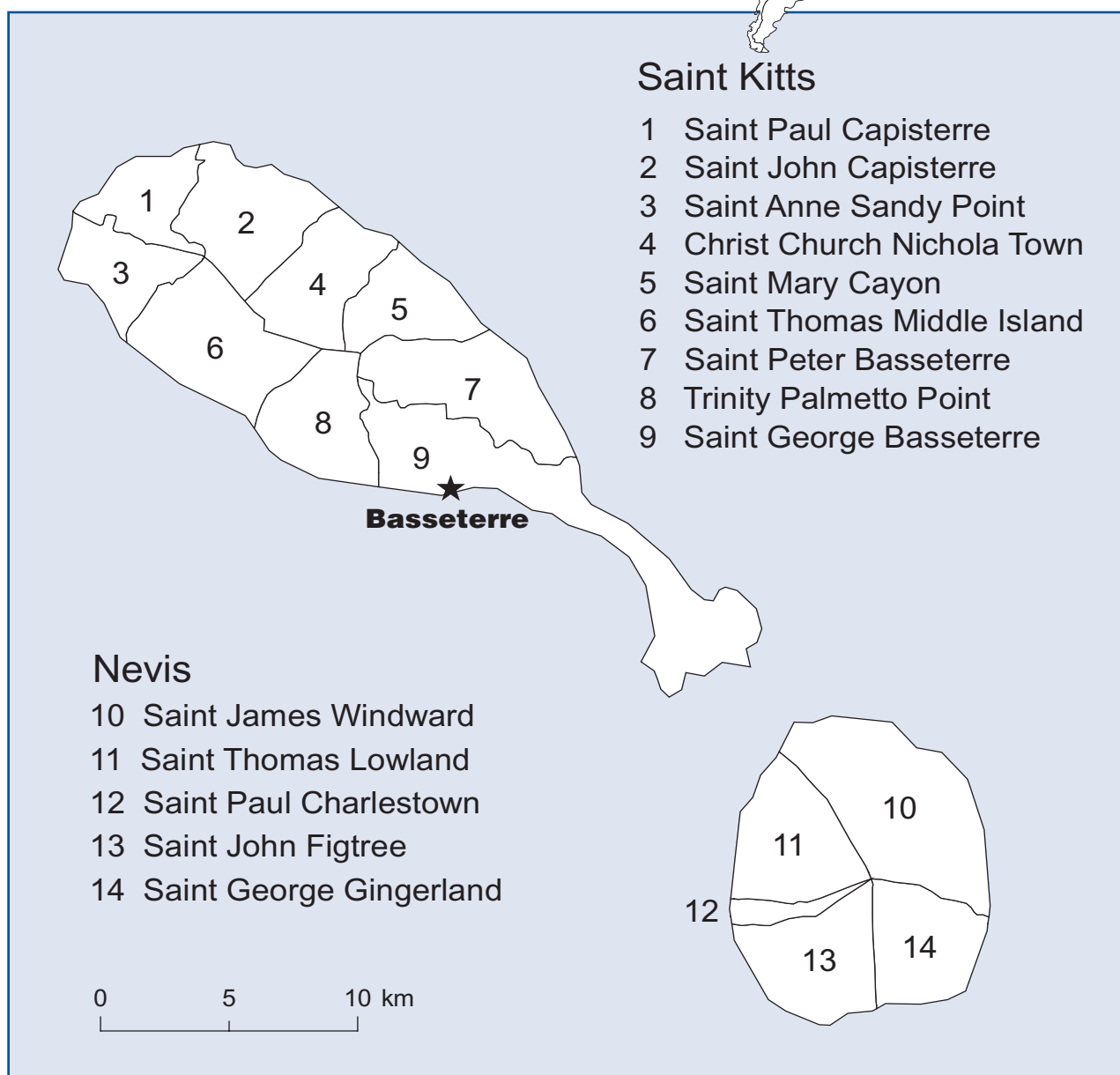


# SAINT KITTS Y NEVIS



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

**L**a Federación de Saint Kitts y Nevis se encuentra en la parte septentrional de las Islas de Sotavento, en la región oriental del Caribe. Saint Kitts y Nevis, de origen volcánico, están separadas por un canal de 3 km en su punto más cercano. Saint Kitts mide 176,12 km<sup>2</sup> y Nevis 93,2 km<sup>2</sup>.

## CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Saint Kitts y Nevis se independizaron políticamente de Gran Bretaña en 1983. El titular de la Jefatura del Estado es la Reina de Inglaterra, cuyo representante local es el Gobernador General. La constitución establece una forma de gobierno federal con sede en Basseterre, Saint Kitts, responsable de las relaciones exteriores, la seguridad nacional, la justicia y la supervisión de los asuntos internos de Saint Kitts, y otorga a Nevis total autonomía a través de la Administración de la Isla de Nevis. Los jefes del poder ejecutivo son el Primer Ministro en el ámbito federal y el Premier en el ámbito local en Nevis. El poder legislativo ha sido conferido al Parlamento Federal y a la Asamblea de la Isla de Nevis, cada uno con jurisdicciones específicas.

La relación política entre Saint Kitts y Nevis ha sido siempre un punto de contención desde el siglo XIX durante el dominio de la colonia británica, cuando Nevis (en aquel momento también Anguilla) se unió a Saint Kitts por cuestiones administrativas. La constitución contempla un proceso para la eventual secesión de Nevis que incluye la realización de un referéndum. El referéndum más reciente se celebró en 1998, en el que el voto de secesión fue del 61% y, por lo tanto, no alcanzó los dos tercios requeridos. En la administración de la salud, algunas responsabilidades son federales y otra son locales. El Ministerio Federal de Salud, con sede en Saint Kitts, administra la salud en Saint Kitts y ejecuta algunas funciones integradas como la vigilancia de la salud pública, la regulación profesional de la salud, los programas de tratamiento de enfermedades (como el VIH/sida), los programas de prevención de enfermedades (como el Programa Ampliado de Inmunización) y asuntos relacionados con los tratados internacionales. La prestación de servicios de salud funciona como la gestión financiera y presupuestaria de las instituciones de salud, que se administran por separado. La administración de personal también es autónoma, pero la nomenclatura de los puestos es prácticamente la misma. Como regla general, las disposiciones de los servicios públicos son idénticas, y el Ministerio de Salud de cada isla opera dentro del marco de las mismas Normas Generales.

## Determinantes sociales, políticos y económicos

A pesar de la división política, no existe distinción social entre los pueblos de Saint Kitts y Nevis, que se mueven libremente, viven y trabajan en ambas islas. La comunicación entre islas tiene lugar principalmente mediante un viaje de 40 minutos en transbordador entre las capitales, y, en menor grado, en avión (5 minutos de vuelo). El aumento del número de transbordadores de dos en 2001 a seis en 2005 es un indicador del incremento de la actividad comercial y el movimiento entre las islas.

Saint Kitts y Nevis tiene una pequeña economía abierta basada en los servicios (73% del producto interno bruto (PIB), en 2004) y en actividades secundarias como las manufacturas y la construcción. Durante el período de revisión, el desempeño del PIB fue variado.

