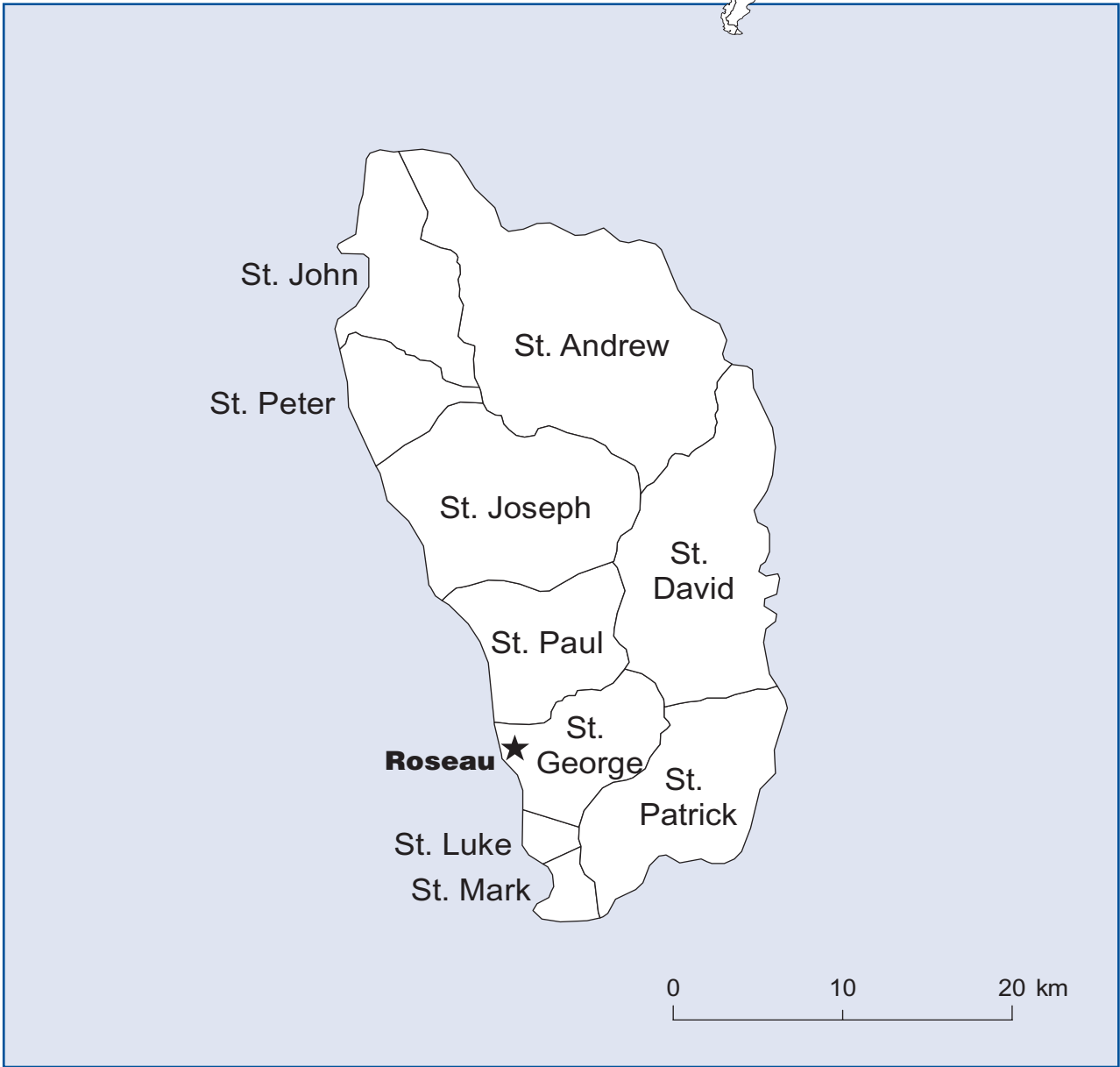


DOMINICA



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.

La Comunidad de Dominica, la más septentrional y extensa (790 km²) de las Islas de Barlovento de las Antillas Menores, está situada entre los territorios franceses de Guadalupe y Martinica. Tiene un clima húmedo, tropical y marítimo, caracterizado por una leve variación entre las estaciones húmedas y secas. Las pronunciadas precipitaciones durante la estación húmeda contribuyen al crecimiento de su frondosa vegetación. La topografía de la isla es escabrosa: tiene montañas empinadas cubiertas de exuberante selva tropical; valles profundos surcados por ríos, y colinas cubiertas por árboles que nutren y mantienen ríos en su estado natural, arroyos perennes y cataratas de aguas bulliciosas. El país tiene una gran diversidad de flora y fauna y sus paisajes, sus extensos bosques y su ecología marítima hacen de la isla un destino turístico muypreciado. De 1993 a 2004, la llegada de turistas aumentó 54,2%, alcanzando la cifra de 80.087 en 2004. Ese mismo año, los cruceros trajeron 383.614 pasajeros a la isla. La mayor parte de los visitantes provienen de otros sitios del Caribe, los Estados Unidos de América y Europa.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Desde su independencia de Inglaterra en 1978, Dominica ha mantenido una organización política regida por el Parlamento británico: una democracia multipartidaria. El idioma oficial es el inglés, pero la mayoría de la población habla un dialecto patois “kweyol”, una fusión de estructuras lingüísticas del africano y del francés.

Dominica está subdividida en diez condados: Saint Andrew, Saint David, Saint George, donde se encuentra la capital, Roseau, Saint John, Saint Joseph, Saint Luke, Saint Mark, Saint Patrick, Saint Paul y Saint Peter.

Determinantes sociales, políticos y económicos

La economía de Dominica se ha basado tradicionalmente en la agricultura, pero los acontecimientos globales y regionales ocurridos recientemente contribuyeron a la debilidad del sector, principalmente la producción de bananos. En 1997, el sector agrícola (en particular el cultivo de bananos) representó 20,0% del Producto Interno Bruto (PIB) y en 2003, 17,7%. Dominica aspira a una economía de mercado libre y liberal.

La economía creció aproximadamente 3,57% en 2004, lo cual representa un aumento en comparación con 0,1% en 2003. Para

enfrentar las dificultades económicas existentes, el gobierno fortaleció su política fiscal y generó apoyo financiero externo adicional. Una vez que los esfuerzos fiscales mostraron los resultados, el gobierno emprendió un programa de reforma más integral para fomentar el crecimiento y avanzar hacia la sostenibilidad de la deuda, evitando el incremento de la misma como un requisito esencial para la estabilidad económica.

El gobierno redujo los salarios en 5% como una medida a corto plazo diseñada para reducir el empleo, a la que posteriormente le seguirá una reforma pública de servicios más integral. A pesar de estas medidas, la inflación (según las mediciones del Índice Anual de Precios al Consumidor) creció 2,5% en 2004, frente a 1,4% en 2003. Se registraron aumentos de costos en el combustible y la electricidad (7,5%), vivienda y servicios públicos (4,7%), educación (3,5%) y alimentos (2,8%).

