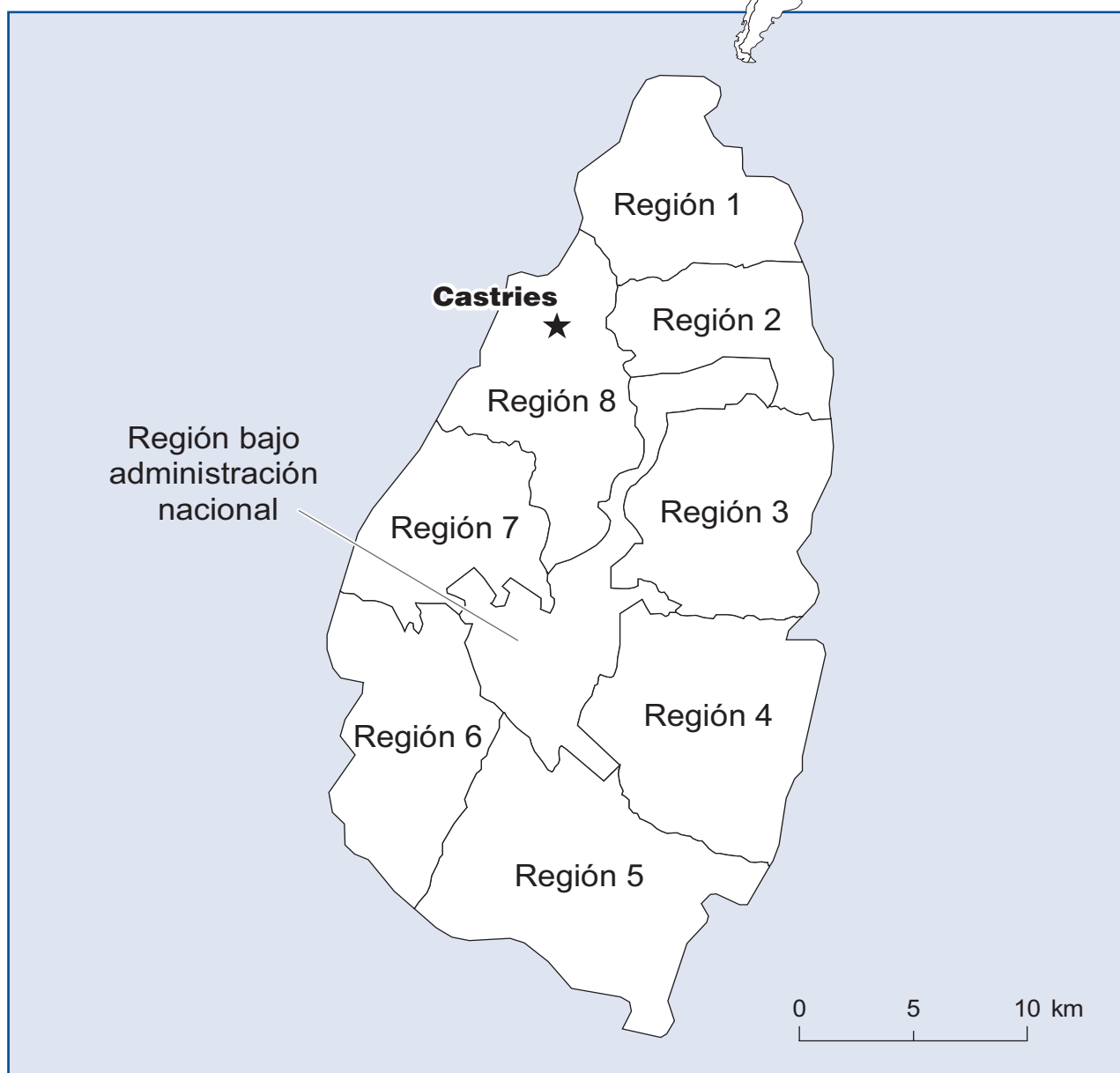


SANTA LUCÍA



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.

Santa Lucía, con una superficie total de 616 km², es una pequeña nación insular situada en el mar Caribe entre las islas de Martinica y San Vicente y las Granadinas. La ciudad capital es Castries, y las montañas Pitons, los dos picos gemelos en Soufrière, constituyen el atractivo más imponente de la isla.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

El país tiene estaciones secas y de lluvia; la estación lluviosa se extiende de junio a noviembre. Los huracanes representan una continua amenaza para la agricultura y la infraestructura física de la isla.

Santa Lucía se independizó de Gran Bretaña en 1979 y actualmente se rige por un sistema democrático de gobierno basado en el modelo de Westminster; las elecciones parlamentarias se celebran cada cinco años. El país es miembro de la Comunidad de Naciones, la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS) y la Comunidad del Caribe (CARICOM).

Aunque el idioma oficial es el inglés, también se habla un patois francés, especialmente entre una gran parte de la población rural. Predomina la religión católica (practicada por 67% de la población), seguida de la religión Adventista del Séptimo Día (9%) y la Pentecostal (6%); el resto de la población (18%) practica otras religiones.

Según el censo poblacional de 2001, 83% de la población es de ascendencia africana, 3% es originaria de las Indias Orientales, 1% es caucásica y 12%, de ascendencia mixta (1). La mayor parte de la población vive en las zonas costeras y en las regiones menos montañosas del norte y el sur, y cerca de 41% reside en el distrito de Castries, que es el centro de la actividad económica y la vida política del país.

