El departamento de radiografía está abierto y cuenta con un técnico en radiografía adiestrado en su plantel. Sin embargo, no hay ningún radiólogo en la isla (8).

Durante 1999, 493 pacientes fueron ingresados al hospital; un aumento de cuatro respecto de 1998. De esta cifra, 232 fueron casos médicos y 153 recibieron tratamiento quirúrgico. Los ingresos en obstetricia y pediatría fueron 72 y 36, respectivamente. El porcentaje más alto de los 493 ingresos tuvo que ver con embarazos y partos, 13%, seguido de enfermedades del aparato digestivo, 12%. Las lesiones y las intoxicaciones representaron 11% los casos, y 10% de los ingresos se debieron a las enfermedades del aparato circulatorio. El total de días/paciente durante 1999 fue 3.601, con una estancia hospitalaria promedio de 6 días. La tasa total de recambio de camas para el hospital de 30 camas fue 16, con una tasa de ocupación de 33%. La mayoría de los casos pediátricos fueron ingresos en relación con lesiones y otros resultados clínicos y de laboratorio anormales. Se realizaron 121 intervenciones quirúrgicas en 63 hombres y 58 mujeres durante el año 1999⁸.

2.2 Recursos del sistema

Recursos humanos

Recursos humanos en el sector de la salud

Tipo de recurso	Año						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Número de médicos	6	6	6	6	4	4	4
Número de enfermeras	68	72	68	66	57	48	48
Número de dentistas	1	1	1	1	1	1	1
Número de técnicos de laboratorio	3	3	3	3	3	3	3
Número de farmacéuticos	1	1	3	3	3	1	2
Número de radiólogos	N/D	N/D	N/D	N/D	0	0	0
Número de graduados en salud pública	N/D						

Fuente: Ministerio de Salud, Montserrat. 2001¹⁰

Recursos humanos en las instituciones públicas - 2000

Institución	Tipo de recurso					
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares de enfermería (auxiliare)	Otros trabajadores de salud	Personal Admin.	Servicio general
Hospital Glendon	2	24	15	41	7	N/D

Fuente: Ministerio de Salud, Montserrat. 2001¹⁰

Los capítulos anteriores dan una imagen clara de los recursos humanos disponibles para esta pequeña isla y las limitaciones experimentadas durante la erupción volcánica. No se ha realizado ninguna medición periódica de la productividad del personal de salud.

Medicamentos y otros productos de salud

No se dispone de información para realizar un análisis integral del mercado de los medicamentos y las tendencias del gasto per cápita en los medicamentos. Hay dos farmacias en la isla; el gobierno situó una en el hospital, y la otra farmacia es privada y está ubicada en Brades. Montserrat es miembro del Servicio de Adquisiciones y Productos Farmacéuticos de la Organización de Estados Caribeños (OECS/PPS) y participa en su plan de adquisición y distribución de medicamentos. Realizan auditorías en forma anual. Se exige la presencia de un farmacéutico tanto en las farmacias públicas como en las privadas. No existe venta de sangre o hemoderivados y el banco de sangre funciona gracias a donantes voluntarios.

Equipos y tecnología

Los equipos y la tecnología están sujetos a limitaciones en Montserrat pero se está planificando construir una nueva sala de operaciones en el complejo hospitalario (el actual está aproximadamente a una milla de distancia, situado en el Centro de Salud de St. John) y una nueva morgue. Ello debería aportar mejores equipos al hospital.

Disponibilidad de equipos en el sector sanitario—2000

Subsector	Tipo de recurso			
	Camas disponibles	Diagnóstico por la imagen	Laboratorios	Bancos de sangre
Público	30	1	1	1
Privado	0	0	0	0
Total	30	1	1	1

Fuente: Ministerio de Salud 2001¹⁰

El mantenimiento habitual de los equipos es esporádico debido a limitaciones en las asignaciones presupuestarias, limitaciones en el personal adiestrado y el uso limitado de protocolos de mantenimiento preventivo. Dado que no se prestan muchos servicios terciarios, no hay demasiadas unidades de equipos técnicos de alto nivel que mantener. El hospital cuenta con una persona empleada para el mantenimiento.