Entre 2001 y 2003, el crecimiento del PIB respecto de los precios constantes mostró valores negativos; mientras que, en 2004 y 2005, el crecimiento fue del 5,1% y el 6,8% respectivamente. La disminución que se registró de 2001 a 2003 se atribuyó al impacto negativo en viajes y turismo después de los ataques de 2001 a Estados Unidos. Conforme a los datos del Ministerio de Seguridad Nacional, los ciudadanos de Estados Unidos representaron el 42% de los turistas y las llegadas totales de visitantes disminuyeron un tercio, de 333.361 en 2001 a 246.364 en 2002 y 246.787 en 2003.

Históricamente, la industria del azúcar fue el principal factor contribuyente de la actividad económica (especialmente en Saint Kitts). Esta industria cesó sus actividades en 2005, después de tres siglos de operación y varios años de pérdidas financieras que culminaron en una deuda insostenible. Entre los períodos de 1983 a 1993 y de 1994 a 2002, la producción de azúcar en Saint Kitts Sugar Manufacturing Corporation cayó un 16,1% y, entre 2002 y 2003, la disminución fue del 24%. Tras el cierre de la industria, aproximadamente 1.500 personas quedaron desempleadas, lo que incrementó la demanda de servicios sociales y de salud por parte del gobierno. Los costos financieros de los servicios médicos para los trabajadores de la industria del azúcar, hasta el momento a cargo de los antiguos empleadores, se transfirieron de inmediato al Ministerio de Salud y al Ministerio de Desarrollo Social y Comunitario y Asuntos de Género. Los ex

trabajadores de la industria del azúcar, incluidos los inmigrantes, tienen derecho a atención hospitalaria y clínica gratuita hasta encontrar empleo.

La mejora del desempeño del PIB en 2004 y 2005 refleja un rendimiento sólido en el sector turístico, con un cálculo de 389.868 llegadas de turistas, un incremento del 58% respecto de 2003. De acuerdo con la información provista por el Ministerio de Turismo, el número de huéspedes en los hoteles aumentó un 14%, de 1.611 en 2003 a 1.825 en 2004. Una encuesta sobre condiciones de vida que se realizó en el período de 1999 a 2000, patrocinada en forma conjunta por el Banco del Desarrollo del Caribe y el Gobierno de Saint Kitts y Nevis, documentó una tasa de desempleo del 5,6% para Saint Kitts y del 8,6% para Nevis. La fuerza laboral aumentó un 8%, de 21.741 personas en 1999 a 23.361 en 2004. Los salarios promedio también aumentaron un 28,6% en el mismo período, de US\$ 6.295 a US\$ 8.098.

La encuesta de evaluación de la pobreza que se realizó en Saint Kitts y Nevis en 2000, patrocinada por el Banco de Desarrollo del Caribe, mostró una tasa de pobreza<sup>1</sup> de 30,5% en Saint Kitts y del 32% en Nevis. En Saint Kitts, el 56% de los pobres eran mujeres, el 68% eran menores de 25 años y el 57% de los pobres que ocupaban un puesto de trabajo no tenían un título de educación secundaria. En Nevis, el 26% de los pobres eran mujeres, el 58% eran menores de 25 años y el 37% de los pobres que ocupaban un puesto de trabajo no tenían un título de educación secundaria. En Saint Kitts, el 11% de la población fue definida como indigente<sup>2</sup>, en tanto que en Nevis sólo el 17% fue considerado en tal condición. A los efectos de mejorar la competitividad dentro de la nueva economía de servicios, se desarrollaron programas de capacitación en habilidades y educación para adultos.

Según el Censo de Vivienda y Población de 2001, en el país hay 15.680 familias, lo que representa un aumento del 23,2% en relación con el censo de 1991. En 2001, la cantidad promedio de miembros de un hogar fue tres personas y, del total de hogares, el 79% tenía sanitarios y el 94% tenía agua corriente por tubería. En Saint Kitts, se trata el 20% del suministro de agua, en comparación con el 90% en Nevis; actualmente, hay en curso un proyecto para asegurar que todo el suministro de agua cumpla con las normas de la OMS.

Todos los niños tienen acceso a educación preescolar, primaria, secundaria y terciaria, independientemente del ingreso o la nacionalidad. Saint Kitts y Nevis ha alcanzado una tasa de alfabetización del 98%; este logro se debe a la Ley de Educación de 1975 (actualizada en 2005), que establece la asistencia escolar obligatoria desde los 5 a los 16 años. La asistencia a centros de enseñanza preescolar es promovida activamente y los niveles de

inscripción son próximos al 100%. La política de educación primaria y secundaria universal tiene como resultado una tasa de transferencia prácticamente total de la escuela primaria a la secundaria. De conformidad con la política de gobierno que fomenta la adquisición de las habilidades necesarias para obtener un empleo en hotelería o construcción o para realizar trabajos manuales o reparaciones de tecnología mecánica y electrónica, la inscripción en programas vocacionales avanzados aumentó de 60 personas en 2000 a 113 en 2004.

Cada isla tiene una institución de educación terciaria gubernamental. Estas instituciones están integradas para proporcionar educación y capacitación con orientación académica, técnica y profesional. Diversas áreas de interés, incluidas las de enfermería y formación docente, tienen programas que ofrecen títulos asociados y diplomas. Debido a que más personas podían recibir educación universitaria de calidad y bajo costo en el país, la inscripción promedio aumentó de 450 estudiantes en el período de 1995 a 1999 a 575 en el período de 2000 a 2004. El gobierno amplió la disponibilidad de la educación de nivel superior; además de la asociación primaria con la Universidad de las Indias Occidentales, otras opciones incluyen acuerdos de transferencia crediticia con varios colegios y universidades de Estados Unidos y acuerdos de estudio en Cuba, todos administrados mediante acuerdos de financiamiento costeados por el gobierno. El Banco de Desarrollo de Saint Kitts y Nevis ofrece créditos estudiantiles de bajo costo: en 2004, se otorgaron 284 préstamos a estudiantes, en comparación con 156 en 2001. Varios países, incluida la República de China (Taiwán), conceden diversas becas de postgrado. El aspecto más importante del dividendo derivado de la inversión en recursos humanos radica en el hecho sin precedentes de que se hayan recibido nueve médicos y dos dentistas que habían estudiado y se habían capacitado en Cuba desde 2002.