Santa Lucía sufrió una recesión económica en 2001 debido a la disminución del turismo, el principal motor de crecimiento económico, lo que dio lugar a una tasa de crecimiento de 3,8%. Sin embargo, después de 2001, la tasa de crecimiento aumentó de 0,8% en 2002 a 5,4% en 2005. El producto interno bruto (PIB) per cápita aumentó de US\$ 2.928 en 2001 a US\$ 3.070 en 2005. El turismo representó 13,6% del PIB real en 2005, y el crecimiento real en el sector se reflejó aún más por una expansión de 6,3% de los sectores de hotelería y restaurantes. Durante 2005, la productividad del sector de la agricultura, con excepción del subsector de la ganadería, registró contracciones de diversas magnitudes, siendo la del subsector bananero (2) la más significativa (36,2%); la productividad real en el sector cayó 22% en 2005, siguiendo al crecimiento marginal de 1,8% en 2004, y, como complemento de

esta disminución, la contribución del sector de la agricultura al PIB real cayó a 3,4%. Durante el período en revisión, la tasa de cambio se mantuvo constante a ECD\$ 2,70.

La evaluación de la pobreza realizada en 1995 por el Banco de Desarrollo del Caribe, en función de los gastos en artículos alimenticios y no alimenticios, reveló que 25,1% de la población era pobre. El 29,6% de la población en las zonas rurales y 17,4% en las zonas urbanas era pobre. La pobreza era levemente mayor entre los hombres (25,5%) que entre las mujeres (24,7%).

En 2004, el Cuestionario de Indicadores Básicos del Bienestar (CWIQ) reveló que la tasa de desempleo era de 18,8%, levemente más alta que la tasa de 17% de 2001. Los datos para 2004 indicaron una diferencia importante de las tasas de desempleo entre ambos sexos (14% para los hombres y 25% para las mujeres). La tasa de desempleo juvenil fue notablemente elevada (39%), y la de mujeres jóvenes, particularmente alta (44%). Un índice de desempleo más bajo entre las mujeres podría ser un serio impedimento para el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer. La tasa general de subempleo fue de 8%: 6% en zonas urbanas y 11% en zonas rurales. Desglosadas por sexo, las tasas de subempleo fueron de 10% para los hombres y de 6% para las mujeres (3).

Según el CWIQ, la tasa de alfabetización de los adultos aumentó significativamente de 54% en 1990 a 89% en 2004. La tasa de alfabetización en las mujeres fue más alta (90%) que en los hombres (87%), y la tasa de alfabetización de los jóvenes (personas de 15 a 24 años de edad) fue elevada (98,1%), según un indicador de MDG relacionado con la obtención de la educación primaria universal. La tasa de matrícula escolar primaria (niños de 6 a 11 años) fue de 93%: 91% para los varones y 94% para las mujeres. La tasa de matrícula escolar secundaria fue de 79%: 72% para los varones y 86% para las mujeres. Las tasas de matrícula fueron similares en las zonas urbanas y rurales, pero la tasa de matrícula escolar secundaria fue más baja para los hogares más pobres, especialmente en las zonas rurales (67%). Aunque la tasa de abandono escolar fue baja (1% de la población escolar), había más probabilidades de que las mujeres asistieran a la escuela que los hombres (3).

El 98% de la población tiene a su disposición agua potable segura (99% en las zonas urbanas y 96,7% en las zonas rurales); el 95% de los hogares urbanos y 88% de los hogares rurales disponía de agua segura. Dos tercios de los hogares tenían inodoros

con cisternas o letrinas de pozo mejoradas y ventiladas, y 95% tenía acceso a los servicios de eliminación de desechos públicos.

En el período 1999–2004 se registraron 1.048 casos de maltrato infantil al Departamento de Servicios Humanos y Asuntos de Familia. Las formas más predominantes de maltrato eran el descuido y el abandono infantil (34% de todos los casos informados), el maltrato físico (31%) y el abuso sexual (29%). En el período 2000–2004 se notificaron 2.165 casos de violencia doméstica, si bien se sabe que muchos casos nunca se notifican. Las intervenciones del Ministerio de Salud se concentraron en mitigar el sufrimiento de las víctimas e interrumpir el ciclo de maltrato. El Centro de Apoyo a la Mujer proporcionó un albergue seguro para las mujeres y sus hijos en situaciones de maltrato doméstico.

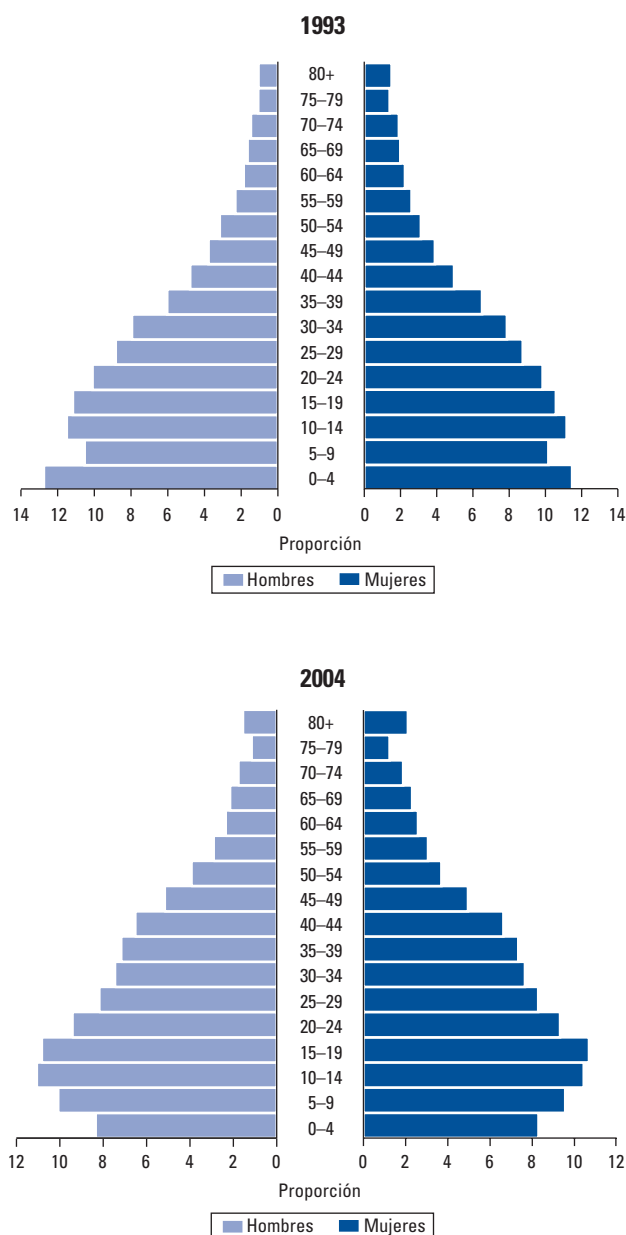
Entre 2000 y 2004 se notificaron 228 defunciones por homicidios (116) y accidentes (112); la mayor parte de los homicidios (108) se registró en el grupo de 20–59 años. El número de defunciones por homicidios fue mayor en los hombres (106) que en las mujeres (10). Los accidentes por vehículos de motor causaron la mayor parte de las defunciones por accidentes (106); de estas, 81 (76%) ocurrieron en hombres y 25 (24%) en mujeres. De las defunciones causadas por vehículos de motor, 96 (91%) se registraron en el grupo de 20 a 59 años y 10 (9%) en el de 15 a 19 años. Durante este mismo período se notificaron 39 suicidios en el grupo de 20 a 59 años: 32 en hombres (82%) y 7 (18%) en mujeres (4).

