

BELICE



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, 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.

Belize está situado en América Central. Limita al norte con México, al sur y al oeste con Guatemala y al este con el mar Caribe. Tiene 274 km de largo y 109 km de ancho. Su territorio (continental e insular) abarca 22.700 km², con una densidad poblacional de aproximadamente 12 habitantes por km² en 2005.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

En 1970, el gobierno trasladó la capital a Belmopán, situada en el interior del país, por los destrozos que un huracán provocó en la ciudad de Belize, hasta entonces la capital.

Antigua colonia británica, es el único país de habla inglesa de América Central, aunque por su ubicación geográfica se habla bastante el español; sin embargo, por su cultura, política y economía, se asemeja más a los países del Caribe inglés.

Determinantes sociales, políticos y económicos

Belize es un Estado soberano que se rige por los principios de la democracia parlamentaria inspirada en el sistema británico de Westminster. La titular de la Jefatura del Estado es la Reina Isabel II, representada por un Gobernador General. El Primer Ministro y el Gabinete constituyen el poder ejecutivo; el poder legislativo, o Asamblea Nacional, es bicameral y está compuesto por la Cámara de Representantes, integrada por 29 miembros electos, y el Senado, que consta de nueve miembros designados por nombramiento. El Gabinete está formado por Ministros y Ministros de Estado que son nombrados por el Gobernador General por recomendación del Primer Ministro. El país está dividido en seis distritos administrativos: Belize, Cayo, Corozal, Orange Walk, Stann Creek y Toledo. Las zonas urbanas están administradas por una junta elegida localmente, compuesta de siete miembros. La ciudad de Belize y Belmopán (distrito de Cayo) tienen su propio ayuntamiento formado por nueve miembros. Los consejos efectúan la administración de los pueblos. El sistema tradicional de alcaldías ha sido incorporado a la estructura administrativa del sur del país (distrito de Toledo).

En el año 2005, la población estimada de Belize era de 291.800 habitantes, de los cuales 144.400 (49,5%) eran mujeres y 147.400 (50,5%), hombres. La población creció a más del doble desde 1980, cuando era de 144.000 personas. Sin embargo, la proporción hombre/mujer no ha variado. En el año 2005, 50,2% de sus habitantes vivía en zonas urbanas y 49,8% en zonas rurales; en el año 2000, 49% vivía en zonas rurales y 51% en zonas urbanas. Según el censo poblacional realizado a mitad de 2005, el distrito de Belize seguía concentrando la mayor cantidad de población

(29,8%) y el distrito de Toledo la menor (9,5%). La densidad de población llegó a un promedio de 12 habitantes por km² durante el período 2001–2005 (Figura 1).

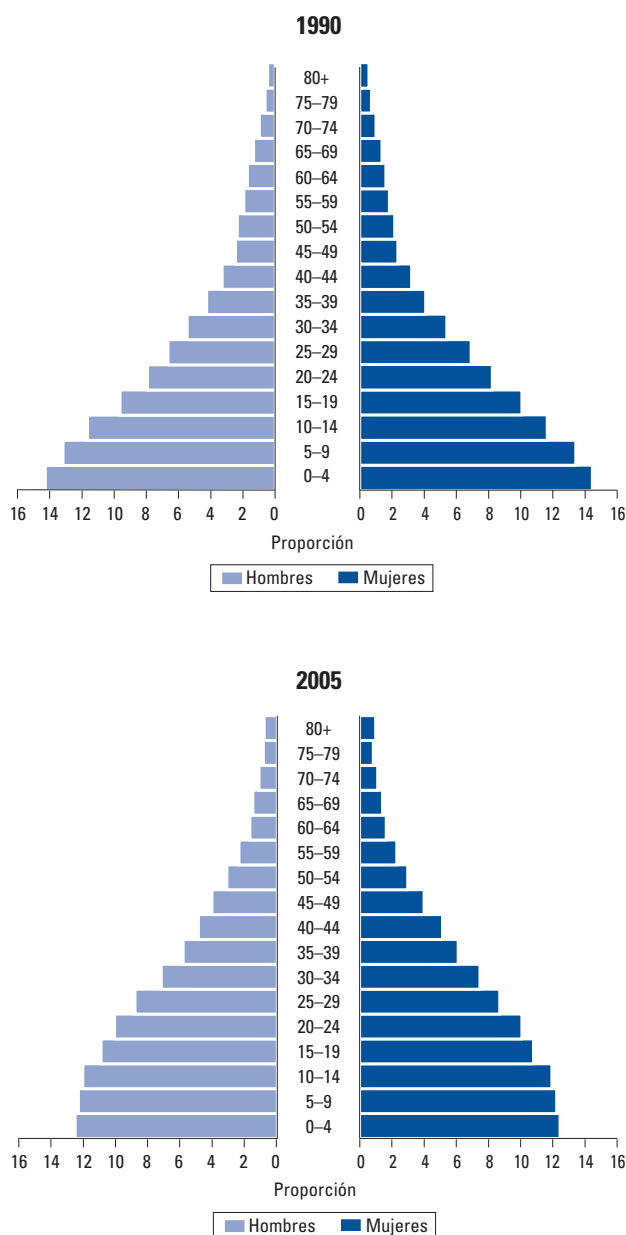
El perfil demográfico es el de una población joven: en 2005, 50% de la población tenía menos de 15 años de edad y 48% tenía 20 años o más, mientras que los adultos mayores (60 años y más) conformaban 4,2% de la población total. Las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) representaban 49,2% del total de la población femenina. La tasa de dependencia era de 69,6% en 2005.

Belize tiene una economía abierta basada primordialmente en la agricultura y los servicios. Históricamente, han dominado su economía las exportaciones de productos agrícolas, como la caña de azúcar, los cítricos y las bananas, así como los productos del mar. El país también depende en gran medida de la silvicultura, la pesca y la minería como recursos primarios. La estabilidad de la moneda es uno de los atractivos para la inversión extranjera. Desde 1976, la tasa de cambio se equipara con el dólar de los Estados Unidos (US\$ 1,00 = BZ\$ 2,00).

Como resultado de un aumento de los ingresos provenientes de la industria del turismo y las exportaciones de camarones, en el año 2000 Belize tuvo un crecimiento real del producto interno bruto (PIB) sin precedentes, que alcanzó la cifra de 12,3%. Después de haber sufrido una serie de desastres naturales, al mismo tiempo que la economía mundial se encontraba frenada, se elevaban los precios del combustible y se había programado una reducción del gasto del gobierno central, el PIB cayó a 4,3% en 2002 y a 3,1% en 2005. Sin embargo, los aumentos de la producción y exportación de banana y camarones y el incremento de la actividad turística contribuyeron a un crecimiento de 9,3% del PIB en el año 2003. Los datos de la Oficina Central de Estadísticas (OCE) de Belize indicaron que el PIB per cápita en 2003 fue de US\$ 3.604. El ingreso per cápita a precios constantes tuvo un promedio de aproximadamente US\$ 3.500 en el período comprendido entre 2001 y 2005.

Para calcular los indicadores de pobreza, la Encuesta de Condiciones de Vida de 2002 utilizó los datos de los gastos. (La OCE utiliza la definición del Banco Mundial de 1990 sobre pobreza, según la cual la pobreza es la incapacidad de mantener un nivel de vida mínimo). En el año 2003, el nivel de pobreza general de Belize era de 33,4%, y se calcula que 10,8% de la población era muy pobre o indigente. La línea de indigencia se definió como el

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



costo mínimo del requerimiento de alimentos necesarios para una existencia saludable (este costo mínimo está basado en la lista de alimentos básicos confeccionada por la OCE y en su costo unitario, el cual fue, a su vez, obtenido de la ronda de recolección de precios de febrero de 2002 para el Índice de Precios al Consumidor).

Las tasas de pobreza variaron por distrito: Toledo tuvo la mayor (79%) y el distrito de Belice, la menor (24,8%). Estos dos

distritos también tuvieron el porcentaje máximo y mínimo de población indigente, respectivamente. Las tasas de pobreza en Orange Walk y Stann Creek eran muy similares y ligeramente superiores a la tasa nacional. Los distritos de Cayo y Corozal, al igual que el distrito de Belice, tuvieron los niveles más bajos de pobreza general. El nivel de pobreza en los hogares con niños entre 0 y 13 años de edad era de 39%, mientras que los índices correspondientes de los hogares con jóvenes de 14 a 24 años y los de 60 años y más eran de 33,9% y 26,5%, respectivamente. La fuerza de trabajo estaba compuesta por 29,8% de personas definidas como pobres. En cuanto a los hogares, 7,5% era muy pobre y 24,5% era pobre. Era menor el nivel de pobreza en los hogares cuyos jefes de familia eran mujeres (21,8%) que en los encabezados por hombres (25,5%).