En el período 2001–2005, el sector dominante en la economía del país fue el de los servicios públicos, seguido del turismo, la construcción, la manufactura y la agricultura. El turismo aportó entre 10% y 12% del PIB y más de 30% de las ganancias de divisas extranjeras, lo que representa el triple de las ganancias del cultivo de bananos. El PIB nominal per cápita (a costo de los factores) en 2001 fue de alrededor de US\$ 3.100 (US\$ 2,72 = EC\$ 1). Las finanzas del gobierno se deterioraron notablemente en este período, lo que generó una situación fiscal precaria (1).

El PIB en 2003 fue de alrededor de US\$ 257,6 millones, el mismo que en 1998. La contribución al PIB en 2003 de los servi-

cios públicos; la agricultura, la pesca y la silvicultura; el comercio mayorista y minorista; la banca y los seguros; y el transporte, fue de aproximadamente 22%, 18%, 13%, 11% y 8%, respectivamente.

El porcentaje de pobreza en los hogares fue de 29% en 2002, lo que significa que alrededor de 7.000 hogares fueron evaluados como pobres. Se consideró indigente a aproximadamente 11% de los hogares (cerca de 2.500). Las personas que habitaban estos hogares tenían gastos promedio anuales per cápita inferiores a US\$ 740 y no podían satisfacer sus necesidades alimenticias básicas. Los hogares que cubrían adecuadamente sus necesidades alimenticias básicas, pero no podían satisfacer sus otras necesidades (gasto promedio per cápita por lo menos US\$ 740 pero inferior a US\$ 1.251) se clasificaron como pobres y representaron 18% de todos los hogares (4.400).

La pobreza del país se debe en gran medida a la rápida disminución en los ingresos del cultivo de bananos, que afectó a todos los sectores de la economía. Sin embargo, el hecho de que el indicador de pobreza (39%) sea más elevado que el nivel de pobreza extrema (15%) sugiere que la mayoría de las personas satisface sus necesidades básicas. La brecha de pobreza, que mide en qué proporción los ingresos de las familias pobres se encuentran por debajo de la línea de pobreza, es de 10,2%; por lo tanto, un promedio de 4.300 hogares tienen gastos por debajo de la línea de pobreza (2). La población caribe es una de las más pobres en el país, con tasas de prevalencia de pobreza e indigencia muy superiores al promedio para el país en su conjunto.

La encuesta de evaluación de la pobreza reveló que un factor contribuyente al nivel de pobreza y pérdida de bienestar, especialmente entre los indigentes, es el abandono de las personas mayores a su propio cuidado, una situación a menudo exacerbada por la enfermedad y la discapacidad. Si bien las condiciones para los indigentes son inferiores al promedio, las actitudes entre los relativamente pobres son muy optimistas. Muchos critican firmemente la idea de que son pobres, lo que pone de manifiesto una clara falta de correlación entre la pobreza por ingreso y el bienestar para este grupo.

Según la Revisión de la Protección Social del país de 2002 (elaborada para establecer las características, el alcance y las causas de la pobreza e identificar maneras de reducirla), la brecha de sexo en la fuerza de trabajo fue especialmente alta entre los pobres (49% de las mujeres pobres y 33% de los hombres pobres estaban desempleados). Según la Encuesta sobre la Fuerza Laboral y el Censo de Población y Vivienda de 2001, la tasa de desempleo disminuyó para ambos sexos entre 1997 y 1999. La participación de los hombres en la fuerza laboral fue más alta para todos los grupos de edad en el transcurso de este mismo período. La tasa de participación para ambos sexos disminuyó con el correr de los años, con un ritmo más acentuado en las tasas de mujeres. Los sectores de la construcción y la agricultura estaban en gran parte dominados por los hombres.

Se han registrado problemas en las prisiones, entre los que están un importante hacinamiento, la falta de una dieta apropiada para las personas con hipertensión y diabetes, la potencial transmisión de enfermedades transmisibles (como el VIH/sida y la tuberculosis), la eliminación inapropiada de desechos humanos y la ropa de cama inadecuada.

En 2005 se logró la educación universal primaria y secundaria, y ya se ha alcanzado la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en cuanto al acceso equitativo de la niñez a todos los niveles educativos.

La matrícula escolar primaria neta para los niños fue mayor que para las niñas (83% y 79%, respectivamente) en el período 1998–2004. En 2002, tres instituciones terciarias se fusionaron y formaron el Dominica State College. Más mujeres que hombres aprovecharon las oportunidades de educación terciaria, lo que con el tiempo ha llevado a un crecimiento significativo en el número de mujeres en posiciones administrativas jerárquicas, tanto en el sector privado como público. Aumentó el número de hombres que buscaron capacitación vocacional, y el gobierno concedió becas a más estudiantes hombres.

En 2001, 4,5% de los hogares no tenía acceso a agua potable segura, un porcentaje inferior en comparación con 7,5% en 1991. En 2004, la Dominica Water and Sewerage Company, Ltd. (DOWASCO), que administra los sistemas de abastecimiento público de agua del país, tenía en funcionamiento 43 sistemas individuales de abastecimiento de agua que suministraban agua potable a 100% de las zonas urbanas y aproximadamente a 95% de las zonas rurales. El 5% restante de la población rural se abastecía por sistemas privados o por otros medios, como vertientes, ríos, o cuencas de captación de lluvias.

El consumo de agua per cápita en 2004 se estimó en 151 a 227 litros por persona, por día. DOWASCO manejó aproximadamente 13.285 conexiones del servicio y 549 fuentes de agua; el 78,30% del total de las conexiones del servicio contaba con medidores. Aproximadamente 60% de la población tiene acceso a todos los servicios de almacenamiento, recolección y eliminación de desechos sólidos de la Corporación de Manejo de Desechos Sólidos; el 40% restante recurre al compostaje, la reutilización, la quema y el entierro de desechos sólidos. Un pequeño porcentaje de hogares continúa recurriendo al vertido a cielo abierto. Arrojar basura sigue siendo un problema importante en toda la isla, que afecta las cuencas bajas de los ríos y las zonas costeras.

Antes de 1980, aproximadamente 60% de los hogares tenía acceso a un sistema de recolección de desechos sólidos. La cobertura aumentó a alrededor de 70% en 1991 y aproximadamente 84% para 2001. La mayor cobertura de servicios de abastecimiento de agua y eliminación de excretas dio lugar a una disminución de la helmintiasis y la fiebre tifoidea entre la población.

En 2005, el Departamento de Salud Ambiental tenía registrados 213 restaurantes y 229 establecimientos alimenticios que atendían a menos de cinco clientes (*snackettes*); el 70,9% y 66,4%,

respectivamente, obtuvieron puntajes satisfactorios (70% o más) según los criterios de evaluación del formulario de inspección de restaurantes.