La tormenta tropical Lili, en 2002, obligó a 125 personas a buscar albergue; se calcula que ocasionó EC\$ 20,3 millones en daños a la isla y destruyó más de la mitad del cultivo de bananos. Otra tormenta tropical en 2003 y el huracán Iván en 2004 representaron, en conjunto, EC\$ 9,9 millones en daños. Sin embargo, no hubo víctimas fatales como consecuencia de estos tres desastres (5).

Demografía, mortalidad y morbilidad

El total de la población a mitad del año 2004 se estimó en 162.434 habitantes, lo que refleja un aumento de 1.814 personas (1,1%) sobre la cifra de 2003 (160.620) (6). Las mujeres representaron 51% de la población, y el grupo en edad fértil (15–49 años) representó 32,8%. La población sigue siendo relativamente joven; 28,8% tiene menos de 15 años, mientras que los adultos mayores representan 7,1% de la población total (Figura 1). La razón de dependencia en 2005 fue de 56,3% (7). En 2004 se registraron 2.322 nacimientos y una tasa bruta de natalidad de 14,3 por 1.000 habitantes; en 2003 se registraron 2.486 nacimientos y una tasa bruta de natalidad de 15,5. El número de nacimientos en 2004 fue el más bajo hasta la fecha y se estima que esta tendencia continuará, ya que las mujeres postergan su maternidad y utilizan anticonceptivos recetados y otros métodos de control de natalidad. La disminución en el número total de nacidos vivos se reflejó en un descenso constante en la tasa de fecundidad total, de 2,1 niños por mujer en 2001 a 1,7 en 2004. En este año, los nacimientos de madres adolescentes representaron 18% del total de

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Santa Lucía, 1993 y 2004.



nacidos vivos; en 1991 fue de 20%. La esperanza de vida promedio al nacer en 2005 fue de 72,8 años: 71,3 años para los hombres y 74,3 años para las mujeres (7).

Durante el período 2000–2004 se registraron 4.860 defunciones. En 2003 se registraron 1.046 y en 2004, 1.114, lo que representa un aumento de 6,5%. La tasa bruta de mortalidad fue de 6,5 por 1.000 habitantes en 2003 y de 6,9 en 2004. Las causas principales de muerte en 2004 se muestran en el cuadro 1 y fueron constantes durante todo el período 2000–2004, aunque cabe mencio-

CUADRO 1. Principales causas de muerte, números y tasas por 100.000 habitantes, Santa Lucía, 2004.

Causas	No.	Tasa
Diabetes mellitus	133	81,9
Enfermedades cerebrovasculares	116	71,4
Cardiopatía isquémica	61	37,6
Cardiopatías pulmonares, enfermedades de la circulación pulmonar, y otras formas de cardiopatías	51	31,4
Neoplasias malignas de otras localizaciones o localizaciones no especificadas	45	27,7
Infecciones respiratorias agudas	43	26,5
Homicidios	38	23,4
Neoplasias malignas de los órganos digestivos y el peritoneo, excepto estómago y colon	37	22,8
Neoplasia maligna de próstata	36	22,2
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas	32	19,7

nar otros dos grupos de enfermedades: las afecciones originadas en el período perinatal, que registraron 92 defunciones con una tasa de 38,8 por 100.000 habitantes entre 2000 y 2002, y las enfermedades hipertensivas, que registraron 83 defunciones y representaron 3,3% del total de defunciones durante el mismo período. La tasa de mortalidad en niños menores de 1 año fue de 14,9 por 1.000 nacidos vivos en 2003 y de 19,4 en 2004 (6).

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En el período 2000–2004 se registraron 699 defunciones en el grupo de 0 a 4 años de edad, de las cuales 601 se debieron a partos prematuros, 52 a crecimiento fetal lento y malnutrición fetal, y 30 se atribuyeron a anomalías congénitas.