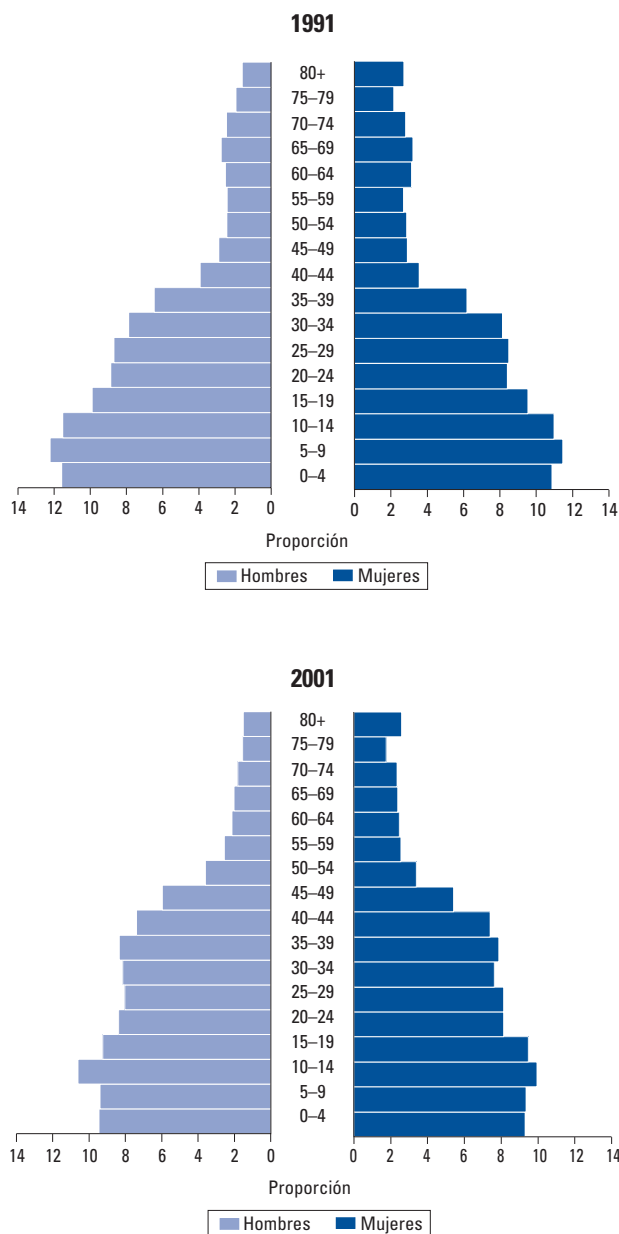
### Demografía, mortalidad y morbilidad

Según el Censo de Población de 2001, 46.325 personas vivían en el país (22.973 hombres y 23.352 mujeres), lo que implica un aumento del 12% respecto de las 40.618 personas que arrojó el censo de 1991; el 76% de la población reside en Saint Kitts. En 2005, la población estimada fue de 48.781 personas, de las cuales 36.676 residía en Saint Kitts y 12.105 en Nevis. La población del país es relativamente joven; del total de la población, las personas menores de 20 años representan el 38,6% y las personas menores de 25, aproximadamente el 50% (Figura 1). En 2003, la esperanza de vida al nacer fue de 70 años (69 para los hombres y 72 para las mujeres). La tasa bruta de natalidad disminuyó de 17,3 nacidos vivos cada 1.000 habitantes en 2001 a 13,7 en 2005, y el número de nacimientos varió de 803 en 2001 a 654 en 2004. La tasa total de fertilidad promedio descendió de 2,6 niños por mujer de 1996 a 2000, hasta alcanzar 2,4 en el período de 2001 a 2005. En comparación con la distribución de la población según el censo de 1991, en 2001 esta muestra un in-

<sup>1</sup>La pobreza se define como un ingreso mensual inferior al necesario para cubrir el costo de alimentos y otras necesidades básicas, o como US\$ 104 para Saint Kitts y US\$ 122 para Nevis.

<sup>2</sup>La indigencia se define como un ingreso mensual inferior a US\$ 64 en Saint Kitts e inferior a US\$ 75 en Nevis.

**FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Saint Kitts y Nevis, 1991 y 2001.**



crecimiento relativo en la proporción de personas de entre 35 y 50 años, grupo de edad que constituye un segmento importante de la fuerza laboral (Figura 1). La expansión laboral en los sectores de la construcción y los servicios produjo un movimiento migratorio hacia Saint Kitts y Nevis desde Guyana, la República Dominicana y, en menor grado, desde Jamaica. El aumento de las oportunidades de trabajo también alentó a los ciudadanos a permanecer en Saint Kitts y Nevis.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, la hipertensión, las cardiopatías y las neoplasias malignas, dominan el perfil epidemiológico del país, lo que representa un desafío cada vez mayor respecto de la organización y la financiación de los servicios. Las lesiones y el abuso de drogas también son morbilidades significativas, en especial entre los adolescentes y los adultos jóvenes. El dengue es la única enfermedad endémica que presenta brotes cada tres a cuatro años. Las morbilidades principales en los niños son las infecciones virales agudas en el tracto respiratorio superior y la gastroenteritis viral.

Durante el período de 2001 a 2005, las tasas brutas de mortalidad (Cuadro 1) fluctuaron entre 7 y 9 muertes cada 1.000 habitantes. Las muertes de lactantes variaron de 17 en 2002 a 9 en 2005, y el promedio de las tasas de mortalidad infantil en el período de 2001 a 2005 fue aproximadamente de 16 cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal osciló de 6 defunciones en 2001 a 15 en 2002; en 2005, se registraron 9 muertes. Las muertes fetales tardías variaron de 6 en 2002 a 15 en 2001; en 2005, se produjeron 11 muertes fetales tardías. Comparada con las cifras del período de 1996 a 2000, la tasa de mortalidad infantil descendió de un promedio de 20,3 a 16,2 por 1.000 nacidos vivos. El cuadro 1 muestra las tasas brutas de mortalidad infantil y un desglose de las tasas de mortalidad y de defunción por grupo de edad para el período de 2001 a 2005.

El cuadro 2 muestra las principales causas de muerte en Saint Kitts y Nevis y el orden de importancia. En el período de 2002 a 2004, las enfermedades cardiovasculares encabezaron la lista (enfermedades cerebrovasculares y cardiopatía isquémica).

Según el cálculo de las defunciones definidas por su causa, las 10 principales causas de muerte en el período de 2002 a 2004 fueron las enfermedades cerebrovasculares (13,2%), la cardiopatía isquémica (11,3%), la septicemia (7,1%), la influenza y la neumonía (7%), el paro cardíaco (5,7%), las enfermedades del sistema urinario (4,2%), ciertas afecciones originadas en el período perinatal (3,3%), la insuficiencia cardíaca y las complicaciones y las cardiopatías mal definidas (3,1%), la neoplasia maligna de próstata (2,4%) y las cardiopatías pulmonares y las enfermedades de la circulación pulmonar (2%). En el período de 1996 a 1997 y en cada año del período de 2002 a 2004, la enfermedad cerebrovascular ocupó el primero o el segundo lugar. La diabetes ocupó el segundo lugar en el período de 1996 a 1997, pero no formó parte de las 10 causas principales en 2003 ni 2004 y ocupó el décimo lugar en 2002.

## SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

### Salud de los niños menores de 5 años

El número promedio de nacidos vivos en el período de 2001 a 2005 fue 736, lo que implica una disminución del 14% respecto de los 855 en el período de 1996 a 2000. De 2001 a 2005, el número de nacidos vivos descendió un 17%, de 803 a 668. En los

**CUADRO 1. Total de defunciones, tasa bruta de mortalidad y tasas de mortalidad y defunción por grupo de edad, Saint Kitts y Nevis, 2001–2005.**

Categoría de mortalidad	Años				
	2001	2002	2003	2004	2005
Total de defunciones	375,0	341,0	348,0	395,0	333,0
Tasa bruta de mortalidad (cada 1.000 habitantes)	7,6	7,6	8,0	8,6	6,8
Defunciones de lactantes	10,0	17,0	13,0	11,0	9,0
Tasa de mortalidad infantil (cada 1.000 nacidos vivos)	12,5	22,4	17,6	17,3	13,5
Defunciones neonatales	6,0	15,0	11,0	10,0	9,0
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	7,5	18,5	14,9	15,3	12,0
Defunciones maternas	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0
Defunciones fetales tardías	15,0	6,0	15,0	12,0	11,0
Tasa de defunciones fetales tardías (cada 1.000 nacidos vivos)	18,7	7,9	20,3	18,0	16,2
Defunciones en el grupo de 1 a 4 años	7,0	5,0	2,0	1,0	1,0
Defunciones en el grupo de 5 a 9 años	3,0	3,0	0,0	0,0	2,0
Defunciones en el grupo de 10 a 14 años	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0
Defunciones en el grupo de 15 a 19 años	2,0	4,0	6,0	8,0	1,0
Defunciones en el grupo de 20 a 59 años	78,0	71,0	70,0	81,0	75,0
Defunciones en el grupo de 60 a 79 años	132,0	113,0	136,0	142,0	101,0
Defunciones de personas mayores de 80 años	141,0	127,0	119,0	150,0	142,0

*Fuente:* Unidad de Información de Salud, Ministerio de Salud.