El país está constantemente amenazado por las inundaciones, y los huracanes son frecuentes en los últimos meses de verano. En 2003 se produjo un importante desprendimiento de tierras en el sur del país que cobró la vida de dos trabajadores de servicios públicos que se desempeñaban en la zona. A fines de 2004, Dominica fue sacudida por un terremoto que midió 6,0 en la escala de Richter y causó daños por US\$ 33 millones, especialmente en el norte del país. El Hospital Portsmouth sufrió serios daños. Tres meses después se produjeron temblores secundarios que midieron 4,7 y 5,4 en la escala de Richter, que causaron preocupación en los residentes locales.

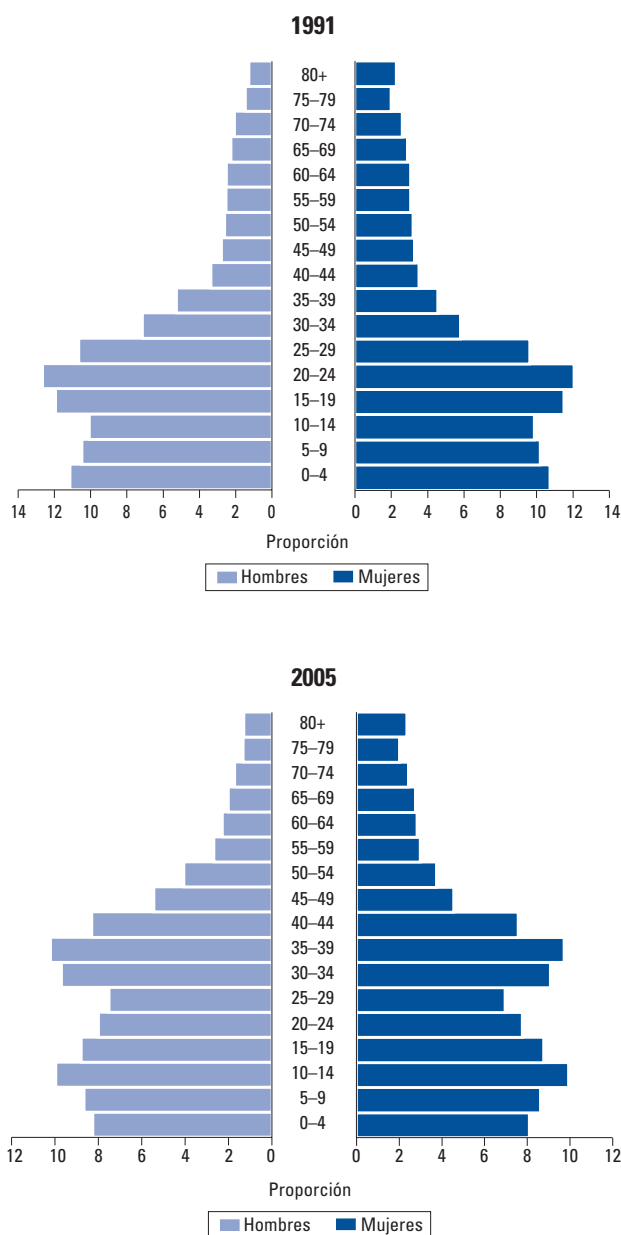
Demografía, mortalidad y morbilidad

Según los datos del Censo de Población de 2001, la población total del país era de 69.625 habitantes; el cálculo para fines de 2003, sin embargo, arrojó una cifra de 70.340 habitantes. La población está constituida principalmente por descendientes de africanos y una pequeña población (4,0%) de indígenas kalinago (o caribes), la última tribu sobreviviente de los primeros habitantes del Caribe y uno de los grupos de población más pobres del país. Se registró una población no institucional de 14.539 habitantes para la ciudad de Roseau.

Según estimaciones del Negociado del Censo de los Estados Unidos, la población de 0 a 20 años representaba un porcentaje menor de la población total en 2005 (36%) que en 1991 (45%), y la mayor diferencia en la distribución de la población total entre 1991 y 2005 estaba en el grupo de 20 a 60 años (46% en 1991 y 54% en 2005). Se observó una leve diferencia en el grupo de 60 años y más (11% en 1991 y 10% en 2005). Las diferencias por sexo en los distintos grupos de edad fueron pequeñas y la mayor se observó en el grupo de 60 años y más en 2005 (hombres, 9% y mujeres, 12%), mientras que en 1991, las diferencias en este grupo de edad fueron de 10% para los hombres y de 13% para las mujeres. En la última década, la población se ha desplazado hacia la línea media de la pirámide edad-sexo, donde se espera un mayor impacto de las enfermedades crónicas (véase la figura 1.) La densidad de la población disminuyó 2,1% (de 95 a 93 habitantes por km²).

La esperanza de vida al nacer en 2005 era de 74,7 años (71,7 para los hombres y 77,7 para las mujeres). En 1990–1995, la esperanza de vida se estimó en 67,8 años (63,5 para los hombres y 69,8 para las mujeres). La tasa global de fecundidad se mantuvo constante entre 1991 y 2001 (3,0 niños por mujer). La edad fértil promedio fue de 27,2 años en 1991 y 27,8 en 2001. Se registraron dos defunciones maternas entre 2000 y 2003, ambas ocasionadas por complicaciones en el embarazo. En promedio, hubo 1.137 nacidos vivos por año en el mismo período. La tasa bruta de natali-

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Dominica, 1991 y 2005.



dad alcanzó un promedio de 16,1 por 1.000 habitantes en el mismo período. La tasa bruta de mortalidad registró un promedio de 7,7 por 1.000 habitantes; se notificaron 2.172 defunciones.

En el período 1991–2001 emigraron hacia otros países del Caribe y los Estados Unidos de América 8.866 personas, por lo que se mantuvo la tendencia hacia una disminución en la población. La migración internacional asciende vertiginosamente después

de los huracanes, ya que los trabajadores especializados pierden sus empleos y buscan mejores condiciones laborales en otro sitio. Sin embargo, en 2003–2005 disminuyó el flujo de salida de la población (solo 23 personas se trasladaron a otro país en 2003), lo cual contribuyó, junto con el aumento en la tasa de natalidad, al crecimiento de la población (3).

Las diez causas principales de muerte en 2003 fueron las neoplasias malignas (123 defunciones), las enfermedades hipertensivas (86), las cardiopatías (71), la diabetes mellitus (31), las enfermedades cerebrovasculares (26), las enfermedades del sistema respiratorio a excepción de la enfermedad respiratoria aguda (20), la infección respiratoria aguda (16), las afecciones originadas en el período prenatal (14), las enfermedades del sistema digestivo (13) y las enfermedades del sistema nervioso excepto la meningitis (12).