Se registraron 45 defunciones infantiles y una tasa de mortalidad infantil de 18,5 por 1.000 nacidos vivos en 2004, más alta que las tasas de 2003 (14,9) y 2002 (13,5). El porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (< 2.500 g) aumentó de 9,5% en 2003 a 10,9% en 2004. El porcentaje de recién nacidos con peso promedio al nacer (2.500–4.000 g) disminuyó de 85,1% en 2003 a 83,7% en 2004. En 2004, 5,4% de los lactantes tenía sobrepeso (> 4.000 g), y el peso promedio al nacer de todos los niños fue de 3.155 g: 3.218 g para los niños y 3.081 g para las niñas (6). En 2004, 95% de los niños menores de 5 años participó en tres programas de evaluación del desarrollo normal a las 6 semanas, los 8 meses y los 3 años de edad. La cobertura de vacunación fue alta, superior a 90% para DPT 1, 2 y 3; BCG, y poliomielitis 1, 2 y 3; el 7,5% de los niños menores de 5 años no recibió ninguna vacuna.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Se registraron 16 defunciones entre niños de 5 a 9 años durante el período 2000–2004; de estas, 14 se debieron a accidentes

y efectos adversos y dos a anomalías congénitas. Se notificaron cinco casos de VIH/SIDA desde el comienzo de la epidemia, de los cuales dos fallecieron (8).

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

El número de nacimientos de madres menores de 20 años fue de 443 en 2003 y 444 en 2004; de estos, el grupo de 12 a 14 años representó 1,8% en 2004 y 1,4% en 2003. En un esfuerzo por postergar la maternidad y reducir la fecundidad en adolescentes, la Unidad de Política Poblacional, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y la Unidad de Planificación Familiar han desarrollado programas especiales para este grupo de población (6).

Durante el período 2000–2004 se registraron siete defunciones entre adolescentes de 10 a 14 años de edad: cuatro por accidentes de tráfico terrestre, dos por suicidios y una por homicidio; seis de las defunciones se registraron en varones. En el mismo período se notificaron 24 defunciones entre adolescentes de 15 a 19 años: 10 por accidentes de tráfico terrestre, ocho por homicidios y seis por ahogamiento accidental, de las cuales 22 se registraron en varones. Desde el inicio de la epidemia del VIH/sida se han notificado 22 casos (tres en el grupo de 10 a 14 años y 19 en el de 15 a 19 años). De los 22 casos notificados, cinco fallecieron (uno en el grupo de 10 a 14 años y cuatro en el de 15 a 19 años). Entre los adolescentes, las medidas preferidas para prevenir el VIH/sida fueron el uso de condones (83%) y la abstinencia (71%); el 54% de los adolescentes indicó ser sexualmente activo.

Salud de los adultos (20–59 años)

Los nacimientos de mujeres de 20 a 24 años de edad en 2004 representaron 25% del total de nacidos vivos (2.436); el 96% de las madres recibieron atención prenatal.

En el período 2002–2004 se registraron 773 defunciones entre adultos de 20 a 59 años. Las tres causas principales de muerte

fueron las neoplasias malignas, las cardiopatías y los homicidios. En el mismo período, las causas principales de mortalidad en los hombres de 20 a 59 años fueron las neoplasias malignas (próstata, estómago, pulmón), los homicidios y la cardiopatía. Las causas principales de muerte entre las mujeres fueron el cáncer de mama y del cuello del útero, la leucemia, la diabetes y la cardiopatía. El sida representó 5% de las defunciones en este grupo de edad (195 defunciones desde el comienzo de la epidemia).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Se notificaron 2.093 defunciones entre los adultos de 60 años y más durante el período 2000–2004. Las causas principales de muerte fueron las neoplasias malignas (29% del total de defunciones en este grupo de edad), la diabetes mellitus (24%), la enfermedad cerebrovascular (24%) y la cardiopatía (24%). Las causas principales de muerte entre los hombres fueron las neoplasias malignas (365), la cardiopatía (252) y la enfermedad cerebrovascular (215). Entre las mujeres, las causas principales de muerte fueron la diabetes mellitus (304), la enfermedad cerebrovascular (285) y la cardiopatía (248). Se han registrado seis defunciones por VIH/sida en este grupo de edad desde el comienzo de la epidemia.

Un informe de 2002 sobre el cuidado de las personas de edad en el país reveló que los principales problemas que enfrentaban los adultos mayores eran el abandono por parte de la familia, una preparación inadecuada para el retiro, el aislamiento y la pobreza. Muchas personas mayores no tenían acceso a los servicios de salud y otros servicios de apoyo debido a su ubicación geográfica, la falta de transporte y el costo de los medicamentos y los servicios médicos (9).

Salud de la familia

El tamaño promedio de una familia en 2004 era de 3,4 personas; en las áreas urbanas, el número promedio de personas por hogar era de 3,3 y en las zonas rurales, de 3,5. El 43% de las familias estaban encabezadas por mujeres; el 25% de las familias encabezadas por mujeres y 18% de las encabezadas por hombres estaban en el quintil más pobre. Además, era menos probable que los hogares encabezados por mujeres tuvieran bienes como un terreno, una vivienda o un vehículo, y la mitad de estas mujeres eran desempleadas (3). Durante el período 2001–2004, solamente 2% de los niños no nació en un hospital o una maternidad (3); aproximadamente 85% de los nacidos vivos nació fuera del matrimonio.

Salud de las personas con discapacidad

El censo de 2001 reveló que 9.313 personas (6,2% del total de la población) tenían discapacidades; el 39,1% de las discapacidades se registraron en personas de 65 años y más y 25,1%, en per-

sonas de 15 a 64 años. Las discapacidades más importantes fueron las de locomoción y visual, que representaron 63,4% de todas las discapacidades.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Entre 2002 y 2002 se registraron cinco casos de **malaria** importada; en 2003 y 2004 no se notificó ningún caso. En el período 2000–2004 se notificaron 35 casos de **esquistosomiasis** y se confirmaron 80 casos de **dengue**, incluido un brote de 60 casos en 2001. Se han identificado los tipos 1, 2, 3 y 4 del virus del dengue en el país.

Enfermedades inmunoprevenibles

Como parte del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), los niños menores de 5 años son vacunados contra **difteria, tos ferina, tétanos, Hib, hepatitis B, poliomielitis, sarampión, paperas, rubéola y tuberculosis**. En 2004, la cobertura de vacunación para la poliomielitis fue de 91% y para la BCG, de 99%. Solamente se ha registrado un caso de tétanos en los últimos cinco años (un varón de 2 años en 2001). La casi ausencia de enfermedades inmunoprevenibles ratifica la alta cobertura de vacunación en los últimos 10 años.

Enfermedades infecciosas intestinales

Se notificaron 36 casos de **salmonelosis** y se confirmaron 20 casos de **fiebre tifoidea** durante 2000–2005. No se registró ningún caso de **cólera** en ese período. La **gastroenteritis** fue la primera causa de consultas en los dispensarios; el 47% de los pacientes ambulatorios buscó atención médica por esta enfermedad. La **esquistosomiasis** permaneció presente en el país, especialmente en el sur, con 30 casos confirmados en el período 2000–2005.

Enfermedades crónicas transmisibles

En el período 2000–2004 hubo 73 casos de **tuberculosis** registrados, un aumento en el número de casos notificados debido en parte a la mejora de los diagnósticos clínicos y de laboratorio. De los casos registrados, 53 fueron casos nuevos y 20 fueron recaídas. El promedio anual de infecciones nuevas y recaídas fue de 11 y cuatro, respectivamente. En el período 2000–2004 se notificaron 53 casos de **lepra**, un aumento atribuible a la educación exitosa y los programas de concientización en las escuelas y los medios desde 2000.

VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual

Entre 1985 y 2004, 469 personas tuvieron resultado positivo en la prueba de detección del VIH; el 10% de los casos se registró en niños menores de 15 años y 77% en adultos de 15 a 49 años; un

total de 251 personas (53%) desarrollaron enfermedades relacionadas con el sida, de las cuales, 230 (49%) fallecieron. Los hombres representaron 53% de las defunciones por sida entre los adultos de 15 a 49 años y 64% entre los de 50 años y más. La razón hombre/mujer de las defunciones por sida en el período 1995–1999 fue de 1,4:1. Las relaciones heterosexuales sin protección siguen siendo el principal modo de transmisión.

Zoonosis

No se notificaron casos de **rabia** en el país en las últimas dos décadas. En el período 2000–2004 se confirmaron 18 casos de **leptospirosis**; los resultados obtenidos sugieren que la infestación tuvo relación con la presencia de roedores en las viviendas y lugares de trabajo.

ENFERMEADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades cardiovasculares

En el período 1998–2002 se registraron 1.577 defunciones por **enfermedad cardiovascular** (cardiopatía, enfermedad cerebrovascular e hipertensión), lo que representa 32% de todas las defunciones, con un promedio de 315 defunciones por año. La **cardiopatía** y la **enfermedad cerebrovascular** representaron 85% de la mortalidad cardiovascular en el país. En 2001 se registraron 298 defunciones por enfermedades cardiovasculares (30% de todas las defunciones) y en 2002, 296 (31% de todas las defunciones). El 16% de todas las defunciones cardiovasculares en el período 1998–2002 fueron por paro cardíaco, con una variación de 15% a 23% por año. La cardiopatía isquémica representó cerca de 10% de todas las defunciones debido a enfermedades cardiovasculares en el período 1998–2002 (10).

Diabetes

Se registraron 518 defunciones por diabetes entre 1998 y 2002, de las cuales 62% fueron mujeres. Cerca de 23% de todas las defunciones por diabetes correspondió al grupo de 45 a 64 años y 75% al de 65 años y más.

Neoplasias malignas

Entre 1998 y 2002 se registraron 763 defunciones por neoplasias malignas (un promedio anual de 153 defunciones), que representaron 16% de todas las defunciones. El 56% de todas las defunciones por neoplasias malignas se registró en los hombres y las tres localizaciones más frecuentes fueron la próstata (36% de todas las defunciones de hombres por neoplasias malignas), el estómago (11%) y la tráquea/bronquios/pulmones (8%). En las mujeres, las principales neoplasias malignas fueron el cáncer de mamas (17% de todas las defunciones de mujeres debido a neoplasias malignas), del cuello del útero (17%) y la leucemia (8,8%). La mortalidad por neoplasias malignas fue más alta en las mujeres que en los hombres en el grupo de 15 a 44 años, pero

fue similar en el grupo de 45 a 64 años. En el grupo de 65 años y más, la mortalidad por neoplasias malignas fue el doble en los hombres, con excepción del cáncer de colon, que registró tasas más altas entre las mujeres (10).

OTRAS ENFERMEADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud mental, alcoholismo y adicciones

El Hospital Golden Hope, una institución mental que cuenta con 162 camas, tuvo una tasa de ocupación de 72%–74%, con una duración de estancia hospitalaria de 50 días para 2003 y de 43 días para 2004. Según registros hospitalarios, la esquizofrenia fue el diagnóstico más frecuente, representando cerca de 60% de todos los diagnósticos en 2003 y 58% en 2004. En 2005, 62 pacientes habían permanecido en el hospital durante más de un año. Los modelos de atención más comúnmente utilizados fueron la fisioterapia y la terapia ocupacional.

En 2005, el Consejo Asesor sobre Abuso de Sustancias realizó una encuesta en las escuelas primarias (5–16 años) y secundarias (11–16 años). De las 11 escuelas que respondieron, 10 indicaron que el abuso de drogas —crack, cocaína y marihuana— era un problema en las comunidades aledañas a la escuela. Seis de las 11 escuelas informaron que se había encontrado posesión de drogas en algunos estudiantes.

Salud oral

En 1997 se realizó una encuesta sobre la salud dental comunitaria, cuyos resultados mostraron que el promedio del índice CPO-D (dientes cariados, perdidos y obturados) era de 6,0 a los 12 años de edad, lo que se considera una cifra elevada. En el período 2003–2004, las actividades que el programa de salud dental pública llevó a cabo con mayor frecuencia fueron las preventivas (educación, tratamientos con fluoruro y selladores), restauradoras (obturaciones y tratamientos de conducto) y de emergencia (extracciones); los procedimientos realizados con mayor frecuencia fueron los exámenes periódicos y las extracciones.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El Ministerio de Salud completó su Plan Estratégico Nacional para la Salud para el período 2006–2011 (11). El plan comprende el fortalecimiento de la organización y el manejo de los servicios de salud y sociales; la mejora y el sustento de los beneficios de salud y el bienestar de los residentes; el logro de una mayor equidad, rentabilidad y eficiencia en la asignación y el uso de los recursos sanitarios; la preparación de un equipo de profesionales especializados y dedicados; el desarrollo de un sistema eficiente de información sanitaria para respaldar la planificación basada

en la evidencia; la implementación de un sistema de perfeccionamiento de la calidad, y la mejora de la infraestructura sanitaria para apoyar el proceso de reforma.

En 2005 se elaboró un proyecto de protocolo para la prevención y el manejo del maltrato infantil, con el fin de proporcionar información pertinente para facilitar una respuesta rápida y eficaz a todos los presuntos casos de maltrato. Además, el país participa de un proyecto de la Organización de Estados del Caribe Oriental de reforma de la ley de violencia doméstica y familiar, que pretende garantizar que las leyes respondan a las necesidades de los ciudadanos. Algunos de los anteproyectos de ley bajo revisión se relacionan con el estado de los niños, la atención y protección infantil y la adopción. Se realizó un proyecto de política para personas mayores, que reglamenta diversos mecanismos para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Santa Lucía ratificó el Convenio Marco de la OMS sobre el control del tabaco. La ley sobre Preparativos para Situaciones de Desastre y Respuesta a los Desastres fue promulgada en 2000 para proporcionar de manera más eficaz la mitigación, preparación, respuesta y recuperación ante desastres y emergencias.

Organización del sistema de salud

El Ministerio de Salud se centra en la prestación de la máxima calidad de vida para todos los ciudadanos del país. Entre otras prioridades, las políticas y planes de salud siguen teniendo como objetivo central las poblaciones pobres en riesgo, los niños y los adultos mayores y la garantía de equidad entre ambos sexos. El Ministerio tiene dos divisiones principales: una rama administrativa, encabezada por un secretario permanente, y una rama técnica, encabezada por el oficial médico principal, que es el responsable de la salud de la nación. El Ministerio de Salud es el único prestador de servicios de atención de salud primaria y secundaria en el sector público. El país busca fortalecer el sector de salud dentro del contexto nacional, regional, social, político y económico y posicionarlo como el motor más importante para el desarrollo social y económico (12).

Los servicios ambulatorios se prestan en consultorios médicos en centros de salud y hospitales de distrito, y a través de los departamentos de damnificados o emergencias de los hospitales generales de casos agudos. Tres instituciones brindan servicios secundarios y especializados: el Hospital Victoria, el hospital más importante, situado en la ciudad de Castries y administrado por el Ministerio de Salud; el Hospital Saint Jude, en el sur de la isla, una institución cuasi pública que recibe una subvención anual del gobierno y cuenta con muchos especialistas extranjeros que trabajan voluntariamente; y el Hospital Tapion, un establecimiento privado en la ciudad de Castries. En la isla funcionan dos instituciones especializadas: el Hospital Golden Hope, un establecimiento psiquiátrico que ofrece servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios y Turning Point, un centro de rehabilitación para problemas de drogadicción.

La mayoría de los servicios de atención terciaria se brindan a través de establecimientos de salud en el extranjero, principalmente en Martinica, Barbados y Trinidad y Tabago. El sistema de seguro nacional proporciona asistencia a las personas mayores, los discapacitados y los indigentes, sean o no contribuyentes del sistema. El Ministerio de Salud financia parcialmente el costo de atención de personas indigentes, el resto se financia mediante gastos directos y el seguro de salud privado cubre a los asegurados.

Tanto la División de Servicios Humanos y Asuntos de Familia como la División de Relaciones de Género responden a los grupos vulnerables y en riesgo mediante la implementación de programas apropiados de protección social. El proyecto de restauración de hogares de adultos mayores está destinado a la reconstrucción de los hogares de personas mayores en circunstancias difíciles, y el gobierno se ha comprometido a edificar un nuevo hogar para ellos. Los servicios para niños vulnerables se incrementarán a través de la creación de un albergue transitorio para brindar servicios de cuidado en custodia y programas de intervención familiar. La División ha puesto en marcha un programa de cuidado y custodia temporal y reclutamiento, que promueve la participación pública en la atención y protección de los niños necesitados; del mismo modo, el programa de asistencia pública se centra en las personas necesitadas. La División de Relaciones de Género tiene a su cargo la implementación de la perspectiva de género y ha desarrollado un programa para combatir la violencia basada en el género.

Servicios de salud pública

Los servicios de atención de salud primaria se prestan en 34 centros de salud, un policlínico y dos hospitales de distrito. Estos establecimientos ofrecen sistemáticamente servicios médicos y farmacéuticos, de atención en salud materno-infantil (atención prenatal y postnatal e inmunización infantil), prevención y control de enfermedades de transmisión sexual, salud mental, y otros servicios relacionados con la diabetes, hipertensión, tamizaje de cáncer, atención dental y alimentación y nutrición.

La Oficina de Educación de Salud del Ministerio de Salud, es responsable de la educación y promoción de la salud; se centra en el control y la reducción de enfermedades no transmisibles, como el cáncer, la diabetes, la hipertensión, la artritis y el lupus, y fomenta buenos hábitos alimenticios y pautas para el tratamiento y la atención de dichas enfermedades. Se realizan reuniones de sensibilización comunitaria para promover la participación de la comunidad y difundir información sobre el manejo de vectores.

