
financiamiento del desarrollo

Análisis de situación y estado
de los sistemas de salud de países
del Caribe

James Cercone



NACIONES UNIDAS



Unidad de Estudios del Desarrollo
División de Desarrollo Económico
Santiago de Chile, noviembre de 2006



Este documento fue preparado por James Cercone, consultor de la Unidad de Estudios del Desarrollo de la División de Desarrollo Económico, de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco de las actividades del proyecto "Desarrollo y Equidad Social en América Latina y el Caribe" (GER/01/031), ejecutado por CEPAL en conjunto con la *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ).

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN impreso 1564-4197

ISSN electrónico 1680-8819

ISBN: 92-1-322979-8

LC/L.2620-P

N° de venta: S.06.II.G.144

Copyright © Naciones Unidas, noviembre de 2006. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	11
Introducción	15
1. Visión general de las Sub-regiones del Caribe	
Anglófono y no Anglófono	19
1.1 Necesidades sanitarias	19
1.1.1 Consideraciones demográficas y epidemiológicas .	19
1.1.2 Desarrollo tecnológico	26
1.2 Tipología del sistema de salud.....	27
1.3 Procesos de reforma del sector salud.....	35
Caribe Anglófono.....	35
Caribe no Anglófono.....	42
1.4 Aspectos financieros	46
1.4.1 Fuentes de financiamiento	46
1.4.2 Gasto en salud	47
1.4.3 Iniciativas de reforma o implementaciones de la misma relacionadas con el financiamiento del sector ..	51
1.5 Provisión	51
Caribe anglófono.....	52
Caribe no anglófono.....	53
1.6 Falencias actuales	54
2. Perfiles de los países del Caribe	57
2.1 Anguilla.....	57
2.1.1 Tipología de Necesidades Sanitarias	57
2.1.2 Tipología del sistema de salud.....	59
2.1.3 Aspectos financieros	60
2.1.4 Provisión de servicios	60

2.1.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica	61
2.2	Antigua y Barbuda	61
2.2.1	Tipología de Necesidades Sanitarias	61
2.2.2	Tipología del Sistema de Salud	62
2.2.3	Aspectos Financieros	63
2.2.4	Provisión de Servicios	64
2.2.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica	65
2.3	Bahamas	65
2.3.1	Tipología de Necesidades Sanitarias	65
2.3.2	Tipología del sistema de salud.....	67
2.3.3	Aspectos Financieros	68
2.3.4	Provisión de Servicios	68
2.3.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica	69
2.4	Barbados	69
2.4.1	Tipología de Necesidades Sanitarias	69
2.4.2	Tipología del Sistema de Salud	71
2.4.3	Aspectos Financieros	71
2.4.4	Provisión de Servicios	72
2.4.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica	73
2.5	Belice	73
2.5.1	Tipología de Necesidades Sanitarias	73
2.5.2	Tipología del Sistema de Salud	74
2.5.3	Aspectos Financieros	76
2.5.4	Provisión de Servicios	77
2.5.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica	78
2.6	Grenada	78
2.6.1	Tipología de Necesidades Sanitarias	78
2.6.2	Tipología del Sistema de Salud	80
2.6.3	Aspectos Financieros	81
2.6.4	Provisión de Servicios	82
2.6.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica:	83
2.7	Guyana	83
2.7.1	Tipología de Necesidades Sanitarias	83
2.7.2	Tipología del Sistema de Salud	85
2.7.3	Aspectos Financieros	86
2.7.4	Provisión de Servicios	87
2.7.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica	88
2.8	Dominica	89
2.8.1	Tipología de Necesidades Sanitarias	89
2.8.2	Tipología del Sistema de Salud	91
2.8.3	Aspectos Financieros	91
2.8.4	Provisión de Servicios	92
2.8.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica	93
2.9	Trinidad y Tobago.....	94
2.9.1	Tipología de Necesidades Sanitarias	94
2.9.2	Tipología del Sistema de Salud	95
2.9.3	Aspectos Financieros	99
2.9.4	Provisión de Servicios	100
2.9.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica	101

2.10	Santa Lucía	101
2.10.1	Tipología de Necesidades Sanitarias	101
2.10.2	Tipología del Sistema de Salud.....	102
2.10.3	Aspectos Financieros	103
2.10.4	Provisión de Servicios.....	103
2.10.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica.....	105
2.11	Jamaica	105
2.11.1	Tipología de Necesidades Sanitarias	105
2.11.2	Tipología del Sistema de Salud.....	107
2.11.3	Aspectos Financieros	108
2.11.4	Provisión de Servicios.....	109
2.11.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica.....	109
2.12	Islas Vírgenes Británicas	110
2.12.1	Tipología de Necesidades Sanitarias	110
2.12.2	Tipología del Sistema de Salud.....	111
2.12.3	Aspectos Financieros	111
2.12.4	Provisión de Servicios.....	111
2.12.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica.....	112
2.13	Islas Turcas y Caicos	112
2.13.1	Tipología de Necesidades Sanitarias	112
2.13.2	Tipología del Sistema de Salud.....	113
2.13.3	Aspectos Financieros	113
2.13.4	Provisión de Servicios.....	113
2.13.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica.....	114
2.14	San Vicente y las Granadinas	114
2.14.1	Tipología de Necesidades Sanitarias	114
2.14.2	Tipología del Sistema de Salud.....	115
2.14.3	Aspectos Financieros	116
2.14.4	Provisión de Servicios.....	116
2.14.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica.....	117
2.15	Saint Kitts and Nevis	118
2.15.1	Tipología de Necesidades Sanitarias	118
2.15.2	Tipología del Sistema de Salud.....	119
2.15.3	Aspectos Financieros	120
2.15.4	Provisión de Servicios.....	120
2.15.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica.....	120
2.16	Aruba	121
2.16.1	Tipología de Necesidades Sanitarias	121
2.16.2	Tipología del Sistema de Salud.....	122
2.16.3	Aspectos Financieros	123
2.16.4	Provisión de Servicios.....	123
2.16.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica.....	124
2.17	República Dominicana	124
2.17.1	Tipología de Necesidades Sanitarias	124
2.17.2	Tipología del Sistema de Salud.....	126
2.17.3	Aspectos Financieros	126
2.17.4	Provisión de Servicios.....	128
2.17.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica.....	130

2.18	Suriname	135
2.18.1	Tipología de Necesidades Sanitarias.....	135
2.18.2	Tipología del Sistema de Salud.....	136
2.18.3	Aspectos Financieros.....	137
2.18.4	Provisión de Servicios.....	137
2.18.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica	138
2.19	Puerto Rico	138
2.19.1	Tipología de necesidades sanitarias	138
2.19.2	Tipología del Sistema de Salud.....	139
2.19.3	Aspectos Financieros.....	142
2.19.4	Provisión de Servicios.....	143
2.19.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica	143
2.20	Haití	143
2.20.1	Tipología de Necesidades Sanitarias.....	143
2.20.2	Tipología del Sistema de Salud.....	145
2.20.3	Aspectos Financieros.....	145
2.20.4	Provisión de Servicios.....	147
2.20.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica	147
2.21	Martinica.....	147
2.21.1	Tipología de Necesidades Sanitarias.....	147
2.21.2	Tipología del Sistema de Salud.....	149
2.21.3	Aspectos Financieros.....	149
2.21.4	Provisión de Servicios.....	150
2.21.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica	151
2.22	Guyana Francesa.....	151
2.22.1	Tipología de Necesidades Sanitarias.....	151
2.22.2	Tipología del Sistema de Salud.....	153
2.22.3	Aspectos Financieros.....	153
2.22.4	Provisión de Servicios.....	153
2.22.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica	154
2.23	Guadalupe.....	154
2.23.1	Tipología de Necesidades Sanitarias.....	154
2.23.2	Tipología del Sistema de Salud.....	156
2.23.3	Aspectos Financieros.....	156
2.23.4	Provisión de Servicios.....	157
2.23.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica	158
2.24	Cuba	159
2.24.1	Tipología de Necesidades Sanitarias.....	159
2.24.2	Tipología del Sistema de Salud.....	160
2.24.3	Aspectos Financieros.....	163
2.24.4	Provisión de Servicios.....	164
2.24.5	Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica	164
3.	Conclusiones.....	167
	Bibliografía	171
	Serie financiamiento del desarrollo: números publicados.....	173

Listado de Tablas

Tabla	1	Comparación de algunos indicadores de mortalidad en América Latina y el Caribe. 2002-2004.	20
Tabla	2	Indicadores demográficos. Caribe anglófono. 2002.	20
Tabla	3	Indicadores demográficos. Caribe no anglófono. 2002.	24
Tabla	4	Tipología general de los sistemas de salud del Caribe anglófono.	29
Tabla	5	Tipología general de los sistemas de salud en el Caribe no anglófono.	33
Tabla	6	Valoración del cumplimiento de algunos objetivos de la reforma del sector salud. Caribe anglófono. 2001/2002.	36
Tabla	7	Valoración del cumplimiento de algunos objetivos de la reforma del sector salud. Caribe no anglófono. 2001/2002.	43
Tabla	8	Rentas Públicas derivadas de impuestos y contribuciones de la seguridad social. Regiones y países seleccionados. Expresado como % del PIB. 2000.	46
Tabla	9	Indicadores del gasto en salud. Caribe anglófono 2002.	48
Tabla	10	Indicadores del gasto en salud. Caribe no anglófono. 2002.	50
Tabla	11	Indicadores demográficos. Anguilla. 2004.	58
Tabla	12	Financiamiento del Sector Salud. Anguilla. 1993-1999. (US\$).	60
Tabla	13	Aspectos del Gasto en Salud. Anguilla. 1993-2000.	60
Tabla	14	Indicadores demográficos. Antigua y Barbuda. 2004.	61
Tabla	15	Aspectos del Gasto en Salud. Antigua y Barbuda. 1998-2002.	64
Tabla	16	Indicadores demográficos. Bahamas. 2002.	65
Tabla	17	Gasto en Salud. Bahamas. 1998-2002.	68
Tabla	18	Indicadores demográficos. Barbados. 2002.	69
Tabla	19	Gasto en Salud. Barbados. 1998-2002.	72
Tabla	20	Indicadores demográficos. Belice. 2002.	73
Tabla	21	Aspectos del gasto en salud. Belice. 1998-2002.	77
Tabla	22	Indicadores demográficos. Grenada. 2002.	78
Tabla	23	Indicadores demográficos adicionales. Grenada. 2002.	79
Tabla	24	Aspectos del Gasto en Salud. Grenada. 1998-2002.	81
Tabla	25	Indicadores demográficos. Guyana. 2002.	83
Tabla	26	Indicadores demográficos adicionales. Guyana. 2002.	84
Tabla	27	Aspectos del Gasto en Salud. Guyana. 1998-2002.	86
Tabla	28	Indicadores demográficos. Dominica. 2002.	89
Tabla	29	Aspectos del Gasto en Salud. Dominica. 1998-2002.	92
Tabla	30	Indicadores demográficos. Trinidad y Tobago. 2004.	94
Tabla	31	Aspectos Gasto en Salud. Trinidad y Tobago. 1998-2002.	100
Tabla	32	Indicadores demográficos. Santa Lucía. 2004.	101
Tabla	33	Aspectos del gasto en salud. Santa Lucía. 1998-2002.	103
Tabla	34	Indicadores demográficos. Jamaica. 2002.	105
Tabla	35	Aspectos del gasto en salud. Jamaica. 1998-2002.	109
Tabla	36	Indicadores Demográficos. Islas Vírgenes Británicas. 2002.	110
Tabla	37	Indicadores Demográficos. Islas Turcas y Caicos. 2002.	112
Tabla	38	Indicadores Demográficos. San Vicente y Granadinas. 2004.	114
Tabla	39	Aspectos del gasto en salud. San Vicente y Granadinas. 1998-2002.	116
Tabla	40	Indicadores Demográficos. Saint Kitts y Nevis. 2002.	118
Tabla	41	Aspectos del gasto en salud. Saint Kitts and Nevis. 1998-2002.	120
Tabla	42	Indicadores demográficos. Aruba. 2004.	121
Tabla	43	Indicadores Demográficos. República Dominicana. 2002.	124

Tabla	44	Gasto en Salud. República Dominicana. 1998-2002	127
Tabla	45	Indicadores Demográficos. Suriname. 2004.....	135
Tabla	46	Aspectos del gasto en salud. Suriname. 1998-2002.....	137
Tabla	47	Indicadores Demográficos. Puerto Rico. 2004	138
Tabla	48	Indicadores Demográficos. Haití. 2004	144
Tabla	49	Estructura de financiamiento del sector salud. Haití. 1994-1997.....	146
Tabla	50	Aspectos del gasto en salud. Haití. 1998-2002.....	146
Tabla	51	Indicadores Demográficos. Martinica. 2002	147
Tabla	52	Indicadores Demográficos. Guyana Francesa. 2002.	151
Tabla	53	Indicadores Demográficos. Guadalupe. 2002.....	154
Tabla	54	Indicadores Demográficos. Cuba. 2004.....	159
Tabla	55	Aspectos del gasto en salud. Cuba. 1998-2002	163

Listado de Gráficos

Gráfico	1	Gasto en salud como porcentaje del PIB. Caribe anglófono. 2002	47
Gráfico	2	Gasto en Salud como porcentaje del PIB. Caribe no anglófono. 2002.....	49

Acrónimos

ARS	Administradoras de Riesgos en Salud
BCG	Vacuna antituberculosis
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BSSS	Belice Social Security Services
CAREC	Caribbean epidemiology center
CDB	Caribbean Development Bank
CENCET	Centro de Enfermedades Tropicales
CFNI	Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe
CIDA	Canadian International Development Agency
CNS	Consejo Nacional de Salud
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social
DIDA	Dirección de Información Defensa de los Afiliados
DPT3	Vacuna contra la difteria, tosferina y tétanos es preciso administrarla tres veces para proporcionar la protección necesaria.
ECDS	Servicio de medicamentos del Caribe Oriental.
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
FNUAP	Fondo de Población de Naciones Unidas
FONAT	Fondo Nacional de Accidentes de Tránsito
GDP	Gross domestic product
HSRP	Health Sector Reform Project
IDSS	Instituto Dominicano de Seguro Social
ILO /OIT	International Labor Organization / Organización Internacional del Trabajo
ISSA	Internacional Social Security Association
ISSFAPOL	Instituto de Seguros Sociales de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional
LAHSR	Latin American Health Sector Reform
MINSAP	Ministerio de Salud Pública
NHIF	National Health Investment Fund

NIHERST	Instituto Nacional de Educación Superior, Investigación, Ciencia y Tecnología
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONAPLAN	Oficina Nacional de Planificación
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAHO	Panamerican Health Organization
PIB	Producto Interno Bruto
PROMESE	Programa de Medicamentos Esenciales
PRSS	Programa de Reforma del Sector Salud
PWU	Public Workers Union
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SESPAS	Secretaría de Salud y Asistencia Social
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIG	Servicio de información de gerencial
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SIUBEN	Sistema Único de Beneficiarios
SNEM	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
SP	Secretario Permanente
SPR	Es una vacuna "tres en uno" que protege contra el sarampión, las paperas y la rubéola, que son enfermedades infantiles
TSS	Tesorería de la Seguridad Social
UNAIDS/ONUSIDA	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS / Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
UNICEF	Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia
USAID	La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
VOP	Vacuna Oral de Poliomielitis

Resumen

El Caribe es una región que presenta particularidades políticas, geográficas, poblacionales y culturales que hace a sus países diferentes a los de la América Latina continental. Los países son de naturaleza multiétnica, la mayoría de los territorios son islas ubicadas en zonas de riesgo de desastres naturales. Casi todos, son países que viven una transición epidemiológica donde han aparecido factores de riesgo que conforman un escenario en que coexisten las enfermedades crónicas degenerativas, como las de origen cardiovascular, el cáncer y las lesiones por causas externas, con enfermedades infecciosas entre las que cabe destacar el VIH/SIDA, que tiene una tasa de prevalencia mayor al resto de Latinoamérica.

Los países caribeños cuentan con un grupo creciente de población adulta joven, con una esperanza de vida al nacer promedio, en el año 2002 de 73 años y con una tasa global de fecundidad promedio que se aproximaba a los 2,08 hijos por mujer para ese mismo año. Esta situación, en conjunto con el efecto de numerosos flujos de emigrantes en edades productivas, ha determinado un perfil que pronostica para un mediano plazo una composición de población con predominio de edades avanzadas.

En la región Caribeña predominan los sistemas de salud duales, en los que participan tanto el sector público como privado. Los Ministerios de salud son los actores más importantes del sector público, aunque en algunos países las instituciones de seguridad social son parte del sistema de salud. Generalmente, los Ministerios de Salud son los encargados de administrar y regular las políticas y la provisión

de servicios en cada uno de los países estudiados. En algunos países el sector privado ha crecido considerablemente en especial en el campo de la provisión. Sin embargo en países como Cuba es totalmente inexistente, debido a la organización política de esa nación. Es importante señalar según lo encontrado, que el sector privado por lo general no está bien regulado.

Las reformas del sector salud se han ido materializando para ir atendiendo las necesidades de salud originadas en ese escenario epidemiológico y demográfico. La reforma también responde a las limitaciones en la operación cotidiana de los servicios de salud en cuanto a acceso, calidad y costo.

Estas reformas han sido planteadas por todos los países y han sido conducidas por los Ministerios de Salud. La evolución de las mismas ha sido diversa, observándose países con logros muy concretos y otros con apenas una implementación incipiente. Las experiencias más antiguas de reformas del sector salud corresponden a Cuba, Trinidad y Tobago y Jamaica, los demás países se abocan a la reforma unos años más tarde, a mediados de la década de los 90.

Algunos objetivos de las reformas en la sub-región caribeña son: i) lograr equidad en cuanto al acceso a los servicios de salud; ii) buscar métodos alternos de financiamiento, iii) fortalecer la función reguladora de los Ministerios de Salud, iv) implementar esquemas de descentralización; v) mejorar la calidad de la atención; vi) desarrollar estrategias de salud ambiental, vii) fortalecer el enfoque de atención primaria, viii) implementar esquemas de seguridad social para atender los problemas de cobertura hacia trabajadores del sector formal y sus dependientes.

Como consecuencia de la separación de funciones se ha fortalecido el rol rector de los Ministerios de Salud. En relación al financiamiento, en la mayoría de los países del Caribe y más aún en el Caribe anglófono se ha observado una transición de esquemas de financiamiento público hacia esquemas de seguros nacionales de salud con diversas fuentes de financiamiento que van desde una contribución sobre planilla –como en el caso propuesto por la reforma de salud de Belice- hasta una tasa de impuestos de valor agregado como la propuesta en Santa Lucía. Como parte de la separación de funciones se ha fortalecido la atención del primer nivel así como la conversión de los hospitales en organizaciones con autonomía regulada.

El financiamiento de los sistemas de salud es un componente esencial de los procesos de reforma sectorial en las Américas. Una de las razones que justifican este tipo de análisis es que a lo largo del tiempo los objetivos explícitos de la reforma en materia de financiamiento han pasado de buscar exclusivamente la sostenibilidad financiera a procurar simultáneamente el logro del acceso equitativo a servicios de calidad.

Las principales fuentes de financiamiento del sector salud en el Caribe son las asignaciones presupuestarias y los regímenes contributivos mediante contribuciones voluntarias y obligatorias. La cooperación externa ha mostrado considerables disminuciones. Un ejemplo claro de ellos es el de Aruba, donde para el año 2010 el apoyo del gobierno holandés prácticamente habrá desaparecido. En varios de los países el gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud ha disminuido tomando importancia el gasto privado que a falta de esquemas de seguridad social ha hecho que los países experimenten problemas con respecto a la disponibilidad de fondos lo que hace el sistema más inequitativo.

El nivel primario está generalmente integrado por una red de centros y puestos de salud, los cuales cuentan con un personal básico, integrado por médicos, enfermeras, funcionarios de salud visitantes de la comunidad, parteras, odontólogos y personal auxiliar. Además, en este nivel generalmente se proveen servicios materno-infantiles y de servicios curativos sencillos, incluida la consulta médica general. Existen en algunos países como las Bahamas, Cuba y Trinidad y Tobago, centros menos complejos (i.e. puestos rurales) que complementan la labor de de los centros de atención primaria, generalmente atendidos por profesionales auxiliares. Dichos centros son

importantes en la medida que incrementa la disponibilidad de acceso en áreas inaccesibles. En los niveles secundarios y terciarios se prestan servicios más especializados, por parte de profesionales a los cuales se han referido pacientes del nivel primario. Este proceso de referencia constituye uno de los principales problemas en el Caribe, ya que muchos casos que podrían resolverse en el nivel primario son referidos a niveles superiores, lo cual limita el uso óptimo de los recursos humanos, financieros y sanitarios.

Muchos de los países de la región están reformando sus modelos de atención de salud en procura de cambiar el modelo tradicional de prestación de servicios de salud, caracterizado por ser biomédico, curativo y centrado en la atención hospitalaria, por una atención centrada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En este sentido, cabe destacar el renovado rol del primer nivel como puerta de entrada al sistema. En países como Puerto Rico se han llevado a cabo privatizaciones de los establecimientos de salud que ahora operan como proveedores de un seguro subsidiado por el estado.

Se observan también experiencias de desconcentración mediante autonomía regulada de la gestión hospitalaria, a los cuales se les han transferido recursos físicos (edificios, equipos y tierra) además de que se aplican medidas de vigilancia por la comunidad.

Para varios de los países, especialmente los pequeños, hay limitantes en la disponibilidad de especialistas y servicios de alta tecnología por lo que sus habitantes tienen que viajar al exterior para recibir atención, con la consecuente inequidad.

Para la reforma del primer nivel de atención se ha discutido la introducción de paquetes de servicios de salud.

En el presente estudio se presenta una visión sobre la situación de salud en los países del Caribe. Dicha visión muestra la configuración de los sistemas de salud en función de modelos, situaciones de reforma, aspectos financieros y aspectos relacionados con la provisión de servicios, así como las falencias que hayan podido ser identificadas. En su primera parte, el análisis se enfoca en un esquema general correspondiente al Caribe anglófono y no anglófono, en la segunda parte se presenta un perfil de cada uno de los países del Caribe, seguido por un capítulo final con algunas conclusiones generales.

Introducción

El Caribe es una región que presenta interesantes particularidades políticas, geográficas, poblacionales y culturales. En primer lugar, la ubicación de la mayoría de estas islas y territorios las hace propensas a desastres naturales como los numerosos huracanes que han dejado su huella en años recientes. En el siguiente mapa, se presenta al lector la ubicación y distribución de los países analizados en este estudio.

Figura 1

UBICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS PAÍSES DEL CARIBE



Fuente: Mapa obtenido de <http://funredes.org/endacaribe/Repertorio/espanol/carte.html> en consulta del 23/08/2005.

Nota: Las denominaciones empleadas en este mapa y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de las Naciones Unidas, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

Tal y como puede observarse en la figura anterior, las islas y territorios del Caribe son muy variados en cuanto a superficie, desde islas como Cuba hasta pequeños territorios como Santa Lucía. Es importante mencionar el caso particular de Belice, país que pertenece geográficamente a América Central, pero que cultural e históricamente mantiene una relación considerable con la región Caribeña.

En segundo lugar, la naturaleza multiétnica y el uso de varios idiomas –inglés, francés, holandés, español y algunos dialectos- en las islas y territorios que lo conforman influyen directamente sobre los procesos culturales que de una u otra forma definen los estilos y la calidad de vida de sus habitantes. En tercer lugar, numerosos acontecimientos políticos han tenido hondas repercusiones en las poblaciones caribeñas y sus perfiles de salud. Ha habido avances significativos en la solución de algunos problemas políticos, por ejemplo la democratización de Haití, el advenimiento de procesos electorales fortalecidos en Barbados, Dominica, Grenada, Saint Kitts y Nevis así como en Trinidad y Tobago, entre otros. (Webb, 1997 – Propects and challenges for the Caribbean, World Bank, Latin American and Caribbean Studies, Viewpoints).

El Caribe es una región que ha experimentado cambios considerables en términos de las transiciones demográficas y epidemiológicas en las últimas décadas algunas de las cuales se van reflejando en análisis presentado en este documento.

En términos demográficos, las estructuras poblacionales de los países caribeños cuentan con un grupo creciente de población adulta. Para contextualizar esta situación, se puede mencionar que la esperanza de vida al nacer -promedio¹- en el Caribe era de aproximadamente 73 años durante el año 2002, mientras que la tasa global de fecundidad promedio se aproximaba a los 2.08 hijos por mujer en ese mismo año. Esta situación, en conjunto con el efecto de numerosos flujos de emigrantes en edades productivas, ha determinado un perfil que presenta avances significativos en el proceso de envejecimiento, lo cual ha mermado considerablemente las ventajas del llamado ‘bono demográfico’² del que gozan poblaciones con considerables segmentos en edades productivas.

Obviamente, los aspectos demográficos mencionados anteriormente han tenido influencia directa sobre la transición epidemiológica de la región. La visión clásica de dicha transición describe el paso de una situación donde predominan las enfermedades infecciosas a otra donde el predominio corresponde a enfermedades crónicas. En el Caribe, a pesar de que hoy las enfermedades crónicas tienen una gran importancia como principales causas de muerte, se ha observado un resurgimiento de enfermedades transmisibles, atribuibles en muchos casos al comportamiento de la epidemia del VIH/SIDA –una epidemia cuya influencia negativa es la más alta del continente americano-. Por otra parte el advenimiento de los procesos de industrialización y modernización en cuanto a estructuras viales, campos laborales y aglomeraciones urbanas, ha hecho que algunos problemas como la violencia – expresada como violencia doméstica, asesinatos y otros crímenes- y las muertes accidentales, adquieran importancia.

Todos estos problemas son materia de preocupación para las autoridades sanitarias de los distintos países que integran el Caribe. En este sentido los distintos países se han embarcado en procesos de cambio de la organización de sus sistemas de salud para hacer frente a las necesidades existentes y de esta manera proveer servicios adecuados a la población en general y dentro de esta a grupos vulnerables.

Estos procesos de cambio se han materializado por medio de las **Reformas del Sector Salud**, sobre los cuales todos los países han planteado iniciativas o han iniciado etapas de implementación. Las experiencias más antiguas de reformas del sector salud corresponden a Cuba, Trinidad y Tobago –Julian Report- y Jamaica. De manera contrastante, el resto de países iniciaron sus procesos de reforma a principios o mediados de los 90, en su mayoría como parte de procesos macro de reformas estatales. En general, las reformas se han propuesto nuevos marcos legales en términos de salud, la separación de funciones entre entes reguladores y proveedores de servicios, la re-estructuración y la descentralización, la búsqueda de fuentes alternas de financiamiento y el fomento de la participación social, entre otros objetivos. Con la ayuda de organismos internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud, muchos países han comenzado a implementar sus procesos aunque existe conciencia de que éstos se encuentran aún en etapas iniciales.

El presente estudio tiene como objetivo presentar una visión sobre las distintas aristas de la situación de salud en los países del Caribe. Dicha visión incluye un análisis de necesidades sanitarias en función de los perfiles demográficos y epidemiológicos así como del desarrollo tecnológico de la región. Además, se pretende mostrar la configuración de los sistemas de salud en función de modelos, situaciones de reforma, aspectos financieros y aspectos relacionados con la provisión de servicios, así como las falencias que hayan podido ser identificadas. En su primera parte, el análisis se enfoca en un esquema general correspondiente al Caribe anglófono y no anglófono, en el cual se enfatizan los puntos mencionados anteriormente. En la segunda parte, por otro lado se presenta un perfil de cada uno de los países del Caribe, en los cuales se presentan algunas particularidades. Finalmente, una tercera parte presenta algunas conclusiones generales.

¹ Mencionado para generar una idea general de la mortalidad y la fecundidad en la región. –No ponderado–.

² Cuando existen considerables porcentajes de personas en edades productivas se considera que la población tiene ciertas ventajas para mantener el apoyo a segmentos poblacionales que demandan la mayoría de servicios (educación, salud)

1. Visión general de las Subregiones del Caribe Anglófono y no Anglófono

1.1 Necesidades sanitarias

1.1.1 Consideraciones demográficas y epidemiológicas

Para realizar un análisis de la situación de salud y por ende las necesidades sanitarias de los países del Caribe, es pertinente hacerlo en función de las características demográficas, epidemiológicas y el nivel de desarrollo tecnológico de la misma. En este sentido, a continuación se hace un análisis general de dichos aspectos sobre la base de una clasificación de países anglófonos y no anglófonos. Se inicia con una comparación de indicadores demográficos en la región del Caribe y el resto de América Latina, para luego continuar con un análisis de las subregiones del Caribe anglófono y no anglófono.

Comparación general:

La siguiente tabla muestra una comparación de algunos indicadores de mortalidad en América Latina y el Caribe durante el período 2002-2004.

Tabla 1

COMPARACIÓN DE ALGUNOS INDICADORES DE MORTALIDAD³ EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. 2002-2004

Región	Esperanza de vida al nacer	Tasa Ajustada de Mortalidad enfermedades transmisibles (x100000)	Tasa Ajustada de Mortalidad enfermedades del aparato circulatorio (x100000)	Tasa Ajustada de Mortalidad Cáncer (x100000)	Tasa Ajustada de Mortalidad causas externas (x100000)
Caribe	73	101	259	114	52
América Latina	71	89	198	112	76

Fuente: PAHO – Health Care.

A pesar de que la esperanza de vida al nacer presenta valores muy similares en ambas regiones, existen diferencias significativas en cuanto a otros indicadores. Por ejemplo, es evidente que la mortalidad por enfermedades transmisibles es superior en la región del Caribe (101 muertes por cada 100,000 habitantes) en comparación con el resto de América Latina (89 muertes por cada 100,000 habitantes). Un caso similar se presenta en el caso de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio y en menor grado con respecto a la mortalidad por cáncer.

Caribe Anglófono

Los países del Caribe anglófono incluyen islas y territorios continentales. Dentro de las islas se encuentran: Antigua y Barbuda, Barbados, Bahamas, Dominica, Grenada, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Saint Vincent y Granadinas, Santa Lucía y Trinidad y Tobago. Por otro lado, los países anglófonos continentales incluyen a Belice y Guyana. La siguiente tabla muestra algunas características demográficas de importancia.

Tabla 2

INDICADORES DEMOGRÁFICOS. CARIBE ANGLÓFONO. 2002

	Población (miles)	Proporción de población urbana	Tasa anual de crecimiento poblacional (%)	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
Anguilla	13	100	1,6	1,7	76,9
Antigua and Barbuda	68	38,1	0,5	2,3	71,6
Bahamas	317	89,7	1,1	2,2	67,4
Barbados	271	52,3	0,3	1,5	77,5
Islas Caimán	43	100	2,9	1,9	79,8
Dominica	69	72,4	0,3	2	74,4
Grenada	89	41,5	-0,3	2,4	64,5
Jamaica	2 676	52,2	0,9	2,3	76,1
Montserrat	9	13,6	0,3	1,8	78,5
Saint Kitts and Nevis	39	32	-0,3	2,4	71,9
Saint Lucía	150	30,9	0,7	2,2	72,9
Saint Vincent and the Grenadines	121	59,3	0,5	2,2	74,4
Trinidad and Tobago	1 307	75,8	0,3	1,6	70,8
Islas Turcas y Caicos	20	46,9	3,3	3,1	74,3
Islas Vírgenes Británicas	22	64,5	1,7	1,7	76,3

Fuente: OPS Health Care.

³ Estos valores corresponden a promedios simples y son únicamente presentados como un ejercicio descriptivo.

Estos territorios presentan gran variabilidad en cuanto a superficies y tamaños poblacionales, por lo cual la densidad poblacional en algunos países como Barbados es bastante considerable (630 habitantes por km²) mientras que en otros como Bahamas e Islas Caimán es definitivamente baja y dispersa según datos del 2002. Dicha variabilidad, también influye sobre los niveles de urbanización de estos territorios. Por ejemplo, pueden observarse porcentajes de urbanización de 100% en Anguilla y las Islas Caimán, así como también pueden notarse porcentajes de 32% y 38% en Saint Kitts y Nevis y en Antigua y Barbuda, respectivamente. A pesar de que los niveles de urbanización son relativos a la definición que cada país haga de ellos, estos tienen repercusiones en cuanto a la facilidad de provisión de servicios de salud y los niveles de hacinamiento en determinados territorios, lo cual constituye un indicador de las necesidades sanitarias. Por ejemplo, en territorios como Saint Kitts y Nevis, donde los porcentajes de urbanización son bajos, existirá la necesidad de medidas adecuadas para provisión de servicios de salud en zonas rurales.

En esta sub-región predominan estructuras poblacionales relativamente jóvenes, pero con indicios de avances tanto en la transición demográfica como en la epidemiológica. Los porcentajes de personas menores de 15 años, por ejemplo, están por encima del 20% mientras que los porcentajes de personas mayores de 60 años oscilan entre 5% y 10%. *El comportamiento de estos porcentajes tiene implicaciones sobre las necesidades sanitarias de estos países ya que son estos los dos grupos poblacionales que generalmente demandan más servicios y que deben ser apoyados –en la medida- de lo posible por la población en edad productiva.* En los últimos años, la población en edad productiva ha crecido a medida que las experiencias de fecundidad y mortalidad han ido moldeando las pirámides poblacionales.

Sobre la base de lo anterior, es pertinente entonces, tener una noción de las razones de dependencia demográfica existentes en la sub-región. Con excepción de Belice y Grenada, dichas razones están por debajo de 60% de personas menores de 15 y mayores de 65 años por cada 100 personas entre los 15 y 64 años. Esto implica la existencia de un porcentaje considerable de personas adultas, cuyos riesgos en términos mortalidad y morbilidad correspondientes a enfermedades infecto-contagiosas –con excepción del VIH-SIDA- no son tan altos como los que corresponden a enfermedades no transmisibles.

Tal y como se mencionó anteriormente, la formación de estos grupos poblacionales está relacionada con las experiencias de fecundidad y mortalidad en la sub-región. Por un lado, en algunos casos como el de Anguilla, Barbados, Islas Caimán y Trinidad y Tobago, las tasas globales de fecundidad de este grupo de países se encuentran por debajo de la fecundidad de reemplazo.⁴ En otros países, como Jamaica, Antigua y Barbuda y Bahamas, se observan valores de fecundidad que son superiores pero cercanos a 2.1 hijos por mujer. Esta situación es responsable de que con el paso del tiempo los grupos poblacionales de menor edad –la base de la pirámide poblacional- vayan siendo cada vez menores y que los grupos intermedios –entre los 20 y 45 años- adquieran mayor importancia.

De manera general, la experiencia de la medición de la mortalidad, permite tener una idea de la supervivencia de los grupos poblacionales en cuestión. En la mayoría de países de esta sub-región, la esperanza de vida al nacer supera los 70 años y en algunos casos como los de Islas Caimán, Montserrat y Barbados, es tan alta como la de otros países en etapas avanzadas de la transición demográfica como Costa Rica, Canadá y Chile. De manera más detallada, es pertinente analizar las causas más importantes de mortalidad y morbilidad en la sub-región para de esta manera emitir criterios en cuanto a necesidades específicas.

⁴ 2.1 hijos por mujer en promedio. Este valor de fecundidad indica el límite en el cual una población tiene la suficiente capacidad numérica de reemplazarse.

En cuanto a la mortalidad infantil, por ejemplo, según estudios del Centro Caribeño de Epidemiología, se pueden identificar dos períodos importantes. En primer lugar, durante el período 1980-1995, las tasas de mortalidad infantil mostraron descensos importantes en el Caribe anglófono con tasas que pasaron de aproximadamente 2500 defunciones infantiles por cada 100000 nacimientos en 1980 a 1800 defunciones infantiles por cada 100000 nacimientos en 1995 –una reducción de aproximadamente 30%-. En segundo lugar, después de 1995 las tasas de mortalidad infantil no han experimentado descensos dramáticos, sino más bien cierta constancia, atribuida al comportamiento de algunas enfermedades y ciertos problemas como el VIH/SIDA y la desnutrición.

El contexto poblacional de esta sub-región determina características interesantes en cuanto al perfil de mortalidad. De manera general, las enfermedades no transmisibles son las principales causas de muerte, discapacidad y enfermedad en esta sub-región. Específicamente, la enfermedad isquémica del corazón, la diabetes, el cáncer y las causas externas se clasifican en las primeras posiciones. En la mayoría de los países caribeños anglo parlantes, las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio –particularmente en el caso de los hombres- son las más elevadas. Por ejemplo, si se analiza el período 1996-2000 y si se toma en cuenta la existencia de diferencias en cuanto a tasas de mortalidad en edades específicas, existen casos como el de Bahamas, Dominica, Jamaica, Trinidad y Tobago y Guyana, donde las tasas de mortalidad masculina por enfermedades del aparato circulatorio excedieron las 200 defunciones por cada 100000 habitantes. Durante ese mismo período, con excepción de las Bahamas, es importante mencionar la importancia del cáncer (con tasas de mortalidad entre las 100 y 150 defunciones por cada 100000 habitantes) y causas externas (con tasas de mortalidad masculina que rondan las 150 defunciones por cada 100000 habitantes).

Dentro de los principales factores que influyen sobre la mortalidad por algunas enfermedades no transmisibles antes mencionadas se encuentran las dietas no balanceadas, la obesidad y otras acciones relacionadas a estilos de vida como el consumo de tabaco y alcohol.

Morbilidad

La obesidad se ha convertido en una epidemia en el Caribe. La prevalencia de obesidad en mujeres adultas, por ejemplo ha alcanzado el 25%, lo cual equivale a casi el doble de la prevalencia registrada en hombres del mismo grupo de edad. Durante el año 2002, en el caso de Jamaica, Trinidad y Tobago, Guyana y Dominica, la prevalencia de obesidad en el grupo entre 31 y 50 años muestra interesantes diferencias. Dentro de estas, las más drásticas han sido observadas en Dominica y en Jamaica, donde la prevalencia de obesidad en mujeres adultas es más del triple que la registrada en hombres.

En cuanto al consumo de tabaco, a pesar de que las poblaciones del Caribe anglófono consumen menores porcentajes que los observados en otros países del continente, existe evidencia de que este es responsable por más del 10% de las muertes ocurridas en la región. Algunas de las causas de este problema creciente se hallan en la falta de información referente a los males generados por el consumo de tabaco. Para contrarrestar carencias de información, los distintos países han empezado a recolectar información como parte de las encuestas globales sobre tabaco y juventud. Sin embargo, es también necesario mejorar los sistemas de vigilancia y el conocimiento epidemiológico sobre el problema en segmentos generales de la población y algunos más específicos como el relacionado a profesionales de la salud. (PAHO, 2002).

Lo anterior no implica que las muertes por enfermedades transmisibles deban descartarse por completo ya que estas han vuelto a ganar importancia en los últimos años. En las Bahamas, por ejemplo, durante el período 1996-2000, las tasas de mortalidad masculinas por enfermedades transmisibles alcanzaron las 150 defunciones por cada 100000 habitantes. En el caso de las

mujeres, en este país se observaron tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles que superaron en magnitud a las correspondientes al cáncer, y causas externas. El VIH/SIDA explica en gran manera el resurgimiento de la importancia de las enfermedades infecciosas.

El VIH/SIDA es un problema de salud que afecta a todos los países del Caribe. De acuerdo a un estudio del Banco Interamericano de Desarrollo, en las últimas dos décadas se registraron 6566 muertes por VIH/SIDA en la región, lo cual representa un 1,4% de las muertes por VIH/SIDA en las Américas (BID – HIV epidemia 2002). Como es de esperarse esta cifra es simplemente una aproximación ya que la subestimación debida a diagnósticos poco precisos y fallas de reporte es bastante probable. Además, para el año 1996 el porcentaje de fatalidad por VIH/SIDA alcanzaba el 63% del total de personas que habían contraído la enfermedad.

Actualmente el VIH/SIDA es la causa de muerte más importante entre personas entre los 15 y 44 años y a pesar de que afecta en su mayoría a hombres, la epidemia ha adquirido importancia entre las mujeres de manera acelerada. Por otro lado, esta epidemia es responsable por la orfandad de más de 83,000 niños menores de 14 años en la región, lo cual ha tenido un impacto nada despreciable.

Es importante señalar que la mortalidad por SIDA no es la única preocupación sanitaria que esta epidemia ha generado ya que los indicadores de morbilidad de la misma son igualmente alarmantes. La prevalencia de este problema en personas entre los 15 y 49 años –aproximadamente 2%-, ubican al Caribe en la segunda posición en cuanto al porcentaje de casos reportados, superada únicamente por África Sub-Sahariana. En cuanto a la incidencia, el Caribe ostenta las tasas más altas de América. Entre 1991 y 1996, por ejemplo, las tasas de incidencia por SIDA aumentaron en un 73%. La principal forma de contagio corresponde a las relaciones heterosexuales. Sobre la misma línea, el 6% de los casos reportados corresponde a la transmisión madre-niño.

Esto tiene consecuencias importantes para los sistemas de salud, no sólo porque las muertes por VIH/SIDA han ido en aumento, sino porque esta enfermedad requiere largos períodos de atención, lo cual se traduce en acumulación de costos para las autoridades sanitarias y para el país en general.

Si se toma en cuenta lo anterior, pueden identificarse algunos problemas que se han derivado y que constituyen un llamado de atención a las autoridades de salud de los países del Caribe:

- Diagnóstico tardía de VIH
- Falta de políticas, habilidades y recursos para combatir la transmisión madre-niño.
- Falta de acceso a drogas antiretrovirales
- Falta de acceso a medicinas para combatir infecciones oportunistas
- Falta o negación de servicios de atención a personas que lo necesitan

La violencia doméstica es otro flagelo que afecta no sólo a la sub-región anglófona sino a todo el Caribe. Una caracterización realizada por la OPS en 1993 indicó que el Caribe era una de las regiones con mayores índices de violencia doméstica en las Américas. Para tratar de combatir dicho flagelo se ha impulsado un programa financiado por el Wellcome Trust, el cual ayudará a recolectar información sobre la violencia de la cual son víctima las mujeres en su mayoría. Un estudio realizado en Barbados durante el año 2000, encontró que una de cada tres personas había sido golpeada siendo adultos. En Jamaica, por otro lado, las investigaciones han sugerido que las incidencias de violaciones, incesto y violencia doméstica eran altas desde 1980.

Caribe No Anglófono

El Caribe no Anglófono está integrado por Cuba, Haití, República Dominicana, Puerto Rico, Guadalupe, Aruba, Martinica, Suriname y la Guyana Francesa. La siguiente tabla muestra algunas características demográficas importantes para establecer el contexto del presente análisis.

Tabla 3
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. CARIBE NO ANGLÓFONO. 2002

	Población (Miles)	% Población Urbana	Tasa anual de crecimiento pob.(%)	Tasa Global de Fecundidad	Esperanza de vida al nacer
Aruba	71	45,1	2	1,8	79
Cuba	11 328	75,8	0,2	1,6	77
República Dominicana	8 872	59,7	1,4	2,6	66,6
Guadalupe	443	99,7	0,7	2,1	78,7
Haití	8 437	38,1	1,3	3,8	53,4
Martinica	395	95,9	0,5	1,9	79,3
Puerto Rico	3 898	96,9	0,5	1,9	75,9
Guyana Francesa	182	75,5	2,4	3,2	75,5
Suriname	439	76,6	0,8	2,4	71,5

Fuente: OPS – Health Core.

Al igual que en el Caribe Anglófono, en estos países existe una gran variedad de superficies y tamaños poblacionales, los cuales implican densidades de población que van desde las 2 personas por km² en la Guyana Francesa, hasta más de 400 personas por km² en Puerto Rico –un valor muy por encima del promedio de la sub-región.

Con excepción de la República Dominicana y Haití, donde predominan estructuras poblacionales considerablemente jóvenes, el resto de países del Caribe no Anglófono presentan indicios de una transición demográfica avanzada. El caso más extremo es Cuba. En este país, casi un 30% de la población se concentra entre los 20 y 34 años. Por otro lado, casi un 6% de la población se concentra en el grupo de 75 años o más, lo cual es indicio de un considerable envejecimiento de la población. Además, en los países con transiciones demográficas avanzadas pueden identificarse ‘baby-booms’ que corresponden a la década de los 60 y 70.

Los porcentajes de urbanización en los territorios del Caribe no Anglófono son variables. En Aruba, por ejemplo, menos de la mitad de la población (45%) está catalogada como residente en zonas urbanas, mientras que en otros países como Puerto Rico, el porcentaje de urbanización es muy cercano al 100%. Es importante mencionar sin, embargo, que esto está en dependencia de la definición de zona urbana que realiza cada nación.

Con respecto a la fecundidad, cuatro países de esta sub-región se encuentran por debajo del nivel de reemplazo –Aruba, Cuba, Martinica y Puerto Rico-. Actualmente, en estos países es evidente la existencia de un porcentaje de personas menores de 15 años por debajo del 25%, producto de descensos graduales y recientes en la fecundidad. Por otro lado, con relación a la esperanza de vida al nacer, existe un grupo de países que muestran considerables rezagos con respecto al resto de la región. Tal es el caso de Haití, donde la esperanza de vida al nacer para el año 2002 rondaba los 53 años y República Dominicana, para la cual se registró un valor de 66 años con respecto a la esperanza de vida al nacer. Otros países del Caribe no anglófono – Aruba, Cuba, Martinica y Guadalupe- presentan esperanzas de vida que se comparan con las de otros países como Costa Rica y Chile. Sobre la misma línea, la mortalidad infantil oscila entre 6 defunciones infantiles por cada 1000 nacimientos en Cuba y Puerto Rico, hasta 80 defunciones infantiles por

cada 1000 nacimientos en Haití –uno de los países más pobres del mundo-. Estos datos sugieren la importancia del estudio de las principales causas de mortalidad en esta sub-región caribeña para que las autoridades de salud tengan puntos de referencia para dirigir sus acciones.

Tal y como se mencionó anteriormente, el Caribe no anglófono, al igual que su contraparte de habla inglesa, ha experimentado avances considerables en la transición demográfica. Tales avances han servido de catalizadores para el proceso de transición epidemiológica mediante el cual las enfermedades transmisibles dejan de ocupar los primeros lugares como causas de mortalidad para dar paso a enfermedades crónicas a medida que la población envejece. Sobre la base de lo anterior y de manera general, en la mayoría de países de esta sub-región, las principales causas de muerte de la población corresponden a enfermedades del aparato circulatorio. Este patrón se evidencia más en países con procesos de transición relativamente avanzada –Cuba, Aruba, Guadalupe, Martinica y Puerto Rico- donde existen mayores porcentajes de personas en edades con alta vulnerabilidad a las enfermedades antes mencionadas. Para citar un ejemplo, en Cuba, las tasas de mortalidad correspondientes a enfermedades del aparato circulatorio superaron las 250 defunciones por cada 10000 habitantes –para hombres y mujeres- en el año 2000.

En otro orden, el cáncer es la segunda causa de muerte de la población de la sub-región y generalmente le siguen las causas externas. En República Dominicana, por ejemplo, las tasas de mortalidad por cáncer alcanzaron las 100 defunciones por cada 100000 habitantes, tanto para hombres como para mujeres. En Puerto Rico, por otro lado, dichas causas presentaron tasas de mortalidad que afectaron a los hombres en mayor medida –250 defunciones por cada 100000 habitantes-.

Con el objetivo de realizar un análisis más profundo de las principales causas de mortalidad en el Caribe no anglófono, es pertinente tomar en cuenta los problemas que afectan a los distintos grupos de edades. En el caso de los niños entre 1 y 4 años, dentro de las primeras causas de mortalidad se observaron las enfermedades transmisibles y las causas externas. Por ejemplo, en República Dominicana, las enfermedades transmisibles contribuyeron al 40% de las muertes de niños entre 1 y 4 años registradas en el año 2000. En Suriname, por otro lado, dichas enfermedades también tuvieron influencia sobre la mortalidad en la niñez. De manera contrastante, en el caso de las causas externas, éstas contribuyeron al 24% de las muertes en niños dominicanos, mientras que en Puerto Rico se constituyeron como las principales causas de muerte en este grupo de edad.

El perfil de mortalidad adulta del Caribe no anglófono está claramente marcado por enfermedades crónicas, causas externas y el flagelo del VIH/SIDA. En República Dominicana, durante 1999, la tasa específica de mortalidad en personas entre los 15 y 59 años fue de 14.4 defunciones por cada 1000 habitantes. Dentro de este contexto, el 36% de las muertes se debió a causas externas y a enfermedades transmisibles (20%) –debido principalmente a la influencia del VIH/SIDA y enfermedades oportunistas como la Tuberculosis- En Cuba, por otra parte, durante el año 2000, el cáncer, los accidentes y las enfermedades del aparato circulatorio fueron responsables del 57% de las muertes en el grupo de edad entre los 20 y 29 años.

En el caso de personas mayores y como es de esperarse, dado el proceso de envejecimiento que experimenta toda la región del Caribe, dentro del grupo de 60 años o más es donde se registran los mayores porcentajes de muertes. En Cuba, por ejemplo, fue en el grupo de edad de mayores de 60 años donde se registró el 75% de las muertes del año 2000. Las principales causas fueron las enfermedades del corazón y el cáncer, la cuales fueron responsables del 63% de las muertes. En Guadalupe, por otra parte dichas causas de muertes representaron un 63% del total registrado en el grupo de edad antes mencionado durante el mismo año.

Morbilidad:

Al igual que en el Caribe de habla inglesa, el VIH/SIDA uno de los principales problemas de salud en el Caribe no anglófono. Si se analizan los valores de prevalencia entre las edades de 15 y 49 años –edad en la cual generalmente se concentra la influencia de la enfermedad-, para el año 2000, por ejemplo, la mayor prevalencia del VIH/SIDA en esta sub-región correspondía a Haití, con un 5%. Le seguía en importancia la República Dominicana con un 1,8% y Suriname con un 1,17%. Cuba por otra parte presentaba uno de los valores de prevalencia más bajos de la sub-región con un 0,02%. El caso de República Dominicana y Haití es muy particular ya que entre ambas son responsables por más del 80% de los casos de VIH/SIDA registrados en todo el Caribe. La existencia de poblaciones relativamente jóvenes, los procesos migratorios, así como la existencia de un descontrolado turismo sexual en República Dominicana, son parte de los factores que crean condiciones favorables para la propagación de la epidemia.

Algunos grupos vulnerables que se han podido identificar con claridad incluyen a las trabajadoras comerciales del sexo. En Haití se estima que en la actualidad un 40% de este grupo poblacional está infectado, comparado con un 6% en la República Dominicana. Otro grupo vulnerable es el de mujeres embarazadas, para las cuales la prevalencia de VIH en el año 2000 oscilaba entre 9% y 10%, mientras que en la República Dominicana oscilaba entre 4 y 8%. En Cuba por otro lado no se ha detectado una prevalencia significativa en este grupo poblacional.

Al igual que en el Caribe anglófono, otros problemas que han afectado a la sub-región no anglófona en años recientes incluye: el consumo de tabaco, consumo de alcohol, el incremento de la violencia doméstica –las mujeres son las más afectadas- y el incremento de violencia relacionada a la tenencia de armas –Haití es un claro ejemplo-.

1.1.2 Desarrollo tecnológico

El desarrollo del Caribe es variable en cuanto a tecnología de la información, investigación y disponibilidad de tecnología médica. Si se considera el caso del Caribe anglófono, específicamente el caso de Antigua y Barbuda, hay disponibilidad de equipo de alta tecnología en sector público, así como en el sector privado. Sin embargo, como el cuidado intensivo y la diálisis –los cuales requieren cierta disponibilidad tecnológica- son proporcionados únicamente en el sector público. El mantenimiento del equipo existente continúa siendo un gran desafío. Para el año 2000, en esta isla existían 6 unidades de rayos X, las cuales produjeron 23,700 exámenes, sin embargo no se contaba con protocolos de atención para la garantía de la calidad. Otro de ejemplo de esta sub-región corresponde a las Bahamas. En este archipiélago, la infraestructura general de tecnología de información, para el año 2001, el país contaba con 592 radiorreceptores por cada 1000 habitantes, 23 televisores por cada 1000 habitantes, 111000 líneas telefónicas y 12000 usuarios de Internet, lo cual correspondía al 4% de la población. Con respecto a la tecnología médica, por otra parte, las Bahamas es uno de los países del Caribe donde no se ofrecen servicios de radioterapia. De acuerdo con información del año 2000, las Bahamas contaban con 9 unidades de rayos X, las cuales tuvieron una producción de 46,200 exámenes. Sin embargo, al igual que en Antigua y Barbuda, no se contaba con información relacionada a revisiones de calidad y mantenimiento de los equipos. A pesar de esto, un programa conjunto, patrocinado por el Reino Unido ha empezado a promover programas de control de calidad de la tecnología médica en algunos países del Caribe. Finalmente, en las Bahamas, no hay producción de productos farmacéuticos.

En el caso del Caribe no anglófono, por otro lado, es importante mencionar ciertos ejemplos que proveen una caracterización del desarrollo tecnológico en la sub-región. En Belice, en el año 2000 y en términos de infraestructura tecnológica de información, se contabilizaban 42,000

receptores de televisión, 32,000 líneas telefónicas y 12,000 usuarios de Internet. Por otro lado, la disponibilidad de tecnología médica es considerablemente limitada en Belice. Para el año mencionado, existían 14 equipos de radio-diagnóstico, aproximadamente 8 laboratorios por cada 100,000 habitantes y un solo banco de sangre. Otro ejemplo de esta sub-región corresponde a Aruba. En esta isla, aunque existe una considerable disponibilidad tecnológica en el Hospital Horacio Oduber. Este hospital planea adquirir equipo de resonancia magnética nuclear para desarrollar una sección de oncología local en lugar de referir a los pacientes a otros países. Por otro lado, el Instituto de Enfermedades del Corazón de Aruba cuenta con un moderno laboratorio de cateterización cardíaca. Aruba cuenta también con un centro de hemodiálisis, la clínica Posada, la cual provee servicios a personas locales y turistas. Finalmente, en el caso de República Dominicana, Las principales investigaciones se han producido en el Centro de Investigaciones en Salud Materna e Infantil. Las instituciones de educación y del sector salud que proporcionan acceso a sus bases de datos bibliográficas mediante la Internet están creciendo. Existe una Biblioteca Virtual en Salud de la República Dominicana, pero menos de la mitad de las ocho bibliotecas pertenecientes a la Red disponen de acceso a Internet.

El personal de mantenimiento es en su mayoría de formación empírica. Los equipos de alta tecnología, públicos o privados, se concentran en Santo Domingo y Santiago. Los del sub-sector público, se ubican principalmente en los hospitales de la Plaza de la Salud, Luis E. Aybar y hospital de niños Robert Reid Cabral, en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, en el Hospital Padre Billini. En el sector privado existen 25 tomógrafos y 3 equipos de Resonancia Nuclear Magnética, esta última tecnología no existe en el sub-sector público.

1.2 Tipología del sistema de salud

En el marco de las consideraciones planteadas anteriormente, es necesario tener cierta perspectiva en cuanto a la naturaleza de los sistemas de salud existentes para contrarrestarlas. Por ende, en esta sección se presentan algunos aspectos sobre la tipología (i.e. modelos, situación de reformas, etc.) de los sistemas de salud del Caribe, con el objetivo de analizar dichos sistemas y explorar las maneras de solucionar los problemas que aquejan a los países de la región.

En los países del Caribe predomina la existencia de dos sectores primordiales de salud: el público y el privado. El sector público, representado por los Ministerios de Salud, es el encargado principal de la provisión de servicios, la generación de recursos, la rectoría y el financiamiento del sector salud. Este es el caso de todos los países tanto del Caribe anglófono como del no anglófono.

Por otro lado, el sector privado sirve generalmente de apoyo para la provisión de servicios de salud y la consecución de fondos. En algunos países, este sector es incipiente todavía, mientras que en otros ha experimentado crecimiento. Por ejemplo, en el caso de Jamaica, el sector privado no está regulado y no se tiene información completa sobre la operación y organización del mismo. Esto ha provocado que muchos médicos trabajen tanto en el sector gubernamental como en el privado, lo cual ha sido planteado como un punto en la agenda de resolución de los procesos de reforma. En otros países como Guyana, el sector privado tiene más importancia y opera 10 hospitales y centros de diagnóstico al mismo tiempo que provee casi la mitad de los servicios curativos. De manera contrastante, dada la naturaleza y tipo de gobierno, el sector privado es completamente inexistente en Cuba. Finalmente, en el caso de Haití, el sector privado tiene distintas modalidades ya que está integrado por organizaciones 'con' y 'sin' fines de lucro.

En general, tanto en el Caribe anglófono y no anglófono la cobertura de la seguridad social actualmente se limita a la provisión de beneficios no sanitarios. La atención de salud es financiada por el sector público y los servicios son provistos por el Ministerio de salud a través de sus redes de establecimientos. Actualmente, sin embargo, se realizan esfuerzos para introducir Programas

Nacionales de Seguros de Salud, los cuales se financiarían a través de impuestos generales para proveer acceso universal a servicios por parte de la población. Una de las excepciones que puede mencionarse en el Caribe anglófono es Belice, país en el cual lineamientos de reforma propuestos en el 2003 intentan combinar impuestos específicos a la nómina salarial con impuestos generales para crear Seguros Nacionales de Salud que funcionen bajo la seguridad social. En el caso de Caribe no anglófono, por otro lado, un caso excepcional corresponde República Dominicana donde si existe un sector definido de seguridad social.

Para efectos descriptivos, en las siguientes tablas, el lector podrá tener una idea general de la tipología de los sistemas de salud en el Caribe, dentro de los cuales se incluyen los modelos operantes, el avance de las reformas y los grados de descentralización alcanzados.

Tabla 4
TIPOLOGÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD DEL CARIBE ANGLÓFONO

Países	Modelos	Inicio de la Reforma	Sit. Reformas	Grado de Unidad/Coordinación o Segmentación ⁵	Número de Sub-sectores y Subdivisión Dentro de los Mismos	Grado de Descentralización	Descentralización del Gobierno Central hacia Unidades Geográficas Intermedias y Locales
Anguilla	Dual: Público y Privado	1994-1995	Elaboración de la Ley de la Autoridad de Salud. Junta de Proyecto de la Autoridad de Salud fue nombrada en 2001. Para 2002, no existía una definición concreta de Reformas del Sector Salud.		2: Público y Privado	Bajo	5 distritos de Salud, los cuales administran centros de atención.
Antigua and Barbuda	Dual: Público y privado	NA			2: Público y Privado	Bajo	La provisión de servicios, políticas, recursos humanos y finanzas obedecen al nivel central. Todos los servicios privados están centrados en la ciudad. Existen 3 hospitales públicos y 27 clínicas comunitarias
Bahamas	Dual: Público y Privado	1985 - 1993/1994			2: Público y privado		57 clínicas comunales y 54 clínicas satélite en New Providence y Family Islands
Barbados	Dual: Público y Privado	Inicio de los 90's	El proceso continúa avanzando. Se planea introducir nuevas legislaciones sobre servicios y colaboración con el sector privado.		2: Público y Privado	Bajo	5 Hospitales distritales
Islas Caimán	Dual: Público y Privado		Aseguramiento obligatorio de empleados y sus dependientes (1997). Año 2000 - Departamento de Servicios de salud controla provisión de servicios.		2: Público y Privado	Moderado	Unidad de Salud Pública, cuatro centros distritales de salud. En 1999 se transfirió la práctica de servicios generales a centros de salud comunitarios.
Dominica	Dual: Público y Privado (incipiente)	1982	En la actualidad los logros han sido pocos. Existen iniciativas: introducción de un sistema de tarifas de usuarios en 1996. Se continúa examinando la posibilidad de un Seguro Nacional de Salud.		2: Público y Privado	Alto	La isla esta dividida en 7 distritos de salud con personal y responsabilidades presupuestarias.

(continúa)

⁵ La información correspondiente a esta columna no estuvo disponible.

Tabla 4 (continuación)

Países	Modelos	Inicio de la Reforma	Sit. Reformas	Grado de Unidad/Coordinación o Segmentación ⁶	Número de Sub-sectores y Subdivisión Dentro de los Mismos	Grado de Descentralización	Descentralización del Gobierno Central hacia Unidades Geográficas Intermedias y Locales
Grenada	Dual: Público y Privado (En desarrollo)	1996	La situación de la reforma se limita a la introducción de leyes: Desechos Sólidos (1996), Autoridad Hospitalaria (1998)		2: Público y Privado	Bajo	Se han creado 7 distritos de salud. En 6 de estos distritos, hay centros de salud. El gobierno ha anunciado la intención de introducir una agencia ejecutiva, sistema híbrido que delegue acciones en cuanto al manejo de instituciones.
Jamaica	Dual: Público y Privado (No es regulado estrictamente)	1970-80	La situación de reforma actual se caracteriza por un proceso de delegación de control y toma de decisiones por parte del Ministerio de Salud en favor de autoridades sanitarias regionales. Se adquirió un sistema de información para equipo biomédico.		2: Público (central y autoridades regionales de salud) y Privado	Moderado	El ministerio de Salud ha establecido cuatro autoridades regionales de salud. El gobierno ha delegado aspectos de administración de presupuestos y provisión de servicios a estas autoridades regionales.
Montserrat	Dual: Público (Ministerio de Educación, Salud y Servicios Comunitarios) y Privado (Incipiente (Únicamente 4 médicos prestan servicios privados))	1997-1998	El avance es lento y actualmente el proceso se encuentra en etapas tempranas de implementación. Se realizó una evaluación del avance en 2001.		2: Público y Privado (extremadamente incipiente -4 médicos)	Bajo*** (Debido a al tamaño del territorio. El administrador del nivel secundario de salud tiene que reportar al Secretario Permanente)	Alta centralización debido al tamaño del territorio. Un hospital gubernamental y cuatro clínicas comunales.