**CUADRO 2. Orden, número de muertes, porcentaje y porcentaje acumulado de las principales causas de muerte, Saint Kitts y Nevis, 2002–2004.**

Causa	2002–2004		
	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enfermedades cerebrovasculares	135	13,2	13,2
Cardiopatía isquémica	116	11,3	24,5
Septicemia	73	7,1	31,6
Influenza y neumonía	72	7,0	38,6
Paro cardíaco	58	5,7	44,2
Enfermedades del sistema urinario	43	4,2	48,4
Determinadas afecciones originadas en el período perinatal	34	3,3	51,7
Insuficiencia cardíaca y complicaciones y cardiopatías mal definidas	32	3,1	54,8
Neoplasia maligna de próstata	25	2,4	57,3
Cardiopatías pulmonares y enfermedades de la circulación pulmonar	21	2,0	59,3

niños menores de 1 año de edad, se produjo un promedio de 12 muertes por año, principalmente debido a afecciones originadas en el período perinatal. Entre ellas, la más importante fue el síndrome de distrés respiratorio ocasionado por la inmadurez de los pulmones de los recién nacidos prematuros de menos de 32 semanas de gestación. La incidencia de bajo peso (menos de 2.500 g) permaneció constante en el 10%.

Conforme a la información del Informe de la Salud Comunitaria de 2005, el programa de vacunación incluye la inmunización contra BCG, polio, DTP, HIB y hepatitis B, con una cobertura de prácticamente 100%.

El control del crecimiento y el desarrollo se realiza en dispensarios comunitarios y está a cargo de pediatras del sector pri-

vado. A pesar de la promoción activa de la lactancia, el amamantamiento exclusivo de los lactantes durante los primeros cuatro meses de vida generalmente se ve interrumpido por el regreso de las madres al trabajo al tercer mes posterior al parto.

#### Salud de los niños de 1 a 4 años

En el período de 2001 a 2005, se produjeron 16 muertes en este grupo de edad, es decir, el 0,9% del total de defunciones, principalmente debido a complicaciones de anomalías congénitas. Las principales causas de enfermedad fueron las infecciones virales gastrointestinales y respiratorias agudas, con 167 y 123 casos informados, respectivamente; no se produjeron muertes

por estas dos afecciones. El estado nutricional se mide con los criterios altura y peso, según lo establece el cuadro de crecimiento del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe. De acuerdo con los datos de 2005 de la Unidad de Nutrición del Ministerio de Salud, los niveles combinados de desnutrición leve, moderada y grave permanecieron bajos, en 2,6 %, mientras que la prevalencia de la obesidad se mantuvo relativamente constante: 11% en 2000 y 11,3% en 2005. Menos del 1% de los pacientes de dispensarios comunitarios presentaron niveles de hemoglobina por debajo de 10 g/dl. El programa de vacunación incluye la inmunización contra el sarampión, las paperas y la rubéola; la cobertura fue del 100%.

### Salud de los niños de 5 a 9 años

Los niños de este grupo representan el 9,4% de la población de 2001. Las principales causas de morbilidad en este grupo fueron la gastroenteritis y las infecciones respiratorias agudas. Entre 2001 y 2005, se produjeron ocho muertes en este grupo de edad, un 0,4% del número total de defunciones.

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

En la encuesta de salud de los adolescentes que se realizó en el período de 1998 a 1999, se estudiaron los principales desafíos de salud, como el uso de drogas, la violencia física y la violencia sexual. En 2005, estos temas aún eran considerados asuntos de interés. Para el estudio se encuestaron 341 estudiantes de escuela secundaria, distribuidos en igual proporción de sexos. De los estudiantes encuestados, el 4% admitió consumir cocaína, tabaco, marihuana, heroína o cigarrillos; el 46% había consumido bebidas alcohólicas “una o varias veces”. El consumo se limitó principalmente a los adolescentes de 16 a 19 años, que generalmente no consideraban la marihuana o el alcohol como drogas. Los datos provistos por la policía mostraron que aproximadamente del 5% al 10% de los delitos fueron cometidos por jóvenes. La participación en bandas delictivas es un problema creciente, por lo que el Ministerio de Seguridad Nacional estableció el programa “Youth at Risk” (Juventud en riesgo) para beneficio de los jóvenes de ambos sexos a partir de servicios que implican un cambio conductual y el desarrollo de destrezas.

La prevalencia de la obesidad entre los adolescentes es un problema serio. En 2005 el Ministerio de Salud realizó un estudio sobre la obesidad en adolescentes junto con el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, que determinó una tasa de prevalencia del 19% en el grupo de 13 a 15 años. El consumo diario de frutas era del 15% y el de vegetales, del 26%; el conocimiento sobre nutrición se clasificó como “muy pobre”. Sin embargo, durante la semana previa a la encuesta, la mayoría de los participantes del estudio (82%) habían hecho actividad física.

Las tasas de maternidad adolescente también son una gran preocupación; en el período de 1996 a 2000, la tasa promedio fue

del 18,3% y en el período de 2001 a 2005, del 19,1%. En este último período, niñas de entre 10 y 14 años dieron a luz a 13 niños.

Los adolescentes de los grupos de 10 a 14 y de 15 a 19 años representaban el 10,3% y el 9,4% de la población, respectivamente. En el grupo de 10 a 14 años, se produjeron nueve defunciones; y en el grupo de 15 a 19 años, 21; de estas últimas, 17 fueron varones. Entre estos grupos de edad se registraron el 0,5% y 1,2% de todas las muertes, respectivamente, mayormente por lesiones.

### Salud de los adultos y los adultos mayores

En 2005, los adultos de 20 a 59 años conformaron el 51,4% de la población, lo que implicó un aumento respecto del 43% que arrojó el censo de 1991. Las personas de entre 60 y 79 años y las personas mayores de 80 representaron respectivamente el 8,2% y el 2,1% de la población de 2005, en comparación con el 10,5% y el 2,2% de 1991. Las enfermedades crónicas no transmisibles fueron las principales causas de muerte, siendo las mujeres las que tuvieron las tasas de diabetes e hipertensión más elevadas; las tasas de las mujeres fueron 1,5 veces más elevadas que las tasas de los hombres.