En 2002 se realizaron 39.728 consultas a médicos de distrito o enfermeros de familia. En general, las mujeres realizaron el doble de visitas (67,7%) que los hombres (32,3%). La mayor diferencia se encuentra en el grupo de 30 a 64 años, en el cual las mujeres triplicaron el número de consultas.

La mayoría de los niños de 0 a 5 años (88,8%) presentaba un estado nutricional normal en 2001 y el 9,4% era obeso. En 1990–2000, 30% de la población adulta tenía sobrepeso (Índice de masa corporal [IMC] entre 25 y 30) y 17,9% era obesa (IMC superior a 30). Las causas principales de morbilidad y mortalidad estaban influenciadas por ciertos hábitos de estilo de vida, como una actividad física inadecuada, una dieta deficiente, un mal manejo de los eventos vitales, incluidos los hábitos de conducción de vehículos. El número de víctimas por accidentes automovilísticos, violencia y lesiones ha aumentado en Dominica.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Según el censo de 2001, los niños de 0 a 4 años representaban 8,9% de la población (4,5% niños y 4,4% niñas).

Se registraron 7.010 nacimientos durante el período 2001–2005. La tasa bruta de natalidad en 2001 fue de 17,2 por 1.000 habitantes y de 15,1 en 2004. La tasa de mortalidad infantil fue de 19,8 por 1.000 nacidos vivos en 2001, 18,9 en 2003 y 13,1 en 2004. La tasa de mortalidad neonatal fue de 14 por 1.000 nacidos vivos en 2001 y de 10,3 en 2004. La tasa de mortalidad perinatal varió de 26,8 por 1.000 nacidos vivos en 2001 a 28,8 en 2004; se registraron 70 defunciones perinatales durante el período. Las causas principales de muerte en este grupo de edad fueron el síndrome de distrés respiratorio del recién nacido (19) y la malnutrición fetal (33). Las defunciones en niños menores de 1 año variaron de 21 en 2000 (11 niños, 10 niñas) a 14 en 2004. La tasa de mortalidad en los niños menores de 5 años fue de 4,3 por 1.000 en 2001 y de 2,8 en 2004.

La prevalencia de bajo peso al nacer aumentó de 8,2% en 2002 a 9,8% en 2004.

La cobertura de inmunización para las enfermedades epidemiológicas es superior a 99%, aunque algunos padres rechazaron la vacunación por motivos religiosos.

La tasa de iniciación de la lactancia materna es de 98,7% y el 33,9% de las mujeres amamantaron exclusivamente hasta los seis meses. El 74% de los niños comienza a consumir alimentos de la dieta familiar a los seis meses. En 2004, 10% de los niños de este grupo de edad era obeso.

Según el Programa Nacional del Sida, no se registraron lactantes nacidos de madres positivas al VIH entre 2003 y 2004. En 2005 hubo un incremento de 20% en la aceptación de la prueba de detección del VIH en embarazadas, que condujo a la identificación de tres lactantes positivos al VIH; estos lactantes están a la espera de una prueba final para determinar su estado.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Se registraron dos defunciones en este grupo de edad en 2003. Dos niños quedaron huérfanos por el sida durante este período.

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

En 2001, el grupo de 10 a 14 años representaba 10% de la población (4,9% hombres y 5% mujeres) y el de 15 a 19 años, 9,6%, con la misma distribución de los sexos.

La tasa de natalidad de madres menores de 20 años se mantuvo constante, con una variación de 43 por 1.000 en 2001 a 44 por 1.000 en 2005. No se disponía de servicios especiales de salud para adolescentes dentro del sistema de salud estatal, y el único método de anticoncepción disponible en los establecimientos de salud eran los condones. En 2001, la tasa de fecundidad para las adolescentes de 15 a 19 años fue de 140 nacidos vivos por 1.000 adolescentes de ese grupo de edad.

Hubo 37 defunciones en 2000–2004 y el número más alto (11) se registró en 2002. Las principales causas de muerte fueron los accidentes automovilísticos (6), las neoplasias malignas (no especificadas) (6), las enfermedades del sistema circulatorio (6), los homicidios (3), el suicidio (1) y las defunciones maternas (1). Los datos de la Encuesta Mundial sobre el Tabaquismo en la Juventud en 2004 revelaron que 34,4% de los estudiantes de escuela primaria y secundaria fumaba (39,4% para los hombres y 26,4% para las mujeres).

El porcentaje de estudiantes que nunca habían fumado varió de 33% a 41% en 2000 y de 25% a 38% en 2004, y alrededor de 27% de los estudiantes entrevistados en 2000 y 2004 había empezado a fumar antes de los 10 años. El consumo de tabaco y la edad de iniciación vigentes se mantuvieron constantes para ambos años de las encuestas. Los datos de 2004 revelaron que 20% de las mujeres entrevistadas eran propensas a fumar.

Casi 60% de los estudiantes estaba expuesto al humo del tabaco en lugares públicos, y se observó un aumento en el número de estudiantes que informaron que uno de sus padres, o ambos, fumaba.

Salud de los adultos (20–59 años)

En 2003, el número de adultos de 20 a 59 años era de 32.518, y representaban 47,6% de la población (el más alto porcentaje de cualquier grupo de edad); de ellos, 16.018 eran mujeres (22,8%) y 16.500, hombres (24,9%).

La tasa global de fecundidad en 2001 fue de 2,5 niños por mujer, y la edad promedio de las mujeres en edad de procrear fue de 27,8 años.

Según el informe de 2004 de la Asociación Familiar de Dominica, los anticonceptivos más habitualmente suministrados eran los condones, los anticonceptivos orales y los anticonceptivos inyectables. El número de pruebas de Papanicolaou en este establecimiento disminuyó de 650 en 2000 a 363 en 2004.

La abrupta disminución en el uso de espermicidas que no ofrecen protección contra la transmisión del VIH/sida puede estar relacionada con un mayor conocimiento sobre cómo prevenir el VIH/sida.

Entre 2003 y 2004 hubo un incremento en el número de nuevas personas que aceptaron el uso de anticonceptivos (de 244 a 261), cifra que representa un aumento de 7%. El número de consultas por anticonceptivos aumentó de 4.248 en 2003 a 4.566 en 2004, lo cual representa un aumento de 7,5%.

Se ofrecen servicios de atención prenatal a todos los que la necesitan. La mayoría de los nacimientos fueron atendidos en instituciones de salud y por profesionales de salud especializados. También se ofrece la prueba de detección del VIH a todos los pacientes de atención prenatal; entre 2003 y 2005 se produjo un aumento de 20% de las personas que aceptaron hacerse la prueba.