(continúa)

⁶ La información correspondiente a esta columna no estuvo disponible.

Tabla 4 (continuación)

Países	Modelos	Inicio de la Reforma	Sit. Reformas	Grado de Unidad/Coordinación o Segmentación ⁷	Número de Sub-sectores y Subdivisión Dentro de los Mismos	Grado de Descentralización	Descentralización del Gobierno Central hacia Unidades Geográficas Intermedias y Locales
Saint Kitts and Nevis	Dual: Público y privado	Inicio de los 90's	Legislaciones: Ley de Servicios de Salud basada en Instituciones (2002). Recientemente se establecieron organizaciones comunitarias de combate al SIDA		2: Público y privado	Bajo	Los servicios de salud están altamente centralizados. El único indicio de descentralización es dado por los centros de públicos de salud. Existen 17 centros de salud en áreas rurales.
Saint Lucía	Dual: Público y Privado	1995-1997	No se han introducido cambios en regulaciones salud. Se han aprobó la asignación de fondos al Programa de Educación de Salud para el periodo 2001/2002.		2: Público (formado por subdivisiones encargadas de diversos programas de salud) y privado	Bajo	No hay indicios de transferencia de responsabilidades y autoridad a niveles subnacionales.
Saint Vincent and the Grenadines	Dual: Público y privado						
Trinidad and Tobago	Dual: Público y Privado	(1957- Julian Report / Current 1988	Esta avanzando. Legislación: Ley de Autoridades Regionales de Salud (1994). Se ha creado una nueva estructura del Ministerio de Salud		2:	Alto	El Ministerio de salud ha delegado la provisión de servicios a las autoridades regionales de salud (Ley 1994). Los recursos sin embargo siguen estando centralizados.

(continúa)

⁷ La información correspondiente a esta columna no estuvo disponible.

Tabla 4 (conclusión)

Países	Modelos	Inicio de la Reforma	Sit. Reformas	Grado de Unidad/Coordinación o Segmentación ⁸	Número de Sub-sectores y Subdivisión Dentro de los Mismos	Grado de Descentralización	Descentralización del Gobierno Central hacia Unidades Geográficas Intermedias y Locales
Turks and Caicos Islands	Dual: Público y Privado (Limitado a servicios ambulatorios)	1993-1997				Bajo	
Virgin Islands (UK)	Dual: Público y Privado (de gran relevancia)	1993-1996	Lejos de los objetivos iniciales. Se adoptó y se implementó parcialmente un nuevo modelo de administración. Numerosos estudios para diseño e implementación de la reforma.		2: Público (Departamento de Salud pública integrado por servicios comunitarios y hospitalarios). y Privado	Bajo	El departamento de salud ha instituido un sistema de 4 zonas de salud (Eastern Tortola, Central Tortola, Western Tortola and Virgin Gorda).
Belice	Dual: Público y Privado (limitado pero en vías de crecimiento)	1996-1998	Continúa avanzando. No ha habido cambios en el modelo de administración, se han transferido fondos a autoridades regionales.		2: Público y privado	Moderado	Se crearon 4 regiones de salud a las que se han transferido fondos. Sin embargo, no se ha transferido autoridad a estas unidades y esta todavía reposa en el nivel central.
Guyana	Dual: Público y Privado (Incluye ONGs).	1998	La implementación avanza lentamente.		2: Público y Privado	Alto	Las regiones de salud con responsabilidad sobre sus áreas de cobertura. El hospital regional de Georgetown funciona ahora como un ente semi-autónomo.

Fuente: OPS – Perfiles de Países / Salud en las Américas 2002.

⁸ La información correspondiente a esta columna no estuvo disponible.

Tabla 5
TIPOLOGÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL CARIBE NO ANGLÓFONO

Países	Modelos	Inicio de la Reforma	Situación de la Reforma	Grado de Unidad/Coordinación o Segmentación	Número de Subsectores y Subdivisión Dentro de los Mismos	Grado de Descentralización	Descentralización del Gobierno Central hacia Unidades Geográficas Intermedias y Locales
Cuba	Público (no hay privado)	1960-69, 1984, 1990	No han habido cambios importantes (establecimiento de un archivo metodológico de reforma)		1: Público (3 niveles que coinciden con la división administrativa del país)	Alto	Las responsabilidades, competencias y recursos están descentralizados en los niveles provinciales y municipales del sistema de salud.
Haití	Dual: público y privado	1996 (no operó) - 2000	Avance lento, nueva estrategia del ministerio, 2004; marco de cooperación externa, 2004-06		2: Público y Privado (con fines de lucro, mixto y sin fines de lucro)	Bajo	Únicamente ciertas responsabilidades han sido transferidas a los niveles departamentales. Se ha propuesto el establecimiento de unidades comunales de salud.
R. Dominicana	Tripartito: público, seguro social y privado; en la reforma: contributivo, contributivo-subsidiado y subsidiado	2001	La reforma sólo está implantada en el régimen subsidiado, se anuncia inicio del contributivo en octubre 2005. Existen cuatro decretos directamente relacionados con reforma, los cuales fueron promulgados en 2001		3: Público (Ministerio de Salud y Bienestar Social); Inst. Descentralizadas: Concejo Nacional de Población y Familia); Seguro Social(IDSS) y Privado (instituciones con y sin fines de lucro)	Alto (requiere mayor avance en el fortalecimiento de áreas de salud)	38 direcciones provinciales y áreas de salud del Distrito Nacional
Puerto Rico	Dual: Público y privado (instituciones que han sido privatizadas e instituciones que siempre habían sido privadas)	1993	Continúa el avance, en 1998, la Administración de Instituciones y Servicios de Salud fue disuelta y sus responsabilidades pasaron al Departamento de Salud				

(continúa)

Tabla 5 (conclusión)

Países	Modelos	Inicio de la Reforma	Situación de la Reforma	Grado de Unidad/Coordinación o Segmentación	Número de Sub-sectores y Subdivisión Dentro de los Mismos	Grado de Descentralización	Descentralización del Gobierno Central hacia Unidades Geográficas Intermedias y Locales
Suriname	Dual: Público y privado(servicios generales)	1994-1996	Lento avance, muchos aspectos en etapa de diseño (i.e. Agenda de reforma explícitamente detallada en Declaración de Gobierno 2000-2005.		2: Público y privado	Bajo	Las responsabilidades, autoridades y recursos o se transfieren a sub-niveles nacionales. Existen indicios de descentralización en la Misión Médica, la cual provee servicios en el interior del país. Además, algunos Servicios de Salud Regional muestran señales de descentralización.
Aruba	Dual: Público y Privado (en la reforma se pretende privatizar gran parte de los servicios y sacar a médicos de planillas del estado)		Lento avance. Una de las prioridades de progreso en cuanto a la reforma incluye la re-estructuración del Departamento de Salud Pública y la introducción de un plan nacional de seguridad social.		2: Público y privado		
Guadalupe	Dual: Público y Privado				2: Público y privado		
Martinica	Dual: Público y Privado				2: Público y privado	Bajo	
Guyana Francesa	Dual: Público y Privado				2: Público y privado		Existen centros de salud locales y centros de prevención y vacunación a lo largo de la costa.

Fuente: OPS – Perfiles de Países / Salud en las Américas 2002.

1.3 Procesos de reforma del sector salud

Las reformas del sector salud han ejercido su influencia sobre las características de los sistemas mencionados anteriormente. A pesar que dichas reformas de salud son particulares para cada país, es posible extraer ciertos patrones comunes para la región del Caribe.

- Tanto en el Caribe anglófono como en el no anglófono, las reformas del sector salud, salvo algunas excepciones como Cuba, Jamaica y Trinidad y Tobago, iniciaron a principios de la década de los 90.
- Al igual que en otras regiones de América Latina, existen ciertos aspectos que pueden tomarse como los factores que propiciaron las reformas en la región del Caribe: (1) procesos de modernización del Estado; (2) medidas de ajuste estructural; (3) reformas del sector público; (4) desastres naturales (Montserrat); (5) necesidad de mejoramiento de la atención primaria; (6) necesidad de mejoramiento de la administración del sector salud; (7) la búsqueda de sostenibilidad financiera del sistema de salud y (8) necesidad de mejorar calidad y la equidad de la atención.
- La mayoría de los países del Caribe ha reportado que sus procesos de reforma se mueven lentamente o se encuentran en etapas iniciales de implementación.
- Los Ministerios de Salud de los países caribeños han tenido bajo su responsabilidad la regulación y la implementación de los procesos de reforma.

Sobre la base de estas particularidades, a continuación se presenta una breve descripción de los procesos de reforma en el Caribe anglófono y no anglófono.

Caribe Anglófono

Inicio de las reformas

Con excepción de Jamaica y Trinidad y Tobago, los países de esta sub-región iniciaron sus procesos de reforma a principios de los 90. Para el año 2002, en todos los países del Caribe anglófono, con excepción de Antigua y Barbuda, se contaba con una agenda explícita para la reforma del sector salud. A pesar de que existen diferencias en cuanto a las particularidades de cada agenda, también existen ciertas similitudes en cuanto a los objetivos propuestos.

Objetivos de las reformas

Algunos objetivos de las reformas en esta sub-región incluyen: (1) lograr equidad en cuanto al acceso a los servicios de salud (Anguilla, Barbados, Grenada, Jamaica, Santa Lucía y Trinidad y Tobago); (2) mejoramiento de la calidad de la atención (Anguilla, Barbados, Dominica, Jamaica, Santa Lucía y Trinidad y Tobago); (3) fortalecimiento de la función reguladora de los Ministerios de Salud y esquemas de descentralización; (4) búsqueda de métodos alternos de financiamiento (Anguilla, Barbados, Dominica, Grenada, Guyana y Santa Lucía); (5) desarrollo de indicadores de calidad (Barbados, Dominica, Montserrat y Santa Lucía); (6) desarrollo de estrategias de salud ambiental (Grenada, Montserrat y Trinidad y Tobago); (7) enfoque en la atención primaria (Anguilla, Grenada, Montserrat y Santa Lucía); (8) promoción de la salud en todos los países y (9) completar un proceso de descentralización (Jamaica y Trinidad y Tobago).

Implementación

Para el proceso de implementación de la reforma, salvo algunas excepciones, en los países del Caribe anglófono se definió un plan de acción con metas y responsabilidades. Para el año 2002, dicho plan podía ser identificado en Anguilla, Barbados, Dominica, Guyana, Jamaica, Santa Lucía y Trinidad y Tobago. La mayoría de los países han iniciado la etapa de implementación aunque es importante mencionar que los grados de avance no son los mismos. En Trinidad y Tobago, por ejemplo, una de las iniciativas que ya han sido implementadas corresponde al establecimiento de las Autoridades Regionales de Salud en 1994. En Dominica por otro lado, las iniciativas implementadas se relacionan al fortalecimiento de las redes de atención primaria como ‘puertas de entrada al sistema de salud’ del sistema de salud.

La siguiente tabla muestra una valoración –mediante un sistema de estrellas- de algunos aspectos del cumplimiento de algunos objetivos de las reformas en el Caribe anglófono. De manera general la valoración se basa en documentos preparados por cada país en el período 2001/2002. El sistema de valoración es el siguiente: (1) Ninguna estrella: No se cuenta con información puntual o no se ha dado ningún avance en un aspecto en particular; (2) Una estrella: Se han dado ciertos avances, al menos en formas de iniciativas, reuniones, planteamientos, etc. (3) Dos estrellas: Se ha dado avances considerables que han generado cambios observables y (4) Tres estrellas: Se han dado avances evidentes, suficientes y satisfactorios.

Tabla 6
VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ALGUNOS OBJETIVOS DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD. CARIBE ANGLÓFONO. 2001/2002⁹

País	Marco Legal	Rol Regulador	Separación de Funciones	Participación Social	Provisión de Servicios	Financiamiento	Recursos Humanos
Anguilla	*			***			
Antigua y Barbuda							
Bahamas							
Barbados							
Belice	**	**	*	*	*		
Dominica	*			***	**	*	
Grenada	*						
Guyana	***	**	**	*	*	*	*
Islas Caimán							
Islas Vírgenes			*		*		
Islas Turks y Caicos							
Jamaica	***	***	**	***	***	*	**
San Kitts	***	**	**	**	**	*	**
Santa Lucía		*	*		*	*	*
San Vicente y Granadines							
Trinidad y Tobago	***	**	**	***	**	**	***

Fuente: Elaboración propia sobre la base de LAHSR 2001/2002.

⁹ Nota: Las casillas que se encuentran en blanco corresponden a aquellos casos en los que no se contaba información relativa a elementos específicos de la reforma en los países respectivos. En general se contaba con información estándar de la Iniciativa Latinoamericana de Reforma del Sector Salud para el establecimiento de las distintas columnas de esta tabla. Sin embargo, tal y como se mencionó anteriormente, no se contaba con información para algunos países.

Tendencias de cambio propuestas en las reformas

Dado que anteriormente se presentó información descriptiva sobre el grado de cumplimiento de algunos objetivos de las reformas del sector salud, en esta sección se presentan algunas propuestas de cambio clasificadas en cuatro grandes temas: (1) rectoría, (2) financiamiento, (3) organización y (4) provisión. En primer lugar, en el Caribe anglófono, el proceso de reforma ha venido a fortalecer el rol rector de los Ministerios de Salud, lo cual ha llevado consecuentemente a una clara separación de funciones. En Segundo lugar, en términos de financiamiento, en la mayoría de los países del Caribe y más aún en el Caribe anglófono se ha observado una transición de esquemas de financiamiento público hacia esquemas de seguros nacionales de salud con diversas fuentes de financiamiento que van desde un contribución sobre planilla –como en el caso propuesto por la reforma de salud de Belice- hasta una tasa de impuestos de valor agregado –como la propuesta en Santa Lucía-. En tercer lugar, la re-organización de los servicios de salud ha tenido como principales resultados la separación de funciones de regulación del sector y provisión de servicios, así como también el fortalecimiento del nivel de atención primaria. Finalmente, las reformas relacionadas a la prestación de servicios de salud han tenido como principal objetivo convertir a los hospitales en instituciones estatutarias. Para contextualizar estos elementos, a continuación se presentan –en la medida en que aplique el caso- las propuestas de reforma hechas por algunos países representativos del Caribe anglófono, entre los cuales se incluye a Belice, Jamaica, Trinidad y Tobago, Guyana y Santa Lucía.

Rectoría

En América Latina, los procesos de reforma han modificado el papel del Estado y han reducido de esta manera sus funciones ejecutoras para poner mayor énfasis en las funciones relacionadas a la conducción y rectoría. En este sentido, las autoridades sanitarias necesitan fortalecer sus capacidades institucionales para poder ser capaces de convocar y liderar a los actores clave dentro del ámbito de la salud. De manera específica, existen pocos casos en el Caribe donde el rol rector del Ministerio de Salud haya sido considerablemente reorganizado. Jamaica y Trinidad y Tobago, constituyen ejemplos donde los cambios propuestos han sido implementados, aunque no de manera completa. Sin embargo, en otros países como Belice, Guyana y Santa Lucía, la función rectora del Ministerio de Salud está actualmente bajo revisión.

Belice

En Belice, tal y como se mencionó anteriormente, la función rectora dentro del sector salud, así como las funciones de la agencia responsable de desarrollar esa función, han sido analizadas. El proceso de reforma demanda que el Ministerio de Salud cumpla objetivos que sólo pueden ser logrados a través de la reorganización. En este sentido, el Ministerio de Salud desarrolla actualmente mecanismo para implementar su función rectora y a la misma vez desarrollar y garantizar el cumplimiento de normas y estándares. El rol del Ministerio de Salud está centrado en la protección de la salud pública, el planeamiento, la regulación, la investigación y la colaboración regional.

Jamaica

Bajo el programa de reforma del sector salud, se ha enfatizado y propuesto el papel del Ministerio de Salud de Jamaica como el responsable por la supervisión y la rectoría del sistema de salud. Esto se logrará si se garantiza el cumplimiento de regulaciones que están siendo desarrolladas en este momento. En este sentido, en 1998, como parte del proceso de reforma, la oficina central del Ministerio de Salud fue reorganizada con el objetivo de fortalecer su carácter regulador. Otras propuestas de fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud incluye la colaboración intersectorial entre el Ministerio de Educación, la Autoridad Nacional de

Conservación de Recursos Nacionales, la Comisión Nacional de Agua y el Concejo Nacional sobre Abuso de Drogas.

Trinidad y Tobago

El Programa de Reforma del Sector Salud (HSRP – por sus siglas en inglés), ha definido el rol del Ministerio de Salud como ente creador de políticas, planificador, regulador y comprador de servicios. Para implementar los contenidos de estas propuestas, se ha elaborado una nueva estructura del Ministerio, la cual incluye Directorios de Política y Planeamiento, Administración de Calidad, Servicios Legales y Recursos Humanos, entre otros. Los directores de estas instituciones fueron contratados en Julio de 1996. Sin embargo, se han observado ciertas deficiencias con respecto a la total implementación de este componente de la reforma, ya que para el año 2002, los directorios no habían sido totalmente provistos de recursos humanos que trabajen en conjunto con los directores.

Guyana

Actualmente, en Guyana se están tomando pasos para permitir que el Ministerio de Salud realice su función rectora. A la luz de las reformas, se han hecho propuestas para cambiar la estructura organizacional del Ministerio. Ya se han realizado mediciones correspondientes al personal requerido para tal re-organización. Además, se ha establecido un comité de políticas.

Santa Lucía

La revisión del rol rector y las responsabilidades ha sido incluida en las propuestas de reforma. Sin embargo, es importante mencionar que en esta etapa temprana de la reforma todavía no se han tomado pasos concretos en este sentido.

Financiamiento

El financiamiento de los sistemas de salud es un componente esencial de los procesos de reforma sectorial en las Américas. Una de las razones que justifican este tipo de análisis es que a lo largo del tiempo los objetivos explícitos de la reforma en materia de financiamiento han pasado de buscar exclusivamente la sostenibilidad financiera a procurar simultáneamente el logro del acceso equitativo a servicios de calidad. El intento

de alcanzar ambos objetivos al mismo tiempo ha planteado el reto de analizar el financiamiento sectorial desde una perspectiva estratégica que identifique la mejor combinación de mecanismos alternativos. En este sentido, en la mayoría de países del Caribe anglófono, se puede apreciar una transición de esquemas de financiamiento público, hacia esquemas de seguro nacional de salud, con diversas fuentes de financiamiento que va desde contribuciones sobre planilla a impuestos de valor agregado.

Belice

Tal y como se explicó en secciones anteriores, en este país, nuevos lineamientos reforma, propuestos en el 2003, intentan combinar impuestos específicos a la nómina salarial con impuestos generales para crear Seguros Nacionales de Salud que funcionen bajo la seguridad social.

Jamaica

En términos generales, para el año 2002, no se había avanzado mucho en materia de las reformas en cuanto a financiamiento. Algunas de las áreas incluidas en la agenda de reforma pero que no se habían implementado al año 2002 incluían: (1) la diversificación de fuentes de financiamiento, agencias financiadoras y flujos de efectivo, (2) la distribución del gasto público en salud por niveles de atención y (3) la distribución del gasto público en salud por componentes (i.e. recursos humanos, compra de medicamentos, etc.).

En otro orden, en Jamaica no existe actualmente un paquete básico o plan de beneficios de salud al cual tenga acceso toda la población, por lo cual el Ministerio de Salud planea –dentro del proceso de reforma- establecer un Fondo de Salud, parcialmente financiado por la lotería y un impuesto sobre productos no saludables como el alcohol y el tabaco.

Trinidad y Tobago

Como parte del proceso de planificación de las reformas, se incluyó la preparación de un diseño detallado correspondiente a un Sistema Nacional de Seguro de Salud (NHIS por sus siglas en inglés) entre 1993 y 1994. Entre 1998 y 1999, un comité de costos y financiamiento revisó los diseños propuestos en relación al NHIS, por lo que el gobierno posteriormente anunció que comenzaría a implementar dicho sistema y de hecho operacionalizó pruebas piloto. Sin embargo, para el año 2002, el sistema no había sido implementado completamente.

Guyana

Se ha dado pequeños pasos preparatorios correspondiente a algunos objetivos de la reforma financiera del sector, los cuales incluyen: (1) la sostenibilidad financiera del sistema público de salud a través del desarrollo mecanismos adecuados de financiamiento; (2) establecimiento de sistemas de valoración social para reconocer excepciones y subsidiar los servicios provistos a indigentes y (3) el incremento del énfasis en la asignación de recursos al primer nivel de atención.

Por otro lado, aunque existe un esquema de seguro de salud nacional que provee ciertos beneficios médicos mediante contribuciones, no se ha avanzado hacia un sistema que ofrezca un paquete básico de servicios de salud claramente definido y que sea financiado por una combinación de impuestos generales e impuestos sobre la nómina salarial.

Santa Lucía

El gobierno de Santa Lucía se encuentra en proceso de desarrollar un mecanismo financiero para la creación de un Seguro Nacional de Salud tomando en consideración los beneficios que son actualmente proporcionados por el Esquema Nacional de Seguro. En marzo de 2005, el gobierno de Santa Lucía nombró un equipo para analizar la factibilidad de la introducción del Seguro Nacional de Salud.

Organización

Muchos de los países de la región están reformando sus modelos de atención de salud, Esta tendencia procura cambiar el modelo tradicional de prestación de servicios de salud, caracterizado por ser biomédico, curativo y centrado en la atención hospitalaria, por una atención centrada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La estrategia del cambio de modelo implica invariablemente el fortalecimiento y mejora de la atención primaria. “En este sentido, cabe destacar el renovado rol de la atención primaria de salud como “guardián” del sistema y su énfasis en la salud de la familia y la comunidad.” (Health in the Americas, 2002).

Belice

Separación de funciones

En Belice, para el año 2002, el Ministerio de Salud tenía entre sus funciones la rectoría, el financiamiento y la provisión de servicios de salud. Estas funciones estaban organizadas en una estructura centralizada y vertical en las cuales la toma de decisiones correspondía a las esferas más altas del Ministerio de Salud. A la luz del proceso de reforma, sin embargo, se han planteado una serie de actividades para promover el desarrollo de capacidad institucional dentro del Ministerio de Salud, para que este ejercite únicamente su rol como rector y diseñador de políticas del sector, así como para estimular y apoyar un proceso de desconcentración hacia las áreas de salud – recientemente creadas- en términos de provisión de servicios.

Jamaica

Fortalecimiento de la atención primaria

Como parte del proceso de reforma, en Jamaica se ha decidido modificar la provisión de servicios públicos de salud por medio de la integración y coordinación de los niveles primario y secundario. En el caso particular del nivel primario los 350 centros y clínicas de atención primaria se han consolidado y modificado con el objetivo de alcanzar mayor eficiencia y productividad. Sobre la misma línea, el gobierno de Jamaica ha reconocido que la red de hospitales rurales del país también necesita fortalecimiento. Finalmente, se han tomado pasos para introducir acuerdos de gestión entre los diferentes niveles de salud y con cierto énfasis en el nivel primario.

Trinidad y Tobago

Separación de funciones

En Trinidad y Tobago, el Proceso de Reforma del Sector Salud incluye dentro de su agenda la separación de los roles de rectoría –los cuales deben ser responsabilidad del Ministerio de Salud– de los relacionados a la provisión de servicios –los cuales son la responsabilidad de las Autoridades Regionales de Salud. Para el año 2002, Trinidad y Tobago era el único país que después de haber propuesto dicha separación de funciones, la había comenzado a implementar.

Fortalecimiento de la atención primaria

Los objetivos de la reforma del sector salud en Trinidad y Tobago incluyen un marcado énfasis en la promoción y la prevención en el nivel de atención primaria. Para el año 2002, existían planes para incrementar el número y alcance de los servicios comunitarios de atención primaria - atención ambulatoria y cuidados en el hogar- con un particular énfasis en el manejo de enfermedades crónicas en dicho nivel. Por otro lado, el desarrollo de sistemas integrados de referencia

Guyana

Separación de funciones

Para el año 2002, a pesar de haber propuesto dentro de sus reformas una clara separación de funciones dentro del sector salud, esta no se había efectuado.

Fortalecimiento de la atención primaria

El modelo de atención de Guyana continúa siendo revisado como parte los cambios propuestos en la reforma del sector. En este sentido se tiene como meta hacer que las reformas se enfoquen en el nivel de atención primaria. Sin embargo, para el año 2002, no existía una clara definición de recursos y servicios que reflejaran el cumplimiento de esa meta.

Santa Lucía

Separación de funciones

A pesar de que se ha incluido una revisión del marco regulador del sector salud en el proceso de reforma, se han tomado pocos pasos en cuanto al establecimiento de una separación clara de funciones de rectoría y provisión de servicios.

Fortalecimiento de la atención primaria

El apoyo del Gabinete de Ministros a las propuestas de reforma indica que el Gobierno de Santa Lucía ha acordado –en principio- modificar el modelo de provisión de los servicios públicos de salud. Se ha propuesto que las modificaciones en dicho modelo se realicen con énfasis en el nivel primario de atención ya que en este se observan muchas carencias, las cuales incluyen: la

carencia de sistemas de información en centros de atención primaria y la falta de recolección de datos sobre producción de servicios.

Autonomía y provisión de servicios

Belice

En Belice, el proceso de reforma ha propuesto ciertos cambios en cuanto a la provisión de servicios, específicamente en términos de la autonomía de ciertas instituciones. Dichos cambios incluyen: (1) la desconcentración de la autoridad operacional a las Áreas de Salud, (2) la realización de una prueba piloto realizar una prueba piloto de autonomía en el Hospital Memorial Kart Heusner, (3) la elaboración de una estrategia de información pública y (4) la promoción del conocimiento y el cambio conductual.

A partir del inicio de proceso de reforma, se han revisado constantemente los niveles administrativos del sistema público de salud, así como sus funciones y las relaciones entre las mismas. Tal revisión se convirtió en parte del esquema de creación de las Áreas de Salud, las cuales cuentan con administración y capacidad financiera básica. Por otro lado, los sub-componentes resultantes de dicha revisión incluyen: (1) la selección y entrenamiento de equipos técnicos que trabajen al nivel regional, (2) la asistencia técnica para desarrollar una de las herramientas administrativas en el nivel regional y (3) la organización de talleres regionales para intercambiar experiencias y organización. La racionalización de los servicios ha creado las zonas Norte, Sur, Central y Oeste. Algunos recursos financieros se han transferido al nivel de distrito. Sin embargo no se les ha transferido autoridad y por ende los distritos tienen poco control sobre el financiamiento y decisiones personales,

El Ministerio de salud ha identificado la necesidad de redefinir el modelo de atención hacia uno que se oriente en las personas, que sea accesible y a la vez efectivo. Sin embargo, para el año 2002. Sin embargo, esto sólo ha quedado en el papel y no se han creado nuevas modalidades de atención.

Jamaica

Para el año 1999 se completó en Jamaica el proceso de descentralización del sector salud, cuando las cuatro Autoridades Regionales de Salud se hicieron completamente operacionales. Los directores de dichas autoridades manejan primordialmente la provisión de servicios, aunque los recursos se originan en las oficinas centrales. Sobre la misma línea, un proceso de desconcentración está ocurriendo gradualmente en el caso de las instituciones de salud pública.

Trinidad y Tobago

La ley de Autoridades Regionales de Salud de 1994 estipuló las pautas de descentralización de los servicios de salud en dichas entidades. En este sentido, las autoridades regionales de salud, las cuales han sido designadas como agencias de provisión de servicios, están obligadas a cumplir con sus responsabilidades bajo lineamientos establecidos y monitoreados por el Ministerio de Salud. De esta manera se han transferido recursos físicos (edificios, equipos y tierra). La ley también se refiere a la realización de transferencias de personal. Actualmente se encuentra en desarrollo un componente de compromisos de gestión el cual servirá al Gobierno para monitorear el desempeño de las Autoridades Regionales. En el caso de programas nacionales no descentralizados a las Autoridades Regionales, se han propuesto nuevas estructuras administrativas tales como el desarrollo de *agencias autónomas* reguladas pero no directamente manejadas por el Ministerio de Salud. Dichos programas incluyen al Programa Nacional de Transfusión de Sangre y los programas relacionados al VIH/SIDA.

Guyana

Se ha propuesto que la administración de algunos programas de salud sea delegada a agencias semi-autónomas. Un ejemplo de estas es el establecimiento de una Junta de Cáncer. Una estrategia importante en la provisión de servicios de atención secundaria y terciaria corresponde al establecimiento de relaciones con personal y agencias externas. Existen lazos con otras agendas y organismos no gubernamentales para administrar programas tales como Educación de vida en Familia y Salud adolescente y abuso de sustancias. Por otro lado, se ha transferido autoridad, responsabilidades y recursos a la agencia semi-autónoma recientemente establecida 'La Corporación de Hospitales Públicos de Georgetown'. Cuando se establezcan las Autoridades Regionales de Salud, imperarán los mismos lineamientos.

Santa Lucía

La Ley de Hospitales Públicos fue reformada en 1999 para la devolución de autoridad del Oficial Médico en Jefe al Director Médico del Hospital Victoria. Obviamente, esto es consistente con las propuestas de reforma relacionadas con la descentralización de los servicios públicos de salud. No existe evidencia, sin embargo, de transferencia de responsabilidad, autoridad y recursos a los niveles sub-nacionales.

Caribe no Anglófono

Inicios

En estos países existen ciertas diferencias en cuanto al inicio de los procesos de reforma. Por ejemplo, Cuba inició tal proceso en la década de los 60 como parte de las diversas acciones que se vieron influenciadas por la revolución. El resto de países, como en el caso de Haití, por otro lado, iniciaron concretamente dichos procesos en la década de los 90.

Objetivos

Es importante además mencionar que dentro de los procesos de reforma de este grupo de países, pueden identificarse algunos objetivos comunes dentro de los cuales se incluyen: (1) el mejoramiento de la eficiencia de los sistemas de salud; (2) lograr mayor participación social; (3) explorar nuevas modalidades de financiamiento del sector salud.

Implementación

La implementación de las reformas en el Caribe no anglófono ha sido considerablemente variable, ya que como se indicó anteriormente, los procesos no han iniciado en los mismos períodos. En Cuba, por ejemplo, donde los procesos de reforma iniciaron desde la década de los 60, los más recientes avances corresponden a la implementación de un documento normativo llamado 'Kit Metodológico', el cual ha servido de base para el establecimiento de estrategias que contemplan la reorientación del sistema hacia la atención primaria, el mejoramiento de los servicios hospitalarios y establecimiento de prioridades. En la República Dominicana, por otra parte, comenzó un proceso de descentralización en el período 1996-2000. Además, durante ese mismo periodo se estableció un nuevo modelo de atención con énfasis en la atención primaria y se creó un Plan Obligatorio de Seguro Universal. En otros países, sin embargo, la implementación de las reformas no ha sido tan clara. Para citar otro ejemplo, en Haití, a pesar de que se han definido estrategias para la descentralización de las competencias del Ministerio de Salud y la provisión de un paquete básico de servicios que beneficie a niños, adolescentes y mujeres, este aún no se ha institucionalizado.

Tal y como se presentó en el caso del Caribe anglófono, a continuación se presenta la valoración de los avances de las reformas en el Caribe no anglo parlante. Se utiliza el mismo sistema de estrellas explicado anteriormente.

Tabla 7

VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ALGUNOS OBJETIVOS DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD. CARIBE NO ANGLÓFONO. 2001/2002¹⁰

País	Marco Legal	Rol Regulador	Separación de Funciones	Participación Social	Provisión de Servicios	Financiamiento	Recursos Humanos
Aruba							
Cuba	***			***	***	***	***
Haití	*	*	*				
R. Dominicana	***	**	**	*	**	*	***
Puerto Rico							
Martinique							
Guadalupe							
Guyana Francesa							
Suriname		*	*	*		*	*

Fuente: Elaboración propia sobre la base de LAHSR 2001/2002.

Tendencias de cambio propuestas en las reformas

Dado que anteriormente se presentó información descriptiva sobre el grado de cumplimiento de algunos objetivos de las reformas del sector salud, en esta sección se presentan algunas propuestas de cambio clasificadas en cuatro grandes temas: (1) rectoría, (2) financiamiento, (3) organización y (4) provisión de servicios. Para contextualizar dichos elementos se presentan algunas de las propuestas hechas por algunos países representativos del Caribe no anglófono, entre los cuales se incluye a Cuba, República Dominicana, Suriname y Haití.

Rectoría

Cuba

En el caso de esta isla, el Ministerio de Salud Pública es la agencia rectora del sector salud. Recientemente, no se han introducido cambios estructurales considerables ni se han creado nuevas agencias reguladoras. Por el contrario, se han fomentado acciones para garantizar que los sistemas informáticos generen reportes periódicos que contengan información útil para el proceso de toma de decisiones, decisión de prioridades y utilización de recursos en los diferentes niveles de autoridad del Sistema Nacional de Salud.

República Dominicana

En coordinación con la Comisión para la Reforma y Modernización del Estado y el Proyecto de Reforma de la Administración Pública, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) avanza en cuanto a su reorganización a nivel nacional y el fortalecimiento de su rol como ente rector de la salud. En Agosto del año 2000, el nivel central del SESPAS fue organizado en tres áreas de acción: (1) planeación y regulación, (2) atención primaria y programas de salud y (3) atención especializada –con un área de administración financiera–.

Suriname

Uno de los componentes del proceso de reforma en Suriname implica que el Ministerio de Salud retome su rol como rector del sector salud. Como tal, el Ministerio de Salud será fortalecido en sus capacidades para hacer decisiones sobre políticas, para monitorear las finanzas públicas y el

¹⁰ Nota: Las casillas que se encuentran en blanco corresponden a aquellos casos en los que no se contaba información relativa a elementos específicos de la reforma en los países respectivos. En general se contaba con información estándar de la Iniciativa Latinoamericana de Reforma del Sector Salud para el establecimiento de las distintas columnas de esta tabla. Sin embargo, tal y como se mencionó anteriormente, no se contaba con información para algunos países.

desempeño de los diferentes proveedores de salud. En este sentido, dentro del marco de la reforma del sector salud, el Ministerio está apoyado por un comité multidisciplinario de reforma, el cual supervisa el avance de dicho proceso y proporciona lineamientos para decisiones de políticas. No se han creado nuevas instituciones como resultado del proceso de reforma.

Haití

El rol rector del Ministerio de Salud no ha sido revisado como parte del proceso de reforma. Sin embargo, se han introducido cambios en la estructura de la autoridad de salud, especialmente en el nivel central. En este sentido se han creado nuevas instancias como la Oficina Organizativa de Servicios de Salud, la cual será replicada en el nivel departamental.

Financiamiento República Dominicana

De acuerdo a la agenda de reforma, el sistema de financiamiento será completamente reestructurado. Tendrá una naturaleza mixta, pero regulada. Los recursos estatales serán asignados para cubrir a los ciudadanos pobres.

Suriname

Dentro del proceso de reforma del sector salud en Suriname, hay un gran énfasis en la estructura del financiamiento y gasto de sector salud. Por ejemplo, se ha planificado el fortalecimiento de los sistemas de información relacionados al financiamiento del sector a través de un sistema de cuentas nacionales de salud, el análisis de sistemas actuales de pagos y el diseño de un modelo actuarial para el Fondo de Seguro de Salud del Estado.

Organización Cuba

Separación de funciones

En Cuba no se han dado cambios recientes en cuanto a separación de funciones de rectoría, financiamiento y provisión de servicios. La estructura administrativa de tres niveles –nacional, provincial y municipal- permanece intacta. Estos niveles son responsables de la elaboración de políticas, financiamiento y garantía de la provisión de servicios públicos. El monitoreo del grado de responsabilidad observado en el sistema de salud se realiza a través de los Concejos Administrativos, los cuales son responsables de labores coordinación, supervisión y control

Fortalecimiento del nivel de atención primaria

El proceso de reforma más reciente en Cuba incluyó un análisis sectorial que identificó problemas existentes y sirvió de base para el desarrollo de una normativa conocida como Kit Metodológico. Además de consistir de guías metodológicas, este documento estableció diversas estrategias, dentro de las cuales se encontraba la clara reorientación del sistema de salud hacia la atención primaria. (Health in The Americas, PAHO, 2002). Como consecuencia, se han fortalecido sistemas de referencia y contra-referencia de pacientes –con la contribución del primer nivel de atención como puerta de entrada-. Además, se ha incluido un subsistema de atención primaria, en el cual, al igual que en los otros niveles se mantienen registros poblacionales que facilitan la identificación de grupos vulnerables. (LAHSR, 2002).

República Dominicana

Separación de funciones

A la luz del las reformas del sector salud, la Ley General de Salud establece el marco legal para la separación de funciones en sus artículos 8 y 12. Por otro lado, el borrador de la legislación

de Reforma de la Seguridad Social complementa dichos artículos y separa las funciones de provisión, financiamiento y aseguramiento.

Fortalecimiento del nivel de atención primaria

La Secretaría de Salud de República Dominicana ha iniciado un nuevo modelo de atención, con la colaboración técnica de OPS. Con el nuevo modelo se propone cambiar el esquema tradicional por uno nuevo que asigne prioridad al primer nivel de atención y que a la vez adscriba entre 500 y 750 familias en cada unidad de atención primaria.

Suriname

Fortalecimiento del nivel de atención primaria

Las reformas de salud han propuesto que los servicios de atención primaria se concentren más en servicios preventivos y no curativos, tal y como ha sido el caso hasta ahora. De acuerdo con las propuestas de cambio, el nivel de atención primaria actuará como un 'guardián' para quitar peso de los servicios costosos del nivel de atención secundaria.

Haití

Fortalecimiento del nivel de atención primaria

Haití es uno de los países que muestra ciertos elementos de atraso en cuanto al fortalecimiento del nivel de atención primaria. Para el año 2002, todavía no se habían tomado decisiones con respecto a modificaciones en la oferta de servicios públicos en el primer nivel de atención. Por otro lado, a pesar que se han identificado grupos vulnerables, no se han planteado acciones para focalizar esfuerzos en ellos. Una clara definición del nivel de atención primaria como puerta de entrada serviría de punto de arranque para la solución de problemas de las poblaciones vulnerables mencionadas anteriormente.

Autonomía y Prestación de Servicios

En el Caribe no anglófono, las reformas relacionadas con la prestación de servicios han tenido como parte de sus objetivos la conversión de los hospitales en instituciones descentralizadas y autónomas.

República Dominicana

Con la implementación de las reformas, ha comenzado el proceso de auto-administración de los Hospitales en conjunto con el cumplimiento de regulaciones relacionadas con: (1) estructura; (2) funciones; (3) control hospitalario; (4) participación ciudadana y otros aspectos de la administración nacional de atención hospitalaria entre los cuales figuran la conversión de hospitales en compañías públicas que proporcionen servicios de salud.

Suriname

Actualmente existen compromisos de gestión entre el comprador (Ministerio de Salud) y los proveedores (Hospitales, Misión Médica, etc.). Además, existe actualmente cierta forma de autonomía en las instalaciones públicas de salud tales como los hospitales públicos y los servicios regionales de salud. Existe sin embargo una Junta que supervisa a estas instituciones. Por otro lado, la auto-administración es limitada dado que es el Ministerio de Salud el encargado de establecer tarifas y salarios.

1.4 Aspectos financieros

En esta sección se analizan algunos aspectos financieros de los sistemas de salud de la región del Caribe. En primer lugar se explora las fuentes de financiamiento de los diferentes sistemas. Posteriormente se analizan aspectos del gasto en el sector salud así como también algunas iniciativas de reforma en el ámbito financiero del sector.

1.4.1 Fuentes de financiamiento

Dentro de los propósitos del financiamiento de la salud, definidos por la OMS, se encuentran: (1) Crear disponibilidad de fondos y asegurar que todos los individuos tengan acceso a servicios efectivos de salud pública y personal y (2) definir los incentivos adecuados para los proveedores de salud” (OMS, 2000).

En toda la región del Caribe, hay ciertos factores importantes que definen las políticas financieras del sector salud. Estos factores incluyen a las asignaciones presupuestarias y el nivel de gasto de los hogares, así como el crecimiento del sector privado. Otro factor importante es la existencia de seguros públicos y privados, los cuales tienen distintas modalidades de cobertura y de generación de fondos. Generalmente, el financiamiento del Sector Salud se deriva de cuatro fuentes principales: (1) impuestos, (2) contribuciones (obligatorias o voluntarias), (3) donaciones (internas o externas) y (4) pagos de bolsillo –los cuales han mostrado ciertos incrementos en el Caribe-. Sin embargo, a nivel internacional, las dos primeras fuentes (impuestos y contribuciones) son las principales ya que sería muy difícil para un país basar su financiamiento únicamente en donaciones o pagos de las personas.

Las asignaciones presupuestarias son fuentes de financiamiento críticas en los países del Caribe. Para que estas asignaciones puedan darse, la existencia de los impuestos es un factor extremadamente importante. Sobre esta línea, en la siguiente tabla se muestra información sobre la procedencia de las rentas públicas.

Tabla 8

RENTAS PÚBLICAS DERIVADAS DE IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL. REGIONES Y PAÍSES SELECCIONADOS. EXPRESADO COMO % DEL PIB. 2000

Rentas Públicas	Caribe	EEUU	Canadá	Países Industrializados
A. Impuestos	21,2	21,5	31,3	27,6
B. Contribuciones al Seguro Social	0,8	6,6	5,3	11,7
Total Impuestos-Contribuciones	22,0	28,1	36,6	39,3

Fuente: Anuarios del Fondo Monetario Internacional.

En la tabla anterior puede apreciarse que para el año 2000, tanto las rentas públicas derivadas de impuestos, así como de contribuciones al seguro social eran menores en la región del Caribe que en el resto de los países analizados. Por ejemplo, mientras las rentas públicas provenientes de contribuciones al seguro social, representaban tan sólo 0,8% del PIB en el Caribe, estas correspondían a 5,3% en Canadá. Para que esta situación cambie, muchos factores deben conjugarse de tal manera que la región del Caribe tenga mayor disponibilidad de fondos para asignaciones presupuestarias. Entre estos factores se encuentran: la disposición y eficiencia de la recolección, niveles de ingreso de la población, los niveles de empleo y obviamente las perspectivas de crecimiento económico de la región.

1.4.2 Gasto en salud

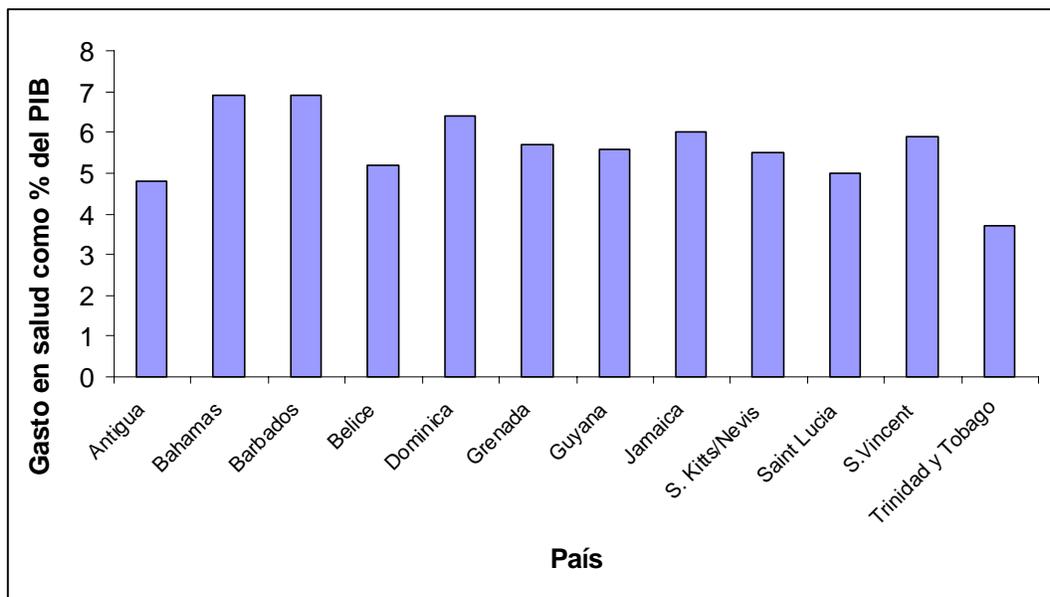
A continuación se presenta un análisis del gasto en salud (general y relativo) con la información de países seleccionados de las dos sub-regiones del Caribe analizadas en el presente documento. Esto sirve de base para describir la distribución que el gobierno hace de los recursos que obtiene de distintas fuentes.

1.4.2.1 Gasto en salud como porcentaje del PIB

Caribe Anglófono

Para proporcionar al lector con una idea general del gasto en salud, el siguiente gráfico presenta valores de este indicador como porcentajes del PIB.

Gráfico 1
GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB. CARIBE ANGLÓFONO. 2002



Fuente: OMS – Cuentas Nacionales de Salud.

En el gráfico anterior se observa la variabilidad en cuanto al porcentaje del PIB que es destinado al gasto total en salud. Una característica común a todos los países del Caribe anglófono es que, para el año 2002, este indicador no excedía el 7%. Los más altos gastos totales en salud como porcentajes del PIB, correspondían a Bahamas y Barbados en el año 2002 con 7% del PIB aproximadamente. Por otro lado, los gastos menores correspondían a Trinidad Tobago y Antigua.

Tabla 9
INDICADORES DEL GASTO EN SALUD. CARIBE ANGLÓFONO 2002

Pais	Gasto Total Salud % PIB	Gasto Público Salud como % Gasto en Salud	Gasto Privado Salud como % Gasto en Salud	Gasto Público Salud como % Gasto Público	Fondos de Fuentes Externas como % Gasto en Salud	Pagos de pacientes como % gasto privado salud	Planes Privados Prepagados % de gasto privado en salud
Antigua	4,8	68,6	31,4	14,1	1,1	100	n/a
Bahamas	6,9	48,6	51,4	14,6	n/a	40,3	58,6
Barbados	6,9	68,4	31,6	12,3	4,2	77,2	22,8
Belice	5,2	47,3	52,7	5,3	8	100	0
Dominica	6,4	71,3	28,7	12,2	0,5	100	n/a
Grenada	5,7	71	29	14,7	13,2	100	0
Guyana	5,6	76,3	23,7	11,1	2,6	100	0
Jamaica	6	57,4	42,6	5,9	4,1	61,8	32,5
S. Kitts/Nevis	5,5	62,1	37,9	9,7	4,7	100	n/a
Saint Lucía	5	68,4	31,6	11,5	0,1	100	n/a
S. Vincent	5,9	65,5	34,5	11,9	0,2	100	n/a
Trinidad y Tobago	3,7	37,3	62,7	5,7	6,6	85,8	7,5

Fuente: OMS – Cuentas Nacionales de Salud.

Tal y como puede observarse en esta tabla, en todos los países del Caribe anglófono, durante el año 2002, el gasto en salud correspondía a menos de 10% del PIB. Por otro lado, cuando se analiza la distribución del gasto entre los sectores público y privado, puede notarse que la mayor porción de dicho gasto era atribuida al sector público. Por ejemplo, en el caso de Dominica, Grenada y Guyana, el gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud correspondía a más del 70% durante el año 2002. Sin embargo, hay ciertas excepciones como en el caso de Trinidad y Tobago, Belice y las Bahamas, en los cuales el gasto privado en salud acaparó una mayor porción del gasto total, con valores de 62%, 52% y 51% respectivamente.

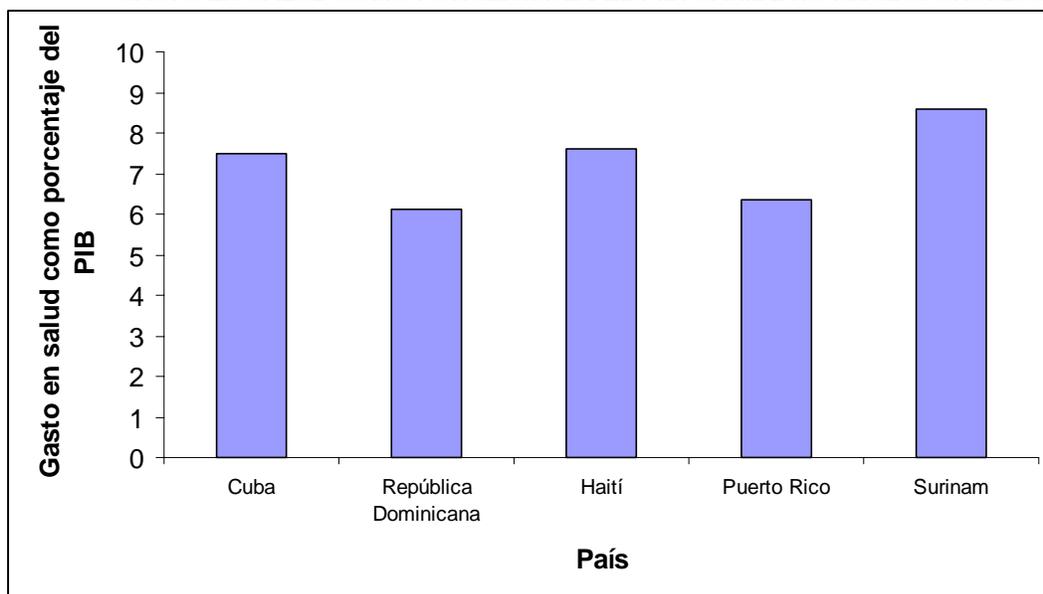
Con respecto a otras fuentes de financiamiento es importante mencionar que existe gran variabilidad en cuanto a los fondos que los distintos sistemas de salud han obtenido de la cooperación externa. El rango de dicha cooperación oscilaba entre un 0,1% del gasto en salud en Santa Lucía y un 13,2% del gasto en salud en Grenada durante el año 2002. En cuanto a los pagos de pacientes como porcentaje del gasto privado en salud, son raros los casos en los que el gobierno cubre parte de los mismos. Ejemplo de esto son los casos de Bahamas, Barbados, Jamaica y Trinidad y Tobago.

Caribe no anglófono

Al igual que en el caso del Caribe anglófono, en el siguiente gráfico se presenta una comparación del gasto total en salud como porcentaje del PIB en el Caribe no anglófono.

Gráfico 2

GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB. CARIBE NO ANGLÓFONO. 2002



Fuente: OMS – Cuentas Nacionales de Salud.

Tal y como puede observarse, los mayores gastos totales en salud como porcentaje del PIB se registraban en Suriname, Haití y Cuba para el año 2002. En esta sub-región, dichos gastos no excedían el 9% del PIB en ese mismo año.

Tabla 10
INDICADORES DEL GASTO EN SALUD. CARIBE NO ANGLÓFONO. 2002

Pais	Gasto Tot. Salud % PIB	Gasto Público Salud como % Gasto en Salud	Gasto Privado Salud como % Gasto en Salud	Gasto Público Salud como % Gasto Público	Fondos de Fuentes Externas como % Gasto en Salud	Pagos de pacientes como % gasto privado salud	Planes Privados Prepagados % de gasto privado en salud
Aruba	2,51*						
Cuba	7,5	86,5	13,5	11,3	0,2	75,2	0
República Dominicana	6,1	36,4	63,6	11,7	1,4	88,2	0,4
Haiti	7,6	39,4	60,6	23,8	15,6	69,5	n/a
Guadalupe	2,38**						
Guyana Francesa	2,34**						
Martinica	2,86**						
Puerto Rico	6,3						
Suriname	8,6	41,8	58,2	10,3	6,6	61,6	0,4

Fuente: OMS – Cuentas Nacionales de Salud.

*Corresponde a 1998.

**Corresponde a 1994.

Con respecto a este grupo de países, hay diversos aspectos relativos al gasto en salud que es necesario mencionar. En primer lugar, los gastos del sector privado como porcentaje del gasto en salud son superiores a los del gasto público en países como República Dominicana, Haití y Suriname, en los cuales para el año 2002 correspondían a aproximadamente 60%. Un caso particular es el de Cuba, país en el cual existe un dominio del gasto público. Existe además una gran variabilidad en cuanto a los fondos provenientes de fuentes externas, los cuales son bastante pequeños en algunos casos como el de Cuba (0,2% del gasto en salud) y mayores en otros caso como Haití (15,6% del gasto en salud). En cuanto a los fondos provenientes de la seguridad social como porcentaje del gasto en salud, puede notarse que en el año 2002, estos representaban más del 20% en República Dominicana y en Haití.

Sobre la base de lo anterior, a continuación se definen algunas iniciativas de reforma que han tenido como objetivo realizar cambios en las finanzas del sector salud.

1.4.3 Iniciativas de reforma o implementaciones de la misma relacionadas con el financiamiento del sector

Algunos otros ejemplos de iniciativas de reforma relacionados con las finanzas del sector salud incluyen:

(1) En Trinidad y Tobago, se han definido iniciativas para trasladar fondos del sector terciario al sector primario. Esto en parte se ha podido lograr a través de las Autoridades Regionales de Salud, las cuales pueden ejercer control sobre sus gastos mediante acuerdos de servicio establecidos con el nivel central.

(2) En República Dominicana el sistema de financiamiento será completamente reestructurado. Tendrá una naturaleza mixta, pero regulada y se espera que los recursos del estado se distribuyan a los grupos poblacionales más vulnerables en términos de pobreza. También se espera que la asignación de recursos se realice de una manera descentralizada a través de acuerdos de servicios.

(3) En Cuba, las reformas han logrado que el financiamiento del sector sea altamente descentralizado. Esto es posible gracias a la existencia de presupuestos municipales, a los cuales se asignan más del 90% de los recursos destinados a gastos públicos de salud. Además, se han diseñado algunos métodos para captar fondos externos, los cuales incluyen fuentes como la venta de productos farmacéuticos, atención de salud para pacientes extranjeros y asistencia técnica prestada por especialistas cubanos en el exterior.

1.5 Provisión

De manera general, la provisión de servicios de salud en el Caribe ha experimentado diversos cambios en los últimos diez años. Esto se debe a que la re-estructuración de los modelos de provisión se ha convertido en uno de los principales objetivos de los procesos de reforma en la región. Por otro lado, a pesar de que se han propuesto numerosas iniciativas para hacer que la provisión de servicios tenga un carácter preventivo, no en todos los países de la región se han mostrado avances en este respecto.

La provisión de servicios está organizada en niveles. En algunos países, existen tres niveles de atención, mientras que en otros como Guyana, debido a la infraestructura existente, solamente se cuenta con dos. Si bien la mayoría de los sistemas de salud del Caribe tienen definiciones operativas de sus niveles de atención, el grado de consenso es mayor para la atención de nivel primario de salud que para los niveles más complejos. El nivel primario está generalmente

integrado por una red de centros y puestos de salud, los cuales cuentan con un personal básico, integrado por médicos, enfermeras, funcionarios de salud visitantes de la comunidad, parteras, dentistas y personal auxiliar. Además, en este nivel generalmente se proveen servicios materno-infantiles (incluidas actividades como chequeos, vacunación, planificación de la familia) y se prestan generalmente servicios curativos sencillos, incluida la consulta médica general. Existen en algunos países como las Bahamas, Cuba y Trinidad y Tobago, centros menos complejos (i.e. puestos rurales) que complementan la labor de los centros de atención primaria, generalmente atendidos por profesionales auxiliares. Dichos centros son importantes en la medida que la disponibilidad de acceso a ciertas áreas sea problemática. En los niveles secundarios y terciarios, por otro lado, se prestan servicios más especializados por parte de profesionales a los cuales se han referido pacientes del nivel primario. Este proceso de referencia constituye uno de los principales problemas en el Caribe, ya que muchos casos que podrían resolverse en el nivel primario son referidos a niveles superiores, lo cual provoca un uso no óptimo de recursos humanos, financieros y sanitarios.

A continuación se presentan algunos ejemplos de las modalidades de provisión de servicios antes mencionadas en los países del Caribe anglófono y no anglófono. Estos ejemplos incluyen la articulación de los distintos niveles de atención, así como la disponibilidad de instituciones y centros proveedores de servicios.

Caribe anglófono

Los ejemplos de esta sección incluyen a Guyana, Trinidad y Tobago y las Bahamas.

Guyana

La provisión de servicios de atención primaria se canaliza a través de 7 distritos de salud, cada uno de los cuales cuenta con una red de clínicas y centros de salud. Cada clínica provee servicios básicos a una población aproximada de 3000 personas. Dentro de estos servicios se incluyen la salud reproductiva, cuidados médicos, nutrición, inmunizaciones, educación de salud y servicios de emergencia. Con respecto al sector secundario, los servicios son proporcionados en el Hospital Princess Margaret, el cual tiene una capacidad de 225 camas. Dichos servicios incluyen consultas especializadas (oftalmología, oncología, gastroenterología, entre otras), servicios de emergencia y de diagnósticos. Finalmente, no existe disponibilidad de atención en el nivel terciario por lo cual los casos que ameritan estos servicios son remitidos a islas vecinas. El financiamiento de estas referencias es en su mayoría privado.

Trinidad y Tobago

En Trinidad y Tobago, la población tiene opciones de servicios de los distintos niveles en los sectores público y privado. Los servicios correspondientes a la atención primaria en Trinidad y Tobago son proporcionados a través de una red de aproximadamente 104 centros de salud ubicados a lo largo del territorio, en los cuales se prestan consultas médicas generales, servicios de laboratorio, y consultas dentales generales.

En el país, un número limitado de proveedores ofrece servicios de atención secundaria y terciaria. Sin embargo, la disponibilidad de los mismos obedece a la pertenencia al sector público o privado. Por ejemplo, las unidades de cuidados intensivos sólo están disponibles en los hospitales del sector público, mientras que el trasplante de órganos –principalmente riñones- se efectúa tanto en el sector público como el privado. En el sector secundario, En cuanto al sector terciario, los servicios son ofrecidos por un número limitado de proveedores.

Bahamas

Los servicios de atención primaria son proporcionados a través de una red de clínicas comunitarias y hospitales tanto en el sector público como en el privado. Por otro lado, en el caso del sector secundario y terciario, existen dos hospitales públicos –el Hospital Princess Margaret y el Hospital Memorial Rand- que proveen servicios generales, especializados y de emergencia. También existe un hospital privado –El Doctor’s Hospital- que ofrece este tipo de servicios.

Caribe no anglófono

Los ejemplos de esta sección incluyen a Cuba, Puerto Rico y República Dominicana.

Cuba

El sistema de atención primaria incluía, para 2001, a más de 31,000 médicos y enfermeras, organizados en una red que incluye a 442 policlínicas, 64 hospitales rurales y 22,000 clínicas de medicina familiar. Con el desarrollo de un Sistema Integrado de Urgencias, se proveen servicios de emergencias a través de los médicos y enfermeras de familia. Por otra parte, los servicios hospitalarios forman una red de 270 hospitales que proveen servicios preventivos y curativos, así como servicios de rehabilitación, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia. Entre 1996 y 2000, se eliminaron aproximadamente 10,000 camas hospitalarias poco usadas, como producto de un aumento de cuidados ambulatorios y cuidados en el hogar.

Puerto Rico

Antes del proceso de reforma, el sistema de salud de Puerto Rico estaba organizado en dos sectores claramente definidos: el público y privado. El sector público proporcionaba servicios curativos y preventivos a la población en general. El Departamento de Salud proveía servicios médicos por región y de acuerdo a los niveles de complejidad de la atención (primaria, secundaria o terciaria). Había 6 regiones de salud divididas de acuerdo a sus perfiles epidemiológicos, cada una de las cuales cubría a 500,000 personas aproximadamente. En cada región existía un hospital regional que proveía servicios de atención terciaria. Dichas regiones estaban compuestas de 2 ó 3 áreas, cada una de las cuales contaba con un hospital de área que proveía servicios de atención secundaria a un grupo de entre 3 y 7 municipalidades. Por otra parte, dentro de estas municipalidades existían centros de salud o centros de diagnóstico y tratamiento que proveían servicios de atención primaria.

Después de la implementación del proceso de reforma, el sistema regional de atención fue modificado para permitir la privatización de instituciones públicas y de esta forma crear regiones en las que el gobierno financia un programa de seguro médico y el sector privado provee los servicios mediante un proceso de licitación. Sobre la base de lo anterior, el sistema actual consiste de instituciones públicas, instituciones –antiguamente públicas- privatizadas e instituciones privadas.

Republica Dominicana

El sector público, administrado por la Secretaría de Salud, cuenta con 4 niveles de administración: el nivel central –encargado de estándares y políticas-; el nivel regional –encargado de supervisar y apoyar la administración provincial en 9 regiones-; el nivel provincial –encargado de supervisar la provisión de servicios a través de redes de salud- y el nivel local –integrado por hospitales y centros de salud que proveen servicios directamente a los usuarios-.

Los servicios de salud están organizados en tres niveles dependientes de la complejidad. El nivel primario consiste de servicios ambulatorios y atención comunitaria. Existen en este nivel 1099 establecimientos de atención ambulatoria –operados por médicos generales, auxiliares de

enfermería y promotores de salud comunitaria- para atender problemas básicos. Actualmente se desarrolla un modelo que fortalezca este nivel de atención a través del establecimiento de unidades de atención primaria que cubran entre 500 y 700 familias en un área determinada y que provean un conjunto básico de servicios que incluya prevención, promoción, atención de emergencias y educación de salud. Por otra parte, los servicios del nivel secundario son ofrecidos en hospitales municipales o de área que proveen servicios especializados. En este nivel hay 126 establecimientos, cada uno de los cuales cuenta con aproximadamente 50 camas y al menos una sala de operaciones, equipo de radiología, un laboratorio, una farmacia y servicio de ambulancia. Finalmente, el los servicios del nivel terciario son proporcionados en hospitales regionales o en hospitales de referencia nacional. Estos incluyen 42 hospitales generales y especializados, dentro de los cuales se incluyen los que son administrados por instituciones benéficas.

1.6 Falencias actuales

La región presenta numerosos desatinos en cuanto a los sistemas de salud. Por ende, en esta sección se detallan algunas falencias generales que permiten tener una caracterización regional.