La tasa global de alfabetización de los adultos en 2005 era de 94,7% (94,8% para las mujeres y 94,6% para los hombres). El nivel de participación en el sistema educativo está expresado por la matrícula escolar bruta y neta. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) calculó que la tasa de matrícula neta entre los alumnos en edad de ir a la escuela primaria (cantidad de niños entre 5 y 12 años matriculados en escuelas primarias, expresado como porcentaje del total de niños entre 5 y 12 años) fue de 89,9% en el año escolar de 2002 (91,7% para las mujeres y 88,2% para los varones). La tasa de matriculación bruta en la escuela primaria (cantidad de niños inscritos en la escuela primaria, expresado como porcentaje de todos los niños entre 5 y 12 años) fue de 104,5% en 2002. Entre los años 2000 y 2001, la matrícula escolar en el nivel secundario aumentó 5%, con un aumento ulterior de 6% entre 2001 y 2002. El 49% de la totalidad eran varones y 51%, mujeres. En cuanto al nivel primario, el distrito de Belice presentaba la mayor tasa de matrícula neta (100%) y bruta (112,7%); también tuvo la tasa más elevada de matrícula en el nivel secundario.

De acuerdo con la Encuesta sobre Fuerza de Trabajo de 2005, la tasa de participación de las mujeres en la fuerza de trabajo es algo más de la mitad de la tasa de participación de los hombres (39,2% y 76,4%, respectivamente), algo más de la mitad del índice de empleo de los hombres (los hombres ocupan 65,8% de los trabajos disponibles) y el doble de la tasa de desempleo (7,2% para los hombres y 17,4% para las mujeres), pero el índice femenino de empleo prolongado es superior al de los hombres (permanencia mayor a 12 meses: 8,7% para las mujeres y 3,3% para los hombres).

En el período 2001–2005, las enfermedades no transmisibles fueron una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. La diabetes mellitus y la hipertensión siguieron siendo las enfermedades que más contribuyeron a la mortalidad y la morbilidad. Durante el período 2001–2004, la incidencia de las infecciones por el VIH aumentó 15,6%, pero en el período 2004–2005 hubo una disminución de 5%. La prevalencia promedio del VIH entre adultos durante el período 2001–2005 fue de 216 por 100.000 habitantes.

La cobertura de agua potable aumentó de 95% en 1990 a 98,8% en 2004 en las zonas urbanas (y ha permanecido estable desde entonces) y de 51% en 1990 a 95,4% en 2004 en las zonas rurales. Con respecto al saneamiento, poco es lo que se ha progresado, especialmente en las zonas rurales. De acuerdo con los datos de 2002 provenientes del Informe de Evaluación de la Pobreza de la OCE, 54,8% de los hogares tenía acceso a mejores condiciones de saneamiento (cloacas o tanques sépticos), mientras que 39,7% usaba letrinas, 10% compartía baños y 3,5% no tenía ningún tipo de sanitario. Algo más de 65% de todos los hogares rurales usaba letrinas de pozo, frente a aproximadamente 35% de los hogares de las zonas urbanas (salvo en la ciudad de Belice). El aumento de la generación de residuos y su manejo inadecuado representan un problema nacional de gran importancia. Se calcula que Belice produce aproximadamente 112.000 toneladas de residuos sólidos municipales por año y la generación per cápita es de aproximadamente 1,32 kg por día. A pesar de que en 1999 se elaboró un programa nacional de manejo de residuos, poco se ha avanzado en su implementación. Los servicios de recolección en centros urbanos han mejorado, pero su adecuada eliminación ulterior sigue siendo un gran desafío, ya que el país carece de las instalaciones apropiadas para la eliminación de residuos sólidos. La situación en las zonas rurales es incluso más grave, dado que no hay servicios de recolección ni de eliminación de residuos.

Los desastres naturales, principalmente huracanes e inundaciones, afectaron directa e indirectamente al país durante 2001–2005, entre ellos el huracán Iris, en octubre de 2001, que tuvo efectos devastadores. El país, y en particular el sector salud, han demostrado tener un alto grado de preparación y respuesta ante los desastres naturales. Sin embargo, en vista de la mayor frecuencia e intensidad de estos eventos, el país vive en permanente estado de alerta y continuamente actualiza sus planes de respuesta y manejo de desastres para reducir la vulnerabilidad y minimizar el catastrófico impacto en la salud pública.

Alrededor de 75% de la población de Belice es vulnerable a los desastres naturales, los cuales tienen un impacto más importante entre los pobres, por la devastación intensificada a causa de la degradación de la tierra. Uno de los desafíos del futuro es la necesidad de fortalecer la capacidad nacional técnica y de manejo para minimizar el impacto de los desastres naturales y artificiales, y resolver la problemática relacionada con la utilización inadecuada de los recursos naturales, como la sobreexplotación de los recursos marinos y las prácticas no sustentables de manejo de la tierra.

En el año 2003 hubo 1.240 casos de violencia doméstica. El 89% de todos los casos se registró en el grupo de 15 a 44 años. El mayor número se dio en el grupo de 25 a 29 años de edad (269), seguido por el de 20 a 24 años (243), el de 30 a 34 años (237), el de 15 a 19 años (100) y el de 40 a 44 años (81). En 2005 se registraron 969 casos de violencia doméstica y 87% correspondió al grupo de 15 a 44 años.

El censo de 2000 reveló que la mayoría de la población nacida en el exterior provenía de otros países de América Central. Los

guatemaltecos siguen siendo el grupo más importante, dado que representan 42,5% de la población nacida en otros países. Aproximadamente 15% de los inmigrantes eran menores de 14 años de edad y la mayoría pertenecía al grupo en edad productiva.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La tasa global de fecundidad en 2003 fue de 3,4 hijos por mujer, 3,6 en 2004 y 3,0 en 2005. La tasa de mortalidad infantil osciló desde valores tan altos como 21,2 por 1.000 nacidos vivos en 2002 hasta niveles tan bajos como 14,3 en el año 2004; en 2005 fue de 18,4. Durante el período 2001–2005, la tasa de mortalidad por diarrea en los menores de 5 años se redujo de 164 por 100.000 a 23 por 100.000. La esperanza de vida al nacer fue de 71,8% (69,5% en los varones y 74,2% en las mujeres) en 2005; en ese mismo año, la tasa bruta de natalidad fue de 25,7 nacimientos por 1.000 habitantes y el porcentaje de embarazos de madres menores de 20 años, de 18,5% en 1998 y 17,1% en 2002. La tasa bruta de mortalidad en el período 2001–2005 fue de 4,9, 4,8, 4,7, 4,6 y 5,2 defunciones por 1.000 habitantes por año, respectivamente. Se registraron 5 muertes maternas en 2000, 7 en 2002, 3 en 2003, 5 en 2004 y 10 en 2005. Se calcula que el subregistro de defunciones fue de 12,8% en 2005 y de 6,7% en 2004. En 2001–2005 se notificaron 6.489 defunciones, de las cuales 7,8% (504) fueron causadas por hipertensión; de ellas, 50,2% (253) eran mujeres. En dicho período, la diabetes mellitus estuvo entre las 10 principales causas de muerte, con 398 defunciones (6,1%), de las cuales 228 (57,3%) eran mujeres. En 2005, la diabetes causó 94 (6,9%) defunciones. Los accidentes de tráfico terrestre ocasionaron 386 muertes (5,9%), y fueron la cuarta causa de muerte en 2005. De esta cifra, 303 (78,5%) fueron hombres. Se registraron 372 (5,7%) defunciones relacionadas con infecciones respiratorias agudas entre 2001 y 2005 (53,5% eran hombres). Las infecciones respiratorias agudas fueron la sexta causa de mortalidad en 2005. Las principales causas de muerte por causas definidas en todas las edades fueron la diabetes mellitus, las cardiopatías isquémicas, los accidentes de tráfico terrestre y el VIH/sida. Las cinco causas de muerte más importantes entre los hombres fueron los accidentes de tráfico terrestre, el VIH/sida, los traumatismos, las cardiopatías isquémicas y la diabetes mellitus. En las mujeres, las cinco causas de muerte más importantes fueron las enfermedades hipertensivas, la diabetes mellitus, las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares y las infecciones respiratorias agudas.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En el período 2001–2005, las afecciones originadas en el período perinatal (62,0%) fueron la causa principal de mortalidad infantil. Del total de muertes correspondientes a neonatos por

este tipo de enfermedades, el crecimiento fetal lento, la malnutrición fetal y la inmadurez causaron 149 muertes (19,0%) y la hipoxia, la asfixia en el nacimiento y otras complicaciones respiratorias, 87 (11,1%). Otras enfermedades originadas en el período perinatal causaron 35 muertes (4,5%); las anomalías congénitas, 89 muertes (11,4%); las infecciones respiratorias agudas, 65 muertes (8,3%); las carencias nutricionales y las anemias, 28 muertes (3,6%); y la septicemia, 29 muertes (3,7%). Las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas estuvieron entre las principales causas de muerte en la población menor de 5 años. Entre 1998 y 2003, los casos de diarrea en niños menores de 5 años disminuyeron de 1.645 a 227. En el año 2005, las cinco principales causas de muerte en este grupo fueron el crecimiento fetal lento, la malnutrición fetal e inmadurez, la hipoxia, asfixia al nacer y otros trastornos respiratorios, las anomalías congénitas, las enfermedades infecciosas intestinales y las infecciones respiratorias agudas.

Entre 2001 y 2004, la prevalencia de bajo peso al nacer (<2.500 g) fluctuó entre 3,6% y 4,4%, con un pico de 6,9% en 2005.

Entre 2001 y 2005, la mayor proporción de muertes en el grupo de 1 a 4 años se debió a causas externas; de estas, 18 (11,5%) se debieron a accidentes de tráfico terrestre y 13 (8,3%) a ahogamientos accidentales. La segunda causa de muerte en este grupo de edad fueron las enfermedades transmisibles, con 44 defunciones (43,6% de la mortalidad total), de las cuales, las infecciones respiratorias agudas ocasionaron 13 defunciones (12,9% de la totalidad) y la septicemia 11 (10,9%). En 2005, las cinco principales causas de muerte fueron los accidentes de tráfico, los ahogamientos accidentales, las infecciones respiratorias agudas, la septicemia y las enfermedades infecciosas intestinales.

Las principales causas de hospitalización en este grupo de edad en 2005 fueron las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades no infecciosas de las vías respiratorias bajas, las enfermedades infecciosas intestinales, los traumatismos, los envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, así como apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal. En 2005, 76,8% de los partos tuvieron lugar en hospitales públicos. En 2001, 90% de las madres amamantaban a sus hijos; de ellas, 24% dio de mamar como alimentación exclusiva durante los primeros tres meses de vida. Las madres que probablemente hayan amamantado más a sus hijos son las de origen kekchi maya y las que dieron a luz en su hogar. Las madres que no amamantaron exclusivamente a sus hijos provenían con mayor frecuencia de zonas urbanas, eran más jóvenes y con mayor nivel de educación. Probablemente sean las mujeres criollas las que menos amamantaron exclusivamente.

Salud de los niños de 5 a 9 años

La tasa de mortalidad en este grupo fue de 32 defunciones por 100.000 habitantes en 2003 y 50 en 2005; se registró un total de 79 muertes en el período 2001–2005. El 40,5% correspondió a algunas causas externas, 24,1% a los accidentes de tránsito y 13,9%

a ahogamiento y sumersión accidental. Por otra parte, las enfermedades transmisibles, incluidas las infecciones respiratorias agudas (12,7%), la septicemia (3,8%), y el VIH/sida (2,5%), causaron 19,0% de las defunciones en este grupo de edad. En 2005, las cinco principales causas de muerte fueron el ahogamiento y la sumersión accidental, las infecciones respiratorias agudas, los accidentes de tráfico, las carencias nutricionales y la anemia y las enfermedades de la circulación pulmonar y otras cardiopatías.

Los datos correspondientes a los egresos hospitalarios en 2001–2005 demuestran que hubo 3.151 hospitalizaciones en este grupo de edad. De ellas, 574 (23,9%) se debieron a traumatismos, envenenamientos y otras causas externas; 297 hospitalizaciones (12,3%) fueron por apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal; 264 (11,0%) por enfermedades de las vías respiratorias bajas de origen no infeccioso y 254 (10,6%) por infecciones respiratorias agudas.

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

Se registraron 64 defunciones en el grupo de 10 a 19 años de edad durante el período 2001–2005. La tasa de mortalidad de los adolescentes de 10 a 14 años varió entre 36 por 100.000 habitantes en 2001 y 40 por 100.000 en 2005. Los traumatismos fueron la principal causa de muerte (40,6%). Los accidentes de tráfico representaron 14,1% del total de defunciones. Las enfermedades transmisibles causaron 12,5% del total de muertes, principalmente las infecciones respiratorias. En 2005, las cinco principales causas de muerte fueron ahogamiento y sumersión accidental, neoplasias malignas del tejido linfático y hematopoyético, accidentes de tráfico, infecciones respiratorias agudas y enfermedades del sistema nervioso, excepto la meningitis. Durante este período, 2.643 del total de 92.813 egresos hospitalarios (2,8%) fueron de adolescentes de 10 a 14 años. Entre las causas principales de hospitalización se encontraron los traumatismos, los envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (19,6%); complicaciones del embarazo (11,8%) y apendicitis, hernias y obstrucciones intestinales (11,2%).

En el mismo período, el promedio de nacimientos vivos de madres menores de 15 años fue de 24. Hubo 1.356 nacimientos vivos de madres en el grupo de 15 a 19 años de edad, que representaron 18,1% del total de nacimientos vivos.

La tasa de mortalidad de los adolescentes de 15 a 19 años de edad fue de 86 por 100.000 habitantes, tanto en el año 2002 como 2003. Hubo 157 muertes en este grupo en 2001–2005, de las cuales 63,1% se debió a causas externas, y de estas, 21,0% correspondió a los accidentes de tráfico. Mientras que los hombres fueron desproporcionadamente afectados por los accidentes de tráfico terrestre, para las mujeres, las complicaciones del embarazo (56,1%) representaron la causa principal de hospitalización.

En 2005, las principales causas de muerte fueron los accidentes de tráfico terrestre, homicidio, suicidio, otros accidentes y las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de cardiopatías. En 2004, las dos causas principales fueron las mismas

que en 2005, pero también fueron importantes los accidentes producidos por proyectiles de armas de fuego y ahogamientos y sumersiones accidentales.

Durante 2001–2005 se registraron 145 (41 varones y 104 mujeres) nuevas infecciones por el VIH en el grupo de 10 a 19 años de edad, que representaron 6,9% del total de las nuevas infecciones por el virus. De ellas, 16 ocurrieron en el grupo de 10 a 14 años. El inicio prematuro de la actividad sexual y la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual son cuestiones de preocupación para la salud pública. Se notificaron 14 suicidios y lesiones autoinfligidas en el grupo de 10 a 19 años durante el período 2001–2005.

En el mismo período se notificaron también 95 casos de violencia doméstica en el grupo de 1 a 14 años de edad; 76,7% de estos actos violentos fueron cometidos contra mujeres.

En 2003, la prevalencia del tabaquismo era muy alta en los adolescentes de edad escolar (13–15 años) y significativamente mayor en los varones que en las mujeres.

Salud de los adultos (20-59 años)

En 2005, este grupo representaba aproximadamente 42,2% del total de la población; el 35% de las muertes ocurridas ese año se registró en este grupo de edad. En el período 2001–2005 se notificaron 2.147 muertes, es decir, 33,1% del total de las defunciones (6.489). La principal causa de muerte en los adultos fueron las causas externas (762 defunciones o 35,5% de todas las muertes de este grupo de edad); los accidentes de tráfico terrestre causaron 252 defunciones. En los años 2003 y 2004, la principal causa de muerte en los adultos de 20 a 59 años fueron los accidentes de tráfico terrestre y en 2005, los traumatismos. En el grupo de 30 a 39 años, la principal causa de muerte en 2004 fueron los accidentes de tránsito y en 2005 la infección por el VIH/sida.

El número de muertes maternas notificado varió de tres a 10. En el año 2003, 14% de las embarazadas recurrió a los cuidados prenatales durante el primer trimestre de gestación, 85% recibió cuidados prenatales en algún momento de su embarazo y se calcula que 20% de las que analizaron su nivel de hemoglobina durante la gestación estaban anémicas, pero solo 62% tomó ácido fólico, hierro y suplementos de vitamina A antes o durante el embarazo.

Las estadísticas provenientes de la Asociación para la Vida Familiar de Belice, una organización no gubernamental de planificación familiar, revelan que los anticonceptivos orales siguen siendo el método de elección. Sin embargo, parece haber una tendencia al uso de la inyección mensual, particularmente entre las mujeres más jóvenes.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Belice tiene una proporción relativamente baja de adultos mayores (4,2% en 2005). El número absoluto está aumentando y las proyecciones indican que se duplicará hacia el año 2025. La se-

guridad de los ingresos era un asunto muy grave para el bienestar social en 2000 y 2001, porque muchos adultos mayores tenían ingresos muy bajos o no contaban con ninguno.

La tasa de mortalidad durante el período 2001–2005 era de 48,3 por 1.000 habitantes. Se registraron 2.780 defunciones (42,8% del total de defunciones) en este grupo de edad (56,1% hombres y 43,9%, mujeres).

Las enfermedades del sistema circulatorio causaron 1.146 defunciones (43% del total de defunciones) entre las personas de 65 años y más. En el año 2005, las cinco principales causas de muerte fueron las enfermedades hipertensivas, la diabetes mellitus, las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares, las cardiopatías pulmonares y las enfermedades de la circulación pulmonar.

Salud de la familia

Según el censo de población realizado en 2000, en las zonas rurales había una mayor proporción (60%) de personas casadas o viviendo en concubinato, frente a 52% en las zonas urbanas. El distrito de Toledo tenía la mayor proporción de personas que vivían en unión conyugal (62%) y el distrito de Belice, la menor (51%).

La Evaluación Rápida de Huérfanos en Países Vulnerables realizada por UNICEF en 2004 indicó que aproximadamente 2.000 niños habían perdido por lo menos uno de sus progenitores a causa del sida. Según los cálculos del informe para 2010, la cantidad de niños afectados probablemente ascienda a más de 7.000. El informe concluyó que unos 14.000 niños, o más de uno de cada 10, ya son vulnerables, que cada muerte de un adulto por el sida dejará a tres niños sin uno o ambos padres, y que por cada beliceño que ha muerto, hay casi otros tres con el VIH.

El censo poblacional de 2000 indicó que 33% de los hogares están encabezados por mujeres. El Informe de Evaluación de la Pobreza de la OCE indicó que los hogares encabezados por hombres mostraban una mayor tendencia a ser pobres que los encabezados por mujeres, y que los hogares encabezados por mujeres con pareja tendían a ser más pobres que aquellos liderados por mujeres sin pareja. El 65% de las mujeres en pareja estaban legalmente casadas y 35% vivía en concubinato. El sistema judicial de familia informó que más de la mitad de las sentencias de esa corte se relacionan con el pago de la manutención de los hijos y el sostén de los hijos de mujeres solteras (juicios de paternidad).

El censo de 2000 reveló que el ingreso individual medio era de US\$ 414 por mes, cifra que representa un aumento en comparación con los valores de 1991 (US\$ 311). El ingreso medio era mayor para los hombres que para las mujeres. En las zonas urbanas, 1% ganaba menos de US\$ 714, frente a 6% en las zonas rurales. El quintil superior de ingresos (los que ganaban US\$ 17.130 o más por año) era tres veces mayor que el quintil más bajo, que vivía preponderantemente en zonas rurales. El distrito de Toledo tuvo el mayor porcentaje (23%) de personas que ganaban menos de US\$ 694 por año y el distrito de Belice, el menor, con menos de

El incremento de la actividad turística agudiza los problemas de saneamiento

Durante al menos dos décadas, Belice ha cosechado los beneficios del rápido aumento de la industria turística. Sin embargo, a pesar del auge en los ingresos y el desarrollo, el país ha tenido que afrontar dificultades y retos, entre ellos el tratamiento adecuado de una mayor generación de residuos sólidos. El tratamiento de los residuos sólidos es un asunto de interés nacional y un desafío considerable para el sector salud, ya que el país no cuenta con las instalaciones adecuadas. En respuesta, el gobierno elaboró un plan nacional para el tratamiento de los residuos sólidos que está siendo implementado como parte del abordaje de esta situación.

1%. El mayor porcentaje de habitantes que ganaban más de US\$ 17.130 se registró en el distrito de Belice.

Salud de los trabajadores

Los accidentes laborales aumentaron 70%; en 1995 se registraron 1.522 accidentes laborales y en 2003, 2.580. La pérdida de productividad aumentó de 35.430 días laborales perdidos en 1995 a más de 70.000 en 2003, y la construcción y la actividad agrícola fueron los sectores más afectados. Las evaluaciones llevadas a cabo en el sector agrícola muestran una alta incidencia de exposición a peligros e informes de traumatismos y enfermedades. Sin embargo, la falta de notificación de accidentes y enfermedades contribuye a que la información disponible sea limitada y, en consecuencia, se torna difícil determinar la verdadera magnitud de este problema en el país.

Salud de las personas con discapacidad

El censo de 2000 reveló que 5,9% de la población nacional tenía alguna discapacidad, y se encontraron las tasas más elevadas en las poblaciones de Toledo (8,4%) y Cayo (7,5%). La discapacidad de mayor prevalencia fue la pérdida o la disminución de la visión (3% de toda la población), seguida por los problemas de locomoción (1,8%), de movimiento corporal (1,4%) y de audición (1,1%). El distrito de Cayo tuvo la mayor prevalencia de discapacidad (3%) y el distrito de Stann Creek la menor (0,9%). Un hallazgo verdaderamente perturbador fue que el grupo de menores de 5 años representaba 29% de la población discapacitada de Belice. La mayoría de las personas discapacitadas viven en zonas rurales, donde no disponen de los servicios de atención correspondientes.

Grupos étnicos

La Encuesta sobre Fuerza de Trabajo realizada en 2004 indicó que la población de Belice estaba conformada por 48,4% de población mestiza, 27,0% de criollos, alrededor de 10,0% de grupos de origen maya (los dos más importantes son los mopanes y los kekchi), 5,7% de garífunas, 3,2% de menonitas, y 3,0% de personas originarias de las Indias Orientales. Los otros grupos étnicos,

que constituyen menos de 1% de la población, son chinos (0,9%) y caucásicos (0,7%).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Las dos enfermedades transmitidas por vectores que más afectan al país son la **malaria** y el **dengue**. La mayor parte de los casos de malaria se debieron a *Plasmodium vivax*, aunque el *P. falciparum* sigue siendo una amenaza importante y peligrosa en algunas partes del país. En el año 2000 se registraron 1.441 casos de malaria, 1.066 en 2004 y 1.549 en 2005, de los cuales 653 (42%) provinieron del distrito sureño de Stann Creek. La malaria sigue siendo un serio problema de salud pública, especialmente en las zonas rurales de los distritos sureños, ya que es allí donde reside una población migratoria activa que trabaja en las plantaciones de cítricos y bananas, donde las frecuentes migraciones y la precariedad de las viviendas han generado condiciones ambientales favorables para la reproducción de los mosquitos.

El dengue es también endémico. Mientras que el número de casos ha sido relativamente bajo (menos de 5 por año), se han producido brotes en el año 2002 (42 casos) y en 2005 (652 casos). De estos últimos, 614 (94%) se registraron en el distrito de Cayo. El primer caso confirmado de fiebre hemorrágica por dengue en Belice ocurrió en 2005. En la ciudad de Belice se identificaron los serotipos 2, 3 y 4, por lo tanto, la población sigue siendo vulnerable a un nuevo brote de fiebre hemorrágica por dengue.

Recientemente se notificaron algunos casos crónicos de **enfermedad de Chagas**, y los estudios revelan la presencia del vector en los distritos occidentales y sureños.

Enfermedades inmunoprevenibles

No se han notificado casos de **sarampión** desde 1991 ni de **poliomielitis** desde 1987. El último caso de **tétanos neonatal** se registró en el distrito de Stann Creek en 1997 y el último caso de **tétanos no neonatal** en el distrito de Orange Walk en 1998, en

un niño de 3 años de edad. El último caso de **rubéola congénita** se notificó en 1997. No se han informado casos de **difteria** ni de **tos ferina** en el período 2001–2005.

En el año 2002 se incluyeron dos nuevas vacunas en el programa nacional de vacunación infantil: la vacuna para la hepatitis B y la vacuna para el *Haemophilus influenzae* tipo B. Estas vacunas eran constituyentes de la vacuna pentavalente DPT/HB/Hib. Aunque las actividades para la eliminación de la rubéola comenzaron en 1997 con la vacunación de adultos, justamente después de la introducción de la vacuna triple para sarampión, paperas y rubéola (SRP) el año anterior, la vacunación de los hombres con la SRP recién se llevó a cabo en 2004. Esta campaña logró inmunizar a 66.800 varones de entre 5 y 35 años de edad, y logró una cobertura de 96%.

La cobertura de vacunación para difteria, BCG, tétanos, tos ferina, polio, Hib, hepatitis B y SRP fue aumentando gradualmente en el período 2001–2005; la cobertura de vacunación para BCG fue de 96% o mayor y para polio (las tres dosis) fue de 93% o más entre los lactantes. En 2005, la cobertura de vacunación para SRP (niños de 12 a 23 meses de edad) fue de 95%; de lactantes (menores de 12 meses) para BCG, de 96% y con la tercera dosis de la vacuna pentavalente (DPT/ HB/Hib) y VPO-3, de 96%.

Enfermedades infecciosas intestinales

El acceso al agua potable (97,2% de la población) contribuyó significativamente al control del **cólera**; no se han presentado casos de la enfermedad desde 1999. Entre 2001 y 2005, el número de casos de **gastroenteritis** notificados varió de 293 a 3.737. El número de casos notificados de enfermedades transmitidas por los alimentos fue de 13 en 2001 y ascendió a 224 en 2005. Los avances logrados en la vigilancia contribuyeron al cambio en cuanto a los casos notificados, sin embargo, las cifras siguen siendo bajas.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas siguen siendo una de las causas más importantes de mortalidad y morbilidad en la población general. Según el Ministerio de Salud, las muertes atribuidas a este tipo de infecciones en el grupo de 1 a 4 años de edad fue de 9,4% en 2001 y de 8,8% en 2004.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

El VIH/sida constituye un problema de salud pública grave caracterizado por su creciente feminización, la infección de niños y el número creciente de huérfanos. La mayor concentración de personas infectadas se encuentra en la ciudad de Belice (437 en 2002 y 396 en 2005); Corozal y Toledo son los lugares que tienen la menor cantidad de casos: 4 en 2002 y 3 en 2005 para el primero, y 6 en 2002 y 2 en 2005 para el segundo. La estrategia nacional de respuesta multisectorial incluye el acceso a fármacos antirretrovirales para todas las personas que los necesitan. Sin embargo, la estigmatización y la discriminación si-

guen siendo obstáculos que atentan contra la atención y el tratamiento eficaz.

Entre 1986 y 2005, 3.360 personas adquirieron el VIH, 762 desarrollaron sida y 606 fallecieron por esta enfermedad. Entre 2003 y 2005, alrededor de 185 mujeres tuvieron resultado positivo en los exámenes de detección del VIH. La razón hombre/mujer a fines de 2005 era de 1,1:1. En 2003 se diagnosticaron 10 niños menores de 1 año y 12 niños entre 1 y 4 años como VIH positivos. El tratamiento antirretroviral se brindó a 398 pacientes: 360 eran adultos (207 hombres y 153 mujeres) y 38, niños.

La tasa de contagio de la madre al hijo fue de 9,5 en 2005, aunque es muy probable que no se notifiquen todos los casos debido a que los médicos, para proteger a los individuos y las familias del estigma y la discriminación, no indican el sida como causa de muerte en el certificado de defunción. Se implementó el Programa de Prevención del Contagio de la Madre al Hijo en todas las instituciones de salud pública y en cuatro establecimientos de salud privados.

Las nuevas infecciones por el VIH continúan demostrando una tendencia al aumento en la población general, a medida que más personas se someten a las pruebas.

Zoonosis

No hubo casos de **rabia** en humanos desde 1989 y el último caso canino se notificó en 2000. Sin embargo, la prevalencia de la rabia en bovinos y animales salvajes, como los murciélagos vampiro y los zorros, representa una amenaza para la salud pública.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En 2005, 2,8% de los niños menores de 5 años que fueron examinados en consultorios de salud presentaban **obesidad**. El distrito de Belice tiene el mayor porcentaje (36,4%) y el distrito de Corozal el menor (4,4%). En las zonas rurales, la severidad de la malnutrición fue mayor entre las mujeres que entre los hombres, mientras que en las zonas urbanas eran prácticamente equivalentes.

Enfermedades cardiovasculares

En 2001, las cardiopatías eran la segunda causa principal de muerte, con 82 defunciones; de estas, 69 se debieron a **cardiopatías isquémicas**. Las **enfermedades cerebrovasculares** fueron otra de las causas predominantes, con 59 muertes. Las enfermedades cardiovasculares representaron 22,4% de las defunciones registradas en 2001 y 21,3% de las registradas en 2005.

Neoplasias malignas

Las neoplasias fueron la causa de 366 hospitalizaciones en 2003 y 391 en 2005. En este último año, el mayor número de casos se registró en mujeres (183 fueron neoplasias benignas, carcino-

mas in situ y neoplasias de comportamiento incierto y naturaleza no especificada). En los hombres se registraron 35 casos de neoplasias de las mismas categorías. Hubo 28 casos de neoplasias malignas de útero (cuello y cuerpo del útero y otras localizaciones no especificadas) entre las mujeres y 9 neoplasias malignas de próstata entre los hombres.

En 2001 se registraron 18 defunciones por cáncer de cuello del útero, 6 en 2002 y 12 en 2003. Según las estadísticas del Ministerio de Salud, esta clase de cáncer ocasionó 14 muertes en 2004 y 10 en 2005. Según los datos de morbilidad por esta enfermedad, hubo 21 casos en 2004 y 23 en 2005. En 2001 se registró 1 muerte en Stann Creek y 2 en Toledo. Sin embargo, no se registró ninguna muerte por esta causa en el distrito de Toledo durante el período 2002–2004. En 2003, las neoplasias malignas del útero (cuello y cuerpo del útero y otras localizaciones no especificadas) ocuparon el octavo lugar entre las 10 principales causas de muerte. En 2005 murieron 10 mujeres por cáncer de cuello del útero. Un informe de evaluación de necesidades de 2003 demostró que la cobertura estimada del tamizaje de cáncer de cuello del útero fue de 62,7%, habiéndose alcanzado la menor cobertura entre las mujeres analfabetas residentes de zonas rurales. La tasa de mortalidad a causa de este tipo de cáncer en 2005 fue de 6,9 por 100.000 mujeres.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud mental y adicciones

Los principales problemas de salud mental que condujeron a la consulta médica fueron depresión clínica, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, abuso de drogas y trastornos relacionados con el estrés. En 2005, 12.318 pacientes fueron atendidos en distintos centros de psiquiatría del país. Los trastornos psicóticos representaron el mayor número de casos examinados y afectaron a 1.904 hombres y 1.257 mujeres. En 2005 se registraron 303 casos de trastornos pediátricos y 141 de maltrato infantil.

La Encuesta Global de Jóvenes, llevada a cabo en Belice en 2003 a alumnos de escuela secundaria, encontró que 20% había consumido tabaco, 16% había fumado cigarrillos y 9% había probado otras formas de tabaco. Casi una cuarta parte (23,5%) compraba sus propios cigarrillos y 15,5% afirmaba que habitualmente fumaba en su hogar.

Contaminación ambiental

La importación de plaguicidas aumentó significativamente de 1,7 millones de kg en 2001 a alrededor de 7 millones en 2005. Un estudio realizado en 2001 documentó 59 casos de intoxicación grave por plaguicidas, que derivaron en tres muertes. Asimismo se calculó que anualmente ocurren 4.000 casos de intoxicación aguda por plaguicidas que afectan, en la mayoría de los casos, a trabajadores agrícolas y a las personas que manipulan o aplican estas sustancias.

Un estudio realizado por el Ministerio de Salud y la OPS en el río Macal (distrito de Cayo) en 2005, reveló la presencia de mercurio en varias especies de peces. Las concentraciones promedio halladas fueron de 0,11 µgHg/g en peces no depredadores y de 0,56 µgHg/g en peces depredadores. Aunque estos niveles son inferiores a los límites fijados por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y la Organización Mundial de la Salud (0,5 µgHg/g en peces no depredadores y 1,0 en peces depredadores), existe la preocupación de que las comunidades rurales que viven a orillas del río estén expuestas al mercurio por consumir pescado del río.

Salud oral

Las estrategias de prevención de caries para preescolares se centran en aplicaciones profilácticas de flúor. Los consultorios ofrecen selladores de fisuras para niños, profilaxis y controles, y algunos procedimientos limitados de odontología restaurativa.

El Programa de Salud Dental del Ministerio de Salud se lleva a cabo en los seis distritos y emplea a 19 profesionales: 9 cirujanos dentales y 10 enfermeros dentales o asistentes dentales.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El sistema nacional de atención de salud está basado en los principios de equidad, asequibilidad, accesibilidad, calidad y sustentabilidad a través de la formación de asociaciones eficaces con otras entidades públicas y privadas para promover el alcance del mejor nivel posible de salud y bienestar para toda la población. Como parte del Proyecto de Reforma del Sector Salud, el Ministerio de Salud ha reorganizado los servicios de salud del país en cuatro regiones sanitarias: norte, sur, oeste y central. Cada una de ellas tiene un administrador regional de salud que, con el apoyo de un equipo de administración, tiene la responsabilidad de coordinar la prestación de los servicios de salud a las comunidades que residen en las áreas geográficas bajo su jurisdicción.

En el período 2001–2005 ocurrieron una serie de eventos y avances importantes vinculados con la salud, como la implementación de las pautas de manejo clínico del contagio del VIH de la madre al hijo, el Protocolo de Violencia Familiar, el Protocolo para el Uso de Psicofármacos y la Política Nacional para Adultos Mayores. En el año 2002 se introdujo una Política de Salud Reproductiva y Sexual y se desarrolló un plan nacional exhaustivo para asegurar que dicha política fuese operativa.

El Ministerio de Salud tiene otros planes y protocolos que están en diferentes etapas de implementación. Entre ellos, se incluyen Planes y Normas de Familia, un proyecto sobre la política de salud mental, el proyecto de la Ley de Ejercicio Médico, el proyecto de la Ley General de Salud, el proyecto de la Política para Personas Discapacitadas, la Política Nacional de Salud y de Vida

Familiar, el primer borrador del Plan de Acción y Estrategia de Eliminación de la Pobreza, las Pautas y Protocolos de la Política del Sistema de Referencias Nacional, el Plan de Acción Nacional para Niños y Adolescentes, el Plan Estratégico Nacional para el VIH/sida y el Plan Nacional de Atención y Tratamiento del VIH/sida.

El Ministerio de Salud desarrolló e implementó protocolos de atención para víctimas de la violencia familiar a fin de ser utilizados en consultorios y hospitales públicos, en conjunto con otros servicios sociales para la comunidad. El Plan Nacional de Violencia Basada en el Género se desarrolló en 2005 para fortalecer la colaboración entre actores clave y poder encarar sistemáticamente la problemática de la violencia basada en el género y el maltrato infantil. El Plan de Acción Nacional para Niños y Adolescentes fue diseñado para crear una mayor sinergia entre los programas que abordan los problemas de desarrollo de la niñez y la adolescencia. Este plan es coordinado por el Comité Nacional para Familias y Niños y expresa claramente los compromisos internacionales de Belice, así como sus políticas, objetivos y estrategias nacionales relacionados con los niños y los adolescentes. A fines de 2003 se inició el proceso de revisión y actualización de toda la legislación sobre salud pública para crear una ley marco conocida como Ley General de Salud.

A fines de 2000, el Ministerio de Salud lanzó un proyecto piloto de la Iniciativa de Seguro de Salud Nacional, con el objetivo de consolidar esfuerzos para la implementación de un plan de seguro nacional que logre la cobertura de los costos de atención de salud que actualmente son financiados por el gobierno a través del Ministerio de Salud y que asegure el acceso universal sustentable a la atención de salud para la población.

En 2002 se firmó un convenio entre la Junta de Seguro Social (SSB) y el Fondo Nacional de Seguro de Salud (NHIF) que define la relación entre ambas entidades, actuando esta última como subunidad de la primera. La SSB ordena al NHIF la compra de servicios acordados por el Ministerio de Salud, aplicando ciertos principios de cumplimiento contractual (indicadores de productividad, eficiencia y eficacia vinculados con objetivos e incentivos). Los convenios de servicio entre el NHIF y los cuatro consultorios prestadores de atención primaria (PCP) del Sector Sur de la ciudad de Belice se firmaron en 2001 y definen la relación del NHIF como comprador de servicios y a los PCP como prestadores de servicios. El Ministerio de Salud, con la cooperación técnica de la OPS, desarrolló convenios de niveles de servicio en el año 2003, con el propósito de definir la relación entre el Ministerio y las regiones sanitarias. Se están estableciendo las metas y los indicadores para medir el avance, como parte del principio de la reforma de la salud de trasladar el interés en los indicadores de insumos hacia los indicadores de resultados.

El Ministerio de Salud aplica honorarios nominales en sus hospitales y consultorios para exámenes por imágenes y de laboratorio; también hay honorarios nominales para los servicios de pacientes hospitalizados, incluidos los partos. La prueba piloto

del Seguro de Salud Nacional comenzó en agosto de 2001 y no incluía el pago de honorarios por parte de los consumidores, no se requerían copagos y las tasas de recaudación diferían en cada institución. Posteriormente se introdujo el sistema de copagos en el sur de la ciudad de Belice. Estos honorarios son más bien un mecanismo para disuadir abusos contra el sistema que una fuente de generación de ingresos. Cuando esta iniciativa fue lanzada en la región sanitaria sur, se pensó que una estructura de honorarios sería una barrera al acceso universal y por ello no se exigieron copagos. El NHIF solo compra un paquete de servicios de atención primaria; por otra parte, la atención normal de los pacientes hospitalizados en las instituciones públicas mantiene una estructura de honorarios nominales. La iniciativa fue completamente implementada en el distrito de Belice (el sur de la ciudad de Belice) al comienzo de 2005 y luego se extendió a la región sanitaria sur (distritos de Stann Creek y Toledo) en junio de 2006.

Organización del sistema de salud

El papel de la oficina central del Ministerio de Salud es asesorar sobre las políticas de salud al mismo ministerio. Se encarga de la planificación de salud nacional, la protección de la salud pública, la regulación, la investigación, la calidad y los estándares, como también de la colaboración internacional y regional y la supervisión del desempeño global del sistema nacional de salud. El Ministerio de Salud se compone de dos divisiones principales: la rama administrativa, encabezada por el Director Ejecutivo, y la rama técnica, encabezada por el Director de los Servicios de Salud. Este último es constitucionalmente responsable de la salud de la nación.

El Ministerio de Salud opera una red de instalaciones a nivel nacional que incluye un total de ocho hospitales, uno en cada distrito, a excepción de los distritos de Cayo y Belice, que tienen dos hospitales cada uno. Tres de los ocho hospitales son regionales y ofrecen una amplia gama de servicios de atención secundaria, aparte de la atención primaria de rutina. Hay otros tres hospitales comunitarios o de nivel primario que ofrecen atención secundaria mínima a nivel de distrito. Solo el hospital Karl Heusner Memorial cumple dos funciones, como hospital nacional de referencia y como hospital general del distrito de Belice. Ofrece servicios de neurología, fisiología, otorrinolaringología y cirugía ortopédica. Los servicios periféricos para la comunidad incluyen salud dental, salud mental y prevención y control de enfermedades transmisibles. Hay además un hospital de salud mental, una unidad de psiquiatría en Belmopán y unidades psiquiátricas con personal de enfermería especializado en psiquiatría en cada uno de los hospitales regionales y comunitarios. Como parte del programa psiquiátrico comunitario, el personal de enfermería especializado en psiquiatría ofrece servicios de orientación continua a sobrevivientes de situaciones de violencia basada en el género y maltrato infantil y orientación sobre la infección por el VIH antes y después de la realización de los exámenes correspondientes.

Existe una Asociación de Salud Mental que actúa como defensora de los pacientes con enfermedades mentales y de sus familias y, al mismo tiempo, brinda apoyo a los programas y servicios relativos a la salud mental que lleva adelante el Ministerio de Salud. La Asociación de Consumidores de Servicios de Salud Mental es muy activa y en el año 2005 realizó una gestión muy eficaz para lograr que se agregaran nuevos psicofármacos al formulario nacional de medicamentos.

Servicios de salud pública

La estrategia de atención primaria de Belice garantiza la equidad de salud en cuanto a la accesibilidad y la distribución de los recursos humanos. El Ministerio de Salud tiene una estructura organizativa que establece un vínculo permanente entre la oficina central, los distritos y las comunidades. Los trabajadores de salud de la comunidad son el vínculo principal entre el sistema formal de salud y la comunidad. Los comités de salud de los pueblos ayudan a estos trabajadores a identificar las necesidades de salud de cada comunidad y a planear la implementación de medidas correctivas. En 2003, dos de los logros más significativos de la estrategia de atención primaria fueron lograr la participación del público no especializado en proyectos de salud comunitaria y la colaboración intersectorial. Se crearon equipos en los distritos y los pueblos con miembros de la comunidad y se estimuló su participación en actividades desarrolladas para mejorar la salud general de la población. A nivel nacional, el Comité Nacional de Salud Primaria supervisa el progreso de estas iniciativas y respalda a los comités de salud de los distritos en la planificación y la implementación de los programas. El Proyecto de Reforma del Sector Salud continúa apoyando las iniciativas de atención primaria, con el objetivo más amplio de generar un sistema nacional de salud más eficiente, sostenible y equitativo que incorpore la participación de las comunidades en la planificación, la implementación y el control de sus propios sistemas de atención de salud.

El estado de salud general de la población mejoró debido a la expansión de los servicios y la infraestructura de la salud, tanto en las zonas rurales como en las urbanas. Esto quedó demostrado en el aumento de la esperanza de vida, la mejora de la cobertura de inmunización y la reducción de las enfermedades prevenibles de la infancia y la tasa de mortalidad infantil, así como en la disminución de la tasa de fecundidad y la implementación de un programa sólido de control de vectores como parte integral de la estrategia de atención de salud primaria. Dentro de este marco, en el año 2004 se construyeron nuevas instalaciones y centros de rehabilitación para que los pacientes lograran vivir de forma independiente. Del mismo modo, en el año 2005 se capacitó a 12 nuevos enfermeros psiquiátricos auxiliares para mejorar la respuesta del país a los problemas de salud mental y fortalecer el enfoque comunitario.

La respuesta nacional a la violencia basada en el género ha tenido mejoras sustanciales en las áreas de detección y tratamiento desde el comienzo del período 2001–2005. El reconocimiento de este reto de la salud ha hecho que el sistema de vigilancia nacional del Ministerio de Salud registre los casos de violencia basada en el género y de maltrato infantil y analice los datos. En el año 2003, el sistema de vigilancia fue evaluado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, y en el año 2005 se implementaron las recomendaciones para mejorar su funcionamiento.

Los datos de diversos análisis de la situación de la salud efectuados en 2005 indican que las tasas de mortalidad materno-infantil continúan teniendo niveles superiores a los aceptables. Otras tendencias incluyen un ascenso estable de las enfermedades no transmisibles (hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer de cuello del útero); traumatismos por accidentes de tráfico y violencia; infecciones de transmisión sexual, el VIH/sida, su feminización y la coinfección por tuberculosis; casos de malaria y dengue, inclusive el riesgo de brotes de fiebre hemorrágica por dengue, y lesiones ocupacionales. También persiste el manejo inadecuado de los residuos sólidos. En este contexto, el Plan de Salud Nacional de 2005–2006 identifica la vigilancia de enfermedades y el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria como prioridades nacionales.

En el área de la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, el Plan Nacional de Salud incluye iniciativas para disminuir el riesgo y el impacto de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida; reducir la incidencia de tuberculosis, malaria y dengue; prestar servicios de salud reproductiva y sexual desde un enfoque de ciclo de vida y con especial énfasis en los servicios para mujeres embarazadas y niños menores de 5 años; ofrecer servicios de diagnóstico de laboratorio confiables y oportunos y servicios epidemiológicos confidenciales y de alta calidad para lograr el control eficaz de los pacientes, la vigilancia y la planificación de la salud, y ofrecer y divulgar información oportuna sobre eventos sanitarios prioritarios o brotes de enfermedades. El Plan Estratégico Nacional de Servicios de Laboratorio para 2004–2009 busca ofrecer servicios de diagnóstico de alta calidad que cumplan con las normas internacionales y que se brinden a tiempo, sean confidenciales y accesibles y estén dentro de las posibilidades económicas del público.

La estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) sigue siendo usada para el tratamiento de la tuberculosis; los enfermeros de salud pública y rural brindan este tratamiento a los pacientes en los consultorios públicos y en la clínica de tuberculosis de la ciudad de Belice. En las comunidades rurales donde no se dispone de enfermeros de salud pública, los miembros de las familias reciben la capacitación necesaria para administrar los medicamentos.

El Plan de Acción para la Seguridad Nutricional y Alimentaria para el período 2005–2010 brinda un marco completo que sirve

como guía para la implementación de las actividades que abarcan los seis programas definidos en la Política de Seguridad Nutricional y Alimentaria. Estos programas incluyen información, educación y comunicación sobre la producción de alimentos, su preparación y nutrición, producción diversificada de alimentos, procesamiento de alimentos, mercadeo, almacenaje y movilización de créditos; atención materno-infantil, alimentación en las escuelas y nutrición para los adultos mayores y los indigentes; creación de empleos y oportunidades de generación de ingresos a nivel local, seguridad de los alimentos y análisis y reforma de las Políticas Nacionales de Seguridad Nutricional y Alimentaria.

Las actividades relacionadas con el plan de seguridad alimentaria comprenden el desarrollo de un plan de inspección de carnes, la capacitación y la supervisión sobre las técnicas seguras y la higiene personal de personas que manipulan alimentos, y la inspección de establecimientos proveedores de alimentos. El Plan Nacional de Salud incluye actividades para prevenir y controlar las enfermedades transmitidas por el agua y para eliminar la rabia en los humanos. El Ministerio de Agricultura, en colaboración con el Ministerio de Salud, creó un Plan para el Desarrollo de Recursos Humanos sobre Nutrición. El programa de alimentación escolar se reestructuró en el año 2003.

A pesar de que hay nueve dentistas y dos enfermeros auxiliares distribuidos en los distritos, con mayor concentración en el distrito de Belice, la mayoría de los consultorios han notificado una tasa creciente de extracciones dentales, particularmente entre los niños. La productividad se midió básicamente al contabilizar la cantidad de extracciones y de visitas clínicas. El abastecimiento y la escasez de equipo seguían siendo problemáticos en el período 2001–2005.

En el año 2000, el gobierno instituyó el Plan de Manejo ante Huracanes del Sector Salud, que se actualiza todos los años en mayo. Los gerentes en salud participan en reuniones anuales para la preparación en caso de huracanes. En 2004 se elaboró un plan de atención masiva para damnificados, mediante el cual se capacitó a personal de emergencias en el manejo de desastres masivos y se realizó un ejercicio de simulacro. El hospital Karl Heusner Memorial es el único hospital público que tiene un plan de manejo masivo de damnificados.

Hacia finales de 2003 se diseñó e implementó un plan de respuesta nacional para mitigar los efectos de una posible pandemia del síndrome respiratorio agudo severo (SARS).

Servicios de atención a las personas

El sistema nacional de salud pública ofrece acceso universal a servicios personales y poblacionales a través de una red regionalizada de establecimientos y programas públicos, que incluye la entrega de medicamentos y otros servicios de apoyo. El sistema de centros de salud rurales con personal permanente tiene como complemento algunos servicios de salud ambulatorios, auxiliares

de enfermería de la comunidad, colaboradores voluntarios y parteras tradicionales que trabajan en todas las comunidades rurales. En 2005, la red de atención de salud notificó 209.959 visitas ambulatorias (720 visitas por 1.000 habitantes), 21.745 egresos hospitalarios (75 por 1.000 habitantes) y 7.457 nacimientos vivos. Había en ese momento 357 camas de hospital (1,2 camas por 1.000 habitantes).

La red de atención de salud privada está compuesta por 54 consultorios o establecimientos ambulatorios, que se encuentran principalmente en la ciudad de Belice; algunos ofrecen servicios especializados de odontología, dermatología y gastroenterología. Además, hay cinco hospitales privados con un total de 79 camas.

En el sector público, la atención en los hospitales de las cuatro regiones sanitarias incluye la atención ambulatoria o de pacientes hospitalizados para los casos de accidentes o situaciones de emergencia y también servicios de pediatría, obstetricia, ginecología, medicina interna y cirugía. Las necesidades de atención de salud primaria se resuelven a través de la red de consultorios, centros de salud y puestos de salud del país.

El Ministerio de Salud es responsable del funcionamiento del Laboratorio Médico Central, que actúa como centro de referencia de las cuatro regiones sanitarias y de los laboratorios médicos públicos de todos los distritos. El laboratorio brinda servicios de bacteriología, serología, citología, histología y análisis químicos y hematológicos especiales, entre otros. Ya está encaminado un programa de control de calidad con el apoyo del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). El Servicio Nacional de Transfusiones de Sangre se encarga de la extracción, los exámenes de tamizaje, el almacenaje y la distribución de sangre y productos de sangre. Los servicios dependen de donantes voluntarios.

En el año 2000 se elaboró e implementó un método comunitario para resolver los problemas de salud mental. Se han establecido unidades de salud mental en todos los distritos y en el año 2001 se construyó una unidad psiquiátrica para casos agudos. Los servicios de salud mental están organizados en tres niveles de atención: servicios ambulatorios (intervención ante crisis y servicios terapéuticos para individuos y familias), servicios de pacientes hospitalizados en los hospitales Rockview y Belmopán y servicios para la comunidad (servicios periféricos y auxiliares).

En 2002 se introdujo la Política Nacional para Adultos Mayores de Belice y el año siguiente se estableció el Consejo Nacional de Adultos Mayores. Hay cuatro instituciones que brindan hospedaje a los adultos mayores: el hogar Sister Cecilia y el refugio Raymonds Parks para los desamparados, ambos en la ciudad de Belice; el hogar Golden Haven en Hattieville y el hogar Octavia Waight en San Ignacio. El comedor Mercy y la clínica St. Joseph Mercy de la ciudad de Belice ofrecen atención de salud primaria, servicios de alimentos enviados a domicilio y visitas a los hogares de ancianos. Además, el comedor Mercy ofrece actividades de socialización, programas de enriquecimiento espiritual e instalaciones de lavandería para los desamparados.

El único centro de rehabilitación y tratamiento del país está en el hospital Karl Heusner Memorial, donde se ofrecen servicios de fisioterapia para adultos y niños con un fisioterapeuta capacitado y un enfermero auxiliar.

Promoción de la salud

Las estrategias de promoción de la salud son prioritarias para la salud pública nacional a través de políticas, programas y planes que se centran en la violencia doméstica, los accidentes de tráfico, la educación para la salud, la participación de la comunidad y el control del tabaquismo. Se implementó un proyecto en el distrito de Toledo con el auspicio del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) para responder a los problemas nutricionales identificados en ese distrito. Las intervenciones se dirigieron hacia el control de la malnutrición, las carencias de micronutrientes y otras consecuencias de la desnutrición. Las actividades principales incluyeron educación sobre nutrición, producción de vegetales orgánicos, preparación de alimentos y secado y conservación de frutas y verduras. Aparte de los programas generales de promoción de la salud organizados por la Oficina de Educación y Participación de la Comunidad en Actividades de Salud, los aspectos de promoción de la salud abarcan educación para la salud y la vida familiar, servicios de salud para las escuelas y seguridad en las carreteras. Se han realizado grandes esfuerzos por comprometer a los medios de comunicación en iniciativas de promoción de la salud, los cuales dieron como resultado una serie de galardones a campañas para promoción de la salud. Como parte de la promoción de un estilo de vida sano, el Ministerio de Educación lanzó el programa curricular denominado Salud y Vida Familiar y una guía de capacitación para las escuelas primarias y secundarias que se finalizaron en 2005. Este programa curricular está siendo probado como piloto en 12 escuelas de los seis distritos del país y se centra en el desarrollo individual e interpersonal, el manejo del medio ambiente, la nutrición y la actividad física, y la sexualidad y la salud sexual con énfasis en la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida.

En 2004, 232 niños fueron acogidos en hogares de adopción. El mismo año se procesaron 2.024 casos de protección de menores (1.330 relacionados con maltrato infantil y 694 por otros casos, como sustento familiar, peticiones de asignación y casos de custodia de niños). En 2005 se denunciaron 731 casos de maltrato de menores en el distrito de Belice, de los cuales 242 se relacionaron con abuso sexual, 144 con el maltrato físico y 70 con el abandono. El progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio es el marco usado para la evaluación de la situación social de los niños y los adolescentes de Belice. Además, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas a favor de la Infancia, "Building a World Fit for Children" (Construyendo un mundo apto para los

niños), conforman la estructura para la investigación y el análisis de las políticas relativas a los derechos humanos, la salud y la situación educativa de los niños beliceños.

Recursos humanos

En 2005, más de la mitad del personal que trabajaba en el sector salud seguía viviendo en la ciudad de Belice, donde existe la mayor capacidad de camas (115) para una población estimada de 87.000 personas. En el ámbito nacional (público, privado y voluntarios), había 159 especialistas, 166 médicos generales, 257 enfermeros certificados, 24 inspectores de salud pública, 27 técnicos médicos, 21 radiógrafos y 248 auxiliares de enfermería comunitarios. La red nacional de parteras tradicionales cuenta con el respaldo y la supervisión del programa de salud maternoinfantil del Ministerio de Salud. Se estima que hay entre 70 y 75 farmacéuticos certificados, de los cuales 25 trabajan en el sistema de salud pública.

La severa escasez de recursos humanos ha conducido al reclutamiento de profesionales de la salud dentro y fuera del Caribe. Muchos de estos profesionales, los médicos en particular, son asignados a zonas rurales donde la falta de recursos humanos es muy seria. Esta situación se suma al activo reclutamiento de profesionales de la salud nacionales, especialmente, enfermeros, por países desarrollados.

Belice no tiene facultad de medicina. El país depende en gran medida de las instituciones de capacitación médica de Cuba. La Universidad de Belice suministra otros proveedores de salud no médicos a través de su Facultad de Enfermería y Ciencias de la Salud. Los programas de educación incluyen farmacia, tecnología médica y enfermería práctica, licenciaturas en enfermería y asistencia social y un diploma universitario en asistencia social. Todos los años se gradúan aproximadamente entre 40 y 90 estudiantes de estos programas (2003–2005). En 2005, 16 estudiantes se graduaron del programa de enfermería psiquiátrica. Ni la educación ni el reclutamiento de proveedores de salud fueron orientados sobre la base de un plan de recursos humanos para la salud, ya que no había ninguno en el período notificado. Hacia fines de 2005 se comenzó a diseñar medidas para resolver esta problemática.

Entre 2001 y 2005, las comunidades eligieron auxiliares de enfermería para que recibieran capacitación del Ministerio de Salud en terapias de rehidratación, incluida la punción venosa para la administración de líquidos a pacientes gravemente deshidratados que no tenían acceso inmediato a centros de salud u hospitales. Las parteras tradicionales también recibieron capacitación y se les hizo entrega del equipo básico necesario para desempeñar su tarea en la comunidad. Todos los trabajadores de salud (médicos y enfermeros) de los seis distritos administrativos recibieron capacitación para diagnosticar las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida en función de sus manifesta-

ciones clínicas. En 2004 se organizaron 374 talleres para padres en todo el país, junto a otras actividades de concientización pública. Se ofreció capacitación sobre nutrición y el VIH/sida para el personal de salud y para las personas encargadas de la atención de salud. También se brindó capacitación sobre el manejo nutricional de la obesidad, la diabetes y la hipertensión a médicos, educadores de la salud, enfermeros y personas no especializadas. Asimismo se brindó capacitación especial sobre técnicas simples para el diagnóstico de cáncer del cuello del útero. Todo el personal de enfermería del sistema de salud pública recibió capacitación sobre la supervisión y vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles de la infancia y sobre el mantenimiento de la cadena de frío.

Otros programas de estudio dirigidos a satisfacer las necesidades de educación continua para prestadores de la salud abordaron temas relativos a la protección de los derechos humanos de los pacientes con enfermedades mentales, el manejo clínico del dengue y del VIH/sida, los sistemas de referencia, la maternidad segura, el agua y el saneamiento, la nutrición apropiada, la seguridad de los alimentos, la prevención de infección por geohelminthos y el control de la malaria.

Suministros de salud

Belice no cuenta con los recursos necesarios para la fabricación de productos farmacéuticos, a pesar de que existen 28 empresas importadoras en el país. El registro de medicamentos está contenido en la Ley de Farmacia, que en la actualidad está en espera de revisión y aprobación. Esta ley regirá el licenciamiento de los profesionales, el registro de medicamentos y la política de donación. Para importar medicamentos, es necesario obtener un permiso. Todos los beliceños tienen acceso a los medicamentos incluidos en el formulario de Belice si usan los servicios del sector público. En el período 2001–2005 se incorporaron nuevos psicofármacos al formulario nacional. En el país funcionan alrededor de 100 farmacias privadas.

Los programas de antirretrovirales y el Programa de Prevención del Contagio de la Madre al Hijo marchan paralelamente y están separados del resto del sistema de administración farmacéutico. Los medicamentos antirretrovirales no se contabilizan, no se compran ni se distribuyen a través del sistema establecido de medicamentos y suministros esenciales, ni se entregan en los centros de salud. En su lugar, los entregan en los consultorios que ofrecen orientación y pruebas voluntarias, y las enfermeras psiquiátricas los administran en los hospitales.

Se utilizó un total de US\$ 692.669 para la compra de vacunas, jeringas y agujas en el período 2001–2005 del Programa Ampliado de Inmunización.

El presupuesto de salud pública total 2004–2005 fue de US\$ 9.163.327, de los cuales 44,52% (US\$ 4.079.304) se asignaron a la compra de productos farmacéuticos.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

Durante el período en consideración se llevaron a cabo diversos estudios a fin de desarrollar intervenciones apropiadas, incluso un estudio de seroprevalencia de la población detenida en centros carcelarios en 2005. También se realizó un estudio parasitológico basal de los niños en edad escolar en ese mismo año y la Encuesta Global sobre el Tabaquismo en la Juventud para jóvenes de entre 13 y 15 años de edad en 2003. En el mismo año se realizó un estudio sobre las prácticas de los consumidores en cuanto a la seguridad de los alimentos en colaboración con el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe y la Universidad de Belice.

En 2003, la Organización Panamericana de la Salud y la OMS lanzaron la Biblioteca Virtual en Salud de Belice, la cual se unió a la creciente red de bibliotecas en Internet que contienen información sobre ciencias de la salud en toda América Latina y el Caribe. Esta iniciativa de acceso universal está dirigida a usuarios nacionales y regionales.

Gasto y financiamiento sectorial

La atención de la salud es financiada por el gobierno, los seguros de salud privados y el sector privado. En 2001, el presupuesto del Ministerio de Salud era de US\$ 20.330.331, que correspondió a 8,4% del presupuesto total del gobierno y 2,4% del PIB. En 2003 fue de US\$ 23.407.066, correspondiente a 8,43% del presupuesto del gobierno y 2,4% del PIB. En 2005, el presupuesto del gobierno aumentó hasta alcanzar 9,1% del PIB.

En 2005, el presupuesto del Ministerio de Salud fue elevado a US\$ 26.161.413, es decir, 9,57% del presupuesto del gobierno y 2,5% del PIB. Las remuneraciones del personal y los suministros médicos consumen gran parte de la partida presupuestaria. La compra de medicamentos y suministros normalmente excede el costo anual presupuestado. Las regiones sanitarias están autorizadas a cobrar y retener ingresos. Se estableció que los fondos deben utilizarse de la siguiente manera: 5% para pagar incentivos de desempeño al personal, que serán otorgados a discreción de los equipos de gestión regionales; 10% para desarrollo del personal (capacitación, talleres, conferencias y seminarios), y 85% para inversiones de capital. Dado que el hospital Karl Heusner Memorial es el centro de generación de ingresos de la región central, comparte 10% de los ingresos obtenidos en concepto de servicios secundarios para el fortalecimiento de los servicios de atención primaria del distrito de Belice.

Cooperación técnica y financiera en salud

Algunos organismos multilaterales y bilaterales, incluidos UNICEF, OPS/OMS y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, proporcionaron apoyo financiero para el proceso de modernización y actualización del sistema de salud pública de Belice. Los convenios bipartitos y tripartitos con Guate-

mala y México también han contribuido significativamente a mejorar la salud de la población, particularmente en las áreas de la vacunación de los niños menores de 5 años y de la prevención y el control de la rabia, la malaria y el dengue. En 2004 se movilizaron fondos de fuentes no gubernamentales para completar el Plan de Acción Nacional para Niños y Adolescentes; un paquete de 18 meses para el fortalecimiento institucional y la creación de capacidades destinado al sector social; la elaboración de protocolos para el manejo de casos de niños con problemas de comportamiento; el diseño y la impresión de publicaciones; la terminación del Informe Anexo del Comité sobre los Derechos del Niño y las consultas de la Cumbre de Educación Nacional que forman parte del Plan de Acción del Ministerio de Educación para el período 2005–2010.

A través de convenios internacionales con Cuba y Nigeria, profesionales de salud de estos países han dado su apoyo para ampliar la cobertura de salud a las zonas rurales e introducir servicios de especialidades en los hospitales.

Se han llevado a cabo actividades de cooperación técnica con el CAREC, el CFNI y el INCAP. Otros organismos que han brindado su apoyo técnico son el Banco Interamericano de Desarrollo, la Organización de Estados Americanos, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, la Organización Intergubernamental Regional para la Salud Agrícola, el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.