Disponibilidad del Equipo en el Sector de la Salud—2000

Subsector	Tipo de recurso					
	Sala de partos		Laboratorio		Diagnóstico por la imagen	
	1 ^{er} nivel	2 ^o nivel	1 ^{er} nivel	2 ^o nivel	1 ^{er} nivel	2 ^o nivel
Público	1	0	1	0	1	0
Privado	0	0	0	0	0	0
Total	1	0	1	0	1	0

Fuente: Ministerio de Salud, Montserrat 2001.¹⁰

2.3 Funciones del sistema de salud

Función de dirección

El Ministerio de Salud se encarga de la administración del sector, la regulación y el ejercicio de las funciones de salud pública. La legislación existente tiene sus años y necesita revisión, pero ciertas secciones son todavía pertinentes y se está intentando cumplir con la misma. La legislación de farmacia se está examinando como parte del proyecto DFID/OPS/GOM (Departamento para Desarrollo Internacional/Organización Panamericana de la Salud/Gobierno de Montserrat) (11). El gobierno central se encarga de la supervisión y el control del financiamiento público. No existe ningún mecanismo público para regular las diferentes modalidades del seguro de enfermedad en los casos en que existen dichas modalidades. Los titulares de las diversas secciones, por ejemplo el Oficial Principal de Enfermería se encarga de enfermería y el Médico Jefe supervisa la prestación de los servicios de salud en el sector público, pero no existen mecanismos oficiales en vigencia. No hay ninguna supervisión del sector privado. Se promueven acciones y programas intersectoriales y, en una isla que ha experimentado este tipo de devastación, es esencial que ello suceda para asegurar el uso óptimo de recursos escasos. Un grupo multisectorial pudo recaudar los fondos y motivar a la comunidad para que construya una instalación nueva que reciba a los ancianos. Este hogar opera con los fondos recaudados y una modesta subvención del gobierno.

La disponibilidad de información fidedigna y oportuna es esencial para apoyar la toma de decisiones. Con ese fin, el Ministerio está trabajando en la organización de un sistema de información para el Hospital Glendon en St. John. El proyecto DFID/OPS/GOM les está ayudando a formular un plan para el sistema de información para hospitales y a escribir las propuestas de proyectos de movilización de recursos. Debido al tamaño pequeño del país, no puede haber una unidad de planificación en el Ministerio de Salud sino que el departamento de planificación del gobierno incorpora las necesidades de salud en cualquier plan que produce. Las necesidades de adiestramiento son reconocidas por los jefes de las secciones y el Médico Jefe. En consecuencia, se busca adiestramiento pertinente. En la actualidad ello se reconoce fácilmente por las evidentes carencias debido a la migración. No existen instituciones en la isla que capaciten a profesionales de la salud. Todos los pasantes deben viajar al exterior. No existen

procedimientos o programas definidos de acreditación para los establecimientos de salud en Montserrat, ni hay organismos públicos o privados dedicados a la evaluación de tecnologías de la salud. Un aspecto del proyecto DFID/OPS/GOM es elaborar y poner en uso normas para el manejo clínico de la diabetes y la hipertensión.

Financiamiento y gasto

No existe información fidedigna y oportuna disponible sobre el financiamiento de los costos sanitarios. Un Subsecretario de Finanzas y Sistemas, destacado en el hospital, compila las cifras financieras para la salud y el Secretario Permanente tiene la responsabilidad general como funcionario contable del Ministerio.

Ciertas personas que usan los servicios en hospitales están obligadas a pagar por los mismos servicios según las tarifas que marcan las regulaciones y, según lo estipulen los funcionarios de salud tomando como base el estado de los usuarios, su nacionalidad y antecedentes socioeconómicos. La cantidad total recaudada en el hospital en 1999 por los servicios ofrecidos fue EC\$83.859,00, un aumento de EC\$15.000 respecto de 1998. Los aranceles por almacenamiento en frío siguieron siendo la fuente principal de ingresos. De los 493 pacientes ingresados en 1999, 212 pagaron el total de sus cuentas y 187 estaban exentos. Una pequeña cantidad de mora se sigue acumulando pero se ha procurado facturar a los clientes y recordarles por los medios de comunicación que deberán pagar las deudas pendientes (8).

	Año						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Gasto público per cápita en salud (US\$)	437,77	537,04	867,18	1147,4	1876,6	715,9	1473,7
Gasto público en el gasto público de salud/total (%)	24,87	24,22	33,07	30,49	32,70	7,80	16,26
Gasto sanitario per cápita total	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto total en salud como % de PIB	11,30	10,24	17,33	21,55	32,24	7,52	20,30
Deuda externa de salud/externa total	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Informe de Estadísticas Vitales 1994-1999, Unidad de Desarrollo, Departamento de Estadísticas de Montserrat 2000⁶

Gasto del sector de la salud por subsectores y funciones, 1993-1999

	Año						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. Subsector público	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Promoción de la salud y atención preventiva	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Atención curativa	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Desarrollo de Recursos Humanos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Producción/compra de suministros	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Administración	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Planta física EC\$	5,58	8,33	17,04	16,97	23,64	0,44	5,94
2. Subsector privado	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Total	5,58	8,33	17,04	16,97	23,64	0,44	5,94
--------------	------	------	-------	-------	-------	------	------

Fuente: Departamento de Estadística, Montserrat.2001⁵

2.4. Prestación de servicios

Servicios de salud basados en la población

El Ministerio de Salud procura colocar la promoción de la salud como una de sus estrategias clave para acometer algunas de las prioridades de salud que está enfrentando esta nación. Un taller reciente sobre "Política Pública Favorable a la Salud" sensibilizó a veinticuatro trabajadores de salud en tres áreas fundamentales: la salud mental, los jóvenes y la nutrición. Se espera que siga usando la promoción de la salud en todos los servicios de salud. Se han empleado los medios de comunicación y los servicios comunitarios para sensibilizar considerablemente al público sobre la promoción de la salud y otros programas organizados por el Ministerio de Salud.

La cobertura de vacunación se ha mantenido elevada durante los últimos cinco años, a pesar de las dificultades y durante los dos últimos años ha sido 100% en el grupo de menos de un año de edad (12). Se brindan servicios prenatales en los consultorios y 42% de los embarazos que llegaron a término recibieron atención prenatal en el centro de salud o en forma privada a partir de la undécima semana de embarazo. Sólo se observó anemia en 7% de los casos y 7% de los partos se produjeron antes de las 36 semanas. Los partos estuvieron todos a cargo de personal adiestrado y sólo los casos complicados fueron derivados al exterior antes de la fecha prevista para el parto (8). Los usuarios de la atención de salud pueden elegir recibir servicios de médicos privados, dispensarios de la comunidad o el departamento de urgencias del hospital.

Para la atención primaria. El porcentaje de cobertura de las diferentes redes de proveedores de salud públicos y privados no es de fácil acceso en este momento. Ningún centro de atención primaria en el sector público posee sistemas de información computarizados. El sector privado está informatizado. Las razones de las consultas no son fáciles de obtener. En general no se realizan visitas a domicilio.

Para la atención secundaria. No existe información sobre la cobertura de diversos proveedores de salud. Como ya se ha mencionado, el hospital está tratando de implantar un sistema de información. Aunque el número más elevado de ingresos en 1999 fue debido a afecciones vinculadas con el embarazo y el parto, seguido respectivamente de enfermedades del aparato digestivo, lesiones e intoxicación y enfermedades del aparato circulatorio, debe observarse que la diabetes, por sí sola, representó 2,2% de los ingresos. No hay problema con listas de espera o retrasos en la atención a los pacientes.