En primer lugar, la falencia más evidente es la que corresponde al avance de las reformas del sector. Aunque la mayoría de los procesos iniciaron a principios del los años 90, los avances no han estado acorde en comparación con los objetivos que se habían propuesto. Como prueba de esto se puede mencionar el reporte dado por la mayoría de países Caribeños sobre el avance incipiente y estado inicial de la implementación de las reformas. Ejemplo de esto es el estancamiento, en cuanto a implementación de objetivos de reforma, que sufren países y territorios del Caribe Anglófono como Antigua y Barbuda, las Islas Vírgenes Británicas, Santa Lucía y Grenada, así como países del Caribe no anglófono como Suriname y Haití. La viabilidad del cumplimiento de estos objetivos está en dependencia de algunos factores del entorno que se presentan en los distintos países, así como de la disponibilidad de fondos externos por parte de organismos internacionales como el Banco Mundial, la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, quienes han sido actores importantes en los procesos de reforma. Por otro lado, el entorno político determinará en gran manera la velocidad con la cual se puedan resolver las falencias actuales. En Haití, por ejemplo, los acontecimientos políticos de finales de los 90 contribuyeron al estancamiento mencionado anteriormente y no ha sido hasta años recientes que se ha producido ciertos avances en cuanto al marco legal de las reformas y al fortalecimiento del rol regulador del Ministerio de Salud.

En segundo lugar, es casi generalizada la falta de supervisión y regulación del sector privado de salud. Por ejemplo, en Belice, actualmente no se recoge información sobre las modalidades de provisión de los seguros privados. Sobre esta misma línea, en las Bahamas, sobre la premisa de que una de las principales responsabilidades del Ministerio de Salud es la regulación de todo lo relacionado a provisión de servicios en las Bahamas, estudios como el realizado por la Organización Internacional del Trabajo, han sugerido que esta es una de las áreas que necesita más fortalecimiento, sobre todo porque el sector privado de salud crece diariamente y por tanto debe existir regulaciones y políticas concretas con respecto al mismo. En República Dominicana por otra parte y de manera general, el sistema de salud está integrado por múltiples proveedores públicos y privados que operan sin tener claras pautas, un mínimo de reglamentos, con funciones superpuestas y sin la coordinación requerida para garantizar el acceso universal a servicios de salud eficientes y de buena calidad. Específicamente, no existen datos estadísticos en cuanto al número, tamaño, y composición del sector privado el cual como se mencionó anteriormente carece de supervisión adecuada. Esta situación se ha convertido en elemento de la agenda de reforma en algunos de estos países.

En tercer lugar, en la mayoría de los países del Caribe no existen sistemas de información adecuados que contribuyan a la toma de decisiones basadas en evidencia. En Guyana, por ejemplo, no hay sistemas computarizados de información que faciliten la administración de los recursos y el personal en los establecimientos de atención primaria. En Trinidad y Tobago, por otra parte, no se cuenta con información cuantitativa adecuada sobre cobertura efectiva o costeo de los servicios en el nivel de atención primaria. Además, no existe información sobre el grado de satisfacción de los usuarios de dicho nivel.

En cuarto lugar, los procedimientos de control de calidad de los servicios son inadecuados en muchos casos. Tal y es caso de Aruba y República Dominicana, donde los gobiernos han incluido la ausencia de dichos controles como una de sus principales desventajas.

2. Perfiles de los países del Caribe

2.1 Anguilla

2.1.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

En Anguilla la estructura poblacional es todavía relativamente joven. Existe un porcentaje considerable de personas entre los 15 y 49 años (2005), edades que corresponden a la población económicamente activa. Para tener una mejor perspectiva de las necesidades sanitarias de la población de Anguilla, a continuación se presentan variables que evidencian ciertos patrones demográficos.

Tabla 11

INDICADORES DEMOGRÁFICOS. ANGUILLA. 2004

Población (miles)	Densidad de Población	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
13	142,85714	100	23,77	44,1	1,6	1,7	76,9

Fuente: OPS – Health Core.

De acuerdo con datos del 2004 la población de Anguilla consistía de 13.000 habitantes. Si se tiene en cuenta la superficie territorial de la Isla (91 km²), esto implica una densidad poblacional de 143 personas por km² –dato comparable con el observado en las Islas Vírgenes Británicas y Antigua y Barbuda-. Un porcentaje de urbanización de 100% fue reportado. En el caso de Anguilla, dicho porcentaje implica que en las distintas comunidades deben existir ciertos servicios públicos y una cantidad considerable de personas, lo cual influye sobre las decisiones que las autoridades de salud hagan sobre la manera en que proveen sus servicios.

La tasa global de fecundidad ha caído por debajo del nivel de reemplazo, lo cual constituye un indicio del avance de la transición demográfica en la isla. Por otro lado, la esperanza de vida al nacer ronda los 77 años, un valor cercano al de otros países como Costa Rica y Panamá.

Consideraciones epidemiológicas

Durante el período 1997-2000, del total de muertes reportadas, el 70% correspondió al grupo poblacional mayor de 70 años, mientras que sólo el 3% correspondió a menores de un año –tasa de mortalidad infantil de 11.8 muertes por cada 1000 nacimientos–.

Durante ese período, las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades del aparato circulatorio, las cuales fueron responsables del 48% de las muertes registradas y presentaron tasas de mortalidad correspondientes a 300 muertes por cada 100000 habitantes en el caso de los hombres y 400 muertes por cada 10000 habitantes en el caso de las mujeres. Le siguieron en importancia el cáncer, con un 16% de las muertes registradas durante el mismo período y las causas externas (6%) y las defunciones causadas por enfermedades transmisibles.

Dentro del total de muertes por enfermedades del aparato circulatorio, el mayor porcentaje correspondió a la enfermedad isquémica del corazón, con una tasa de mortalidad de 68 defunciones por cada 100000 habitantes. Por otro lado, dentro de los tipos de cáncer, los más importantes correspondieron al cáncer de mama (17 defunciones por cada 100000 habitantes) y el cáncer de estómago (32 defunciones por cada 100000 habitantes).

Estos patrones de mortalidad constituyen indicios sobre la transición epidemiológica que atraviesa la isla. Por ejemplo, las enfermedades transmisibles –aunque no han desaparecido gracias al VIH/SIDA- han disminuido en importancia. En su lugar, han empezado a predominar enfermedades crónicas como la diabetes, la enfermedad isquémica del corazón y los accidentes entre otras. Como evidencia de esto, en el período 1995-2000, las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles correspondieron a 100 defunciones por cada 100000 habitantes.

Las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión han influido el perfil epidemiológico de la isla de manera significativa. Estas enfermedades afectan en su mayoría a los grupos poblacionales de edades más avanzadas. Para el año 2000, por ejemplo, el 52% y el 60% de los egresos hospitalarios por diabetes e hipertensión, respectivamente, correspondieron al grupo poblacional mayor de 60 años.

La obesidad, principalmente entre niños y mujeres constituye un problema de salud en Anguilla. Esto obedece a la constante falta de ejercicio y la carencia de una dieta balanceada.

Durante el período 1997-2000 se registraron 8 casos de HIV, distribuidos equitativamente entre hombres y mujeres del grupo de edad entre los 20 y 60 años. Para el año 2000, la incidencia de VIH/SIDA registrada correspondía a 250 casos por cada 1.000.000 habitantes.

Desarrollo Tecnológico

Hay limitaciones en cuanto a equipos y tecnología médica dentro del sector público. Actualmente se contrata a técnicos de Saint Kitts y Nevis para proveer soporte tecnológico. Los servicios de reparación de equipos dentro del hospital son llevados a cabo por personal de mantenimiento, dada la ausencia de un técnico biomédico entrenado. Por otro lado, en el sector privado hay disponibilidad de unidades de alta tecnología, tales como unidades de diálisis.

2.1.2 Tipología del sistema de salud

El sistema de salud de Anguilla se articula por medio de un modelo dual (Público y Privado). Dentro del sector público, el Ministerio de Salud y Desarrollo social es responsable por la administración de los servicios de salud, así como de la elaboración de políticas. El Ministro de Salud, es asistido en sus funciones por el Secretario de Salud, El Director de Planeamiento Sanitario y el Director de Servicios de Salud. Existe también un Concejo Médico, el cual regula las actividades del sector privado. Dentro de este sector, por otro lado, existen una serie de instituciones que pertenecen a médicos de la isla y que están ubicadas en sitios estratégicos (Cercanías de hoteles).

En Anguilla existe un compromiso para proveer los mejores cuidados posibles a toda la población. Un seguro de salud es otorgado por parte del gobierno a los funcionarios civiles. El presente esquema incluye beneficios médicos y un seguro de vida. Además, del empleado, también los dependientes están cubiertos por dicho esquema. El aseguramiento privado ha ido en aumento y está afiliado a firmas internacionales.

A pesar de que las reformas del sector salud –planteadas a partir de 1994- han pretendido hacer cambios significativos en la articulación del modelo descrito, éstos no pueden ser apreciados aún ya que solamente se cuenta con iniciativas de ley, tales como la Ley de Autoridad de Salud –se encuentra en circulación un borrador-, la cual será responsable por la provisión de servicios de salud en la Isla y para la cual una junta de proyecto fue nombrada en 2001. Otro punto de avance de la reforma que puede mencionarse corresponde a la instauración del Departamento de Atención Primaria en Salud en 1997.

Los objetivos principales de este proceso de reforma, para muchos de los cuales no se han implementado acciones todavía, incluyen: (1) re-organización de la estructura del sector salud; (2) elaboración de un mecanismo autónomo de provisión de servicios y (3) instauración de cobertura universal de los habitantes a través de paquetes básicos de salud garantizados por ley y (4) convertir a la salud mental en una prioridad.

Actualmente, se proveen servicios de atención gratuita a niños, ancianos mujeres embarazadas y personas pobres. Sin embargo, no existe información cuantitativa confiable sobre cobertura efectiva en los dos niveles de atención de la isla. Todos los empleados públicos –y sus dependientes-, incluyendo al personal de sector salud, están cubiertos por la seguridad social. Si se posee información sobre la cobertura de inmunización (BCG, Polio, DPT, Sarampión) de niños menores de un año, la cual alcanzó niveles por encima del 94% en el año 2000.

2.1.3 Aspectos financieros

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social es el ente responsable de la supervisión y el control de las finanzas del sector. Los gastos del sector son financiados por el Gobierno de Anguilla a través de impuestos directos e indirectos. Además, los fondos para proyectos de capital son recibidos de agencias y entidades internacionales como la Unión Europea. Actualmente no se han tomado medidas para modificar las fuentes de financiamiento.

El 9% del gasto total recurrente para salud es recolectado de pagos de usuarios por servicios dentales, farmacéuticos y hospitalarios. En el período 1999-2000, aproximadamente US\$30,000 fueron recolectados en el Hospital Princess Alexandra. Este dinero es depositado en el Fondo General Consolidado y no puede ser utilizado por el hospital.

La siguiente tabla muestra información relativa al financiamiento del sector salud en los diferentes sub-sectores.

Tabla 12
FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD. ANGUILLA. 1993-1999. (US\$)

	1993	1995	1997	1999
1. Sector Público	1 798 376	2 213 855	2 922 837	3 488 571
2. Sector Privado	110 701	125 461	199 262	250 923

Fuente: OPS – Perfiles de Países.

En la siguiente tabla se muestran otros aspectos importantes del gasto en salud.

Tabla 13
ASPECTOS DEL GASTO EN SALUD. ANGUILLA. 1993-2000

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gasto Público Per capita en Salud (US\$)	527	567	610	650	734	780	857	867
Gasto público en salud como % del gasto público total	14	14	14	15	16	11	14	13
Gasto total en salud como % del PIB	3	3	4	4	4	4	4	4

Fuente: OPS – Perfiles de Países. / Health Core.

Durante el período 1993-2000, se puede apreciar un incremento de 64% en el gasto per cápita en salud. En cuanto a gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, se observa cierta constancia durante el mismo período. Lo mismo sucede en el caso del gasto en salud como porcentaje del PIB, el cual se mantiene entre 3% y 4%. Además, es preciso señalar, que para el año 2000, el gasto en salud como porcentaje del PIB en los sectores público y privado, correspondía a 3,3% y 2,2%, respectivamente.

2.1.4 Provisión de servicios

A pesar de que existen mecanismos de prevención y promoción en la isla, la naturaleza del modelo de prestaciones es curativa. La provisión de servicios consta de los niveles primario y secundario. Por un lado, el nivel de atención primaria está organizado en cinco distritos sanitarios – cada uno con un centro de salud y límites bien definidos-. El nivel de atención secundaria, por otro lado, corresponde al Hospital Princess Alexandra, el cual tiene un nivel promedio de ocupación del

31% de su capacidad. Esto se debe en parte a que muchos habitantes prefieren buscar servicios fuera de la isla a pesar de que estos se encuentran disponibles localmente, lo cual debería constituir una señal de alerta para las autoridades sanitarias. No existe un nivel terciario de atención en la Isla.

2.1.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad política económica

Una de las mayores falencias actuales es la falta de información estadística en muchos ámbitos. Por ejemplo, en el nivel primario de atención no se cuenta con información cuantitativa adecuada sobre cobertura efectiva. Además, no existe información sobre satisfacción de los usuarios del sector. Por otro lado, las fuentes de financiamiento del sector salud son limitadas.

En cuanto a estos puntos, las reformas del sector salud incluyen las siguientes dentro de sus perspectivas de cambio: (1) El desarrollo de procedimientos y métodos para el mejoramiento de las finanzas, los recursos humanos, la satisfacción de usuarios y la administración general del sector y (2) el desarrollo de un sistema relaciones públicas para la atención al usuario y el respaldo de la calidad de atención.

2.2 Antigua y Barbuda

2.2.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

Tabla 14
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. ANTIGUA Y BARBUDA. 2004

Población (miles)	Densidad de Población	Porcentaje de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
68	154,4	38,1	28,1	47,9	0,5	2,3	71,6

Fuente: OPS-Health Core.

De acuerdo con datos del 2004, Antigua y Barbuda contaban con una población de 68000 personas aproximadamente. La densidad poblacional de la isla (154.4 habitantes por km²), era comparable con la existente en Anguilla y en las Islas Vírgenes Británicas. Para este mismo año, únicamente el 38% de la población residía en zonas urbanas.

La información sobre la tasa global de fecundidad, presentada en la tabla anterior, indica que el país se ubica justo por encima de la fecundidad de reemplazo. Por otro lado, la esperanza de vida al nacer ronda los 72 años. En el caso hipotético que estos patrones fecundidad y mortalidad se mantuvieran constantes en el futuro y que por ende la tasa de crecimiento anual se mantuviera en 0,5%, podría esperarse que la población de Antigua y Barbuda se duplicara en 138 años aproximadamente.

La estructura poblacional de Antigua y Barbuda refleja el avance de la transición demográfica. Para el año 2000, por ejemplo, el grupo de población menor de 15 años correspondía al 30% del total. En ese mismo año, se observaba el mismo porcentaje en el grupo poblacional entre los 30 y 44 años. Esto sugiere la existencia de dos 'baby-booms' bien definidos. El más reciente, ocurrido en 1990-1995 y el menos reciente en la década de los 60's.

Con relación a los porcentajes de muertes por grupos de edad, el grupo correspondiente a 65 ó más años figura como el más afectado (64% del total de muertes para el año 2000). Como es de esperarse, las principales enfermedades que ejercen su influencia sobre este grupo poblacional incluyen: la hipertensión, el cáncer, la diabetes y los factores relacionados con estas, tales como la obesidad y alto consumo de tabaco.

Consideraciones epidemiológicas

De acuerdo con datos del 2000, las enfermedades del aparato circulatorio (enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebro vascular) ostentaban el mayor porcentaje de muertes registradas (40%). Le seguían en importancia el cáncer (15%) –en su mayoría relacionados con la próstata, el estómago, los pulmones y las mamas; las causas externas (6,9%) –en su mayoría accidentes- y el VIH/SIDA (4,5%).

En cuanto a morbilidad, es importante tomar en cuenta el caso particular del SIDA. El registro de casos de VIH/SIDA comenzó en 1985 y para el año 2001 se contabilizaban 271 casos. En el año 2002, la incidencia de la enfermedad alcanzó los 59 casos por cada 1.000.000 de habitantes. En cuanto a estos casos, la relación mujer – hombre era de 5:1.

Esta enfermedad se ha convertido en un gran desafío para las autoridades locales de salud. El modo de transmisión más común es por la vía de relaciones heterosexuales. El grupo de edad entre los 15 y 19 años –especialmente las mujeres- constituye el más afectado.

En otro orden, durante el período 1996-1999 el número total de accidentes fue 3,922, con la mayor frecuencia (39%) en 1996.

Desarrollo Tecnológico

La tecnología de la información es importante para la salud pública de un país, ya que la disponibilidad de esta será un determinante próximo de la capacidad que tenga el gobierno de hacer llegar sus mensajes a las personas y de esta forma mantener comunicaciones directas que fomenten no sólo la participación social en materia de salud, sino también la prevención de muchos problemas que generalmente afectan a los diversos territorios por falta de información sobre como combatirlos. En este sentido, para el año 2000, existían en Antigua y Barbuda 417 receptores de radio por cada 1000 habitantes, 32,000 receptores de televisión, 34,000 líneas telefónicas y 3,000 usuarios de Internet.

Por otro lado, actualmente hay disponibilidad de equipo de alta tecnología en sector público, así como en el sector privado. Sin embargo, algunos servicios especializados como el cuidado intensivo y la diálisis –los cuales requieren cierta disponibilidad tecnológica- son proporcionados únicamente en el sector público. En el año 2000, existían 6 unidades de rayos x, las cuales produjeron 23,700 exámenes, pero las cuales sólo contaron con servicios parciales de mantenimiento, aspecto que continúa siendo un gran desafío para las autoridades de salud.

2.2.2 Tipología del Sistema de Salud

El sistema de salud de Antigua y Barbuda está conformado por dos sectores claramente definidos: (1) público y (2) privado. En el caso del sector público, el Ministerio de Salud y Mejoramiento Social es la dependencia gubernamental responsable de la provisión de servicios de salud pública. Este ministerio proporciona reglamentos y financiamiento a las instituciones encargadas de proveer los servicios de salud a la población del país. No existen dependencias intermedias o locales y por ende los servicios de salud pública son proporcionados únicamente desde el nivel central. Obviamente, la descentralización es mínima ya que todas las decisiones sobre políticas, recursos humanos y finanzas son tomadas por dicho nivel central.

Por otro lado, en el caso del sector privado, aunque este tiene un peso mucho menor que el público, puede mencionarse que se encuentra en constante crecimiento. Todos los servicios privados se encuentran centralizados en la ciudad. Este sector tiende a servir de apoyo al sector público, especialmente cuando existen carencias de equipos apropiados.

La Ley de Salud Pública de Antigua y Barbuda requiere que las instituciones del Gobierno provean servicios de salud sin costo a todas las personas menores de 16 años y mayores de 65 años. Este tipo de servicios es generalmente provisto en clínicas y centros de salud distritales. Por otro lado, todas las personas empleadas deben, por ley, convertirse en beneficiarios del Esquema de Servicios Médicos. Los beneficios provistos por este esquema incluyen: medicamentos, cuidados hospitalarios, servicios de diagnóstico, visitas médicas,

Una deducción del 3,5% del salario se destina al esquema de beneficios médicos. Además, cualquier persona puede convertirse en beneficiaria de dicho esquema siempre y cuando se certifique que sufre de enfermedades crónicas –hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedades cardio-vasculares, glaucoma-. Existen sin embargo, dos brechas de cobertura. La primera, provocada por las personas mayores de 16 años que no están empleadas y que por ende no son cubiertas. La segunda, causada por las personas mayores de 16 años y menores de 65 empleadas por cuenta propia, las cuales aunque lo desearan no son elegibles para ser cubiertas en el esquema de beneficios médicos.

La colaboración intersectorial con relación a programas de salud es promocionada entre entidades de salud del gobierno e instituciones privadas. Un ejemplo de esta colaboración es Comité Nacional sobre VIH/SIDA y el Comité Nacional de Nutrición y Alimentos.

El Sistema de Salud se ha mantenido intacto durante los años de independencia. Para el año 2000, no se tenía una clara definición de un proceso de reforma en Antigua y Barbuda. En ese mismo año, se encargó al Ministerio de Planificación elaborar un Plan Nacional de Desarrollo Estratégico para el período 2001-2004. Tal y como puede inferirse, las modificaciones al sistema aún son lentas y no forman parte de un proceso planeado. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, “las pocos cambios que han sucedido en la última década no califican como una transformación intensa” (PAHO, 2001).

En cuanto al esquema de seguridad social, las autoridades de salud de Antigua, no tienen información sobre los niveles de cobertura del mismo. Lo mismo ocurre con los seguros privados. Por ende, existen ciertas brechas de cobertura: las personas desempleadas entre los 16 y 65 años. Cabe señalar también que en Antigua y Barbuda no existe un paquete básico de beneficios de salud y tampoco un plan básico de salud al cual tengan acceso todos los ciudadanos.

2.2.3 Aspectos Financieros

El financiamiento del sector público de salud se realiza a través de fondos de impuestos generales, los cuales son administrados por el Ministerio de Finanzas. Por otro lado, otras fuentes importantes de financiamiento son: el esquema de beneficios médicos, los seguros privados y el Fondo de Seguridad Social. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, “los pagos de usuarios tienen un papel casi insignificante en el sector público, pero permanecen como la principal fuente de ingresos del sector privado” (PAHO, 2001). Finalmente, los niveles de financiamiento de agencias donantes han disminuido en los últimos años, lo cual se ha traducido en influencias únicamente en el desarrollo de recursos humanos.

En cuanto al gasto en salud, en 1999, aproximadamente 38% del presupuesto de salud fue gastado en los sectores secundarios y terciarios en conjunto. Los porcentajes gastados en atención primaria descendieron con respecto a los observados en 1997 (48%).

La siguiente tabla muestra algunos aspectos del gasto en salud.

Tabla 15
ASPECTOS DEL GASTO EN SALUD. ANTIGUA Y BARBUDA. 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
G. Total en Salud % de PIB	4,6	4,5	4,6	4,8	4,8
G. Público en Salud % G. Total en Salud	71,7	72,2	72,0	70,8	68,6
G. Privado en Salud % G. Total en Salud	28,3	27,8	28,0	29,2	31,4
Gasto Público en Salud % Gasto Público Total	14,5	13,9	14,1	15,0	14,1
Pagos privados de los hogares % Gasto Privado en Salud	100	100	100	100	100
Recursos Externos para la Salud % Gasto Total en Salud	3,9	3,8	3,8	3,4	1,1
Gasto Total per Capita en Salud (dólares internacionales)	433	448	466	507	527
Gasto Público per Capita en Salud (dólares internacionales)	311	323	335	359	361

Fuente: OMS – Cuentas Nacionales de Salud.

Durante el período 1998 – 2002, el gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud disminuyó en aproximadamente 4%, mientras que el gasto privado aumentó en un 10%. Esto constituye evidencia de la importancia que toma el sector privado a medida que pasa el tiempo. La disponibilidad de recursos externos también disminuyó durante el período analizado en la tabla anterior, ya que paso de casi 4% del gasto total en salud a solamente 1,1% -una disminución relativa del 70%-. Finalmente, el gasto per cápita en salud aumentó entre 1998 y 2002. Pasó de US\$433 a US\$527 –un aumento del 20%-.

2.2.4 Provisión de Servicios

En Antigua y Barbuda, los servicios de salud son proporcionados a través de las siguientes instancias: (1) el hospital Holberton, (2) el Hospital Mental, (3) el hospital Springview y (4) Una red de 27 clínicas comunitarias -9 de las cuales están clasificadas como centros de salud y 18 de las cuales prestan una pequeña cantidad de servicios de atención primaria-. Estas instancias conforman los niveles de atención primaria y secundaria de la isla, la cual está dividida en 6 distritos médicos, supervisados por un Oficial Médico de Distrito.

En cuanto a la atención primaria, de naturaleza universal y prestada en las clínicas antes mencionadas, se ofrecen servicios salud materno-infantil, educación en salud, salud mental comunitaria, nutrición, y visitas al hogar, entre otros. Los servicios de consulta y revisión son llevados a cabo casi en igual cantidad por médicos y enfermeras. Las razones de consulta más comunes en niños menores de 5 años corresponden a infecciones respiratorias y diarrea. Por otro lado, en otros grupos de edad, las consultas más frecuentes obedecen a hipertensión, diabetes y heridas. En las clínicas antes mencionadas, existe además un sistema de visitas a los hogares y efectuadas por médicos o por otro personal calificado.

Con respecto a servicios públicos del nivel secundario, estos son provistos en el Hospital Holdberton, el cual es el único que cuenta con un sistema informático de administración. En este hospital –con 141 camas- se atienden las especialidades de medicina general, ortopedia, cirugía, patología, radiología, pediatría y ginecología y obstetricia.

Es importante mencionar que la población siempre ha tenido y tiene actualmente libre derecho de elección en cuanto a los proveedores de servicios de salud y la ubicación de los mismos, es decir, no existe una red cerrada. Se ha sugerido la existencia de gran movilidad entre los sectores público y privado. Dicha movilidad obedece a la necesidad de una segunda opinión y/o a la disponibilidad y costo de los servicios requeridos.

2.2.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad política económica

Las falencias actuales dentro del sector salud de la isla se centran en las necesidades que emanan de un proceso de reforma. Actualmente, no existe una definición clara de un Programa y Plan de Reforma en la isla. El marco legal del sector salud ha permanecido constante, el rol regulador del Ministerio de Salud no ha cambiado y las funciones del sector no se han separado. Además, todo lo relacionado con el sistema de salud permanece centralizado.

Otras de las falencias que se pueden mencionar incluyen: la falta de sistemas de información dentro de las distintas instancias de salud, los cuales son claves para la toma adecuada de decisiones. Ejemplo de esta carencia es el hecho de que no se tiene información veraz sobre niveles de cobertura, tanto en el sector público como en el privado.

2.3 Bahamas

2.3.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

Tabla 16

INDICADORES DEMOGRÁFICOS. BAHAMAS. 2002

Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
317	89,7	28,56	52,8	1,1	2,2	67,4

Fuente: OPS – Health Core.

Los datos presentados anteriormente corresponden al año 2002. Las Bahamas es un archipiélago de 700 islas, en las cuales el 70% de la población se ubica en Nueva Providencia, la capital. De acuerdo con los datos presentados en la tabla anterior, en el año 2002, el archipiélago contaba con 317,000 habitantes aproximadamente. El tamaño de las islas que integran a las Bahamas, hace que la definición de urbanización esté muy relacionada con la concentración de la mayoría de personas en la capital, en la cual se contabilizó un porcentaje de casi el 90% residente en zonas urbanas.

Este archipiélago cuenta aún con un porcentaje importante de personas jóvenes (casi 30% menores de 15 años), producto de un 'baby-boom' ocurrido durante los 60 y 70. La tasa global de fecundidad se haya por encima del nivel de reemplazo, mientras que la esperanza de vida ronda los 67 años –muy por debajo de otras islas del Caribe como Aruba (79-80 años)-. Por otro lado, la mortalidad infantil –un indicador universal de la salud de los pueblos- se aproxima a las 15 defunciones de menores de un año por cada mil nacimientos (2002), un valor superior al que se observa en otros países latinoamericanos como Costa Rica. La situación de los patrones de mortalidad y fecundidad de las Bahamas indican que aunque la transición demográfica y epidemiológica han avanzado, este avance no es tan significativo como el observado en otras regiones caribeñas, lo cual puede evidenciarse por las actuales tasas de crecimiento que rondan el 1,1% anual el cual de mantenerse así –y si se asume que la fecundidad y la mortalidad fueran constantes en el tiempo- doblaría la población en aproximadamente 63 años.

En el año 2000, se registraron 1625 muertes, 28% de las cuales fueron atribuidas a enfermedades del aparato circulatorio, seguidas por enfermedades infecciosas (20%) –dentro de las cuales el VIH/SIDA y la desnutrición tuvieron un impacto considerable-. Seguidamente, se ubica el cáncer (14%) y las causas externas(13%).

Si se analizan las tasas de mortalidad para estas causas puede notarse que el período 1996-2000, la mortalidad en hombres y mujeres fue afectada en gran manera por las enfermedades del aparato circulatorio con tasas superiores a los 140 defunciones por cada 100000 habitantes. Un caso particularmente especial en el caso de los hombres fue el observado en relación a enfermedades infecciosas para las cuales se registraron tasas de mortalidad de casi 150 defunciones por cada 100000 habitantes. En cuanto a enfermedades infecciosas, el caso de las mujeres fue menos crítico. Finalmente, en el caso del cáncer y las causas externas, la sobre-mortalidad masculina fue evidente con razones de riesgo relativas a las tasas femeninas de aproximadamente 1.3 y 5, respectivamente.

Consideraciones epidemiológicas

Entre los años 1996-2000, el VIH/SIDA era la principal causa de muerte de los niños y niñas en el grupo de 1-4 años (18% del total de muertes). Dentro de este grupo de edad, le seguían en importancia las muertes por causas externas. Con respecto a los egresos hospitalarios, en el período antes mencionado, se registraron 4964 correspondientes a menores de 5 años –en su mayoría debido a infecciones respiratorias, lesiones y desnutrición. Los niños menores de 5 años son altamente vulnerables al abuso infantil. Por ejemplo, en Nueva Providencia casi el 50% de los casos de abuso correspondía a abandono y negligencia de los padres.

Con respecto a los adultos, en el periodo antes mencionado se registraron 3657 muertes entre las edades de 20 y 59 años, dentro de las cuales la mayor cantidad correspondían a hombres –razón de mortalidad de 1.7:1-. La principal causas de muerte de este grupo de edad es el VIH/SIDA, el cual fue responsable del 36% del total de muertes. Le sigue en importancia, en el caso de los hombres, la enfermedad isquémica del corazón y los accidentes relacionados con el transporte. Entre las mujeres, después del VIH/SIDA puede notarse la importancia del cáncer de mama y la diabetes. Por otro lado, se registraron 12,582 egresos hospitalarios relativos a este grupo de edad, con el VIH/SIDA y las lesiones dentro de las principales causas de egreso. El VIH/SIDA ha sido también responsable por el surgimiento de infecciones oportunistas y otras infecciones de transmisión sexual. Para infecciones oportunistas como la tuberculosis, se registró un aumento en el número de casos de aproximadamente 38% entre 1996y 2000, mientras que el sistema de vigilancia epidemiológica contabilizó 1632 casos nuevos de infecciones de transmisión sexual –específicamente sífilis y Chlamydia-.

Finalmente, las enfermedades del aparato circulatorio las principales causas de muerte en el grupo de personas mayores de 60 años.

Desarrollo Tecnológico

En cuanto a infraestructura general de tecnología de información, para el año 2001, el país contaba con 592 radorreceptores por cada 1000 habitantes, 23 televisores por cada 1000 habitantes, 111000 líneas telefónicas y 12000 usuarios de Internet, lo cual equivale al 4% de la población.

Con respecto a tecnología médica, las Bahamas es uno de los países del Caribe donde no se ofrecen servicios de radioterapia. De acuerdo con información del año 2000, las Bahamas contaban con 9 unidades de rayos X, las cuales tuvieron una producción de 46200 exámenes. Sin embargo, no se contaba con información relacionada a revisiones de calidad y mantenimiento de los equipos.

A pesar de esto, un programa conjunto, patrocinado por el Reino Unido ha empezado a promover programas de control de calidad de la tecnología médica en algunos países del Caribe.

En la isla no hay producción de productos farmacéuticos. Por otro lado, varias investigaciones clínicas han sido implementadas. Un ejemplo de estas se refiere al estudio Abbot, el cual examinó la eficacia de un Inhibidor de Proteasa en niños.

2.3.2 Tipología del sistema de salud

El sistema de salud de las Bahamas está integrado por un sector público y uno privado. Como parte de la re-organización del sistema de salud propuesto en las reformas se ha aumentado el papel regulador del Ministerio de Salud, el cual es el encargado de la provisión de servicios en el sector público. Como ente subordinado del Ministerio de Salud existe la Autoridad de Hospitales Públicos, la cual está encargada de la administración y la provisión de servicios hospitalarios y a través de la cual ha avanzado el proceso de descentralización. Otro ejemplo de dicha descentralización se evidencia en la creación de 57 clínicas comunales, y 54 clínicas satélite en Nueva Providencia y las Family Islands. Por otro lado, el Departamento de Salud Pública es el responsable de la provisión de servicios de atención primaria y el desarrollo e implementación de programas de salud pública. Aunque el sector público tiene un mayor peso actualmente, el avance – en cuanto a responsabilidades- observado en el sector privado no es nada despreciable.

Con respecto al sector no público, los médicos privados de la isla realizan sus prácticas individuales con respecto a servicios ambulatorios y en algunas instancias con respecto a hospitalización en un centro privado. Existe también un pabellón privado en el Hospital Princess Margaret, el cual es manejado por la Alianza de Médicos. Finalmente, es importante mencionar que el sector privado tiene una importante participación en el Programa Nacional de Detección de Cáncer de Mama.

Los servicios médicos públicos y privados están disponibles en hospitales y clínicas de las Bahamas. Dado que el gobierno ha hecho énfasis en su responsabilidad por garantizar acceso universal a servicios esenciales de salud, independientemente de la capacidad de pago, este subsidia el costo de niños, ancianos e indigentes.

En relación a la articulación antes mencionada, el Gobierno de Bahamas ha implementado reformas en el sector salud desde 1985. Sin embargo, éstas fueron más evidentes a partir de 1993. Las reformas han sido encausadas principalmente al mejoramiento de la red de seguridad social y a mantener un ambiente que fomente la inversión y la cooperación doméstica e internacional. El Ministerio de Salud se ha esforzado por desarrollar un sistema de toma de decisiones basado en evidencias, el cual permita una re-orientación efectiva de los servicios. Parte de este esfuerzo se estipuló en el Plan Estratégico Nacional de Servicios de Salud –terminado en el año 2000-, el cual busca la integración de la estrategia de promoción de salud en todos los niveles programáticos.

Sobre la base del perfil demográfico y epidemiológico, las áreas que se han determinado como prioridades incluyen la salud materno infantil, programas de combate al VIH/SIDA –con énfasis en grupos de adolescentes y personas menores de 50 años-, el abuso de drogas, la planificación familiar y las enfermedades crónicas así como las transmisibles. El Gobierno ha reconocido la necesidad de integración y cooperación entre el sector público y los organismos no gubernamentales en cuanto a la promoción de salud y provisión de servicios, a la vez que ha invertido en la infraestructura de salud tanto en Nueva Providencia como en las Family Islands.

2.3.3 Aspectos Financieros

De manera general, el sector salud de Bahamas se nutre financieramente de asignaciones presupuestarias –la fuente más importante- y fondos de la cooperación internacional. Entre 1999 y 2000, el Gobierno de Bahamas asignó un total de US\$ 132 millones al sector salud, lo cual representó casi un 15% del presupuesto nacional. La porción del presupuesto nacional que fue asignada al Departamento de Salud Pública, el cual maneja las clínicas comunitarias antes mencionadas ha venido en aumento.

Tabla 17
GASTO EN SALUD. BAHAMAS. 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
G. Total en Salud % de PIB	7,5	7,0	7,0	6,8	6,9
G. Público en Salud % G. Total en Salud	44,9	46,8	47,2	47,5	48,6
G. Privado en Salud % G. Total en Salud	55,1	53,2	52,8	52,5	51,4
Gasto Público en Salud % Gasto Público Total	13,8	14,4	14,3	13,6	14,6
Pagos privados de los hogares % Gasto Privado en Salud	40,3	40,3	40,3	40,3	40,3
Recursos Externos para la Salud % Gasto Total en Salud	n/a	n/a	n/a	0,2	n/a
Gasto Total per Capita en Salud (dólares internacionales)	1 032	1 031	1 089	1 043	1 074
Gasto Público per Capita en Salud (dólares internacionales)	464	482	514	495	522

Fuente: OMS – Cuentas Nacionales de Salud.

Nota: El gasto público en salud representó un 1% del PIB para el año 2003 según datos de BANDEINSA (Base de estadísticas e indicadores Sociales) CEPAL.

En el año 2002, el gasto público en salud como porcentaje del gasto total correspondió a 48,6%, lo cual correspondía a un aumento de cuatro puntos porcentuales con respecto a 1998. Por otro lado, el gasto privado en salud del año 2002, como porcentaje del gasto total en salud, disminuyó en casi 4 puntos porcentuales con respecto a 1998. Posteriormente, en el año 2004, el gasto en salud destinado al sector privado correspondió al 2% del PIB mientras que el gasto público correspondió al 3,1% en ese mismo año. Los fondos de la seguridad social no mostraron cambios dramáticos en el período analizado.

Dentro del sector salud, el Banco Interamericano de Desarrollo y la OPS/OMS son las dos agencias con mayor influencia financiera en cuanto a cooperación internacional. El BID apoya el Proyecto de Fortalecimiento del Sector Salud, el cual tiene como objetivos mejorar la calidad de la provisión de servicios y desarrollar la capacidad institucional de la Autoridad de Hospitales Públicos. La OPS/OMS por otra parte ha proporcionado fondos y se ha asociado con el Ministerio de Salud en programas para mejorar la infraestructura tecnológica de las Bahamas, así como mejorar los programas de combate a la epidemia del VIH/SIDA.

2.3.4 Provisión de Servicios

La provisión de servicios se organiza a través de los niveles primario, secundario y terciario, respectivamente. Bajo la dirección del Departamento de Salud Pública, los locales de atención primaria (clínicas comunitarias) ofrecen servicios ambulatorios, curativos y preventivos a lo largo del archipiélago. Además, un número de voluntarios ha sido capacitado –como primeros contactos de salud- en cada una de las Family Islands. También es importante mencionar que a través de las clínicas comunitarias se ofrecen servicios de rehabilitación comunitaria en islas como Abaco, Eleuthera y Long Island. Estos programas han sido exitosos en la rehabilitación de muchas personas discapacitadas en el nivel local. A pesar de la existencia de una considerable gama de

servicios en las distintas comunidades, la oferta de servicios de salud mental en las mismas es limitada.

Los hospitales Princess Margaret, Doctor's Hospital y el Memorial Rand, ubicados en Nueva Providencia y en Freeport, respectivamente, proveen servicios generales, especializados y de emergencia (niveles secundario y terciario). Sobre la misma línea, el Centro de Rehabilitación de Sandilands provee atención psiquiátrica, geriátrica y de rehabilitación.

Algunos servicios de diagnóstico son ofrecidos a través del sistema de salud pública y otros a través del hospital privado. Los laboratorios públicos realizan toda clase de análisis microbiológicos y clínicos. Hay un número pequeño de laboratorios privados con capacidad limitada de diagnóstico. Por otra parte, otros servicios, como los de rehabilitación para enfermedades cardiovasculares y accidentes vehiculares, son ofrecidos en los hospitales.

2.3.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica

Sobre la premisa de que una de las principales responsabilidades del Ministerio de Salud es la regulación de todo lo relacionado a provisión de servicios en las Bahamas, estudios como el realizado por la Organización Internacional del Trabajo, han sugerido que esta es una de las áreas que necesita más fortalecimiento, sobre todo porque el sector privado de salud crece diariamente y por tanto debe existir regulaciones y políticas concretas con respecto al mismo. Por otro lado, el mismo estudio también ha sugerido que el registro de aseguradores, bajo la jurisdicción del Ministerio de Finanzas, necesita enfocar sus intereses en los seguros privados para cerciorarse que exista una relación justa entre personas aseguradas y los aseguradores. Otro de los puntos que se necesita fortalecer es el relacionado con los sistemas de información a través de la re-organización de una unidad de planeamiento.

A la luz de los cambios propuestos en el Plan Estratégico Nacional de Salud, se requiere una mejor integración de las estrategias de promoción de la salud y el fortalecimiento de las funciones de la salud pública. También se requiere la identificación de grupos vulnerables para la focalización de programas específicos como los que ya se han establecido en relación al VIH/SIDA.

2.4 Barbados

2.4.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

Tabla 18
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. BARBADOS. 2002

Población (miles)	Porcentaje de población urbana	Porcentaje n de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
271	52,3	19,12	41,2	0,3	1,5	77,5

Fuente: OPS – Health Core.

Con una población de 271000 personas (2002) y una superficie de 430 km², Barbados es la nación más densamente poblada del Caribe. En la isla se registra un porcentaje de población residente en zonas urbanas equivalente al 52% lo cual indica cierta igualdad en relación a las

concentraciones de la población. Por otro lado, Barbados es un país con un proceso de transición demográfica bastante avanzado, lo cual se evidencia en la existencia de una tasa global de fecundidad por debajo del reemplazo (1,5 hijos por mujer) y una esperanza de vida al nacer cercana a los 78 años. Según datos del período 1996-2000, casi el 35% de la población se concentraba entre las edades de 25 y 44 años, lo que implica la existencia de un contingente considerable en la categoría de población en edad productiva. Además de los indicadores demográficos mencionados anteriormente, la tasa de crecimiento anual de Barbados está influenciada por tasa de migración neta negativa (i.e. la emigración supera a la inmigración). Dicha situación ha ayudado a moldear la estructura poblacional.

La existencia de un porcentaje considerable de personas en edad productiva implica la existencia de cierto perfil epidemiológico en el cual poco a poco adquieren mayor importancia las enfermedades crónicas, a pesar de que las enfermedades infecciosas no han perdido su importancia totalmente –gracias al VIH/SIDA-.

Para el año 2000, la tasa de mortalidad infantil había alcanzado las 13 defunciones por cada 1000 nacidos vivos, lo cual representaba un aumento del 20% con respecto a 1998. Este aumento puede atribuirse en parte a que muchos embarazos riesgosos en Barbados completan su término.

De manera general, las enfermedades del aparato circulatorio ocupaban el primer lugar en cuanto a muertes durante el período 1997-2000, con una tasa de mortalidad de 110 defunciones por cada 100000 habitantes. De manera más específica, la enfermedad cerebro-vascular, con una tasa de mortalidad de 62 defunciones por cada 100000 habitantes y el cáncer gástrico (37 defunciones por cada 100000 habitantes) Se constituyeron como causas importantes de muerte.

De manera específica, las principales causas de muerte en niños menores de 5 años correspondieron a las relacionadas con el período neonatal y las malformaciones congénitas. El VIH/SIDA, los accidentes de tránsito y las muertes violentas fueron las causas más importantes de muerte en el grupo de edad entre los 15 y 24 años, mientras que entre las personas entre los 45 y 64 años predominaron las muertes por enfermedades del corazón, la diabetes, enfermedad cerebro-vascular, cáncer y el VIH/SIDA.

Consideraciones epidemiológicas

En 1998 la incidencia de SIDA alcanzó niveles de casi 900 casos por cada 1.000.000 de habitantes. Para el año 2000, la prevalencia de SIDA se estimó en 2%. Del número total de casos reportados, 89% correspondieron al grupo poblacional entre los 15 y 49 años. Durante ese mismo año, la cantidad de personas portadoras del VIH ascendía a 2525. De estas se derivaron 1242 casos de SIDA que llevaron a 1025 muertes aproximadamente. El modo de transmisión más común, correspondió a relaciones heterosexuales. A pesar de que la razón Hombre/Mujer –con respecto al número de casos- se mantenido en valores de 3:1 y 2.5: 1 en años recientes, la importancia de los casos femeninos empieza a manifestarse.

En otro orden, la prevalencia de obesidad de la población de Barbados ha aumentado en los últimos años. Dicho aumento puede estar relacionado a la existencia de dietas con niveles altos de grasas, por un lado, y estilos y modos de vida sedentarios, por el otro. Información de la OPS indica que más de la mitad (58%) de las mujeres de Barbados presentan problemas de obesidad, en relación a un 30% en el caso de los hombres. Dado que la diabetes es un factor determinante de muchas enfermedades crónicas, dentro del grupo de personas de 40 años, el 40% experimentar presión alta, mientras que el 18% presenta diabetes.

Las enfermedades del aparato circulatorio –enfermedades cerebro-vasculares y enfermedad isquémica del corazón constituyeron las principales causas de enfermedad adulta en el período 1997-2000. Por otro lado, las mamas y la cérvix fueron los principales puntos de ubicación de los tipos de cáncer detectados, mientras que la próstata fue la ubicación más afectada en el caso de los hombres.

Desarrollo Tecnológico

Con respecto a infraestructura de tecnología de información, Barbados contaba, para el año 2000 con 876 radorreceptores por cada 1000 habitantes, 77,000 receptores de televisión, 11,000 líneas telefónicas y 5,000 usuarios de Internet. Esta infraestructura resulta relevante con respecto a la manera en que las autoridades sanitarias pueden hacer llegar sus mensajes sobre campañas para combatir ciertos problemas de salud como el VIH/SIDA.

En otro orden, la Universidad de las Indias Occidentales es el punto focal de investigaciones y tecnologías sanitarias en el país. El Ministerio de Salud ha realizado diversos estudios en conjunto con esta universidad, los cuales han contribuido a establecer modelos de atención y lineamientos para la administración clínica de enfermedades crónicas.

Barbados cuenta con 16 unidades de rayos X, las cuales para el año 2000 habían producido 37,000 exámenes. Los equipos de estas dependencias son mantenidos por personal local.

2.4.2 Tipología del Sistema de Salud

El sistema de salud de Barbados está integrado por un sector público –el cual regula el sector salud y provee la mayoría de los servicios- y un sector privado emergente. Dentro del sector público, la toma de decisiones en materia de salud es un proceso centralizado. Existe un Secretario Permanente de Salud, el cual maneja los asuntos administrativos, mientras que el Oficial Médico en Jefe se encarga de los aspectos técnicos y profesionales de los servicios de salud.

Existe un sector privado creciente el cual explota nuevos nichos de mercado. Este sector está integrado por más de 100 médicos generales y consultores que trabajan tanto individualmente como en grupo. Los proveedores de servicios de laboratorio y servicios radiológicos complementan la labor de los médicos.

En los centros de salud y hospitales públicos se proporcionan servicios médicos gratuitos a la población. Por otro lado, existen compañías aseguradoras privadas, las cuales comercializan planes de seguros, principalmente entre uniones de crédito, uniones comerciales y grandes organizaciones. Estimaciones de la cobertura de los seguros privados entre 1995 y 1996 oscilaban entre el 18% y 20% de la población, respectivamente.

Durante los 90, el gobierno de Barbados reconoció que la reforma del sector salud era crítica para mejorar la calidad de la atención, la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad financiera del sistema a largo plazo. Para hacer frente a algunas de las situaciones críticas del sector, se han tomado varias iniciativas, las cuales incluyen: reformas de salud mental, mejoramiento continuo y acreditación de la calidad, servicios destinados a los adultos mayores y cambios en el Hospital Reina Elizabeth. Finalmente, una política de colaboración con los proveedores del sector privado fue aprobada y se instauró un Comité de Auditoría en 1998 para revisar los aspectos administrativos del Hospital Reina Elizabeth.

2.4.3 Aspectos Financieros

Los servicios de salud de Barbados son financiados a través de gastos gubernamentales en servicios públicos proporcionados, pagos de pacientes y reembolsos a póliza-habientes por parte de las aseguradoras privadas. Las asignaciones al sector salud corresponden al 16% de los gastos totales gubernamentales. Durante el año 2000, los gastos del Ministerio de Salud fueron de aproximadamente US\$ 147 millones. Se estima que aproximadamente el 21% de estos gastos fueron asignados a la provisión de servicios preventivos (salud familiar, salud ambiental, salud dental) y a la promoción de salud. De las asignaciones hechas al Ministerio de salud, la mayor

porción fue destinada a la provisión de servicios de atención secundaria y terciaria –principalmente a través del hospital Reina Elizabeth-. En el año 2000, dicha porción correspondió al 39%.

En el caso del seguro social, el origen de los fondos incluye: Personas aseguradas – 5,25% del salario, personas auto-empleadas – 10,5% del ingreso, los empleadores – 5,25% de la planilla.

En cuanto a la cooperación internacional, el Ministerio de Salud ha recibido apoyo de Organización Panamericana de la Salud, el Centro Caribeño de Epidemiología y el Banco Interamericano de Desarrollo, entre otros.

La siguiente tabla muestra información sobre algunos indicadores relacionados al gasto en salud de Barbados.

Tabla 19
GASTO EN SALUD. BARBADOS. 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
G. Total en Salud % de PIB	6,0	6,1	6,2	6,7	6,9
G. Público en Salud % G. Total en Salud	65,4	65,4	65,8	67,6	68,4
G. Privado en Salud % G. Total en Salud	34,6	34,6	34,2	32,4	31,6
Gasto Público en Salud % Gasto Público Total	11,8	12,0	12,0	12,2	12,3
Pagos privados de los hogares % Gasto Privado en Salud	76,5	77,2	77,3	76,9	77,2
Recursos Externos para la Salud % Gasto Total en Salud	4,5	4,2	4,0	4,4	4,2
Gasto Total per Capita en Salud (dólares internacionales)	820,6	875,9	922,3	993,2	1 017,6
Gasto Público per Capita en Salud (dólares internacionales)	536,5	573,2	606,8	671,0	696,0

Fuente: OMS - Cuentas Nacionales de Salud.

Para el año 2003 el gasto público y el privado en salud representaron 6,7% y 1,9% respectivamente del PIB según cifras de la OPS.

En cuanto al gasto total en salud como porcentajes del PIB, los valores mostraron un aumento pequeño pero sostenido -15%- en el periodo 1998-2002. El gasto público en salud aumentó en 3 puntos porcentuales durante el período analizado, mientras que el gasto privado como porcentaje del gasto total en salud disminuyó por el mismo valor. Otro rubro que ha mostrado aumentos importantes es el Gasto Público en Salud como porcentaje del Gasto Total en Salud, el cual pasó de 65% en 1998 a 68% en 2002.

2.4.4 Provisión de Servicios

El sector salud de Barbados cuenta con tres niveles de atención representados por las policlínicas y los hospitales distritales, los cuales –de manera respectiva- proveen servicios ambulatorios, especializados y hospitalarios- y manejan un sistema de referencias entre si. La atención primaria es todavía una parte integral del sistema de provisión de servicios.

Los servicios ambulatorios son prestados por el sector público y privado. Un estudio de 1996 concluyó que el sector privado atendió el 55% de los casos ambulatorios en el nivel primario y secundario. Además, este sector proporcionó el 87% de los servicios dentales ambulatorios, los cuales fueron financiados por los consumidores a través de pagos personales o un seguro privado. Las policlínicas también proveen servicios ambulatorios que se extienden inclusive a los sectores catalogados como rurales, los cuales incluyen salud materno-infantil, servicios dentales, y visitas médicas. Con el objetivo de reducir el número de casos que no constituyen emergencias, se instituyó en 1999 un sistema de seguimiento de las policlínicas más cercana al Hospital Reina Elizabeth.

Existe también un sistema de referencia entre las instituciones del sector público y las instituciones del sector privado para la provisión de servicios especializados. Estos servicios incluyen ultrasonido, mamografías, resonancia magnética, diálisis renal y servicios de laboratorio, los cuales son pagados por persona. Por otro lado, con el fin de revertir las tendencias actuales de la epidemia del VIH/SIDA, el gobierno ha implementado una campaña agresiva con un enfoque multisectorial.

2.4.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad política económica

Actualmente se requieren progresos en los programas de mejoramiento de la calidad de la atención, los cuales han sido contemplados en las reformas y los cuales son viables económicamente por medio de la cooperación internacional. Además, se requieren mayores progresos en el sistema de referencias entre las policlínicas y los hospitales, los cuales hasta el día de hoy atienden una gran cantidad de casos que podrían ser resueltos en el sector primario, con lo cual se alcanzaría mayor calidad y eficiencia en zonas rurales.

Debe haber mayor énfasis en grupos vulnerables, principalmente con respecto al VIH/SIDA (15-44 años) y las enfermedades del aparato circulatorio (30 años en adelante – principalmente en hombres-).

Con respecto a las finanzas, se necesitan explorar nuevas estrategias para modificar la combinación actual de fuentes de financiamiento.

La viabilidad económica de estrategias que busquen mitigar el efecto de estas falencias estará en dependencia de la cooperación internacional y la instauración de una combinación adecuada de fuentes de financiamiento.

2.5 Belice

2.5.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

Tabla 20
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. BELICE. 2002

Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional (%)	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
261	48,5	36,96	70,1	2	3	71,3

Fuente: OPS – Health Core.

Belice es la república más joven de América Central. Sin embargo, debido a su situación geográfica esta nación tiene un vínculo estrecho con el Caribe. De acuerdo con datos del 2002, contaba con 261,000 habitantes, la mayoría de los cuales se asienta en localidades como Belice City, Stann Creek y Belmopan. Es un país significativamente influenciado por la inmigración y la convivencia de distintas etnias. El porcentaje de urbanización, es inferior al 50% y la razón de dependencia demográfica está claramente influenciada por la concentración del 37% de la población en el grupo de menores de 15 años. Esta situación determina uno de los principales

blancos de las autoridades sanitarias, las madres, los niños y los jóvenes, los cuales están expuestos a una serie de enfermedades y riesgos propios de los grupos de edad a los que pertenecen.

En el año 2000, la tasa de mortalidad infantil era de aproximadamente 21 defunciones de menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos. Por otro lado, la tasa global de fecundidad se encuentra aún por encima del nivel de reemplazo, mientras que la esperanza de vida al nacer (71 años) muestra cierto rezago. Los valores de estos indicadores constituyen evidencia empírica de la etapa temprana de transición demográfica y epidemiológica en la que se halla Belice.

En cuanto a la mortalidad, el VIH/SIDA y algunos brotes de cólera han hecho que las enfermedades transmisibles mantengan un considerable grado de importancia (13% del total de muertes). Sin embargo, para el año 2002, las principales causas de muerte fueron las enfermedades del aparato circulatorio, las cuales fueron responsables del 30% de las muertes registradas. Las causas externas, por otra parte, ocuparon el segundo lugar de importancia (14%). La distribución geográfica de la mortalidad mostró una alta concentración de la misma en el distrito de Belice (42% del total de muertes), seguido por los distritos de Cayo y Orange Walk.

Consideraciones epidemiológicas

En las últimas dos décadas se han presentado enfermedades nuevas y re-emergentes. La más importante de éstas ha sido el VIH/SIDA. El primer caso se reportó en 1986 y para el año 2001 se habían contabilizado 1773 casos de VIH, los cuales se tradujeron en 420 casos de SIDA y 292 muertes –con una particular importancia entre los 20 y 59 años-. El modo de transmisión más común corresponde a las relaciones heterosexuales. Esta situación ha servido de base para la aparición de ciertas infecciones oportunistas como la tuberculosis, para la cual se registraron 181 casos a finales de la década de los 90.

La diabetes mellitus y la hipertensión también han influido activamente en la definición del perfil epidemiológico del país. Los accidentes de tránsito y la violencia también han cobrado importancia ya que las tasas de mortalidad por estas causas aumentaron un 50% entre 1995 y 2000. Finalmente, la violencia familiar es otro factor que atenta contra la salud de las personas. De acuerdo con un reporte del Ministerio de Salud, para el año 2000 se registraban 562 casos de violencia familiar –principalmente concentrada en el distrito de Belice-

Desarrollo Tecnológico

En el año 2000, en términos de infraestructura tecnológica de información, se contabilizaban 42,000 receptores de televisión, 32,000 líneas telefónicas y 12,000 usuarios de Internet.

Por otro lado, la disponibilidad de tecnología médica es limitada en Belice. Para el año 2000, existían 14 equipos de radio-diagnóstico, aproximadamente 8 laboratorios por cada 100000 habitantes y un solo banco de sangre.

2.5.2 Tipología del Sistema de Salud

El sistema de salud de Belice está integrado por el sector público y un sector privado dentro del cual existen instituciones ‘con’ y ‘sin’ fines de lucro. Con respecto al sector público, el Ministerio de Salud es el encargado de la elaboración de políticas, la búsqueda y consecución de medios financieros y la provisión e servicios a través de una red de hospitales y centros de salud en los distintos distritos del país. Existen cuantiosas brechas en cuanto al acceso a servicios de salud por parte de la población rural y urbana y entre las personas en los diferentes deciles de ingreso.

El sector privado es limitado en términos del número de proveedores y rango de servicios. Tal y como se mencionó anteriormente el sector privado está integrado por instituciones con fines lucrativos e instituciones sin fines de lucro. Las instituciones privadas se encuentran registradas

como negocios ya que la legislación existente se enfoca únicamente en el sector público. Además, es importante mencionar que no existe una legislación que regule las actividades de las instituciones sin fines de lucro. Aunque existe una instancia llamada Servicios de Seguridad Social de Belice (BSSS por sus siglas en inglés), el rol de ésta no ha sido bien definido por lo que se ha planteado la creación de un esquema mejorado de seguridad social. El seguro de salud no es parte de los beneficios ofrecidos por el esquema de seguridad social existente. Sin embargo, una iniciativa de reforma, ha propuesto el uso conjunto de impuestos a la nómina salarial e impuestos generales para crear un Seguro Nacional de Salud que funcione bajo la Seguridad Social. Por otro lado, el Ministerio de Salud actualmente recolecta información sobre las diferentes modalidades de los seguros privados ofrecidos, los cuales han ido en incremento en los últimos años. Los seguros ofrecidos por el sector privado no ofrecen pólizas individuales sino únicamente esquemas colectivos para las principales compañías que operan en el país. Se estima que aproximadamente 10% de la población económicamente activa y sus familias están cubiertas por seguros privados.

El proceso de reforma del sector salud –financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo– consta de cuatro componentes principales:

- Políticas del sector salud y financiamiento: Este componente se refiere al desarrollo de la función rectora, el control financiero, asignación de recursos y garantía de la calidad en los servicios, por parte del Ministerio de Salud.
- Fortalecimiento de la descentralización, integración y administración: Con respecto a este componente, la autonomía en cuanto a la presupuestación y la planificación, así como en cuanto a la toma de decisiones, se da a las autoridades regionales y distritales. En otro orden, este componente contempla la institución de sistema de referencia y colaboración entre los sectores públicos y privados.
- Rehabilitación y reestructuración de las instalaciones de salud: Este componente se refiere a la selección de algunas instalaciones para su debida rehabilitación, con el fin de asegurar ganancias en cuanto a la provisión de servicios y en cuanto a la eficiencia de los mismos. Además, dentro de este componente se contempla el fortalecimiento de las instalaciones de atención primaria.
- Administración de recursos humanos: Esto se refiere al desarrollo de las políticas del Ministerio de Salud en cuanto al desarrollo de los recursos humanos por medio de programas educativos y de entrenamiento en el trabajo.

El proceso de establecimiento de los componentes de la reforma del sector salud, antes mencionados, obedece a numerosas realidades dentro del ámbito de la salud. En primer lugar, constituye una respuesta contra la estructura tradicional del sistema de salud, construida sobre un sistema verticalmente integrado, sin una clara separación entre las funciones de regulación, financiamiento, compra y provisión de servicios, lo cual ha conducido a considerables niveles de ineficiencia, falta de satisfacción de los usuarios e insuficiente calidad por parte de los proveedores de servicios.

De acuerdo con un estudio presentado en el año 2005 para la Asociación Internacional de Seguridad Social (ISSA por sus siglas en inglés), propone que la ventaja de promover la separación de funciones estará determinada por la capacidad que tenga Belice para introducir una agencia nueva que se dedique a la compra de servicios y que estimule la creación de un mercado interno que delimite las barreras entre los proveedores y los entes que financian los servicios de salud. En este sentido, el Comité de Revisión de la Reforma del Sector Salud, comisionado por el Primer Ministro de Belice, aprobó el proceso de esquetización del de un Sistema Nacional de Seguro de Salud.

En abril de 2001, se estableció el Fondo Nacional del Seguro de Salud (NHIF por sus siglas en inglés), con el propósito de desarrollar un sistema universal de seguro de salud que garantice la disponibilidad de servicios de salud de calidad para la población de Belice. Como parte del proceso de reforma del sector salud, el Gobierno de Belice definió que el NHIF sea establecido como el instrumento primordial de financiamiento y como comprador de servicios de salud personales, tanto públicos como privados.

Para probar los instrumentos que fueron desarrollados como parte de este modelo, se diseñó un proyecto piloto –por parte del Ministerio de Salud y la Junta de Seguridad Social. Como parte del marco de monitoreo y evaluación, se recolectaron datos de manera periódica para supervisar la implementación del proyecto piloto. La introducción del NHIF creó un nuevo paradigma para el sistema de salud, ya que éste separa claramente las funciones de regulación, financiamiento, compra y provisión de servicios.

Es importante mencionar que la implementación del NHIF se realice con el fin de atacar el problema de ineficiencia e inequidad en el gasto del sector salud. Por otro lado, y de acuerdo con los objetivos generales de la Reforma del Sector Salud en Belice, se establecieron objetivos específicos en términos de las capacidades a ser desarrolladas.

Estos incluyen:

- Fortalecimiento de la función reguladora del Ministerio de Salud como conductor del sistema de salud.
- La descentralización de responsabilidad desde el nivel central hacia los niveles locales con el fin de que éstos puedan dar mejores respuestas a las necesidades de los usuarios.
- Introducción gradual de la competencia (en eficiencia y calidad) entre proveedores privados y entre proveedores del Ministerio de Salud y otros proveedores privados, para permitir una diversidad de servicios.

2.5.3 Aspectos Financieros

En primer lugar, el sector público de salud es financiado por el Gobierno Central. Existen mecanismos de recuperación de costos correspondientes a admisiones hospitalarias y pruebas diagnósticas, pero las cantidades recibidas son mínimas. Los fondos recaudados no pueden ser utilizados por las instituciones. En segundo lugar, la Junta de Seguridad Social de Belice provee US\$ 500,000 al año al Ministerio de Salud por servicios relacionados con el trabajo, prestados a empleados. En tercer lugar, la cooperación y los préstamos internacionales han sido una fuente importante para financiar los distintos programas de salud en Belice. En el año 2001, por ejemplo, el gobierno de Belice firmó un préstamo –por un monto de US\$ 18,126,000- para cubrir los costos estimados del proceso de reforma del sector salud. Dentro de las principales fuentes de este préstamo se encontraba el Banco Interamericano de Desarrollo.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, se planea que en el futuro cercano, el Fondo Nacional de Seguridad Social obtendrá contribuciones de empleadores y empleados para apoyar el financiamiento de los gastos públicos de salud.

Con respecto a los gastos relacionados al sector salud, la siguiente tabla muestra ciertos aspectos de interés.

Tabla 21
ASPECTOS DEL GASTO EN SALUD. BELICE. 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
G. Total en Salud % de PIB	4,9	5,1	5,0	5,2	5,2
G. Público en Salud % G. Total en Salud	51,7	48,6	48,0	45,1	47,3
G. Privado en Salud % G. Total en Salud	48,3	51,4	52,0	54,9	52,7
Gasto Público en Salud % Gasto Público Total	5,6	5,5	5,3	5,0	5,3
Pagos privados de los hogares % Gasto Privado en Salud	100	100	100	100	100
Recursos Externos para la Salud % Gasto Total en Salud	3,6	3,1	2,9	8,5	8,0
Gasto Total per Capita en Salud (dólares internacionales)	228	251	263	291	300
Gasto Público per Capita en Salud (dólares internacionales)	118	122	126	131	142

Fuente: OMS. Cuentas Nacionales de Salud.

Tal y como puede observarse, dentro del gasto total en salud, el porcentaje que era asignado al sector público en 2002, disminuyó en un 7% con respecto a las asignaciones de 1998. Lo contrario sucedió con el gasto privado en salud como porcentaje del gasto total. Por otro lado, las contribuciones de la seguridad social al gasto público en salud aumentaron en un 75% durante el período 2001-2002. Finalmente, los recursos externos han aumentado y siguen constituyéndose como el principal 'combustible' de programas tales como la reforma del sector.

2.5.4 Provisión de Servicios

Los servicios públicos de salud están enfocados en la atención primaria. Actualmente existen en Belice 76 instituciones públicas prestadoras de servicios de salud distribuidas en el territorio, entre las cuales se encuentran 39 centros de salud, 37 puestos rurales de salud. Estas instalaciones proporcionan servicios tales como salud materno-infantil e inmunizaciones. Muchos de los servicios de estos centros también llegan a comunidades remotas a través de clínicas móviles cada 6 semanas para tratar de aminorar la brecha existente en cuanto al acceso a salud de las personas del sector rural y urbano.

El país también cuenta con programas especiales que proveen los siguientes servicios a la población: educación sobre maternidad responsable, promoción de la nutrición materna. También se proveen información sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, así como programas de planificación familiar. Por otro lado, las instituciones públicas proveen servicios a los adultos mayores a través del Ministerio de Desarrollo Humano. Hay dos instalaciones para este propósito, operadas por el Helpage de Belice y el Ejército de Salvación.

Por otro lado, los servicios de laboratorio proveen diagnósticos, servicios de vigilancia y administración de pacientes. El Laboratorio Médico Central está en Belice City. Este centro está encargado de la supervisión técnica de los laboratorios el país y da sugerencias sobre compra de equipos y mantenimiento de los mismos. También supervisa Banco de Sangre. En total hay 22 laboratorios, 7 en el sector público y 15 en el privado.

Existen 8 hospitales, 3 de los cuales son hospitales regionales que funcionan como centros de atención primaria. La atención secundaria también se brinda en algunos de estos hospitales. Uno de los hospitales, el Hospital Memorial Kart Heusner, funciona como un centro nacional de referencia. Este provee servicios de emergencia, cirugía, rayos x. laboratorio y farmacia, medicina interna y pediatría. Actualmente no existen protocolos estandarizados para la referencia internacional de pacientes.

2.5.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad política económica

Actualmente, el Ministerio de Salud no recoge información sobre las modalidades de provisión de los seguros privados. Esta situación, debe ser analizada por las autoridades de manera que se incluya cierta legislación correspondiente en la implementación de las reformas de salud.

La escasez de tecnología médica es otro de los puntos que se pueden señalar dentro de las falencias actuales del sistema. Por otro lado, no existe un paquete básico de servicios, el cual ha sido un punto vital en los procesos de reforma del Caribe. Sobre la misma línea, la administración de medicamentos en el sector público no cuenta con presupuesto suficiente, lo cual ha provocado déficit en las reservas de los mismos. Finalmente, la ausencia de un sistema de referencia internacional de pacientes es otro punto que debe incluirse en las agendas actuales de acción.

Las reformas se han referido a algunos de estos puntos, pero dado que se encuentran en un proceso de implementación y evaluación no se han producido cambios suficientemente drásticos en relación a los mismos.

2.6 Grenada

2.6.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

Tabla 22
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. GRENADA. 2002

Población (miles)	Porcentaje de población urbana	Porcentaje n de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
89	41,5	34,46	61,2	-0,3	2,4	64,5

Fuente: OPS – Health Core.

Grenada se ubica en el extremo meridional de las Islas de Barlovento y es un Estado tri-insular que abarca las islas de Grenada, Carriacou y Petite Martinique. Grenada está situada aproximadamente a 100 millas al norte de Venezuela y 90 millas al sudoeste de Barbados.

La tasa anual de crecimiento de la población es de $-0,3\%$. El censo de 1991 indicaba que los municipios más poblados eran St. George's y St. Andrew's, con 31.994 y 22.425 habitantes, respectivamente. El ritmo del desarrollo en la parte meridional de St. George's, particularmente en los sectores del turismo y la fabricación, ha dado lugar a un aumento del número de personas que emigran a estas áreas de otras partes del país para buscar empleo.

La estructura de población es joven, con 47% de la población menos que 20 años de edad. La esperanza de vida se calculó en 64,5 años para los hombres y 73 para las mujeres. Los nacidos vivos totales fueron 1.791 en 1999 con una tasa bruta de natalidad de 18,3 por 1.000 hab. La tasa global de fecundidad de 1996-2000 promedió a 2,8 niños por mujer en edad fecunda. 51% de los pobres son menores de 20; 40% son menores de 5 años de edad, y 38% son los niños en edad escolar.

La tabla siguiente muestra información sobre otros indicadores demográficos correspondientes al año 2002.

Tabla 23
INDICADORES DEMOGRÁFICOS ADICIONALES. GRENADA. 2002

Causa	Valor
Tasa Mortalidad Infantil(x1000 nv)	14,3
% anual de defunciones por enfermedades infecciones intestinales (enfermedades diarreicas agudas-EDA) (menores de 5 años)	4
% de defunciones por IRA	4
Tasa estimada de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio (x100000 hab.).	308,4
Tasa estimada de mortalidad por neoplasias (x100000 hab.)	128,9
Tasa estimada por mortalidad por causas externas	38,6
Tasa de estimada de mortalidad por enfermedades transmisibles (x100000 hab.)	80,1

Fuente: OPS – PAHO Health Core.

Como se deduce de la tabla, Grenada se caracteriza por el predominio de enfermedades crónicas y degenerativas, lo que impacta el gasto en salud del país. De ahí los esfuerzos nacionales por implementar procesos de reforma dirigidos a promover la eficiencia de los recursos públicos en salud.

Consideraciones epidemiológicas

Durante 1997-2000, las causas principales de morbilidad notificadas entre los niños de (0-4) años mostraron una prevalencia continua de las infecciones respiratorias agudas, la gastroenteritis y la diarrea. Las enfermedades del aparato circulatorio siguieron siendo las principales causas de mortalidad, siendo la origen cardio pulmonar y otras formas de cardiopatía, las enfermedades cerebro-vasculares, y la cardiopatía isquémica los contribuyentes más importantes

Según los datos, las infecciones respiratorias fueron la causa principal de morbilidad durante los cinco últimos años. Otras causas significativas fueron la diabetes mellitus, la hipertensión, otras formas de cardiopatía, las enfermedades del aparato urinario y digestivo, y las afecciones originadas en el período perinatal. Las principales causas de mortalidad son: las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias y las enfermedades del aparato respiratorio. Entre las diez causas más importantes, las lesiones, la intoxicación y algunas otras consecuencias de causas externas ocupaban el quinto lugar.

Desarrollo Tecnológico

Para el año 1999, en había una disponibilidad de 0.001 laboratorios clínicos por cada 1000 habitantes en el sector público. En el caso del sector privado se contaba con el doble de disponibilidad en ese mismo año. Una relación similar se presentaba en el caso del equipo de radio-diagnóstico, para el cual, en el sector privado se presentaba el doble de disponibilidad (0.004 por 1000 habitantes Vs. 0.002 por 1000 habitantes).

En años recientes, el equipo de alta tecnología que está disponible en el sector de salud público está ubicado en el Hospital General, en la capital. Los otros dos hospitales subsidiarios proporcionan atención de enfermería general y tienen una unidad de maternidad y un servicio de emergencia. Los tres hospitales tienen una unidad de mantenimiento, que se ocupa del mantenimiento preventivo, las reparaciones de la planta y el reemplazo del equipo. El Hospital General también tiene una unidad de mantenimiento de tecnologías biomédicas, la cual recibe apoyo esporádicamente por parte de los organismos externos, mediante el adiestramiento de personal para que el departamento pueda mantenerse al día con el avance de las tecnologías. La unidad de mantenimiento en el Hospital General también está a cargo del mantenimiento preventivo en los establecimientos de salud comunitarios/de distrito. El Ministerio de Obras

Públicas, que maneja los grandes trabajos de mantenimiento preventivo, brinda apoyo a estas unidades de mantenimiento.

En el pasado, el mantenimiento de la tecnología biomédica, así como de la planta y del equipo, era deficiente. La escasez de fondos para el programa de mantenimiento es un problema antiguo para el Ministerio de Salud. Aunque los organismos de financiamiento colaboran con la remodelación de los establecimientos de salud, el ritmo en que se recibe la ayuda no es adecuado para sostener el programa de mantenimiento preventivo. No se conoce el porcentaje del equipo que es defectuoso o está fuera de servicio porque no existe un inventario. No hay ninguna asignación presupuestaria fija para la preservación y el mantenimiento del equipo. Únicamente, dos miembros del personal están capacitados biomédicamente, los otros tienen sólo un adiestramiento empírico. No se ha evaluado el estado de la planta y del equipo en el sector privado.

2.6.2 Tipología del Sistema de Salud

El Ministerio de Salud se encarga del manejo general del sector de la salud en Grenada. El jefe político del Ministerio de Salud es el ministro de salud. El secretario permanente (SP) es el jefe administrativo y el médico jefe es el funcionario técnico principal. El Ministerio ejerce sus responsabilidades de gerencia a través de una administración centralizada en la Oficina Principal, que cumple las funciones de formulación de políticas, planificación, programación y reglamentación. Los servicios de salud se proporcionan principalmente a través de instalaciones públicas, pero los establecimientos de asistencia sanitaria privados han aumentado en años recientes.

Durante el último decenio, el modelo de organización predominante para los servicios de salud se basaba en el enfoque de Atención Primaria de Salud, como la estrategia principal para mejorar el estado de salud de la población. Las metas y los objetivos establecidos mediante la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe han sido el modelo emergente para proporcionar la atención de salud.

El Ministerio de Salud depende de la promoción de la salud como uno de sus mecanismos principales para mejorar el estado de salud general del público. Los centros hospitalarios del sector público incluyen un Hospital General, con 240 camas, y dos hospitales rurales: el Princess Alice en St. Andrews, con 60 camas, y el Princess Royal en Carriacou, con 40 camas. También hay una unidad psiquiátrica con 20 camas en el Hospital General. Los establecimientos de asistencia sanitaria privados han estado proliferando en años recientes, principalmente en la ciudad capital. Entre éstos se incluyen cinco hospitales para enfermedades agudas, trece casas de salud, dos unidades de maternidad y varias consultas en todo el país, que son propiedad de los médicos, para proporcionar atención a los pacientes ambulatorios. A veces, los médicos del sector privado utilizan los servicios del sector público. Grenada obtiene la mayoría de sus preparaciones farmacéuticas y suministros médicos a través del programa sub-regional administrado por el Servicio de Adquisiciones Farmacéuticas del Caribe Oriental.

El Ministerio de Salud ejerce un control directo sobre el sistema público de salud y, a través de la legislación, regula el sistema privado. La función de reglamentación se ejecuta en parte mediante las responsabilidades que tiene el Ministerio de poner en práctica la legislación existente, así como de desarrollar la nueva legislación.

En Grenada, no existe un paquete básico de beneficios de salud. Por otro lado, existen además, varias aseguradoras privadas. Sin embargo, actualmente el Gobierno no tiene información completa sobre las distintas modalidades de seguros médicos ofrecidos.

Sobre la base de lo anterior, es pertinente presentar algunas ideas relacionadas al proceso de reforma del sector salud en Grenada para contextualizar la manera en la que este ha influido sobre

la articulación del sistema antes descrito. En Grenada, el proceso de reforma es parte de un proceso más amplio de cambios en el sector público. La primera parte de este macro-proceso comenzó en 1994. Dado que la organización general actual del sistema de salud ocasiona retrasos en la toma de decisiones clave o en la ejecución de acciones importantes en las instituciones y a nivel de los programas era imperativo integrar cambios en el sector salud para combatir estas falencias. El propósito general que las reformas han tenido corresponden a la re-organización del sector para proveer un servicio eficiente y efectivo. Se ha establecido además que dicho proceso debe tomar en cuenta el avance de la transición epidemiológica, así como las expectativas de consumidores y proveedores de servicios.

Algunas de las áreas identificadas en el proceso de reforma incluyen: (1) el establecimiento de un ente autónomo para manejar los servicios hospitalarios; (2) la reorganización de los servicios de salud comunitarios y (4) la búsqueda de nuevas opciones de financiamiento.

2.6.3 Aspectos Financieros

La siguiente tabla muestra algunos aspectos del gasto en salud en Grenada.

Tabla 24
ASPECTOS DEL GASTO EN SALUD. GRENADA. 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
G. Total en Salud % de PIB	4,8	4,8	4,8	5,3	5,7
G. Público en Salud % G. Total en Salud	65,8	69,7	70,1	71,9	71,0
G. Privado en Salud % G. Total en Salud	34,2	30,3	29,9	28,1	29,0
Gasto Público en Salud % Gasto Público Total	11,3	12,3	12,3	13,9	14,7
Pagos privados de los hogares % Gasto Privado en Salud	100	100	100	100	100
Recursos Externos para la Salud % Gasto Total en Salud	0,9	n/a	n/a	n/a	13,2
Gasto Total per Capita en Salud (dólares internacionales)	330	366	394	426	465
Gasto Público per Capita en Salud (dólares internacionales)	217	255	276	307	330

Fuente: OMS-Cuentas Nacionales de Salud.

Como lo recoge la tabla la financiación de los gastos sanitarios es básicamente de carácter público, aunque el financiamiento privado abarcaba el 30% del total del gasto en el año 2002. El Ministerio de Salud recibe su financiamiento de la tributación general, a través del fondo consolidado del Ministerio de Finanzas.

Los organismos internacionales de financiamiento también ayudan a financiar algunos proyectos y programas de salud. La supervisión y el control del financiamiento público de la salud son responsabilidad del Ministerio de Finanzas y el Ministerio de Salud, bajo la dirección del Parlamento/Gabinete. Esto se lleva a cabo mediante el proceso de elaboración del presupuesto anual. No hay ningún sistema público de seguro médico. Salvo el cobro de una tarifa mínima (copago) que paga el usuario en el Hospital General y al utilizar los servicios comunitarios, los servicios de atención de salud se proporcionan, por lo general, sin costo alguno para el público.

Seguro médico: El Ministerio de Salud tiene información limitada sobre los niveles de cobertura y las modalidades de prestación de los diversos tipos de seguros médicos. Hay varias aseguradoras privadas en funcionamiento. Todas las aseguradoras están registradas y se ubican principalmente en la capital. Son financiadas en gran parte por su clientela. Algunas ofrecen planes de seguro colectivos. Las aseguradoras no poseen los recursos para prestar la atención de salud, pero en cambio adquieren la atención de salud para sus clientes. Existe un Sistema Nacional de Seguro Médico, el cual es que es un plan de pensiones pero tiene ciertas prestaciones para

servicios médicos. Hay varias empresas privadas que proporcionan prestaciones de servicios de salud y ofrecen planes de seguro médico individual y colectivo. No existe un paquete básico de prestaciones para servicios médicos al cual tienen derecho todos los ciudadanos.

Copagos: El cien por ciento de la población tiene acceso a los medicamentos que aparecen en la lista. El público básicamente paga EC\$2 por las prescripciones valoradas en menos de EC\$2. Le debe pagar al ECDS el costo de los medicamentos más un 50% por las prescripciones de los médicos particulares. Las personas entre las edades de dieciséis y sesenta años le pagan al ECDS el costo de los medicamentos. Este arreglo todavía les permite a las personas bajo la atención de un médico obtener la medicación a un costo mucho menor que el de la farmacia privada.

2.6.4 Provisión de Servicios

Instituciones públicas: El Ministerio de Salud se encarga del manejo general del sector sanitario. El Ministerio ejerce sus responsabilidades de gerencia a través de una administración centralizada en la Oficina Principal, que cumple las funciones de formulación de políticas, planificación, programación y reglamentación. Los servicios de salud se proporcionan principalmente a través de instalaciones públicas, pero los establecimientos de asistencia sanitaria privados han aumentado en años recientes. El Ministerio realiza sus tareas a través de las siguientes áreas funcionales clave: la administración, los hospitales de corta estada, la salud mental, los servicios comunitarios, y la salud ambiental. Cada área funcional se separa en divisiones, unidades o departamentos que elaboran programas y subprogramas para llevar a cabo sus planes operativos.

Durante el último decenio, el modelo de organización predominante para los servicios de salud se basaba en el enfoque de Atención Primaria de Salud, como la estrategia principal para mejorar el estado de salud de las poblaciones.

Grenada se divide en siete distritos sanitarios. Seis de los distritos tienen cada uno un centro de salud, que es el principal establecimiento de atención primaria, y existen además 30 puestos médicos distribuidos en todo el país que, por lo general, son el primer punto de contacto dentro del sistema de salud. Todos los establecimientos son de fácil acceso a la población y la mayoría están en una condición física satisfactoria. Los servicios de salud comunitarios funcionan como la línea de acción del Ministerio para la prestación de servicios de salud. A cada distrito sanitario se le asigna un funcionario médico de distrito, enfermeras de diversas categorías, incluidas las enfermeras de familia especializadas en atención primaria de la salud, las enfermeras de salud pública, las enfermeras de distrito y los auxiliares de salud comunitarios, así como odontólogos y auxiliares de odontología, farmacéuticos, funcionarios de salud ambiental, y especialistas en salud mental. Algunos servicios especializados, tales como la pediatría, la otorrinolaringología y la psiquiatría se proporcionan en algunos de los centros de salud.

La Unidad de Educación Sanitaria colabora con otros departamentos en el Ministerio de Salud, otros ministerios, incluidos el de Educación y el Servicio de Información del Gobierno (SIG), así como con las organizaciones gubernamentales y otros grupos. Esto le permite al departamento planificar eficazmente, ejecutar y evaluar las actividades de educación/promoción de la salud para lograr sus objetivos.

Actores privados: Los establecimientos de asistencia sanitaria privados han estado proliferando en años recientes, y algunas veces los médicos privados utilizan los servicios del sector público. Existen diversos establecimientos privados, que están ubicados principalmente en la ciudad capital. Todos están financiados por sus dueños y prestan servicios a aquéllos que pueden pagar de su bolsillo o a través de aseguradoras privadas.

Las instalaciones privadas incluyen cinco hospitales de corta estada, trece casas de salud, dos unidades de maternidad y varias oficinas que son propiedad de los médicos en todo el país, para

proporcionar atención a los clientes ambulatorios. Los servicios de atención de salud están disponibles en los tres Estados insulares. La ultrasonografía, el electrocardiograma y la mamografía están disponibles tanto en el sector público como en el privado. El sector privado ofrece servicios limitados de laboratorio y rayos X.

2.6.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica

En primer lugar, destacar que no existe un paquete básico de las prestaciones para servicios médicos a través de un plan de salud general al cual tienen derecho todos los ciudadanos. Con ello, las políticas públicas dirigidas a racionalizar el gasto en salud tendrán un escaso impacto.

En segundo, la reforma hospitalaria se torna un aspecto crítico de la reforma de salud; en 1996 el Gobierno anunció la creación de un organismo autónomo para administrar los servicios hospitalarios. La Ley de Autoridad Hospitalaria de Grenada de 1998 estaba destinada a poner dicho organismo en funcionamiento. Se propuso que en una fase posterior, el resto de los establecimientos de asistencia sanitaria estaría administrado por esta misma autoridad. Este intento fracasó cuando surgió un problema con el Sindicato de Trabajadores Públicos (PWU por sus siglas en inglés) sobre la transferencia de los trabajadores a la Autoridad Hospitalaria.

Después de este intento fallido, el gobierno decidió revisar otros modelos, teniendo presente su objetivo general de lograr una mayor eficiencia y mejorar la calidad de atención proporcionada en las instituciones. En el año 2000, el gobierno anunció su intención de crear un organismo ejecutivo—un sistema mixto que combinaba elementos de los modelos de delegación y descentralización—como otra iniciativa para lograr una mayor eficiencia y mejorar la calidad de la atención en las instituciones, luego del intento infructuoso de poner en ejecución una autoridad estatutaria para el manejo de las instituciones de corta estada. No se sabe con exactitud cuál es el estado de la iniciativa de crear un organismo ejecutivo para administrar las instituciones de corta estada. Se están llevando a cabo discusiones a nivel local y regional sobre la viabilidad de un sistema nacional de seguro médico. Las iniciativas restantes no son vistas como reformas, sino como mecanismos para el mejoramiento de los servicios. Se realizó un estudio integral sobre el sistema de atención de la salud comunitario, para su posible reorganización. Se hicieron las recomendaciones necesarias y actualmente están bajo consideración.

2.7 Guyana

2.7.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

Tabla 25

INDICADORES DEMOGRÁFICOS. GUYANA. 2002

Población (miles)	Porcentaje de población urbana	Porcentaje n de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
767	38	29,48	52,8	0,2	2,3	63,6

Fuente: OPS – Health Core.

Guyana tiene una superficie de 215.000 Km² y está ubicada a lo largo de la costa nordeste de América del Sur. Se divide en 10 regiones administrativas con Consejos Regionales Democráticos responsables de la prestación de los servicios a la población. Guyana posee grandes recursos naturales; su economía se basa en la agricultura (principalmente azúcar y arroz), así como en la explotación del oro, la madera y la bauxita.

La fecundidad se encuentra cerca del nivel de reemplazo, mientras que la esperanza de vida al nacer (63,6 en 2002) se encontraba por debajo de los promedios de otras regiones como América Central. La Encuesta de las condiciones de Vida realizada en Guyana en 1999 indicó que un 48% de la población es de ascendencia del Asia sudoriental. El segundo grupo étnico más grande fue el de las personas de ascendencia africana con el 27% de la población; se estimó que los amerindios constituyen un 6,3% de la población. Las mujeres representaban el 51% de la población total, y el 53% de la población femenina tenía más de 60 años.

Dicha encuesta mostró también que aproximadamente 40% de la población vivía en zonas urbanas, lo cual coincide con los datos presentados en la tabla anterior. El grado de alfabetismo adulto, estimado a partir de la encuesta, era del 98%, sin diferencia significativa entre los sexos. Por otro lado, la migración externa todavía desempeña una función importante en la demografía del país. Como evidencia, se sabe que durante el período 1996-1999 la migración externa ascendió a más de 56.000 personas.

La tabla siguiente muestra información sobre indicadores demográficos adicionales correspondientes al año 2002.

Tabla 26
INDICADORES DEMOGRÁFICOS ADICIONALES. GUYANA. 2002

Tasa de mortalidad infantil (x1000 nv)	21,9
Tasa de mortalidad materna (x 100000 nv)	133,3
Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles (x100000 hab.)	90,6
Tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio (X100000 hab.)	238,1
Tasas de mortalidad por cánceres. (x100000 hab.)	47,8
Tasas de mortalidad por causas externas (x100000 hab.)	73,8

Fuente: OPS – Health Core.

Tal y como puede observarse, la mortalidad materna es bastante alta en comparación con otros países latinoamericanos. De la misma manera, la mortalidad infantil en 2002, era casi el doble de la que se registra actualmente en otros países como Costa Rica.

Consideraciones epidemiológicas

Las defunciones principales se clasifican de acuerdo a seis grupos amplios, enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades transmisibles, las causas externas y las neoplasias. Las enfermedades del aparato circulatorio afectaron principalmente a la población adulta, mientras que los efectos de las enfermedades transmisibles y de las causas externas podían observarse a o largo del ciclo de vida.

Las cinco causas principales de mortalidad para todos los grupos de edad combinados han sido en los últimos años las enfermedades cerebro-vasculares, la cardiopatía isquémica, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, lesiones indeterminadas y diabetes mellitus.

Las enfermedades transmisibles crónicas más importantes son la tuberculosis y la enfermedad de Hansen. La incidencia de la tuberculosis ha aumentado en forma sostenida desde 1992. En 1995, la tasa fue de 38,27 y, para 1999, estaba en 52,58 con 407 casos notificados. El

aumento en la incidencia se ha atribuido a la infección por el VIH/SIDA, a la pobreza y el hacinamiento urbanos así como al aumento de la transmisión debido a que los pacientes interrumpen los tratamientos. El mayor número de casos nuevos ocurre en adultos jóvenes de 20 a 40 años de edad. Los hombres se ven más afectados que las mujeres. La incidencia de la enfermedad de Hansen ha aumentado de 0,6/10.000 en 1997 a 0,9% en el año 2000, mientras que la prevalencia ha pasado de 0,3 en 1997 a 0,4 en 2000.

En el período 1997-1999, las enfermedades cerebro-vasculares causaron 11,7% de todas las defunciones, las afecciones isquémicas del corazón con 9,8% y las enfermedades hipertensivas, 4,6%. La cardiopatía isquémica afectó más a los hombres que a las mujeres mientras que ocurrió lo contrario en el caso de la hipertensión. El mayor número de casos de neoplasias malignas en los hombres se presentaron en la próstata y en el estómago; mientras que en las mujeres en el cuello uterino y en la mama. La diabetes mellitus es una causa importante de morbilidad, discapacidad y mortalidad, además de ser un problema grave de salud pública.

Los accidentes y la violencia constituyen la tercera causa de muerte. Los hombres se ven más afectados que las mujeres. El suicidio fue la causa de 164 defunciones en 1999, en comparación con 65 en 1996. Las cinco principales causas de mortalidad infantil son la hipoxia, las infecciones intestinales, otras afecciones perinatales, las infecciones respiratorias agudas y las malformaciones congénitas. Se observa una tendencia descendente en la tasa de mortalidad infantil, aunque como se mencionó anteriormente, este indicador presenta aún niveles muy superiores al de otros países caribeños. En 1999, el porcentaje de defunciones de la población de menores de 5 años por enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas fue de 16,0 y de 10,9, respectivamente.

Desarrollo Tecnológico

No hay ninguna unidad de diálisis en el país. Hay solamente un equipo para tomografía computarizada y otro para resonancia magnética, ambos en el sector privado. Hay una unidad de cuidados intensivos y una unidad neonatal en el principal hospital de referencia.

Por otra parte, no se dispone de información relativa al porcentaje de equipo defectuoso o que no está en servicio. Los datos indican que el porcentaje del presupuesto operativo asignado a la preservación y al mantenimiento aumentó un 11% en el año 2000, cifra que se había proyectado para ese período.

2.7.2 Tipología del Sistema de Salud

La responsabilidad de proveer atención en salud a la población le corresponde al Ministro de Salud. Sin embargo, en 1986, la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud se delegó a los Consejos Democráticos Regionales que reciben financiamiento por conducto del Ministerio del Gobierno Local.

El Ministerio de Salud mantiene la responsabilidad de los programas verticales de salud en todo el país, entre los que se cuentan los siguientes: control de vectores, servicios de rehabilitación, atención dental, programas de salud mental, enfermedad de Hansen, SIDA y abuso de alcohol y de drogas. Dicho ministerio formula políticas, fija las normas y los controles y, además, evalúa el sector de la salud. El modelo emergente es la descentralización para crear entidades semiautónomas y permitir al Ministerio de Salud renunciar a su función de prestador de servicios sanitarios.

En Guyana, los servicios de salud se ofrecen gratuitamente a toda la población. Sobre esta línea, todas las personas empleadas y auto-empleadas deben contribuir al Esquema Nacional de Seguro ya que una porción de estas contribuciones es utilizada para cubrir algunos beneficios de

salud. Es importante mencionar que algunas compañías proporcionan un seguro de salud para sus empleados y sus familias. Además existe la posibilidad de afiliarse a una aseguradora privada, aunque es importante mencionar que el Gobierno no tiene información sobre los niveles de cobertura de los diversos esquemas de seguros ofrecidos.

A pesar de que es muy temprano para hacer una evaluación válida del proceso de reforma, es posible establecer algunos criterios generales del mismo de tal manera que el lector tenga una idea de cómo este proceso ha provocado o intenta provocar cambios en la articulación del sistema de salud. En este sentido, es importante mencionar que el proceso de reforma ha surgido como el resultado de un análisis sectorial para la formulación de un Plan Nacional de Salud, el cual ha planteado la necesidad de que los servicios de salud se organicen y se proporcionen de una manera diferente. Los principales actores de dicho proceso han sido el Ministerio de salud con el apoyo de los organismos cooperantes internacionales. Algunos de los objetivos de este proceso incluyen: (1) la reestructuración del Ministerio de Salud para que exista una separación de funciones y este ministerio únicamente regule el sector; (2) descentralizar los servicios del Ministerio de Salud a través de la creación de una junta legal que administre el hospital de Georgetown y (3) la introducción de nuevas opciones de financiamiento como las tarifas de usuarios. Para el año 2001, se había elaborado un plan preliminar con la ayuda del Banco Interamericano de Desarrollo, a través del 'Programa de Desarrollo Institucional y de Políticas del Sector Salud'. A pesar de que las reformas ya están en marcha, su avance ha sido más lento de lo esperado. Sin embargo, se han completado ciertas etapas como la valoración y revisión del personal del Ministerio de Salud, y el establecimiento del hospital público de Georgetown como un ente autónomo.

2.7.3 Aspectos Financieros

En Guyana, la fuente principal de financiamiento del sector de la salud es la recaudación tributaria del Gobierno. Los fondos se dirigen al sector de la salud por conducto del Ministerio de Salud, las regiones, otros ministerios y organismos varios. El sector de salud pública únicamente genera ingresos insignificantes. La generación de ingresos por las tarifas que pagan los usuarios (co-pagos) y el cobro de los servicios representaba en 1999 sólo el 0,16% del presupuesto sanitario del gobierno.

La siguiente tabla, muestra información sobre el gasto en salud durante el período 1998-2002.

Tabla 27
ASPECTOS DEL GASTO EN SALUD. GUYANA. 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
G. Total en Salud % de PIB	5,0	4,8	5,1	5,3	5,6
G. Público en Salud % G. Total en Salud	83,4	84,0	82,7	79,9	76,3
G. Privado en Salud % G. Total en Salud	16,6	16,0	17,3	20,1	23,7
Gasto Público en Salud % Gasto Público Total	9,3	9,1	9,9	11,6	11,1
Pagos privados de los hogares % Gasto Privado en Salud	100	100	100	100	100
Recursos Externos para la Salud % Gasto Total en Salud	3,6	4,0	3,1	2,2	2,6
Gasto Total per Capita en Salud (dólares internacionales)	182	184	196	211	227
Gasto Público per Capita en Salud (dólares internacionales)	152	154	162	169	173

Fuente: OMS – Cuentas Nacionales de Salud.

No hay ninguna forma de financiamiento público para los seguros privados de salud. No se concede ninguna exoneración fiscal a los beneficiarios de pólizas de seguro privados de salud. Existe muy poca información acerca del gasto en el sector privado.

El país recibe considerable cooperación técnica para el sector de la salud. En 1999, las donaciones representaban un 5,22% del gasto de salud del gobierno en comparación con 12,60% en 1997 y 7,34 en 1999. Todos los fondos provienen de subvenciones. Las principales fuentes de financiamiento externo en 1999 y 2000 fueron otros organismos de las Naciones Unidas, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas, USAID y la Cooperación Técnica Alemana. El Ministerio de Finanzas prepara datos sobre el gasto sanitario. El gasto nacional per cápita en salud fue de US\$ 53 en 2002. En 2002, el gasto sanitario ascendió a 5,6% del PIB y el gasto privado en salud fue del 24%.

Seguros: En Guyana, la atención de salud se presta de manera gratuita a la población a pesar de no existir ningún sistema de seguridad social. Sin embargo, todas las personas empleadas y las que trabajan por su cuenta están obligadas a contribuir con el Esquema de Seguro Nacional; una parte de esos aportes se utilizan para cubrir algunas de las prestaciones de servicios médicos. Ciertas empresas dan seguros de salud a los empleados y a sus familias.

El seguro de salud privado es una opción utilizada por algunas familias. Se brinda cobertura por conducto de las aseguradoras. Los reembolsos se hacen sobre la base de los reclamos de los asegurados. Las autoridades sanitarias no tienen información fidedigna y actualizada acerca de los niveles de cobertura y las modalidades de los diversos esquemas de seguro de salud. No hay datos relativos al porcentaje de población cubierta por diferentes modelos de seguro ni a la cobertura por edad y sexo.

2.7.4 Provisión de Servicios

Instituciones públicas. Las principales instituciones públicas que participan en el sector de la salud son el Ministerio de Salud y el Ministerio del Gobierno Local. Estos Ministerios forman parte de los servicios públicos. Están encabezados por un Ministro como autoridad política del Ministerio y miembro del Gabinete. El Secretario Permanente es el Oficial de Contabilidad y el Jefe administrativo del Ministerio. Los ministerios reciben financiamiento del Gobierno central, así como donaciones y otros aportes que contribuyen con el presupuesto del Ministerio de Salud. Los recursos tecnológicos y humanos de los departamentos de salud de los Consejos Democráticos Regionales, y del Ministerio del Gobierno Local provienen mayormente del Ministerio de Salud. Se prestan servicios de salud en cinco niveles que van desde los puestos de salud hasta centros de salud, hospitales de distrito, hospitales regionales y el hospital nacional de referencia.

Dentro de una región, se encuentran al menos cuatro niveles. Aunque los niveles de la atención están bien definidos, en la práctica no funcionan según lo planeado debido a que los pacientes a menudo omiten los niveles del centro de salud y del hospital de distrito para acudir a los hospitales regionales y al hospital nacional de referencia. El director técnico de los servicios a nivel regional, es el Oficial de Salud Regional cuya función es velar por las vinculaciones entre los diversos niveles. No hay ninguna relación formal con el subsector privado.

El Esquema del Seguro Nacional maneja un programa de seguro social para los empleados de los sectores público y privado. La participación en el Esquema es obligatoria para la persona empleada entre los 16 y los 60 años, incluso para los trabajadores independientes. El Esquema da prestaciones por enfermedad (no relacionada con el trabajo), maternidad, atención médica y las lesiones relacionadas con el trabajo. La cobertura médica abarca consultas, hospitalización, tratamiento en el extranjero, anteojos, atención dental, intervenciones quirúrgicas y la compra de medicamentos. Algunos empleadores dan seguro a sus empleados; en algunos casos estos seguros se pagan con aportes del trabajador.

Instituciones privadas. El sector privado y las empresas privadas poseen 10 hospitales así como establecimientos de diagnóstico, consultorios y dispensarios. Ha sido tan rápida la expansión

de los servicios de salud que ofrece el sector privado que ya presta cerca de la mitad de todos los servicios curativos. La mayoría de estos servicios se prestan en la ciudad capital y en otros centros urbanos. Varias organizaciones no gubernamentales, entre ellas organizaciones religiosas, prestan servicios sin fines de lucro. Las principales fuentes de ingreso son los honorarios que pagan los pacientes. No hay ninguna relación formal entre las diversas entidades del sector privado. El Ministerio de Salud, gracias a la Ley de Hospitales Privados, rige la concesión de licencias para los hospitales privados.

2.7.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad política económica

Seguidamente se presentan áreas deficientes que demandan atención por parte de la reforma de salud.

- **Servicios de atención de salud individual:** Los datos acerca de la administración de los establecimientos y los servicios, generalmente no son fidedignos ni están actualizados.
- **Nivel de atención primaria:** Más del doce por ciento de la población de Guyana no tiene acceso a ningún tipo de atención de salud.
- **Nivel de atención secundaria:** No se dispone de datos sobre la cobertura de las diversas redes de proveedores públicos y privados para la atención secundaria. Dado que todos los establecimientos de nivel secundario se encuentran en las zonas urbanas, la asistencia en las zonas rurales puede plantear graves problemas. Solo el hospital nacional de referencia tiene un sistema computadorizado de información que se utiliza exclusivamente para los procedimientos administrativos y no para el manejo clínico. El acceso está restringido por factores geográficos y financieros. No hay sistemas computarizados de información que faciliten la administración de los recursos y el personal en los establecimientos de atención primaria.
- **De la calidad técnica:** Ningún establecimiento tiene un programa en pleno funcionamiento en lo atinente a control de calidad. Sin embargo, es una esfera a la que se está prestando atención y se están llevando a cabo programas de capacitación con el fin de sensibilizar al personal de salud en temas de calidad. Se creó una red para apoyar las iniciativas destinadas a mejorar la calidad. En los establecimientos públicos no hay ningún comité de ética ni comités de supervisión del ejercicio profesional.
- **De cómo se percibe calidad:** No hay ningún establecimiento que tenga un programa en pleno funcionamiento para mejorar las relaciones con el usuario. En el sector público no se emplean procedimientos especiales para el usuario y rara vez se realizan encuestas para determinar sus niveles de satisfacción. No existen comités de arbitraje ni organismos encargados de atender las quejas.

2.8 Dominica

2.8.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

Tabla 28

INDICADORES DEMOGRÁFICOS. DOMINICA. 2002

Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional (%)	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
71	71,3	27,3	54,3	0,3	2	74,4

Fuente: OPS – Health Core.

La Comunidad de Dominica se independizó de Gran Bretaña en 1978. Es la más extensa de las Islas de Barlovento y está situada entre los territorios franceses de Martinica y Guadalupe. Tiene una extensión de 790 km², su suelo es de origen volcánico y su topografía es la más montañosa de la Comunidad del Caribe. La isla tiene bosques exuberantes y abundancia de ríos y se divide en 10 regiones o condados. El más poblado es el Condado de St. George, donde se encuentra Roseau, la capital. Según el Censo de Población y Vivienda de 1991, St. George tenía 20.365 habitantes (28,6 % de la población total del país).

Para el año 2002, en Dominica se contabilizaban 71,000 habitantes, de los cuales un 71% residía en zonas urbanas. En las ciudades de Roseau y Portsmouth es donde se concentra la mayor parte de la población y el resto está disperso en aldeas rurales.

Dominica es el único territorio del Caribe Oriental con una población caribe autóctona, estimada en cerca de 2.000 personas. El pueblo caribe se concentra sobre todo en una reserva de unas 1.200 hectáreas que se extienden por 13 Km. a lo largo de la costa oriental y hacia las cadenas montañosas que la bordean.

En 1991 se notificó una tasa total de fecundidad de 3,0 niños por mujer, lo que representa una baja en relación con la cifra de 4,2 registrada en 1981. Dicha tasa continuó su descenso y para 2002 se encontraba por debajo de la fecundidad de reemplazo. La edad media para la maternidad es de 26,8 años. Por otro lado, para el año 2002, había alcanzado valores cercanos a los 75 años, lo cual aunado a una tasa de crecimiento de 0,3% ha contribuido inevitablemente al envejecimiento paulatino de la población.

Consideraciones epidemiológicas

Entre 1992 y 1995 la tasa de mortalidad infantil osciló entre 14,2 y 22,5 por mil nacidos vivos. La esperanza de vida al nacer para ambos sexos, en conjunto, se calculó en 67,8 años en el período 1990–1995 (hombres, 64,1 años; mujeres, 71,4), un aumento de 1,1 años en relación con la edad estimada de 66,7 años (hombres, 63,5 años; mujeres, 69,8) en el período 1985–1990.

Durante el período de 1991–1994 hubo 2.175 defunciones, de las cuales 12,3% se atribuyeron a causas mal definidas. De las 1.907 defunciones restantes por causas definidas, 717 (37,6%) se atribuyeron a enfermedades del sistema circulatorio. Dentro de este grupo de causas, la hipertensión fue una de las más importantes ya que provocó casi 300 muertes en el periodo mencionado.

Un análisis de la distribución por sexo de las defunciones en el grupo de causas por enfermedades del aparato circulatorio indica que las mujeres (437 defunciones) se vieron mucho más afectadas que los hombres (280 defunciones). Hubo 381 defunciones (20,0% del total por causas definidas) debidas a tumores (183 de mujeres y 198 de hombres); 130 (6,8%) a causas externas (112 de hombre y 19 de mujeres), y 123 (6,4%) a enfermedades transmisibles

La única enfermedad transmitida por vectores de importancia en Dominica es el dengue. Después de un período relativamente calmado en 1994, durante el que se confirmaron sólo tres casos, ocurrió una epidemia en 1995, cuando se notificaron 148 casos confirmados en el laboratorio (serotipos 1 y 2). El total de casos confirmados en el laboratorio y diagnosticados clínicamente alcanzó a 297 en 1995; cuatro de ellos se confirmaron como dengue hemorrágico. En 1995 se notificó que el índice de infestación de viviendas por el vector era de 15,4% y el índice estimado de Breteau, de 30%. En 1994 la gastroenteritis (395 casos en niños menores de 5 años), la fiebre tifoidea (8 casos), la disentería (7 casos) y la tuberculosis (11 casos) fueron las otras enfermedades infecciosas más comunes. La tuberculosis sigue siendo motivo de preocupación para la salud pública y se ha preparado un conjunto de protocolos para la búsqueda de casos y de contactos y la administración del tratamiento. No se ha establecido relación alguna entre la incidencia de la enfermedad y la presencia del VIH/SIDA.

La falta de notificación de enfermedades de transmisión sexual es elevada. En 1994 hubo 307 casos de sífilis confirmados en el laboratorio y sólo se notificaron 36 casos de infecciones gonocócicas. Entre 1992 y 1995 se notificó un total de 53 nuevos casos de sida. El 54% ocurrieron en el grupo de 20 a 29 años de edad, con una razón hombre/mujer de 3:1.

Los tumores se localizan principalmente (según lo demostrado por las confirmaciones de los análisis de patología y no por las causas de defunción registradas) en la mama (112 de un total de 439 casos confirmados en el laboratorio), el cuello uterino (78), el estómago (65) y la piel (49).

El laboratorio de patología del Hospital Princess Margaret ofrece examen de detección de cáncer del cuello uterino. Los servicios están disponibles para todas las mujeres expuestas a riesgo que han sido enviadas, aunque el sector público de salud se concentra especialmente en los clientes de los servicios de planificación familiar. Entre 1992 y 1995 se examinó un total de 15.136 frotis de Papanicolaou.

Las consultas hechas en los dispensarios indican que la diabetes y la hipertensión son razones comunes de la demanda de servicios de atención de salud. Se estima que 4% de la población general tiene diabetes y 18% hipertensión. En 1994 se atendieron 10.123 consultas para y 24.705 para personas hipertensas (un aumento de 20,3% y 28,5%, respectivamente, en comparación con 1993).

Las principales causas de enfermedad mental son la depresión y la esquizofrenia. En 1995 se registró un total de 2.166 consultas ambulatorias de salud mental. Se estima que la prevalencia de esquizofrenia ajustada según la edad es de 0,9% y en 1995 se registraron otros 68 pacientes. En 1995 se les diagnosticó alcoholismo a 8,7% del total de 652 personas internadas en la Unidad Psiquiátrica del Hospital Princess Margaret, a 7,6%, se les diagnosticó psicosis causada por Cannabis y a 2% abuso de cocaína. En el informe citado se determinó que 90% de los pacientes examinados en el dispensario de atención psiquiátrica de la prisión tenían antecedentes de toxicomanía. Se ha preparado la versión preliminar de la política de salud mental, que espera ratificación.

Desarrollo Tecnológico

El desarrollo tecnológico en el sector salud es generalmente deficiente. Por ejemplo, no hay un servicio de mamografía en la isla, por lo que las pacientes que requieren este servicio deben buscarlo en el extranjero.

2.8.2 Tipología del Sistema de Salud

El sector salud de Dominica está dividido en dos subsectores: público y privado. De manera general, los servicios de salud son operados y financiados por el gobierno. El Ministerio de Salud es el encargado de asegurarse que cada ciudadano mantenga el mejor status de salud posible. En el sector público, el Ministerio de salud se constituye como el único proveedor de servicios.

Por otro lado, las instituciones privadas son poco desarrolladas. Los servicios privados están limitados a la atención ambulatoria, la cual es proporcionada por médicos privados que laboran medio tiempo. La mayoría de estos médicos también está empleada por el gobierno y 90% del servicio se focaliza en la capital.

El Gobierno de Dominica ha garantizado un paquete básico de servicios de salud, el cual es accesible a la población en general a través de los establecimientos del sector público. Este paquete incluye cuidados médicos, salud materno-infantil y programas de promoción y prevención. Por otro lado, los seguros de salud son provistos por compañías aseguradoras privadas, las cuales celebran contratos ya sea con individuos o con grupos. Generalmente, la cobertura incluye reembolsos por gastos incurridos en el sector privado, el sector público o por atención en el nivel terciario fuera del país. No se tiene información confiable sobre los modelos utilizados por las aseguradoras privadas.

Con respecto a las reformas, en 1996, se introdujeron las reformas financieras de salud, las cuales tomaron la forma de cobros a los usuarios en las instituciones que prestaban servicios de atención secundaria. En ese mismo año, se introdujo además una propuesta para un Sistema Nacional de Seguridad Social. El objetivo de estas propuestas era aumentar los ingresos para gastos recurrentes. Dichas reformas se ubicaron dentro del marco de una macro-reforma del sector público.

Las reformas han avanzado lentamente. No se puede establecer una valoración clara en cuanto a si han cumplido sus objetivos iniciales o no. Sin embargo, existen ciertas acciones que vale la pena mencionar. Por ejemplo, los 7 distritos de salud de Dominica desarrollaron planes para contrarrestar problemas particulares de salud. Con el apoyo financiero de la OPS, se han implementado proyectos a nivel comunitario. En el nivel secundario de atención, por otra parte, los servicios de cirugía han aumentado, así como los servicios de diálisis y dermatología. Finalmente, los cuidados en el hogar han ganado popularidad.

2.8.3 Aspectos Financieros

La siguiente tabla muestra algunos indicadores relacionados con el gasto en salud en Dominica durante el periodo 1998-2002.

Tabla 29

ASPECTOS DEL GASTO EN SALUD. DOMINICA. 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
G. Total en Salud % de PIB	5,8	6,2	5,8	6,0	6,4
G. Público en Salud % G. Total en Salud	73,3	74,3	71,5	71,3	71,3
G. Privado en Salud % G. Total en Salud	26,7	25,7	28,5	28,7	28,7
Gasto Público en Salud % Gasto Público Total	11,8	12,8	12,8	10,5	12,2
Pagos privados de los hogares % Gasto Privado en Salud	100	100	100	100	100
Recursos Externos para la Salud % Gasto Total en Salud	2,3	2,1	1,3	0,9	0,5
Gasto Total per Capita en Salud (dólares internacionales)	287	310	296	302	310
Gasto Público per Capita en Salud (dólares internacionales)	210	230	212	215	221

Fuente: OMS – Cuentas Nacionales de Salud.

El gasto público en salud representó un 7,5% del PIB para el 2003, según BANDEINSA (Base de estadísticas e indicadores Sociales) CEPAL.

Durante el período 1998-2002, el gasto total en salud, como porcentaje del PIB ha mostrado ciertas fluctuaciones. En ese período, dicho gasto aumentó en un 10%. En otro orden, dentro del gasto total en salud, el gasto público en salud ha disminuido aunque en términos poco dramáticos. El gasto privado en salud, por otra parte, ha aumentado. Para el período 1998-2002, por ejemplo, el gasto privado en salud como porcentaje del gasto total del sector aumentó 2 puntos porcentuales.

La cooperación externa disminuyó en el período analizado, ya que pasó de un 2,3% del gasto total en salud a tan solo 0,5% -una disminución de casi 80%. El gasto público per cápita en salud ha aumentado aunque sus niveles de aumento no son tan dramáticos.

Hay una lista de tarifas cobradas (co-pago) por cama, uso de quirófano y servicios de diagnóstico a las personas que buscan atención secundaria en el Hospital Princess Margaret. Las personas menores de 17 años, las mujeres embarazadas, los indigentes y las personas que sufren enfermedades transmisibles están exentos del cobro de tarifas. Se recupera solo 5,5% del presupuesto total de salud pública a través de las tarifas cobradas directamente a los usuarios; el resto se financia por medio del fondo consolidado.

Hay pocas perspectivas de asociación bilateral internacional en salud, con la posible excepción de la cooperación con el Gobierno de Francia. Casi todas las asociaciones internacionales surgidas en el último decenio han sido multilaterales y en ellas han participado otros países del Caribe.

La respuesta del Gobierno a esta situación ha consistido en incluir varias consideraciones sobre la salud y el medio ambiente en todas sus iniciativas de desarrollo económico y social y en fortalecer los vínculos regionales. Por ejemplo, el Banco Mundial financió un proyecto regional de manejo de residuos sólidos de la Organización de Estados del Caribe Oriental que beneficiará a Dominica y que se ha promovido para mejorar el turismo, la salud y el medio ambiente. Dominica también sigue participando en la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe que ofrece una plataforma para un enfoque regional de la prestación de servicios de salud, incluidos los servicios prestados en común.

2.8.4 Provisión de Servicios

Los servicios de salud están organizados en dos niveles: primario y secundario. Para la atención del nivel terciario, las personas generalmente deben salir del país. La cobertura a la

comunidad se presta por medio de una red de 7 centros de salud y 44 dispensarios estratégicamente localizados en toda la isla. Los servicios se prestan sin costo directo para el consumidor.

La prestación de servicios de atención primaria se organiza a partir de los siete distritos de salud del país. Los distritos administran una red de dispensarios del tipo I que atienden, en promedio, a una población de 600 personas en un radio de 8 Km. Las enfermeras de atención primaria prestan servicios en los distritos de salud y siguen un programa de formación de dos años para prepararse para trabajar en ese nivel de atención.

Los centros de salud de los tipos II y III ofrecen servicios integrales; la sede administrativa del distrito está localizada en los centros de salud del tipo III. La plantilla de ese nivel está formada por un funcionario de salud del distrito, una enfermera y partera, y personal de apoyo. Toda la población recibe servicios de atención médica general, de accidentes y de urgencias, y servicios ambulatorios especializados para los casos enviados, en un policlínico localizado en el Hospital Princess Margaret.

Los servicios de atención secundaria se prestan en el Hospital Princess Margaret, que tiene actualmente una capacidad de 195 camas. El nivel de actividad del Hospital Princess Margaret se mantuvo relativamente constante durante 1992–1995: hubo un promedio anual de 7.867 internaciones y 7.901 egresos. En 1995 hubo 7.858 egresos, con una estancia promedio de 7,8 días. Aparte de la atención obstétrica, las principales causas de hospitalización fueron las enfermedades del corazón, la enfermedad hipertensiva, la diabetes y las infecciones de las vías respiratorias superiores.

Dominica es miembro del Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental, un servicio regional de adquisición conjunta de productos farmacéuticos y suministros médicos. La participación ha reportado un ahorro promedio de 25% en la compra de artículos, así como mejoras en la calidad, fiabilidad y disponibilidad de los medicamentos esenciales y suministros. Alrededor de 10% del presupuesto de salud se asigna a la compra de medicamentos y suministros médicos.

La variedad de fármacos disponibles en el servicio público está determinada por el Comité del Formulario Nacional, que examina el Formulario Nacional cada dos años para racionalizar y actualizar la lista de medicamentos que deben estar disponibles en el sistema, incluidos los medicamentos esenciales. La legislación sobre los medicamentos recetados, el registro de medicamentos y la autorización para dispensarlos es anticuada y necesita enmendarse con urgencia. El país no tiene un inspector de medicamentos encargado de hacer cumplir las disposiciones legislativas.

2.8.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica

En Dominica no se hecho hincapié en el desarrollo de recursos humanos con relación a la Reforma del Sistemas de Salud. Otro de los aspectos centrales, es el financiamiento. La política implementada de aumentar los co-pagos encontró resistencia en la población. El aspecto central es cómo diseñar un sistema de financiamiento que promueva la solidaridad con la responsabilidad individual en el uso de los servicios de salud de Dominica.

2.9 Trinidad y Tobago

2.9.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

En Trinidad y Tobago la estructura poblacional es todavía relativamente joven. Existe un porcentaje considerable de personas entre los 15 y 64 años (71 por ciento para el 2005), edades que corresponden a la población económicamente activa.

Tabla 30
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. TRINIDAD Y TOBAGO. 2004

Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
1 307	75,8	21,8	41,3	0,3	1,6	70,8

Fuente: OPS – Health Core.

De acuerdo con datos del 2004 la población estimada de Trinidad y Tobago es de 1,307,000 habitantes. Dada la superficie territorial de las Islas (5,128 km²), equivale a una densidad poblacional de 212.3 personas por km². Por otra parte, en el año 2004, existía un porcentaje de población urbana de 75,8%.

La tasa global de fecundidad ha caído por debajo del nivel de reemplazo, lo cual constituye un indicio del avance de la transición demográfica en la isla. Por otro lado, la esperanza de vida al nacer ronda los 71 años, un valor cercano al de otros países como Nicaragua.

Consideraciones epidemiológicas

Las enfermedades no transmisibles constituyen la causa más importante de mortalidad; representaron 60,3% de todas las defunciones en 1996 y 62,6% en 1997. Dentro de este grupo de causas, las cardiopatías representaron un 25% de las muertes registradas, mientras que las neoplasias malignas, la diabetes y las enfermedades cerebro-vasculares contribuyeron con un 13%, 12% y 11% respectivamente.

Las enfermedades transmisibles representaron 3,1% de las defunciones en 1989, 4,3% en 1994 y 6,1% en 1997. Estas cifras incluyen defunciones por SIDA y afecciones relacionadas. Las causas externas, como los accidentes automovilísticos, representaron 1,4% de las defunciones en 1997, mientras que las causas mal definidas representaron 2,9%. Las tasas oficiales de mortalidad infantil para 1995-1997 oscilaron entre 16,2 y 17,1 por 1000 nacidos vivos. Sin embargo, problemas recurrentes como el subregistro de las defunciones de lactantes, en particular en el período neonatal, han provocado dudas sobre la exactitud de las cifras anteriores. En niños menores de 5 años de edad las infecciones respiratorias agudas representaron 6,1% de las defunciones, y las enfermedades diarreicas agudas representaron 1,8% en 1994. Los accidentes causaron la mayoría de las defunciones en el grupo de edad de 1 a 5 años.

La incidencia de la infección por el VIH/SIDA está en aumento. Los cálculos de la prevalencia varían de 2% (en la población general) a 2,5% (en el grupo de edad de 15 a 49 años). En 1996, la incidencia del SIDA era de 32,5 por 100.000 habitantes sobre la base de casos notificados. Esto es cinco veces mayor a las cifras para 1986, de 6,6 por 100.000. Se calcula que el número real de casos alcanza el doble, según una evaluación del Ministerio de Salud y CAREC en

1997, que identificó un considerable sub-registro de casos de SIDA. En los primeros años de la epidemia la mayoría de las infecciones nuevas por VIH diagnosticadas afectó a la población masculina, con una razón hombre: mujer de 6:1 en 1985.

El número notificado de infecciones nuevas por VIH en los hombres es todavía mayor que en las mujeres, pero la brecha se está cerrando y en 1999 la razón de hombres a mujeres había disminuido a 1,3:1. Más de 50% de las infecciones nuevas ocurren ahora en el grupo de edad de 15 a 24 años. En 1999, 7% de los casos nuevos fueron niños. Otras enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes de importancia nacional son la tuberculosis y el dengue.

Desarrollo Tecnológico

Con anterioridad al Programa de Reforma del Sector Salud (PRSS), todos los laboratorios y centros de radiodiagnóstico en el sector público estaban ubicados dentro de hospitales, a nivel de atención secundaria o mayor. Un número pequeño de salas de partos se encuentra en el nivel primario, aunque las estadísticas para 1993 indican que sólo el 1,3% del total de los nacimientos se produjo en estos establecimientos. Debido a su bajo nivel de utilización, el uso de estos establecimientos se ha tenido en cuenta en el plan de racionalización de los servicios, el cual forma parte del PRSS.

Un porcentaje significativo pero no determinado de equipamientos en instalaciones del sector público necesita reparación o reemplazo; sin embargo, un programa importante para la renovación y la actualización de equipos está actualmente en marcha como parte del PRSS para los principales establecimientos hospitalarios y de salud. Se recomendó la centralización de los servicios de Ingeniería Biomédica en el sector de salud pública en el Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams (EWMSC), como una decisión de política del gobierno. Todos los miembros del personal en este departamento son ingenieros y técnicos certificados. Sin embargo, la Autoridad Regional de Salud del Sector Sudoeste ha creado su propio Servicio Interno de Ingeniería Biomédica.

Existe un Servicio Nacional de Transfusiones Sanguíneas con estaciones satélite en los principales hospitales de atención de agudos, responsable de examinar la sangre y los hemoderivados, y de fijar las normas para la recolección y la distribución de sangre y hemoderivados para consumo público. Se dispone de tecnología especializada tanto en el sector privado como en el público. Un establecimiento del gobierno ofrece servicios de tomografía axial computarizada; este servicio también se presta en el sector privado. Los exámenes de resonancia magnética sólo se realizan en el sector privado. Las unidades de terapia intensiva, incluida la terapia intensiva neonatal, sólo existen en el sector público, en los tres hospitales mayores. Los servicios de hemodiálisis se prestan tanto en el ámbito privado como público, aunque en cantidad limitada. El trasplante de órganos se ha limitado a un número muy pequeño de trasplantes renales realizados en los sectores tanto privado como público; la elaboración de programas adicionales en esta área depende de la sanción de legislación. Una consideración principal para aprobar e implantar tecnología nueva en el sector público se relaciona con el costo y el beneficio, mientras que en el sector privado el factor decisivo es la rentabilidad.

2.9.2 Tipología del Sistema de Salud

Actores públicos: En 1994, el Ministerio de Salud era la organización responsable por la gestión y la prestación de servicios de salud en el sector público. El Ministerio comprendía varias instituciones, incluidos hospitales, centros de salud, oficinas de funcionarios médicos de condados, un laboratorio de salud pública y una unidad de vigilancia nacional. Los hospitales más grandes dependían directamente del Ministerio de Salud. Las oficinas médicas de condados comprendían un nivel intermedio en el sistema, dado que tenían a su cargo la gestión de las funciones de salud

pública dentro de sus condados específicos, y administraban centros de salud y sus servicios así como hospitales de distrito más pequeños. Estas a su vez reportaban al Ministerio de Salud. Los establecimientos hospitalarios y los establecimientos de salud reportaban a puntos focales separados dentro del Ministerio. Otras instituciones públicas que desempeñan una función en el sector de la salud son las municipalidades locales, las cuales tienen responsabilidad por la ejecución de obras que repercuten en la calidad del medio ambiente.

El Ministerio de Administración Pública e Información desempeñó una función importante en la prestación de servicios de salud, a través de la administración del personal del sector público, de acuerdo con reglamentos para servicios públicos. Esta función está altamente centralizada en Trinidad y Tobago. Por otra parte, la Asociación de Servicios Públicos, en su función en relaciones laborales, también es una interesada directa clave en la gestión de los recursos humanos. Las instituciones de capacitación que desempeñan una función fundamental en el sector de la salud pública incluyen la Universidad de las Indias Occidentales, con programas en Medicina, Salud de la Comunidad, Medicina Veterinaria, Odontología, Farmacia y áreas relacionadas. También el Instituto Nacional de Educación Superior, Investigación, Ciencia y Tecnología (NIHERST), el cual está aceptando mayor responsabilidad por la instrucción básica en enfermería así como en profesiones de la salud relacionadas al nivel de asociados.

Actores privados: Los proveedores de servicios en el sector privado incluyen varias instituciones pequeñas de asistencia sanitaria, en general denominadas casas de convalecencia. Los establecimientos son propiedad de médicos, quienes también los administran. Con frecuencia los establecimientos son regidos por la Ley de Hospitales Privados, y están autorizados por el Ministerio de Salud, el cual tiene la responsabilidad de reglamentarlos y supervisarlos. Por lo general estos establecimientos están ubicados en los centros urbanos más grandes, o cerca de ellos. Estos establecimientos se financian principalmente con los aranceles que pagan los usuarios y, en menor grado, con los seguros médicos privados. El modelo general para la organización del sector de la salud antes de 1995 era altamente centralizado, con una función limitada del sector privado.

No existe un sistema de seguros públicos de salud en Trinidad y Tobago. Los servicios de salud son generalmente proporcionados sin costo alguno a través de instituciones del sector público, con la excepción de que algunos servicios proporcionados en el Complejo de Servicios Médicos Eric Williams implican ciertas tarifas. Aunque no se ha articulado un paquete básico de servicios de salud como tal, los servicios provistos en las instalaciones mencionadas anteriormente cumplen este propósito. Por otro lado, existen compañías privadas que ofrecen beneficios de salud. Los resultados de una serie de encuestas realizada durante la década de los 90 han sugerido que la cobertura grupal es la forma más común de los seguros privados.

En otro orden, dentro de las funciones del ministerio de salud se cuentan las siguientes:

Función rectora: El Ministerio de Salud se encarga del manejo general del sector de la salud en Trinidad y Tobago. El Ministerio ejerce sus responsabilidades de gestión mediante las funciones de planificación, reglamentación, formulación de políticas, vigilancia y evaluación. Las funciones de reglamentación se llevan a cabo parcialmente como parte de las responsabilidades del Ministerio para hacer cumplir la legislación existente, así como la formulación de legislación nueva. Estas responsabilidades incluyen el área de la salud pública, cuyas funciones principales se definen en la legislación pertinente, en particular en la Ordenanza de Salud Pública supervisión y el control del financiamiento público de la salud son la responsabilidad del Ministerio de Finanzas y del Ministerio de Salud bajo la dirección del Parlamento y el Gabinete, y se lleva a cabo mediante el proceso de presupuestación anual. Aún no existe un sistema de seguro médico público.

Antes de la entrada en vigencia de la Ley de Autoridades Regionales de Salud (ARS), las funciones de supervisión, evaluación y control de la prestación de servicios de salud en el sector

público eran también responsabilidad del Ministerio de Salud. El Ministerio tiene funciones de reglamentación en relación con los hospitales privados, tal como lo define la Ley de Hospitales Privados, en virtud de la cual el Ministerio supervisa la concesión de licencias a estos establecimientos, según con las normas establecidas en la mencionada ley. La reglamentación de los proveedores de asistencia sanitaria en los sectores tanto público como privado se rige por diversas leyes de profesiones de la salud, como la Ley de la Junta Farmacéutica, la Ley de la Junta Médica, la Ley del Registro de Enfermeras y Parteras, la Ley de las Profesiones Relacionadas con la Medicina y la Ley de la Profesión Odontológica.

Al igual que muchos otros países de América Latina, en Trinidad y Tobago, el programa de reforma del sector salud tiene como misión mejorar el estado de salud de las personas del país, promoviendo el bienestar y proveyendo servicios de calidad, de una manera accesible, eficiente, equitativa y sostenible.

De acuerdo con información del Banco Interamericano de Desarrollo, para poder lograr los objetivos de su misión, el programa de reforma del sector salud en Trinidad y Tobago está enfocado en cuatro pilares fundamentales: (1) el fortalecimiento de la elaboración de políticas, planificación y capacidad de administración del sector salud, (2) la separación de las responsabilidades para la provisión de servicios de las relacionadas con el financiamiento y regulación de los mismos, (3) la adecuación del direccionamiento de los gastos públicos y el redireccionamiento de los gastos privados para encontrar soluciones en áreas prioritarias y (4) el establecimiento de nuevas estructuras administrativas que fomenten la responsabilidad, autonomía e incentivos para mejorar la eficiencia y la productividad.

El proceso de reforma no ha sido estático. Por el contrario, se pueden enumerar varios puntos importantes que han marcado su desarrollo.

1957 Reformas estructurales propuestas en el Julian Report

1994 Ratificación –por parte del Gabinete- del Programa de Reforma del Sector Salud.

1994 La ley de autoridades regionales establece las Autoridades Regionales de Salud.

1996 – Se establecen oficinas de relación con el cliente en las Autoridades Regionales de Salud.

1996 – El gobierno de Trinidad y Tobago y el Banco Interamericano de Desarrollo suscriben un acuerdo de préstamo para el Programa de Reforma del Sector Salud. El proyecto de define con una duración de 7 años.

En 1997 se establece la unidad administrativa del Programa de Reforma del Sector Salud.

1997 Se establecen las Instalaciones Distritales de Salud de Arima & Mayaro

1999 Se lanza el programa de farmacias privadas para hacer que los medicamentos para enfermedades crónicas sean más accesibles.

1999 Se inicia el Proyecto Piloto de Servicios de Salud de Emergencia en Tobago.

1999 Se establece el fondo de pensiones del las Autoridades Regionales de Salud.

2000 Se expande el Servicio de Salud de Emergencias.

2000 Se modifica la Ley de Autoridades Regionales de Salud para reducir el número de las mismas de 5 a 4.

2000 Se realiza la compra de equipo valorado en TT\$22M para hacer frente al problema informático del año 2000 (A2K).

2000 Se establece la Autoridad Distrital de Salud de Couva.

2000 El parlamento aprueba la nueva estructura organizacional del Ministerio de Salud

2000 Se admiten miembros al plan de pensiones de las Autoridades Regionales de Salud.

2000 Se invierten TT\$100M en mejoras de infraestructura de hospitales y establecimientos del primer nivel.

2000 Se aprueba el plan de capacitación (2000-2002) del Ministerio de Salud

En el año 2001, se establece el Programa Piloto de Seguro de Salud.

Organización del Programa de Reforma del Sector Salud

El Programa de Reforma del Sector Salud cuenta con unidades administrativas claramente definidas. Estas incluyen: (1) El Comité de Dirección e Implementación, (2) El equipo ejecutivo de administración del Ministerio de Salud, (3) Las Autoridades Regionales de Salud, (4) El equipo ejecutor del proyecto, (5) La Casa de Asamblea de Tobago y (6) La Unidad de Administración del Proyecto.

En primer lugar, el Comité de dirección e implementación fue establecido por orden del Gabinete en 1995, la cual fue modificada en 1998. Dentro de sus funciones se encuentra el monitoreo del progreso –en referencia a puntos de comparación establecidos). Por otro lado, este comité mide la viabilidad continua del Programa de Reforma del Sector Salud, a la vez que facilita la coordinación interinstitucional así como también canaliza políticas y asuntos organizacionales que requieren decisiones gubernamentales o intervención internacional. Esta unidad está liderada por el Ministro de Salud e incluye un secretario permanente, el Oficial Médico en Jefe y otros oficiales del Ministerio de Administración pública, el Ministerio de Finanzas y el Ministerio de Planificación y Desarrollo, los miembros de las juntas directivas de las Autoridades Regionales de Salud, los representantes del Banco Interamericano de Desarrollo y el Director de la Unidad Administrativa del Proyecto, entre otros.

En segundo lugar, el Equipo Ejecutivo del Ministerio de Salud es liderado por el Ministro de Salud con la colaboración del Secretario Permanente. Este equipo incluye al Oficial Médico en Jefe y los seis gerentes de los Nuevos Directorios establecidos bajo la reorganización del Ministerio de Salud.

En tercer lugar, un componente importante del proyecto de reforma corresponde a las Autoridades Regionales de Salud. Existen cuatro de éstas dependencias, cada una de las cuales es responsable por una región, a saber, Tobago, Noroeste, Suroeste y Este. Estas autoridades son dirigidas por juntas, las cuales están constituidas por profesionales de la salud y representantes del comercio, la industria y la comunidad. Por otro lado, estas dependencias son entes autónomos que se encargan de proveer servicios de salud a todos los residentes de sus regiones respectivas. De acuerdo con la Ley de Autoridades Regionales, estas son dueñas y operan establecimientos de atención primaria y secundaria localizados en sus respectivas regiones. La operación de estas autoridades se rige por Compromisos de Gestión Anuales suscritos con el Ministerio de Salud.

En cuarto lugar, el equipo de ejecución del proyecto es responsable de las implementación de las actividades del proyecto. Dicho equipo está compuesto por representantes del Ministerio de Salud, el director de la unidad de administración del proyecto y los jefes de cada una de las autoridades regionales de Salud.

Dentro de sus funciones se encuentran:

- Revisión del progreso de la implementación del proyecto

- Desarrollo de planes de acción de mediano y largo plazo
- Coordinación del apoyo técnico y desarrollo de sistemas entre las autoridades regionales de salud y el Ministerio de Salud.
- Monitoreo del desempeño de los servicios de salud y de la unidad de administración del proyecto.
- Asegurar el flujo apropiado de información entre el Ministerio de Salud, las autoridades Regionales y la unidad de administración del programa.

En quinto lugar, la Casa de Asamblea de Tobago es responsable de asuntos de Salud en esa isla. La división de salud y servicios sociales de la Autoridad de Salud de Tobago provee insumos para elaboración de políticas, diseño y ejecución de planes, monitoreo y regulación de servicios dentro del marco de la Política Nacional de Salud.

Finalmente, la unidad de administración del proyecto se encarga de la gerencia de la implementación del proyecto. Esta dependencia organiza, coordina, administra y maneja los aspectos relacionados a las inversiones y componentes de apoyo técnico del proyecto,

Sobre la base de la cronología de eventos mencionada anteriormente, es importante mencionar que el Programa de Reforma del Sector Salud está guiado por el Plan Nacional de Servicios de Salud, el cual fue desarrollado en conjunto con actores del sector, incluyendo al público en general. Este plan fue ratificado por el gabinete en 1994. Las reformas se estructuraron en ejes concretos definidos a continuación:

- I. Reorganización del Ministerio de Salud
- II. Descentralización
- III. El impulso de la atención primaria
- IV. El financiamiento de los servicios de salud

A continuación se presenta información relacionada con algunos aspectos financieros del sector salud en Trinidad y Tobago.

2.9.3 Aspectos Financieros

El sector de la salud pública se financia con la tributación general, a la cual se le ha agregado un recargo en concepto de salud. Al finalizar cada año el Ministerio de Finanzas da a conocer sus gastos. Las categorías de gastos son agregadas, lo cual limita el análisis detallado con finalidades administrativas.

La siguiente tabla muestra algunos aspectos del gasto en Salud en Trinidad y Tobago durante el período 1998-2002.

Tabla 31

ASPECTOS GASTO EN SALUD. TRINIDAD Y TOBAGO. 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
G. Total en Salud % de PIB	4,1	3,9	3,7	3,5	3,7
G. Público en Salud % G. Total en Salud	45,2	44,3	40,3	39,9	37,3
G. Privado en Salud % G. Total en Salud	54,8	55,7	59,7	60,1	62,7
Gasto Público en Salud % Gasto Público Total	5,5	5,6	5,6	5,6	5,7
Pagos privados de los hogares % Gasto Privado en Salud	86,4	85,8	86,3	86,4	85,8
Recursos Externos para la Salud % Gasto Total en Salud	9,0	8,3	7,3	7,3	6,6
Gasto Total per Capita en Salud (dólares internacionales)	337	361	388	381	428
Gasto Público per Capita en Salud (dólares internacionales)	152	160	156	152	160

Fuente: OMS – Cuentas Nacionales de Salud.

Para el año 2004 el gasto privado en salud representó el 2,8% del PIB según cifras de la OPS.

Al igual que en otros países del Caribe, el gasto público ha disminuido últimamente, mientras que el gasto privado ha mostrado señales de aumento. Los recursos externos también han disminuido pero no de manera dramática, tal y como puede observarse durante el período 1998-2002 – 0,6% de disminución aproximadamente-.

2.9.4 Provisión de Servicios

El Ministerio de Salud es responsable de prestar servicios universales de salud basados en la población, por conducto de instituciones y programas como el Laboratorio de Salud Pública, la Inspección de Salud Pública, Salud Portuaria, Salud Pública Veterinaria, el Programa Nacional contra el SIDA, la División de Alimentos, Medicamentos y Substancias Químicas, el Control de Insectos Vectores y la Inspección de Medicamentos. Estas unidades realizan actividades de promoción y protección de la salud, dirigidas a toda la población, e incluyen actividades como vigilar los alimentos, el agua y las enfermedades transmisibles. En el área de ciertas enfermedades transmisibles, como la infección por VIH/SIDA y el dengue, se realizan actividades específicas de prevención, las cuales han servido para aumentar el conocimiento. Estos programas nacionales se han estructurado tradicionalmente sobre una base sumamente centralizada, lo cual ha repercutido en su autonomía y eficiencia general.

Si bien no ha habido un programa de tamizaje integral para la detección temprana de las enfermedades no transmisibles comunes, diversas iniciativas en pequeña escala fueron ejecutadas por grupos individuales de la comunidad y establecimientos de salud antes de 1995.

En el área de la promoción de la salud, se adoptó una carta para tal fin antes del inicio del PRSS, y estaba en marcha la formación de un Consejo Nacional para la Promoción de la Salud. También se estaban en curso iniciativas sobre Comunidades Saludables y Escuelas para la Promoción de la Salud.

El Programa Ampliado de Inmunización para niños menores de 1 año logró una cobertura de 89% para la vacuna trivalente (DPT3), 90% para la vacuna oral contra la poliomielitis (VOP) y 88% para el sarampión. La cobertura de atención prenatal era 98%, y la cobertura de partos por personal capacitado alcanzó 97% durante el mismo período.

2.9.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad política económica

Una de las mayores falencias actuales es la falta de información estadística y financiera en muchos ámbitos. Por ejemplo, en el nivel primario de atención no se cuenta con información cuantitativa adecuada sobre cobertura efectiva o costeo de los servicios. Además, no existe información sobre el grado de satisfacción de los usuarios del sector.

2.10 Santa Lucía

2.10.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

En Santa Lucía la estructura poblacional es todavía relativamente joven. Existe un porcentaje considerable de personas entre los 15 y 64 años (64.6 por ciento para el 2005), edades que corresponden a la población económicamente activa, existiendo una relación de masculinidad de 1:1.03.

Tabla 32
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. SANTA LUCÍA. 2004

Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
166	30,9	30,3	55,1	1,28	2,21	72,9

Fuente: OPS-Health Core.

De acuerdo con datos del 2004 la población estimada de St. Lucía consistía de 166,312 habitantes. El 31% de esta población reside en zonas urbanas, lo cual evidencia la ruralidad de la isla. Si se tiene en cuenta la superficie territorial de la Isla (606 km²), esto implica una densidad poblacional de 274 personas por km².

La tasa global de fecundidad se encuentra cerca del nivel de reemplazo, lo cual constituye un indicio del avance de la transición demográfica en la isla. Por otro lado, la esperanza de vida al nacer ronda los 73 años, un valor cercano al de otros países como Nicaragua.

Consideraciones epidemiológicas

Durante el período 1996-1999, las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades del aparato circulatorio, las cuales fueron responsables del 48% de las muertes registradas y presentaron tasas de mortalidad correspondientes a 300 muertes por cada 100000 habitantes en el caso de los hombres y 400 muertes por cada 10000 habitantes en el caso de las mujeres. Le siguieron en importancia el cáncer, con un 16% de las muertes registradas durante el mismo período, las causas externas (6%) y las defunciones causadas por enfermedades transmisibles.

De manera más específica, las cinco principales causas de mortalidad en el período 1996-1999 (como % de defunciones totales) fueron:

- Cardiopatías (19%),
- Neoplasias malignas (14%),

- Enfermedades cerebro-vasculares (12%),
- Diabetes mellitus (9%) y;
- Accidentes y efectos adversos (5%).

Entre los lactantes, las cinco principales causas de defunción en 1996-1999 fueron

- Enfermedades perinatales (52%),
- Malformaciones congénitas (13%),
- Cardiopatías (3%),
- Enfermedades infecciosas intestinales (3%) y;
- Accidentes (3%).

La tasa de mortalidad infantil por todas las causas es del 13.5 por ciento, comparable con países como Dominica y Grenada. En el caso del VIH/SIDA, la incidencia registrada correspondía a 13,4 casos por cada millón de habitantes.

Desarrollo Tecnológico

Hay limitaciones en cuanto a equipos y tecnología médica dentro del sector público. Actualmente se envían las muestras de laboratorio y exámenes especializados a Trinidad y Tobago.

2.10.2 Tipología del Sistema de Salud

El sector público domina la administración y la prestación de servicios de atención de salud en Santa Lucía. El Ministerio de Salud, Asuntos Familiares y Relaciones de Género se encarga de la tarea principal de organizar los recursos y los servicios para la salud de la nación. El Ministerio se organiza en subdivisiones, que están a cargo de diversos programas de salud incluidos servicios preventivos, educación y promoción de la salud, salud ambiental, servicios hospitalarios y curativos. A nivel central, los directores de los departamentos están a cargo de la gestión general de los programas de desarrollo y del personal pertinente, incluidos los directores de programas que administran programas de salud particulares. Los servicios de atención primaria de salud se descentralizan y se prestan principalmente en 34 centros de salud y 2 hospitales de distrito distribuidos en toda la isla. La atención promocional y preventiva se presta esencialmente por conducto de los departamentos de Educación Sanitaria y Nutricional, Salud Ambiental y Enfermería Comunitaria. La atención secundaria está concentrada en el norte y el sur en los dos hospitales generales y el hospital psiquiátrico.

Los dos hospitales de distrito también prestan alguna atención secundaria básica a enfermos hospitalizados. La asistencia de rehabilitación se ofrece en el hospital psiquiátrico y en un centro de tratamiento contra las drogas y de rehabilitación.

Los tipos principales de seguro de salud son el seguro de salud privado para individuos y grupos, y la cobertura por el Plan Nacional de Seguro. El Plan Nacional de Seguro paga una cuota anual al Ministerio de Salud para cubrir los gastos de hospitalización de los empleados que contribuyen a dicho Plan. Por otro lado, el Ministerio de Salud no tiene ninguna jurisdicción sobre las operaciones de las aseguradoras de salud privadas. En 1999 había 7 aseguradoras privadas que proporcionaron seguro de salud. La mayoría de los paquetes cubrían gastos médicos, dentales, de oftalmología y hospitalización; otros incluían prestaciones por muerte/desmembramiento accidental y gastos de atención preventiva. La mayoría de las empresas reembolsan al asegurado, y solo unas pocas pagan al proveedor de asistencia sanitaria. El seguro de salud privado se otorga

principalmente mediante planes de seguro de grupo, y los empleadores y empleados contribuyen al plan. Otros compran pólizas individuales para sí mismos y sus familias.

2.10.3 Aspectos Financieros

Hay información disponible sobre el financiamiento de los costos de salud relativos al sector público, pero no sobre el de los costos del sector privado. El Departamento de Finanzas del Ministerio de Salud prepara asignaciones presupuestarias junto con los diversos directores de los departamentos. La presupuestación de salarios personales se basa en puestos disponibles que se han ocupado. Los costos de operación se calculan sobre una base incremental. Los proyectos capitales incompletos relativos al ejercicio económico anterior se traen al año actual, al tiempo que nuevas iniciativas se evalúan y priorizan antes de incluirse en el presupuesto.

La mayoría de los fondos proporcionados al sector de salud pública provienen de fuentes internas, en particular del fondo consolidado de la tesorería del gobierno. El financiamiento procedente de organismos externos se recibe mediante subvenciones y préstamos. Entre 1993 y 1999 las subvenciones representaron todos los fondos recibidos de fuentes externas, salvo en 1993 y 1998, cuando los fondos representaron respectivamente 30% y 19% de todo el financiamiento externo. Los fondos externos representaron sólo 2% del presupuesto total del Ministerio de Salud en 1999, y oscilaron entre 8% y 1% de 1993 a 1999. Los fondos externos se usan principalmente para los proyectos de inversión. En 1999 todos los fondos recibidos de fuentes externas se proporcionaron mediante el Fondo Europeo de Desarrollo. A continuación se presentan otros aspectos del financiamiento del sector salud.

Tabla 33
ASPECTOS DEL GASTO EN SALUD. SANTA LUCÍA. 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
G. Total en Salud % de PIB	4,5	4,6	4,8	5,1	5
G. Público en Salud % G. Total en Salud	67,5	68,8	69,8	68,9	68,4
G. Privado en Salud % G. Total en Salud	32,5	31,2	30,2	31,3	31,6
Gasto Público en Salud % Gasto Público Total	10,1	10,2	10,7	11,8	11,5
Fondos de la Seguridad Social % Gasto Público en Salud	16,2	12,5	19,4	21	22,3
Pagos privados de los hogares % Gasto Privado en Salud	100	100	100	100	100
Recursos Externos para la Salud % Gasto Total en Salud	0,5	0,5	0,5	0,6	0,1
Gasto Total per Capita en Salud (dólares internacionales)	263	283	298	303	306
Gasto Público per Capita en Salud (dólares internacionales)	177	194	208	209	209

Fuente: OMS - Informe sobre la salud en el mundo 2005.

El gasto privado en salud como porcentaje del PIB fue de un 1,3% en el 2004 según estadísticas de la OPS.

El financiamiento público del seguro privado se proporciona mediante exoneraciones parciales del impuesto sobre la renta. Los individuos pueden reclamar reembolsos de impuestos sobre la renta para pagar facturas médicas y el seguro médico.

2.10.4 Provisión de Servicios

Servicios de salud basados en la población: Dentro del Ministerio de Salud, la cartera para la promoción de salud está dentro de la competencia de la Oficina de Educación en Salud. Los programas/actividades emprendidos por la Oficina pueden clasificarse bajo las áreas amplias de educación familiar, educación de salud y promoción de la salud. Están dirigidos al público en general y a grupos particulares de la población. La Sociedad del Cáncer de Santa Lucía proporciona servicios de consulta temprana para la detección de cáncer mamario y del cuello uterino. En 1995-

1999 entre 88% y 100% de la población destinataria de niños menores de 1 año recibieron las vacunas completas de BCG, poliomielitis y DPT, mientras que la cobertura de la vacuna SPR se situó entre 64% y 95%. Salvo respecto a la vacuna BCG (que logró cobertura total), la cobertura más baja durante el período de 5 años se notificó en 1999. El porcentaje de mujeres embarazadas que buscaron atención prenatal del sector público osciló entre 49% y 59% en el período de 1995-1999. No hubo datos disponibles respecto al sector privado. El porcentaje de partos atendidos por personal de salud adiestrado osciló entre 96% y 99% en el mismo período.

Servicios de salud para individuos: Se proporciona información oportuna y fidedigna, que se usa principalmente a nivel central. No existe ningún sistema unificado o esfuerzo coordinado para abordar las necesidades de información de los planificadores y los gerentes de salud, en particular

Nivel periférico del Ministerio: Existen sistemas paralelos de información en el Ministerio, centros de salud y hospitales, y otros departamentos e instituciones. Sin embargo, un volumen notable de datos recopilados de estos sistemas se presenta al Ministerio sin analizarse o usarse. El uso de información es especialmente débil en la periferia, dada la centralización de los sistemas de salud, incluidos los sistemas de información. Esto produce considerable inquietud dado el plan de Reforma del Sector de la Salud de descentralizar la toma de decisiones y establecer capacidad a nivel de distrito y de comunidad. Las oportunidades que tienen los usuarios de elegir entre diferentes proveedores de asistencia sanitaria del mismo servicio son mínimas y no han cambiado en el sector público en el decenio de los noventa.

Atención primaria: No se ha cuantificado la cobertura de los usuarios de servicios de atención primaria por los proveedores de servicios de atención primaria de salud públicos y privados. No obstante, la mayoría de los que piden atención primaria usan el sector público porque generalmente los servicios son más baratos o gratuitos, o porque no los proporciona el sector privado. No hay ningún sistema computadorizado de información en los centros de atención primaria y no se dispone de ninguna información relativa a la producción de servicios. Los auxiliares comunitarios de salud adiestrados y las enfermeras comunitarias hacen visitas domiciliarias. La visita domiciliaria es parte integrante de las actividades del programa para la atención postnatal y la atención de ancianos y discapacitados.

Atención secundaria: Tampoco se dispone de información sobre el porcentaje de cobertura proporcionada por hospitales públicos y privados, y la mayoría de las personas que buscan atención secundaria usa hospitales públicos (en vez de privados) por las mismas razones citadas anteriormente. No existe ningún sistema computadorizado para la gestión administrativa de los hospitales. Ambos hospitales generales públicos para enfermos agudos han computadorizado los sistemas para la gestión clínica, pero los dos hospitales públicos de distrito y el hospital privado no lo han hecho.

Calidad: No existe ningún programa de calidad plenamente operativo en los establecimientos de salud. La Asociación Médica y Dental de Santa Lucía supervisa el ejercicio de la medicina y la odontología por conducto de su Comité de Ética. En 1999, cerca de 8,3% de todos partos ocurrieron por cesárea. En 1990-1999 el porcentaje de partos por cesárea oscilaron entre 5,2% y 9,5%. No existe ningún comité en funcionamiento pleno encargado de las infecciones nosocomiales ni se dispone de datos sobre la tasa de estas infecciones. Es práctica habitual dar a los pacientes un informe de alta cuando salen del hospital. No se dispone de datos relativos al porcentaje de personas que reciben un informe cuando se les da el alta. Las autopsias se hacen a discreción de los médicos o para confirmar la causa de muerte con propósitos legales. En 1999, aproximadamente 10% de las defunciones hospitalarias fueron objeto de autopsia.

2.10.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad política económica

El sistema de salud tiene como reto actual el adaptarse para atender el nuevo perfil epidemiológico de enfermedades crónicas, accidentes y padecimientos relacionados con estilos de vida, para ello se tiene la expectativa implementar un Seguro Universal de Salud. La introducción de un Seguro Universal de Salud es un reto, especialmente si se toma en cuenta la lábil situación macroeconómica y las condiciones de empleo; dos requisitos para la sostenibilidad de un seguro de salud de cobertura universal, es decir, que va a proveer a los residentes un paquete de beneficios explícito. Una meta del modelo es garantizar servicios de calidad sin tener que pagar por ellos. El sistema será financiado por un impuesto fijo a algunos bienes consumidos, del 3,5%. La finalidad del Seguro es maximizar el uso de los recursos en salud y crear un sistema más eficiente orientado a los servicios de calidad reduciendo el impacto de la pobreza por medio de un sistema asequible a la población que requiere servicios de salud. Los objetivos del Seguro son:

- Proveer acceso universal a un conjunto de servicios garantizado
- Aportar recursos en conjunto con otros fondos existentes en el país para acrecentar el flujo de caja dedicado a la salud.
- Mejorar la calidad de los servicios mediante incentivos hacia un buen desempeño y sanciones por pobre desempeño, acompañado de un modelo de garantía de la calidad.
- Generar un mercado competitivo de proveedores que sea productivo y eficiente.
- Armonizar la provisión por parte de los servicios públicos y privados de salud.
- Desarrollar servicios locales de salud.

Otros retos están relacionados con la falta de información estadística en muchos ámbitos. Por ejemplo, en el nivel primario de atención no se cuenta con información cuantitativa adecuada sobre cobertura efectiva o costeo de los servicios. Además, no existe información sobre el grado de satisfacción de los usuarios del sector. Por otro lado, las fuentes de financiamiento del sector salud son limitadas a pesar de que existe la voluntad política de realizar mejoras como es la creación del sistema de cobertura universal de salud.

2.11 Jamaica

2.11.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

En la siguiente tabla se presentan algunos indicadores demográficos de Jamaica, los cuales sirven de base para la valoración de necesidades sanitarias de la isla.

Tabla 34
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. JAMAICA. 2002

Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
2 676	52,2	29,9	59	0,9	2,3	76,1

Fuente: OPS – Health Core.

Jamaica avanza con paso firme en la transición demográfica y epidemiológica. Para el año 2002, el 30% de su población todavía era menor de 15 años. La magnitud de este segmento poblacional, en conjunto con la magnitud de los segmentos en edades avanzadas ha dado como resultado una razón de dependencia demográfica de aproximadamente 59 personas menores de 15 años y mayores de 65 por cada 100 personas en edad productiva. En el año mencionado anteriormente, se registraba un población de 2.6 millones de personas aproximadamente, de las cuales más de la mitad (52%) residía en zonas urbanas. Asimismo, la tasa global de fecundidad correspondía a 2.3 hijos por mujer – lo cual ubica a la isla muy cerca de la fecundidad de reemplazo-. Por otra parte, la esperanza de vida al nacer correspondía a 76 años.

Consideraciones epidemiológicas

Las estadísticas de se basan en la causa subyacente de la muerte enumerada en certificados de defunción. En 1999, 14365 muertes -93% del total-, fueron certificadas por los médicos.

Las enfermedades del sistema circulatorio contribuyeron con 4.452 muertes en 1999, lo cual representaba un 31% del total de muertes registradas. Éste era el único amplio grupo de causas en el cual las mujeres presentaban valores más altos de mortalidad en comparación de los varones –la razón de sobre-mortalidad femenina oscilaba entre 0.80 y 0.87-. Por otra parte, los distintos tipos de cáncer contribuyeron con un 16% del total de muertes en ese mismo año, lo cual hizo que se clasificaran como la tercera causa de muerte entre varones y la segunda entre mujeres. Dentro de este grupo de causas y en el caso de los varones, el cáncer de la próstata causó el 30% de las muertes (tasa de mortalidad de 28.9 defunciones por cada 100,000 habitantes). El cáncer de pulmón, por otra parte, causó el 17% de las muertes durante ese año, mientras que el cáncer de estómago causó el 9%. Entre mujeres, el cáncer de mama contribuyó con un 18% de las muertes registradas, mientras que el cáncer cérvico-uterinos representaron un 14%. Finalmente, las causas externas contribuyeron con 13% del total de muertes y representaron la segunda causa de muerte entre hombres y la cuarta entre mujeres. Las condiciones originadas en el período perinatal contribuyeron con 629 muertes (el 4% del total registrado en 1999).

En otro orden, entre 1982 y 2000, se registraron 5,099 casos de VIH/SIDA en Jamaica, de los cuales más del 65% correspondieron a hombres. El análisis de la distribución de la edad y del sexo de los casos reveló que la incidencia del VIH/SIDA entre mujeres era tres veces superior a la de los varones entre las edades de 10 y 19 años. Los indicadores de letalidad de la epidemia eran de aproximadamente 60% a finales del año 2000. En el caso de los niños, habían 414 casos en niños, con un índice de letalidad de los casos del 54%. La incidencia nacional del SIDA en 2000 era 352 por cada millón de habitantes.

Desarrollo Tecnológico

En Jamaica, la investigación se fomenta a partir colaboraciones con la Universidad de las Indias Occidentales. En este sentido, dichas colaboraciones han contribuido con iniciativas de capacitación de médicos Jamaicanos.

Los avances en tecnología de la salud, tal como el uso de las técnicas laparoscópicas para el diagnóstico y el tratamiento, han aumentado opciones de la entrega del servicio y han contribuido a la disminución de la morbilidad por ciertas causas y de la duración de los períodos de estancia en instituciones para muchas condiciones quirúrgicas. La compra del equipo de diagnóstico nuevo, tal como máquinas para realizar tomografías axiales computarizadas y de resonancia magnética, dio lugar a gastos importantes en el sector privado.

2.11.2 Tipología del Sistema de Salud

El sistema de salud de Jamaica, está compuesto por dos subsectores, el público y el privado. El sector público está representado por el Ministerio de Salud, órgano que rige el sector sanitario. Las funciones del mismo incluyen la formulación de políticas, el mantenimiento de un marco regulador y legislativo, la aplicación eficaz de estándares y de regulaciones y el desarrollo de los protocolos del cuidado médico.

Existe poca información sobre la organización, operaciones y otras características del sector privado de salud ya que este no está regulado de una manera eficaz. En este sentido, las propuestas de reforma han incluido la creación de un marco regulador del sector privado que sea más efectivo.

Debido al rol central que juega el sector público y el tamaño del país, existe un alto grado de familiaridad informal entre el sector público y privado. Muchos profesionales de la salud que iniciaron sus carreras en el sector público hoy trabajan en ambos sectores.

La Blue Cross de Jamaica es el proveedor más importante de aseguramiento grupal, esquema que cubre a los empleados gubernamentales. La industria del aseguramiento privado no está regulada eficazmente. Para la gran cantidad de la población no asegurada, el gobierno trata de cubrir algunas necesidades de salud a través de una red de clínicas y hospitales públicos - Actualmente no existe un paquete básico de beneficios de salud-. Tradicionalmente, las instalaciones públicas están disponibles a toda la población sin importar la capacidad de pago. Las tarifas que se pagan no tienen una relación directamente proporcional al costo y por ende muchos de los servicios provistos no son auto-sostenibles en el tiempo. Por este motivo, el gobierno ha considerado la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento por los recursos gubernamentales son insuficientes para operar y mantener dichas instalaciones. El Gobierno de Jamaica tiene un esquema de seguridad social que equivale a un programa limitado de retiro. Dicho esquema incluye ciertos beneficios por enfermedad y reembolso por algunos servicios prestados. El Ministerio de salud, en aras de incrementar la cobertura de los más necesitados, planea actualmente el establecimiento de un Fondo de Salud, financiado parcialmente por la lotería nacional y por un impuesto sobre productos no saludables como el alcohol y el tabaco.

En cuanto al proceso de reforma, según un estudio patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud en 2001, éste es una reflexión del esfuerzo del Gobierno de Jamaica para modificar el modelo tradicional para la organización, la provisión y financiamiento de los servicios de salud. Sobre la misma línea, dado que Jamaica –como muchos otros países Latinoamericanos– requiere fuentes externas de financiamiento, la cooperación externa se ha tenido una influencia significativa en los programas de reforma.

El proceso de reforma del sector salud de Jamaica no ha sido corto. Empezó durante la década de los 70, cuando el enfoque del mismo fue el establecimiento de una red extensa de clínicas de atención primarias administradas de una manera descentralizada. Durante los 80, por otro lado, el enfoque de las reformas se centró en la racionalización de las instituciones de salud pública y el fortalecimiento de la administración, en particular a través de mejoras en la administración hospitalaria. Parte de estos procesos se materializaron durante esa década a través del Programa de Racionalización del Sector Salud. En la década de los 90's los objetivos de la reforma estuvieron enfocados en la reformulación del rol del Ministerio de Salud, sostenibilidad financiera, calidad y equidad. Como en muchos otros países caribeños, el principal actor ha sido el Ministerio de Salud.

Sobre el contexto de lo anterior, los objetivos de la reforma actual del sector salud incluyen: el fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud de enfrentarse a nuevos desafíos, el mejoramiento de la calidad de la atención y la provisión de servicios de salud accesibles para

todos. Otros aspectos importantes las reformas son: la descentralización y la integración de servicios, la reestructuración de estándares de garantía de la calidad, la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento y la creación de sociedades con el sector privado.

En cuanto a los avances del proceso de reforma, desde el punto de vista legal, se han hecho cambios a varias leyes y reglamentos. Algunos ejemplos de estos cambios incluyen: (1) la Ley de Instituciones de Salud, (2) la Ley de Salud Mental y (3) la Ley de Seguridad Alimentaria.

En 1998, la oficina central del Ministerio de Salud fue reorganizada con el objetivo de adaptarla a su rol de dirección. En otro orden, el proceso de descentralización fue completado en 1999 cuando cuatro Autoridades Regionales de Salud iniciaron operaciones. Es importante mencionar que los directores de las autoridades regionales administran la provisión de servicios. Por otro lado, los recursos se provienen de las oficinas centrales del Ministerio.

Con respecto a financiamiento, con las reformas se ha identificado la necesidades de fortalecer los sistemas de información financiera para hacerlos más confiables y permitir comparaciones entre establecimientos de salud. De manera contrastante, para el año 2001, todavía no se habían tomado acciones para la modificación de fuentes de financiamiento y la distribución del gasto público en salud por niveles de atención. Finalmente, con respecto a la provisión de servicios, los cambios propuestos correspondieron a promover la integración de los servicios de atención del primer y segundo nivel de complejidad.

De acuerdo con noticias recientes del Gobierno de Jamaica, al Programa de Reforma del Sector Salud se le asignaron US\$ 25.3 millones dentro del presupuesto del periodo 2004/05, el cual está actualmente siendo revisado por la Casa de Representantes. Dicha asignación será usada para continuar con la implementación de las reformas. Dentro de algunos cambios que se han observado hasta la fecha, se encuentran:

- El establecimiento de la Ley del Servicio Nacional de Salud en 1997,
- El establecimiento de cuatro autoridades regionales de salud,
- El desarrollo de un plan contributivo de pensiones para empleados de las autoridades regionales de salud,
- El establecimiento de un plan estratégico de salud mental.

2.11.3 Aspectos Financieros

Como en muchos otros países, las asignaciones presupuestarias son una de las principales fuentes de financiamiento de Jamaica. El presupuesto asignado al Ministerio de Salud pasó de US\$ 118.2 millones en 1995-1996 a US\$188.2 millones en 1999-2000 – un aumento del 59%-. Dicho presupuesto, visto como porcentaje del presupuesto general del Gobierno ha fluctuado considerablemente, aumentando en un 5,3% en 1995-1996 a 7% en 1997-1998. Aunque el Ministerio de Salud ha establecido como meta la asignación del 25% del presupuesto al nivel de atención primaria, esta no se ha podido llevar a cabo totalmente ya que fluctuó entre 20% y 23% durante la segunda mitad de los 90. En otro orden, la cooperación internacional ha facilitado el mejoramiento de las instalaciones y los servicios del Ministerio de Salud. Países como Cuba, Alemania, Japón, Italia, Holanda y organizaciones como la Unión Europea así como también organismos internacionales como el BID, ILO, OPS/OMS, han contribuido con el financiamiento de programas de prevención y control de enfermedades, así como con programas de promoción de salud y prevención de abuso de drogas.

La siguiente tabla muestra algunos aspectos del gasto en salud de Jamaica durante el período 1998-2002.

Tabla 35
ASPECTOS DEL GASTO EN SALUD. JAMAICA. 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
G. Total en Salud % de PIB	5,9	5,5	6,4	6,0	6,0
G. Público en Salud % G. Total en Salud	58,6	50,3	52,6	43,4	57,4
G. Privado en Salud % G. Total en Salud	41,4	49,7	47,4	56,6	42,6
Gasto Público en Salud % Gasto Público Total	7,4	5,6	6,6	4,3	5,9
Pagos privados de los hogares % Gasto Privado en Salud	66,6	69,5	65,0	69,3	61,8
Recursos Externos para la Salud % Gasto Total en Salud	2,6	2,6	1,8	3,3	4,1
Gasto Total per Capita en Salud (dólares internacionales)	217	202	239	231	234
Gasto Público per Capita en Salud (dólares internacionales)	127	101	126	100	134

Fuente: OMS – Cuentas Nacionales de Salud.

Para el año 2004 el gasto privado en salud representó el 4,4% del PIB según cifras de la OPS.

Tal y como puede observarse, tanto el gasto público así como el gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud han presentado notables fluctuaciones durante el período 1998-2002. En el caso del sector público, por ejemplo, las fluctuaciones más importantes corresponden al período 2001-2002 cuando este pasó de representar un 56,6% del gasto total en salud en 2001 a tan sólo un 43% en 2002. Por otro lado, los recursos externos para el sector salud como porcentaje del gasto total en salud también han presentado fluctuaciones, siendo las más notable –con un incremento del 72% aproximadamente- la ocurrida entre 2000 y 2001.

2.11.4 Provisión de Servicios

El sector público está integrado por una red de 23 hospitales públicos y aproximadamente 350 clínicas dispersas por todo el país. El Ministerio de salud emplea a 13,000 personas aproximadamente y administra una considerable cantidad de instalaciones de salud, equipo y vehículos. Los hospitales reportan una disponibilidad comprendida entre las 4500 y 5000 camas. Existen aproximadamente 8 hospitales privados. Los hospitales del sector público manejan los casos más complejos y costosos. En otro orden, la mayoría de los medicamentos son adquiridos en el sector privado, sector que cuenta con 550 farmacias y centros de diagnóstico radiológico.

El sistema de salud ofrece atención primaria, secundaria y terciaria. La atención primaria, a nivel comunitario se presta en las clínicas mencionadas anteriormente las cuales están categorizadas entre los tipos I y V, siendo la tipo V la que ofrece servicios y personal más especializado. Por otro lado, la atención secundaria y terciaria se ofrece a través de los hospitales antes mencionados. Dichos hospitales se clasifican con un sistema alfabético según sus capacidades de atención. Existe un sistema de referencia desde hospitales tipo B y C a hospitales del tipo A. Los servicios ofrecidos por los hospitales A y B incluyen cirugía, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría, así como también servicios de rayos X y laboratorios.

2.11.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad política económica

Las falencias actuales en el caso de Jamaica constituyen el fundamento de las iniciativas de reforma. Estas incluyen:

- La falta de fortaleza del sector salud con respecto a los nuevos desafíos provocados por las realidades epidemiológicas y demográficas de la nación.

- La carencia de acceso verdaderamente universal a un paquete básico de servicios y beneficios de salud.
- La colaboración regulada de los sectores públicos y privados de salud.
- La disponibilidad limitada de fuentes de financiamiento.
- El logro de un completo proceso de descentralización.

2.12 Islas Vírgenes Británicas

2.12.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

Las Islas Vírgenes poseen una estructura poblacional relativamente joven. Existía en el año 2002, una razón de dependencia baja (36 personas menores de 15 años y mayores de 65 años pro cada 100 personas entre los 15 y 64 años) comparada al de otras islas del Caribe anglófono como Jamaica donde este indicador mostró un valor de 59 durante el mismo año. La siguiente tabla muestra un detalle de otros indicadores demográficos de interés.

Tabla 36
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. ISLAS VÍRGENES BRITÁNICAS. 2002

	Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional (%)	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
Islas Vírgenes Británicas	22,6	64,5	21,47	36,1	1,7	1,7	76,3

Fuente: PAHO-Health Core.

De acuerdo con datos mostrados anteriormente, la población de las Islas Vírgenes Británicas se estimaba en 22,600 personas aproximadamente para el año 2002. Si se tiene en cuenta la superficie territorial de las Islas es de 153 km², esto implica una densidad poblacional de 147 personas por km², un dato mucho menor al observado en países como Barbados, por ejemplo. En otro orden, el porcentaje de población urbana es de 64,5%, lo cual como se ha mencionado en muchas ocasiones es un indicador que está influenciado por la definición que cada país hace sobre lo que se considera urbano y lo que se considera rural. Finalmente, la tasa global de fecundidad ha caído por debajo del nivel de reemplazo, lo cual constituye un indicio del avance de la transición demográfica en la isla. Por otro lado, la esperanza de vida al nacer rondaba los 76 años.

Consideraciones epidemiológicas

Para 2005 La tasa mortalidad infantil se estimó el 18.05 muertes por cada mil nacimientos, una dato comparable al observado en países pocos desarrollados de América Latina. Por otro lado, actualmente las causas de muerte se distribuyen en un 33% correspondiente a enfermedades del sistema circulatorio, un 23,7% correspondiente a neoplasias malignas y un 7,5% correspondiente a causas externas. En lo referente a la morbilidad las enfermedades del sistema circulatorio y las respiratorias se encuentran encabezando los listados de los diferentes grupos de edad.

Desarrollo Tecnológico

La información con la que se cuenta únicamente corresponde a reportes sobre equipos médicos que son traídos de los Estados Unidos. Por otro lado existe cooperación tecnológica por parte de OPS para programas específicos, como son los de vacunación.

2.12.2 Tipología del Sistema de Salud

Existe un sector público y un sector privado. El Departamento de Salud es el responsable de la provisión de los servicios de salud, así como del monitoreo y regulación de los proveedores de servicios de salud. El Ministro de Salud, el Secretario Permanente y el Director de los Servicios de Salud son los encargados de la emisión de políticas y planificación, que se caracterizan por un esquema de soluciones de día a día.

Los pacientes que requieren diagnósticos o tratamientos más allá de las capacidades del sistema son referidos a Puerto Rico, Jamaica, Barbados, Islas Vírgenes Americanas y al Reino Unido. Aquellos pacientes que posean un seguro privado pueden ser referidos sin tener que ingresar al sistema público de hospitales.

La participación del sector privado es robusta y esta centralizada en el único hospital privado, el cual está especializado en cirugía plástica, cirugía oral y en el cual hay 15 médicos privados disponibles.

La seguridad social cubre a todos los asalariados y el patrono y los empleados contribuyen igualitariamente. Cubre eventos de maternidad, enfermedades profesionales, desempleo, pensión, enfermedad, beneficios a sobrevivientes, y gastos funerarios. La seguridad social no es un sector sanitario como tal ya que únicamente corresponde a un impuesto a la nómina salarial que financia ciertos beneficios no precisamente provistos en instituciones diferenciadas del sector público.

2.12.3 Aspectos Financieros

El gasto total en salud esta casi totalmente financiado por el gobierno. Para 2000 se estimó en US\$ 17.18 millones de dólares. Dentro de este, el gasto público en el nivel primario fue de US\$ 2.88 millones de dólares y el segundo nivel presentó un gasto de US\$ 6.6 millones de dólares. El gasto gubernamental para atención en el exterior ascendió a US\$ 92,263 dólares.

2.12.4 Provisión de Servicios

El Gobierno, que es el principal proveedor de atención de salud, se ha centrado en la atención a la mujer, niños, adolescentes y en las patologías de los adultos mayores y sus metas son el fortalecimiento del sector hospitalario, atención primaria, salud ambiental y el manejo de los desechos. El sistema de salud cuenta con dos niveles de atención.

Con fondos del Reino Unido se ha realizado un plan de de implementación de nuevas estructuras gerenciales, planificación, revisión de las estrategias financieras, mejoramiento de la calidad de los servicios y optimización de resultados.

Se intenta centralizar los esfuerzos en la consecución de estándares internacionales en el manejo de la salud centrados en los niveles primario y secundario y de los programas específicos anteriormente mencionados.

En cuanto a la atención primaria, el Departamento de Salud ha instituido un sistema de zonas para facilitar el despliegue de recursos a las diferentes comunidades. Las zonas incluyen a Tortola del Este, Oeste y Central, Virgen Gorda y Anegada. Los servicios de atención primaria son ofrecidos en las clínicas distritales. Existen un total de 10 clínicas y 2 puestos de salud. El centro

de salud de Road Town sirve como un punto de referencia para las clínicas distritales. Por otro lado, con respecto al nivel secundario de atención, los servicios son provistos en el hospital Puebles, el cual cuenta con 44 camas y ofrece servicios en especialidades básicas como cirugía y pediatría, así como servicios médicos y de enfermería continua. Finalmente, los pacientes que requieran tratamientos más allá de los ofrecidos por el Hospital Puebles son referidos a Puerto Rico, Jamaica, Barbados, Estados Unidos o el Reino Unido.

2.12.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad política económica

Una de las mayores falencias actuales es la falta de información estadística y financiera en muchos ámbitos. Por ejemplo, en los diferentes niveles de atención no se cuenta con información cuantitativa adecuada sobre cobertura efectiva o costeo de los servicios. Además, no existe información sobre el grado de satisfacción de los usuarios del sector. Por otro lado, en el nivel primario existen carencias de personal para solventar las necesidades de algunas clínicas.

2.13 Islas Turcas y Caicos

2.13.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

De acuerdo con datos del año 2002, las Islas Turcas y Caicos poseían una estructura poblacional relativamente joven, lo cual se evidenciaba por la presencia de un porcentaje de personas menores de 15 años de casi 33%. La presencia de este contingente joven tiene algunas explicaciones. En primer lugar, es el producto de una períodos recientes –aproximadamente de hace 15 años- de alta fecundidad. Por otro lado, la presencia de las cohortes jóvenes también tiene su causa en logros contra la mortalidad infantil y mejoras en la esperanza de vida. En la siguiente tabla se muestran algunos indicadores demográficos de interés.

Tabla 37
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. ISLAS TURCAS Y CAICOS. 2002

Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
20,5	46,9	32,5	56,7	3,3	3,1	74,3

Fuente: PAHO-Health Core.

De acuerdo con datos del 2004 la población estimada de las Islas Turcas y Caicos consistía de 20,500 habitantes, 47% de los cuales residían en zonas urbanas. Si se tiene en cuenta la superficie territorial de estas islas es de 430 km², esto implica una densidad poblacional de 48 personas por km². La tasa de crecimiento poblacional es alta comparada al resto de países del Caribe, lo cual se evidencia por la presencia de una tasa global de fecundidad (3.1 hijos por mujer) que se encuentra por encima del nivel de reemplazo. La esperanza de vida al nacer durante 2004 rondaba los 74 años, lo cual constituye un indicio del avance de la transición demográfica en la isla. Por otro lado, la esperanza de vida al nacer ronda los 74 años, un valor cercano al de otros territorios caribeños tales como las Islas Vírgenes Británicas.

Consideraciones epidemiológicas

Durante el periodo 1996-2000, se registraron 306 muertes. Aproximadamente 36% de estas correspondió a enfermedades del aparato circulatorio, mientras que el porcentaje correspondiente a enfermedades transmisibles era de 21%, un valor determinado en parte por el comportamiento de la epidemia del VIH/SIDA (7,8% del total de muertes). Un valor similar fue observado en el caso de las neoplasias malignas (8%). En grupo de edad mayor de 60 años fue donde se dio casi la mitad de muertes reportadas, mientras que las personas fallecidas en el grupo entre los 20 y 59 años representaban un 37% del total de muertes registradas.

Desarrollo Tecnológico

El equipo existente en los dos hospitales públicos distribuido entre los dos hospitales públicos incluye dos ultrasonógrafos, dos máquinas de Rayos-X y cuatro equipos de diálisis. El sector privado no posee equipos de alta tecnología.

2.13.2 Tipología del Sistema de Salud

El Ministerio de Salud es el responsable de la cobertura en salud para prevención y tratamiento de toda la población. Lo anterior se desarrolla por medio de un Departamento de Salud asociado con la población y el sector privado, tanto local como internacional.

La toma de decisiones es centralizada y la autoridad es muy limitada a nivel de las provincias hasta el punto que no se pueden hacer modificaciones de inversión o de recursos humanos a nivel local. La practica particular esta limitada a los pacientes ambulatorio y enfocada a la medicina general.

La seguridad social funciona con base a las contribuciones de los asalariados y provee servicios en enfermedad, incapacidad, maternidad, incapacidad retiro, muerte y gastos funerarios. Evidentemente, la seguridad social no corresponde aun sector sanitario por separado. Sobre la misma línea, no existe un paquete básico de servicios de salud.

Se estima que el 20 por ciento de de la población tiene seguro privado. Los proveedores de seguros son British American and Caribbean Home, afiliadas a instituciones de Estados Unidos.

2.13.3 Aspectos Financieros

El gasto total en salud para 1998 se estimó en US\$ 16.5 millones de dólares: el gasto público en US\$ 7.5 millones de dólares (45,4%) y el gasto privado US\$ 9 millones de dólares (54,6%). El gasto gubernamental anual per capita US\$ 310, y los individuos gastan por lo menos de sus propios recursos US\$ 375. Por lo tanto, el gasto mínimo per capita en salud fue estimado en US\$ 685 para 1998.

Se utiliza un copago en las instituciones públicas y si el paciente no puede pagar es exonerado. Otras categorías libres de pago son los ancianos y los menores de 18 años. El gobierno paga por algunos tratamientos en el exterior basados en un análisis individualizado de los casos. Finalmente OPS/OMS provee cooperación técnica y financiera.

2.13.4 Provisión de Servicios

El Gobierno, que es el principal proveedor de atención de salud, ha seguido por mucho tiempo el principio de que la atención de salud debe estar a disposición de todos los residentes de las islas, y ser accesible y de costo razonable. También reconoce que las organizaciones no gubernamentales y las personas deben compartir esa responsabilidad si se desea convertir en realidad la aspiración de lograr óptimas condiciones de salud para la mayoría. Los departamentos

de atención médica y dental se destinan a prestar atención preventiva y curativa eficiente y de alta calidad a todos los sectores de la población, mediante trabajo con la comunidad y con los proveedores de atención de salud privados y extranjeros. El Departamento de Salud Ambiental se asegura de que los hoteles, restaurantes, tiendas y casas particulares se ciñan a las normas de saneamiento y salud establecidas por la ley.

Las políticas siguen abordando los déficit de infraestructura y de personal que deben corregirse si se desea mejorar la calidad de los servicios y el control de los costos de la atención de salud. Las cuestiones prioritarias son el desarrollo de recursos humanos; el acceso a recursos financieros; el establecimiento de un sistema eficaz de información en salud conducente a mejorar la planificación y la vigilancia de los programas; la mejora de la infraestructura de salud, particularmente en el Hospital de Gran Turca; la consolidación de los vínculos con las organizaciones no gubernamentales; la salud ambiental; la adquisición de medicamentos; la promoción de la salud; la nutrición; la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y el control del VIH y el sida.

2.13.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica

Una de las mayores falencias actuales es la falta de información estadística y financiera en muchos ámbitos. Las iniciativas de reforma ha incluido dentro de sus agendas el fomento de sistemas de recolección de información para la toma de decisiones.

2.14 San Vicente y las Granadinas

San Vicente y las Granadinas está ubicado en el este Caribeño y está constituido por 30 islas, islotes, y cayos, con un área total de tierra de 388 km², (San Vicente 344 km² y las demás islas 44 km²). Las islas forman parte de la cadena de Antillas Menores de Barlovento. El país tiene un clima tropical, con una temperatura media de 24-33 °C, y es vulnerable a los huracanes, tormentas tropicales, erupciones volcánicas, y terremotos.

2.14.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

La estructura poblacional de San Vicente y las Granadinas refleja que la mayor parte de su población es joven, para el año 2004 alrededor de un 30% de la población estaba constituida por personas menores de 15 años. Esto implica que existe una considerable concentración de población en las edades productivas. La siguiente tabla muestra los valores de algunos indicadores demográficos de interés.

Tabla 38
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. SAN VICENTE Y GRANADINAS. 2004

Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia (por cada 100 personas entre 15 y 64 años)	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
121	59%	30%	58	0,5	2,2	74,4

Fuente: PAHO-Health Core.

Para el año 2004, San Vicente y las Granadinas contaba con una población de 121,000 habitantes, 59% de los cuales residían en zonas urbanas. La tasa anual de crecimiento poblacional (0,5%) era considerablemente baja en 2004. Esto se explica a través de la presencia de una tasa global de fecundidad que apenas supera el nivel de reemplazo, lo cual implica que San Vicente no ha completado la transición demográfica. Al igual que las Islas Turcas y Caicos, San Vicente y Granadinas contaba con una esperanza de vida al nacer de 74 años en el año 2004.

Consideraciones epidemiológicas

En el periodo de 1996-1999 se produjeron 3.184 muertes. El 42% de estas correspondió a las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas por el cáncer con un 16% del total de muertes registradas y las causas externas con 6,7%, así como también por las enfermedades transmisibles con 2,2%. El 60% de las muertes se produjeron en 1999 y tuvieron su mayor influencia sobre el grupo de adultos mayores, siendo la hipertensión, la diabetes mellitus, las enfermedades cardíacas y el cáncer los padecimientos que más afectaron a este grupo poblacional. En el caso de los grupos más jóvenes, específicamente en el caso de los niños menores de cinco años durante el periodo 1996-1999, los principales padecimientos fueron las infecciones respiratorias y gastrointestinales. En el caso de los niños en el grupo de edad entre los 5 y los 9 años, los principales problemas de salud fueron las deficiencias visuales, caries dentales, enfermedades virales y el asma.

En el caso de los adolescentes (10-19 años), por otro lado, durante el periodo 1996-1999, en este grupo se presentaron el 2% del total de muertes reportadas, siendo el ahogamiento por sumergimiento accidental la principal causa de muerte. Entre otros de los principales problemas que aquejan a los adolescentes se encuentran el embarazo, los accidentes, el abuso de drogas y de alcohol.

En el grupo de edad entre los 20 y 59 años), los principales problemas de salud estuvieron relacionados con el VIH/SIDA, otras infecciones de transmisión sexual, la hipertensión, afecciones cardíacas, diabetes, y el cáncer. En el periodo comprendido entre 1996-1999 las enfermedades no transmisibles representaron la más importante causa de muerte para este grupo poblacional. Los cánceres malignos particularmente del útero/cérvix y de la próstata, representaron el 15% del total de muertes que se produjeron en ese periodo.

Según la Sociedad para Personas con Discapacidades alrededor del 1,2% de la población total en 1999 sufría algún tipo de discapacidad, siendo los problemas más comunes la ceguera, el retardo mental, la sordera, la parálisis cerebral, las enfermedades mentales y la enfermedad de Parkinson, entre otras.

Desarrollo Tecnológico

En cuanto a tecnología de información, en 2001 existían en San Vicente 26,000 receptores de televisión, 21,000 líneas telefónicas y 2000 usuarios de Internet. Por otro lado, la investigación se enfatiza en niveles distritales y comunitarios, se realizan estudios anuales, los cuales se centran en problemas de salud identificados de la comunidad; el progreso y los resultados se presentan en las reuniones mensuales del personal de la comunidad.

2.14.2 Tipología del Sistema de Salud

El sistema de salud de San Vicente y Granadinas está integrado por un sector público y uno privado. El Ministerio de Salud representa al sector público y establece los estándares de atención y regula la práctica médica dentro del sector salud. Existe cierta regulación por parte del Ministerio de Salud en cuanto a la operación de instalaciones de salud privadas. En la actualidad la cobertura del seguro médico es proporcionada solamente por los aseguradores privados. Un aspecto

importante del sector salud es la propuesta de introducir un esquema nacional de seguro médico, que proporcionaría el acceso a un paquete bien definido de beneficios médicos.

2.14.3 Aspectos Financieros

A partir la 1995 a 1999, el gasto del gobierno en salud fue en promedio de US\$ 31.1 millones por año, lo que representó un 3,9% del GDP. En 1999, el gasto en salud ascendió a 37.34 millones, o 13% de gasto recurrente y 4,2% del GDP. La proporción más grande del presupuesto en salud fue la asignada a los servicios hospitalarios con un 32,8%, mientras que el 12,2% fue asignado a servicios médicos de la comunidad y 13,1% fue destinado a la compra de productos farmacéuticos. También en 1999, las tarifas pagadas por usuarios ascendieron a 2,21% de gasto total en salud, menos de un 6% de lo proyectado.

San Vicente goza de financiamiento y asistencia técnica proporcionada por varias organizaciones que brindan ayuda para el desarrollo del sector salud, incluyendo PAHO, CAREC, CFNI, CDB, CEHI, así como de la Universidad Médica de Kingstown y el Banco Mundial. La cooperación técnica fue proporcionada en las áreas de manejo de desechos sólidos, salud pública, expansión hospitalaria y educación en proyectos de investigación en salud.

El Banco Mundial y la CDB también proporcionaron ayuda financiera para el desarrollo de un programa de gestión de desechos sólidos. Durante 1997-2000, los gobiernos de Cuba, Japón, y Taiwán ofrecieron asistencia técnica en el entrenamiento del personal de salud y para el desarrollo de la infraestructura.

La siguiente tabla muestra algunos aspectos adicionales del gasto en salud.

Tabla 39
ASPECTOS DEL GASTO EN SALUD. SAN VICENTE Y GRANADINAS. 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
G. Total en Salud % de PIB	5,6	5,7	5,7	5,7	5,9
G. Público en Salud % G. Total en Salud	60,4	60,8	64,0	64,1	65,5
G. Privado en Salud % G. Total en Salud	39,6	39,2	36,0	35,9	34,5
Gasto Público en Salud % Gasto Público Total	8,5	9,0	9,4	11,8	11,9
Pagos privados de los hogares % Gasto Privado en Salud	100	100	100	100	100
Recursos Externos para la Salud % Gasto Total en Salud	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Gasto Total per Capita en Salud (dólares internacionales)	286	306	314	318	340
Gasto Público per Capita en Salud (dólares internacionales)	173	186	201	204	223

Fuente: OMS-Cuentas Nacionales en Salud.

Durante el período 1998-2002 se observó cierta constancia con respecto al gasto total en salud como porcentaje del PIB. Además, se observaron tendencias como el aumento del gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total (8% entre 1998 y 2002) y la disminución del gasto privado en salud como porcentaje del gasto sanitario total (12% entre 1998 y 2002). Por otro lado, se observa constancia en cuanto a los fondos provenientes de fuentes externas de financiamiento (0,2% del gasto total en salud durante 1998-2002).

2.14.4 Provisión de Servicios

Los servicios médicos institucionales se ofrecen en los niveles primario y secundario, mediante una red de 38 centros de salud a través de 9 distritos. Cada centro de la salud tiene un equipo base constituido por una enfermera, un ayudante de enfermera, y un ayudante de salud

comunitaria. El equipo de salud también incluye a un médico oficial de distrito, a un oficial ambiental de salud, a un educador de la vida en familia, un trabajador social y a un farmacéutico.

La atención secundaria se ofrece en el hospital general de Kingstown. Este hospital cuenta con 209 camas y ofrece varias categorías de cuidados especializados. El cuidado de enfermedades crónicas que no requieren de la intervención de especialistas también es proporcionado por cinco hospitales de distrito, que tienen una capacidad combinada de 58 camas. Así también, los individuos con problemas psiquiátricos crónicos reciben atención a través del Centro Mental de Salud, que tiene capacidad para albergar a 120 pacientes.

Los servicios para la promoción de la salud son ofrecidos principalmente por el Ministerio de Salud, específicamente por la Unidad de Educación en Salud. Esta unidad ofrece una amplia gama de programas orientados a fomentar la salud. Dicha unidad, ha producido una gran cantidad de material audio visual para divulgar temas de salud así como un programa diario en la radio donde se exponen dichos temas a la ciudadanía.

La Dirección de la Juventud cuenta con centros en los cuales los educadores de vida en familia realizan actividades orientadas a la promoción de la salud, las cuales también se brindan en escuelas y lugares de trabajo. También se realizan actividades comunitarias extraescolares orientadas hacia la juventud, las cuales están dirigidas por las Clínicas de Salud Adolescente. Estas clínicas a su vez ofrecen una amplia gama de los servicios para promover y resguardar la salud.

La Unidad de Educación también desarrolla el Programa Nacional de Educación de Padres, que se enfoca en el desarrollo de las habilidades de éstos y la comunicación para las mujeres. El Ministerio de Salud, en conjunto con otras instancias gubernamentales, el sector privado y las ONG han colaborado con el abastecimiento de programas educativos referentes al VIH/SIDA, para los individuos, comunidades e instituciones.

En noviembre del 2000 se designó un coordinador nacional de VIH/SIDA y desde entonces se han tomado medidas para aumentar los conocimientos de los trabajadores en cuidado médico de modo que puedan proporcionar la información y la ayuda a los individuos VIH positivos, gente que trabaja y que vive con el SIDA, sus familias, y el público en general.

Todos los médicos deben de estar acreditados y registrados para poder ejercer, de igual forma todas las enfermeras deben de estar debidamente registradas en el Consejo General de Enfermería para poder desempeñar sus labores en centros de atención médica. La venta de medicamentos se da principalmente en establecimientos privados, los cuales deben de estar debidamente autorizados por el Ministerio de Salud.

2.14.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad política económica

La principal falencia en la actualidad corresponde a la carencia de un conjunto claro de beneficios de salud. Dicho tema ya se ha considerado en las agendas de reforma a través de la propuesta de creación de un esquema de seguro nacional que no se enfoque únicamente en un conjunto limitado de beneficios.

2.15 Saint Kitts and Nevis

Saint Kitts y Nevis se sitúan en la sección norte de las islas de Sotavento en el este del mar Caribe. Su origen es volcánico, Saint Kitts cuenta con (176 km²) y Nevis con (93 km²). Están separadas en su punto más cercano por un canal 3 kilómetros. El transporte entre las dos islas es mediante un ferry. Ambas islas tienen aeropuertos así como instalaciones para el atracado de naves de travesía. Las islas son particularmente vulnerables a los huracanes, y todas las instalaciones antes mencionadas sufrieron un daño considerable debido a los tres principales huracanes experimentados durante el período 1996-1999.

2.15.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

Para el año 2002, se contabilizaban 39,000 personas en Saint Kitts y Nevis, de las cuales el 32% residía en zonas urbanas. A pesar de que la tasa global de fecundidad superaba a la fecundidad de reemplazo en ese mismo año, las islas mostraban una tasa anual de crecimiento poblacional equivalente a -0,3%, lo cual puede ser explicado por un importante elemento de migración. Como muchos otros países del Caribe, casi un tercio (28,57%) de la población correspondía a personas menores de 15 años en el año 2002. La siguiente tabla muestra algunos indicadores demográficos adicionales.

Tabla 40
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. SAINT KITTS Y NEVIS. 2002

Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
39	32	28,57	58,7	-0,3	2,4	71,9

Fuente: PAHO-Health Core.

La esperanza de vida al nacer en Saint Kitts y Nevis es comparable a la observada en países como Nicaragua. Por otro lado, tal y como se mencionó anteriormente, la fecundidad se encuentra por encima del nivel de reemplazo, lo cual implica un avance lento pero seguro en la transición demográfica.

Consideraciones epidemiológicas

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una importante causa de mortalidad y morbilidad. De las 393 muertes en 1996, el 30% correspondieron a hipertensión, el infarto al miocardio y a otras enfermedades cardiovasculares. Durante el período 1996-1999, el 69% de las muertes registradas se produjeron en el grupo poblacional de 65 años y más. Por otro lado, la tasa de mortalidad infantil fue de 24.1 muertes por 1.000 nacimientos vivos en 1996 disminuyendo a 12.7 muertes por 1.000 nacimientos vivos en 1999.

Con respecto al VIH/SIDA, entre 1996 y 2000, la razón de masculinidad de la epidemia se inclinaba a favor de los varones. En ese mismo período se registraron 26 muertes de SIDA. Dentro de estas muertes se incluía un niño menor de 5 años, el cual era hijo de una madre VIH/Positiva. Un niño -menor de 5 años- de una madre VIH-positiva era incluido entre las muertes debido al SIDA; el resto de las muertes del SIDA ocurrieron en el grupo entre los 20 y 59 años de edad.

Desarrollo Tecnológico

En cuanto a tecnología relacionada a los medios de comunicación, los datos de la OPS sugieren que en el año 2001, había 648 receptores de radio por cada 1000 habitantes en Saint Kitts y Nevis. Por otro lado, en ese mismo año se contabilizaron 10,000 receptores de TV y 17,000 líneas telefónicas. Con respecto a tecnología de información, en ese mismo año existían 8 compañías de Internet y 2,000 usuarios de la misma.

En otro orden, equipos relacionados con la producción de diagnósticos han sido adquiridos. Por ejemplo, hay disponibilidad de servicios de mamografía y ultrasonografía. Finalmente, en Saint Kitts y Nevis no se fabrican medicamentos.

2.15.2 Tipología del Sistema de Salud

El sistema de salud de Saint Kitts y Nevis está constituido por un Subsector público y uno privado. Existe poca información sobre las operaciones del subsector privado. Sin embargo, en el caso de sector gubernamental, el Ministerio de Salud y del Ambiente es responsable de implementar las políticas y programas propuestas por el gobierno federal. Dicho Ministerio divide en 3 programas: (1) Desarrollo de Políticas y Administración de Información, (2) Servicios de Salud Comunitarios y (3) Servicios Institucionales de salud. La Unidad de Información Sanitaria recolecta datos que alimentan estos programas tanto en Saint Kitts como en Nevis. Sobre la misma línea, el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad específica de movilizar los recursos para la promoción de la salud. Saint Kitts y Nevis tienen presupuestos anuales separados que son aprobados por la entidad estatutaria de cada isla y puestos en ejecución en forma relativamente independiente uno del otro. Hay algunas áreas, sin embargo, por ejemplo el acceso a la ayuda internacional y la puesta en práctica de los proyectos nacionales, en los cuales la colaboración conjunta es obligatoria.

Saint Kitts y Nevis ha hecho algunos esfuerzos en la reforma de la salud. Las medidas adoptadas se enfocan en alcanzar una mejor utilización de los recursos limitados, crear condiciones para facilitar una mayor capacidad en la entrega de servicios médicos de calidad, así como para reorientar el sector de la salud hacia el cuidado médico primario. Además, la agenda de reforma incluye el desarrollo de una infraestructura organizacional, que asegure el aprovisionamiento de combustible dado el daño considerable que sufrieron varias instituciones debido a la sucesión de huracanes.

Bajo este programa, dos principales hospitales, junto con muchos de los 17 centros de la salud de la federación, han experimentado la restauración. La unidad dental en el centro de la salud de Charlestown (Nevis) fue restaurada, una nueva unidad dental fue construida en Newtown (Saint Kitts), y una unidad dental fue equipada en el hospital de Maria Charles (Saint Kitts).

El Ministerio de Salud casi ha doblado el gasto recurrente debido a la reestructuración organizacional y a la creación de 19 nuevos puestos en las áreas de la gerencia de operaciones, gerencia de nivel medio y en la promoción de la salud.

Saint Kitts y Nevis no cuentan con un esquema nacional de seguro de salud. El sistema de seguridad social existente actualmente únicamente cubre ciertos beneficios para sus miembros –los cuales contribuyen mediante un impuesto a la nómina salarial- a través de instituciones no diferenciadas del sector público, por lo cual no constituye un sector sanitario independiente.

2.15.3 Aspectos Financieros

El sector salud de Saint Kitts y Nevis es el cuarto receptor más grande de los recursos financieros del gobierno. La tabla siguiente presenta algunos aspectos de la distribución del gasto en salud en Saint Kitts y Nevis.

Tabla 41
ASPECTOS DEL GASTO EN SALUD. SAINT KITTS AND NEVIS. 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
G. Total en Salud % de PIB	5,2	5,5	5,6	5,4	5,5
G. Público en Salud % G. Total en Salud	62,5	60,1	63,7	64,2	62,1
G. Privado en Salud % G. Total en Salud	37,5	39,9	36,3	35,8	37,9
Gasto Público en Salud % Gasto Público Total	10,8	10,4	10,4	10,9	9,7
Pagos privados de los hogares % Gasto Privado en Salud	100	100	100	100	100
Recursos Externos para la Salud % Gasto Total en Salud	6,4	5,7	5,2	5,0	4,7
Gasto Total per Capita en Salud (dólares internacionales)	512	576	624	637	667
Gasto Público per Capita en Salud (dólares internacionales)	320	346	397	409	414

Fuente: OMS-Cuentas Nacionales de Salud.

Tal y como puede observarse, el gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud observado en 2002 (62,1%) era muy similar al registrado en el año 1998 (62,5), por lo cual se infiere un comportamiento cíclico de dicho rubro. Un caso similar se observó con respecto al gasto privado como porcentaje del gasto total en salud durante ese mismo período. Una tendencia interesante es la que se observa con respecto a la cantidad de fondos externos como porcentaje del gasto total en salud, la cual ha presentado una considerable disminución durante el período 1998-2002 -26% aproximadamente-. Finalmente, el gasto per cápita en salud ha aumentado durante el período estudiado.

2.15.4 Provisión de Servicios

Existen dos niveles de atención: primario y secundario. En el caso del nivel primario, los servicios se proveen a través de 17 centros de salud, 11 de los cuales están en Saint Kitts, mientras que los restantes 6 se localizan en Nevis. Estos servicios incluyen salud materno-infantil, salud escolar, planificación familiar, salud mental, control de enfermedades crónicas y servicios ambientales de salud. Los servicios de salud comunitarios son provistos por oficiales médicos distritales. Los médicos privados también proporcionan servicios en el primer nivel de atención.

El Hospital J.N.France Hospital, in Basseterre, Saint Kitts, es el hospital principal de referencia el cual provee servicios de atención secundaria que incluyen atención en las especialidades básicas. Este hospital provee servicios de diagnóstico incluyendo radiología, bacteriología, así como un Banco de Sangre. Existen dos hospitales rurales que proveen servicios de obstetricia, pediatría, y emergencias, entre otros.

2.15.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad política económica:

Es importante mencionar que Saint Kitts y Nevis es una víctima constante de huracanes que afectan el Caribe. En este contexto, sus instituciones se han visto seriamente afectadas por problemas de infraestructura que el gobierno no ha podido resolver en su totalidad. Por otro lado, al igual que en muchos países del Caribe, en San Kitts y Nevis no se cuenta con un paquete básico de servicios de salud. La agenda de las reformas incluye la intención de crear un esquema nacional de seguro. Sin embargo, el avance hacia tal fin no ha sido considerable.

2.16 Aruba

2.16.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

Tabla 42

INDICADORES DEMOGRÁFICOS. ARUBA. 2004

Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
71	45,1	20,33	46,6	2	1,8	79

Fuente: OPS – Health Core.

Los datos presentados anteriormente corresponden al año 2002. La isla de Aruba tiene una extensión territorial de 180 km² y con una población de 71.000 personas –según datos del 2002- cuenta con una densidad poblacional de 390 habitantes por km². Su estructura poblacional es el mejor indicio de un proceso de transición demográfica suficientemente avanzado –con 38% de su población entre los 30 y 49 años-. La tasa global de fecundidad de esta isla a caído por debajo del nivel de reemplazo, lo cual explica la concentración de tan solo 20% de personas por debajo de los 15 años.

A pesar de haber caído por debajo del nivel de reemplazo, Aruba ha continuado creciendo no sólo por el efecto del ‘momento’ de la población, sino por una fuerte inmigración, las cuales han hecho que su tasa de crecimiento anual sea aproximadamente 2%. El análisis de dicha migración debe convertirse en un punto importante en la agenda de las autoridades sanitarias ya que esta constituye un vehículo potencial de ciertos problemas de salud comunes en el Caribe, tales como la epidemia del VIH/SIDA. Además, constituye el presagio de un crecimiento poblacional que puede llevar a condiciones de hacinamiento que podrían contribuir a la transmisión de enfermedades.

La tasa de mortalidad infantil (2005) de Aruba ronda las 6 defunciones por cada 1000 nacimientos. Por otro lado, para ambos sexos, la esperanza de vida al nacer es de 79 años –un valor bastante alto, comparable con el observado en otros países como Costa Rica-. Sin embargo, cuando se analizan los valores de la esperanza de vida usando una estratificación por sexo, puede notarse que las mujeres tienen una clara ventaja sobre los hombres (81 Vs. 73 años en el año 2000, respectivamente).

Durante 1999, las enfermedades del aparato circulatorio constituían la principal causa de muerte. Más del 29% de las muertes masculina se debieron a enfermedades del aparato circulatorio, siendo la enfermedad isquémica del corazón la principal causa específica de muerte –principalmente en el grupo entre los 20 y 64 años-. Otras de las principales causas de muerte incluyeron el cáncer de próstata, de tráquea y pulmón. En el caso de las mujeres, el 31% de las muertes se debieron al cáncer –principalmente de mama y cervix-, aunque la diabetes mellitus también tuvo importancia. Las enfermedades transmisibles contribuyeron al 8% del total de muertes durante el año antes mencionado. Casi un tercio de estas fueron atribuidas a enfermedades respiratorias mientras que aproximadamente el 20% fue atribuida al VIH/SIDA.

Consideraciones epidemiológicas

Dentro de las principales discapacidades, aquellas provocadas por accidentes constituían un 18% en el año 2000, con mayor incidencia en el caso de los hombres que, por la naturaleza de sus trabajos y relaciones de género, están más expuestos al riesgo.

Por otro lado, según datos de la Red Caribeña de Comunicaciones sobre SIDA, al final del 2002, se había registrado un total de 52 casos, 37 de los cuales eran hombres y 15 mujeres. El número de casos reportados en este popular destino turístico se dobló entre 1996 y 2002. El modo de transmisión predominante fue el heterosexual, aunque las transmisiones homosexuales han mostrado aumentos.

Desarrollo Tecnológico

Aunque existe una considerable disponibilidad tecnológica en el Hospital Horacio Oduber, este hospital planea adquirir equipo de resonancia magnética nuclear para desarrollar una sección de oncología local en lugar de referir a los pacientes a otros países. Por otro lado, el Instituto de Enfermedades del Corazón de Aruba cuenta con un moderno laboratorio de cateterización cardiaca. Aruba cuenta también con un centro de hemodiálisis, la clínica Posada, la cual provee servicios a personas locales y turistas.

2.16.2 Tipología del Sistema de Salud

Existe en Aruba un sector público y privado de salud. En el caso del sector público, el Ministerio de Salud Pública, Asuntos Sociales, Cultura y Deportes tiene bajo su jurisdicción al Departamento de Salud Pública. Esta dependencia es la encargada de la promoción de salud y la operación del Centro Médico Rudy Engelbrecht, el Pabellón Psiquiátrico y el Laboratorio Público. Además, dicho departamento es responsable de diversos servicios a través de los cuales realiza labores de prevención, inspección y actividades médicas generales. Por otro lado, en el caso del sector privado, en los últimos años, diversos especialistas han empezado a proveer servicios y numerosos laboratorios clínicos privados han empezado a emerger en la isla.

Por otro lado, es importante mencionar que todos los ciudadanos de Aruba tienen un seguro médico obligatorio para cubrir costos médicos. Sobre la misma línea, en la isla se pueden obtener seguros privados o a través de los empleadores. Además de los adultos mayores, las personas desempleadas, así como los discapacitados tienen derecho a obtener servicios médicos y farmacéuticos del gobierno.

Con respecto a la influencia de las reformas sobre la articulación antes definida, en las propuestas de cambio se ha incluido la reorganización del Departamento de Salud Pública y los servicios de salud bajo su jurisdicción. Además se ha propuesto la introducción de un Plan General de Seguros y la privatización gradual de los servicios prestados por médicos que actualmente se encuentran dentro de las planillas gubernamentales. Con respecto al Plan Nacional de Seguros, este les daría a los asegurados acceso a un paquete básico de servicios que incluiría servicios de atención primaria, cuidados secundarios proporcionados por especialistas, hospitalización y cobertura para medicinas recetadas. Sobre la misma línea, la introducción del plan general de seguros tiene como objetivo que exista acceso universal a la salud, independientemente del ingreso, la edad y riesgos de salud. Finalmente, también se ha propuesto la expansión del departamento de salud para que incluya a compañías privadas y la automatización de los procesos del Laboratorio Público.

2.16.3 Aspectos Financieros

Desde 1990, el sector salud ha recibido una porción importante del presupuesto del Gobierno. En 1998, por ejemplo, el porcentaje del presupuesto dedicado a salud era aproximadamente 5%. Por otro lado, entre los años 1990 y 1998, los gastos gubernamentales crecieron en un 72% (de US\$ 47 millones a US\$ 81 millones con un incremento anual promedio de 10%).

En cuanto a otras fuentes de financiamiento del sector salud se pueden incluir las donaciones internacionales. Por ejemplo, los fondos de Cooperación del Reino de los Países Bajos fueron de US\$ 1 millón en 1999. Además, entre 1999-2000, la sección de Control de Enfermedades del Departamento de Salud recibió US\$ 10,000 de la Unión Europea y US\$ 10,000 de la Cooperación Holandesa para el Desarrollo. Los fondos fueron canalizados a través de UNAIDS para las campañas de la isla.

2.16.4 Provisión de Servicios

El sistema de salud de Aruba está estructurado en tres niveles con sistemas de referencias entre ellos: atención primaria, cuidados especializados y cuidados hospitalarios. A continuación se presenta una breve descripción de la articulación entre los distintos niveles.

El Centro Médico Dr. Rudy Engelbrecht provee cuidados médicos –principalmente de atención primaria-. Este centro cuenta con una sala de emergencias que está bajo la supervisión de un médico general.

Con respecto a los cuidados especializados, el Departamento de Salud Pública intenta incrementar la cantidad de servicios de enfermería proporcionados en el hogar, lo cual es crítico para las personas adultas mayores y las diabéticas. Por otra parte, existe una organización llamada Instituto de Enfermedades del Corazón de Aruba, el cual es una entidad sin fines de lucro dedicada al análisis y tratamiento de enfermedades cardiovasculares. Esta entidad se encuentra cerca del Hospital Horacio Oduber, razón por la cual personas que reciben tratamiento en el Instituto pueden ser hospitalizadas de ser necesario. Existen también en este nivel de atención, Organizaciones No Gubernamentales que proveen servicios especializados de salud. La Cruz Roja y Amarilla, por ejemplo, se especializa en la provisión de cuidados en el hogar. Su población meta incluye a madres y sus infantes, adultos mayores, diabéticos y pacientes terminales, entre otros. Finalmente, existen cuatro instituciones que ofrecen servicios de rehabilitación a personas con problemas de drogadicción –especialmente entre los 20 y 60 años-. Estos centros, sin embargo sólo admiten a personas que han completado programas de rehabilitación en una dependencia hospitalaria.

En cuanto al nivel hospitalario, el hospital Horacio Oduber –un hospital administrado por una fundación sin fines de lucro- provee una gran gama de servicios, los cuales incluyen medicina general, cirugía, cardiología, urología, ginecología y obstetricia, pediatría, neurología y ortopedia entre otros. Este hospital también provee servicios ambulatorios, así como hemodiálisis, fisioterapia y servicios de radiología. Los partos son atendidos en este hospital, el cual tiene dos salas de parto modernas. Sin embargo, las mujeres también pueden optar por tener sus hijos en casa. De acuerdo con estadísticas del Departamento de Salud, los partos prematuros son escasos. Si se sospecha la posibilidad de un parto prematuro, los pacientes son transferidos a Curazao.

Cuando un paciente necesita tratamiento médico o servicios de diagnóstico que no están disponibles en la isla, el departamento de salud hace arreglos para referir a la persona a servicios en el exterior. Para hacer dicha referencia, el médico encargado del caso debe llenar una aplicación y enviarla a un comité gubernamental nombrado para tal efecto. En caso de emergencia, la decisión

se puede tomar en un día. En 1999, por ejemplo, se aprobaron 741 aplicaciones. La mayoría de estos pacientes se refirieron a Venezuela con el objeto de realizar procedimientos de diagnóstico.

2.16.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad política económica

El Departamento de Salud de Aruba ha identificado los problemas más importantes del sector. Estos incluyen: el aumento de los costos de servicios de salud, insuficiente disponibilidad de servicios médicos, y carencia de adecuados controles de calidad. Muchas de las reformas mencionadas anteriormente tienen como objetivo la focalización en los problemas identificados. Como ejemplo de esto se pueden citar las reformas que planean mejorar los servicios de inspección, los servicios de salud mental, así como las que pretenden la construcción de nuevos edificios de cuidados médicos.

La viabilidad de que estas reformas se lleven a cabo y que a la vez contribuyan a la solución de los problemas identificados, depende en gran manera de las tendencias de la cooperación internacional. Por ejemplo, la cooperación Holandesa ha disminuido notablemente (US\$ 8 millones entre 1998 y 1999) y se espera que concluya en el año 2010, lo cual le da al gobierno de Aruba un período de cinco años para explorar otras fuentes de financiamiento.

2.17 República Dominicana

2.17.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

Tabla 43

INDICADORES DEMOGRÁFICOS. REPÚBLICA DOMINICANA. 2002

Población (miles)	Porcentaje de población urbana	Porcentaje n de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
8,6	59,7	31,56	57,3	1,4	2,6	66,6

Fuente: OPS – Health Core.

La República Dominicana comparte con Haití la isla Española, la segunda en tamaño dentro del archipiélago de las Antillas, localizada en el margen del hemisferio norte. Esta isla del Caribe, junto con Cuba, Jamaica y Puerto Rico constituye la parte del archipiélago conocida como "Antillas Mayores". La extensión territorial de la isla es de unos 77,914 kilómetros cuadrados, de los cuales 48,442 corresponden a la República Dominicana. Con una población de 8.639 millones de personas (2002), República Dominicana presenta una densidad poblacional de 173,3 personas por km². En el país, más de la mitad (59%) de la población se concentra en zonas urbanas.

En el año 2002 presentó una tasa de esperanza de vida de 66,6. A pesar del esfuerzo del país en mejorar el registro de mortalidad, se estima que alrededor del 30% de las muertes no son incorporadas al registro.

Consideraciones epidemiológicas

En 1999 las transmisibles pasaron del segundo al quinto lugar en menos de 10 años. Así, aunque el porcentaje de muertes registradas por "Síntomas y causas mal definidos" tiende a bajar en los últimos años, principalmente por las acciones relacionadas con las mortalidades infantil y materna, dichos progresos aún no se reflejan en estas cifras. Las principales conclusiones derivadas del análisis de la mortalidad son las siguientes:

i) La mortalidad por enfermedades transmisibles, en particular en los menores de cinco años, tiende a descender progresivamente en términos porcentuales durante los últimos quinquenios; sobre todo debido a la reducción de muertes por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y por Enfermedades prevenibles por vacunas. Se considera que las tasas de muerte por enfermedades transmisibles se han reducido mucho, y más aún durante el último quinquenio de la década de los años 90.

ii) La mortalidad infantil ha sido considerada la primera prioridad de salud pública del país. Las acciones desarrolladas en el marco de la Movilización Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil y Materna han impactado considerablemente en los últimos años.

iii) La mortalidad materna es la segunda prioridad de salud pública. Se admite que ha estado descendiendo entre 1995 y 1999 y que las acciones ejecutadas por SESPAS han contribuido a reducir este indicador 10 de 110 a 67 mujeres fallecidas por cada 100 mil nacidos vivos. Según la mayoría de las fuentes, más del 95% de los embarazos tienen por lo menos tres consultas médicas prenatales (la primera de ellas antes del 6° mes), y alrededor del 98% de los nacimientos ocurren en establecimientos de salud y reciben atención médica. Un problema relevante es el embarazo en adolescentes, el cual tiende a aumentar.

iv) La mortalidad por enfermedades cardiovasculares y tumores tiende a mantenerse estabilizada, tanto en términos porcentuales como en tasas.

v) La mortalidad general y, sobre todo, la morbilidad por causas de accidentes de tránsito y, más recientemente, también a causa de las violencias. Estas muertes son más importantes en el grupo de 15 a 44 años de edad, y entre los hombres.

vi) En 1990 las principales causas de mortalidad en menores de un año fueron las enfermedades transmisibles y las afecciones del periodo perinatal. Estas últimas habían estado descendiendo (1986: 839 por 100,000 NV y 1990: 499 por 100,000 NV), pero la mortalidad infantil por enfermedades transmisibles aumentó en el mismo periodo (1986: 562.7 por 100,000 NV y 1990: 695.6 por 100,000 NV). Se estima que las acciones de los últimos años han reducido la mortalidad por ambos grupos de causas.

vii) Entre las enfermedades crónicas, por razones no bien conocidas, las enfermedades hepáticas constituyen una importante causa de mortalidad. El cáncer de cuello uterino causa una elevada tasa de mortalidad debido principalmente a la carencia de un adecuado programa de prevención y control.

viii) La transmisión de HIV y la prevalencia de SIDA constituyen un importante problema de salud pública. Algunas estimaciones indican que entre 50,000 y 200,000 personas de la población sexualmente activa podría ser HIV positivo. La edad media de transmisión estimada ha descendido y se sitúa en la adolescencia y la juventud. En términos de seropositividad, la relación hombre/mujer tiende a igualarse.

ix) En los últimos años, existe una creciente preocupación de diversos sectores de la sociedad sobre el consumo de drogas. No existen datos confiables sobre la incidencia de este problema, pero si hay evidencias de que se ha incrementado el tráfico nacional e internacional.

Desarrollo Tecnológico

Las principales investigaciones se han producido en el Centro de Investigaciones en Salud Materna e Infantil. Las instituciones de educación y del sector salud que proporcionan acceso a sus bases de datos bibliográficas mediante la Internet están creciendo. Existe una Biblioteca Virtual en Salud de la República Dominicana, pero menos de la mitad de las ocho bibliotecas pertenecientes a la Red disponen de acceso a Internet.

El personal de mantenimiento es en su mayoría de formación empírica. Los equipos de alta tecnología, públicos o privados, se concentran en Santo Domingo y Santiago. Los del sub-sector público, se ubican principalmente en los hospitales de la Plaza de la Salud, Luis E. Aybar y hospital de niños Robert Reid Cabral, en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, en el Hospital Padre Billini. En el sector privado existen 25 tomógrafos y 3 equipos de Resonancia Nuclear Magnética, esta última tecnología no existe en el sub-sector público.

2.17.2 Tipología del Sistema de Salud

El sistema de salud tres sectores. El sub-sector público, el sub-sector privado y la seguridad social. El sub-sector público de salud (administrado por la Secretaría de salud) está organizado en cuatro niveles de gestión, con responsabilidades variadas. Los servicios de salud están organizados en tres niveles de atención o de complejidad: el primario (1.099 establecimientos ambulatorios de los cuales 474 son rurales), el segundo (126 establecimientos con las cinco especialidades básicas) y el tercer nivel de complejidad más avanzada (42 hospitales especializados o de alta complejidad). Además, el Instituto Dominicano de Seguridad Social y las Fuerzas Armadas cuentan con establecimientos asistenciales de diversa complejidad.

Durante el período 1996-2000, hubo un aumento en los servicios de salud mental, incluyendo tanto nuevas camas asignadas a 10 hospitales, como unidades de atención a crisis, centros comunitarios y un hospital de día. La atención de personas con discapacidad se proporciona en más de 310 establecimientos y centros de atención públicos y privados.

Existen laboratorios clínicos, algunos de gran complejidad, donde la calidad ha aumentado progresivamente. El estado ofrece servicios de salud oral gratuitos, especialmente aquellos de carácter preventivo y los de baja complejidad y costo, que se enfocan a la población infantil y materna.

De manera general, el IDSS, las asociaciones de auto-seguros, las compañías aseguradoras privadas y compañías de prepago (iguales) ejercitan la función de aseguramiento en el país. Algunos detalles de estas instituciones se definen más adelante,

2.17.3 Aspectos Financieros

El gasto total en salud fue estimado por el Banco Central en mayo de 1996 como el 6,5% del PIB, lo cual es similar al porcentaje promedio del PIB del gasto en los PAL durante el período 1990-1998. El gasto total se distribuyó como sigue: sector público 26.5 por ciento, sector privado 72.5 por ciento y de fuentes externas al país 1.0 por ciento. La proporción desagregada del gasto público fue del 16 por ciento para SESPAS, 6.8 por ciento para el IDSS, 1.4 por ciento para la presidencia y 2.3 por ciento para otras entidades del sector público, tales como otras secretarías de estado y la Cruz Roja. El gasto desagregado del sector privado muestra: hospitales, clínicas, e instalaciones privadas de diagnóstico 36 por ciento, familias con un 18.5 por ciento, seguro privado con un 10.3 por ciento, y organizaciones sin fines de lucro 7,7%.

De conformidad con los resultados preliminares de un estudio realizado por el Banco Central, el gasto promedio del sector público para el período 1996-1999 fue de 2,0% del PIB. Este es un bajo porcentaje si lo comparamos con el gasto público promedio en la Región de PAL (3,2%), o en los países con un ingreso per cápita similares tales como Costa Rica (5,2%), Panamá (4,9%) o Jamaica (3,2%).

El promedio porcentual del gasto en salud del gasto público total para el período 1996-99 fue de 12,5%, y el gasto en salud es casi un tercio (31,6%) del gasto total para servicios sociales. El presupuesto para el año 2002 propone un 13,6% del gasto público total para el gasto de salud pública.

El presupuesto nacional es la fuente más importante de financiamiento, en promedio un 64,9%, seguido por el sector privado con un 31,4% y el resto (3,7%) de fuentes externas, principalmente préstamos y donaciones. El presupuesto de SESPAS proviene del Tesoro Nacional (77,2%), familias (11,2%), la Presidencia (5,8%) y de otras fuentes externas (5,8%). Los gastos del IDSS se financian con los impuestos retenidos de nómina (94,8%) como un por ciento de salarios y sueldos: 7,0% pagado por el empleador y 2,5% por el empleado.

En términos de gastos del programa, casi la mitad de los fondos se gastaron en cuidados curativos y otro cuarto en la compra de productos farmacéuticos y suministros médicos. El gasto en la promoción de la salud y en cuidados preventivos representó solamente 1,1% del gasto público total. Los Hospitales recibieron un 60% de los fondos de SESPAS y las clínicas rurales y centros de salud alrededor de 20%.

La siguiente tabla presenta algunos aspectos del gasto en salud para el periodo 1998-2002.

Tabla 44
GASTO EN SALUD. REPÚBLICA DOMINICANA. 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
G. Total en Salud % de PIB	5,8	5,7	6,2	6,1	6,1
G. Público en Salud % G. Total en Salud	31,4	32,1	35,2	35,6	36,4
G. Privado en Salud % G. Total en Salud	68,6	67,9	64,8	64,4	63,6
Gasto Público en Salud % Gasto Público Total	11,8	11,3	14,6	13,5	11,7
Fondos de la Seguridad Social % Gasto Público en Salud	21,4	20,3	22,4	22,6	20,3
Pagos privados de los hogares % Gasto Privado en Salud	88,4	88,4	88,4	88,4	88,2
Recursos Externos para la Salud % Gasto Total en Salud	3,2	3,2	2,4	1,8	1,4
Gasto Total per Capita en Salud (dólares internacionales)	219	232	273	281	295
Gasto Público per Capita en Salud (dólares internacionales)	69	75	96	100	107

Fuente: OMS – Cuentas Nacionales de Salud.

El gasto público en salud para el 2004 representó un 1,1% del PIB según estadísticas preliminares de la Unidad de Cuentas Nacionales de Salud de Rep. Dominicana.

De manera contrastante con muchos países de la región, el gasto público en salud como porcentaje del gasto en salud aumentó en un 16% entre 1998 y 2002. Por otra parte, el gasto privado en salud ha disminuido en cinco puntos porcentuales durante el mismo periodo. Los fondos provenientes de la seguridad social se han mantenido prácticamente constantes, no así los recursos provenientes de fuentes externas, los cuales disminuyeron dos puntos porcentuales entre 1998 y 2002.

2.17.4 Provisión de Servicios

El sistema de servicios de salud lo forman un sub-sector público, constituido por: i) las instituciones dependientes del Gobierno General (Secretaría de Salud y Asistencia Social (SESPAS); Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE); Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS); Instituto de Seguros Sociales de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional (ISSFAPOL); ii) algunas instituciones descentralizadas (Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA); el Centro Nacional de Estudios y Control de Enfermedades Tropicales (CENCET), anteriormente conocido como Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) y, iii) las Municipalidades. El sub-sector privado, está formado por instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud, con y sin fines de lucro.

La SESPAS es el ente rector del sistema y ejerce las funciones de regulación y autoridad sanitaria. Es un ministerio del Gobierno, organizado en niveles central, provincial y local, con desconcentración administrativa hacia los niveles provinciales y locales, y relación jerárquica entre niveles. Su estructura organizacional y administrativa no es directamente concordante con las estructuras de otras Secretarías de Estado del área social, sobre todo desde que se establecieron las Direcciones Provinciales y Municipales de Salud (DPS/DMS). La SESPAS está a cargo de la atención de la población no asegurada (alrededor del 75,9% de la población).

PROMESE: Es una entidad gubernamental centralizada, dependiente de la Presidencia de la República. Su función consiste en comprar y distribuir medicamentos e insumos médicos y quirúrgicos para la SESPAS, el IDSS, las Fuerzas Armadas y la red de boticas populares de la presidencia de la República. Para ello se relaciona con el sector privado nacional e internacional. La distribución se realiza a través de las boticas populares para la atención ambulatoria y de las farmacias intrahospitalarias.

IDSS: Es un organismo autónomo centralizado, aunque tiende a desconcentrar algunas acciones específicas. Su estructura organizacional no se corresponde con la estructura de la Administración del Estado, pues se organiza en unidades de prestación y en programas. El IDSS se financia con las cotizaciones de los patronos y empleados. Además, presta servicios a través de una red de 18 hospitales, 25 policlínicas y 183 consultorios. La red se relaciona con el resto del sub-sector público mediante la referencia de pacientes desde los consultorios a los hospitales regionales y nacionales. Por otro lado, el IDSS compra y vende servicios a los centros privados. Vende sobre todo servicios hospitalarios, de apoyo (laboratorio) y de odontología. y compra, sobre todo tecnología avanzada en las provincias del interior del país a clínicas privadas o cuando se originan situaciones de exceso de demanda o escasez de oferta. Tradicionalmente el IDSS no compra ni vende servicios a la SESPAS.

ISSFAPOL: Es una entidad autónoma de administración centralizada, organizada en función de la estructura de las Fuerzas Armadas. Cubre aproximadamente a 12-3% de la población total, e incluye a efectivos de la policía y el ejército (activos y en retiro), a sus cónyuges e hijos (hasta los 18 años o hasta los 25 si estudian) y padres. Se financia con aportes del Estado y de los afiliados.

El modelo de atención del sub-sector público se caracteriza por la provisión gratuita de la atención de salud y el financiamiento público, aunque se han venido introduciendo otras formas de financiamiento como la recuperación de costos. La atención se orienta tanto hacia los individuos como hacia los grupos en pobreza crítica.

Se estima un ratio de 1,6 camas por habitante, con un total de 179 laboratorios clínicos, 32 bancos de sangre y 110 máquinas de radiodiagnóstico. El sub-sector privado, se estima un ratio de 3,9 camas por 1,000 habitantes, con 1.800 laboratorios clínicos, 35 bancos de sangre y 21 máquinas de radiodiagnóstico. En el año 2000, el gasto del gobierno en medicamentos a los hospitales fue de

US\$246 millones. La industria nacional contribuye con el 30% del total de medicamentos y la diferencia se importa. Existe una lista de medicamentos esenciales constituida por 222 medicamentos. En total se estima existen 14,182 productos registrados en el mercado y de estos el 12,4% son medicamentos genéricos.

En 2000 el país contaba con 15.679 médicos (19 por 10.000 habitantes), 2.603 enfermeras profesionales (3 por 10.000), 12.749 auxiliares o técnicos de enfermería (15 por 10.000), 7.000 odontólogos (8 por 10.000) y 3.346 profesionales farmacéuticas. Hay varias universidades que preparan profesionales, reconocidas por el Consejo Nacional de Educación Superior: 9 escuelas de medicina, 6 de enfermeras y técnicos, 7 de dentistas, 4 de farmacéuticos, y otras. El número de enfermeras que egresa de la universidad (70 por año) es muy bajo en relación con las necesidades. En 15 hospitales docentes se llevan a cabo 53 programas de residencias médicas en 20 especialidades y 6 sub-especialidades. 4 universidades ofrecen 5 programas relacionados con la salud pública y 3 cuentan con maestría en salud pública.

El subsector privado se caracteriza por dos tipos de instituciones: las con fines de lucro y las sin fines de lucro. Las Instituciones con fines de lucro, tanto las aseguradoras como los proveedores privados se concentran en el área urbana y se financian mediante pago directo, sistemas de prepago (iguales médicas) y/o primas de seguros. Las iguales y los seguros privados cubren aproximadamente al 12% de la población total. Entre ellos existen escasas relaciones, aún cuando la Asociación Nacional de Clínicas Privadas (ANDECUP) agrupa a la mayoría de los proveedores privados. Las relaciones con el sector público son escasas. ANDECUP agrupa a 150 clínicas privadas que cuentan en promedio con 20 camas, y no incluye a las pequeñas clínicas, agrupadas en la "Asociación de Pequeñas Clínicas". El 73% de las actividades de los miembros de ANDECUP se concentra en servicios de Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Medicina Interna, contando únicamente con 2 clínicas psiquiátricas. En el sector existe preocupación por el establecimiento de Patronatos (Plaza de la Salud, por ejemplo), al ser centros privados que reciben subsidio estatal, contar con personal pagado con cargo a fondos estatales y tener establecidos mecanismos de cobro a los pacientes a precios de mercado.

Instituciones sin fines de lucro: Son las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) e instituciones que prestan servicios de salud a las comunidades, como por ejemplo las Parroquias. Existen aproximadamente 200 ONG en el sector, de las cuales 62 (31%) están asociadas a Instituto Nacional de Salud (INSALUD) y se localizan en las áreas urbanas, principalmente en las provincias del centro y suroeste del país. Se financian con subsidios públicos provenientes de SESPAS, Presidencia de la República y PROMESE; con recursos de la cooperación internacional, de la filantropía nacional, y mediante co-pagos; que pueden ser muy diferenciados pues no existen tarifas.

Para la atención de salud cuentan con clínicas de propiedad de las ONG, y con clínicas asociadas y dispensarios. Estas instituciones se estima realizan 750,000 consultas al año, principalmente en programas de salud materno-infantil, salud reproductiva, rehabilitación, drogadicción, enfermedades catastróficas, SIDA, y otras. Se ha creado un sistema de información en salud entre la SESPAS y aquellas ONG que reciben subsidios. Se está desarrollando, además, un proceso de habilitación de estas instituciones.

También existen empresas aseguradoras y autogestionadas de salud para algunos grupos específicos de trabajadores, tales como médicos, maestros y funcionarios de las empresas financieras públicas, así como la empresa pública San Rafael. Se estructuran bajo un modelo organizativo desconcentrado y tienden a operar en las zonas urbanas. Para la prestación de atención compran servicios a proveedores públicos y privados mediante contratos y de acuerdo a la demanda. La relación entre estas instituciones se realiza a través de federaciones. Prácticamente no se relacionan formalmente con el sistema público. Cubren aproximadamente al 2% de la población.

2.17.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad política económica

Aproximadamente un 75,9% de la población es considerada no asegurada, y recibe atención de salud gratuita por los servicios de la SESPAS; el 7,1% está asegurada por el IDSS; el 12% por seguros privados y el 5% por otros tipos de seguro (ISSFAPOL, auto-seguros, etc.).

El Sistema de Salud de la República Dominicana está formado por múltiples proveedores públicos y privados que operan sin tener claras pautas, un mínimo de reglamentos, con funciones superpuestas y sin la coordinación requerida para garantizar el acceso universal a servicios de salud de buena calidad y eficientes.

En relación con el subsector privado es importante destacar que la mayoría de los hospitales privados tienden a ser muy pequeños. Alrededor del 80% de las clínicas privadas tienen menos de 20 camas. Casi toda la actividad del sector privado se concentra en las dos ciudades más grandes: Santo Domingo y Santiago. No existen datos estadísticos en cuanto al número, tamaño, y composición del sector privado que en gran parte no está regulado y carece de supervisión.

La protección de los más pobres contra las pérdidas financieras debido a mala salud es todavía una promesa insatisfecha en el país. Un segmento de la población no tiene ninguna clase de seguro de salud y gastos erogados con recursos propios representan más de la mitad del gasto total en salud. Los más ricos contribuyen con un porcentaje de su ingreso total mucho menos que los pobres en cuanto al financiamiento de los cuidados de salud y una gran proporción de los familiares se vuelve más pobres cuando tienen que obtener esos cuidados.

La razón de mortalidad materna por 100,000 nacimientos vivos tal como lo informa SESPAS fue de 122 en 1999. Dicho valor es alto de manera no aceptable y era de 10 a 15 veces más alto que el de los países desarrollados en ese mismo año.

Un estudio retrospectivo de muertes obstétricas en la República Dominicana concluyó que el 93 por ciento de estas muertes era evitable. Estos son resultados sorprendentes dado que a nivel internacional la República Dominicana tiene una muy buena posición en términos de cuidado prenatal (99% de todos los Partos), de los cuales tienen lugar en establecimientos de salud (95%) y son partos atendidos por personal sanitario experto (97%). Los factores de riesgo documentados en el estudio son: la calidad del cuidado obstétrico en hospitales públicos, el comportamiento del personal, y el hecho de ser multíparas. La causa principal de muerte materna es la toxemia (43% en 1997) una condición manejable durante el último trimestre del embarazo. Incentivos creativos para cambiar el comportamiento de los suplidores del servicio debe ser una estrategia clave en el éxito de reducir muertes maternas innecesarias.

En síntesis se puede señalar que las falencias principales del sector – a pesar de los programas de reforma implementados en el país-y las áreas de mejora son:

- Fragmentación intra-sectorial y falta de monitoreo del sector privado de salud
- Acceso no equitativo a los Servicios de Salud.
- Gasto no equitativo en cuidados de salud.
- Asignación Ineficiente de los Recursos.
- Demasiadas Camas de Hospitales.
- Necesidad de Mejorar la Calidad de los Servicios de Salud.
- Marco Regulador del sector privado.

Reforma del sector salud

La propuesta de reforma sectorial ha sido amplia y ambiciosa incluyendo objetivos para mejorar su cobertura y equidad para los servicios básicos especialmente para la población más vulnerable; mejoramiento de la calidad de los servicios y la eficiencia en la utilización de los recursos, especialmente los del Estado. Para ello se propusieron una serie de estrategias para lograr el aseguramiento de toda la población mediante esquemas tanto públicos como privados de gestión de riesgo a la salud. Separación de funciones en la que se fortalezca la función rectora, se fomente la descentralización y se implemente una modalidad de subsidios a la demanda como mecanismo de entrega de los recursos a personas e instituciones.

Para ello también se han considerado ejes transversales, especialmente para la gestión del sistema de salud fortaleciendo la generación de información para un efectivo monitoreo y evaluación. Transformación institucional para su adaptación a las nuevas funciones. Operativización de la legislación mediante la normatización y formación y capacitación del recurso humano. Temas o áreas específicas de desarrollo en el proceso de reforma.

A continuación se hace una descripción de lo que son y lo que se espera como meta de cada uno de los temas o áreas planteadas en el proceso de la reforma:

- La **SESPAS Central** estará encargada del seguimiento, revisión, ajuste y control de la política de salud y las normas y procedimientos técnicos y operativos respectivos, en cuanto a la calidad de los servicios, la vigilancia epidemiológica, el control de endemias y epidemias, y la promoción y protección de la salud individual y colectiva; actuando como rector del Sistema Nacional de Salud en su papel directivo que le corresponde ejercer a través del Consejo Nacional de Salud, del Consejo Nacional de Seguridad Social, del Consejo Directivo del Seguro Nacional de Salud, y de los Consejos de Administración de los Proveedores Públicos de Servicios de Salud, entre otras instancias en las que participa o preside.
- Las **Direcciones Provinciales de Salud**, expresión desconcentrada de la SESPAS Central, encargadas de velar por la aplicación y el cumplimiento, en lo que les corresponda respectivamente, de la política de salud y sus respectivas normas y procedimientos técnicos y operativos, en las áreas de calidad de los servicios, la vigilancia epidemiológica, el control de endemias y epidemias, y la promoción y protección de la salud individual y colectiva.
- Los actuales **Hospitales Públicos y las Direcciones Regionales de Salud**, se habrán separado orgánica y funcionalmente de la SESPAS y estarán operando como entidades autónomas e independientes administrativa y financieramente, dotadas de un órgano de gobierno y control social representado en los Consejos de Administración Hospitalaria que preside el Secretario de Salud, con patrimonio y presupuesto propio, organizados funcionalmente en Redes Regionales de Proveedores Públicos de Servicios de Salud, que ofrecen integralmente los servicios de salud contemplados en el Plan Básico de Salud, mediante los diversos niveles de complejidad que tienen como puerta de entrada las instancias y estrategias de Atención Primaria.
- El **Seguro Nacional de Salud**, –SENASA–, entidad autónoma e independiente administrativa y financieramente, dotadas de un órgano de gobierno y control social representado en su Consejo de Administración que preside el Secretario de Salud, con patrimonio y presupuesto propio, encargado de administrar el riesgo en salud de los afiliados pertenecientes a los regímenes subsidiado, contributivo-subsidiado y contributivo de los empleados públicos, utilizando para ello una dependencia central encargada de la dirección, planeación y control técnico, y una serie de dependencias

desconcentradas a nivel regional encargadas de la operación administrativa y técnica de los procedimientos pertinentes a la administración del riesgo en salud.

- **La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales**, –SISALRIL-, entidad autónoma e independiente administrativa y financieramente, adscrita al Consejo Nacional de Seguridad Social, dotada de patrimonio y presupuesto propio, encargada de la vigilancia y el control sobre la creación, operación y liquidación de las entidades que realizan la administración del riesgo en salud, en el campo de la salud general y de los riesgos laborales, así como también encargada del seguimiento, análisis y elaboración de propuestas de ajuste al contenido y costo medio (per cápita) del Plan Básico de Salud del sistema.
- **La Dirección de Información y Defensa de los Afiliados** –DIDA-, entidad autónoma e independiente administrativa y financieramente, adscrita al Consejo Nacional de Seguridad Social, dotada de patrimonio y presupuesto propio, encargada de lograr que los usuarios puedan actuar de manera informada e inteligente en su función de consumidores, vigilantes y controladores del sistema, poniendo a su disposición herramientas, instancias o espacios de carácter jurídico, administrativo o técnico, a través de las cuales puedan ejercer efectiva y eficientemente esta labor, utilizando para ello una dependencia central encargada de la dirección, planeación y control técnico, y una serie de dependencias desconcentradas a nivel regional encargadas de la operación administrativa y técnica de los procedimientos pertinentes al ejercicio de los derechos, deberes y defensa de los afiliados del sistema.
- **La Tesorería de la Seguridad Social** –TSS-, entidad autónoma e independiente administrativa y financieramente, adscrita al Consejo Nacional de Seguridad Social, dotada de patrimonio y presupuesto propio, encargada del proceso de recolección, manejo, asignación y verificación por afiliado, y posterior distribución de los recursos financieros del sistema entre las diferentes entidades encargadas de la administración del riesgo en salud, los riesgos laborales y las pensiones.
- **El Consejo Nacional de Seguridad Social** –CNSS-, instancia máxima para la dirección y el control del Sistema de Seguridad Social, en cuanto al seguimiento, revisión, ajuste y control de la política y las normas que orientan y regulan la operación y el financiamiento del sistema de aseguramiento y administración del riesgo en salud, riesgos profesionales y pensiones.
- **El Consejo Nacional de Salud** –CNS-, instancia máxima para la dirección y el control del Sistema Nacional de Salud, en cuanto al seguimiento, revisión, ajuste y control de la política y las normas que orientan y regulan la operación y el financiamiento de los procesos y entidades destinados a manejar la calidad de los servicios, la vigilancia epidemiológica, el control de endemias y epidemias, y la promoción y protección de la salud individual y colectiva.
- **Las Administradoras de Riesgos en Salud** de carácter privado –ARS-, entidades de origen público o privado, autónomas e independientes administrativa y financieramente, debidamente autorizadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales para administrar el riesgo en salud de los afiliados pertenecientes al régimen contributivo, encargadas de la operación administrativa y técnica de los procedimientos pertinentes a la gestión del riesgo en salud.

- El **Fondo Nacional de Accidentes de Tránsito –FONAT–**, entidad autónoma e independiente administrativa y financieramente, adscrita al Consejo Nacional de Seguridad Social, dotada de patrimonio y presupuesto propio, encargada del proceso de planeación, seguimiento, vigilancia y control de las normas y procedimientos técnicos y administrativos relativos al seguro obligatorio de accidentes de tránsito que deberán poseer todos los vehículos a motor que circulen por las vías del país, recursos que se destinarán a financiar la atención de las personas que resulten lesionadas como consecuencia de esta actividad.
- La **Dirección del SIUBEN de la Oficina Nacional de Planificación –SIUBEN ONAPLAN–** conjuntamente con el Consejo Nacional de Seguridad Social –CNSS–, habrán desarrollado en su interior una dependencia que se encargará del proceso de planeación, revisión, ajuste, aplicación y control social del Sistema Único de Beneficiarios, realizado de manera programada para efectos de su actualización en el país, así como para responder a la demanda espontánea que surge de la solicitud de los ciudadanos, la cual contará con una instancia de control social conocida como los Comités Comunitarios de Validación de la Afiliación al Sistema.
- Un **Plan Básico de Salud**: homogéneo y estandarizado que responde prioritariamente a las necesidades de salud de la población y las posibilidades económicas, políticas, técnicas y sociales del país.
- Un **Per Capita de Salud**: suficiente para cubrir el costo de los beneficios contenido en el Plan Básico de Salud a toda la población del país que potencialmente se pueda afiliar al sistema de seguridad social, que además sea financiable con los recursos que aportan y que racionalmente disponen el Estado, Empleadores y Trabajadores.
- Un **Plan de Servicios Generales de Promoción y Prevención**: que responda a las necesidades del país en materia de promoción, prevención y control de la salud pública colectiva, que además sea financiable con los recursos de que dispone el Estado para ello.
- Un **Régimen Subsidiado en Salud**: aplicado de manera gradual y progresiva en razón de las condiciones de pobreza de la población y en función de los recursos que el Estado disponga para ello.
- Un **Régimen Contributivo-Subsidiado en Salud**: aplicado de manera gradual y progresiva en razón de las condiciones de independencia e informalidad del empleo en el país y en función de los recursos que el Estado disponga para ello.
- Un **Régimen Contributivo en Salud**: aplicado de manera gradual y progresiva en razón de las condiciones de formalidad del empleo en el país y en función de los recursos que el Estado, Empleadores y Trabajadores dispongan para ello.
- Un **Sistema Único de Identificación de Beneficiarios**: estandarizado a las condiciones del país y aplicado de manera periódica y programada, así como también en cualquier momento en respuesta a demandas específicas de la población.
- Un **Sistema Nacional de Información**: que estandariza el tipo, contenido mínimo y características del dato que se quiere recolectar, que genera información de carácter administrativo, financiero y epidemiológico para uso del sistema de salud y sus actores.
- La **Atención Primaria en Salud**: como estrategia e instancia para la organización y el desarrollo de los procesos de atención, incorporada en la lógica de estructuración y operación de las instituciones de aseguramiento y provisión de servicios.

- La **Participación Social y Comunitaria** que se materializa en instancias o instrumentos de decisión y control como los Consejos de Administración de las PSS, los Comités de Verificación de Afiliados, y que además instituciones como la SISALRIL y la DIDA crean e institucionalizan las instancias respectivas para promover y apoyar estos procesos.

Como parte de este proceso de cambio cabe mencionar una iniciativa que ha contado con el apoyo de la USAID a través del Proyecto REDSALUD, implementado durante el período 2000–2005. Durante la implementación de este proyecto se desarrollaron una serie de herramientas y estrategias gerenciales para el mejoramiento de los servicios en los hospitales públicos del Región V del país. Mediante este proyecto se prepararon áreas y procesos que iban a ser objeto de los cambios planteados en el nuevo esquema de la seguridad social. Esta iniciativa ha sido exitosa en la medida en que ha ido fortaleciendo ciertos procesos como por ejemplo la recolección de información como fundamento para la toma de decisiones así como la evaluación. Una segunda fase de este proyecto, denominado REDSALUD II, se ha planeado para un período de 28 meses, con el objetivo de consolidar las herramientas desarrolladas por REDSALUD I y desarrollar nuevas estrategias para fortalecer la capacidad gerencial y de respuesta de los actores del Sistema de Salud Dominicano como lo son la SESPAS representada en los 14 hospitales públicos, las 5 Direcciones Provinciales de Salud y la Dirección Regional de Salud, además de la DIDA y el SENASA. El desarrollo de estas nuevas herramientas se dará en torno a los cuatro pilares fundamentales en los que se basa este proyecto: rectoría social y salud colectiva, participación y control social, provisión de servicios en redes descentralizadas y aseguramiento y gestión del riesgo. Las estrategia estará dirigida al abordaje sistémico como solución a largo plazo de los problemas actuales de salud, integrando proyectos también financiados por USAID y fortaleciendo la capacidad de los recursos humanos para que actúen en el futuro como “coaches” del proceso de reforma.

Los objetivos específicos de este proyecto se orientan hacia las áreas temáticas prioritarias, focalizados geográficamente en la Región Este. El proyecto apoyará la implementación de:

- Los principales instrumentos para la promoción y protección de la salud pública, la vigilancia epidemiológica y el control de endemias y epidemias y el desarrollo del sistema de garantía de la calidad en los servicios.
- La promoción de la participación social y comunitaria en aspectos tales como el control en la gestión de las instituciones públicas de salud y el fomento de las acciones de rendición social de cuentas, la protección de sus derechos en salud.
- El fortalecimiento de la provisión para que se conformen redes de entidades descentralizadas y autónomas y mejoren la capacidad de respuesta y la calidad en los servicios.
- Del modelo de aseguramiento en el régimen subsidiado en aspectos tales como la identificación y afiliación de los beneficiarios de los subsidios, la organización de la red de proveedores y la contratación, incentivos y pago de los servicios, la garantía de atención integral a sus afiliados y la auditoría integral sobre los servicios entregados y en el manejo de la información y gestión del riesgo en salud.

2.18 Suriname

2.18.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

Para el año 2004, se contabilizaban en Suriname 439,000 personas, 76% de las cuales residían en zonas urbanas. A pesar de esta alta urbanización, este país tiene una densidad poblacional -2.7 habitantes por Kilómetro cuadrado- considerablemente baja con respecto a otros países como Barbados. En Suriname la estructura poblacional es relativamente joven, lo cual se evidencia por la presencia de un 30% de personas menores de 15 años y un contingente considerable de personas en edades productivas. La siguiente tabla muestra información demográfica adicional.

Tabla 45
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. SURINAME. 2004

Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
439	76,6	30,41	56,8	0,8	2,4	71,5

Fuente: PAHO – Health Core.

La tasa global de fecundidad se encuentra por encima del nivel de reemplazo. La esperanza de vida al nacer, por otro lado, ostenta niveles similares a los de países como Nicaragua (71.5 años). Esto implica que Suriname tiene aun cierto camino por recorrer en términos de la transición demográfica y epidemiológica.

Consideraciones epidemiológicas

Según datos de 1997, las causas principales de muerte incluyeron:

- Hipertensión y las cardiopatías - 17% del total de muertes registradas
- Enfermedades cerebro-vasculares, 11%
- Tumores malignos, 9%;
- Accidentes y traumatismos, 8%;
- Gastroenteritis, 5%;
- Ciertas afecciones originadas en el período perinatal, 4%;
- Diabetes mellitus, 4%;
- Neumonía e influenza, 3%;
- Suicidio, 2% y
- Cirrosis hepática, 2%

En el caso de la morbilidad, para el año 2001 se contabilizaron 5200 personas afectadas por el VIH/SIDA, lo cual resultó en una prevalencia del 1.7 por ciento. El SIDA es actualmente la tercera causa de muerte entre las personas en el grupo de 15 a 24 años de edad. Aproximadamente 11% de las nuevas infecciones de VIH del año 2001 ocurrieron en personas menores de 20 años.

Desarrollo Tecnológico

En 1984 se aceptó una iniciativa de todos los hospitales en Suriname para establecer un instituto responsable del mantenimiento y la reparación del equipo médico en el sector de la salud. Este instituto es un ejemplo de la asociación de los sectores público y privado. Se cuenta con técnicos capacitados a nivel local. Para el equipo más avanzado se trabaja con expertos externos en el corto plazo. Suriname tiene en funcionamiento las siguientes unidades, todas ubicadas en Paramaribo: una unidad de diálisis (no gubernamental), dos unidades neonatales (una pública y otra privada), una unidad de cuidados intensivos de avanzada (pública) y una unidad de tomografía computarizada (no gubernamental).

2.18.2 Tipología del Sistema de Salud

Suriname cuenta con dos subsectores de salud, uno público y uno privado. El Ministerio de Salud –representante del sector público– se encarga de la disponibilidad y la accesibilidad a la atención de salud. Las responsabilidades principales del Ministerio de Salud son las siguientes: formulación de políticas, evaluación, coordinación y establecimiento de normas y valores. Las instituciones centrales del sistema de atención de la salud son la Oficina Central del Ministerio de Salud, la Oficina de Salud Pública y la Inspectoría. La oficina central y la inspectoría funcionan al nivel de la planificación general de la salud y el establecimiento de normas, la inspección y el monitoreo, al tiempo que la Oficina de Salud Pública es responsable de la elaboración de programas. Programas Verticales Estatales ofrecen servicios de salud especiales para toda la población, por ejemplo, ETS, lepra, atención dental para jóvenes, malaria e inmunización. Por otro lado, muchas ONG son reconocidas por el gobierno para la prestación de servicios específicos de atención de salud, por ejemplo, la Fundación para la Planificación de la Familia (Stichting Lobi), especializada en el campo de la salud reproductiva.

La contribución del sector privado se manifiesta al nivel de los prestadores de servicios y sus actividades se ubican principalmente en el campo curativo. Se cuenta también con médicos generales que atienden a personas que están cubiertas por compañías privadas o contribuyentes autónomos. Los especialistas proporcionan servicios ambulatorios y de hospitalización.

La Proveedora de Medicamentos de Suriname distribuye todos los medicamentos en la lista nacional de medicamentos a las farmacias privadas y públicas, así como a los hospitales. Estos institutos entregan los medicamentos a los pacientes, según su afiliación en una de las Aseguradoras de Salud. El borrador de la política de medicamentos incluye un protocolo de tratamiento. Se cuenta con un comité para la formulación de terapias estandarizadas, y hasta el momento no se ha publicado ningún protocolo terapéutico. En farmacias privadas y de hospitales se requiere la presencia del farmacéutico.

En cuanto a aseguramiento, existe una instancia llamada Fondo Estatal de Seguro de Salud que provee un paquete integral de servicios preventivos y curativos, excepto los que son provistos a toda la población a través de programas verticales del gobierno. El fondo se financia mediante contribuciones tributarias de los salarios, subsidios de ingresos tributarios generales y primas voluntarias. El Ministerio de Asuntos sociales, por otro lado, se encarga de cubrir la atención de salud de los más desposeídos. Existen también una serie de aseguradoras privadas.

Suriname tiene una agenda explícita de reforma del sector salud. El objetivo principal es desarrollar e iniciar reformas de políticas para mejorar la eficiencia, la equidad, la calidad y la estabilidad financiera de la atención de salud. Este proceso está explícitamente incorporado en la Declaración Gubernamental del año 2000 así como en el Plan Multianual de desarrollo 2001-2005. Actualmente el proceso de reforma se encuentra en etapas de implementación temprana por lo que resulta difícil valorar su impacto en el corto plazo.

2.18.3 Aspectos Financieros

Al igual que otros países del Caribe, las asignaciones presupuestarias constituyen una de las principales fuentes de financiamiento del sector salud en Suriname. En 1999-2000, por ejemplo, Sf.¹¹ 47 billones fueron presupuestados para el sector salud. Se destinó un 28% de dicho presupuesto al nivel de atención primaria. El nivel secundario, por otro lado recibió un 49% del mismo. En ese mismo período, las instituciones de salud recibieron un total de Sf. 8.7 billones del Gobierno. La institución más beneficiada (con 21% del total) fue el Hospital académico.

La cooperación externa es también una importante fuente de financiamiento del sector salud. Desde 1998, el Gobierno de Suriname suscribió un acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo con el fin de llevar a cabo la reforma del sector salud, para lo cual el Banco concedió US\$ 2,750,000. Por otro lado, la Comunidad Económica Europea ha aportado fondos para fortalecer los servicios de atención relacionados con el VIH/SIDA. Además, existen acuerdos de servicio entre Holanda y Suriname a través del Fondo del Tratado Holandés. Otras instituciones que han dado considerables aportes al país incluyen a la OPS, PNUD, UNICEF y el FNUAP.

La siguiente tabla muestra algunos aspectos del gasto en salud en Suriname durante el período 1998-2002.

Tabla 46
ASPECTOS DEL GASTO EN SALUD. SURINAME. 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
G. Total en Salud % de PIB	7,3	5,0	9,4	8,0	8,6
G. Público en Salud % G. Total en Salud	61,7	59,6	43,3	39,6	41,8
G. Privado en Salud % G. Total en Salud	38,3	40,4	56,7	60,4	58,2
Gasto Público en Salud % Gasto Público Total	10,2	8,9	9,9	9,0	10,3
Fondos de la Seguridad Social % Gasto Público en Salud	34,9	33,3	40,7	36,7	22,2
Pagos privados de los hogares % Gasto Privado en Salud	33,7	32,7	61,5	69,8	61,6
Recursos Externos para la Salud % Gasto Total en Salud	9,5	17,6	9,7	13,2	6,6
Gasto Total per Capita en Salud (dólares internacionales)	289	194	351	338	385
Gasto Público per Capita en Salud (dólares internacionales)	178	115	152	134	161

Fuente: OMS – Cuentas Nacionales de Salud.

Tal y como puede observarse en la tabla anterior, la disponibilidad de recursos externos, como porcentaje del gasto total en salud ha fluctuado durante el período 1998-2002, pasando de un nivel máximo -17,6%- en 1999 a un nivel mínimo -6,6%- en el año 2002. Por otro lado, durante el período 1998-2002, el gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud ha disminuido no uniformemente en un 32% aproximadamente, mientras que el gasto privado como porcentaje del gasto total en salud ha aumentado en un 52% durante el mismo periodo.

2.18.4 Provisión de Servicios

La población recibe servicios médicos de una variedad de prestadores de asistencia sanitaria de los sectores público y privado. Los residentes de la costa del Atlántico, aproximadamente 90% de la población, pueden recibir servicios de atención primaria en consultorios públicos del servicio de salud regional, médicos privados, o profesionales asalariados contratados por empleadores privados. También pueden recibir atención hospitalaria de hospitales públicos o privados y consultar a especialistas en la práctica privada o empleados por hospitales públicos. Las personas que residen en el interior reciben servicios primarios a través de consultorios administrados por la Misión Médica.

¹¹ Surinamese Guilders

Las personas que son certificadas por el Ministerio de Asuntos Sociales –en su mayoría personas pobres- tienen acceso a servicios de atención primaria sin costo alguno en los consultorios del servicio de salud regional. Por otra parte, la Misión Médica atiende a los aproximadamente 40.000 residentes Surinameses. Se prestan servicios de atención primaria a través de una red de centros de salud atendida por trabajadores de la salud. Ante casos difíciles se consulta a los médicos de salud pública, los pacientes que necesitan hospitalización se transportan a Paramaribo y reciben atención en un hospital privado llamado Diakonessen.

Los ciudadanos que padecen afecciones médicas que no pueden ser tratadas en Suriname tienen derecho a ser enviados al extranjero para tratamiento ante una probabilidad alta de recuperación completa. Este beneficio está disponible para todos los ciudadanos, independientemente de la cobertura de seguro, y es financiado mediante los Fondos del Tratado Holandés. Todas las referencias se hacen actualmente a Holanda pero el Ministerio de Salud está investigando la posibilidad de enviar pacientes a otros países en la región.

2.18.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad política económica

Una de las mayores falencias actuales es la falta de información estadística y financiera en muchos ámbitos. En otro orden existe un consenso entre autoridades del Ministerio de Salud con respecto a la necesidad urgente de personal calificado ya que el Ministerio experimenta dificultades para reclutar y retener a personas capacitadas porque los salarios y las condiciones de trabajo en el sector privado son mucho más atractivas. Sobre esta misma línea, el Ministerio de Salud no cuenta con la cantidad apropiada de personas con experiencia en la elaboración de políticas.

2.19 Puerto Rico

2.19.1 Tipología de necesidades sanitarias

Consideraciones demográficas

Para el año 2004, se contabilizaban en Puerto Rico casi 4 millones de personas, de las cuales aproximadamente el 97% residía en zonas urbanas. Dicho perfil de urbanización tiene implicaciones en cuanto a la capacidad de las autoridades sanitarias de proveer sus servicios de manera oportuna. En comparación con otros países del Caribe, existe un menor contingente de personas menores de 15 años (22,6%) comparando con países como Suriname y República Dominicana (aprox. 31%). Esto sirve como indicio de la presencia de un considerable contingente en edades productivas lo cual, en función de la disponibilidad de empleo en la isla, constituye un bono demográfico. La siguiente tabla muestra algunos indicadores demográficos adicionales.

Tabla 47
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. PUERTO RICO. 2004

Población (Miles)	% Población Urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de Dependencia (x100)	Tasa anual de crecimiento poblacional (%)	Tasa Global Fecundidad	Esperanza Vida al nacer
3 898	96,9	22,6	53	0,5	1,9	75,9

Fuente: PAHO – Health Core.

La tasa global de fecundidad de Puerto Rico ha caído por debajo del nivel de reemplazo, mientras que la esperanza de vida al nacer ronda los 76 años. En conjunto con la tasa anual de crecimiento poblacional, estas dos medidas constituyen indicios de un considerable avance tanto en la transición demográfica, como en la transición epidemiológica. A medida que las cohortes jóvenes se concentran en edades superiores, las enfermedades crónicas serán más comunes que las transmisibles –con excepción del VIH/SIDA–.

Consideraciones epidemiológicas

En 1999, las enfermedades cardíacas eran la causa principal de muerte (139 por cada 100.000 habitantes) - una disminución del 10% con respecto a 1997. Los neoplasmas malignos fueron la segunda causa principal de la muerte (115 por cada 100.000 habitantes), aunque disminuyó un 3,2% en comparación con 1997.

Como grupo, las enfermedades del aparato circulatorio (enfermedades cardíacas incluyendo, enfermedad cerebro vascular, hipertensión, y arterosclerosis) causaron el 29% de todas las muertes registradas en 1999. En un contexto más específico, en el caso de las mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer era de 92 defunciones por cada 100.000 habitantes en 1999. Dentro de los tipos de cáncer que afectaron a las mujeres en ese año los más comunes eran los relacionados con las mamas y colon. En varones, la mortalidad por esta causa fue de 139 defunciones por 100.000 habitantes. El cáncer de la próstata fue el más común, seguido por el cáncer de la tráquea, de bronquios, y pulmón. Al igual que en años anteriores, la diabetes mellitus ocupó el tercer lugar como causa de muerte, con una tasa de mortalidad de 56 defunciones por 100.000.

Al analizar la mortalidad según grupos de edad y sexo, los varones experimentaron las tasas más altas con respecto a las enfermedades del sistema circulatorio (246 por 100.000 en 1999). Por otro lado, las neoplasias malignas Los segmentos más afectados fueron obviamente los de mayor edad.

En otro orden, en 1999, la tasa neonatal de mortalidad fue de 7.3 por cada 1.000 nacimientos vivos, mientras que la tasa post-neonatal de la mortalidad era 3.2 por 1.000 nacimientos vivos. Los desórdenes relacionados con nacimientos prematuros y la desnutrición eran la causa principal de la mortalidad infantil, seguida de las anomalías congénitas.

En lo referente al VIH/SIDA, la incidencia de la epidemia disminuyó un 23% entre 1990 y 2000, con índices de 54 y 24 nuevos casos por cada 100.000, respectivamente. En 1994, el SIDA era la cuarta causa principal de muerte, y en 1999 bajó al treceavo lugar. Los factores de riesgo más grandes eran uso de la droga en los varones (el 55%) y contacto heterosexual en las hembras (el 59%).

Desarrollo Tecnológico

En cuanto a tecnología de medios de comunicación, en el año 2001, existían en Puerto Rico 742 receptores de radio por cada 1000 habitantes, 1,250,000 receptores de TV, 1,262,000 líneas telefónicas y 100,000 usuarios de Internet.

2.19.2 Tipología del Sistema de Salud

Antes de la implementación del proceso de reforma, el sistema de salud de Puerto Rico era una organización dual con un componente público y un componente netamente privado. El sector público proporcionaba servicios preventivos y curativos a la población en general. El departamento de salud proveía servicios hospitalarios por región y de acuerdo a los niveles de complejidad. A la luz de las reformas, sin embargo, el modelo fue modificado hasta convertirse en uno caracterizado por la privatización de instalaciones que solían ser públicas. De esta manera, el sistema de salud

ahora consiste de instituciones públicas, instituciones privatizadas que solían ser públicas e instituciones privadas.

Las instituciones públicas del sector de la salud en Puerto Rico son parte del departamento de salud. Dicho departamento de salud gobierna y supervisa la entrega de servicios médicos por parte de las entidades privadas, elabora políticas sobre asistencia médica, publica certificados del registro para la fabricación, la distribución, y el envío de sustancias controladas, y concede licencias a las instituciones para la prevención y el tratamiento del abuso de drogas, entre otras funciones.

Los principios de base de la reforma están orientados a supervisar la entrega de los servicios médicos por las entidades públicas y privadas, eliminando la discriminación en asistencia médica, asegurando el acceso a los servicios de calidad para todo los puertorriqueños, aumentando la eficacia y la productividad del sector con los servicios médicos administrados por terceros, y redefiniendo la función gubernamental como el abastecedor directo de servicios médicos a la población indigente.

En 1996 se estableció la Administración del Seguro de Salud de Puerto Rico como una corporación pública independiente. Su misión es negociar y contratar seguros de salud accesibles para sus miembros, así como prevenir incrementos en los costos de los servicios de salud.

En otro orden, algunos aspectos a los que pretende dar respuesta la reforma del sector salud en Puerto Rico corresponde a: (1) alteración del rol del Departamento de Salud como rector de la salud pública, (2) transferencia de la prestación de servicios al sector privado (cuidado coordinado), (3) fragmentación de la práctica de la salud pública, (4) falta de evaluación de los sistemas de servicios de salud y (5) duplicidad de proveedores privados y públicos.

Para monitorear los avances de la reforma, existe en Puerto Rico una comisión evaluadora de la reforma del sector salud. De acuerdo con las investigaciones de esta entidad, Las recomendaciones hechas por dicha comisión, se detallan a continuación: (Tomado del Resumen Ejecutivo de la Comisión Evaluadora de la Reforma del Sector Salud):

El Departamento de Salud

Con el fin de alcanzar el desempeño más eficiente del sistema de salud, se han recomendado las siguientes medidas:

- Reconocer y agrupar todos los servicios de salud o relacionados del sector gubernamental, bajo la jurisdicción del Departamento de Salud. Esto incluye ubicar a la Administración de Seguros de Salud bajo la sombrilla del Departamento de Salud.
- Facultar y capacitar al Departamento de Salud para asumir la responsabilidad por la garantía de acceso a servicios de salud de excelencia.
- Establecer en el Departamento una estructura organizacional ágil que integre los principales componentes del sector: los proveedores gubernamentales de servicios de salud, los administradores de seguros de salud y los servicios de salud pública; bajo el propio Departamento.
- Facilitar la creación de políticas y procedimientos estándares en todos los programas. Esto asegurará que los mismos sean compatibles con la política pública de salud y promoverá la administración de todos los servicios de forma costo- efectiva.
- Agilizar la implantación de la política pública para la promoción de salud y la educación a la comunidad.
- Participación de la Secretaría de Salud en la Junta Reguladora de Beneficios y Tarifas.

Promoción, Prevención y Protección de la Salud

Se recomienda desarrollar una política pública de Promoción de la Salud y Educación en Salud en Puerto Rico de alcance intersectorial. Se propone la creación de la Junta Coordinadora Intersectorial de Promoción de la Salud y Educación en Salud de Puerto Rico, adscrita al Departamento de Salud, como entidad y mecanismo asesor en la planificación, la ejecución y la evaluación de las políticas y acciones de Promoción de la Salud y Educación en Salud en el país. Se reitera la necesidad de mantener la Secretaría Auxiliar de Promoción de la Salud en el Departamento de Salud y establecer estructuras regionales de Promoción de la Salud. Es imperativo continuar el desarrollo del ya iniciado programa piloto de Promoción de la Salud y Educación en Salud en una o más regiones de salud de Puerto Rico, fortaleciendo la evaluación de efectividad.

El Centro Médico de Puerto Rico

Tres recomendaciones claves para subsanar los múltiples problemas que aquejan a esta institución son los siguientes:

- Integración real y operacional de: ASEM, Hospital Universitario de Adultos y Hospital Pediátrico Universitario. Esto requiere un mandato por legislación nueva. Se reconoce que ya existe un Comité que está en etapa de análisis de la situación.
- Definición de una fuente de financiamiento estable, como lo sería un fondo legislativo recurrente y suficiente para cubrir los servicios de salud de alta complejidad.

La Función de la Aseguradora y la Distribución de Riesgos

Uno de los aspectos más sensitivos en la conformación de un nuevo modelo de servicios de salud es la definición del papel de las aseguradoras. Bajo el modelo presente, el Gobierno transfiere el riesgo a la aseguradora a cambio de una prima por asegurado por mes. Se señala que esta transferencia de riesgos le permite al Gobierno fijar su presupuesto y también lo aísla de fluctuaciones históricas que pueden ser tanto de naturaleza positiva como negativa en la utilización de servicios de salud. La aseguradora maneja el riesgo a través de diferentes mecanismos dirigidos a controlar la utilización de los servicios mediante la contratación de proveedores tanto médicos como hospitales y laboratorios, la acreditación, la negociación con los proveedores, las revisiones de admisiones, la preautorización, los formularios de farmacias, y el análisis continuo de la utilización de servicios. La evaluación de la Comisión, ha demostrado que la experiencia de más de doce años ha demostrado que este sistema podría llevar a dilemas éticos en la provisión de los servicios a consecuencia del racionamiento de servicios y a la contención de costos por que presionan la calidad y satisfacción tanto de proveedores como de usuarios.

Cobertura Universal

Se recomienda como política pública una cobertura mínima para que los residentes tengan derecho a acceso universal en el financiamiento. Esta cobertura estaría financiada por la Administración de Seguros de Salud, por Medicare o por financiamiento del sector privado. Esto requerirá modificación en la política pública vigente, emitida a través de la Administración de Seguros de Salud y en coordinación con cualquier otro programa federal de salud.

El Segmento de la Población Sin Plan de Salud

En la actualidad se calcula que cerca de 300,000 personas no cuentan con seguro de salud. Entre las posibles soluciones para subsanar este problema se contemplan:

- La Administración de Seguros de Salud le vendería el seguro de salud del Gobierno para aquellos sin plan de salud, utilizando una prima relativamente barata comparada con los planes comerciales, pagada por el Gobierno, los patronos, y los individuos o familias.

- Expansión de los servicios a partir de los cerca de 300 proveedores en operación mediante contratos prospectivos.

Medicamentos

Se ha recomendado que el Gobierno contrate directamente con las farmacéuticas mediante una compañía local para manejar y administrar estos contratos. Se complementa con la participación de una panel selecto de médicos y farmacéuticos puede mantener el control del formulario con acceso al costo neto del medicamento.

Procurador/a del Paciente

La procuraduría tendrá la responsabilidad de velar por la calidad y oportunidad de los servicios que reciben los pacientes por medio de los proveedores contratados por el Gobierno. Se observa traslape entre la función por ley del Departamento de Salud de vigilar y monitorear servicios de salud adecuados y las funciones de la Oficina del Procurador. Estas funciones deben ser redefinidas o en última instancia, transferidas y ejecutadas por una oficina adscrita a la Secretaría de Salud, con un sistema apelativo del paciente, cuando éste percibe que sus derechos, han sido violados.

Servicios de Salud Provistos por el Gobierno

Los servicios terciarios provistos por el Estado o por cualquiera de los municipios no serán contratados por las aseguradoras. Todas estas facilidades se integrarán a las redes de servicio con arreglos de financiamiento de pago directo por ASES, como una medida de fortalecimiento fiscal de estas entidades. Además, serán el primer centro de referencia de pacientes que estén afiliados al Plan de Salud del Gobierno.

El Subsistema de Salas de Emergencias

Para atender la inefectividad del subsistema de las salas de emergencias se recomienda contar con una Sala de Urgencia como requisito mínimo en cada municipio, siguiendo estándares de calidad para el diagnóstico y la estabilización de los pacientes apoyado por un sistema eficiente de ambulancias.

Sistemas de Información

Dado que la mayoría de las iniciativas en el área de sistemas de información están ya en proceso de implantación con proyectos de suma importancia; se recomienda identificar expertos en este campo para crear una Junta de Administración de Sistemas de Información, que pueda reconfigurar los proyectos actuales y armonizarlos con las tendencias del Gobierno Federal a través de la Oficina del Coordinador Nacional para la tecnología de información de la salud. Además, los recursos del Departamento de Salud y otras agencias que ofrecen servicios de salud deben estar dirigidos a la creación de un expediente médico electrónico que cumpla con los requisitos del Gobierno Federal. Por otro lado, se recomienda aprovechar los incentivos existentes a nivel federal; para motivar a los proveedores a establecer infraestructura básica de informática para estar interconectados a la red de informática del Departamento y ASES, según ésta se desarrolle.

2.19.3 Aspectos Financieros

Las fuentes de financiamiento principales para el gasto y el financiamiento del sector de la salud son fondos de la Commonwealth (presupuesto general, asignaciones especiales, fondo público de las mejoras), honorarios de servicio, y fondos federales de los E.E.U.U.

El presupuesto total para el año fiscal comprendido entre 1999-2000 fue de USS 993 millones para la cobertura en salud; de esa cantidad, \$570 millones vinieron de contribuciones federales. En el mismo periodo, el gobierno de Puerto Rico implementó "la tarjeta de la reforma de

la salud", la cual tenía un presupuesto revisado de US\$ 1,04 millones. Estos fondos fueron asignados principalmente por la rama legislativa, los municipios, y Medicaid (fondos federales).

2.19.4 Provisión de Servicios

El departamento de salud es responsable por el planeamiento de los servicios de salud, tanto del nivel primario como de los niveles secundario y terciario. De acuerdo a datos del departamento, en el año 2000 había 71 hospitales en Puerto Rico. Dentro de estos, existían 13 hospitales Públicos, 5 de los cuales eran generales, mientras que 3 eran especializados, 4 psiquiátricos y 1 especialmente para los Veteranos de Guerra de E.E.U.U.

Otras actividades relacionadas a la provisión de servicios corresponden a programas realizados entre 1999-2000, los cuales incluyen la integración de las secciones de educación en salud y de la prevención de VIH/SIDA; la puesta en práctica de un proyecto para prevenir la transmisión vertical del VIH y detectar sífilis en mujeres, con énfasis en usuarios de drogas intravenosas, trabajadores del sexo, e inmigrantes ilegales.

Por otra parte, se están realizando programas específicos de prevención. Éstos incluyen educar a diabéticos jóvenes en los campamentos de verano, y conferencias sobre el control de los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Hay también programas para la detección temprana de enfermedades, tales como la presión arterial en las clínicas de diagnóstico de las comunidades y del cáncer en la región norteña de la isla.

2.19.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica

Las falencias actuales han sido identificadas a raíz de las propuestas de reforma que se han comenzado a implementar. En primer lugar, el departamento de salud debe mejorar el proceso de monitoreo en cuanto a la provisión de servicios por entidades públicas y privadas, con el fin de eliminar la discriminación en cuanto a atención. En otro orden, el departamento de salud debe además, fortalecer su rol como proveedor directo de servicios médicos a la población indigente.

2.20 Haití

2.20.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

Haití, uno de los países más pobres del mundo, ha sido generalmente afectado por problemas políticos y coyunturales. Para el año 2004, la población Haitiana correspondía a 8,437,000 personas aproximadamente. El 38% de estas personas residía en zonas urbanas, lo cual constituye un indicio de la alta ruralidad existente en el país. En comparación con el resto de países del Caribe, Haití sobresale con casi un 40% de su población compuesta por personas menores de 15 años, lo cual ha contribuido en gran manera a una razón de dependencia considerablemente alta (72.4 personas menores de 15 años y mayores de 65 años por cada 100 personas en edad productiva). En la siguiente tabla se presentan otros indicadores demográficos.

Tabla 48

INDICADORES DEMOGRÁFICOS. HAITÍ. 2004

Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia (x100)	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
8 437	38,1	38	72,4	1,3	3,8	50,4

Fuente: PAHO-Health Core.

Tal y como el lector puede apreciar, Haití se encuentra en una etapa incipiente de la transición demográfica y epidemiológica, lo cual se evidencia por su considerablemente alta –en comparación con resto del Caribe- tasa global de fecundidad, la cual se encuentra muy por encima del nivel de reemplazo. Por otro lado, puede notarse una diferencia abismal –de casi 20 años- en cuanto a la esperanza de vida al nacer registrada en Haití durante el 2004 y la observada en el resto de Caribe durante ese mismo año. En otro orden, la tasa anual de crecimiento se ha visto afectada por las constantes emigraciones de haitianos hacia Estados Unidos, República Dominicana y Canadá.

Consideraciones epidemiológicas

La definición de los registros de mortalidad en Haití ha sido un grave problema dado que todavía para 1999 un 47,9% de los diagnósticos se encontraban mal definidos, a pesar que desde 1997 se han venido desarrollando esfuerzos promoviendo la certificación. La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en el año 1999 alcanzó las 454 defunciones por cada cien mil habitantes, mientras que las tasas de mortalidad por cáncer rondaban las 115 muertes por cada 100,000 habitantes en ese mismo año. Para el cáncer el mayor porcentaje de muertes correspondía al cáncer de los órganos digestivos, seguido por el cáncer de pecho en las mujeres con una tasa de mortalidad correspondiente a 7 muertes por cada 100,000 habitantes en 1999. Estas enfermedades se observaron con mayor frecuencia en los grupos poblacionales mayores de 60 años.

La mortalidad infantil en el año 2000 fue de 80.3 por 1.000 nacidos vivos, un valor dramáticamente alto en comparación al resto del Caribe y América Latina. En el grupo de edad entre los 5 y 14 años, las enfermedades infecciosas y enfermedades parasitarias representaron el 24% de las muertes registradas en 1999. En ese mismo año, el VIH/SIDA era una de las principales causas de muerte en el grupo entre los 15 y 49 años. Las infecciones HIV/SIDA afectan el 4,5% de la población Haitiana, se ha estimado que cada año 13,000 mujeres embarazadas contraen el VIH, y que el 30% de los niños nacen infectados.

Otros de los principales problemas de salud son:

- Problemas nutricionales y metabólicos
- Infecciones respiratorias agudas
- Desastres naturales
- Enfermedades comunicadas por vectores
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Salud oral
- Enfermedades emergentes y re-emergentes.

Desarrollo Tecnológico e Investigación

No hay información suficiente sobre el desarrollo tecnológico en Haití. Sin embargo se pueden mencionar algunos elementos generales. Por ejemplo, en el año 2001, existían 55 receptores de radio por cada 1000 habitantes, 40,000 receptores de televisión, 60,000 líneas telefónicas y 2,000 usuarios de Internet.

El Ministerio de Salud tiene bajo su supervisión el servicio de epidemiología y el de investigación. Su rol principal es el planeamiento e investigación que contribuyan al cumplimiento de políticas y de programas en el área de la prevención y del control de enfermedades. Sin embargo, dichos servicios se ven limitados por las enormes carencias financieras.

2.20.2 Tipología del Sistema de Salud

El sistema de la salud se encuentra organizado básicamente en dos sectores: público y privado. Sin embargo, el sector privado tiene tres subdivisiones: (1) privado con fines de lucro – integrado por médicos, dentistas, enfermeras y otros especialistas-, (2) mixto –en este sector el personal es pagado por el Estado pero la administración es manejada por el sector privado- y (3) privado sin fines de lucro –integrado por ONGs y el sector religioso-.

El sector público está representado por el Ministerio de Salud Pública, el cual tiene un nivel central, un nivel departamental y un nivel local –integrado por unidades de salud comunitaria- de competencia. En el caso del sector privado se desconoce el número exacto de sus integrantes. Durante el periodo de Embargo, las instituciones del sector privado fueron las beneficiarias de casi toda la ayuda extranjera humanitaria. En términos de cobertura, las instituciones privadas son responsables de aproximadamente un tercio de los servicios médicos proporcionados a la población.

En Haití existe un Sistema de Seguridad Social que provee ciertos beneficios no sanitarios a sus contribuyentes –limitados a un pequeño número de trabajadores urbanos-. Por ende, la seguridad social haitiana no constituye un *sector como tal* sino que sólo se limita a un impuesto a la nómina salarial para la provisión de ciertos servicios en instituciones no diferenciadas del sector público. De acuerdo con datos del 2000, no existían proveedores de aseguramiento privado.

El proceso de reforma del sector salud en Haití inició con la adopción de una política de salud en 1996. Dicha política se basaba en dos pilares claros: (1) las unidades de salud comunitaria y (2) la creación de un paquete básico de servicios. Para el año 2002, el proceso de reforma no tenía una agenda clara y por ello se encontraba en una situación de estancamiento dado que el financiamiento externo necesario para apoyar el proceso no pudieron ser obtenidos debido a la inestabilidad política.

2.20.3 Aspectos Financieros

La siguiente tabla muestra la estructura del financiamiento del sector salud de Haití en el período 1994-1997.

Tabla 49

ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD. HAITÍ. 1994-1997

Agente	Año					
	1994-1995		1995-1996		1996-1997	
	Millones gourdes	%	Millones gourdes	%	Millones gourdes	%
Financiamiento interno	293	10,4	417	15,4	464	15,4
Financiamiento externo	896	31,8	587	22,1	857	28,4
ONG	592	21,0	604	22,7	616	20,5
Financiamiento de los Hogares para servicios privados.	1 034	36,7	1 054	39,6	1 076	35,7
Total gasto en salud	2 815	100,0	2 263	100,0	3 013	100,0

Fuente: Estudio sobre el financiamiento de los servicios de salud en Haití- Banco Mundial- Nov. 1997.

Tal y como puede observarse, el financiamiento externo constituye una importante fuente de fondos, la cual ha presentado un comportamiento fluctuante. Por otro lado, el financiamiento interno aumentó, en un 58% aproximadamente, durante el período estudiado. La siguiente tabla muestra algunos aspectos del gasto en salud.

Tabla 50

ASPECTOS DEL GASTO EN SALUD. HAITÍ. 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
G. Total en Salud % de PIB	7,2	6,8	6,8	7,1	7,6
G. Público en Salud % G. Total en Salud	35,4	36,3	36,0	37,7	39,4
G. Privado en Salud % G. Total en Salud	64,6	63,7	64,0	62,3	60,6
Gasto Público en Salud % Gasto Público Total	19,7	18,5	20,7	23,8	23,8
Pagos privados de los hogares % Gasto Privado en Salud	67,1	68,9	68,9	71,0	69,5
Recursos Externos para la Salud % Gasto Total en Salud	26,0	27,3	27,9	23,6	15,6
Gasto Total per Capita en Salud (dólares internacionales)	76	74	75	79	83
Gasto Público per Capita en Salud (dólares internacionales)	27	27	27	30	33

Fuente: OMS-Cuentas Nacionales de Salud.

Nota. El gasto privado en salud para el 2004 representó un 4,2% del PIB según estadísticas de la OPS.

Tal y como puede observarse, el gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total aumentó en un 11% durante el período 1998-2002. De manera contrastante, el gasto privado en salud como porcentaje del gasto sanitario total disminuyó en un 6% durante el mismo periodo. El gasto per cápita se mantiene en niveles muy bajos, comparado con lo observados en otros países caribeños como las Bahamas, Barbados y Saint Kitts y Nevis.

En otro orden, nueve agencias especializadas del sistema de Naciones Unidas tienen oficinas en Haití, y seis de éstos trabajan en el sector de la salud en programas de financiamiento y cooperación. Además, hay cooperación con el BID y la Unión Europea y, bilateral, con USAID, CIDA, y los gobiernos de Francia, de los Países Bajos, y de Japón. Hay también un representante del secretario general de Naciones Unidas, que maneja principalmente materias políticas en la colaboración cercana con el coordinador de la misión civil internacional de la ayuda en Haití. El ministerio de la oficina de la salud del planeamiento y de la cooperación externa coordina las actividades realizadas con las agencias bilaterales, multilateral, y privadas de la cooperación en el campo de la salud. Las agencias de Naciones Unidas han estado implicadas especialmente en las áreas siguientes: la reforma del sector de la salud, la salud reproductiva, la salud de niños, la

planificación familiar, la vacunación, la nutrición, el agua potable y el saneamiento, desarrollo de los servicios médicos, transmitieron sexual infecciones y el SIDA, género publica en salud, y drogas esenciales.

2.20.4 Provisión de Servicios

Se tiene muy poca información sobre los niveles de producción de los niveles de atención primario y secundario. En el caso del nivel primario se conoce que las principales causas de consulta son las infecciones respiratorias agudas, diarrea y fiebre, generalmente asociada con Malaria. Actualmente en el nivel primario no hay una modalidad de visitas al hogar por parte del personal de salud. En el caso del nivel secundario, por otro lado, no existe información completa sobre cobertura. Los hospitales se concentran en la capital y corresponden usualmente al sector privado.

La organización central del Ministerio de la Salud, dirigido por el Ministro y el Director General, consiste en un número de oficinas centrales (por ejemplo, higiene pública, salud de la familia y de niño, cooperación externa) que ejecuten los programas de la salud. Las excepciones son los programas del SIDA y de la tuberculosis, que están directamente supeditas a la oficina del director general. Además, existen direcciones de salud, que corresponden con cada uno de los nueve departamentos. Por debajo de estas direcciones funcionan las unidades de salud comunitaria, las cuales reúnen generalmente varios servicios médicos) y cuya localización es dictada por el tamaño de la población bajo su jurisdicción y si esta se encuentra en un área urbana o rural.

2.20.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica

Haití es un país donde las realidades políticas han contribuido a numerosos desastros. En esta sección se presentan algunos cuya resolución sería viable de ser incluida en el proceso de reforma. Por ejemplo, muchas instituciones del sector salud no son eficazmente reguladas y trabajan con una falta de visión de red de servicios. Otro ejemplo constituye la falta de implementación de un sistema de referencia y contra referencia entre los niveles de atención. Finalmente, aunque el Ministerio de salud tiene bajo supervisión los procesos de investigación, estos terminan en ‘callejones sin salida’ dada la carencia de financiamiento. Este punto es muy importante ya que cualquier entidad gubernamental se beneficiaría de un constante flujo de informaciones y análisis empíricos sobre las realidades del país, los cuales permitirían tomar decisiones basadas en evidencias.

2.21 Martinica

2.21.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

Tabla 51
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. MARTINICA. 2002

Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
395	95,9	22,13	52,1	0,5	1,9	79,3

Fuente: PAHO-Health Core.

El total de población durante el año 2002, correspondía a 398 mil personas, con un 95 de carácter urbano, y con una esperanza de vida al nacer de 79,3 años –cifra muy similar a la observada en Costa Rica-. La población de Martinica se encuentra en etapas avanzadas de la transición demográfica y epidemiológica, lo cual se evidencia por (1) la presencia de tan solo un 22% de personas menores de 15 años, (2) la existencia de una tasa global de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y (3) una esperanza de vida que, como se mencionó anteriormente, es comparable con la de otros países en transiciones avanzadas.

El departamento francés de Martinica es parte integrante de Francia desde 1946. Aunque se encuentra en la Región de las Américas, se beneficia con medidas de protección especiales y recibe fondos estructurales europeos establecidos para contribuir a su desarrollo. Martinica es la más septentrional de las Islas de Barlovento; las islas vecinas más próximas son Dominica al norte y Santa Lucía al sur. La capital administrativa y comercial es Fort-de-France.

Consideraciones epidemiológicas

Uno de los problemas específicos de salud que afectan a este departamento francés es la elevada prevalencia de las infecciones de transmisión sexual y el dengue, que se manifiesta con brotes epidémicos. Entre las enfermedades no transmisibles, hay una alta prevalencia de drepanocitosis¹² y son muy frecuentes la diabetes y la hipertensión, así como sus complicaciones (particularmente, la insuficiencia renal crónica).

Con excepción del cáncer del cuello del útero y de la próstata, hay una baja incidencia de tumores malignos. Los accidentes de tráfico contribuyen mucho al aumento de los años de vida potencial perdidos (AVPP).

En 1995 hubo 5.383 defunciones en Martinica, Guadalupe y la Guayana Francesa. La información más reciente sobre causas de muerte data de 1993, pues el encargado de hacer el análisis es el Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica de París.

Con arreglo a la clasificación de los AVPP, las enfermedades infecciosas y parasitarias constituyen la cuarta de las causas de muerte más frecuentes para ambos sexos y representan apenas entre 6% y 7% de los AVPP. En este departamento, las causas de muerte más frecuentes durante el período perinatal son la anoxia y otras enfermedades de las vías respiratorias.

Las lesiones (en particular por accidentes de tráfico en la carretera) y las intoxicaciones son la causa de defunción más importante entre los hombres y contribuyen a un tercio de los AVPP de la población masculina. En cuanto a las mujeres, estas dos causas ocupan el tercer lugar entre las causas de defunción más comunes en Martinica.

Aunque las afecciones cardiovasculares son las que más contribuyen a la mortalidad que se registra, su importancia se debe medir teniendo en cuenta la avanzada edad en que se produce la muerte. Estas afecciones ocupan el segundo lugar en relación con los AVPP.

Los tumores malignos constituyen la principal causa de defunción para las mujeres en función de los AVPP. Para los hombres, los el cáncer es la segunda de las principales causas de defunción (representan 18% de los AVPP) en Martinica (18%).

¹² La drepanocitosis, también denominada anemia de células falciformes, es la enfermedad sanguínea hereditaria más frecuente; consiste en un intercambio de aminoácidos que desestabiliza la hemoglobina y el glóbulo rojo, haciendo su estructura inflexible al paso por los vasos sanguíneos.

Desarrollo Tecnológico

Las salas nacionales de transfusión de sangre funcionan bajo la dirección del Organismo Francés de la Sangre. En el plano regional, un médico fiscaliza la corrección de las prácticas de transfusión sanguínea. Hay 25 laboratorios privados y 8 públicos en Martinica. El prefecto puede autorizar el funcionamiento de laboratorios privados teniendo en cuenta las condiciones locales, la idoneidad del personal y los equipos disponibles. Los laboratorios públicos pertenecen a los hospitales. Finalmente, la disponibilidad de máquinas de rayos X es suficiente. Además, existen tomografía computarizada y una máquina de resonancia magnética nuclear la cual fue instalada en el University Hospital de Fort-de-France en 1998.

2.21.2 Tipología del Sistema de Salud

La Secretaría de Estado de Salud forma parte del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de Francia. También participan en las actividades de salud los Ministerios de Interior (programas sobre el abuso de drogas), del Medio Ambiente, de Agricultura (inocuidad de los alimentos) y de Educación Nacional (salud escolar).

Una ley promulgada en 1992 estipula que todas las personas que residen en Francia y en los departamentos franceses tienen derecho a recibir asistencia financiera para cubrir los costos de su atención médica en caso de necesidad. Cada departamento organiza el acceso de la población pobre a la asistencia médica. El departamento paga su costo integral o el boleto moderador -ticket modérateur-, el cual es un porcentaje que oscila entre 0% y 65%, según la índole de la enfermedad, la atención brindada y el tipo de medicación prescrita. El Estado cubre los costos de la asistencia que se brinda a las personas sin hogar.

El sistema de seguridad social, un mecanismo patrocinado por el Estado que se financia mediante contribuciones obligatorias deducidas de los salarios, proporciona el seguro de salud. El paciente paga la totalidad del costo del tratamiento directamente al prestador del servicio y el seguro de salud se lo reintegra. La suma reembolsada se calcula sobre la base de porcentajes negociados entre los prestadores de servicios y la seguridad social.

Un porcentaje cada vez mayor de la población contrata voluntariamente un seguro adicional para financiar los gastos no reembolsables. Para que los pacientes no tengan que pagar por adelantado, es muy común que los aseguradores efectúen los pagos en forma directa, en especial a los hospitales y las farmacias. En estos casos, el seguro de salud paga directamente al prestador de la asistencia y el paciente sólo abona el boleto moderador.

2.21.3 Aspectos Financieros

El gasto nacional con relación al PIB era de 2,9% para el año 2002. Desde 1985, los establecimientos públicos se han financiado primordialmente con una subvención estatal que todos los años paga el sistema de seguro de salud.

Los establecimientos privados se financian mediante el cobro de una suma global fija y de tarifas diarias que determinan las oficinas regionales del seguro médico. Por consiguiente, su financiación es proporcional a la actividad que desarrolla, cosa que no ocurre con los hospitales públicos.

Para que los indigentes tengan acceso a la atención de salud, Médicos del Mundo, una organización no gubernamental, ofrece consultas médicas gratuitas. Asimismo, la Asociación AIDES participa, junto con las autoridades del Estado, en la lucha contra el sida.

El Fondo Interministerial para el Caribe brinda asistencia a proyectos concretos. Este Fondo, que recibe aproximadamente 10 millones de francos (US\$ 1.800.000) por año, es administrado por una delegación interministerial que rinde cuentas al prefecto de Guadalupe y se ha establecido para brindar apoyo a proyectos de cooperación bilateral entre por lo menos un departamento y un país vecino.

Una sexta parte del Fondo se consagra a la salud. Las instituciones de salud, particularmente los hospitales docentes de Fort-de-France y Pointe-à-Pitre, gestionan la realización de actividades de cooperación con los países vecinos en las esferas de la capacitación, la telemedicina y las visitas in situ de profesionales de la salud para administrar tratamiento.

2.21.4 Provisión de Servicios

El Estado tiene a su cargo la salud pública en general, que comprende la prevención de las enfermedades en la comunidad, la vigilancia ambiental, el control sanitario de las fronteras, y la lucha contra las principales enfermedades y la adicción a las drogas y el alcohol.

El Estado supervisa la capacitación del personal de salud, ayuda a establecer sus condiciones de trabajo, fiscaliza el cumplimiento de las reglamentaciones sobre control de la calidad y seguridad sanitaria en los dispensarios, y controla los productos farmacéuticos. Además, garantiza que las medidas terapéuticas y preventivas sean las adecuadas y reglamenta la extensión del tratamiento que se proporciona. El Gobierno central vigila el funcionamiento de los hospitales públicos, designa a sus directores, determina sus presupuestos y organiza la contratación de su personal. Por último, el Estado supervisa la asistencia social, su financiación y las normas que rigen la cobertura de la población, y asume la responsabilidad financiera del tratamiento.

Un prefecto conduce los servicios descentralizados del Estado correspondientes a la órbita de cada uno de los Ministerios interesados, en particular los que se relacionan con cuestiones de salud. En el plano local, son competencia de otros prefectos una Oficina Departamental de Salud y Asuntos Sociales en cada departamento y la Oficina Interregional de la Seguridad Social, común a los tres departamentos y con sede central en Martinica.

Con arreglo a la ley de descentralización de 1983, ciertas funciones médicas y sociales del Estado fueron transferidas a los presidentes de los Concejos Generales de cada departamento, entre ellas la protección materno-infantil, la inmunización, el control de la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual (excluido el sida), el cáncer, la lepra, la protección social a la niñez y una parte de la asistencia a las personas de edad avanzada y a los adultos discapacitados. Los alcaldes pueden asumir ciertas funciones relacionadas con el saneamiento y la inmunización y presiden las juntas de directores de los establecimientos de salud pública.

La población fija de los departamentos franceses goza de acceso irrestricto a una amplia gama de servicios de atención médica primaria y secundaria. En 1991, los Hospitales Universitarios y los Centros Regionales de Lucha contra el Cáncer de Francia proporcionaron 61.000 días de hospital a 4.500 pacientes de los tres departamentos franceses, que según estimaciones representaron 3% de la actividad hospitalaria de Martinica. Aunque más de 25% de esos días se dedicaron al tratamiento de enfermos de cáncer, también recibieron atención pacientes con enfermedades cardiovasculares y afecciones genitourinarias. Si bien el sistema de seguridad social reembolsa los gastos de hospital, sólo paga los pasajes aéreos de un pequeño porcentaje de pacientes que necesitan un tratamiento médico que no se brinda en los departamentos.

Los hospitales públicos y privados ofrecen hospitalización completa, tratamiento ambulatorio y consultas externas. Los servicios de hospitalización se dividen en tratamiento de corto plazo (afecciones agudas), seguimiento (convalecencia, readaptación y rehabilitación funcional) y atención de larga estancia (diseñada esencialmente para las personas de edad

avanzada). Si bien los médicos generales privados proporcionan la mayor parte de la asistencia ambulatoria y domiciliaria, los pacientes también pueden utilizar los servicios externos de los hospitales o centros de tratamiento.

Los sectores público y privado difieren en algunos aspectos. La docencia y la investigación son parte de las misiones específicas de los hospitales públicos. Estos tienen la obligación de aceptar a cualquier paciente y de emplear únicamente a personal asalariado. Los médicos de los hospitales privados cobran honorarios.

2.21.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica

Existen algunos desatinos que las autoridades de salud de Francia y Martinica deben solucionar. Uno de los más evidentes es la necesidad de suplementos médicos y equipo para la atención de la población adulta mayor. Se ha identificado la carencia de instalaciones adecuadas para la atención de tal población.

2.22 Guyana Francesa

2.22.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

Tabla 52

INDICADORES DEMOGRÁFICOS. GUYANA FRANCESA. 2002

Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
182	75,5	34,6	62,4	2,4	3,2	75,5

Fuente: PAHO – Health Core.

La población durante el año 2002, correspondía a 182,000 personas, con un 75 de carácter urbano, y con una esperanza de vida al nacer de 75,5 años –cifra muy similar a la observada en otras islas caribeñas como Saint Kitts y San Vicente-. La población de la Guyana Francesa tiene aún cierto camino por recorrer en términos de la transición demográfica y epidemiológica, lo cual se evidencia por (1) la presencia de un 35% de personas menores de 15 años, (2) la existencia de una tasa global de fecundidad muy por encima del nivel de reemplazo y (3) una esperanza de vida que, como se mencionó anteriormente, es comparable con la de otros países en etapas transicionales similares (i.e. Saint Kitts).

Consideraciones epidemiológicas

Durante el año 2002, la tasa de mortalidad infantil promedio fue 12,4 por 1.000 nacidos vivos, mientras que la tasa de mortalidad en la niñez fue de 31,5 por cada 1,000 habitantes.

Con respecto al resto de grupos de edades, un estudio realizado en 1998 mostró que las cuatro principales causas fueron causas externas de traumatismo o envenenamiento, enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias y enfermedades infecciosas o parasitarias. En relación a la morbilidad, las causas principales fueron lesiones traumáticas, envenenamientos, enfermedades del sistema digestivo, enfermedades infecciosas y parasitarias y enfermedades del sistema circulatorio. A continuación se presentan algunos hallazgos generales del estudio mencionado anteriormente:

- **Enfermedades de transmisión vectorial:** La malaria es endémica. La incidencia anual oscila entre 100 y 300 casos por 1.000 habitantes. Más de 90% de los casos corresponden a zonas con alto riesgo de transmisión localizadas a lo largo de los ríos y afectan a algo menos de 10% de la población. El dengue es endemo-epidémico. La transmisión es mayor en la zona costera, donde se encuentran las principales ciudades. En 2000, 186 casos de dengue se confirmaron serológicamente, se observaron cuatro casos de dengue hemorrágico. En 1998, un caso aislado de fiebre amarilla se detectó en una mujer amerindia.
- **Enfermedades prevenibles por vacuna:** En los últimos años, no se ha reportado ningún caso de poliomielitis, difteria o tétanos. No existe un sistema de vigilancia para sarampión ni rubéola. La encuesta más reciente sobre cobertura de vacunación, realizada en 2000, encontró que la cobertura de BCG en niños de 1 año de edad de la zona costera fue del 83% y en los municipios del interior varió de 40 a 67%. La cobertura de DPT3 a 1 año de edad fue 68%. La cobertura de MMR a 24 meses fue 69%. La cobertura con fiebre amarilla varió de 78 a 93% (22.000 vacunas administradas en 2000).
- **Enfermedades infecciosas intestinales:** El último caso notificado del cólera fue en 1994. En 2000, se reportaron tres casos de fiebre tifoidea (*Salmonella typhi*). Las enfermedades infecciosas intestinales son el principal motivo de consulta de niños menores de 5 años en los centros de salud. Entre 1991-1997, la tasa de mortalidad fue 60 muertes por 100.000 niños en este grupo de edad.
- **Enfermedades transmisibles crónicas:** La incidencia de tuberculosis en 2000 fue 39 casos por 100.000 habitantes. El grupo de edad más afectado se sitúa entre 20-59 años; aproximadamente dos tercios de los pacientes fueron extranjeros. La forma pulmonar de la tuberculosis se observó en 71% de los casos. Lepra ha sido endémica en Guayana Francesa desde el siglo XVIII. Cada año, 10 nuevos casos se detectan y la incidencia anual se sitúa actualmente en 5,7 por 100.000 habitantes.
- **Infecciones respiratorias agudas:** Las defunciones por condiciones respiratorias se deben en gran parte a neumonía y bronconeumonía. Estas muertes aumentaron desde 1990 (+23%). En 2000, hubo 127 casos de influenza.
- **VIH/SIDA:** En 2000, 794 casos de SIDA se habían diagnosticado desde el comienzo de la epidemia. La razón hombre: mujer (1,65:1) se mantuvo estable desde el principio mientras los casos de SIDA pediátrico han disminuido considerablemente. En 1999, la tasa de incidencia fue 34,4 casos por 100.000 habitantes. Predomina la forma de transmisión heterosexual del VIH. Siguen existiendo puntos débiles en las actividades de prevención de SIDA. La atención médica de las personas que han contraído el VIH es satisfactoria.
- **Enfermedades nutricionales y metabólicas:** Se observa malnutrición proteino-energética en algunas zonas aisladas del departamento.
- **Enfermedades del sistema circulatorio:** En 1991, se registraron 300 casos de enfermedades crónicas del sistema circulatorio, la mayoría de ellos fueron hipertensión arterial, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardiaca y secuelas de infarto de miocardio.
- **Neoplasias malignas:** Las principales neoplasias responsables de muertes en adultos fueron, en orden de importancia: neoplasias malignas del sistema respiratorio, del sistema respiratorio superior y del sistema digestivo. Dos de tres muertes debidas al cáncer ocurren en las personas mayores de 65 años de edad y principalmente en hombres.

- **Accidentes y violencia:** Cada año hay un considerable número de accidentes de tráfico. Los accidentes mortales ocurren principalmente en el grupo de edad 25 -44 años (45%), por lo general usuarios de automóviles, aunque lesiones graves corresponden principalmente a los usuarios de vehículos de dos ruedas (51%). En 1998, el suicidio se ubica en tercer lugar como causa externa de muerte entre 15-44 años de edad.
- **Salud oral :** Un estudio basado en el ámbito escolar reveló una prevalencia de 22% de caries entre alumnos. Enfermedades emergentes y re-emergentes : Desde 1996, ha ocurrido un caso anual de meningitis meningocócica (serotipo B o C). También desde 1996, ha aumentado la incidencia de fiebre Q (cerca de 37 casos por 100.000 habitantes en Cayena y sus alrededores). En 2000 se diagnosticaron algunos casos de infección por virus del complejo de la encefalitis equina venezolana.

Desarrollo Tecnológico e investigación

El Instituto Pasteur cuenta con un moderno laboratorio. Los principales proyectos de investigación se enfocan en inmunología y leishmaniasis cutánea.

2.22.2 Tipología del Sistema de Salud

Francia tiene a su cargo la salud pública en general, pero las competencias en materia de salud se distribuyen entre el nivel del Estado y las colectividades locales, que formulan y llevan a la práctica la política de salud a nivel local, realizan la función de vigilancia sanitaria, participan en la política hospitalaria pública y privada, intervienen en los mecanismos de formación y de seguimiento de las carreras de los profesionales de salud y contribuyen a la organización de las redes de profesionales de salud. La cobertura universal con el seguro de enfermedad permite que el Estado sufrague los gastos de atención médica de los más desposeídos.

2.22.3 Aspectos Financieros

El gasto nacional en salud representa el 2,7 del PIB. La cobertura universal con el seguro de enfermedad permite que el Estado sufrague los gastos de atención médica de los más desposeídos. El sistema es financiado por contribuciones obligatorias deducidas de los ingresos individuales. Los establecimientos de atención médica públicos y privados representan actores claves del sistema de salud, dando acceso ilimitado a una variedad de servicios médicos primarios y secundarios.

La política hospitalaria se rige por las agencias regionales hospitalarias, cuya misión es definir y llevar a la práctica la política de oferta de atención hospitalaria, administrar la partida regional de asignación y determinación de recursos, analizar, autorizar y coordinar los establecimientos públicos y privados.

2.22.4 Provisión de Servicios

El sistema de salud se basa en el sector hospitalario público y privado, la medicina urbana, los centros de salud y los centros de prevención de enfermedades y vacunación. Hay tres hospitales públicos y tres consultorios privados pequeños. Hay actualmente 21 centros y puestos de salud.

Existen también centros de prevención de enfermedades especializados en Cayena y tres entidades especializadas en la atención de toxicómanos. Las drogas se importan principalmente de Francia continental. En emergencia, es posible abastecerse de medicamentos en Martinica o en Guadalupe. No hay distribuidor local que disponga de existencia de reactivos. Los problemas del transporte obstaculizan en general la distribución de drogas y productos para la biología médica.

Servicios especializados: Hay dos hogares para los trabajadores discapacitados, cinco hogares ocupacionales y una casa especializada. Cada año se lleva a cabo una campaña para

promover la vacunación gratuita contra la influenza en los adultos mayores. La atención médica y la acomodación para el adulto mayor incluye 142 camas para alojamiento; 241 camas en residencia para jubilados; 350 camas para atención médica de largo duración y 433 puestos de servicios de enfermería a domicilio.

Desde 1994, una línea telefónica de asistencia permanente está disponible para el público para la prevención del maltrato de menores de edad. En 2000, hubo 25 psiquiatras en el sector público y 12 en consultorios privados. En 1999 fueron hospitalizados 1.300 pacientes de salud mental, con un promedio de estadía de 39 días. En las prisiones, 874 detenidos recibieron atención psiquiátrica en 1999. En 1999, el porcentaje de mujeres embarazadas con poca o ninguna atención médica seguía siendo alto (3,8%). Casi toda la atención médica durante el parto y el puerperio se hacía bajo la supervisión de una persona especializada.

2.22.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica

Debido a los costos tan altos del transporte aéreo, las medicinas que se importan son transportadas exclusivamente por mar, lo cual complica el almacenamiento y la distribución. La refrigeración de los productos también es un problema ya que no todos los medios de transporte utilizados cuentan con contenedores refrigerados. En casos extremos se utiliza el transporte aéreo. Sin embargo, las regulaciones de aduanas imponen restricciones adicionales.

2.23 Guadalupe

2.23.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

Tabla 53

INDICADORES DEMOGRÁFICOS. GUADALUPE. 2002

Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
443	99,7	24,5	52,7	0,7	2,1	78,7

Fuente: PAHO – Health Core.

La población durante el año 2002, correspondía a 443,000 personas, con casi un 100% de personas residiendo en zonas urbanas y con una esperanza de vida al nacer de 78,7 años –La población de la Guadalupe se encuentra en una etapa crucial de su transición demográfica, ya que ha alcanzado el nivel de fecundidad de reemplazo (2.1 hijos por mujer). Este territorio cuenta con 25% de población menor de 15 años, lo cual implica la presencia de un considerable contingente de población en los grupos de edad productiva. Esta isla ha experimentado el fenómeno de la inmigración desde países vecinos. En San Martín (Guadalupe), su condición especial de puerto libre y el crecimiento del turismo han cuadruplicado virtualmente el número de habitantes en ocho años y han determinado que su población extranjera sea de alrededor de 50%.

Guadalupe es un archipiélago formado por ocho islas habitadas; las dos más grandes, separadas por un estrecho brazo de mar, son Basse-Terre y Grande-Terre. Las otras islas son de los Santos y María Galante en el sur, la Deseada en el este, y la sección francesa de San Martín y San Bartolomé, unos 230 Km. al norte.

Consideraciones epidemiológicas

Uno de los problemas específicos de salud que afectan a este departamento es la elevada prevalencia de las infecciones de transmisión sexual y del dengue, que se manifiesta con brotes epidémicos. Entre las enfermedades no transmisibles, hay una alta prevalencia de drepanocitosis y son muy frecuentes la diabetes y la hipertensión, así como sus complicaciones (particularmente, la insuficiencia renal crónica). Con excepción del cáncer del cuello del útero y de la próstata, hay una baja incidencia de tumores malignos. Los accidentes de tráfico contribuyen mucho al aumento de los años de vida potencial perdidos (AVPP).

En 1995 hubo 5.383 defunciones en Martinica, Guadalupe y la Guayana Francesa. La información más reciente sobre causas de muerte data de 1993, pues el encargado de hacer el análisis es el Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica de París.

Aunque las afecciones cardiovasculares son las que más contribuyen a la mortalidad que se registra, su importancia se debe medir teniendo en cuenta la avanzada edad en que se produce la muerte. Estas afecciones ocupan el segundo lugar en las Antillas en relación con los AVPP. Los tumores malignos constituyen la principal causa de defunción para las mujeres en función de los AVPP. Para los hombres, el cáncer ocupa el tercer lugar en Guadalupe (13%).

VIH/SIDA: Al 1 de enero de 2000, un total de 950 casos de SIDA se había declarado desde el inicio de la epidemia. La prevalencia de infección por VIH se estima en un 1% de la población en el Departamento; la tasa de incidencia en 1999 fue más de 111 por millón de habitantes; domina la transmisión heterosexual. Hay unos 30 casos de SIDA pediátrico. Los tratamientos antiretrovirales están accesibles a todos los residentes, inclusive a los extranjeros, en tres hospitales.

Infecciones de transmisión sexual: La aparición regular de nuevos casos de sífilis e infecciones gonocócicas suscita preocupación en cuanto a los cambios de comportamiento que se esperan ante la epidemia de SIDA.

Enfermedades nutricionales y metabólicas: La diabetes del tipo II prevalece en Guadalupe. La drepanocitosis es la enfermedad genética más común. (uno en cada 8 habitantes tiene este gen). La detección neonatal se hace sistemáticamente en todas las maternidades. En 2000, la drepanocitosis se detectó en 20 recién nacidos.

Enfermedades del sistema circulatorio: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad, causando 32% del total de defunciones cada año entre 1995 y 1997. La mortalidad por afecciones cerebro-vasculares es particularmente alta. Existe un programa especial contra la hipertensión arterial.

Neoplasias malignas: El cáncer es la segunda causa de mortalidad (en promedio 710 casos). El cáncer de la próstata en hombres y el cáncer cérvico-uterino en mujeres son muy frecuentes.

Accidentes y violencia: Los accidentes de tráfico constituyen un problema de salud pública prioritaria. En los 10 últimos años, hubo anualmente más de 80 muertes por accidentes de tráfico y casi 400 personas sufrieron heridas graves. Desde 1994 se encuentra en funcionamiento una línea telefónica de asistencia para denuncias de violencia hacia niños. En 1987-1997, se registró un promedio anual de 40 muertes por suicidio, con una razón hombre:mujer de 3:1.

Salud mental: Según una encuesta en la población general en 1999, 32% sufren de ansiedad, 15% padecen de depresión y 15% tienen trastornos sicóticos. El alcoholismo es un grave problema social y de salud pública (137 defunciones anuales se atribuyen a psicosis alcohólica, cirrosis del hígado y neoplasias del sistema respiratorio superior entre 1995 y 1997). Durante 1995 y 1997, se registraron en promedio 167 muertes anuales por consumo exagerado de tabaco. El número de toxicómanos sigue en constante aumento, las sustancias más consumidas eran marihuana (64%) y crack (26%).

Desarrollo Tecnológico

Hay 22 laboratorios privados y 8 públicos en Guadalupe. El prefecto puede autorizar el funcionamiento de laboratorios privados teniendo en cuenta las condiciones locales, la idoneidad del personal y los equipos disponibles. Los laboratorios públicos pertenecen a los hospitales.

La incorporación de un equipo médico importante requiere la autorización del ministro o del prefecto de la región. Los tres departamentos franceses comparten ciertos equipos. Por ejemplo, hay un equipo de resonancia magnética en Martinica y un litotriptor en Guadalupe. En Guadalupe existen 3 densitómetros óseos, 2 equipos de RMN y un tomógrafo computarizado así como también unidades de hemodiálisis.

2.23.2 Tipología del Sistema de Salud

La Secretaría de Estado de Salud forma parte del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de Francia. También participan en las actividades de salud los Ministerios de Interior (programas sobre el abuso de drogas), del Medio Ambiente, de Agricultura (inocuidad de los alimentos) y de Educación Nacional (salud escolar).

Una ley promulgada en 1992 estipula que todas las personas que residen en Francia y en los departamentos franceses tienen derecho a recibir asistencia financiera para cubrir los costos de su atención médica en caso de necesidad. Cada departamento organiza el acceso de la población pobre a la asistencia médica. El departamento paga su costo integral o el boleto moderador -ticket modérateur-, que es un porcentaje que oscila entre 0% y 65%, según la índole de la enfermedad, la atención brindada y el tipo de medicación prescrita. El Estado cubre los costos de la asistencia que se brinda a las personas sin hogar.

El sistema de seguridad social, un mecanismo patrocinado por el Estado que se financia mediante contribuciones obligatorias deducidas de los salarios, proporciona el seguro de salud. El paciente paga la totalidad del costo del tratamiento directamente al prestador del servicio y el seguro de salud se lo reintegra. La suma reembolsada se calcula sobre la base de porcentajes negociados entre los prestadores de servicios y la seguridad social. Un porcentaje cada vez mayor de la población contrata voluntariamente un seguro adicional para financiar los gastos no reembolsables. Para que los pacientes no tengan que pagar por adelantado, es muy común que los aseguradores efectúen los pagos en forma directa, en especial a los hospitales y las farmacias. En estos casos, el seguro de salud paga directamente al prestador de la asistencia y el paciente solo abona el boleto moderador.

2.23.3 Aspectos Financieros

El gasto nacional en salud representa el 2,4 del PIB. La cobertura universal con el seguro de enfermedad permite que el Estado sufrague los gastos de atención médica de los más desposeídos.

El sistema es financiado por contribuciones obligatorias deducidas de los ingresos individuales. Los establecimientos de atención médica públicos y privados representan actores claves del sistema de salud, dando acceso ilimitado a una variedad de servicios médicos primarios y secundarios.

La política hospitalaria se rige por las agencias regionales hospitalarias, cuya misión es definir y llevar a la práctica la política de oferta de atención hospitalaria, administrar la partida regional de asignación y determinación de recursos, analizar, autorizar y coordinar los establecimientos públicos y privados.

2.23.4 Provisión de Servicios

El Estado tiene a su cargo la salud pública en general, que comprende la prevención de las enfermedades en la comunidad, la vigilancia ambiental, el control sanitario de las fronteras, y la lucha contra las principales enfermedades y la adicción a las drogas y el alcohol. También supervisa la capacitación del personal de salud, ayuda a establecer sus condiciones de trabajo, fiscaliza el cumplimiento de las reglamentaciones sobre control de la calidad y seguridad sanitaria en los dispensarios, y controla los productos farmacéuticos. Además, garantiza que las medidas terapéuticas y preventivas sean las adecuadas y reglamenta la extensión del tratamiento que se proporciona.

El Gobierno central vigila el funcionamiento de los hospitales públicos, designa a sus directores, determina sus presupuestos y organiza la contratación de su personal. Por último, el Estado supervisa la asistencia social, su financiación y las normas que rigen la cobertura de la población, y asume la responsabilidad financiera del tratamiento.

Un prefecto conduce los servicios descentralizados del Estado correspondientes a la órbita de cada uno de los Ministerios interesados, en particular los que se relacionan con cuestiones de salud. En el plano local, son competencia de otros prefectos una Oficina Departamental de Salud y Asuntos Sociales en cada departamento y la Oficina Interregional de la Seguridad Social, común a los tres departamentos y con sede central en Martinica.

Con arreglo a la ley de descentralización de 1983, ciertas funciones médicas y sociales del Estado fueron transferidas a los presidentes de los Concejos Generales de cada departamento, entre ellas la protección materno-infantil, la inmunización, el control de la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual (excluido el sida), el cáncer, la lepra, la protección social a la niñez y una parte de la asistencia a las personas de edad avanzada y a los adultos discapacitados. Los alcaldes pueden asumir ciertas funciones relacionadas con el saneamiento y la inmunización y presiden las juntas de directores de los establecimientos de salud pública.

La población fija de los departamentos franceses goza de acceso irrestricto a una amplia gama de servicios de atención médica primaria y secundaria. En 1991, los Hospitales Universitarios y los Centros Regionales de Lucha contra el Cáncer de Francia proporcionaron 61.000 días de hospital a 4.500 pacientes de los tres departamentos franceses, que según estimaciones representó el 3% de la actividad hospitalaria de Guadalupe. Aunque más de 25% de esos días se dedicaron al tratamiento de enfermos de cáncer, también recibieron atención pacientes con enfermedades cardiovasculares y afecciones genitourinarias. Si bien el sistema de seguridad social reembolsa los gastos de hospital, sólo paga los pasajes aéreos de un pequeño porcentaje de pacientes que necesitan un tratamiento médico que no se brinda en los departamentos.

Los hospitales públicos y privados ofrecen hospitalización completa, tratamiento ambulatorio y consultas externas. Los servicios de hospitalización se dividen en tratamiento de corto plazo (afecciones agudas), seguimiento (convalecencia, readaptación y rehabilitación funcional) y atención de larga estancia (diseñada esencialmente para las personas de edad avanzada). Si bien los médicos generales privados proporcionan la mayor parte de la asistencia ambulatoria y domiciliaria, los pacientes también pueden utilizar los servicios externos de los hospitales o centros de tratamiento.

Los sectores público y privado difieren en algunos aspectos. La docencia y la investigación son parte de las misiones específicas de los hospitales públicos. Estos tienen la obligación de aceptar a cualquier paciente y de emplear únicamente a personal asalariado. Los médicos de los hospitales privados cobran honorarios.

Desde 1985, los establecimientos públicos se han financiado primordialmente con una subvención estatal que todos los años paga el sistema de seguro de salud. Los establecimientos privados se financian mediante el cobro de una suma global fija y de tarifas diarias que determinan las oficinas regionales del seguro médico. Por consiguiente, su financiación es proporcional a la actividad que desarrolla, cosa que no ocurre con los hospitales públicos.

El sistema de salud de Guadalupe está organizado en torno de 25 establecimientos de salud: 10 pertenecen al sector público (un hospital universitario regional, cinco hospitales, un hospital de psiquiatría, dos hospitales locales y un hospital de larga estancia) y 15 son clínicas privadas, con fines de lucro, que funcionan en Basse-Terre y Grande-Terre. En enero de 1996 la capacidad de atención médica por corto plazo, de cirugía y de asistencia gineco-obstétrica era de 1.146 camas en el sector público y de 900 en el privado. Había 417 camas en hospitales públicos y 21 en clínicas privadas para pacientes psiquiátricos y se disponía de 214 camas en aquellos y de 209 en estas para seguimiento y rehabilitación.

En las dos islas principales se brinda atención especializada, que comprende: ingreso y tratamiento de casos de urgencia, reanimación, atención y reanimación neonatal, tratamiento de la insuficiencia renal crónica (en 1996 estaban sometidos a diálisis 322 pacientes y se habían realizado siete trasplantes de riñón) y tratamiento gineco-obstétrico.

Redes de servicios. Se han establecido redes de hospitales municipales para tratar las intoxicaciones y la hepatitis C, y esto permite una mejor coordinación entre los médicos de hospitales y los privados. Además de estas redes, se han creado también centros de información sobre el VIH y de atención a personas con esta infección.

Servicios especializados. Los servicios psiquiátricos en Francia están organizados por sectores geográficamente definidos. Cada servicio de psiquiatría para adultos da cobertura a un sector con una población de 70.000 personas aproximadamente; por cada tres de estos servicios hay uno de psiquiatría infantil.

Hay dos dependencias administrativas que se ocupan de las personas con discapacidad: la Comisión Departamental de Educación Especial examina todas las solicitudes de empleo de los discapacitados menores de 20 años de edad, así como las peticiones de ayuda financiera de sus familiares. En cuanto a los discapacitados mayores de 20 años, le corresponde a la Comisión de Orientación Técnica y Reclasificación Profesional de cada departamento francés la tarea de clasificar a los trabajadores discapacitados y brindarles orientación profesional, así como la de evaluar la asignación de asistencia financiera y remitirlos a una institución especializada. Desde 1984, la población carcelaria francesa ha recibido cobertura médica equivalente a la de la población general.

2.23.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica

De manera General, Guadalupe presenta falencias similares a las observadas en Martinica y la Guyana Francesa ya que todas se encuentran bajo el manto de un esquema de salud uniforme, el francés.

2.24 Cuba

2.24.1 Tipología de Necesidades Sanitarias

Consideraciones demográficas

La isla de Cuba está ubicada en la región caribe de América Latina. Tiene una superficie de 110,860 km², y esta dividida por 14 provincias y 169 municipalidades. En el año 2004 su población alcanzaba los 11.3 millones de habitantes. La densidad poblacional es de 101 personas por km², de los cuales un 75,8% residían en zonas urbanas en 2004. La siguiente tabla presenta algunos indicadores demográficos.

Tabla 54
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. CUBA. 2004

Población (miles)	Proporción de población urbana	Proporción de población menor de 15 años	Razón de dependencia	Tasa anual de crecimiento poblacional	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer
11 328	75,8	19,28	42,9	0,2	1,6	77

Sobre la base de la información presentada en la tabla anterior puede inferirse que Cuba se encuentra en una etapa avanzada de su transición demográfica y epidemiológica. Casi un 20% de su población era menor de 15 años en 2004, mientras que la tasa global de fecundidad había caído por debajo del nivel de reemplazo. Al mismo tiempo la esperanza de vida al nacer -77 años- se asemeja a la observada en países desarrollados y en etapas de transición avanzada.

Consideraciones epidemiológicas

Durante el año 2000, las principales causas de muerte correspondían a enfermedades crónicas. Las enfermedades del corazón, el cáncer y las enfermedades cerebro-vasculares contribuyeron al 60% de las muertes. La mortalidad por enfermedades del corazón disminuyó en un 10% durante el periodo 1996-2000, mientras que la mortalidad por cáncer aumentó en un 6,6% durante el mismo periodo.

En otro orden, entre 1986 y 2000, se contabilizaron 3,231 casos de VIH, de los cuales 1,1194 pasaron a ser casos de SIDA provocando 840 muertes a la fecha. Entre 1995 y 2000 se reportaron 839 casos de SIDA, 50% de los cuales se registraron en La Habana, afectando principalmente a hombres. La vía más común de transmisión de la enfermedad es la sexual. La incidencia anual de SIDA oscilaba entre 8.9 nuevos casos por cada 100,000 habitantes en 1996 y 15.1 nuevos casos por cada 100,000 habitantes en 2000.

Desarrollo Tecnológico

En 1999, en Cuba existían 723 laboratorios clínicos (0.065 laboratorios por 1000 habitantes), 1844 unidades de radio-diagnóstico (0.17 unidades por 1000 habitantes), 26 bancos de sangre (0.023 bancos de sangre por 1000 habitantes).

El equipo médico en Cuba viene de un amplio espectro de fuentes. En 1989, el 3,88% de este equipo fue reportado deteriorado, comparado al 5,5% en 1995. El mantenimiento preventivo ha sido empleado en el 92,6% del equipo, sin embargo para 1995 el dato cae a un 82%. Referente al equipo, el 13% de las unidades de rayos X y fluoroscopia estuvieron inoperantes debido a su deterioro, de la misma forma un 21% sucedió en la terapia de cobalto. El 52% de gastroscopios estaba deteriorado, al igual que el 36% de broncoscopios. También, el 19% del equipo diagnóstico

de ultrasonido estaba deteriorado. Hay 43 centros de servicios de distribución de equipo médico electrónico en las 14 provincias y el municipio especial de Isla de la Juventud. Estos centros de servicios están a cargo del mantenimiento y reparación del equipo médico. El equipo médico de alta tecnología está distribuido en 89 unidades de cuidado intensivo, de las cuales 35 corresponden a unidades de pediatría, localizadas en todo el país.

A finales de 2001 opera un departamento dentro del Ministerio de Salud dedicado a la evaluación de las tecnologías de salud. Este departamento tiene como finalidad el impulsar y coordinar la creación de redes articuladas de evaluación de tecnologías en los distintos niveles de atención.

Por otra parte, Cuba ha avanzado mucho en el establecimiento de la garantía de calidad en los servicios de imagenología. Adicionalmente, Cuba es uno de los pocos países de América Latina, que cuenta con un Centro de Ingeniería Genética. Por ejemplo, recientemente su vacuna contra la hepatitis B fue certificada por el Sistema de Evaluación de la OMS y ya puede suministrarse a los organismos de las Naciones Unidas.

2.24.2 Tipología del Sistema de Salud

En Cuba, la salud es considerada un ingrediente clave para la calidad de vida y es vista como un objetivo estratégico en el proceso de desarrollo de la sociedad. El Estado asume toda la responsabilidad de la organización y financiamiento de sus ciudades de atención en salud, basados en los principios de acceso libre y universal de los servicios de salud.

El Sistema de Salud cubano, universal, gratuito y al alcance de todos los cubanos sin distinción de raza, procedencia social y religión, se ha conformado y desarrollado a partir de un concepto social de la salud que en el momento actual es preciso decir que va más allá de la ausencia de enfermedad, que rebasa los límites del individuo y que abarca su relación e interacción con el medio donde éste se desarrolla.

Es importante señalar que el Sistema Nacional de Salud es el único que opera en la isla. Este es incluyente, regional y descentralizado. Dicho sistema consiste de tres niveles administrativos, el cual refleja la división política del país así como sus niveles de atención en salud.

El financiamiento del Sistema Nacional de Salud es casi completamente cubierto por fondos públicos. El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) es el Organismo rector del Sistema Nacional de Salud, ente encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado y del Gobierno en cuanto a la Salud Pública, el desarrollo de las Ciencias Médicas y la Industria Médico Farmacéutica.

Los principios rectores del Sistema Nacional de Salud

- Carácter estatal y social de la medicina
- Accesibilidad y gratuidad de los servicios
- Orientación profiláctica
- Aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica
- Participación de la comunidad
- Intersectorialidad
- Colaboración internacional
- Centralización normativa y descentralización ejecutiva

- Ejercer el control y la vigilancia epidemiológica de las enfermedades y sus factores de riesgo
- Ejercer el control y la vigilancia sanitaria de todos los productos que pueden tener influencia sobre la salud humana
- Regular y controlar la aprobación, ejecución y evaluación de las investigaciones biomédicas o de cualquier tipo que se realice directamente en seres humanos
- Normar las condiciones higiénicas y el saneamiento del medio ambiente en aquellos aspectos que puedan resultar agresivos a la salud humana y controlar su cumplimiento a través de la inspección sanitaria estatal
- Regular el ejercicio de la medicina y de las actividades que le son afines

Funciones rectoras del Sistema Nacional de Salud

- Ejercer el control y la vigilancia epidemiológica de las enfermedades y sus factores de riesgo
- Ejercer el control y la vigilancia sanitaria de todos los productos que pueden tener influencia sobre la salud humana
- Regular y controlar la aprobación, ejecución y evaluación de las investigaciones biomédicas o de cualquier tipo que se realice directamente en seres humanos
- Normar las condiciones higiénicas y el saneamiento del medio ambiente en aquellos aspectos que puedan resultar agresivos a la salud humana y controlar su cumplimiento a través de la inspección sanitaria estatal
- Regular el ejercicio de la medicina y de las actividades que le son afines
- Ejercer la evaluación, el registro, la regulación y el control de los medicamentos de producción nacional y de importación, equipos médicos y material gastable y otros de uso médico

Componentes del Sistema Nacional de Salud

- Atención médica preventiva curativa y de rehabilitación
- Asistencia a ancianos y discapacitados.
- Control higiénico - epidemiológico
- Formación, especialización y educación continuada de profesionales y técnicos
- Investigación y desarrollo de las ciencias médicas
- Estadísticas de salud
- Información científico - técnica
- Promoción de salud
- Aseguramiento de suministros no médicos y mantenimiento del sistema
- Aseguramiento tecnológico, médico y electromedicina
- Producción, distribución y comercialización de medicamentos y equipos médicos

La reforma del sector de la salud

El Sistema Nacional de Salud (SNS) cubano viene realizando importantes reformas a partir de los años 60, cuando se introdujo el servicio médico rural que llevó a los lugares apartados de la nación a un nuevo trabajador de la salud bajo un programa de universalización del derecho a la salud. El Ministerio de Salud Pública, rector del Sistema Nacional de Salud ha trazado una estrategia para dar respuesta a los problemas, emergentes y reemergentes. Se persigue con ello, incrementar la eficiencia y calidad en los servicios, garantizar la sostenibilidad del sistema, especialmente en términos financieros y, aunque se ha alcanzado un alto nivel de equidad, seguir estudiando y trabajando para eliminar pequeñas desigualdades reducibles en la situación de salud y la utilización de los servicios entre regiones y grupos de población.

Se han establecido las estrategias y los programas priorizados del Sistema Nacional de Salud para el periodo 1995 al 2000, con el objetivo de continuar el desarrollo sostenible de su sistema y alcanzar mejores indicadores de salud para toda la población. El Ministerio de Salud Pública se ha dado a la tarea de desarrollar un proceso de consolidación, reforma y modernización del sistema con nuevos métodos y estilos de trabajo para garantizar uno de los derechos del pueblo cubano, considerando vital incrementar la participación de la comunidad en las gestiones y las acciones de salud. En la proyección estratégica actual, se adoptan formas participativas como son los consejos de salud nacional, provincial, municipal y consejos populares por la salud, como órganos de coordinación intersectorial a esos niveles, para lograr la verdadera descentralización, intersectorialidad, participación social, movilización de recursos y otros efectos de mayor impacto médico, económico y social, a través del análisis de la situación de salud y la canalización de las soluciones.

El Ministerio de Salud Pública se ha dado a la tarea de desarrollar un proceso de renovación del sector. En este sentido establece la proyección para el desarrollo estratégico desde 1995 hasta el año 2000, el cual ha transcurrido por un proceso en cuya ruta crítica pueden identificarse diferentes etapas que pudieran concretarse de la manera siguiente:

Las principales estrategias y programas que se ha propuesto priorizar el Ministerio de Salud Pública son las siguientes:

1 *Reorientación del Sistema de Salud hacia la atención primaria y su pilar fundamental, el médico y la enfermera de la familia.*

La atención primaria de salud, comprende un conjunto de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como la protección de grupos poblacionales específicos y el abordaje de problemas de salud con tecnologías apropiadas de este nivel de atención, dirigido al individuo, la familia, la comunidad y el medio.

La atención primaria de salud en Cuba ha sentado precedentes en la salud pública internacional, por su carácter novedoso y futurista, especialmente con la implantación y desarrollo del modelo de atención de medicina familiar a partir de 1984. El programa del médico y la enfermera de la familia, se ratifica como el eje del actual desarrollo estratégico, orientándose el resto de las estrategias a partir y en función de ella.

2. *Revitalización de la atención hospitalaria*

Durante la década de los años 80, el país realizó un gran esfuerzo por ampliar y modernizar la red de servicios hospitalarios, lo que implicaba mejorar coberturas, accesibilidad, capacidad, confort e incorporar las más novedosas tecnologías.

3. *Reanimación del trabajo de los programas de tecnología de punta e Institutos de investigaciones.*

Cuba ha desarrollado un grupo de programas de atención de primer nivel para garantizar la salud de la población, tales como programas del cáncer, insuficiencia renal, los cardiocentros, el diagnóstico precoz de las afecciones congénitas, prenatales, de sangre y hemoderivados y otros para los cuales es necesario garantizar ciertas inversiones, organización, inteligencia y creatividad, con apoyo de la cooperación externa.

4. *Desarrollo del Programa de Medicamentos y Medicina Natural y Tradicional*

Constituye una estrategia prioritaria para el sistema de salud, la capacidad para producir en Cuba el 80% de los 900 renglones que tiene el formulario cubano, con la cual es posible ahorrar 4 ó 5 veces el costo que representarían estos medicamentos adquiridos en el exterior. Se trabaja en la actualidad en 91 fármacos y vacunas indispensables, cuya disponibilidad pone en riesgo la vida de pacientes y en 349 medicamentos que junto a los anteriores constituyen el cuadro básico de medicamentos del país, del resto de los productos que circulan, 470 fármacos, hay algunos medicamentos de especialidades o para el tratamiento de algunas enfermedades de muy baja incidencia y prevalencia.

2.24.3 Aspectos Financieros

El presupuesto de salud en Cuba es aprobado por la asamblea de personas y reportado a las oficinas de salud públicas. El financiamiento del sector salud es altamente descentralizado.

Tabla 55

ASPECTOS DEL GASTO EN SALUD. CUBA. 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
G. Total en Salud % de PIB	6,6	7,1	7,1	7,3	7,5
G. Público en Salud % G. Total en Salud	84,7	85,5	85,8	86	86,5
G. Privado en Salud % G. Total en Salud	15,3	14,5	14,2	14	13,5
Gasto Público en Salud % Gasto Público Total	10,3	11,1	10,8	11,4	11,3
Fondos de la Seguridad Social % Gasto Público en Salud	0	0	0	0	0
Pagos privados de los hogares % Gasto Privado en Salud	78,5	76	75,6	75,2	75,2
Recursos Externos para la Salud % Gasto Total en Salud	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2
Gasto Total per Capita en Salud (dólares internacionales)	170	196	209	225	236
Gasto Público per Capita en Salud (dólares internacionales)	144	167	180	194	204

Fuente: OMS - Informe sobre la salud en el mundo 2005.

En la tabla anterior se ilustra algunos aspectos del gasto del sector salud de Cuba en el periodo comprendido entre 1998 y el 2002. El gasto público en salud ha aumentado en forma pequeña pero continua en lo referente al % que representa del total del gasto en salud, en este periodo de años. Por el contrario, el gasto privado en salud representa año tras año un porcentaje cada vez menor del gasto total en salud. Pese a lo anterior, el gasto total per capita en salud ha aumentado un 38% desde 1998 al 2002. Igual situación se refleja en el gasto público per capita en salud, el cual experimenta una tasa de variación de un 41% en ese mismo lapso de tiempo.

2.24.4 Provisión de Servicios

El primer nivel de atención en salud consiste en una red de policlínicas, oficinas médico familiares, clínicas de salud oral, casas maternas, y otras entidades, que proveen sus servicios al 100% de la población. En las oficinas médico familiares se cubren los servicios del 97,6% de las necesidades de salud de la población que atienden, el restante 2,4% es cubierto por las policlínicas comunitarias. Durante 1997, los hospitales del país registraron 19.5 millones de pacientes, de estos el 45,1% fueron egresos hospitalarios.

En el segundo nivel de atención en salud se manejan los hospitales nacionales y locales de toda la isla. Entre los principales objetivos en el segundo nivel están el reducir la estancia promedio en los hospitales, mejorar la productividad en las salas de operaciones, incrementar el número de cirugías ambulatorias y el temprano egreso.

Los niveles de atención en salud se distinguen por su descentralización en toda la isla. El nivel provincial es representado por las oficinas públicas de salud provinciales, cuales están bajo la autoridad directa de las asambleas provinciales. La principal unidad de salud bajo los gobiernos provinciales son los hospitales provinciales e intermunicipales, bancos de sangre, centros epidemiológicos y de salud provinciales, centros de entrenamiento para profesionales de salud y técnicos medios de salud y la red de farmacias comerciales.

2.24.5 Falencias actuales, perspectivas de reforma y viabilidad político económica

Las reformas del sector salud han pasado a través de varias fases de desarrollo. En 1960 se creó el Sistema Nacional de Salud, el Servicio de Medicina Rural y las policlínicas. El modelo de atención en salud comunitario fue creado a partir de los años 70 a través de las policlínicas comunitarias. Además, durante este período, la educación médica y el sector de salud fueron descentralizados. En 1980, el modelo de medicina familiar fue desarrollado. Sin embargo, el impacto de la crisis económica sobre la situación de salud y los servicios de salud pública provocaron cambios en el nivel nacional y la nueva dirección del país ha proseguido desde 1989, el proceso de reforma continuo y las dificultades inherentes en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud justificó una reciente estructura de reforma en el sector salud de Cuba. La meta de la reforma fue el incremento en la calidad y eficiencia de los servicios y garantizar la sostenibilidad del sistema, especialmente en términos financieros. Otro objetivo de la reforma es continuar los esfuerzos por eliminar los pequeños inequidades en la situación de salud, como las disparidades entre las diferentes regiones y grupos poblacionales.

La estrategia da especial prioridad a la promoción de la salud y a actividades concernientes a prevención de las enfermedades, dentro del contexto de mejorar la medicina familiar y la atención primaria, la descentralización, las acciones intersectoriales y la participación comunitaria, también como la revitalización y mejoramiento de la atención hospitalaria.

La reforma del sector salud no ha involucrado la reestructuración de las autoridades de salud, la creación de nuevas regulaciones institucionales, o cambiar las funciones de regulación, financiamiento o la distribución de servicios. Lo que ha ocurrido, sin embargo es una profunda transformación de los procesos gerenciales, involucrando cambios en los métodos y estilos de trabajo practicados, fortaleciendo los niveles bases y los canales de información con el Ministerio de Salud Pública, y una gran presencia reguladora para la agencia dentro del sector salud. También, la clave del proceso de reforma es mejorar el rendimiento y control del nivel provincial, así como la formación de grupos de expertos para analizar los más prioritarios problemas del sector y proponer soluciones a estos.

Actualmente, han realizado esfuerzos por mejorar las condiciones de los servicios de salud a la población cubana, bajo este marco de las 444 policlínicas existentes en todos los municipios del país se

han remodelado 109. Además, en estos se ha mejorado o se imparten nuevos servicios de ultrasonido, fisioterapia, endoscopia, cardiología y radiología, clínica de problemas menstruales, apoyo vital, drenaje biliar, laboratorio integral, consulta de alergia para niños, optometría, oftalmología, estomatología y traumatología, entre otros. Hay 217 nuevas salas de fisioterapia y se prevé este servicio para todos los policlínicos.

De acuerdo a la estrategia de acercar la atención a los lugares de residencia de la población, fortalecer la atención de urgencia y lograr un perfil de servicios más acorde a la evolución del cuadro de salud en Cuba. Han realizado acciones encaminadas a este fin, en los municipios sin hospitales quirúrgicos, han abierto 118 centros de terapia intensiva y ampliaron el servicio de hemodiálisis en 24 nuevas instalaciones. También fue iniciada la reparación y modernización de 35 grandes hospitales, que permitirán ofrecer un servicio de excelencia a la población y brindar capacidades adicionales para el turismo de salud, lo que hará más sustentable el progresivo desarrollo de esta modalidad.

También nuevos medicamentos fueron incorporados en el 2004 como la vacuna del Hemophilus y la vacuna cuádruple DPT – Hepatitis. Se incorporaron también más de 20 nuevos fármacos genéricos, entre ellos 3 que se suman a los productos para el tratamiento del SIDA, así como novedosos medicamentos para el tratamiento del cáncer, incluyendo una vacuna terapéutica cubana de factor de crecimiento contra el cáncer del pulmón, donde el diseño de la planta para producirla, su construcción y operación son totalmente cubanos.

3. Conclusiones

El presente estudio ha explorado las diferentes aristas de las situaciones y problemas de salud de la región del Caribe. Se han tomado en cuenta regiones que difieren en cuanto a su idioma y por eso se han obtenido dos grandes clasificaciones: (1) El caribe anglófono y (2) no anglófono. A continuación se presentan algunas conclusiones generales del presente análisis:

Necesidades Sanitarias

Toda la región del Caribe experimenta etapas avanzadas en las transiciones demográficas epidemiológica. Las estructuras poblacionales están caracterizadas por una proporción considerable de personas entre los 30 y 69 años y un grupo decreciente de personas por debajo de los 15 años de edad. Esta situación ha hecho que las enfermedades crónicas como las relacionadas con el aparato circulatorio y el cáncer han adquirido una gran importancia en los últimos años. Es importante mencionar también que la mortalidad por enfermedades infecciosas ha resurgido a raíz de la epidemia del VIH/SIDA y otros problemas como la desnutrición.

El VIH/SIDA es un flagelo que ha impactado a toda la región caribeña. Estudios de la OPS han confirmado que en esta región se dan las incidencias más altas de todo el continente americano. Esta epidemia ha tenido una mayor influencia en el grupo poblacional entre los 15 y 44 años. A pesar de que hasta hace algunos años, la razón de nuevos casos entre hombres y mujeres indicaba incidencias más altas en hombres, dicha brecha se ha venido cerrando e incluso se ha invertido su dirección para algunos países.

La violencia –en todo su espectro- constituye hoy un importante problema de salud en todo el Caribe. De manera más específica, la violencia doméstica ha tenido un impacto significativo sobre la calidad de vida de mujeres jóvenes, quienes en su mayoría residen con cónyuges de mayor edad.

A pesar de que algunos países del Caribe cuentan con cierta disponibilidad de equipo tecnológico y una infraestructura de tecnología de información no despreciable, hay un grupo de países que presentan serias deficiencias en este sentido. Los servicios de tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear, son un ejemplo de estas claras carencias en países como Antigua, Anguilla y Martinica, aunque a veces las falencias se dan en equipo básico como laboratorios clínicos, ultrasonidos y equipos de rayos X. Es importante mencionar también que muy pocos de los países del Caribe cuentan con programas de control de calidad de los equipos de los cuales disponen.

Tipología de los sistemas de Salud

En la región Caribeña predominan los sistemas duales (públicos y privados). Los Ministerios de salud son los actores más importantes del sector público, a pesar de que en algunos países estos están apoyados por la existencia de un esquema de Seguridad Social. Generalmente, los Ministerios de Salud son los encargados de administrar y regular las políticas y la provisión de servicios en cada uno de los países estudiados. El sector privado, por otra parte, se encuentra en constante crecimiento aunque en otros países como Cuba, es totalmente inexistente debido a la organización política de esa nación. Es importante señalar también que el sector privado por lo general no está bien regulado.

Tal y como se mencionó anteriormente, en algunos países existen esquemas de seguridad social en forma de iniciativa, mientras que en otros ya se han implementado como parte del proceso de reformas.

Existen considerables problemas de cobertura. En algunos los dependientes y cónyuges de trabajadores no están cubiertos por el esquema de seguridad social.

Procesos de Reforma

En la mayoría de los casos, los procesos de reforma del sector salud, iniciaron a principios o finales de los años 90. Las experiencias más tempranas de reforma, por otra parte corresponden a Cuba y Trinidad y Tobago.

Los procesos de reforma del Caribe han sido producto de las siguientes circunstancias: (A) procesos de modernización del Estado; (B) medidas de ajuste estructural; (C) reformas del sector público; (D) desastres naturales (Montserrat); (E) necesidad de mejoramiento de la atención primaria; (F) necesidad de mejoramiento de la administración del sector salud; (G) la búsqueda de sostenibilidad financiera del sistema de salud y (H) necesidad de mejorar calidad y la equidad de la atención.

Los principales enfoques de las reformas han incluido: modificaciones de los marcos legales, separación de funciones en el sector salud, establecimiento del rol de dirección de los Ministerios de Salud, la búsqueda de modos alternos de financiamiento del sector, la descentralización de los servicios y competencias, el mejoramiento del recurso humano, la participación social y la búsqueda de la equidad en la atención.

La implementación de las reformas en los países del Caribe no ha sucedido con la rapidez deseada. Muchos países han reportado progresos incipientes.

Aspectos Financieros

Las principales fuentes de financiamiento del sector salud en el Caribe son las asignaciones presupuestarias y los regímenes contributivos (voluntarios y obligatorios).

La cooperación externa ha mostrado considerables disminuciones. En Aruba, por ejemplo, se espera que el gobierno holandés deje de ser un gran benefactor antes del año 2010.

En muchos casos, el gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud ha disminuido. Por otro lado, el gasto privado continúa tomando importancia.

La falta de implementación de esquemas nacionales de seguridad social ha hecho que algunos países experimenten problemas con respecto a la consecución de fondos, lo cual también se traduce en desventajas para la población que no puede acceder a los servicios.

Provisión de Servicios

La provisión de servicios está generalmente estructurada en niveles primario, secundario y terciario. Algunas islas como Monserrat, por ejemplo, no cuentan un nivel terciario bien definido, por lo cual los servicios especializados requeridos en ese nivel son frecuentemente proporcionados en instituciones extranjeras.

A pesar de que existen sistemas de referencia entre los distintos niveles, numerosos estudios han encontrado ineficiencias en cuanto al uso de los sistemas de referencia. Además, la falta de regulación del sector privado hace que las referencias al sector público y viceversa experimenten dificultades.

Falencias

En primer lugar, la falencia más evidente es el que corresponde al avance de las reformas del sector. Los avances no han sido tan evidentes en comparación con los objetivos que se habían propuesto. Como prueba de esto se puede mencionar el reporte dado por la mayoría de países Caribeños sobre el avance incipiente y estado inicial de la implementación de las reformas. Ejemplo de esto es el estancamiento, en cuanto a implementación de objetivos de reforma, que sufren países y territorios del Caribe Anglófono como Antigua y Barbuda, las Islas Vírgenes Británicas, Santa Lucía y Grenada, así como países del Caribe no anglófono como Suriname y Haití.

En segundo lugar, es casi generalizada la falta de supervisión y regulación del sector privado de salud. Por ejemplo, en Belice, actualmente no se recoge información sobre las modalidades de provisión de los seguros privados. Sobre esta misma línea, en las Bahamas, sobre la premisa de que una de las principales responsabilidades del Ministerio de Salud es la regulación de todo lo relacionado a provisión de servicios en las Bahamas, estudios como el realizado por la Organización Internacional del Trabajo, han sugerido que esta es una de las áreas que necesita más fortalecimiento, sobre todo porque el sector privado de salud crece diariamente y por tanto debe existir regulaciones y políticas concretas con respecto al mismo. En República Dominicana por otra parte y de manera general, el sistema de salud está integrado por múltiples proveedores públicos y privados que operan sin tener claras pautas, un mínimo de reglamentos, con funciones superpuestas y sin la coordinación requerida para garantizar el acceso universal a servicios de salud eficientes y de buena calidad. Específicamente, no existen datos estadísticos en cuanto al número, tamaño, y composición del sector privado el cual como se mencionó anteriormente carece de supervisión adecuada. Esta situación se ha convertido en elemento de la agenda de reforma en algunos de estos países.

En tercer lugar, en la mayoría de los países del Caribe no existen sistemas de información adecuados que contribuyan a la toma de decisiones basadas en evidencia. En Guyana, por ejemplo,

No hay sistemas computarizados de información que faciliten la administración de los recursos y el personal en los establecimientos de atención primaria. En Trinidad y Tobago, por otra parte, no se cuenta con información cuantitativa adecuada sobre cobertura efectiva o costeo de los servicios en el nivel de atención primaria. Además, no existe información sobre el grado de satisfacción de los usuarios de dicho nivel.

En cuarto lugar, los procedimientos de control de calidad de los servicios son inadecuados en muchos casos. Tal y es caso de Aruba y República Dominicana, donde los gobiernos han incluido a dichos controles como una de sus principales falencias.

Bibliografía

- Caribbean Center for Development Administration (CARICAD) (1998) Health Sector Reform – Management and Performance. Trinidad and Tobago.
- Comisión Evaluadora de la Reforma del Sector Salud. Resumen Ejecutivo. Puerto Rico.
- ECLAC. Belize Development Profile. http://www.eclacpos.org/profile/profileByCountry.asp?country_id=6&country_name=BELIZE
- Government of Jamaica. (2004), Health Sector Reform Programme Documents.
- Government of Trinidad and Tobago. Health Sector Reform Program.
- Iniciativa Latinoamericana de Reforma del Sector Salud (LAHSR, por sus siglas en Inglés). Analysis of Health Sector Reform in the English Speaking Caribbean.
- International Social Security Association. www.ssa.gov
- ___ (2005) Meeting of Directors of Social Security Organizations in the English-speaking Caribbean Tortola, British Virgin Islands, 4-6 July.
- Inter-American Development Bank. Project Database. www.iadb.org
- ___ Health Sector Modernization and Restructuring Project Documents. República Dominicana.
- Ministerio de Salud Pública (1998) Sistema Nacional de Salud. Políticas, Estrategias y Programas. La Habana, Cuba.
- NHI de Santa Lucía (2003) National Health Insurance Task Force Report.
- OPS/OMS. Health in the Americas. Washington, USA. 2002.
- ___ Data Health Core. <http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>
- ___ Health Policies and Systems Unit. Strategic Health Development Area. Office of Program Management. Health System Profile of Anguilla.

- ___ Health Policies and Systems Unit. Strategic Health Development Area. Office of Program Management. Health System Profile of Antigua and Barbuda.
 - ___ Health Policies and Systems Unit. Strategic Health Development Area. Office of Program Management. Health System Profile of Belice.
 - ___ Health Policies and Systems Unit. Strategic Health Development Area. Office of Program Management. Health System Profile of Cuba.
 - ___ Health Policies and Systems Unit. Strategic Health Development Area. Office of Program Management. Health System Profile of Dominica.
 - ___ Health Policies and Systems Unit. Strategic Health Development Area. Office of Program Management. Health System Profile of Grenada.
 - ___ Health Policies and Systems Unit. Strategic Health Development Area. Office of Program Management. Health System Profile of Guyana.
 - ___ Health Policies and Systems Unit. Strategic Health Development Area. Office of Program Management. Health System Profile of Haití.
 - ___ Health Policies and Systems Unit. Strategic Health Development Area. Office of Program Management. Health System Profile of Jamaica.
 - ___ Health Policies and Systems Unit. Strategic Health Development Area. Office of Program Management. Health System Profile of Montserrat.
 - ___ Health Policies and Systems Unit. Strategic Health Development Area. Office of Program Management. Health System Profile of Saint Kitts and Nevis.
 - ___ Health Policies and Systems Unit. Strategic Health Development Area. Office of Program Management. Health System Profile of Santa Lucía.
 - ___ Health Policies and Systems Unit. Strategic Health Development Area. Office of Program Management. Health System Profile of Suriname.
 - ___ Health Policies and Systems Unit. Strategic Health Development Area. Office of Program Management. Health System Profile of Trinidad and Tobago.
 - ___ Health Policies and Systems Unit. Strategic Health Development Area. Office of Program Management. Health System Profile of the British Virgin Islands.
- The World Bank. National Health Accounts Section. www.worldbank.org
- The World Bank. Central America HIV-Project. www.worldbank.org
- Organization of Eastern Caribbean States. Health Sector Reforms Programs. http://www.oecs.org/proj_health.htm.
- The World Bank. HIV/AIDS in the Caribbean. 2000.



NACIONES UNIDAS

Serie**CEPAL****financiamiento del desarrollo****Números publicados:**

1. Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988), Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.522), 1989.
2. Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987, Nicolás Eyzaguirre (LC/L.526), 1989.
3. Los determinantes del ahorro en México, Ariel Buira (LC/L.549), 1990.
4. Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones, Seminario (LC/L.553), 1990.
5. La cooperación regional en los campos financiero y monetario, L. Felipe Jiménez (LC/L.603), 1990.
6. Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pensiones: experiencias de América Latina, Seminario (LC/L.609), 1991.
7. El Leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina, José Antonio Rojas (LC/L.652), 1991.
8. Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras, Seminario (LC/L.655), 1991.
9. Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma, Seminario (LC/L.656), 1991.
10. ¿Existe aún una crisis de deuda Latinoamericana?, Stephany Griffith-Jones (LC/L.664), 1991.
11. La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno, Solange Bernstein y Jaime Campos (LC/L.721), 1992.
12. Las monedas comunes y la creación de liquidez regional, L. Felipe Jiménez y Raquel Szalachman (LC/L.724), 1992.
13. Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política, Andras Uthoff (LC/L.755), 1993.
14. Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores, Hugo Lavados y María Victoria Castillo (LC/L.768), 1993.
15. Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño, César Manoel de Medeiros (LC/L.833), 1994.
16. El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia, Enrique Román González y José Antonio Rojas Bustos (LC/L.834), 1994.
17. La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica, A.R. Camacho (LC/L.835), 1994.
18. Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México, Efraín Caro Razú (LC/L.843), 1994.
19. Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993, Patricio Arrau Pons (LC/L.839), 1994.
20. Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador, Edison Ortíz-Durán (LC/L.830), 1994.
21. Integración de las Bolsas de valores en Centroamérica, Edgar Balsells (LC/L.856), 1994.
22. La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos, Roy Culpeper (LC/L.853), 1994.
23. Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile, Manuel Agosín y Ricardo French-Davis (LC/L.854), 1994.
24. Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos, Stephany Griffith-Jones (LC/L.855), 1994.
25. El movimiento de capitales en la Argentina, José María Fanelli y José Luis Machinea (LC/L.857), 1994.
26. Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas, Robert Devlin, Ricardo French-Davis y Stephany Griffith-Jones (LC/L.859), 1994.
27. Flujos de capital: el caso de México, José Angel Guirría Treviño (LC/L.861), 1994.
28. El financiamiento Latinoamericano en los mercados de capital de Japón, Punam Chuhan y Kwang W. Ju (LC/L.862), 1994.
29. Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe, Andras Uthoff (LC/L.879), 1995.

30. Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia, Roberto Steiner y Andrés Escobar (LC/L.901), 1995.
31. Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador, José Lanusse, Roberto Hidalgo y Soledad Córdova (LC/L.903), 1995.
32. Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas, Roberto Casanovas y Jorge Mc Lean (LC/L.907), 1995.
33. Private international capital flows to Brazil, Dionisio Dias Carneiro y Marcio G.P. Gracia (LC/L.909), 1995.
34. Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina, Günther Held (LC/L.911), 1995.
35. Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica, Juan Rafael Vargas (LC/L.914), 1995.
36. Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993, Omar Chisari y Carlos Romero (LC/L.940), 1996.
37. Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta, Cristián Larraín (LC/L.949), 1996.
38. Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia, Eduardo Lora y Cristina Fernández (LC/L.965), 1996.
39. Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994, Patricio Arrau Pons (LC/L.984), 1996.
40. Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa, Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.1002), 1997.
41. Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México, Angel Palomino Hasbach (LC/L.1003), 1997.
42. Costa Rica: una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986, Miguel Gutiérrez Saxe y Ana Jimena Vargas Cullel (LC/L.1004), 1997.
43. Choques, respostas de política económica e distribucao de renda no Brasil, André Urani, Ajax Moreira y Luis Daniel Willcox (LC/L.1005), 1997.
44. Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas, L. Felipe Jiménez (LC/L.1006), 1997.
45. Pension Reforms in Central and Eastern Europe: Necessity, approaches and open questions, Robert Hollzmann (LC/L.1007), 1997.
46. Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena, Sergio Almarza Alamos (LC/L.1008), 1997.
47. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada, Mauricio Restrepo Trujillo (LC/L.1009), 1997.
48. On Economic Benefits and Fiscal Requirements of Moving from Unfunded to Funded Pensions, Robert Hollzmann (LC/L.1012), 1997.
49. Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno, Osvaldo Larrañaga (LC/L.1030), 1997. [www](#)
50. La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile, Cristián Aedo (LC/L.1031), 1997.
51. Mecanismos de pago/contratación del régimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia, Beatriz Plaza (LC/L.1032), 1997.
52. A Comparative study of Health Care Policy in United States and Canada: What Policymakers in Latin America Might and Might Not Learn From Their Neighbors to the North, Joseph White (LC/L.1033), 1997. [www](#)
53. Reforma al sector salud en Argentina, Roberto Tafani (LC/L.1035), 1997. [www](#)
54. Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de Chile, Uri Wainer (LC/L.1036), 1997.
55. El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia, Luis Gonzalo Morales (LC/L.1037), 1997. [www](#)
56. Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile, Ricardo Bitrán y Francisco Xavier Almarza (LC/L.1038), 1997.
57. Gasto y financiamiento en salud en Argentina, María Cristina V. de Flood (LC/L.1040), 1997.
58. Mujer y salud, María Cristina V. de Flood (LC/L.1041), 1997.
59. Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina, Hugo E. Arce (LC/L.1042), 1997.
60. Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina, Silvia Montoya (LC/L.1043), 1997.
61. Logros y desafíos de la financiación a la vivienda para los grupos de ingresos medios y bajos en Colombia, Instituto Colombiano de Ahorro y Vivienda (LC/L.1039), 1997.
62. Acceso ao financiamento para moradia pelos extratos de média e baixa renda. A experiência brasileira recente, José Pereira Goncalves (LC/L.1044), 1997.
63. Acceso a la vivienda y subsidios directos a la demanda: análisis y lecciones de las experiencias latinoamericanas, Gerardo Gonzales Arrieta (LC/L.1045), 1997.
64. Crisis financiera y regulación de multibancos en Venezuela, Leopoldo Yáñez (LC/L.1046), 1997.

65. Reforma al sistema financiero y regulación de conglomerados financieros en Argentina, Carlos Rivas (LC/L.1047), 1997.
66. Regulación y supervisión de conglomerados financieros en Colombia, Luis A. Zuleta Jaramillo (LC/L.1049), 1997. [www](#)
67. Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Argentina, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1055), 1997.
68. Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Colombia, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1060), 1997.
69. Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Chile, 1987-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1067), 1997.
70. Un análisis descriptivo de la distribución del ingreso en México, 1984-1992, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1068), 1997.
71. Un análisis descriptivo de factores que inciden en la distribución del ingreso en Brasil, 1979-1990, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1077 y Corr.1), 1997.
72. Rasgos estilizados de la distribución del ingreso en cinco países de América Latina y lineamientos generales para una política redistributiva, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1084), 1997.
73. Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia, Amparo Hernández Bello (LC/L.1108), 1998.
74. Reformas a la institucionalidad del crédito y el financiamiento a empresas de menor tamaño: La experiencia chilena con sistemas de segundo piso 1990-1998, Juan Foxley (LC/L.1156), 1998. [www](#)
75. El factor institucional en reformas a las políticas de crédito y financiamiento de empresas de menor tamaño: la experiencia colombiana reciente, Luis Alberto Zuleta Jaramillo (LC/L.1163), 1999. [www](#)
76. Un perfil del déficit de vivienda en Uruguay, 1994, Raquel Szalachman (LC/L.1165), 1999. [www](#)
77. El financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica: análisis del comportamiento reciente y propuestas de reforma, Francisco de Paula Gutiérrez y Rodrigo Bolaños Zamora (LC/L.1178), 1999.
78. El factor institucional en los resultados y desafíos de la política de vivienda de interés social en Chile, Alvaro Pérez-Iñigo González (LC/L.1194), 1999. [www](#)
79. Un perfil del déficit de vivienda en Bolivia, 1992, Raquel Szalachman (LC/L.1200), 1999. [www](#)
80. La política de vivienda de interés social en Colombia en los noventa, María Luisa Chiappe de Villa (LC/L.1211-P), N° de venta: S.99.II.G.10 (US\$10.0), 1999. [www](#)
81. El factor institucional en reformas a la política de vivienda de interés social: la experiencia reciente de Costa Rica, Rebeca Grynspan y Dennis Meléndez (LC/L.1212-P), N° de venta: S.99.II.G.11 (US\$10.0), 1999. [www](#)
82. O financiamiento do sistema público de saúde brasileiro, Rosa María Márques, (LC/L.1233-P), N° de venta: S.99.II.G.14 (US\$10.0), 1999. [www](#)
83. Un perfil del déficit de vivienda en Colombia, 1994, Raquel Szalachman, (LC/L.1234-P), N° de venta: S.99.II.G.15 (US\$10.0), 1999. [www](#)
84. Políticas de crédito para empresas de menor tamaño con bancos de segundo piso: experiencias recientes en Chile, Colombia y Costa Rica, Günther Held, (LC/L.1259-P), N° de venta: S.99.II.G.34 (US\$10.0), 1999. [www](#)
85. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso del Perú. Gerardo Gonzales Arrieta, (LC/L.1245-P), N° de venta: S.99.II.G.29 (US\$10.0), 1999. [www](#)
86. Políticas para la reducción de costos en los sistemas de pensiones: el caso de Chile. Jorge Mastrángelo, (LC/L.1246-P), N° de venta: S.99.II.G.36 (US\$10.0), 1999. [www](#)
87. Price-based capital account regulations: the Colombian experience. José Antonio Ocampo and Camilo Ernesto Tovar, (LC/L.1243-P), Sales Number: E.99.II.G.41 (US\$10.0), 1999. [www](#)
88. Transitional Fiscal Costs and Demographic Factors in Shifting from Unfunded to Funded Pension in Latin America. Jorge Bravo and Andras Uthoff (LC/L.1264-P), Sales Number: E.99.II.G.38 (US\$10.0), 1999. [www](#)
89. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de El Salvador. Francisco Angel Sorto, (LC/L.1265-P), N° de venta: S.99.II.G.46 (US\$10.0), 1999. [www](#)
90. Liberalización, crisis y reforma del sistema bancario chileno: 1974-1999, Günther Held y Luis Felipe Jiménez, (LC/L.1271-P), N° de venta: S.99.II.G.53 (US\$10.0), 1999. [www](#)
91. Evolución y reforma del sistema de salud en México, Enrique Dávila y Maite Guijarro, (LC/L.1314-P), N° de venta: S.00.II.G.7 (US\$10.0), 2000. [www](#)
92. Un perfil del déficit de vivienda en Chile, 1994. Raquel Szalachman (LC/L.1337-P), N° de venta: S.00.II.G.22 (US\$10.0), 2000. [www](#)
93. Estudio comparativo de los costos fiscales en la transición de ocho reformas de pensiones en América Latina. Carmelo Mesa-Lago, (LC/L.1344-P), N° de venta: S.00.II.G.29 (US\$10.0), 2000. [www](#)

94. Proyección de responsabilidades fiscales asociadas a la reforma previsional en Argentina, Walter Schulthess, Fabio Bertranou y Carlos Grushka, (LC/L.1345-P), N° de venta: S.00.II.G.30 (US\$10.0), 2000. [www](#)
95. Riesgo del aseguramiento en el sistema de salud en Colombia en 1997, Humberto Mora Alvarez, (LC/L.1372-P), N° de venta: S.00.II.G.51 (US\$10.0), 2000. [www](#)
96. Políticas de viviendas de interés social orientadas al mercado: experiencias recientes con subsidios a la demanda en Chile, Costa Rica y Colombia, Günther Held, (LC/L.1382-P), N° de venta: S.00.II.G.55 (US\$10.0), 2000. [www](#)
97. Reforma previsional en Brasil. La nueva regla para el cálculo de los beneficios, Vinicius Carvalho Pinheiro y Solange Paiva Vieira, (LC/L.1386-P), N° de venta: S.00.II.G.62 (US\$10.0), 2000. [www](#)
98. Costos e incentivos en la organización de un sistema de pensiones, Adolfo Rodríguez Herrera y Fabio Durán Valverde, (LC/L.1388-P), N° de venta: S.00.II.G.63 (US\$10.0), 2000. [www](#)
99. Políticas para canalizar mayores recursos de los fondos de pensiones hacia la inversión real en México, Luis N. Rubalcava y Octavio Gutiérrez (LC/L.1393-P), N° de venta: S.00.II.G.66 (US\$10.0), 2000. [www](#)
100. Los costos de la transición en un régimen de beneficio definido, Adolfo Rodríguez y Fabio Durán (LC/L.1405-P), N° de venta: S.00.II.G.74 (US\$10.0), 2000. [www](#)
101. Efectos fiscales de la reforma de la seguridad social en Uruguay, Nelson Noya y Silvia Laens, (LC/L.1408-P), N° de venta: S.00.II.G.78 (US\$10.0), 2000. [www](#)
102. Pension funds and the financing productive investment. An analysis based on Brazil's recent experience, Rogerio Studart, (LC/L.1409-P), Sales Number: E.00.II.G.83 (US\$10.0), 2000. [www](#)
103. Perfil de déficit y políticas de vivienda de interés social: situación de algunos países de la región en los noventa, Raquel Szalachman, (LC/L.1417-P), N° de venta: S.00.II.G.89 (US\$10.0), 2000. [www](#)
104. Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes, Daniel Titelman, (LC/L.1425-P), N° de venta: S.00.II.G.99 (US\$10.0), 2000. [www](#)
105. Cobertura previsional en Chile: Lecciones y desafíos del sistema de pensiones administrado por el sector privado, Alberto Arenas de Mesa (LC/L.1457-P), N° de venta: S.00.II.G.137 (US\$10.0), 2000. [www](#)
106. Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999, Jorge Rodríguez C. y Marcelo Tokman R. (LC/L.1458-P), N° de venta: S.00.II.G.139 (US\$10.00), 2000. [www](#)
107. Políticas para promover una ampliación de la cobertura de los sistemas de pensiones, Gonzalo Hernández Licona (LC/L.1482-P), N° de venta: S.01.II.G.15 (US\$10.0), 2001. [www](#)
108. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud, Ramón Abel Castaño, José J. Arbelaez, Ursula Giedion y Luis Gonzalo Morales (LC/L.1526-P), N° de venta: S.01.II.G.71 (US\$10.0), 2001. [www](#)
109. El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica, Fernando Herrero y Fabio Durán (LC/L.1527-P), N° de venta: S.01.II.G.72 (US\$10.00), 2001. [www](#)
110. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de Uruguay, Fernando Lorenzo y Rosa Osimani (LC/L.1547-P), N° de venta: S.01.II.G.88 (US\$10.00), 2001. [www](#)
111. Reformas del sistema de salud en Venezuela (1987-1999): balance y perspectivas, Marino J. González R. (LC/L.1553-P), N° de venta: S.01.II.G.95 (US\$10.00), 2001. [www](#)
112. La reforma del sistema de pensiones en Chile: desafíos pendientes, Andras Uthoff (LC/L.1575-P), N° de venta: S.01.II.G.118 (US\$10.00), 2001.
113. International Finance and Caribbean Development, P. Desmond Brunton and S. Valerie Kelsick (LC/L.1609-P), Sales Number: E.01.II.G.151 (US\$10.00), 2001. [www](#)
114. Pension Reform in Europe in the 90s and Lessons for Latin America, Louise Fox and Edward Palmer (LC/L.1628-P), Sales Number: E.01.II.G.166 (US\$10.00), 2001. [www](#)
115. El ahorro familiar en Chile, Enrique Errázuriz L., Fernando Ochoa C., Eliana Olivares B. (LC/L.1629-P), N° de venta: S.01.II.G.174 (US\$10.00), 2001. [www](#)
116. Reformas pensionales y costos fiscales en Colombia, Olga Lucía Acosta y Ulpiano Ayala (LC/L.1630-P), N° de venta: S.01.II.G.167 (US\$10.00), 2001. [www](#)
117. La crisis de la deuda, el financiamiento internacional y la participación del sector privado, José Luis Machinea, (LC/L.1713-P), N° de venta: S.02.II.G.23 (US\$10.00), 2002. [www](#)
118. Políticas para promover una ampliación de la cobertura del sistema de pensiones en Colombia, Ulpiano Ayala y Olga Lucía Acosta, (LC/L.1724-P), N° de venta: S.02.II.G.39 (US\$10.00), 2002. [www](#)
119. La banca multilateral de desarrollo en América Latina, Francisco Sagasti, (LC/L.1731-P), N° de venta: S.02.II.G.42 (US\$10.00), 2002. [www](#)
120. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos en Bolivia, Juan Carlos Requena, (LC/L.1747-P), N° de venta: S.02.II.G.59 (US\$10.00), 2002. [www](#)
121. Multilateral Banking and Development Financing in a Context of Financial Volatility, Daniel Titelman, (LC/L.1746-P), Sales Number: E.02.II.G.58 (US\$10.00), 2002. [www](#)

122. El crédito hipotecario y el acceso a la vivienda para los hogares de menores ingresos en América Latina, Gerardo M. Gonzales Arrieta, (LC/L.1779-P), N° de venta S.02.II.G.94 (US\$10.00), 2002. [www](#)
123. Equidad de género en el sistema de salud chileno, Molly Pollack E., (LC/L.1784-P), N° de venta S.02.II.G.99 (US\$10.00), 2002. [www](#)
124. Alternativas de políticas para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de Costa Rica, Saúl Weisleder, (LC/L.1825-P), N° de venta S.02.II.G.132 (US\$10.00), 2002. [www](#)
125. From hard-peg to hard landing? Recent experiences of Argentina and Ecuador, Alfredo Calcagno, Sandra Manuelito, Daniel Titelman, (LC/L.1849-P), Sales Number: E.03.II.G.17 (US\$10.00), 2003. [www](#)
126. Un análisis de la regulación prudencial en el caso colombiano y propuestas para reducir sus efectos procíclicos, Néstor Humberto Martínez Neira y José Miguel Calderón López, (LC/L.1852-P), N° de venta S.03.II.G.20 (US\$10.00), 2003. [www](#)
127. Hacia una visión integrada para enfrentar la inestabilidad y el riesgo, Víctor E. Tokman, (LC/L.1877-P), N° de venta S.03.II.G.44 (US\$10.00), 2003. [www](#)
128. Promoviendo el ahorro de los grupos de menores ingresos: experiencias latinoamericanas., Raquel Szalachman, (LC/L.1878-P), N° de venta: S.03.II.G.45 (US\$10.00), 2003. [www](#)
129. Macroeconomic success and social vulnerability: lessons for Latin America from the celtic tiger, Peadar Kirby, (LC/L.1879-P), Sales Number E.03.II.G.46 (US\$10.00), 2003. [www](#)
130. Vulnerabilidad del empleo en Lima. Un enfoque a partir de encuestas a hogares, Javier Herrera y Nancy Hidalgo, (LC/L.1880-P), N° de venta S.03.II.G.49 (US\$10.00), 2003. [www](#)
131. Evaluación de las reformas a los sistemas de pensiones: cuatro aspectos críticos y sugerencias de políticas, Luis Felipe Jiménez y Jessica Cuadros (LC/L.1913-P), N° de venta S.03.II.G.71 (US\$10.00), 2003. [www](#)
132. Macroeconomic volatility and social vulnerability in Brazil: The Cardoso government (1995-2002) and perspectives, Roberto Macedo (LC/L.1914-P), Sales Number E.03.II.G.72 (US\$10.00), 2003. [www](#)
133. Seguros de desempleo, objetivos, características y situación en América Latina, Mario D. Velásquez Pinto, (LC/L.1917-P), N° de venta S.03.II.G.73 (US\$10.00), 2003. [www](#)
134. Incertidumbre económica, seguros sociales, solidaridad y responsabilidad fiscal, Daniel Titelman y Andras Uthoff (LC/L.1919-P), N° de venta S.03.II.G.74 (US\$10.00), 2003. [www](#)
135. Políticas macroeconómicas y vulnerabilidad social. La Argentina en los años noventa, Mario Damill, Roberto Frenkel y Roxana Maurizio, (LC/L.1929-P), N° de venta S.03.II.G.84 (US\$10.00), 2003. [www](#)
136. Política fiscal y protección social: sus vínculos en la experiencia chilena, Alberto Arenas de Mesa y Julio Guzmán Cox, (LC/L.1930-P), N° de venta S.03.II.G.86 (US\$10.00), 2003. [www](#)
137. La banca de desarrollo y el financiamiento productivo, Daniel Titelman, (LC/L.1980-P), N° de venta S.03.II.G.139 (US\$10.00), 2003. [www](#)
138. Acceso al crédito bancario de las microempresas chilenas: lecciones de la década de los noventa, Enrique Román, (LC/L.1981-P), N° de venta S.03.II.G.140 (US\$10.00), 2003. [www](#)
139. Microfinanzas en Centroamérica: los avances y desafíos, Iris Villalobos, Arie Sanders y Marieke de Ruijter de Wildt, (LC/L.1982-P), N° de venta: S.03.II.G.141 (US\$10.00), 2003. [www](#)
140. Régime de croissance, vulnérabilité financière et protection sociale en Amérique latine. Les conditions «macro» de l'efficacité de la lutte contre la pauvreté, Bruno Lautier, Jaime Marques-Pereira, et Pierre Salama, (LC/L.2001-P) N° de vente: F.03.II.G.162 (US\$10.00), 2003. [www](#)
141. Las redes de protección social: modelo incompleto, Olga Lucía Acosta y Juan Carlos Ramírez, (LC/L.2067-P), N° de venta S.04.II.G.10 (US\$10.00), 2004. [www](#)
142. Inserción laboral desventajosa y desigualdades de cobertura previsional: la situación de las mujeres, Jessica Cuadros y Luis Felipe Jiménez, (LC/L.2070-P), N° de venta S.04.II.G.13 (US\$10.00), 2004. [www](#)
143. Macroeconomía y pobreza: lecciones desde latinoamérica, Luis Felipe López-Calva y Mabel Andalon López, (LC/L.2071-P), N° de venta S.04.II.G.14 (US\$10.00), 2004. [www](#)
144. Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social, Carmelo Mesa-Lago, (LC/L.2090-P), N° de venta S.04.II.G.29 (US\$10.00), 2004. [www](#)
145. Microfinanzas en Bolivia, Jorge MacLean, (LC/L. 2093-P) N° de venta: S.04.II.G.32 (US\$10.00), 2004. [www](#)
146. Asimetrías, comercio y financiamiento en el área de libre comercio de las Américas (ALCA), y en América Latina y el Caribe, Héctor Assael, (LC/L.2094-P), N° de venta S.04.II.G.31 (US\$10.00), 2004. [www](#)
147. Crecimiento, competitividad y equidad: rol del sector financiero, Molly Pollack y Alvaro García, (LC/L.2142-P), N° de venta S.04.II.G.69 (US\$10.00), 2004. [www](#)
148. Opciones de la banca de desarrollo en Chile: el “convidado de piedra” del sistema financiero chileno, Gonzalo Rivas, (LC/L.2143-P), N° de venta S.04.II.G.70 (US\$10.00), 2004. [www](#)

149. Microfinanzas rurales: experiencias y lecciones para América latina, Alejandro Gutierrez, (LC/L.2165-P), N° de venta S.04.II.G.93 (US\$10.00), 2004. [www](#)
150. Las dimensiones laborales de la transformación productiva con equidad, Víctor E. Tokman, (LC/L.2187-P), N° de venta S.04.II.G.115 (US\$10.00), 2004. [www](#)
151. Sistema previsional Argentino: crisis, reforma y crisis de la reforma, Oscar Cetrángolo y Carlos Grushka, (LC/L.2219-P), N° de venta S.04.II.G.139 (US\$10.00), 2004. [www](#)
152. Alternativas para reducir la discriminación y la segmentación por riesgo en el sistema de salud chileno, Stephen Blackburn, Consuelo Espinosa y Marcelo Tokman (LC/L.2221-P), N° de venta S.04.II.G.143 (US\$10.00), 2004. [www](#)
153. La evolución y perspectivas de la banca de desarrollo en latinoamérica frente al caso colombiano, Beatriz Marulanda y Mariana Paredes, (LC/L.2248-P), N° de venta S.05.II.G.6 (US\$10.00), 2004. [www](#)
154. Evolución, perspectivas y diseño de políticas sobre la banca de desarrollo en el Perú, Marco Castillo Torres, (LC/L.2274-P), N° de venta S.04.II.G.25 (US\$10.00), 2005. [www](#)
155. A experiência brasileira com instituições financeiras de desenvolvimento, Carlos Eduardo de Freitas, (LC/L.2328-P), N° de venta P.04.II.G.115 (US\$10.00), 2005. [www](#)
156. Regional financial integration in east Asia: challenges and prospect, Yung Chul Park, retirada.
157. La banca de desarrollo en América Latina y el Caribe, Romy Calderón Alcas, (LC/L.2330-P) N° de venta: S.05.II.G.81 (US\$10.00). 2005. [www](#)
158. Asian bond market development: rationale and strategy, Yung Chul Park, Jae Ha Park, Julia Leung, Kanit Sangsubhan, retirada.
159. An analysis of the experiences of financial and monetary cooperation in Africa, Ernest Aryeetey, retirada.
160. The Arab experience, Georges Corm, retirada.
161. European financial institutions: a useful inspiration for developing countries?, Stephany Griffith-Jones, Alfred Steinherr, Ana Teresa Fuzzo de Lima, retirada.
162. Reforming the global financial architecture: the potential of regional institutions, Roy Culpeper, retirada.
163. Regional development banks: a comparative perspective, Francisco Sagasti and Fernando Prada, retirada.
164. Regional exchange rate arrangements: the european experience, Charles Wyplosz, retirada.
165. Ejemplos de uso de tecnologías de información y comunicación en programas de protección social en América Latina y el Caribe, Alvaro Vásquez V., (LC/L.2427-P). N° de venta S.05.II.G.174 (US\$10.00). 2005. [www](#)
166. La protección frente al desempleo en América Latina, Mario D. Velásquez Pinto, (LC/L.2470-P). N° de venta S.05.II.G.217 (US\$10.00). 2005. [www](#)
167. Non-contributory pensions: Bolivia and Antigua in an international context, Larry Willmore, (LC/L2481-P). Sales Number: E.06.II.G.12 (US\$10.00).2006. [www](#)
168. Inclusion of the European “Nordic Model” in the debate concerning reform of social protection: the long-term development of nordic welfare systems 1890-2005 and their transferability to Latin America of the 21st century, Eero Carroll and Joakim Palme, (LC/L.2493-P). Sales Number: E.06.II.G.24 (US\$10.00). 2006. [www](#)
169. Relación de dependencia del trabajo formal y brechas de protección social en América Latina y el Caribe, Andras Uthoff, Cecilia Vera y Nora Ruedí , (LC/L.2497-P). N° de venta S.06.II.G.29 (US\$10.00). 2006. [www](#)
170. Inserción laboral, mercados de trabajo y protección social, Víctor Tokman, (LC/L.2507-P). N° de venta S.06.II.G.39 (US\$10.00). 2006. [www](#)
171. Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2524-P). N° de venta S.06.II.G.51 (US\$10.00). 2006. [www](#)
172. Protección social efectiva, calidad de la cobertura, equidad y efectos distributivos del sistema de pensiones en Chile, Alberto Arenas de Mesa, María Claudia Llanes y Fidel Miranda, (LC/L.2555-P). N° de venta S.06.II.G.83 (US\$10.00), 2006. [www](#)
173. La reforma de salud en Costa Rica, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2540-P) N° de venta: S.06.II.G.68 (US\$10.00), 2006. [www](#)
174. La reforma de salud en Honduras, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2541-P). N° de ventas S.06.II.G.69 (US\$10.00). 2006. [www](#)
175. La reforma de salud en Nicaragua, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2552-P). N° de ventas S.06.II.G.79 (US\$10.00). 2006. [www](#)
176. Ciclo económico y programas de compensación social: el caso del sistema Chile Solidario, Américo Ibarra Lara y Gonzalo Martner Fanta, (LC/L.2553-P), N° de venta: S.06.II.G.80 (US\$10.00). 2006. [www](#)
177. Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica, Ricardo Bitrán, (LC/L.2554-P), N° de venta S.06.II.G.81 (US\$10.00), 2006. [www](#)

178. Social Security in the English-speaking Caribbean, Oliver Paddison, (LC/L.2561-P), Sales Number E.06.II.G.89 (US\$10.00), 2006. [www](#)
179. Public policy for pensions, health and sickness insurance. Potential lessons from Sweden for Latin America, Edward Palmer, (LC/L.2562-P), Sales Number E.06.II.G.90 (US\$10.00), 2006. [www](#)
180. El acceso a la jubilación o pensión en Uruguay: ¿cuántos y quiénes lo lograrían?, Marisa Bucheli, Natalia Ferreira-Coimbra, Álvaro Corteza, Ianina Rossi, (LC/L.2563-P), N° de venta S.06.II.G.91 (US\$10.00), 2006. [www](#)
181. Fertility and female labor supply in Latin America: new causal evidence, Guillermo Cruces and Sebastian Galiani, (LC/L.2587-P) Sales N° E.06.II.G.117 (US\$10.00), 2006. [www](#)
182. Risk-Adjusted Poverty in Argentina: measurement and determinants, Guillermo Cruces and Quentin Wodon, (LC/L.2589-P), Sales Number E.06.II.G.118 (US\$10.00), 2006. [www](#)
183. Sistemas contributivos, densidad de cotizaciones y cobertura de pensiones, Eduardo Fajnzylber, , (LC/L.2606-P), N° de venta S.06.II.G.128 (US\$10.00), 2006. [www](#)
184. Pensiones para todos: análisis de alternativas para extender la cobertura del sistema chileno de previsión social, Eduardo Fajnzylber, (LC/L.2607-P), N° de venta S.06.II.G.129 (US\$10.00), 2006. [www](#)
185. Análisis de situación y estado de los sistemas de salud de países del Caribe, James Cercone, (LC/L.2620-P) N° de venta: S.06.II.G.144 (US\$15.00), 2006. [www](#)

-
- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@eclac.cl.

[www](#) Disponible también en Internet: <http://www.cepal.org/> o <http://www.eclac.org>

Nombre: Actividad: Dirección: Código postal, ciudad, país: Tel.: Fax: E.mail:
