



PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD TRINIDAD Y TABAGO

MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE
CAMBIO Y REFORMA

Tercera Edición
(Octubre, 2008)



PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD TRINIDAD Y TABAGO

Octubre del 2008

(Tercera edición)

Área de Sistemas y Servicios de Salud HSS-SP

Organización Panamericana de la Salud/

Organización Mundial de la Salud



Biblioteca de la Sede de la OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Perfil de los sistemas de salud de Trinidad y Tabago
Washington, D.C.: OPS, © 2008

ISBN 978-92-75-13227-2

I. Título

1. SISTEMAS DE SALUD
2. REFORMA DEL SECTOR SANITARIO
3. POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD
4. ACCESIBILIDAD ESENCIAL DE LA SALUD PÚBLICA
5. ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
6. PERFIL DE SALUD
7. TRINIDAD Y TABAGO

(NLM WA540 DT7)

Washington, D.C., Octubre del 2008

Esta publicación fue producida por el Área de Sistemas y Servicios de Salud (HSS) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y posible a través del apoyo de la Oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), según lo establecido den el Convenio No. LAC-G-00-07-00001. Las opiniones expresadas en esta publicación pertenecen al autor o autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la AID. La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico *Fortalecimiento de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe*, al cual puede accederse siguiendo el enlace www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta sobre este documento, sírvase escribir a info@lachealthsys.org.



Diseño gráfico: *MariaLaura Reos*

Personas e instituciones participantes

Instituciones que participaron en la elaboración del Perfil de Sistemas de Salud de Trinidad y Tabago

- Ministerio de salud, Gobierno de la República de Trinidad y Tabago

Miembros del equipo de trabajo que preparó el Perfil de los sistemas de salud de Trinidad y Tabago

- Petal Alexis, Analista de planificación, Ministerio de Salud
- Dr. Edwin Bolastig (Voluntario de Naciones Unidas), Especialista en política, planificación y finanzas, Ministerio de Salud
- Sr. Haresh Dhanpath, estudiante de la UWI, Ministerio de Salud (empleo de verano)
- Sr. Earl Henry, Especialista en formulación de políticas, Ministerio de Salud
- Sra. Rosalind Joseph, Oficial de investigación I, Ministerio de Salud
- Sra. Varuna Smith, Asistente estadístico II, Ministerio de Salud
- Sr. Andy Thomas, Economista principal, Ministerio de Salud
- Dr. Andrea Yearwood, Directora, Dirección de Política Sanitaria, Investigación y Planificación, Ministerio de Salud

Instituciones que han validado el Perfil de los sistemas de Salud de Trinidad y Tabago

- Ministerio de Salud, Gobierno de la República de Trinidad y Tabago
- OPS/OMS

Índice

Resumen	6
1. Contexto del sistema de salud	7
1.1 Análisis de la situación sanitaria	7
1.1.1 Análisis demográfico.....	7
1.1.2 Análisis epidemiológico	8
1.2 Determinantes de la salud	11
1.2.1 Determinantes políticos	11
1.2.2 Determinantes económicos	12
1.2.3 Determinantes sociales	13
1.2.4 Determinantes ambientales	14
2. Funciones del sistema de salud	15
2.1 Función rectora	15
2.1.1 Conducción y liderazgo	15
2.1.2 Regulación	16
2.1.3 Orientación del financiamiento	18
2.1.4 Definición de las funciones esenciales de salud pública.....	18
2.1.5 Armonización de la prestación de servicios	19
2.2 Financiamiento y seguridad	19
2.2.1 Financiamiento	19
2.2.2 Aseguramiento.....	20
2.3 Prestación de servicios	21
2.3.1 Oferta y demanda de servicios de salud	21
2.3.2 Desarrollo de recursos humanos.....	23
2.3.3 Medicamentos y otros productos de salud	26
2.3.4 Equipamiento y tecnología	27
2.3.5 Garantía de la calidad.....	28
2.4 Mapeo institucional del sistema de salud	28
3. Monitoreo de los procesos de cambio/reforma	29
3.1 Efecto sobre las funciones de los sistemas de salud	29
3.2 Efecto sobre los principios orientadores de las reformas	30
3.2.1 Equidad.....	30
3.2.2 Eficacia	32
3.2.3 Eficiencia.....	34
3.3 Efecto sobre el sistema de salud	36
3.4 Análisis de actores	37
Referencias y bibliografía	39

Resumen

La población de Trinidad y Tabago ha aumentado durante el período 1990-2005. La pirámide demográfica está cambiando, a medida que el grupo etario de menores de 15 años disminuye mientras que el grupo de mayores de 60 años aumenta. Un examen de los datos epidemiológicos indica que aunque la mortalidad materna está disminuyendo, la mortalidad de menores de 1 año va en aumento. La mortalidad por tuberculosis, sida, neoplasias malignas, enfermedades circulatorias, etc., también está aumentando.

Entre los determinantes de la salud figuran factores políticos, económicos, sociales y ambientales. El país es una democracia parlamentaria y es políticamente estable. Se han desplegado esfuerzos para alcanzar el estatus de nación desarrollada para el 2020, lo que ha entrañado cambios en la salud y otros sectores. El gasto público per cápita se ha incrementado (US\$1.165,70 en 1990 a \$3.369,80 en el 2005). El gasto público en salud como porcentaje del PIB ha fluctuado de 2,3% en 1990 a 1,6% en el 2000 y 2,5% en el 2005.

Los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio revelan que si bien se ha avanzado en la educación y el saneamiento, la creciente prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión constituye un desafío.

El Ministerio de Salud es responsable de la conducción del sector sanitario. La prestación de servicios de salud se ha delegado a entidades recién creadas, las Administraciones Regionales de Salud (ARS). Sin embargo, el Ministerio de Salud sigue siendo responsable de algunos programas verticales y nacionales. El ministerio está cambiando su orientación para concentrarse en la formulación de políticas, la planificación, el seguimiento y la evaluación, la reglamentación, el financiamiento y la investigación. Los ciudadanos pueden tener acceso gratuito a la atención de salud en los establecimientos públicos, donde no se requiere tener seguro médico. Sin embargo, el gobierno está creando el Servicio Nacional de Salud, del cual aún queda por determinar el conjunto de servicio que ha de ofrecer y la estrategia financiera.

La reforma del sector de la salud ha afectado las funciones del sistema de salud. Se observan cambios en la estructura y gestión del sector, nueva legislación, racionalización de los establecimientos y servicios de salud, evaluación de los recursos humanos, ampliación y desarrollo de la tecnología de la información, introducción de nuevos servicios, etc.

1. Contexto del sistema de salud

1.1 Análisis de la situación sanitaria

1.1.1 Análisis demográfico

Trinidad y Tabago es una nación que abarca dos islas ubicadas en el extremo meridional del archipiélago que forman las islas del Caribe. Trinidad está ubicada a 10 ½ grados y Tabago a 11 grados de latitud norte. Ambas islas se encuentran entre 60 y 62 grados de longitud oeste, con el mar Caribe al noroeste y el océano Atlántico al este (el golfo de Paria se encuentra al oeste de Trinidad). El clima es tropical. Trinidad tiene un área de 4.828 kilómetros cuadrados (1.864 millas cuadradas), mientras que Tabago, que se encuentra al noreste de Trinidad, tiene un área de 300 kilómetros cuadrados (116 millas cuadradas). Un canal de 31 kilómetros de ancho separa las dos islas. Este país, de habla inglesa, está muy cerca del continente suramericano.

La población de Trinidad y Tabago para mediados del 2003 se calculaba en 1.282.447 habitantes. El país tiene una población multiétnica y multirreligiosa. La población de Trinidad está concentrada en el norte, el noroeste y partes del sur y el suroeste. En Tabago, la población se encuentra mayoritariamente en el sur y suroeste.

Cuadro 1: Total de población, Trinidad y Tabago, 1990-2003

1990	1995	2000	2003
1.227.443	1.259.971	1.262.366	1.282.447

Fuente: Oficina Central de Estadística, Ministerio de Planificación y Desarrollo, República de Trinidad y Tabago.

Cuadro 2: Población por grupo de edad, Trinidad y Tabago, 1990-2003

Año	Grupo de población	
	< 15 años	Mayores de 60 años
1990	406.648	105.957
1995	365.026	109.630
2000	319.937	126.477
2003	320.612	121.011

Fuente: Oficina Central de Estadística, Ministerio de Planificación y Desarrollo, República de Trinidad y Tabago.

El cuadro 2 revela dos tendencias. En primer lugar, los datos ilustran una disminución constante de la población menor de 15 años desde 1990 al 2000 (en el 2003, el número aumentó levemente respecto del año anterior). Y segundo, los datos manifiestan una tendencia de la población mayor de 60 años a aumentar con el tiempo. La esperanza de vida en 1990 era 68,4 años para los hombres y 73,2 años para las mujeres (cifras de 1990 de la Oficina Central de Estadística de Trinidad y Tabago). Otras informaciones demográficas muestran una disminución de las tasas de fecundidad general, una reducción de las tasas de natalidad y una mejor esperanza de vida.

Cuadro 3: Indicadores demográficos, Trinidad y Tabago, 1990-2003

Indicador	Año					
	1990	1994	1995	1999	2000	2003
Tasa de fecundidad general	2,4	1,9	1,8	1,7	1,7	n.d.
Tasa bruta de natalidad (nacidos vivos por 1.000 hab.)	19,7	15,7	15,3	14,6	14,4	14,0
Tasa bruta de mortalidad (defunciones por 1.000 hab.)	6,7	7,4	7,2	8,0	7,5	8,0
Esperanza de vida al nacer	70,8	n.d.	n.d.	n.d.	71,0	n.d.

* Fecundidad general: Cálculo de la cantidad de niños que una cohorte de 1.000 mujeres tendría si pasaran por sus años reproductivos expuestas a tasas de fecundidad específicas para cada edad que estén vigentes en un momento determinado.
n.d. = no disponible.

Fuente: Oficina Central de Estadística, Ministerio de Planificación y Desarrollo, República de Trinidad y Tabago, *Population and Vital Statistics Reports*.