En el período de 2001 a 2005, el 20,9% de las muertes se produjeron en el grupo de personas de 20 a 59 años; mientras que el grupo de 60 a 79 años y el grupo de mayores de 80 representaron el 34,8% y el 37,9%, respectivamente. Con una tasa del 94,6 cada 100.000 habitantes, entre 2002 y 2004, las enfermedades cerebrovasculares fueron las principales causas de muerte, seguidas por la cardiopatía isquémica (81,5) y la septicemia (51,1). En 2003, se produjeron dos muertes maternas.

### Salud de la familia

Los datos de 2004 y 2005 en los registros de nacimientos del pabellón de maternidad mostraron tasas de matrimonio del 20% en Saint Kitts y del 35% en Nevis. Según un estudio que realizó la Organización Panamericana de la Salud en 1998, el 50% de los hogares están a cargo de mujeres solteras. Todos los integrantes de la familia tienen acceso a servicios de salud de nivel primario y secundario. Los servicios gratuitos de los dispensarios comunitarios incluyen atención materno-infantil, salud dental, salud mental, mantenimiento de la salud para personas con enfermedades crónicas, cuidado y tratamiento de enfermedades y lesiones graves, y orientación y pruebas voluntarias relacionadas con el VIH. Las personas adultas mayores también tienen acceso a los servicios de salud del sector público. La asistencia domiciliar y el suministro de materiales se realizan a través de programas de integración. Seguridad Social también proporciona asistencia financiera a las personas de edad.

Las embarazadas son asistidas por enfermeras-parteras y obstetras, incluso en los consultorios obstétricos de alto riesgo de los dispensarios comunitarios. La mayoría de los partos se pro-

ducen en el hospital, donde pediatras y personal de enfermería capacitado proporcionan la atención neonatal temprana. Los hospitales tienen unidades de cuidados especiales donde los recién nacidos enfermos reciben atención que requiere más dependencia, incluida la asistencia respiratoria limitada.

### Salud de los trabajadores

La salud ocupacional se limita a la propugnación y las inspecciones que realiza el Departamento de Trabajo. El Departamento de Salud Ambiental apunta a un sólido programa de actividades, cuya ejecución es impedida por la falta de personal capacitado. Por ley, cada trabajador debe aportar al Programa de Seguridad Social, que proporciona a sus miembros beneficios por lesiones, a partir de la presentación del certificado médico por lesión o enfermedad. La atención de la salud de los ex trabajadores de la industria del azúcar de la República Dominicana está integrada con la de los trabajadores locales. Los nuevos inmigrantes tienen el mismo acceso a la atención de la salud que los residentes locales. Entre 2001 y 2004, el número promedio de reclamos por lesiones fue 459 y el importe anual que se pagó fue US\$ 125.000. En el período anterior de cuatro años, el número promedio de reclamos fue 483 y el importe anual que se pagó, US\$ 90.000. En 2004, las mujeres representaron un poco menos del 50% de la fuerza laboral, en comparación con el 48% en 1999, y ganaron US\$ 770 menos que los hombres. Los subsidios por maternidad que otorga la Seguridad Social disminuyeron de 582 en 2001 a 449 en 2004, consecuente con el descenso de la tasa de natalidad.

### Salud de las personas con discapacidad

Las personas con discapacidades reciben asistencia financiera y material a través de una diversidad de fuentes que incluyen las organizaciones del sector de servicios, el Programa de Seguridad Social y las Unidades de Asistencia Social (bienestar) de los gobiernos. Los servicios de salud del sector privado se brindan en forma gratuita.

## CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

### ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

#### Enfermedades transmitidas por vectores

En el período de 2001 a 2005, se informaron dos casos de **malaria**, ambos importados. Entre 2001 y 2004, se informaron 144 casos de dengue, de los que 115 se presentaron durante el brote de 2001 y 29 entre 2002 y 2004; en 2005, no se informaron casos. El Departamento de Salud de la Comunidad brinda la atención de seguimiento a todos los informes mediante equipos de médicos,

personal de enfermería y funcionarios de salud ambiental. La vigilancia de los mosquitos está a cargo de funcionarios del control de vectores. El índice de Breteau disminuyó de 9 en 2004 a 4 en 2005; gracias al aumento de los miembros del personal, fue posible intensificar la vigilancia.

#### Enfermedades inmunoprevenibles

Durante el período de 2001 a 2005, la cobertura de vacunación de antígenos administrados varió entre el 95% y el 100%. En 2000, la vacuna contra Hib se introdujo en el programa de inmunización nacional como un componente de la vacuna prevalente: DTP/HepB/Hib. El programa de vacunación incluye la inmunización contra BCG, polio, DTP, Hib, hepatitis B y MMR. La cobertura de vacunación de antígenos administrados en 2005 es: BCG, 100%; MMR, 100%; tercera dosis de OPV, 100%; y DTP/HepB/Hib, 100%.

El último caso de **polio** se presentó en 1969. No se informaron casos de sarampión, rubéola, CRS, difteria, tos ferina, tétanos ni tétanos neonatal.

#### Enfermedades infecciosas intestinales

En el período de 2001 a 2005, se presentaron 613 casos de **gastroenteritis** en niños menores de 5 años y 1.038 en niños de 5 años o mayores. Los datos clínicos y de laboratorio sugirieron una causa viral. Se notificaron 45 casos de giardiasis. No se notificaron casos de **helmintiasis**.

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

Desde 1984 y hasta fines de 2004, se informó un total de 261 casos positivos al VIH. La cantidad de pruebas anuales aumentó de menos de 1.000 en 1988 a 2.836 en 2004. La cantidad de casos positivos notificados varió de 9 en 1991 a 34 en 1996; en el período de 2001 a 2005, se informaron 73 casos. La razón hombre/mujer de personas positivas al VIH se invirtió de 1,5:1 en 1998 a 1:1,6 en 2005. Las personas de 25 a 44 años, en especial las mujeres, siguieron siendo el grupo más afectado. La infección por VIH entre los hombres se concentró en el grupo de 15 a 24 años y en el grupo de 45 años o más. Las distribuciones de sexo y edad estimularon las intervenciones de promoción orientadas a la juventud, en particular a las niñas y las mujeres jóvenes. El suministro del tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART) se inició en 2005. En el período de 2001 a 2005, se produjeron 14 muertes a causa del sida, en comparación con las 16 ocurridas de 1996 a 2000.

#### Enfermedades crónicas transmisibles

En 2005, se presentó un caso de **tuberculosis** (no vinculado con el VIH), que se manejó conforme al régimen del tratamiento breve bajo observación directa (DOTS).

## ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Según los datos del principal centro de referencia, la **diabetes**, la **hipertensión**, las **enfermedades cerebrovasculares** y las **cardiopatías** causaron la mayoría de las hospitalizaciones entre los adultos. Las **enfermedades cardiovasculares** fueron la principal causa de muerte, con una tasa de 315,5 cada 100.000 habitantes.

El perfil epidemiológico de Saint Kitts y Nevis cambió de enfermedades de deficiencia nutricional y prácticas de saneamiento deficientes, frecuentes antes de la década de 1980, a enfermedades no transmisibles debido a las opciones de estilo de vida (nutrición, conducta). El gobierno considera que la promoción de la salud es el componente clave en la lucha contra las enfermedades crónicas no transmisibles. Las iniciativas gubernamentales en este aspecto se discuten en detalle en la subsección sobre promoción de la salud de la sección sobre la respuesta del sistema de salud.

### Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En 2000, una encuesta sobre enfermedades crónicas realizada por la Universidad de Newcastle y el Ministerio de Salud mostró tasas de prevalencia de sobrepeso del 60% en hombres y del 70% en mujeres; además, informó que el 54% de los adultos tenía al menos una enfermedad crónica.

El 19% de los adolescentes de entre 13 y 15 años tenía **sobrepeso**, con una razón hombre: mujer de 1,4 a 1. El total acumulado de los casos registrados de **diabéticos** e **hipertensos** que se atendió en dispensarios comunitarios ascendió a 2.390, lo que representó aproximadamente el 8% de la población de 20 años o más.

### Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas representaron la cuarta causa principal de muerte, con una proporción de 111,4 cada 100.000 habitantes. De un total de 213 muertes entre 2001 y 2005, el **cáncer de próstata** representó el número más alto entre los hombres (47 de 119), mientras que en las mujeres, el **cáncer de mama** arrojó el número más alto (20 de 94). Se recomienda a los hombres que se realicen exámenes físicos periódicos y las pruebas y los procedimientos sugeridos por los médicos para la detección de neoplasias malignas. También se recomienda a las mujeres la realización periódica de exámenes de mama; se prestan servicios de ultrasonografías y biopsias. Además, el tamizaje de cáncer de cuello uterino también está disponible sin costo en los dispensarios comunitarios y en los consultorios ginecológicos del sector privado. En colaboración con una organización privada sin fines de lucro con sede en Estados Unidos, se proporcionan servicios de tamizaje colorrectal (colonoscopia) dos veces al año a un costo mínimo. Este servicio está disponible para las personas de bajos ingresos que reciben asistencia financiera de acuerdo a sus necesidades. El componente de enfermedades no transmisibles del Plan Nacional de Salud prevé un registro de cáncer y protocolos de manejo específico de las enfermedades.

## OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

### Violencia y otras causas externas

Las lesiones fueron la tercera causa principal de muerte, con una proporción de 118 cada 100.000 habitantes. Entre 2001 y 2005, el número de casos de agresión (sin considerar las heridas de balas) y heridas se triplicó, en comparación con el período anterior de cinco años. Entre las 73 muertes del período de 2002 a 2004, el 82% se produjo en hombres y los ataques representaron el 30%. Esta tendencia ocurrió en un momento en el que había aumentado la actividad violenta relacionada con las drogas y bandas delictivas integradas por adolescentes y jóvenes. Del total de muertes, el 20% se debió a accidentes automovilísticos; en comparación con el período de 1996 a 2000, el cambio en el número promedio de lesiones, muertes y accidentes automovilísticos fue mínimo. Una revisión de las causas externas de muerte en la sala de urgencias del hospital Joseph N. France mostró que las heridas ocasionadas por accidentes variaron de 215 en 2004 a 318 en 2005. Los ataques y las heridas variaron de 310 en 2001 a 518 en 2005. Las heridas de bala variaron de 6 en 2001 a 36 en 2004. En comparación con el período de 1998 a 2000, en 2005 los ataques y las heridas se multiplicaron 10 veces y, en general, llegado 2005 los accidentes prácticamente se habían duplicado respecto de 1998.

### Salud mental

El país promueve el enfoque comunitario hacia la salud mental, a pesar de que el esfuerzo se ha visto truncado debido a una reducción del personal capacitado en psiquiatría, psicología y terapia ocupacional. El número de pacientes registrados no ha aumentado desde el promedio de 224 personas registrado entre 1996 y 2000. En 2004 y 2005, un promedio de 212 personas recibieron estos servicios, en una proporción aproximadamente igual de hombres y mujeres. Las afecciones más frecuentes fueron esquizofrenia, depresión y abuso de sustancias.

### Asma

Desde 2002, el asma reemplazó a la gastroenteritis como el diagnóstico de hospitalización más frecuente entre los niños. Existe un dispensario donde los niños y las personas a cargo de su cuidado reciben educación sobre el tratamiento de la enfermedad y suministros, como espaciadores y medidores de flujo pico. Los broncodilatadores y los corticosteroides se consiguen con facilidad en las farmacias gubernamentales. Las hospitalizaciones confirman la necesidad de una mayor respuesta, que incluya el desarrollo de pautas de tratamiento.

### Salud oral

Los servicios preventivos y de tratamiento se proporcionan en dos dispensarios del sector público (uno en cada isla). Los niños

son el objetivo principal de trabajo preventivo. En 2005, comenzó un programa de selladores patrocinado por el sector privado. Se realizan esfuerzos de integración a fin de promover la salud dental entre los adultos.

## RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

### Políticas y planes de salud

El hecho de que todos los residentes tengan igualdad de acceso a una atención médica de calidad es un asunto de política pública. A este efecto, los gobiernos de ambas islas se comprometen a asegurar un paquete de servicios sostenible, diseñado para satisfacer las necesidades de atención de la salud. Los servicios que no se suministran localmente se pueden obtener en las islas vecinas, a través de acuerdos financiados públicamente o mediante fondos personales, incluidos los planes de seguro. Actualmente, se está evaluando el establecimiento de un plan de seguro médico público, pero hasta el momento, ninguna de las islas cuenta con un seguro del estilo.

El Plan Nacional de Salud del período de 2006 a 2011 comenzó a desarrollarse durante este estudio. Este esfuerzo de diversos sectores representa un enfoque lógico y orientado a los resultados, para alcanzar las prioridades específicas del sector de la salud, incluidos el desarrollo de sistemas de salud; el desarrollo de recursos humanos; la salud ambiental; la salud mental y el abuso de sustancias; el VIH/sida y las ITS; las enfermedades crónicas no transmisibles, los alimentos y la nutrición, y la actividad física; y los servicios de salud familiar. Estas áreas de prioridad se asemejan en gran medida a las enunciadas en la Cooperación para la Salud en el Caribe, Fase III, un método regional para afrontar los desafíos frecuentes de salud.

El logro del país de muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU tiene que ver fundamentalmente con la inversión de Saint Kitts y Nevis en programas de desarrollo social y de salud de la población. Por ejemplo, la provisión de ayuda financiera, la capacitación en habilidades, la asistencia para los trabajadores desempleados de la industria del azúcar y un programa vital de alimentación escolar permiten erradicar la pobreza y el hambre (ODM 1). El país logró la educación universal (ODM 2). En términos de promoción de la igualdad entre los sexos y el protagonismo de la mujer (ODM 3), la constitución de Saint Kitts y Nevis se manifiesta en contra de la discriminación por sexo: el 60% de los puestos de secretario permanente, el principal cargo de funcionario administrativo en el Ministerio de Salud, están ocupados por mujeres. El énfasis en atención obstétrica gratuita en los dispensarios comunitarios apunta a la reducción de la mortalidad infantil (ODM 4).

Es constante la inversión de recursos para mejorar la calidad en inmunización, nutrición, atención materno-infantil, vivienda, acceso al agua potable, saneamiento ambiental, desarrollo de infraestructuras y capacitación de recursos humanos.

Las costosas afecciones crónicas e incurables llevan a St. Kitts y Nevis, junto con instituciones médicas y socios regionales, a reorganizar los servicios derivados de abordajes conjuntos y estrategias de promoción de la salud para resolver problemas frecuentes. A través de marcos de trabajo como la Cooperación para la Salud en el Caribe (CCH) y la Asociación Pancaribeña contra el VIH/sida (PANCAP), Saint Kitts y Nevis se esfuerza para combatir los apremiantes desafíos que plantean la diabetes, la hipertensión, las cardiopatías, las neoplasias malignas, el abuso de drogas, el VIH/sida y la violencia.