Entre las principales causas de muerte en este grupo están las neoplasias malignas (22%), la enfermedad hipertensiva (15,4%) y la cardiopatía (12,7%), seguidas de la diabetes mellitus y la enfermedad cerebrovascular. Según el informe del Médico Jefe, en 2003 se registraron 12 defunciones relacionadas con el sida (10 hombres y 2 mujeres), lo cual representa 2,1% de todas las defunciones. Durante 2000–2003 se notificaron 397 defunciones en este grupo de edad, de las cuales 250 fueron hombres.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

A fines de 2003, el número de personas en este grupo de edad era de 9.610 (4.183 hombres y 5.427 mujeres); el 1,2% del total de la población tenía 85 años o más.

Se registraron 1.574 defunciones (746 hombres y 828 mujeres) en el período 2000–2003. Según las investigaciones realizadas en 2002 por el Consejo de Adultos Mayores de Dominica, los princi-

pales problemas sociales que enfrentan las personas de edad avanzada son la inestabilidad financiera, la falta de apoyo social, la soledad entre aquellos que no cuentan con familias extensas y la falta de actividades comunitarias que requieran de su participación. Los principales problemas de salud fueron la hipertensión, la artritis, los problemas de la vista y la diabetes. Las mujeres son más conscientes de sus problemas y aparentemente tenían una mayor interacción con el sector salud. Tanto las mujeres como los hombres usaron medicamentos recetados, así como también medicamentos tradicionales caseros.

Salud de la familia

Entre 1991 y 2001 (los últimos dos años del censo), el promedio de hogares aumentó 10,9%. El 34,0% de los hogares pobres estaban liderados por mujeres solteras y 45% de las personas pobres vivían en hogares liderados por mujeres. Según el Censo de Población y Vivienda de 2001, los hogares liderados por mujeres representaban 36,9% del total. El número promedio de personas por hogar era de 3,1, con 3,3% de los hogares constituidos por más de ocho personas. Esto incluye 311 hogares, o 42,5%, liderados por mujeres y 421 hogares liderados por hombres. Un número más alto de mujeres que de hombres había perdido a su cónyuge (3:1). Las mujeres en este grupo continuaron cubriendo sus necesidades por sí mismas o bien dependieron del apoyo público, familiar, o de remesas, especialmente aquellas sin los ingresos de una pensión. Más de 75% de las mujeres cabeza de familia tenía solamente educación primaria, si bien los niveles educativos han mejorado para la población en su conjunto.

Las tasas de embarazos en adolescentes fueron altas a pesar de la disponibilidad de anticonceptivos orales en los dispensarios, lo cual fue motivo de gran preocupación durante el período del informe. El uso de drogas y el consumo de alcohol, especialmente entre los hombres jóvenes, también fue motivo de preocupación.

Salud de las personas con discapacidad

En el período 2002–2005, una proporción más alta de hogares pobres tenía algún miembro con una discapacidad grave. Sin el apoyo social o familiar, la vejez se asociaba evidentemente con salud deficiente, discapacidad y pobreza. El Censo de Población y Vivienda de 2001 reveló que 1,1% del total de la población (773 personas) tenía discapacidades visuales, 0,5% (320) discapacidades auditivas, 0,7% (475) discapacidades del habla, 1,6% (1.131) disminución de la movilidad, 0,8% (556) retardo mental y 1,5% (1.046) otro tipo de discapacidad.

Grupos étnicos

La población caribe es joven; el 70% tiene menos de 30 años y 40% menos de 19. La actividad económica de los caribes se

centra en una agricultura de subsistencia mixta, la producción de artesanías y la construcción de embarcaciones. Los caribes viven en un área delimitada llamada el Territorio Caribe, en el nordeste del país. La prevalencia de la pobreza entre la población caribe era de 70% en 2002, y casi la mitad de los caribes eran indigentes. Este grupo representa alrededor de 4% (2.800) del total de la población y 7% de la población pobre (4).

En 2001, solamente 2,3% de la población caribe tenía agua suministrada por conexiones dentro de las viviendas, 4,6% tenía inodoros con cisternas, 56,3% tenía electricidad y 63,0% utilizaba la madera como un elemento para cocinar. Estos datos reflejan las importantes disparidades de las condiciones de vida de los caribes y el resto de la población.

El gobierno está trabajando para mejorar la eficacia, la efectividad y la calidad de los servicios prestados a los caribes. Los planes incluyen la disponibilidad de un servicio de ambulancias; la mejora de la infraestructura edilicia de los establecimientos de atención de salud; la implementación de actividades de promoción de la salud para fomentar conductas saludables, y la mejora de la salud mental a través de programas para la prevención del abuso de sustancias, incluido el abuso de alcohol. El Territorio Caribe está atendido por dos distritos de salud, Castle Bruce y Marigot.

El Plan Nacional de Salud de 2002–2006 reconoce las necesidades de salud específicas de los caribes. En 2001 se lanzaron iniciativas específicas para la prevención de la helmintiasis y la tuberculosis en dicha comunidad.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Las dos enfermedades transmitidas por vectores que afectan considerablemente al país son el **dengue** y la **leptospirosis**. El informe de 2004 del Médico Jefe hace hincapié en la necesidad de las actividades de control de vectores, habida cuenta de los índices domésticos preocupantes,¹ que variaron entre 18% y 25%. Se notificaron cinco casos de dengue entre 2001 y 2004. No ha habido casos de **malaria** en la población autóctona desde la década de 1960; sin embargo, el mosquito *Anopheles albimanus* es endémico en tres distritos de salud. Se registró un aumento en el número de personas que migraron a Dominica desde países en los que la malaria es endémica.

Enfermedades inmunoprevenibles

La cobertura para todas las vacunas incluidas en el programa nacional de inmunización (BCG, OPV (antipoliomielítica), DPT

(contra difteria, tos ferina y tétanos) y SRP (contra sarampión, parotiditis y rubéola) en el período 2001–2005 varió de 95% a 100%. La vacuna contra la **hepatitis B** se aplica a los trabajadores de salud y otros considerados de alto riesgo para la enfermedad. Las vacunas contra *Haemophilus influenzae tipo b* y hepatitis B se administran solamente a los niños en el sector privado. Como parte del programa de erradicación de la **rubéola**, 21.172 (94,1%) personas de 12 a 35 años recibieron la vacuna contra sarampión, parotiditis y rubéola en 2000, y 99,2% de los niños de 1 a 5 años recibieron su segunda dosis. La cobertura de vacunación de antígenos administrados en 2005 fue la siguiente: BCG, 98%; SRP, 100%, tercera dosis de OPV, 98% y DPT, 98%.

El último caso de poliomielitis se registró en 1980 y el último caso de sarampión en 1991. En el período 2000–2001 no se registraron casos de rubéola, síndrome de rubéola congénita, difteria, tos ferina, tétanos ni tétanos neonatal.

Se evaluó integralmente el programa de inmunización y en 2004 se desarrolló un plan de cinco años de duración.

Enfermedades infecciosas intestinales

La **gastroenteritis** fue la principal enfermedad intestinal infecciosa en 2001–2005, con 740 casos registrados en niños menores de 5 años y 712 casos entre personas de 5 años o más. No se notificaron defunciones por gastroenteritis en el período de análisis. Se diagnosticaron cinco casos de **fiebre tifoidea** en el período.

Enfermedades crónicas transmisibles

La incidencia de la **tuberculosis** no aumentó y se desarrollaron protocolos para facilitar el hallazgo de casos, el rastreo de contactos y la sistematización del tratamiento.

La tasa de incidencia de la influenza en 2003 fue de 605 por 100.000 habitantes, cifra que representa un aumento desde 2002.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Entre 1987 y 2005, 305 personas tuvieron un resultado positivo en las pruebas de detección del VIH. Ocho personas tuvieron resultado positivo al VIH en 2003, aunque esta cifra debe interpretarse con cautela porque la prueba voluntaria de detección del VIH no fue masiva en el país. Los hombres de 25 a 44 años fueron los más afectados por el VIH/sida.

Desde 1987, 120 personas murieron por enfermedades relacionadas con el sida. En 2005, 34 pacientes asistieron a la clínica de enfermedades infecciosas: 23 hombres y 11 mujeres. Se sometieron a pruebas de recuento de células CD4 37 pacientes, de los cuales 24 comenzaron el tratamiento antirretroviral. Las relaciones sexuales entre hombres fueron el principal modo de transmisión.

El número y el porcentaje de muestras de sangre positivas aumentaron año a año de 1998 a 2001.

¹Porcentaje de hogares infectados con la larva o crisálida de *Aedes aegypti*.

Zoonosis

Hubo un caso confirmado de leptospirosis en 2005.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La **diabetes** fue un importante problema de salud pública que influyó considerablemente en la morbilidad y mortalidad. En 2002, la diabetes ocasionó 5.253 consultas clínicas en centros distritales de salud, 13,2% del total de las consultas clínicas. En 2004 se realizaron 12.623 consultas por diabetes. En 2002–2003, los medicamentos para la diabetes representaron 14,4% del presupuesto total de medicamentos. En los hombres, 50% de las consultas por diabetes se registraron en el grupo de 65 años y más; en las mujeres, 50% de las consultas se registraron en el grupo de 60 años y más.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares causaron 474 defunciones en 2000–2004. En los hombres, el número de casos fue de 234 (49%) y en las mujeres, 240 (51%). Se registró un mayor número de defunciones por enfermedades cerebrovasculares en las mujeres (61% del total de defunciones). En 2004 se realizaron 27.676 consultas por **hipertensión**.

Neoplasias malignas

Entre 2000 y 2004 se registraron 583 muertes por neoplasias malignas, con un promedio anual de 117 defunciones. Los hombres representaron 60,9% de todas las defunciones por neoplasias malignas. Las localizaciones más frecuentes fueron el estómago (13%); la próstata, (28%); las mamas (7%); el sistema digestivo (16%) y el cuello del útero (12%). Las personas de 70 años y más representaron 46% de todas las defunciones por neoplasias malignas; 267 personas (172 hombres y 95 mujeres) en ese grupo de edad murieron por esta causa. El número de defunciones por cáncer de próstata aumentó de 29 en 2000 a 41 en 2004.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud mental

El estigma y la discriminación asociados con la enfermedad mental siguieron siendo motivo de preocupación. Hubo 318 admisiones por enfermedad mental en 2003. El tratamiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados está disponible en el Hospital Princess Margaret, en la capital.

El Plan de Acción de 2002 para la Atención de la Salud de Dominica contempla el establecimiento de un programa nacional de salud diseñado para reducir la incidencia de trastornos mentales.

Salud oral

Los servicios de salud oral se ofrecen a través de una red de establecimientos públicos y privados. El gobierno administra siete consultorios públicos de salud dental que ofrecen odontología preventiva, curativa y restauradora.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

La misión del gobierno es promover el bienestar de todos los ciudadanos de Dominica mediante la prestación de servicios preventivos, curativos, de promoción de la salud y rehabilitación, que cumplan con las normas aceptables y tengan un costo asequible y sostenible.

El Plan Estratégico de 2002 siguió suministrando un marco para la salud. El Plan busca obtener la colaboración y la participación multisectorial, fortalecer las asociaciones entre el sector público y el privado y estimular la participación de las personas y la sociedad civil. El Plan es lo suficientemente flexible como para adaptarse a los cambios planteados por los desafíos que surjan.

En 2002 se revisó la Ley Número 21 sobre Hospitales y Establecimientos de Atención de Salud. En 2003 se terminó y presentó al Ministerio de Salud el anteproyecto de Ley Médica, pero no se promulgó hasta fines de 2005. Ese mismo año se elaboró un proyecto de ley sobre seguridad de alimentos y se realizó una reunión de consulta a nivel nacional. Se presentaron otros proyectos de reglamentos, que se refieren a la construcción; la eliminación de material ofensivo; la contaminación del aire, el suelo y el agua, y las normas de salud para los peluqueros.

La participación de Dominica en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco fue aprobada por el Gabinete en 2003, y en junio de ese año, el país se convirtió en uno de los signatarios y miembros participantes del convenio.

Estrategias y programas de salud

El gobierno ha establecido una red de seguridad social, mediante programas de asistencia pública, así como a través de esfuerzos más amplios, para garantizar el acceso de los pobres a la educación y la atención de salud básica. El gobierno también se ha propuesto incorporar un programa nacional de seguro de salud.

El Plan de Acción de 2002 para la Atención de Salud se centró en varios objetivos: en cuanto a la salud de la mujer, reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad en el grupo de 25 a 59 años; en cuanto a la salud reproductiva, promover una conducta sexual responsable y habilidades para la crianza; en cuanto a los hombres, reducir la morbilidad y la mortalidad entre los adultos jóvenes y los de edad avanzada; en cuanto a los adultos mayores, implementar programas para mejorar su bienestar; en cuanto a

las personas con discapacidades, mejorar el acceso a los servicios públicos y de salud; en cuanto a las personas marginadas, aprovechar los recursos para una vida saludable mediante la promoción de la participación comunitaria; en cuanto a los caribes, mejorar la calidad de los servicios; en cuanto a la salud oral, garantizar una mejor salud oral en grupos objetivo específicos; en cuanto a la salud mental, establecer un programa nacional de salud para reducir la incidencia de los trastornos mentales en relación con la demanda y el expendio de medicamentos; en cuanto a la alimentación y nutrición, mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes y sus niños, y en cuanto al control de las enfermedades transmisibles, reducir la morbilidad y la mortalidad.

Organización del sistema de salud

La prestación de servicios de salud se canaliza a través de los servicios de atención primaria y salud social. Para la prestación de atención de salud primaria, Dominica se divide en siete distritos, los cuales, a su vez, están agrupados en dos regiones administrativas: la Región I, que incluye los distritos de salud de Roseau, St. Joseph y Grand Bay, y la Región II, que incluye los distritos de salud de Portsmouth, Marigot, Castle Bruce y La Plaine. Cada distrito tiene de cuatro a siete consultorios tipo I y un centro de salud tipo III.

Los consultorios tipo I atienden de 600 a 1.000 personas en un radio de ocho kilómetros del dispensario (hay 44 consultorios tipo I en todo el país). Cada centro de salud tipo III funciona como sede administrativa del distrito. Los consultorios son el primer punto de contacto con los servicios de salud y su función es minimizar las presiones de la demanda en los centros de salud y el hospital de atención secundaria. Dos hospitales de distrito, los hospitales de Marigot y Portsmouth, ofrecen servicios ambulatorios limitados y también forman parte del sistema de atención de salud primaria. Los servicios de atención primaria están totalmente descentralizados y la prestación es gratuita. El Director de Atención de Salud Primaria y el Personal de Enfermería Comunitaria de Personas Mayores tienen la responsabilidad directa de la administración de la prestación de los servicios de atención de salud primaria. La administración del distrito está respaldada por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud.

El Hospital Princess Margaret cuenta con 225 camas y proporciona servicios de atención secundaria (la atención secundaria no está descentralizada). Se ha establecido un programa de pagos para la atención médica en el hospital, donde se indican los honorarios para las consultas a médicos especialistas, los procedimientos técnicos y la hospitalización. Hay un sistema de referencia bien organizado; todos los pacientes que necesitan servicios de atención secundaria son atendidos en el Hospital Princess Margaret.

Los servicios privados de atención de salud se limitan a la atención ambulatoria proporcionada por profesionales, que generalmente trabajan a tiempo parcial. La gran mayoría de los profesionales privados trabaja en la capital.

Hasta la redacción del presente documento, Dominica no tenía un sistema nacional de seguro de salud, a pesar de que existen varios procedimientos para asistir a los pacientes que no pueden pagar los costos de la atención médica. La División de Bienestar Social cuenta con un presupuesto anual de alrededor de EC\$ 1 millón, destinado a poner en funcionamiento un programa que brinda un subsidio para gastos de subsistencia a las personas inscritas, y destinado a cubrir el costo de las tomografías computarizadas para quienes reúnen los requisitos. Se proporciona un subsidio especial a niños con discapacidades graves. El Ministerio de Salud y Seguridad Social y el Hospital Princess Margaret disponen de algunos mecanismos, dentro de ciertos límites, para dar ayuda financiera o para la reducción/exención de facturas, con objeto de facilitar el acceso a los servicios médicos a las personas más necesitadas. La Seguridad Social garantiza beneficios a corto y largo plazo, como pensiones, beneficios de licencia por enfermedad y subsidios por maternidad, para las personas empleadas o formalmente empleadas.

Servicios de salud pública

La Unidad de Información de Salud, encabezada por el epidemiólogo nacional, se encarga de la vigilancia de las cuestiones de salud, especialmente las enfermedades transmisibles. En 2001–2005, esta unidad fortaleció la vigilancia de las enfermedades de interés para la salud pública. Se estableció el Equipo de Vigilancia y Respuesta a la Salud Pública Nacional, un comité multisectorial y multidisciplinario que se reúne semanalmente para revisar los datos de vigilancia y poner en marcha respuestas coordinadas a las posibles amenazas para la salud. Con la asistencia técnica del Centro de Epidemiología del Caribe, la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional, el Cuerpo de Paz de los Estados Unidos y el Servicio de Voluntarios Japoneses para la Cooperación en el Extranjero, la Unidad modernizó los sistemas de vigilancia para las enfermedades transmisibles, incluida la actualización de los sistemas computarizados que ha mejorado la calidad de los análisis y los informes.

La compañía de agua y alcantarillado, Dominica Water and Sewerage Company, Ltd., se encarga del control y la administración de los sistemas de abastecimiento de agua del país.

El Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud garantiza la provisión de agua potable. En 1990–2000 se sometieron a análisis 924 muestras de agua. En promedio, 85% de las muestras analizadas cumplía con las normas establecidas por la OMS. El Departamento de Salud Ambiental también fomenta el uso de métodos sanitarios en la matanza de animales para consumo humano. En 2003–2004 se inspeccionaron 3.624 animales

Mejor acceso a los servicios de salud para los indios caribes

Los 3.000 indios caribes de Dominica habitan en ocho villas dispersas en un territorio de poco más de 9.000 hectáreas que bordea la costa oriental del país. La actividad económica se centra en los cultivos necesarios para asegurar la subsistencia y en la construcción de botes. Los caribes constituyen apenas 4% de la población total, pero representan 7% de la población en situación de pobreza. El acceso a los servicios de salud de los caribes ha sido menos que el de la población general. El Plan Nacional de Salud 2002–2006 reconoce las necesidades de salud de los caribes, por lo que el gobierno está trabajando para mejorar la eficacia y la calidad de los servicios de salud de este grupo étnico. Las organizaciones no gubernamentales también les están brindando servicios de salud. Entre ellos, el Proyecto Misión Salybia, una organización sin fines de lucro en la que participan estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad Ross, bajo la dirección de un médico descendiente de los caribes.

muecos, 362 reses de ganado vacuno, 554 cerdos, 30 cabras y 2.696 aves de corral. Se desarrollaron programas educativos sobre la higiene de los alimentos en todos los distritos para informar a los manipuladores de alimentos sobre aspectos sanitarios de los mismos, incluida la higiene personal, técnicas de manipulación adecuada de los alimentos, métodos de almacenamiento de alimentos y el análisis de peligros en puntos críticos de control.

La Corporación de Manejo de Desechos Sólidos, creada y regulada por la Ley de Manejo de Desechos Sólidos de 2000, se encarga de almacenar, recolectar y eliminar los desechos sólidos. El objetivo general de la corporación es supervisar y facilitar la implementación eficaz de un programa de desechos sólidos mediante la supervisión y coordinación de programas de salud ambiental, asociados con la administración de desechos sólidos a nivel distrital y nacional.

En el segundo semestre de 2003, la Corporación de Manejo de Desechos Sólidos emprendió actividades educativas junto con el Departamento de Salud Ambiental y los consejos locales de Castle Bruce, La Plaine, Tete Morne, Ma Bouche, Cochrane, Vieille Case, Wesley y Woodfordhill. Los residentes observaron prácticas para una mejor administración de desechos sólidos y se informaron sobre los planes para la atención de estas zonas mediante la recolección de desechos sólidos al borde de la acera. Varias comunidades, especialmente en el nordeste y este del país, todavía no tienen un sistema de recolección establecido. En las zonas donde se ha implementado la recolección de desechos sólidos al borde de la acera, los residentes se quejaron de la poca frecuencia de la recolección por parte de la Corporación de Manejo de Desechos Sólidos, lo que llevó a la acumulación de basura al borde de las carreteras y, en algunos casos, a la creación indiscriminada de basurales.

Los laboratorios estatales desempeñaron funciones de salud clínica y privada. Prestaron servicios en microbiología, serología, química clínica, histopatología y citología, hematología y como bancos de sangre. Los servicios de laboratorio básicos son gra-

tuitos para los residentes referidos de consultorios distritales o del departamento de accidentes y urgencias. La prueba de detección del VIH es gratuita para las mujeres embarazadas si la solicita un médico que se desempeña en el sector público. Los sectores público y privado refirieron 32.581 personas en 2003. Hubo 847 donantes de sangre.

La Oficina de Preparación ante Desastres coordina el manejo de desastres.

Servicios de atención a las personas

Los consultorios tipo I están dotados de parteras residentes o enfermeros de atención primaria. Los dispensarios ofrecen servicios de atención materno-infantil, incluidos partos e inmunizaciones; atención médica; tamizaje de cáncer; atención de la diabetes y enfermedades hipertensivas; educación para la salud; servicios odontológicos; consultas domiciliarias y control del medio ambiente.

Los centros de salud tipo III cuentan con un médico residente, un enfermero de familia, un funcionario encargado del saneamiento ambiental, un farmacéutico, enfermeros de salud comunitaria, enfermeras parteras tituladas, un odontoterapeuta y personal de apoyo.

Los centros de salud tipo III ofrecen servicios más complejos e integrales que los consultorios tipo I; en los centros también se prestan servicios psiquiátricos y oftalmológicos.

El Hospital Princess Margaret, el único hospital de referencia que brinda atención secundaria en el país, atiende a pacientes hospitalizados y ambulatorios, y ofrece servicios especializados y de diagnóstico, incluidos medicina interna, diálisis, gastroenterología, cirugía, oftalmología, otorrinolaringología, obstetricia y ginecología, dermatología, psiquiatría, patología, oncología, radiología, anestesiología y pediatría. Los servicios terciarios se pueden obtener a través de consultores médicos o en las islas vecinas, con los gastos a cargo del paciente.

Promoción de la salud

El gobierno ha adoptado una estrategia de promoción de la salud que se lleva a cabo a través de diversos programas de intervención. Entre ellos, la iniciativa de la Comunidad Saludable, que aprovecha los recursos para promover una vida saludable mediante la participación de la comunidad en asociación con los funcionarios de los departamentos y las agencias gubernamentales y no gubernamentales, y con grupos de ciudadanos voluntarios. Como parte de esta campaña, el centro de recursos de promoción de la salud capacitó a los oficiales de distrito y a los líderes de la comunidad; realizó evaluaciones y perfiles comunitarios en todos los distritos como preparación para las iniciativas de Comunidad Saludable; elaboró los términos de referencia para que el comité coordinador de iniciativas supervise la implementación y evaluación de la iniciativa Comunidad Saludable; estableció una asociación con el Ministerio de Turismo para trabajar en iniciativas de turismo saludable, y recibió el apoyo financiero de parte del Ministerio de Turismo para otorgar Premios de Comunidad Saludable en 2005.

Recursos humanos

El Ministerio de Salud y Seguridad Social se comprometió a aumentar sustancialmente la retención del personal de salud para 2006. Como parte de esta iniciativa, en 2004 se revisó la escala de salarios para ocupaciones o profesiones específicas, como enfermeros, maestros y técnicos en computación. Después de obtener los resultados de la encuesta de salarios, se tomó la decisión de aumentar por lo menos en 15% los ingresos brutos de las personas cuyos sueldos o salarios mensuales eran inferiores a US\$ 110,00. En 1999–2001 se capacitó a 20 enfermeros de salud mental, considerados el principal medio para el cambio dentro del sistema de salud.

Suministros de salud

El gobierno se esfuerza por mejorar los servicios farmacéuticos en el sector público y privado. Dominica sigue participando en el Servicio de Adquisición de Productos Farmacéuticos de la Organización de Estados del Caribe Oriental. Los medicamentos esenciales se expenden gratuitamente en las farmacias de distrito, pero es posible que algunos medicamentos no estén disponibles, en función de las existencias de la Tienda Médica Central.

Gasto y financiamiento sectorial

El presupuesto para el gasto ordinario total de Dominica para el período 2005–2006 era de EC\$ 226,8 millones y el presupuesto

para el gasto ordinario del Ministerio de Salud y Seguridad Social, de EC\$ 29,8 millones (14% del presupuesto total anual).

La mayor parte del presupuesto de salud se asigna a salarios y otros beneficios para enfermeros, médicos y administradores. Las remuneraciones y los subsidios representan 80% del total del presupuesto de salud; el 20% restante es para bienes y servicios. Las compras de insumos médicos representan el rubro de mayor gasto, después de bienes y servicios.

En cuanto a la asignación presupuestaria por servicio, el Hospital Princess Margaret representó más de la mitad del presupuesto ordinario de salud (50,49%). La atención de salud primaria, que incluye los consultorios tipo I y los centros de salud tipo III en los siete distritos de salud, más dos hospitales en la zona norte del país, representó 26,21% del total del presupuesto de salud.

El Hospital Princess Margaret está dividido en siete programas, cada uno de ellos con su propia asignación presupuestaria: administración, 4%; mantenimiento general, 3%; servicios médicos, 70%; servicios de apoyo, 8%; protección y seguridad, 1%; la unidad psiquiátrica, 8%, y los servicios de laboratorio, 7%.

El presupuesto del Ministerio también está compuesto por presupuesto de capital. El presupuesto del gasto de capital total para 2005–2006 era de US\$ 30 millones. El Ministerio de Salud recibió US\$ 3,3 millones (11% del presupuesto de capital total). De los US \$3,3 millones asignados a salud, US\$ 2,3 millones representan fondos para subsidios, US\$ 0,8 millones representan algún préstamo y US \$0,1 millones es financiamiento estatal.

Cooperación técnica y financiera en salud

El apoyo técnico y financiero provino del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM), el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), la Fundación Clinton, la Facultad de Medicina de Harvard, el Centro Epidemiológico del Caribe, la Cruz Roja Americana, la Unión Europea, el Banco de Desarrollo del Caribe, la Fundación Brenda Strafford y la Organización Panamericana de la Salud. Cuba, Nigeria, la República de China y Taiwán también prestaron ayuda.

Referencias

1. Caribbean Development Bank of the commonwealth of Dominica. Country Poverty Assessment Final Report, Volume 1 of 2. Halcrow Group Limited; 2003.
2. Dominica Social Indicators and Millennium Development Goals; 2006.
3. Demographic Statistics, No. 4, 2004.
4. Medium Term Growth and Social Strategy; 2006.