1.1.2 Análisis epidemiológico

Durante el período 1990-2003, se registró un aumento de las tasas de mortalidad en las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas de las neoplasias malignas, las causas externas, las enfermedades transmisibles y el sida. Sin embargo, las fuentes externas (violencia y lesiones) han adquirido una importancia creciente en la carga de la mortalidad.

Cuadro 4: Tasas de mortalidad (por 1.000 hab.), Trinidad y Tabago, 1990-2003

Período	General	* Materna	Enfermedades transmisibles	TB	SIDA	Malaria	Enfermedades del sistema circulatorio	Neoplasias malignas	Causas externas
1990-1994	6,96	61,36	0,28	0,02	0,14	0,00	2,67	0,87	0,53
1995-1999	7,52	51,94	0,46	0,03	0,32	0,00	2,89	0,97	0,49
2000-2003	7,73	37,75	0,53	0,02	0,39	0,00	2,83	0,99	0,60

Fuente: Oficina Central de Estadística, Ministerio de Planificación y Desarrollo, Trinidad y Tabago 7 (*mortalidad materna: defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos).

Cuadro 5: Morbilidad y factores de riesgo, Trinidad y Tabago, 1990-2005

Indicadores	1990-1994	1995-1999	2000-2005
Tasa de fecundidad en mujeres adolescentes (15-19 años)	55,2	43,7	36,9 *
Prevalencia anual de carencia nutricional moderada y grave en niños menores de 5 años	16,0	17,1	17,9
Prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta 120 días de edad #	7,6	9,0	12,8 *
Porcentaje de partos asistidos por ayudantes capacitados en salud	98,6	99,0	99,6 *
Número de casos confirmados de enfermedades prevenibles mediante vacunación	260	119	55
Incidencia anual de infecciones gripales	47.793	41.725	37.657
Número anual de casos confirmados de dengue	202	192	156
Número anual de casos confirmados de malaria	9	11	14
Incidencia anual de tuberculosis	61	83	186
Incidencia anual de infección por el VIH/sida	235	756	1.298
Razón de casos de infección por el VIH/sida (hombre/mujer)	.70: .30	.60: .37	.53: .43
Incidencia anual de neoplasias malignas del pulmón	N/A	103	112
Incidencia anual de neoplasias malignas de la mama femenina	N/A	251	287
Incidencia anual de neoplasias malignas del cuello uterino	N/A	138	151

* 2000-2003

Fuente: Ministerio de Salud, República de Trinidad y Tabago.

Lactancia materna exclusiva hasta 90 días; datos obtenidos solo de servicios comunitarios de salud.

NB: Los datos sobre la incidencia anual de neoplasias malignas representan el número real de casos notificados hasta la fecha al Registro de Cáncer. La base de datos se actualiza continuamente, por lo que el número de casos para un año dado seguirá en aumento.

Fuente: Ministerio de Salud, División de Estadística, República de Trinidad y Tabago.

Cuadro 6: Nuevos casos confirmados de Dengue, Trinidad y Tabago, 1990-2003

Casos confirmados	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Dengue	528	30	146	178	447	124

Fuente: Ministerio de Salud, República de Trinidad y Tabago. 9

La tasa de mortalidad de menores de 1 año ha aumentado de 12,01 defunciones por 1.000 nacidos vivos en el período 1990-1994, a 17,32 en el período 1995-1999 y a 21,92 en el período 2000-2003. No obstante, la tasa de mortalidad materna ha disminuido paulatinamente, de 61,36 defunciones por 100.000 en el período 1990-1994, a 51,94 en el período 1995-1999, a 37,75 en 2000-2003¹.

¹ Fuente: *Population and Vital Statistics Report*, Oficina Central de Estadística, República de Trinidad y Tabago 7

Cuadro 7: Tasa de mortalidad infantil y materna, Trinidad y Tabago, 1996-2002

Indicadores	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Tasa de mortalidad de menores de 1 año	16,2	17,1	18,5	17,6	21,1	18,5	24,2
Tasa de mortalidad materna	38,9	70,4	44,7	38,2	55,1	38,7	29,4

Fuente: Datos tomados de las estadísticas vitales, Oficina Central de Estadística, República de Trinidad y Tabago. (7)

Las causas de la mortalidad de menores de 1 año revelan que los trastornos que se originan en el período perinatal fueron generalmente la causa de más de 50% de las defunciones en el grupo de 0 a 1 año de edad durante el período 2000-2004.

Cuadro 8: Defunciones de lactantes por causa, Trinidad y Tabago, promedio de períodos quinquenales

Causas de mortalidad de menores de 1 año	1990-1994	1995-1999	2000-2004
Trastornos originados en el período perinatal (incluidos trauma o asfixia al nacer y prematuridad)	150	220	255
Enfermedad diarreica aguda (EDA)	4	2	2
Infecciones respiratorias agudas (IRA)	1	0	1
Defectos congénitos	45	42	67
Carencias nutricionales	3	2	1
Otras causas	62	52	43
TOTAL	265	318	369

No había datos desglosados por zona residencial y grupo étnico.

Fuente: Oficina Central de Estadística, Ministerio de Planificación y Desarrollo, Gobierno de Trinidad y Tabago.

La tasa de prevalencia de la infección por el VIH/sida entre embarazadas de 15 a 24 años de edad fue 11,56 en 1999; 5,70 en el 2000 y 9,78 en el 2001². La Encuesta por conglomerados de indicadores múltiples (MICS) (4b) reveló que 57,5% de las mujeres no usaba ningún método anticonceptivo, 13% usaba condones, 10,9% usaba pastillas anticonceptivas y 8,4% se había sometido a esterilización femenina.

Las tasas de neoplasias malignas fueron generalmente mayores entre los hombres que entre las mujeres. Estas tasas generan preocupación, por lo que actualmente se construye un Centro Nacional de Oncología para satisfacer la creciente demanda de servicios de salud en esta área. El Ministerio de Salud ha estado colaborando con los medios para promover la salud a través de mensajes contra el tabaquismo y a favor de una actividad física apropiada y la buena nutrición.

² Fuente: Unidad de Vigilancia Nacional, Ministerio de Salud, República de Trinidad y Tabago.

Cuadro 9: Mortalidad debido a neoplasias malignas, Trinidad y Tabago, 1990-2003

Tasas promedio de mortalidad, por 1.000 hab.	1990-1994	1995-1999	2000-2003
Neoplasias malignas (hombres)	0,89	1,05	1,07
Neoplasias malignas (mujeres)	0,86	0,91	0,90

Fuente: Oficina Central de Estadística, Ministerio de Planificación y Desarrollo, Gobierno de Trinidad y Tabago (7)

La incidencia anual promedio de malaria, tuberculosis e infección por el VIH/sida se muestra en el cuadro 5. Ha habido un aumento de la incidencia de cada enfermedad en los períodos especificados. En el caso de la infección por el VIH/sida, es notable el incremento de la incidencia, que podría obedecer a una mayor concientización y al uso de sitios de orientación y prueba voluntaria (OPV). Esto indica la necesidad de aumentar la vigilancia de estas enfermedades y de formular estrategias para revertir las tendencias.

La información sobre depresión, cuando se recopila, se notifica bajo la categoría de Trastornos de estado de ánimo, que incluye la depresión, los episodios maníacos y los trastornos afectivos bipolares. La información sobre el número de egresos hospitalarios para los trastornos de ánimos fue de 343 en 1990, 488 en 1995, 258 en 2000 y 163 en 2004³.

1.2 Determinantes de la salud

1.2.1 Determinantes políticos

Trinidad y Tabago es una democracia parlamentaria (basada en el modelo de Westminster) heredada de Gran Bretaña, de la cual se independizó en 1962. El país se convirtió en una república en 1976 y el Presidente es el Jefe de Estado. El poder legislativo del gobierno está conformado por la Cámara de Representantes (miembros elegidos) y el Senado (miembros nombrados). El poder ejecutivo del gobierno comprende al Primer Ministro y su Gabinete, cuyos integrantes son designados de entre los miembros del Parlamento. Tabago cuenta con una Asamblea elegida que es responsable de la administración y ejecución de la política del gobierno. El poder judicial es independiente del gobierno conforme se estipula en la Constitución (2).

³ Fuente: Unidad de Estadística, Ministerio de Salud, Gobierno de Trinidad y Tabago (9).

Trinidad y Tabago es considerado un país políticamente estable. Se celebran elecciones cada cinco años para elegir al gobierno. Si bien hubo un intento de golpe de Estado en 1990, la acción no tuvo apoyo popular y fue sofocada. El gobierno ha esbozado un Plan Visión 2020 con el cual se propone llevar al país al estatus de nación desarrollada para el 2020. Trinidad y Tabago participa en diversos organismos y organizaciones internacionales y de otro tipo, como la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Scotland Yard y otros. Entre las áreas de cooperación destacan la salud, la educación, el desarrollo de infraestructura, la agricultura y la seguridad nacional. El país también pertenece a grupos regionales como la Comunidad del Caribe (CARICOM), la Economía y Mercado Único del Caribe (CSME) y convenios como la Cooperación del Caribe en Salud III (CCH III), etc.

1.2.2 Determinantes económicos

Desde el punto de vista del producto interno bruto (PIB), el petrolero y petroquímico es el mayor sector de la economía. Otros sectores que cabría mencionar, en relación con el PIB, son el sector de distribución y restaurantes; el sector de finanzas, seguros y bienes inmuebles; y el sector de transporte, almacenamiento y comunicaciones (1). En el 2002, la fuerza laboral ascendía a 586.200 personas, o 60,9% de la población (1). En el 2003, el PIB per cápita era TT\$51.597,20 (dólares de Trinidad y Tabago) o US\$8.242,40.

Cuadro 10: Indicadores económicos, Trinidad y Tabago, 1990-2005

Indicador	1990	1994	1995	1999	2000	2005
PIB per cápita en US\$, a precios corrientes	4,170.6	3,995.7	4,271	5,327.8	6,479.7	11,037.2*
Gasto público per cápita	1,165.7	1,351.7	1,353.8	1,372.5	1,865	3,369.8
Total gasto público, como porcentaje del PIB	28	34.2	31.7	25.8	28.8	30.5
Tasa de inflación anual	11	8.8	5.3	3.4	3.5	6.8
Deuda externa, como porcentaje del PIB	N/A	34.7	31	20.4	18.2	N/A

* Cifras estimativas.