Entre las principales leyes relacionadas con la salud del país, se encuentran la Ley Médica de 1938, la Ley de Cuarentena de 1946, la Ley de Salud Pública de 1969, la Ordenanza sobre la Notificación por Enfermedad Ocupacional y Accidentes de 1951, la Ley de Salud Mental (Demencia) de 1956, la Ley de Enfermeros Registrados de 1956, la Ley de Inmunización de 1976, la Ley sobre Prevención y Uso Indevido de Drogas de 1986, la Ley Nacional de Manejo de Desechos Sólidos de 1989, la Ley de Reducción de la Basura, el proyecto de Ley de Farmacéuticos de 2000 y el proyecto de Ley de Administración de los Servicios Médicos en Instituciones de 2002.

Las operaciones del sector público de salud se dividen en tres áreas de programas, diseñadas para satisfacer las áreas de prioridad y designar funciones básicas de salud pública. El Ministerio de Salud, como autoridad de salud administrativa, es responsable de la formulación de políticas, la financiación y el presupuesto, la regulación de profesionales e instituciones, la administración de recursos humanos y la información sobre la salud. El programa de Servicios a la Comunidad ofrece servicios de salud pública, incluidos el mantenimiento de la salud, la salud ambiental, la salud mental, la salud oral, la salud familiar y la promoción de la salud. El componente relacionado con la administración de las instituciones de salud brinda servicios médicos primarios, secundarios y terciarios, estos últimos en forma limitada, y atención a los adultos mayores.

El sector de salud de Saint Kitts y Nevis opera bajo las siguientes categorías: liderazgo, promoción de la salud, acceso universal igualitario a la salud, desarrollo de recursos humanos y tratamiento de las enfermedades.

### Organización del sistema de salud

El sistema de salud de Saint Kitts y Nevis está organizado para responder con efectividad y eficacia a las necesidades de salud de toda la población.

El Ministerio de Salud administra el sector público de salud y es responsable de la prestación de servicios individuales y públicos de calidad. Ambas islas tienen estructuras de organización paralelas y, en cada una, el Ministro está a cargo de la determinación final de las políticas. Los secretarios permanentes, como jefes de administración, son responsables de los asuntos relacionados con la financiación, el presupuesto, el personal y las com-

## Combate a la diabetes y la hipertensión

La diabetes y las enfermedades hipertensivas estuvieron dentro de las principales causas de muerte del país entre 2002 y 2004, y también figuraron entre las primeras causas de hospitalización. La Unidad de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud coordina distintas actividades destinadas a enfrentar los problemas de las enfermedades crónicas no transmisibles, por ejemplo la promoción, la educación y el monitoreo del estado de salud centrados en cambios de estilo de vida y de hábitos alimentarios.

pras. Con frecuencia, los dos ministros se consultan para armonizar las políticas.

La designación de las funciones fundamentales de salud pública está unificada e incorpora la pauta federal de control del estado de la salud, vigilancia, investigación e información, promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento de las enfermedades crónicas y la regulación de los profesionales de la salud. Existen 17 dispensarios comunitarios: 11 en Saint Kitts y 6 en Nevis. El gran problema que plantean estos dispensarios es su ubicación, ya que cada vivienda está a tres millas de un dispensario.

Las instituciones en Saint Kitts incluyen el principal centro de referencia del país, el hospital general Joseph N. France, con 150 camas, y dos hospitales pequeños que actualmente están siendo remodelados como centros de urgencias de 24 horas y con una capacidad de hospitalización limitada. Cardin Home tiene capacidad para unos 100 adultos mayores. En Nevis, el hospital Alexandra tiene 50 camas y, anexo a éste, se ubica Flamboyant Home, con 36 camas para personas adultas mayores. En los últimos años, se abrieron cuatro centros privados para adultos mayores (dos en cada isla). No existen hospitales privados.

Tampoco existe un mecanismo de pago para los servicios de salud pública. Los servicios médicos y de salud del sector público están altamente subvencionados o son gratuitos y, por lo tanto, ofrecen acceso universal. Diversos proveedores del sector privado ofrecen planes médicos individuales y grupales de fácil acceso; se calcula que el 30% de la fuerza laboral está cubierta.

### Servicios de salud pública

El Programa Nacional del Sida administra la respuesta al VIH/sida y está supervisado por el Consejo Asesor Nacional. Las actividades incluyen la prevención de la transmisión madre-hijo, orientación y pruebas voluntarias, la entrega gratuita de medicamentos antirretrovirales, la coordinación de la atención clínica, la distribución gratuita de condones, servicios integrales para las personas afectadas, y actividades de investigación, control y evaluación.

Se ha detectado la amenaza de la transmisión de la influenza aviar a humanos. De acuerdo con el modelo de la OPS, Saint Kitts

y Nevis ha emitido un plan de respuesta preliminar para contrarrestar este efecto. Las principales medidas incluyen el fortalecimiento de la salud animal y los sistemas de vigilancia de la salud humana, la generación de capacidades que satisfagan el incremento anticipado de demandas, y la obtención de medicamentos y vacunas (de estar disponibles). Comenzó la concienciación pública con respecto a la notificación de aves muertas, en tanto que la divulgación de información de seguridad de los alimentos sigue su curso.

La salud ambiental recibe consideración de prioridad. Se realizan actividades de generación de capacidades en recursos humanos para cumplir con todos los mandatos de seguridad de los alimentos, control de vectores, vigilancia de la calidad del agua, saneamiento, salud ocupacional, salud portuaria, y recolección y eliminación de desechos sólidos.

### Servicios de atención a las personas

Actualmente, la salud mental y el abuso de sustancias se tratan como un componente de los servicios de salud familiar, con conexiones a los pabellones psiquiátricos de los hospitales. Se reconoce que los servicios de salud mental deben ampliarse en el área de educación, tratamiento y respaldo de la salud mental de la comunidad. El enfoque orientado a la comunidad es la estrategia operante, con servicios focalizados y diseñados para promover la inclusión de los pacientes de salud mental en la sociedad. Hay actividades en curso para reclutar y retener profesionales en psiquiatría, psicología adolescente e infantil, y terapia ocupacional.

### Promoción de la salud

La Unidad de Promoción de la Salud coordina la respuesta a la diabetes, la hipertensión, el cáncer y el asma, mediante estrategias definidas que avalan la promoción de la salud. Diversos estudios hacen hincapié en el trabajo que se debe realizar para reducir la carga derivada del consumo excesivo de alimentos altamente calóricos y la falta de actividad física. Esta Unidad coordina la respuesta a las enfermedades crónicas no transmisibles a través de la propugnación, la educación y el control del estado de salud centrados en cambios del estilo de vida y la

alimentación, el aumento de la actividad física y el tratamiento de casos basado en la evidencia. El resultado esperado es una disminución de las hospitalizaciones conmensurable con una mejora de la atención comunitaria.