Calidad

No existe ningún programa de mejoramiento de calidad salvo en el laboratorio, el cual es parte del mecanismo de control de calidad con CAREC y en la farmacia con el OECS/PPS. En breve comenzará un estudio para revisar la calidad de atención en el tratamiento de la diabetes y la hipertensión como parte del

proyecto DFID/OPS/GOM. Habitualmente no se realizan en Montserrat estudios o encuestas para determinar la satisfacción del usuario.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SANITARIO

3.1 Seguimiento del proceso

Después de las interrupciones causadas por la actividad volcánica que produjo una reducción en el número de establecimientos de salud en funcionamiento, la reubicación de la población de la isla y dislocaciones en la red social, fue necesario reorganizar el sistema de atención de salud de Montserrat. Antes de la crisis, el estado de salud y las expectativas de la población eran elevados. Había 12 consultorios que prestaban servicios en toda la isla y una atención secundaria alta calidad en el hospital de referencia recién edificado en Plymouth. Este nivel alto de atención influyó en las expectativas sobre los arreglos de la futura atención de salud y la sensación en la isla era que la gente estaba insatisfecha con la prestación existente después de la erupción. Además, varios integrantes del personal sanitario clave abandonaron la isla y se redujo el adiestramiento. En ese momento, el Gobierno trató de tomar medidas tratando de llenar los vacíos con individuos capacitados localmente y contratando funcionarios de las islas de CARICOM.

El Gobierno del Reino Unido por medio del Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID), brindó diversas formas de apoyo a la isla. Entre otras, la renovación de una escuela para usarse como hospital, asistencia técnica en forma de asesoramiento sobre prestación de salud, formulación de planes para víctimas en masa y un director del programa de salud para ayudar a elaborar un plan de acción y revisar una estructura de gestión. El director del programa examinó los arreglos de gestión, personal, establecimientos y actividades del servicio de salud y un programa de desarrollo basado en los resultados presentados a DFID y el Consejo Ejecutivo del Gobierno de Montserrat. Los partidos pertinentes aceptaron el programa y surgió un proyecto de desarrollo sanitario. Esta propuesta fue también compatible con la meta contenida en el Plan de Desarrollo Sostenible para Montserrat, al cual se aludió antes en el documento (9).

Los problemas que atraviesa Montserrat requieren atención a corto, mediano y largo plazo. Entre otros, actividades para la atención primaria y secundaria, obras de desarrollo ambiental y estructural. Un exámen de los puestos no establecidos en el Ministerio de Salud en 1999, recomendó que los 76 puestos anteriores se redujeran a 59, y que 51 de los mismos fueran transferidos a la lista establecida para complementar los 88 puestos existentes. Se acordó un plan de acción para poner en práctica las recomendaciones en el Examen de la Asistencia Presupuestaria en 1999. Sin embargo en el último trimestre de 1998, hasta 25% de los puestos en la categoría no administrativa permanecieron vacantes. El reclutamiento y la retención de personal capacitado todavía sigue siendo un problema.

La estructura de gestión también se volvió a diseñar con el fin de hacer más hincapié en el enfoque de atención primaria, con un Médico Jefe para liderar el proceso. El Médico Jefe supervisa además los aspectos clínicos del hospital, pero un Gerente de Atención Secundaria supervisa los otros servicios del hospital. El Secretario Permanente seguiría a cargo de todos los servicios de salud. Esta estructura fue instaurada en su momento y se mantiene hasta la fecha. Se espera que la percepción del público sobre la calidad del servicio mejore, con un aumento de las tasas de utilización, y que la moral del personal mejore a medida que se vaya elevando su competencia técnica. Se completará una evaluación del proyecto de desarrollo sanitario para determinar si las recomendaciones han sido beneficiosas para la población de Montserrat.

Marco legal.

El marco legal no ha sido examinado como parte de esta reorganización, y no se han aprobado cambios en la legislación. Acaba de elegirse un nuevo gobierno y es posible que se introduzcan cambios a partir de un exámen.

Derecho a la atención de salud y seguro de enfermedad

El Gobierno de Montserrat reconoce el derecho de todos los habitantes de Montserrat a la mejor atención sanitaria posible. Sin embargo, no se ha creado un Plan Nacional de Seguro de Enfermedad y no existe ninguna estructura o mecanismo para su desarrollo. El Gobierno ofrece sin embargo seguro de enfermedad gratis a todos los funcionarios públicos que pueden optar por pagar una tarifa adicional por sus familiares a cargo.

Función de dirección y separación de las funciones

Se está examinando el ejercicio de la función de dirección en la salud y las funciones de los organismos responsables de llevar a cabo esa función. Se ha establecido un comité directivo para supervisar el proyecto DFID/OPS/GOM y se formalizará un comité de salud mental para hacer lo propio respecto a los servicios de salud mental en la isla.

Modalidades de descentralización

En un territorio tan pequeño es imposible lograr una descentralización en gran escala. El Gerente de Atención Secundaria es responsable del hospital pero depende del Secretario Permanente. De igual manera, la Atención Primaria y el medio ambiente hacen lo mismo.

Participación y control social

La participación social no era un objetivo explícito de la reorganización, pero es una estrategia futura de interés del Gobierno. Aunque no existe una persona jurídica, se reúnen grupos de opinión regularmente cuando se necesitan nuevos proyectos o información del público. En el estudio de elevación de la pobreza se convocaron varios grupos de opinión así como al comienzo del proyecto de DFID/OPS/GOM.

Financiamiento y gasto

El Ministerio de Salud ha identificado la necesidad de mejorar sus sistemas de información sobre financiamiento y gastos, ya que el mecanismo manual es tedioso y lento. Este aspecto se ha incluido como prioridad en los sistemas de información para hospitales que se están elaborando.

Prestación de servicios

El Ministerio ha identificado la necesidad de redefinir el modelo de atención y ha manifestado claramente que sus servicios estarán orientados a la prestación de una buena atención primaria de salud. Se asignará prioridad absoluta a los grupos vulnerables, como los ancianos, los enfermos mentales, las madres, los niños y la juventud. Se mejorarán los servicios para aquellos que padecen enfermedades crónicas y la promoción de la salud será una estrategia fundamental en todos los servicios.

Modelo de manejo

Aparte de los cambios mencionados no se están introduciendo otros en este momento ya sea en el modelo básico de manejo, o en las relaciones con los otros interesados directos, tanto dentro como fuera del ministerio.

Recursos humanos

No se han introducido cambios en la planificación y el manejo de los recursos humanos. Los trabajadores de salud han participado en los talleres y las discusiones generales pero no han formado parte de la definición de opciones de política. El adiestramiento de los oficiales se ha realizado y se sigue ofreciendo en la medida que surgen necesidades y los fondos lo permiten. Existe adiestramiento educacional permanente y en servicio para todas las categorías de trabajadores pero se efectúa en forma ad hoc.

Calidad y evaluación de la tecnología de salud

No existe ningún comité de acreditación u organismo regulatorio.

3.2 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

El proceso de reorganización se encuentra todavía en su etapa inicial y está actualmente en la fase de ejecución. La evaluación preliminar se completará para fines de 2001 y se espera un informe con recomendaciones.

* El Perfil fue preparado en la Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe de la OPS/OMS en Barbados por un profesional de contratación nacional adscrito al gobierno local, con el apoyo de un asistente de oficina. Los borradores fueron enviados a los profesionales y los encargados de adoptar políticas en el ámbito nacional en el Ministerio de Educación, Salud y Servicios Comunitarios en Montserrat, a las personas en la Unidad de Desarrollo del Departamento de Estadísticas en Montserrat y un grupo reducido de particulares para comprobar la información y las observaciones. Las mismas fueron incorporadas al documento final.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

1. CIA - The World Factbook 2000—Montserrat.
2. Government of Montserrat "Resource Allocation Review" 1998.
3. Government of Montserrat "Sustainable Development Plan" 1998.
4. Government of Montserrat "Health Action Plan" 2000-2004.
5. Government of Montserrat, Statistics Department, Development Unit "Verbal communication july2001."
6. Government of Montserrat, Statistics Department, Development Unit "Vital Statistics Report 1994-1999", October 2000.
7. CSO/ECCB Statistical Department Table 6.2 Government of Montserrat 1999.
8. Government of Montserrat, Ministry of Health, "Medical Records Report 1999", Glendon Hospital.
9. Government of Montserrat "Health Development Project", January 1999.
10. Government of Montserrat, Ministry of Health Personnel, "verbal Communication" 2001
11. DFID/PAHO/GOM Technical Assistance Project. 1999
12. Avery, Gordon "The Real Health Problems of Montserrat 2000".