Fuente: Oficina Central de Estadística, Trinidad y Tabago; Banco Central de Trinidad y Tabago; Cálculos de gastos (1990 a 2006) para el Ministerio de Salud, Trinidad y Tabago.

El PIB per cápita (en US\$) se mantuvo en aumento entre 1990 y el 2005, al igual que el gasto público per cápita, sobre todo a partir del 2000. El gasto público total como porcentaje del PIB

fluctuó entre durante este período. La inflación disminuyó de 11% en 1990 a 3,4% en 1999, pero aumentó a 6,8% en el 2005. Ese año pareció haber un esfuerzo concertado del gobierno por aumentar el gasto nacional, como lo manifiesta el aumento del gasto público per cápita. Ha habido una disminución constante de la tasa de desempleo, de 20% en 1990 a 8% en 2005 (3).

1.2.3 Determinantes sociales

La violencia (criminal y doméstica) es un problema social que contribuye en grado creciente a la mortalidad. Debido a una falta de procedimientos estandarizados para recopilar datos sobre la violencia doméstica, las estadísticas en esta área quizá no representan adecuadamente la verdadera situación. El Informe de estadísticas sobre el crimen de la Oficina Central de Estadística revela que el número de casos de violencia doméstica remitidos por los tribunales de distrito a los servicios probatorios pasó de 513 en 1997, a 323 en 1998 y 317 en el 2000 (13).

El coeficiente neto de matriculación en las escuelas primarias para el período 1999-2000 fue 93, mientras que para el período 2000-2001 fue 92 (4a). La proporción de estudiantes que comenzaron el grado 1 y alcanzaron el grado 7 fue la siguiente:

Cuadro 11: Proporción de estudiantes que comenzaron el grado 1 y llegaron al grado 7, por sexo, Trinidad y Tabago, 1990-1998

1990		1995		1998	
Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
96,1	93,7	98,4	96,4	98,5	97,8

Fuente: Informe de la Oficina Central de Estadística sobre Educación. (5)

Según la encuesta MICS del 2006, el porcentaje de personas alfabetizadas entre 15 y 24 años de edad fue 98,1% en el caso de las mujeres. No se obtuvieron datos para los hombres (4b).

Cuadro 12: Razón de niñas y niños en educación primaria y secundaria, Trinidad y Tabago, promedio de períodos bienales

Nivel	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003
Primaria	0,97	0,97	0,96	0,95	0,95
Secundaria	1,09	1,10	1,08	1,11	1,09

Fuente: Estadística social, Oficina Central de Estadística (6) y MICS 2006 (Encuesta por conglomerados de múltiples indicadores conducida por el Ministerio de Desarrollo Social), Trinidad y Tabago (4b).

Están tomándose medidas para enfrentar la pobreza a través de varios programas sociales, como la provisión gratuita de educación, asistencia para la adquisición de libros escolares, un programa de alimentación escolar, aumentos recientes de la pensión de vejez (para personas indigentes mayores de 65 años), el Programa de asistencia por enfermedades crónicas (CDAP) que proporciona medicamentos gratuitos para determinadas enfermedades, programas de capacitación, como el Programa de cooperación para la capacitación y el empleo de jóvenes (YTEPP), y el Programa de capacitación multisectorial (MuST). Existen también programas de empleo como el Programa de alivio del desempleo (URP) y el Programa de protección y mejoramiento del medio ambiente en las comunidades (CEPEP). Ha habido alguna colaboración con otros organismos para formular y ejecutar políticas públicas relacionadas con la salud (por ejemplo, el Programa de salud escolar del Ministerio de Educación y la Revisión de la Ordenanza de salud pública, capítulo 12 No. 4, del Ministerio de Gobierno Local).

1.2.4 Determinantes ambientales

La población con acceso a un mejor abastecimiento de agua aumentó de 71,4% en 1990 a 82,2% en el 2005 (incluida el agua corriente pública y privada hasta la vivienda y el agua corriente pública hasta el patio)⁴. La población con inodoros, conectados o no al alcantarillado, pasó de 57,7% en 1990 a 84,4% en el 2006.

Cuadro 13: Indicadores ambientales, Trinidad y Tabago, 1990-2006

Indicadores	1990	2000	2005	2006
Proporción de viviendas con agua corriente (fuentes pública y privada)	59,2*	65,0*	75,1#	73,5^
Proporción de viviendas con inodoros conectado y no conectados al alcantarillado	57,7*	71,9*	n.d.	84,4

Encuesta sobre de condiciones de vida, 2005 (11).

^ MICS 2006. (4 b)

Fuente: * Censo de población y vivienda, Oficina Central de Estadística, República de Trinidad y Tabago. (10)

Las instituciones responsables de las cuestiones ambientales son el Ministerio de Servicios Públicos y Medio Ambiente, el Ministerio de Obras y Transporte, el Ministerio de Agricultura, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Gobierno Local, la Autoridad de Ordenamiento del Medio Ambiente (EMA) y el Instituto de Asuntos Marinos (IMA). El sector salud participa con el cumplimiento de la legislación relativa a la salud pública. Los problemas de salud relacionados directa o indirectamente con factores ambientales se determinan mediante pruebas en centros

⁴ Fuente: Censo de población y vivienda del CSO (10) y Encuesta sobre condiciones de vida, 2005 (11).

de salud, centros de atención infantil, escuelas y otras instituciones, así como con la promoción de la salud. Se vigilan los niveles de plomo en los niños, los alimentos y los agentes patógenos transmitidos por el agua (por ejemplo, *Salmonella*, *Shigella*, *Escherichia coli*).

2. Funciones del sistema de salud

2.1 Función rectora

2.1.1 Conducción y liderazgo

El organismo responsable de la conducción del sector de la salud es el Ministerio de Salud. El ministerio es responsable de definir la agenda nacional de salud, desarrollar legislación, regulación y financiamiento, entre otros. El Ministro de Salud es responsable ante el Parlamento de la salud de la población del país. La Unidad de Política del ministerio se ocupa de proporcionar asistencia técnica para la formulación de políticas a todos los departamentos del ministerio, así como a las Autoridades Regionales de Salud (ARS).

La visión y misión del Ministerio de Salud se define claramente en su Plan Institucional 2006-2009. La visión del ministerio reza: *“El Ministerio de Salud es una institución proactiva que toma decisiones sólidas basadas en datos probatorios para garantizar el logro de niveles de excelencia en todos los organismos que promueven, protegen y mejoran la salud del pueblo de Trinidad y Tabago”*. La misión es *“liderar el sector de la salud mediante la formulación de políticas, la planificación, el seguimiento y la reglamentación”*.

La función del ministerio es definir las prioridades nacionales a partir de la evaluación de necesidades e influir la provisión de atención mediante una combinación de financiamiento y regulación de los servicios públicos y privados. Sin embargo, el ministerio está consciente de su limitada capacidad para realizar las evaluaciones de necesidades, por lo que está actualmente procurando fortalecer esta área. El organismo busca también mejorar su capacidad para tomar decisiones con base en datos probatorios, conforme se contempla en su visión. Actualmente está fortaleciéndose la Dirección de Política, Investigación y Planificación de la Salud, e igualmente está implantándose un Sistema Nacional de Información Sanitaria para facilitar la disponibilidad oportuna de información que oriente el proceso de toma de decisiones. La Unidad de Vigilancia Nacional del Ministerio de Salud es responsable de la

vigilancia sanitaria en el país, e incluye tareas de seguimiento, alertas sobre brotes de enfermedades, investigación, etc.

2.1.2 Regulación

El Ministerio de Salud opera en un marco jurídico que consta de varias leyes y reglamentos. Algunos de estos instrumentos son la Ley No. 5 relativa a las Administraciones Regionales de Salud, de 1994, la Ley sobre el Consejo Médico y su Reglamento, Cap. 29:50, y la Ordenanza de Salud Pública, capítulo 12, No. 4. Otros instrumentos legislativos son la Ley de Registro de Enfermeras y Parteras, capítulo 29: 53; la Ley de Alimentos y Medicamentos y su Reglamento, capítulo 30: 01; la Ley sobre la Basura, capítulo 30: 52; y la Ley No. 42 sobre Plaguicidas y Productos Químicos Tóxicos, de 1979.

La reglamentación de los medicamentos (antibióticos y narcóticos) es tarea de la Inspectoría de Medicamentos del Ministerio de Salud. Las funciones de la inspectoría son autorizadas mediante actos legislativos, como la Ley de Antibióticos y su Reglamento, capítulo 30: 02; la Ley de Alimentos y Medicamentos y su Reglamento, capítulo 30: 01; la Ley del Consejo Farmacéutico y su Reglamento, capítulo 29: 52; y otras leyes. La Inspectoría de Medicamentos tiene por función examinar, aprobar y registrar los medicamentos para uso en el país, mantener el seguimiento y la vigilancia de medicamentos, llevar el formulario terapéutico, dar seguimiento a los fenómenos adversos relacionados con medicamentos, etc. La legislación establece los parámetros, por ejemplo, limitar la facultad de dispensar medicamentos solo a farmacéuticos autorizados.

La División de Química, Alimentos y Medicamentos es responsable del examen, la aprobación y el registro de medicamentos (excepto los antibióticos y narcóticos), plaguicidas y otros productos químicos tóxicos. Las funciones de esta división se rigen por ley, incluidas la Ley de Alimentos y Medicamentos y su Reglamento, capítulo 30:01, la Ley de Plaguicidas y Productos Químicos Tóxicos, Capítulo No. 42, de 1979. La legislación proporciona a la división la autoridad legal para cumplir sus funciones, a saber: examinar, aprobar y registrar los plaguicidas y productos químicos y mantener la vigilancia y el seguimiento de estas sustancias para asegurarse de que cumplen con las normas, etc.

La Ley de Ordenamiento del Medio Ambiente de 1995 reglamenta lo relativo a la contaminación del aire; sin embargo, el sector de la salud no se ocupa de este tipo de vigilancia. La Ley de Corporaciones Municipales de 1990, la Ordenanza de Salud Pública, capítulo 12, No. 4, y la Ley 16 sobre el Agua y Alcantarillado de 1965 son los mecanismos legales que reglamentan el manejo de excretas y desechos. El sector de la salud participa con la aplicación de la Ordenanza de Salud Pública, así como con la coordinación y la colaboración con las autoridades sanitarias locales y la Administración de Agua y Alcantarillado (WASA). La Ley No. 42 sobre Plaguicidas y Productos Químicos Tóxicos de 1979 es el mecanismo legal que reglamenta el desecho de partículas tóxicas y radiactivas. El sector de la salud participa con funciones de vigilancia.

Las reglas sobre contaminación del agua, de La Ley de Ordenamiento del Medio Ambiente, es el mecanismo legal por el que se supervisan problemas relacionados con la contaminación del agua. La Ley de Agua y Alcantarillado es el mecanismo legal que garantiza el acceso de la población al agua potable. El sector de la salud participa en esta área con la formulación de recomendaciones relacionadas con la idoneidad de las instalaciones para conectarse el servicio.

La Ley de Hospitales Privados faculta al Ministerio de Salud para normar los hospitales privados en Trinidad y Tabago. Todos los hospitales privados deben solicitar una licencia para operar. Sin embargo, una vez obtenida la licencia, no existe ningún mecanismo para vigilar o reglamentar continuamente las funciones de estos establecimientos. El Ministerio de Salud reconoce esto como una deficiencia del sistema y está trabajando para establecer un sistema de acreditación para las instituciones de salud tanto privadas como públicas. Este sistema de acreditación facilitará el seguimiento continuo de los establecimientos de salud así como la calidad de la atención que estos proveen.

A pesar de todas estas leyes y reglamentos, las instituciones de salud han estado funcionando durante años sin un marco jurídico que facilite la evaluación de la calidad de los servicios. El Ministerio de Salud está consciente de este importante vacío en el sistema y está trabajando actualmente en el establecimiento de un Consejo de Acreditación de Servicios de Salud para supervisar la acreditación de los establecimientos de asistencia sanitaria, que incluye la evaluación de los servicios.

2.1.3 Orientación del financiamiento

El Ministerio de Salud es responsable del financiamiento de las actividades de las Administraciones Regionales de Salud (ARS) mediante los presupuestos anuales presentados por cada una de ellas. El ministerio se ocupa igualmente de velar por que los fondos asignados a las ARS se inviertan con eficiencia para satisfacer eficazmente las necesidades de salud de la población. La auditoría es uno de las medidas de responsabilización que aplica el ministerio para asegurarse del uso adecuado de los recursos. Además, el ministerio establece normas para las ARS y supervisa su cumplimiento.

El Ministerio de Salud da a conocer sus necesidades a través de los presupuestos anuales que presenta al Ministerio de Finanzas, las revisiones de mitad de año con distintos ministerios e informes trimestrales sobre los progresos realizados. Estas actividades también sirven de mecanismos para dar seguimiento al uso eficiente de estos recursos. Hoy en día no existe un sistema nacional de aseguramiento; sin embargo, el Gabinete nombró a un comité directivo que está trabajando en su desarrollo. Tampoco hay una redistribución de fondos entre los proveedores de seguros médicos por parte del ministerio.

2.1.4 Definición de las funciones esenciales de salud pública

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estableció 11 funciones esenciales de salud pública (FESP), en colaboración con otros organismos. La intención de las FESP es fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria y mejorar el desarrollo de un sistema de salud pública eficaz. La OPS define la salud pública en el contexto de las FESP como la “intervención colectiva del Estado y la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de las personas”. En el 2002, Trinidad y Tabago participó en un ejercicio de evaluación de las 11 FESP. Los resultados de esta evaluación para Trinidad y Tabago fueron compatibles con los resultados presentados por otros países de habla inglesa del Caribe.

Recientemente, el Ministerio de Salud ha estado reorientando su papel con relación a las FESP. Es oportuno que el Ministerio de Salud conduzca, junto con la OPS, una evaluación de su nivel de alineación y disposición frente a las FESP. El Ministerio de Salud, a raíz de iniciativas como el Plan Visión 2020 y el Programa de Reforma del Sector de la Salud, ha estado reorganizando la salud pública, simplificando las funciones del ministerio, separando la

gestión de la prestación de servicios, incorporando y mejorando los sistemas de información y la tecnología y atendiendo las necesidades de recursos humanos.

2.1.5 Armonización de la prestación de servicios

El Ministerio de Salud es responsable de la política y la planificación a nivel nacional, lo que contribuye a lograr la estandarización de los planes de acción. Las ARS se encargan de la prestación de servicios, y cada una de ellas tiene su zona de captación, a fin de reducir la duplicación de servicios. El Ministerio de Salud conserva la responsabilidad de los servicios verticales, como la Inspectoría de Salud Pública, la Unidad de Vigilancia Nacional, el Control de Insectos Vectores, etc. En la mayoría de los casos, se tienen normas documentadas, protocolos y pautas para la provisión de atención básica de salud, tanto a nivel de las instituciones médicas como a otros niveles. Un sistema de referencia garantiza la integración y coordinación de los diferentes niveles de atención.

2.2 Financiamiento y seguridad

2.2.1 Financiamiento

El sistema público de salud es financiado por el gobierno, y sus servicios son gratuitos para los ciudadanos. El gasto público en salud como % del PIB aumentó considerablemente entre el 2000 y el 2005. El gasto público per cápita en salud también ha aumentado, al pasar de TT\$458,53 en el período 1990-1994 a TT\$1.064,42 en el período 2000-2005. El gasto público de salud como % del gasto total en salud ha fluctuado de 7,33% en 1990-1994 a 5,86% en 1995-1999 y 7,27% en 2000-2005⁵. No se recopila información sobre el gasto privado en salud o sobre los pagos directos.

Cuadro 14: Indicadores del gasto público, Trinidad y Tobago, 1990-2005

Indicador	1990	1994	1995	1999	2000	2005
PIB per cápita en \$US. a precios corrientes	4.170,6	3.995,7	4.271,0	5.327,8	6.479,7	11.037,2*
Gasto público total como % del PIB	28.0	34.2	31.7	25.8	28.8	30.5
Gasto público en salud como % del PIB	2.3	2.1	2.0	1.8	1.6	2.5

Fuente: Oficina Central de Estadística, Trinidad y Tabago; Banco central de Trinidad y Tabago; Cálculos del gasto (1990 al 2006) para el Ministerio de Salud, Trinidad y Tabago. * Cifra estimativa.

⁵: Banco Central de Trinidad y Tabago, 2002: *The T&T Economy at a glance: Selected Economic Statistics*; y *Gross Domestic Product by Kind of Activity*: Oficina Central de Estadística, Ministerio de Planificación y Desarrollo, Gobierno de Trinidad y Tabago.

Cuadro 15: Financiamiento del sistema de salud (US\$/TT), Trinidad y Tabago, 2003-2006

Gasto nacional en el sector salud	2003-2004	2005	2006
Ministerio de salud			
US\$	248.964.355,19	352.169.737,15	336.661.600,94
TT\$	1.578.434.011,92	2.232.756.133,51	2.134.434.549,98

Fuente: Ministerio de Salud, Gobierno de Trinidad y Tabago.

2.2.2 Aseguramiento

Actualmente, no existe ningún sistema de aseguramiento público en Trinidad y Tabago. Los servicios de salud son generalmente gratuitos para los ciudadanos en los diversos establecimientos públicos ubicados en todo el país. Sin embargo, se requiere pago para algunos de los servicios ofrecidos en el Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams (si es referido a un servicio que no forma parte del sistema público de salud).

El Ministerio de Salud trabaja actualmente en la conformación del Servicio Nacional de Salud (SNS), que garantizará a todos los ciudadanos y residentes un conjunto de servicios con base en las necesidades de salud de la población. Se llevará a cabo una evaluación de las necesidades de salud y se calcularán los costos de los servicios sanitarios a fin de determinar los servicios esenciales. La implantación del SNS proporcionará a la población beneficios adicionales para complementar aquellos disponibles a través del CDAP, que proporciona medicamentos gratuitos para ciertas enfermedades o afecciones. Se espera que el SNS aumente el acceso a los servicios de salud y brinde a los usuarios la oportunidad de elegir cuándo, dónde y de parte de quién recibir atención. Todos los proveedores de atención de salud deberán acreditarse con el Sistema de Acreditación de Servicios de Salud para velar por la calidad y el nivel de los servicios prestados.

El SNS está en una etapa muy temprana de desarrollo, por lo que todavía están determinándose sus parámetros, estructura y funcionamiento. Están ejecutándose otros procesos de transformación en el ministerio para simplificar sus funciones, lo cual ha desacelerado el proceso de implantación del SNS. Sin embargo, el Gabinete ya ha aprobado su establecimiento. Como parte de este proceso, un Comité Directivo se encargará de:

- entablar un diálogo con la comunidad nacional sobre el SNS propuesto;
- emprender actividades para concluir la definición del conjunto de beneficios;

- elaborar una sinopsis de política que sirva de apoyo a cualquier legislación necesaria;
- formular un plan de ejecución.

Existen seguros médicos privados, que son regulados por el Banco Central. De conformidad con las normas del Banco Central, las compañías aseguradoras que llevan a cabo la porción a largo plazo del seguro médico (más de 5 años) deben: a) tener una evaluación actuarial (una evaluación de riesgos); b) presentar estados de ingresos auditados una vez al año y c) presentar un estado de ingresos no auditado cada tres meses. El Banco Central conduce exámenes basados en el riesgo para asegurarse de que la empresa esté cubriendo el riesgo y haya tomado medidas de mitigación del riesgo.

Los proveedores privados reciben su pago en el punto de acceso por parte del paciente, o si es referido por alguna institución pública, por parte del Gobierno. La mayoría de los pacientes que pagan por los servicios lo hace a través del seguro privado que proporciona su empleador como parte de sus prestaciones laborales. Igualmente, aquellas personas que no tienen seguro pueden efectuar pagos en efectivo o por medio de un sistema de comprobantes que emite el gobierno. El nuevo SNS modificará el mecanismo de pago a los proveedores privados y reducirá considerablemente el número de pacientes que hacen pagos directos.

2.3 Prestación de servicios

2.3.1 Oferta y demanda de servicios de salud

Los servicios ofrecidos en los establecimientos públicos de salud comunitaria varían, pero por lo general incluyen los siguientes: atención pre y posnatal, bienestar del niño, enfermedades crónicas y planificación de la familia. A nivel de atención primaria se ofrece una atención básica con una serie de servicios en los centros de salud ubicados en comunidades de todo el país. La atención secundaria de salud se ofrece en los hospitales públicos, ubicados en diversas partes de Trinidad y Tabago. También se ofrece un número limitado de servicios de atención terciaria en determinados hospitales. El sector privado de salud es más pequeño e incluye una variedad de proveedores privados, como médicos, dentistas, farmacéuticos, optometristas, etc., además de establecimientos privados de atención de la salud, por ejemplo, hospitales y hogares para adultos mayores, laboratorios clínicos y centros de diagnóstico.

Trinidad tiene 3 hospitales generales, 2 hospitales distritales y 4 hospitales especializados (psiquiatría, maternidad, radioterapia torácica y combinada, medicina física y gerontología). Tabago tiene 1 hospital general. Trinidad tiene 84 centros de salud, mientras que Tabago tiene 18, todos ellos dispersados a lo largo de cada isla.

Los centros de salud ofrecen generalmente una combinación de servicios diversos, incluidos los siguientes: consultas, examen cervical, dispensario para niños, inmunización, consultas de enfermedades crónicas, pruebas y orientación sobre el VIH, servicios dentales, consultas de diabetes, apósitos, planificación de la familia, práctica general, visitas a domicilio, frotis de Papanicolaou, consultas prenatales, consultas posnatales, servicios de trabajo social, consultas psiquiátricas, salud escolar, consultas dermatológicas y consultas de bienestar. También se han abierto diferentes tipos de centros comunitarios de salud, por ejemplo, el Centro Distrital de Salud, que presta servicios y funciones adicionales las 24 horas del día, y el Centro de Extensión, que ofrece menos servicios y durante menos horas.

De considerarlo necesario, el personal médico de los centros de atención primaria remiten a los pacientes a los establecimientos de atención secundaria. Las largas listas de espera para recibir atención médica y quirúrgica y otros servicios de atención de salud reflejan la alta demanda de servicios secundarios. Sin embargo, esta situación está abordándose de manera innovadora, como por ejemplo, las alianzas con equipos médicos locales y extranjeros para realizar intervenciones médicas y quirúrgicas, como extracción de cataratas, etc. Recientemente se han ofrecido al público algunos servicios de nivel terciario, como cirugía cardíaca y pruebas de IRM, a través de nuevas iniciativas que al mismo tiempo han brindado la oportunidad de desarrollar pericia local. La atención de nivel terciario es un área de alta demanda, el acceso a la mayoría de esos servicios se obtiene privadamente o en el exterior, y el pago se hace directamente o mediante seguro privado.

Los principales retos con respecto al acceso a la atención de salud estriban en el transporte y el horario de atención de algunos centros de salud. El transporte plantea un problema por las dificultades que tienen las personas para desplazarse desde su hogar hasta el establecimiento de atención y el costo por concepto de transporte especial o contratado. El transporte ha planteado problemas sobre todo para los adultos mayores, las personas discapacitadas o con condiciones debilitantes, las personas que viven en las zonas más remotas y las personas que requieren de atención especializada. El Programa de desarrollo de la atención comunitaria está

preparando un proyecto piloto para proporcionar asistencia domiciliaria y rehabilitación comunitaria en una de las Administraciones Regionales de Salud, así como asistencia domiciliaria para pacientes afectados por el VIH/sida.

Además, el horario de atención en algunos de los centros de salud, generalmente entre 8.00 y 16.00 horas, puede representar un obstáculo para las personas que trabajan. Algunos centros están resolviendo este problema con la extensión de su horario de atención. Además, están construyéndose establecimientos distritales de salud en determinadas zonas. Estos son establecimientos que ofrecen servicios adicionales y funcionan las 24 horas del día. Se espera que estas medidas reduzcan el uso inapropiado de los hospitales públicos.

Cuadro 16: Tipos y número de hospitales, Trinidad y Tabago, 2003-2006

Año	Capacidad hospitalaria (nivel de complejidad)							
	Alto		Media		Baja		Específica	
	Trinidad *	Tabago	Trinidad**	Tabago***	Trinidad****	Tabago	Trinidad*****	Tabago
1990	2	0	2	1	4	0	4	0
1995	3	0	2	1	2	0	4	0
2000	3	0	2	1	0	0	4	0
2005	3	0	2	1	0	0	4	0

* Hospital General de Puerto España; Hospital General de San Fernando; Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams (véase 1995 en adelante).

** Hospital Distrital Sangre Grande; Hospital Pt. Fortin.

*** Hospital Scarborough.

**** Hospitales distritales de Arima; Princes Town; Mayaro y Couva.

***** Hospital Torác. Caura.; Hospital Psiquiátrico St. Ann; Complejo Médico St. James y Hospital de Mujeres Mt. Hope (NB: los hospitales distritales de Arima, Princes Town y Mavaro y Couva ya no existen y fueron reemplazados por establecimientos distritales de salud).

Fuente: Unidad Estadística, Ministerio de Salud, República de Trinidad y Tabago.

2.3.2 Desarrollo de recursos humanos

La capacitación de profesionales de la salud a nivel local se lleva a cabo en la Universidad de las Indias Occidentales (UWI); la Universidad de Trinidad y Tabago (UTT); el Colegio de Ciencias, Tecnología y Artes Aplicadas de Trinidad y Tabago (COSTAATT); el Instituto Nacional de Educación Superior, Investigación, Ciencia y Tecnología (NIHERST); la Escuela de Enfermería y la Escuela de Enfermeros Dentales del Ministerio de Salud. Los datos de la División de Capacitación y Desarrollo de Recursos Humanos indican que ha habido una creciente tendencia hacia los “especialistas” en lugar de “generalistas” en áreas como la salud pública, oncología, trasplante de órganos, medicina del trabajo, urología, etc.

El plan de estudios básico de enfermería se elaboró en los años ochenta en consulta entre el Ministerio de Salud y OPS/OMS, a la luz del perfil epidemiológico del país, los cambios sociales y la tecnología disponible. No se hicieron mayores cambios al plan de estudios hasta el comienzo del Programa de reforma del sector de la salud (HSRP) en 1994, que estipulaba agregar cursos de atención primaria de salud. Actualmente está llevándose a cabo una nueva revisión del plan de estudios después de un ejercicio similar en 1999-2000. Se ha implementado una licenciatura en enfermería (B.Sc.) que ofrece la Universidad de las Indias Occidentales.

Trinidad y Tabago enfrenta una escasez de profesionales de la salud capacitados. Para resolver este problema, el Ministerio de Salud trabaja actualmente calculando la escasez y tomando medidas para captar aptitudes específicas en el mercado internacional. Además, el ministerio ha establecido un programa de voluntarios de las Naciones Unidas para brindar asistencia en áreas específicas y transferir conocimientos al personal local de la contraparte. El ministerio celebró también una feria de carreras profesionales para dar a conocer a estudiantes y adultos las oportunidades para hacer carrera en el campo de la salud, y está ofreciendo becas en esta área a ciudadanos capacitados.

Trinidad y Tabago está experimentando tanto la emigración como la inmigración de profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y profesionales paramédicos. Los profesionales locales han emigrado principalmente a Estados Unidos, el Reino Unido y otras islas del Caribe. Inicialmente, el Ministerio de Salud contrataba doctores, muchos de ellos provenientes de la India y África, para trabajar en el sector público. Sin embargo, desde el 2003, se ha contratado personal médico a través del Programa de Voluntarios de las Naciones Unidas y de convenios intergubernamentales, así como con empresas de dotación de personal. Por ejemplo, los convenios intergubernamentales han permitido la contratación de médicos y enfermeras cubanos y enfermeras, médicos y farmacéuticos filipinos.

La mayoría de los trabajadores de salud son empleados en el sector público; por consiguiente, este movimiento de profesionales de la salud afecta las operaciones del Ministerio de Salud y de las Administraciones Regionales de Salud más que las del sector privado. El Ministerio de Salud está en proceso de reestructuración de sus recursos humanos. Como parte de este proceso, el ministerio está ofreciendo Paquetes de Separación Voluntaria del Trabajo a los

trabajadores del sector. Esta es una de las estrategias que la institución está utilizando para transferir posiciones a las Administraciones Regionales de Salud; sin embargo, el ministerio está teniendo conflictos con los sindicatos para concluir este proceso. La oficina del Jefe de Personal está trabajando también en la clasificación de nuevos puestos y la reclasificación de los cargos existentes para ayudar con el proceso de reestructuración.

Cuadro 17: Número promedio de recursos humanos en instituciones del sector público, Trinidad y Tabago, 1990-2005

1990-1994			1995-1999			2000-2005		
Médicos	Enfermeras*	Enferm. auxiliares	Médicos	Enfermeras*	Enferm. auxiliares	Médicos	Enfermeras*	Enferm. auxiliares
n.d.	2.360	1.328	763	1.896	1.412	853	2.013	1.409

* Enfermeras y parteras.

Fuente: Departamento de Recursos Humanos, Ministerio de Salud y Administraciones Regionales de Salud, Trinidad y Tabago

No existe un solo ente u organismo nacional responsable de la certificación de los profesionales de la salud. La certificación está a cargo de consejos reguladores profesionales específicos para cada profesión, por ejemplo, el Consejo de Farmacéuticos, el Consejo de Médicos, el Consejo de Odontólogos, el Consejo de Profesiones afines a la Medicina y el Consejo de Enfermeras. En la mayoría de los casos, no se requiere de una educación profesional continua para renovar la certificación.

Cuadro 18: Recursos humanos en el sector de la salud, Trinidad y Tabago, 1990-2005

Tipo de recursos humanos	Período		
	1990-1994	1995-1999	2000-2005
Razón promedio de médicos por 10.000 habitantes (solo sector público)	7,88	8,60	9,64
Razón promedio de enfermeras profesionales por 10.000 habitantes (solo sector público)	19,07	14,97	15,73
Número que ha concluido capacitación de posgrado en la salud pública	n.d.	n.d.	n.d.
Número con títulos de posgrado en salud pública	n.d.	n.d.	n.d.
Número de escuelas de salud pública	0	0	0
Número de universidades con una maestría en salud pública	1	1	1
Modalidades de contratación	n.d.	n.d.	n.d.

Fuente: Razón de médicos por 10.000 habitantes y razón de enfermeras profesionales por 10.000 habitantes: Información del Ministerio de Salud, República de Trinidad y Tabago.

2.3.3 Medicamentos y otros productos de salud

El Ministerio de Salud contrata los servicios de la empresa National Insurance Property Development Company Limited (NIPDEC) para adquirir, almacenar y distribuir medicamentos para el sector público. Los medicamentos suministrados en el sector público son gratuitos en el punto de acceso o en diversas farmacias registradas con el Programa de asistencia por enfermedades crónicas (CDAP) del Ministerio de Salud, que proporciona medicamentos para determinadas condiciones. A fin de mejorar el acceso a los medicamentos, el CDAP también ha incorporado farmacias privadas.

El Ministerio de Salud está recopilando y actualizando sus protocolos de tratamiento con la finalidad de promover la estandarización. Se espera que este proceso contribuya a racionalizar aun más la adquisición y la dispensación de las preparaciones farmacéuticas. Para reducir al mínimo el riesgo de errores en la provisión y asesorar al público, la ley obliga a que haya farmacéuticos presentes en las farmacias privadas, las farmacias de hospitales públicos y cualquier otro lugar donde se dispensen medicamentos.

El Comité Consultivo Nacional sobre Medicamentos (NDAC) es responsable de examinar todos los medicamentos que se emplean en el sistema público de salud. Este comité también aprueba los medicamentos nuevos y retira los medicamentos obsoletos o ineficaces del formulario terapéutico del Ministerio de Salud. La Política nacional de medicamentos de 1998 orienta la selección de medicamentos para la Lista de medicamentos vitales, esenciales y necesarios que utilizan todas las instituciones públicas de salud en el país. El NDAC revisa esta lista cada 6 meses. Aunque el ministerio prosigue sus esfuerzos para asegurar la disponibilidad de medicamentos al público, no se cuenta con ningún mecanismo para medir el nivel del acceso y la disponibilidad de medicamentos esenciales.

Cuadro 19: Productos farmacéuticos registrados, Trinidad y Tobago, 1990-2005

Número de productos registrados	1990-1994	1995-1999	2000-2005
Medicamentos (a excepción de antibióticos y narcóticos)	n.d.	n.d.	5.046 *
Antibióticos	276	266	266
% de medicamentos de marca que son antibióticos	-	-	43%
% de medicamentos genéricos que son antibióticos	-	-	57%

* Información para el período Ene. 2000-Dic. 2005. Los 5.046 productos farmacéuticos registrados comprenden medicinas y drogas nuevas, veterinarias y alternativas. También se incluyen variaciones, por ejemplo, donde ha habido un cambio de nombre de un medicamento anteriormente registrado.

Fuente: División de Química, Alimentos y Medicamentos, Ministerio de Salud e inspectoria de Medicamentos, Ministerio de Salud.

2.3.4 Equipamiento y tecnología

El número de camas en los hospitales públicos por 1.000 habitantes mantuvo un promedio de 2,70 entre 1993 y 1996. De 1997 al 2000, el número disminuyó a 2,52, y entre el 2001 y el 2004, el promedio descendió nuevamente a 2,32. Nueve de cada 10 hospitales públicos tienen equipos de radiografía; 5 establecimientos distritales de salud y un centro ampliado de salud cuentan también con este tipo de equipos. El número total de máquinas de rayos X en todos estos establecimientos asciende a 60. Seis de los 10 hospitales públicos tienen equipos de ultrasonido, así como 1 de los 5 establecimientos distritales de salud y el centro ampliado de salud.

Datos del 2007 indican que 11 instituciones de salud tienen laboratorios clínicos, a saber: Hospital General de Puerto España (POSGH); Complejo Médico St. James; Centro de Orientación y Consultorio Queen's Park (QPCC&C); Laboratorio de Salud Pública; Hospital de Mujeres Mt. Hope; Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams (EWMSC); Hospital de Caura; Hospital Sangre Grande; Hospital General de San Fernando (SFGH); Hospital de Pt. Fortin; y el Hospital de Scarborough. Hay también 6 unidades del banco de sangre (del Servicio Nacional de Transfusiones de Sangre o Banco de Sangre) ubicadas en POSGH; EWMSC; Hospital de Scarborough; SFGH; Hospital de Pt. Fortin; y Hospital de Sangre Grande.

Cuadro 20: Disponibilidad de equipos en el sector de la salud, Trinidad y Tabago, 1990-2005

TIPO DE RECURSO	Número de camas por 1.000 habitantes	Equipo básico de imágenes de diagnóstico por 1.000 hab.	Laboratorios clínicos por 100.000 hab.	Bancos de sangre por 100.000 hab.
SUBSECTOR				
Público *				
	1993-2,75 1994-2,72 1995-2,66 1996-2,69 1997-2,66 1998-2,46 1999-2,57 2000-2,38 2001-2,36 2002-2,33 2003-2,30 2004-2,30	Máquinas de rayos X por 1.000 = 0,05 Máquinas de ultrasonido por 1.000 = 0,01	0,85	0,046

* Información no disponible sobre el sector privado.

** Información de hospitales y establecimientos distritales de salud.

Fuente: Ministerio de Salud, Trinidad y Tabago.

2.3.5 Garantía de la calidad

La Dirección de Gestión de la Calidad del Servicio de Salud es responsable de la garantía de la calidad en el sector público de la salud. La dirección ha producido varios documentos que estipulan las normas de atención para las instituciones de salud. El Manual de normas de acreditación y los manuales de prevención y control de infecciones son dos ejemplos de estos documentos de normas. Los usuarios del sistema de salud pueden hacer llegar sus reclamos a través de un Sistema de Retroalimentación de Clientes elaborado por la Dirección de Calidad e implantado tanto en el ministerio como en las ARS.

El Parlamento está considerando el establecimiento de un consejo de acreditación de servicios de salud autónomo que sería el ente rector para la puesta en práctica del sistema de acreditación. Aunque el sistema de acreditación no tiene aún soporte jurídico, las normas de acreditación están aplicándose con éxito tanto en las instituciones públicas como en las privadas a fin de mejorar la calidad del servicio de salud. Además, la emisión de licencias y la certificación de profesionales e instituciones de salud garantizan la prestación de servicios de salud de calidad.

El Premio a la Calidad en el Sector de la Salud es un plan que brinda a las instituciones del sector la oportunidad de que se evalúen sus normas de calidad y se comparen con otras instituciones. La institución que obtenga la clasificación más alta gana el premio. Se utilizan indicadores de calidad establecidos como guía para medir el desempeño.

2.4 Mapeo institucional del sistema de salud

Ente	Función	Función rectora		Financiamiento	Aseguramiento	Prestación de servicios
		Conducción/ liderazgo	Regulación			
Gobierno central		Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Finanzas	Ministerio de Salud y ARS	Ministerio de Salud y ARS
Instituciones de seguridad social		Consejo Nacional de Seguro	Ministerio de Finanzas	Empleador y Empleado		Consejo Nacional de Seguro
Gobierno regional		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Gobierno local		Empresas Regionales	Ministerio de Gobierno Local	Ministerio de Finanzas	Ministerio de Gobierno Local	Ministerio de Gobierno Local y empresas regionales

Ente	Función	Función rectora		Financiamiento	Aseguramiento	Prestación de servicios
		Conducción/ liderazgo	Regulación			
Aseguradores privados - Con fines de lucro			Banco Central de Trinidad y Tobago			
Proveedores Privados - Sin fines de lucro			Ministerio de salud			
- Con fines de lucro			Ministerio de salud			

Fuente: Ministerio de Salud, República de Trinidad y Tabago.
ARS: Administración Regional de Salud.

3. Monitoreo de los procesos de cambio/reforma

3.1 Efecto sobre las funciones de los sistemas de salud

La reforma del sector de la salud, iniciada a comienzos de los años noventa, ha tenido un efecto considerable sobre las funciones del sistema de salud. La reforma procuraba reorganizar el sistema de salud con base en las tendencias internacionales y las recomendaciones de las organizaciones internacionales de salud. El proceso de reforma del sector ha dado lugar a nueva legislación y a la actualización de políticas, cambios en la estructura y gestión del sistema de salud, racionalización de establecimientos y servicios de atención de la salud, examen de los recursos humanos y otras necesidades, mejoramiento de los sistemas de información, introducción de nuevos servicios, entre otras cosas.

La gestión del sector de la salud ha sido tradicionalmente centralizada, por lo que el proceso de toma de decisiones ha sido lento y burocrático. Los establecimientos que prestan servicios de atención de salud deben tener gerentes en el sitio de trabajo que estén facultados para tomar decisiones y realizar una gestión eficaz y eficiente. Un aspecto de la reforma ha sido la descentralización de la función de prestación de servicios, que se ha convertido en responsabilidad de las Administraciones Regionales de Salud (ARS). Con la promulgación de la Ley No. 5 relativa a las Administraciones Regionales de Salud de 1994, que estipula la creación de cinco ARS, cuatro en Trinidad y una en Tabago, se establecieron estos entes autónomos.

Con la promulgación de la ley se ordenó la transferencia de todos los establecimientos públicos de salud a las ARS, quienes asumen la responsabilidad de la prestación de servicios públicos de salud, así como la transferencia de todo el personal adscrito a dichos servicios del ministerio a las ARS. Aunque el ministerio ya no se ocupa de la prestación directa de la atención de salud, continúa a cargo de varios servicios verticales y nacionales, principalmente en las áreas de salud pública y servicios conexos. El ministerio se concentra ahora en su función de gobernanza, que comprende el financiamiento, la formulación de políticas, la investigación, la planificación, la reglamentación, el seguimiento y la evaluación.

Otro aspecto de la reforma del sector de la salud es el papel prominente conferido a la atención primaria de salud, para lo cual se han traspasado recursos de los hospitales al nivel de atención primaria. Los establecimientos públicos de salud se han racionalizado; algunos de ellos han sido mejorados para prestar más servicios y otros están siendo reparados, remodelados, modificados o cerrados, según las necesidades. La atención comunitaria, otro componente de la reforma, tiene por objeto prestar servicios en la comunidad para ayudar a los adultos mayores, personas discapacitadas y otros necesitados de atención a permanecer en sus propios hogares o en hogares residenciales de la comunidad en lugar de instituciones u hospitales públicos. Esto reduciría la carga en los hospitales públicos. Se dio inicio a un proyecto piloto para transferir a determinados pacientes de estadía larga de instituciones públicas de salud a hogares residenciales ubicados en comunidades.

3.2 Efecto sobre los principios orientadores de las reformas

3.2.1 Equidad

3.2.1.1 Distribución de recursos

Los datos correspondientes al período 1990-2005 indican que el gasto público de salud per cápita aumentó de TT\$411,69 en 1990 a \$1.723,80 en el 2005. El gasto público de salud como porcentaje del gasto público total acusó fluctuaciones leves con el transcurso de los años. En 1990, el gasto notificado ascendió a 8,26%, a 6,37% en 1995, 5,55% en el 2000 y 8,09% en el 2005 (14).

Las estadísticas indican que la razón de médicos del sector público por cada 10.000 personas ha venido aumentando en forma sostenida, de 6,53 en 1990 a 11,65 en el 2005. En cambio, la

razón de enfermeras profesionales en el sector público por 10.000 personas ha descendido de 20,90 en 1990 a su nivel más bajo de 10,19 en el 2000, pero aumentó a 18,32 en el 2005. El Ministerio de Salud ha estado enfrentando el problema de la escasez de profesionales de la salud, en particular médicos y enfermeras, con el aumento de las oportunidades de capacitación, otorgamiento de becas y contratación de personal internacional. Estas iniciativas han contribuido a mejorar estos coeficientes. También ha habido un aumento de la capacitación local tanto de médicos como de enfermeras.

El número de camas en los hospitales del sector público por cada 1.000 personas fue 2,75 en 1993, cifra que disminuyó en forma sostenida hasta alcanzar 2,30 en el 2004. Como se mencionara anteriormente, parte de la filosofía de la reforma del sector de la salud es que debe hacerse más hincapié en la atención primaria de salud, con menos hospitales pero una mejor dotación de personal y recursos. Esto aumenta la posibilidad de ampliar el diagnóstico y el tratamiento en entornos no hospitalarios y alcanzar una tasa mayor de asistencia ambulatoria y operaciones quirúrgicas sin hospitalización como resultado de la aplicación de cirugías con rayo láser y técnicas de mínima invasión⁶.

3.2.1.2 Acceso

Están racionalizándose los establecimientos de salud a fin de mejorar el acceso a la atención. El proceso de reforma del sector de la salud tiene un componente de infraestructura que se centra en racionalizar el uso de los establecimientos de asistencia sanitaria y en hacer los cambios recomendados (cierres, mejoras, modificaciones, reparaciones o remodelaciones). En varias zonas están instalándose establecimientos de salud que operarán 24 horas al día y centros distritales de extensión. Ciertas iniciativas han mejorado el acceso, como algunos centros de salud que ofrecen servicios en horario ampliado. También se han creado consultorios móviles, los cuales son particularmente convenientes para las zonas más remotas y las zonas rurales.

⁶ Tomado de 'Towards a Healthy Nation' Health and Life Sciences Partnership, Londres y Puerto España, 1993.

3.2.2 Eficacia

3.2.2.1 Mortalidad de menores de 1 año y mortalidad materna

La mortalidad de menores de 1 año aumentó entre 1990 y el 2005, mientras que la mortalidad materna disminuyó durante el mismo período. Un examen de la mortalidad de menores de 1 año permite determinar las áreas de interés que se abordaron mediante las intervenciones basadas en los hospitales, incluida la contratación de especialistas adicionales en neonatología, la adquisición de equipos y suministros necesarios y el fortalecimiento de la capacidad del personal. También se realizaron otras intervenciones, como una mayor promoción de la salud a través de la iniciativa de hospitales amigos del niño y la iniciativa de lactancia materna. Estas intervenciones han dado lugar a una disminución de la mortalidad de menores de 1 año.

Seguidamente se mencionan algunas otras iniciativas dirigidas a enfrentar la mortalidad materna e infantil:

- Se elaborará una política relativa a la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH;
- Se espera la pronta reapertura de la sala de neonatos del Hospital General de Puerto España, que había permanecido cerrada por renovaciones;
- Están impartándose clases en los consultorios prenatales de la Administración Regional de Salud de Oriente (ARSO) para incorporar lecciones sobre preparativos para el nacimiento y la crianza de los hijos;
- Los visitantes médicos de la ARSO han recibido formación en ultrasonografía;
- El personal de enfermería de la Unidad de enlace con la comunidad del Hospital Sangre Grande promueve la lactancia materna entre las embarazadas que están temporalmente en las salas de hospital;
- El número de especialistas del hospital de la Administración Regional de Salud de Tabago (ARST) ha aumentado, así como el número de parteras en la sala de maternidad.;
- La ARST ofreció una clase sobre la crianza de los hijos que incorpora a madres y padres;

- La ARST adquirió incubadoras nuevas para los lactantes reclusos en el hospital, así como incubadoras portátiles para transportar a los lactantes a Trinidad cuando estos requieren atención médica adicional;
- El Hospital de Mujeres Mt. Hope está redactando un proyecto de documento de marco estratégico sobre la salud materno-infantil;
- Los hospitales y establecimientos distritales de salud de las Administraciones Regionales de Salud están ofreciendo servicios de laboratorio y radiografía para los servicios de atención prenatal.

3.2.2.2 Incidencia de malaria, tuberculosis e infección por el VIH/sida

Se ha registrado un aumento de la incidencia de cada una de estas condiciones durante el período 1990-2005. A continuación se mencionan algunas de las iniciativas y programas que están elaborándose o aplicándose en respuesta al aumento de estas condiciones:

- Campaña nacional para fomentar los modos de vida sanos;
- Iniciativa de espacios saludables en comunidades sanas orientada a promover la salud y el bienestar;
- Legislación contra el tabaco;
- Distribución de máquinas para pruebas de diabetes a través del CDAP;
- Programa de cirugía cardíaca para ayudar a las personas que tienen procedimientos quirúrgicos cardíacos;
- Programa para la diálisis renal;
- Iniciativa de servicios cardiovasculares y una iniciativa de servicios de diabetes como parte de la iniciativa de ciencias de la salud de Trinidad y Tabago.
- Comité Consultivo de Oncología para fundamentar la política, la planificación, etc.
- Programas de educación en curso sobre la infección por el VIH/sida en las escuelas y establecimiento de un punto focal sobre la infección por el VIH/sida en el Ministerio de Educación.

3.2.3 Eficiencia

3.2.3.1 Asignación de recursos

Los datos de la Oficina Central de Estadística del Ministerio de Planificación y Desarrollo y la Encuesta de Condiciones de Vida del Ministerio de Desarrollo Social (2005) indican una creciente proporción de viviendas con agua corriente (59,2% en 1990 a 73,5% en el 2006) y con inodoros (57,7% en 1990 a 84,4% en el 2006).

El gasto público de salud como porcentaje de gasto público total fluctuó ligeramente durante el período comprendido entre 1990 (8,26%) y el 2005 (8,09%), pero se mantuvo siempre por debajo de 10%. El gasto registró un promedio de 7,33% en el período 1990-1994, 5,86% en 1995-1999 y 7,27% en 2000-2005. No había información disponible sobre el desglose de fondos para la atención primaria y la atención secundaria.

3.2.3.2 Sostenibilidad

La reforma del sector de la salud ha reorganizado la prestación de los servicios, al cambiar la responsabilidad del Ministerio de Salud hacia las cinco ARS. La transición hacia la autonomía de las ARS sigue su curso, ya que parte del personal de atención de salud continúa bajo la administración del Ministerio de Salud y está transfiriéndose a la gestión de las ARS. Aunque las ARS han ganado cierto grado de aceptación, persisten algunos problemas, como la existencia de un sistema doble para la gestión del personal, cuestiones de responsabilidad civil, etc. También deben tomarse decisiones sobre algunos de los programas nacionales de salud para determinar si quedan como tal o se colocan bajo la administración de las ARS.

El Ministerio de Salud ha recibido financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para la reforma del sector de la salud, recursos que administra junto con la asignación presupuestaria anual del ministerio. Se han asignado fondos a diversas áreas, como la infraestructura y el desarrollo de los recursos humanos, etc. La mayor parte del financiamiento público de la salud proviene de los ingresos públicos. Sin embargo, se ha recurrido a fondos

internacionales para facilitar la reforma del sector de la salud y trabajar otras áreas, como por ejemplo, la capacitación.

3.2.3.3 Participación social

La reforma del sector de la salud, junto con una mayor conciencia del público y una mejor difusión de información a través de diversos medios, han aumentado las expectativas de la población para con este sector. La Dirección de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud ha producido una 'Carta de los derechos y obligaciones del paciente' y un sistema para presentar reclamos o comunicar problemas.

El documento sobre la política del Ministerio de Salud describe la función del sector no gubernamental y la participación de la sociedad civil en la planificación y la ejecución de actividades relacionadas con la salud. En el documento se señala que "El sector privado desempeña un papel complementario y de apoyo en la prestación de atención de salud y está sujeto a la autoridad legal del Gobierno en estos asuntos". En este documento también se describe la función de las organizaciones no gubernamentales en los términos siguientes: Las organizaciones no gubernamentales "están en condiciones de influir la política nacional y actuar como promotores de una causa. También tienen papeles que desempeñar en la prestación de servicios". Finalmente, se establece en el documento una función de participación de la comunidad al señalarse que "debe alentarse la participación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud a nivel distrital, regional y nacional".

De conformidad con la política del Ministerio de Salud, las ARS deben celebrar reuniones públicas anuales para informar sobre sus actividades y recibir los comentarios y aportes de la población a la que sirven. Existen varios grupos de la sociedad civil que prestan servicios y que contribuyen a la salud (por ejemplo, grupos de apoyo, educación, información, servicios de salud, servicios no proporcionados en otro sitio, etc.). Entre estos grupos cabría mencionar a la Asociación contra la Diabetes, la Sociedad Anticancerosa, el Grupo de Apoyo frente al Alzheimer, etc.

Otros ministerios y dependencias gubernamentales, organizaciones privadas, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales (p. ej., el Ministerio de Desarrollo Social, el

Ministerio de Seguridad Nacional, la OPS, el IICA, etc.) han celebrado talleres y simposios, con la participación del Ministerio de Salud. El ministerio también ha organizado seminarios y talleres y ha solicitado los aportes de otros organismos, como otros ministerios, ONG y el sector privado. A manera de ejemplo, el Ministerio de Salud realizó la Consulta nacional sobre la legislación de salud pública, en junio del 2007, con la participación de otros ministerios y dependencias del gobierno, ONG, el sector privado, etc. Igualmente, la División de Promoción de la Salud ha trabajado con la comunidad y otros grupos en actividades de fomento de la salud y empoderamiento.

3.3 Efecto sobre el sistema de salud

La reforma del sector de la salud ha repercutido sobre el sistema de salud. Se promulgó una nueva legislación para el establecimiento de las ARS. Las ARS pueden responder más rápidamente a las necesidades de recursos humanos y de otra índole, dado que están facultadas para contratar personal y adquirir suministros. También pueden ofrecer nuevos servicios con base en las necesidades de la región. No obstante, las ARS tienen que elaborar planes y presupuestos y presentarlos al Ministerio de Salud para recibir financiamiento. Las ARS son responsables ante el Ministerio de Salud. Este último se dedica ahora a planificar y definir prioridades a nivel nacional, formular políticas, colaborar con las regiones en las estrategias y metas y asignar los recursos financieros.

Una serie de acontecimientos importantes han repercutido en el proceso de reforma del sector de la salud, como el plan del gobierno para llevar al país al estatus de nación desarrollada para el 2020. El proceso está actualmente en curso y ha traído consigo diversos retos, pero al mismo tiempo, también ha dado lugar a mejoras. El cuadro siguiente resume un análisis de las oportunidades y amenazas relacionadas con el proceso de reforma del sector de la salud.

Cuadro 21: Oportunidades y amenazas relacionadas con la reforma del sector de la salud en Trinidad y Tabago

Reforma del sector de la salud		
Contexto	Oportunidades	Amenazas
Contexto político	Acuerdo a nivel del sector político sobre la necesidad de mejorar el sector de la salud. Compromiso del gobierno para llevar al país al nivel de nación desarrollada para el 2020.	Posible falta de apoyo al proceso. Cambio de gobierno y de prioridades.
Contexto social	Descontento de la población con los servicios públicos de atención de salud, producto de su acceso a servicios de salud más avanzados a través de viajes, la televisión, etc. (facilita la aceptación del cambio).	Posible resistencia al cambio por parte de los trabajadores, socios e interesados directos del sector de la salud.
Contexto económico	Disponibilidad de fondos para la reforma del sector de la salud producto de una economía saludable resultante de los ingresos de la industria petroquímica y la disponibilidad de financiamiento de organismos internacionales.	Cambios de prioridades de asignación para el sector de la salud.
Contexto ambiental	Necesidad de actualizar la legislación sobre la salud pública y revisar las funciones del Ministerio de Gobierno Local en materia de salud pública frente a las del Ministerio de Salud.	Otros ministerios encabezan la reforma en colaboración mínima con el Ministerio de Salud.

Fuente: Ministerio de Salud, Gobierno de Trinidad y Tabago.

3.4 Análisis de actores

La Ley de las ARS de 1994 proporcionó el marco jurídico para la descentralización del sector de la salud. El país se dividió en regiones, cada una de ellas con su propia estructura de gestión. Existen cuatro ARS en Trinidad: la Administración Regional de Salud del Noroeste (ARSNO); la Administración Regional de Salud del Centro-Norte (ARSCN); la Administración Regional de Salud de Oriente (ARSO); y la Administración Regional de Salud del Suroeste (ARSSO). Tabago tiene una ARS, la Administración Regional de Salud de Tabago (ARST). Las ARS son responsables de la prestación de los servicios, mientras que el Ministerio de Salud es responsable de la formulación de las políticas, la elaboración de las estrategias y metas con las regiones y el financiamiento.

El Ministerio de Salud encargó la elaboración de un documento titulado ‘Hacia una nación sana’ para “ayudar a definir y planificar las reformas necesarias mediante la incorporación del enfoque del ministerio ante el proceso de reforma”. El documento se produjo tras un extenso

período en el cual fue generándose un consenso entre todos los partidos políticos en torno a la necesidad de mejorar los servicios de salud en Trinidad y Tabago. El público también compartió el deseo de lograr un cambio positivo en los servicios de salud de la nación. Por consiguiente, los principales 'actores' del proceso de reforma fueron la dirección política, el Ministerio de Salud, los consultores que apoyaron el proceso y el público.

Referencias y bibliografía

Oficina Central de Estadística, Gobierno de Trinidad y Tabago. (2007). *Annual Statistical Digest*, 2002, No: 47. Ministerio de Planificación y Desarrollo, Gobierno de Trinidad y Tabago. 1

Portal del Gobierno de Trinidad y Tabago; En 'About T & T', hacer click en el enlace 'Government'. Consultado en agosto del 2007 en el sitio electrónico www.ttconnect.gov.tt 2

Oficina Central de Estadística, Ministerio de Planificación y Desarrollo, República de Trinidad y Tabago (En el sitio electrónico, hacer click en 'National Accounts' y en el recuadro 'Key Statistics' buscar: 'Per Capita GDP/ GNP/ NI Years 1966 – 2003'. Consultado en agosto del 2007 en el sitio electrónico www.cso.gov.tt/statistics 3

Global Education Digest. 4 a

Gobierno de la República de Trinidad y Tabago y UNICEF. (2006). *Trinidad and Tobago Multiple Indicator Cluster Survey (MICS 2006)*. 4 b

Oficina Central de Estadística, *Education Report*. Ministerio de Planificación y Desarrollo, República de Trinidad y Tabago. 5

Oficina Central de Estadística, Ministerio de Planificación y Desarrollo, República de Trinidad y Tabago. *CSO/Social Statistics* 6

Oficina Central de Estadística, Ministerio de Planificación y Desarrollo. *Population and Vital Statistics Report*. Gobierno de Trinidad y Tabago. 7

Unidad de Vigilancia Nacional, Ministerio de Salud, Gobierno de Trinidad y Tabago. 8

Unidad de Estadística, Ministerio de Salud, Gobierno de Trinidad y Tabago. 9

Oficina Central de Estadística, Ministerio de Planificación y Desarrollo, República de Trinidad y Tabago. *CSO/Population and Housing Census*. 10

Encuesta sobre condiciones de vida 2005, realizada por el Programa de reducción de la pobreza, Ministerio de Desarrollo Social, República de Trinidad y Tobago. 11

Oficina Central de Estadística, Ministerio de Planificación y Desarrollo, República de Trinidad y Tabago (En el sitio electrónico, hacer click en 'National Accounts' y en el recuadro 'Key Statistics' buscar 'Selected Leading Indicators'. Consultado en agosto del 2007 en el sitio electrónico www.cso.gov.tt/statistics 12

Oficina Central de Estadística, Ministerio de Planificación y Desarrollo. (1995, 1997, 1998, 1999 & 2000/2002). *Report on Crime Statistics*, Oficina Central de Estadística. República de Trinidad y Tobago. 13

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Pacífico Occidental. (2003). *Essential Public Health Functions: A Three-Country Study in the Western Pacific Region*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 14

Banco Central de Trinidad y Tabago, República de Trinidad y Tabago 2000; *The Trinidad & Tobago Economy at a Glance: Selected Economic Statistics*; Oficina Central de Estadística, Trinidad y Tabago. *Gross Domestic Product by Kind of Activity*; Ministerio de Planificación y Desarrollo, Gobierno de la República de Trinidad y Tabago. Cuadro “*Trends in Public Health Expenditure 1990 – 2005*”. Sitios electrónicos:

<http://www.central-bank.org.tt/rnd/statistics/data/ecoglance.htm>

y

<http://teleios.co.tt/csp/statistics/pdf/Tablegdp1981-2001/pdf> 15

Banco Central de Trinidad y Tabago.

Oficina Central de Estadística, Ministerio de Planificación y Desarrollo, República de Trinidad y Tabago.

Oficina Central de Estadística, Ministerio de Planificación y Desarrollo. (Informes correspondientes a los años 1992 al 2003). *Population and Vital Statistics Report*. Gobierno de Trinidad y Tabago.

Dirección de Política, Investigación y Planificación en Salud. (2006). Plan institucional del Ministerio de Salud, 2006 – 2009. Gobierno de Trinidad y Tabago.

Dirección de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud. *The Accreditation Standards Manual for Trinidad and Tobago*, Ministerio de Salud, Gobierno de Trinidad y Tabago.

Dirección de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud. *Infection Prevention and Control Manual*. Ministerio de Salud, Gobierno de Trinidad y Tabago.

Dirección de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud. (Agosto del 2002). *The Patient's Charter of Rights and Obligations*. Ministerio de Salud, Trinidad y Tabago.

Health and Life Sciences Partnership, London & Port of Spain (1993). *Towards a Healthy Nation: Proposals for the Future Health-Related Services of Trinidad and Tobago*, Octubre de. Media Print, Trinidad y Tobago.

Ministerio de Salud, República de Trinidad y Tabago.

Ministerio de Salud, Trinidad y Tabago. *Ministry of Health Policy Document*. Gobierno de Trinidad y Tabago.