En 2005, se difundieron formalmente entre los profesionales los protocolos para el control de la diabetes; se espera que cada caso registrado comprenda un conjunto de datos estándar, que incluya los niveles séricos de los lípidos y la hemoglobina glucosilada, las lecturas de la presión arterial, y los resultados de los exámenes cardiológicos, visuales y de los pies. Las personas que asisten a los dispensarios comunitarios tienen acceso gratuito a anticoagulantes, medicamentos antihipertensivos y medicamentos para la reducción de lípidos y el nivel de azúcar en la sangre.

Las hospitalizaciones por diabetes variaron de 131 en 2003 a 109 en 2005, mientras que los nuevos casos de diabetes que se presentaron en los dispensarios variaron de 107 en 2002 a 60 en 2005. Las hospitalizaciones por síntoma de hipertensión variaron de 180 en 2002 a 95 en 2005, mientras que los nuevos casos de personas que concurren a los dispensarios por síntomas de hipertensión variaron de 170 en 2003 a 126 en 2005.

La Unidad de Promoción de la Salud también aumentó sus esfuerzos para combatir la alta prevalencia de la obesidad y el sobrepeso. Las actividades incluyen el uso de la prensa nacional y los medios electrónicos para divulgar información sobre nutrición. También se puede disponer con facilidad de folletos en las escuelas y los dispensarios comunitarios. Hay carteleros con información sobre nutrición en lugares estratégicos de ambas islas.

Las agencias gubernamentales responsables de los asuntos relacionados con la diferencia entre los sexos y la salud de los adolescentes dirigen programas diseñados para proteger a los adolescentes a través de servicios de apoyo psicológico en situaciones de crisis, prevención de embarazos, planificación familiar y promoción del uso de condones. Se alienta activamente a las madres adolescentes para que finalicen su educación secundaria y sigan sus estudios. Se está desarrollando una política de anti-concepción de emergencia.

En 2004, se realizó la primera encuesta de satisfacción del paciente en los centros de salud de Saint Kitts. Más del 90% de los encuestados informaron una evaluación favorable respecto de la calidad de la atención. Los encuestados también expresaron su satisfacción en relación con la atención interpersonal, la información y la educación, y las actitudes de los proveedores. Las principales áreas de disconformidad se relacionaron con la comodidad física en algunos centros y la regularidad de la disponibilidad del personal. Estos resultados se utilizaron para optimizar el entorno de atención y motivar al personal en el logro de estándares de atención de mejor calidad.

### Recursos humanos

El sector salud mantiene razones proveedor/habitante favorables, con excepción de algunas brechas en ciertas habilidades es-

pecializadas, en particular en las áreas de salud mental y enfermería; la atención de la salud es fácilmente accesible. En general, el número de médicos cada 10.000 habitantes aumentó de 11 en 2001 a 13 en 2005. Por otro lado, el número de enfermeros descendió de 49 a 32 cada 10.000 en el mismo período; esta disminución fue resultado de los retiros y, en menor grado, la migración. En el caso del personal de enfermería del sistema de salud pública, donde el número de personas capacitadas que ingresa es menor que el número que se retira, la situación es más crítica. Dado que el fortalecimiento de los servicios orientados a la comunidad es una estrategia central en la promoción de la salud y la reducción de la carga de enfermedades, la capacitación de los médicos y el personal de enfermería del sector público sigue siendo un tema importante. La prioridad radica en la captación de personas comprometidas a la profesión de enfermería; las personas que tienen aptitud pero que carecen de los estándares académicos en consonancia con los requisitos para ingresar en un programa de enfermeros registrados recibirán capacitación como encargados y asistentes de enfermería, y recibirán el apoyo para que continúen actualizando su título académico con el tiempo.

### Suministros de salud

Todos los suministros son importados. Los medicamentos del sector público se obtienen a través de los Servicios de Adquisición de Productos Farmacéuticos de la Organización de Estados del Caribe Oriental, una colaboración subregional entre las islas caribeñas más pequeñas de habla inglesa. Se está evaluando la implementación de un mecanismo similar para el equipo médico. Los suministros administrativos provienen de la unidad de compras centrales del gobierno.

Los fármacos esenciales se consiguen con facilidad y a un costo mínimo en las farmacias del sector público. Los medicamentos antirretrovirales se suministran sin cargo mediante la asistencia de un socio internacional en la lucha contra el VIH/sida.

### Gasto y financiamiento sectorial

El gobierno es el principal proveedor de financiación de la atención de la salud. En el período de 2001 a 2005, los gastos recurrentes del gobierno federal en materia de salud promediaron el 8% del total de los gastos recurrentes. En cada isla, el 60% del presupuesto del Ministerio de Salud se reserva para los gastos operacionales de los hospitales y demás instituciones. Los esfuerzos de recuperación de costos están implementados en los servicios hospitalarios, a pesar de que hay categorías de servicios importantes exentas de tarifa, como aquellas orientadas a los niños en edad escolar y las personas mayores. Las tarifas de servicios hospitalarios son nominales y los servicios que se prestan en los dispensarios comunitarios son gratuitos. Considerando lo expuesto, en las instituciones de salud, los gastos exceden a las ganancias por un factor de 9 a 1; los servicios de

salud de la comunidad son subvencionados por el gobierno en su totalidad.

### **Cooperación técnica y financiera en salud**

Saint Kitts y Nevis es un socio comprometido en los procesos de integración regional. Las políticas, los planes y los programas son coherentes con los marcos de trabajo de colaboración pactados, como la Cooperación para la Salud en el Caribe, Fases I, II y III, y la Asociación Pancaribeña contra el VIH/sida.

Mediante estos acuerdos, las áreas de prioridad están identificadas y clasificadas, las estructuras de gobierno están desarrolladas, y los recursos se movilizan para implementar los programas de salud de la población y demás actividades, incluidas las de investigación, control y evaluación. Varias instituciones regionales prestan colaboración técnica en diversas áreas. Entre las principales instituciones, figuran: el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, que colabora con el control del estado nutricional y la realización de estudios de prevalencia del sobrepeso; el Centro de Epidemiología del Caribe, que brinda asistencia en los estudios de seroprevalencia del VIH; el Instituto de Salud Ambiental del Caribe, que evalúa las operaciones de relleno sanitario; el Consejo Caribeño de Investigación Sanitaria, que ha ayudado en

la elaboración de pautas sobre el tratamiento de la diabetes, la hipertensión y el asma, y en la evaluación y el control del VIH; y la Organización Panamericana de la Salud, que ha participado en el desarrollo del Plan Nacional de Salud y la política de salud mental, en la capacitación en atención de urgencia y el manejo de víctimas en masa, y en la preparación ante el surgimiento de enfermedades nuevas. Instituciones regionales de salud como la Organización Panamericana de la Salud, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Consejo Caribeño de Investigación Sanitaria (CHRC), el Instituto de Salud Ambiental del Caribe (CEHI) y el Laboratorio del Caribe de Pruebas de Medicamentos (CRDTL) patrocinan, mediante asistencia técnica, cinco áreas de prioridad en el Programa Nacional del Sida. El gobierno central y varios donadores externos financian el programa.

Además, diversos países ofrecen su patrocinio para complementar la financiación gubernamental del sector público de salud. El más importante es Taiwán (República de China), cuyos subsidios satisfacen necesidades selectas de equipos primordiales. Asimismo, el Programa Nacional del VIH/sida se beneficia de un préstamo del Banco Mundial y subsidios del Fondo Mundial, ONUSIDA y el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido.