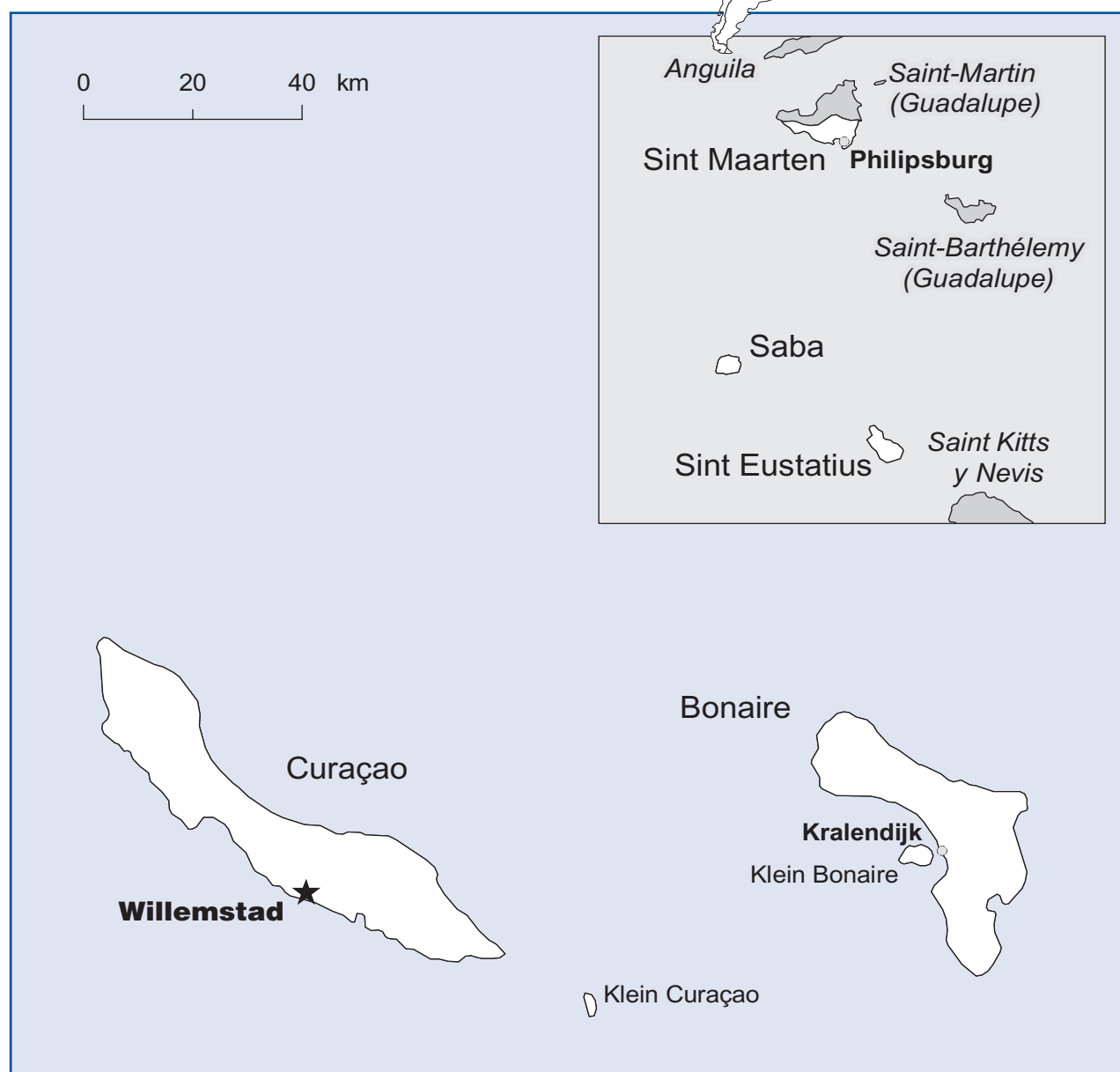


# ANTILLAS NEERLANDESAS



**Fuentes:** Second Administrative Level Boundaries Dataset (SALB), que forma parte de la base de datos geográfica de las Naciones Unidas, disponible en: [http://www.who.int/whosis/database/gis/salb/salb\\_home.htm](http://www.who.int/whosis/database/gis/salb/salb_home.htm), y la base de datos Digital Chart of the World (DCW), disponible en: <http://www.maproom.psu.edu/dcw/>. Las fronteras y nombres que se incluyen en este mapa tienen el propósito exclusivo de ilustración, y no implican juicio alguno, ni aval o aceptación por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud.

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

## CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

### Determinantes sociales, políticos y económicos

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

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

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

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

Las Antillas Neerlandesas cubren un área combinada de 800 km<sup>2</sup>. Saba es la isla más pequeña, con una superficie de 13 km<sup>2</sup>, y Curazao es la más grande, con una superficie de 444 km<sup>2</sup>. En 2004, Bonaire fue la isla con menor densidad de población (37 personas por km<sup>2</sup>) y San Martín, la más poblada (1.030 personas por km<sup>2</sup>).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Demografía, mortalidad y morbilidad

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

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

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

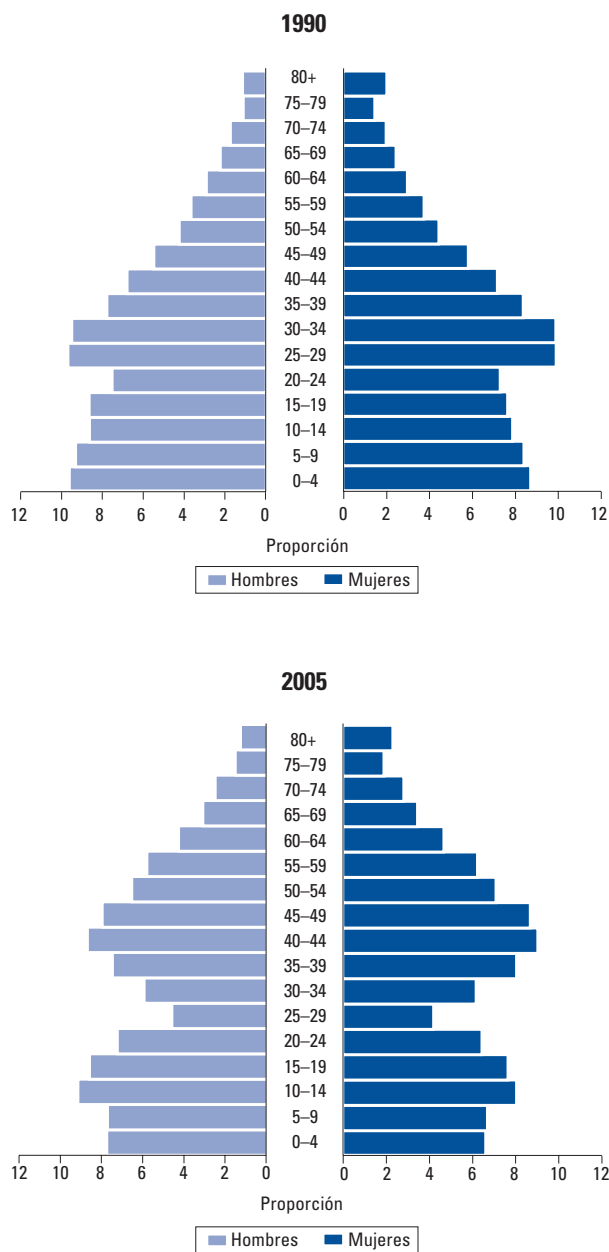
Entre los censos de 1992 y 2001 hubo un envejecimiento de la población, con una disminución de 13% en el grupo de 19 años y menos y de 25% en el de 20 a 39 años. Durante el mismo período, el número de personas de 40 años y más aumentó.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

### Salud de los niños menores de 5 años

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

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

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

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

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

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

### Salud de los jóvenes (15–24 años)

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

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

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

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

### Salud de los adultos (25–59 años)

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

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

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

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

### Salud de los adultos mayores (60 años y más)

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

### Salud de la familia

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

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

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

### Salud de las personas con discapacidad

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

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

## CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

### ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

#### Enfermedades transmitidas por vectores

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

#### Enfermedades inmunoprevenibles

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

#### Enfermedades crónicas transmisibles

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

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

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

### Enfermedades infecciosas intestinales

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

### VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

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

## ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

### Enfermedades nutricionales y del metabolismo

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

### Neoplasias malignas

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

## OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

### Desastres

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

## RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

### Políticas y planes de salud

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

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

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

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

### Organización del sistema de salud

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

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

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

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

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

### Servicios de salud pública

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

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

### Servicios de atención a las personas

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

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

## Cambios en la infraestructura de los servicios de salud pública

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

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

### Recursos humanos

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

### Cooperación técnica y financiera en salud

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

### Bibliografía

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Nederlandse Antillen, Centraal Bureau voor de Statistiek. Huishoudens in de Nederlandse Antillen. Publicatiereeks Census 2001.
- Nederlandse Antillen, Centraal Bureau voor de Statistiek. Huishoudens met zorgbehoevende kinderen. Publicatiereeks Census 2001.
- Nederlandse Antillen, Centraal Bureau voor de Statistiek. Modus Statistisch Magazine, Jaargang 7 (1).
- Netherlands Antilles, Bonaire Strategic Plan for HIV/AIDS Prevention 2002–2006.
- Netherlands Antilles, Central Bureau of Statistics. Demography of the Netherlands Antilles: an analysis of demographic variables (Census 2001 publications). CBS; 2005.
- Netherlands Antilles, Central Bureau of Statistics. Fourth Population and Housing Census. Netherlands Antilles 2001. Extended analysis of health and disability. April 2004.
- Netherlands Antilles, Central Bureau of Statistics. Statistical yearbook. Netherlands Antilles 2005. Willemstad (Curaçao): CBS; 2006.
- Netherlands Antilles, Curaçao. National Strategic Prevention Plan HIV/AIDS/STDs 2003–2008.
- Netherlands Antilles, Department of Preventive Health, Section Policy, Epidemiology and Prevention. St. Maarten's Strategisch HIV/AIDS Plan 2001–2005.
- Netherlands Antilles, Ministry of Public Health and Social Development, Directorate of Public Health. National Health Plan. Health sector reform conceptual framework [PowerPoint presentation], 2007.
- Netherlands Antilles, Ministry of Public Health and Social Development, Directorate of Public Health. [PowerPoint presentation]. Valencia, September 2007.
- Netherlands Antilles. (2002) National General Law for the execution of articles 13, 15, 16 and 17 of the Lands Ordinance of the Organization of the National Government, regulating the organization and tasks of the Directorate of Public Health and the Directorate of Social Development of the Ministry of Health and Social Development. 4 January 2002.
- O'Niel J, Gerstenbluth I, Aberts T, Heuvel van de W. Project Ontwikkeling gehandicaptenbeleid Nederlandse Antillen. Hoofdrapport, 2004.
- Organización Panamericana de la Salud. Netherlands Antilles. En: La salud en las Américas. Edición de 2002. Washington, DC: OPS; 2002.
- Pan American Health Organization/Caribbean Epidemiology Center. International evaluation of the Expanded Program of Immunization, Netherlands Antilles. 21 February–7 March 2005.
- United States Embassy in Netherlands Antilles. Available from: [http://travel.state.gov/travel/cis\\_pa\\_tw/cis/cis\\_981.htm](http://travel.state.gov/travel/cis_pa_tw/cis/cis_981.htm).
- United States of America, Bureau of Western Hemisphere Affairs. Background note: Netherlands Antilles. September 2006. Available from: <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/22528.htm>.
- United States of America, Centers for Disease Control and Prevention. Traveler's health. Available from: <http://www.cdc.gov/travel>.
- United States of America, Central Intelligence Agency. World factbook. Netherlands Antilles. Available from: <https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/nt.html>.
- Wijk van N, Gerstenbluth I. Statistisch overzicht van de gezondheidszorg Curaçao 1996–2000.
- World Health Organization. International travel and health. Geneva: WHO; 2007. Available from: <http://www.who.int/ith>.