Los programas se implementan para el control y la prevención de enfermedades, específicamente de la tuberculosis, la lepra, el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS), fiebre del dengue, sarampión y algunos tipos de cáncer. Las actividades incluyen la vigilancia, el manejo y el tratamiento de casos y consultorios especiales para las infecciones de transmisión sexual. Se

El Gobierno de Santa Lucía se centra en el bienestar de los santalucianos más jóvenes

La población de Santa Lucía es relativamente joven —más de uno de cada cuatro habitantes tiene menos de 15 años—, por lo que los niños son una prioridad para el Ministerio de Salud. En la década pasada, los esfuerzos de inmunización de los niños menores de 5 años contra difteria, tos ferina, tétanos, *Haemophilus influenzae* tipo b, hepatitis B, poliomielitis, sarampión, paperas, rubéola y tuberculosis, dieron como resultado la casi ausencia de enfermedades inmunoprevenibles. El gobierno ha establecido un albergue transitorio para brindar servicios de cuidado en custodia e intervención familiar para la protección de niños vulnerables al maltrato. Entre otras iniciativas, se ofrecen servicios de desarrollo y orientación a niños menores de 16 años y cursos prácticos mensuales para niños con discapacidades. Hace unos años, los Ministerios de Salud y Educación colaboraron en el establecimiento de un programa escolar de salud dental. La preocupación por el uso de drogas, como marihuana, crack y cocaína, y la exposición al VIH/sida por parte de los jóvenes han impulsado a realizar una serie de campañas nacionales para combatir tales amenazas para la salud.

estableció un registro del cáncer en 1995, un registro nacional de la tuberculosis en 1996 y un registro nacional de la diabetes en 2001. Desde 2000, un comité nacional se reúne mensualmente y realiza un seguimiento de todos los casos. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha mantenido una alta cobertura de vacunación durante muchos años, y la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles es muy baja. Se supervisan los embarazos de alto riesgo y todas las embarazadas reciben suplementos de ácido fólico y hierro y servicios de asesoramiento. Se ofrecen servicios de detección de cáncer de cuello del útero, de mama y de próstata, aunque pocos hombres se sometieron a la prueba para la detección del cáncer de próstata. Los servicios preventivos son gratuitos, salvo los anticonceptivos, las vacunas contra la fiebre amarilla y las vacunas exigidas para el ingreso universitario. Se han establecido protocolos y pautas de nutrición para el VIH/sida y a través del Fondo Mundial ha comenzado la distribución de medicamentos antirretrovirales.

El sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles, que se revisó en 2001, refuerza la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe y tiene como objetivo mejorar la vigilancia, priorizar la respuesta a las enfermedades transmisibles vulnerables a brotes, incluidas las enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes, y mejorar el tiempo de respuesta, la preparación, la puntualidad y el diagnóstico de laboratorio; los cambios más importantes del sistema son la ampliación de la vigilancia sindrómica, la interrupción de los presuntos casos de enfermedad, la creación de informes trimestrales sobre la tuberculosis y la creación de informes sistemáticos y estandarizados sobre los brotes. Los datos para este sistema se recopilan de sitios centinelas en los departamentos de atención de accidentes y urgencias del Hospital Victoria, el Hospital Saint Jude y el Policlínico Gros Islet.

El Departamento de Salud Ambiental, dentro del Ministerio de Salud, tiene a su cargo la prestación de los servicios de salud

ambiental, incluida la seguridad de los alimentos y el agua, el control de vectores y el saneamiento. También es responsable de la supervisión y la reglamentación de la eliminación de desechos sólidos. Los esfuerzos se han centrado en la vigilancia y tratamiento de criaderos de mosquitos; la realización de ejercicios de supervisión del dengue, esquistosomiasis y leptospirosis; la inspección portuaria del mosquito *Aedes aegypti* en los puertos de Marigot, Rodney Bay y Castries. Se han implementado mecanismos y estrategias eficaces para la supervisión y el cumplimiento de la buena calidad del agua potable y en 2005 se supervisaron semanalmente 29 sistemas de distribución municipal. La Unidad de Alimentos tiene a su cargo la protección, el control y la seguridad de los alimentos, y realiza inspecciones de los establecimientos de servicios alimenticios y vendedores mayoristas por lo menos tres veces al año; en 2004 se inspeccionaron 1.696 establecimientos de manipulación de alimentos y se realizaron inspecciones de seguimiento a 204 establecimientos para garantizar el cumplimiento de las pautas. En el período 2004–2005, la unidad capacitó a 300 agricultores en los principios básicos de higiene de alimentos. Se revisaron los proyectos de ley sobre alimentación y salud animal y se hicieron circular para obtener comentarios.

En centros de capacitación de personal se instruyó a bomberos, técnicos médicos en emergencias y socorristas en respuesta a desastres causados por la actividad humana; hay ocho ambulancias disponibles por medio de un sistema de cobro de tarifa según el uso.

Servicios de atención a las personas

Además de los hospitales de atención secundaria y especializada mencionados anteriormente, el país cuenta con dos hospitales de distrito (en Soufrière y Dennery), que prestan servicios

ambulatorios, de hospitalización y de emergencia, así como también atención para pacientes hospitalizados por problemas menores, ya sean médicos, quirúrgicos o pediátricos, y atención de maternidad para partos de bajo riesgo. El hospital psiquiátrico brinda atención a pacientes hospitalizados y determinados tipos de atención primaria a pacientes ambulatorios a través de consultorios psiquiátricos comunitarios en el hospital y en otros siete establecimientos.

En la isla funcionan dos laboratorios públicos y tres privados. El laboratorio del Hospital Victoria funciona como el laboratorio nacional de referencia y cuenta con el único patólogo del país. Los servicios de extracción y transfusión de sangre se realizan en la unidad del banco de sangre del Hospital Victoria; también existe una unidad ambulatoria de banco de sangre. Antes de realizar la extracción de sangre, se entrevista a los donantes sobre su estilo de vida y otros factores de riesgo y se los somete a pruebas de detección del VIH, VDRL, hepatitis B y C, HTLV 1 y 2, grupo sanguíneo y anticuerpos.

Entre los servicios de especialidades, la salud mental es en este momento una de las áreas de preocupación del Ministerio de Salud. La iniciativa de reforma de salud mental articula un cambio en la atención de salud mental institucional y comunitaria, lo que se espera que genere una descentralización y que el acceso a este tipo de servicios sea mayor. El proceso de reforma conlleva la reforma legislativa y de política de salud mental; la capacitación y el desarrollo de recursos humanos; la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades y los servicios comunitarios de salud mental. Se concluyeron los planes para la construcción de un nuevo establecimiento de salud mental, que se inaugurará en 2007–2008 y se hicieron los cálculos sobre las necesidades de personal y las correspondientes descripciones de los puestos.

En apoyo a la planificación familiar, la Asociación de Planificación Familiar tiene como objetivo la reducción de la incidencia de embarazos no deseados, especialmente entre adolescentes, por medio de un programa fortalecido sobre educación de la vida familiar y servicios integrales de atención de la salud reproductiva. Esta asociación brinda asesoramiento, anticonceptivos y otros servicios de salud reproductiva en establecimientos clínicos.

El Plan Estratégico Nacional para la Salud incluye la provisión de servicios de salud mental pública ambulatoria en nueve centros de salud comunitaria; muchos de los servicios no están aún disponibles diariamente. En colaboración con el Ministerio de Educación, se lanzó un programa dental escolar en 2003. Los servicios dentales se brindan por medio de varios establecimientos de salud y también del sector privado.

Están disponibles los servicios de especialistas en garganta, nariz y oído, pero los servicios de terapeutas del habla se ofrecen solo periódicamente y están a cargo de voluntarios a corto plazo. Un equipo de profesionales de salud llevó a cabo cursos prácticos mensuales para niños con múltiples discapacidades. El Centro de Desarrollo y Orientación Infantil y el Ministerio de Educación ofrecieron servicios a niños desde su nacimiento hasta los 16

años; su equipo de profesionales multidisciplinarios —un pediatra voluntario, un fisioterapeuta contratado por el Ministerio de Educación, terapeutas del habla y del lenguaje a domicilio y terapeutas ocupacionales a domicilio—, proporciona una evaluación y un diagnóstico integral y continuo de niños con problemas físicos, mentales, emocionales y de comportamiento.

Recursos humanos

La evaluación más reciente de los profesionales de salud pública en el país se resume en el cuadro 2. El costo total de recursos humanos en el sector de salud se estimó en US\$ 15,2 millones, lo que representó 70% del último presupuesto nacional total.

El país experimentó una escasez de trabajadores de salud, ya que muchos de ellos obtuvieron puestos más lucrativos en el extranjero. Aproximadamente la mitad del personal de enfermería dejó el servicio al año de graduarse. El Consejo de Enfermería recibió 170 solicitudes de certificados académicos en 2004, lo que indica la migración de un número importante de personal de enfermería capacitado (13). El Plan Estratégico Nacional para la Salud enfatiza el desarrollo de medidas para retener a trabajadores de salud capacitados.

En el período del informe, 14 personas participaron del programa de salud ambiental en tres etapas de la OPS/OMS, cuyo principal objetivo es mejorar las destrezas necesarias de los funcionarios de salud ambiental. Se capacitó a dos enfermeros en la atención y el manejo de pacientes diabéticos y luego se los asistió en el desarrollo de protocolos para el manejo eficaz de la diabetes. El Ministerio de Salud implementó un programa de pasantías para asegurar la calidad de los nuevos médicos al ofrecerles la oportunidad de aplicar sus destrezas en un ambiente de aprendizaje donde se sientan apoyados. En el período 2004–2005 se capacitó a 37 médicos a un costo de casi US\$ 400.000. En 2005, un asistente social en el área de trabajo social familiar recibió capacitación en Israel, y dos funcionarios en el área de bienestar social recibieron capacitación sobre gerontología social en Malta.

Suministros de salud

El país obtiene los medicamentos a través de los Servicios de Medicamentos del Caribe Oriental, mientras que todas las vacunas utilizadas en el sector público se obtienen a través del Fondo Rotatorio de la OPS. El servicio de adquisición de productos farmacéuticos de la Organización de Estados del Caribe Oriental expandió su cartera de productos médicos de 470 a 680 artículos, para aumentar las economías de escala mediante la licitación internacional de una amplia gama de productos esenciales de atención de la salud; el aumento de 25% en los insumos médicos licitados incluyó una gran variedad de materiales para suturas, que anteriormente consumían una parte importante de los presupuestos de salud de los países de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS).

CUADRO 2. Profesionales de salud del sector público y población, por especialidad, Santa Lucía, 2002.

Categoría	No.	Población/ Especialidad
Médicos clínicos	60	2.669
Cirujanos generales	4	40.036
Anestesiastas	5	32.029
Pediatras	3	53.382
Obstetras/Ginecólogos	5	32.029
Psiquiatras	5	32.029
Médicos	8	20.018
Accidentes y emergencias	4	40.036
Epidemiólogos	1	160.145
Cardiólogos	1	160.145
Dermatólogos	1	160.145
Internistas	2	80.073
Oftalmólogos	1	160.145
Patólogos	1	160.145
Radiólogos	2	80.073
Cirujanos ortopedistas	3	53.382

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

En 2004, el gobierno realizó una encuesta sobre conocimiento, actitud y práctica de jóvenes de 10 a 30 años, en relación con el VIH/sida en Gros Islet, Vieux Fort, Canaries y Dennery, como parte de un esfuerzo conjunto con la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). La encuesta reveló la necesidad de una estrategia cuidadosamente estudiada para detener y controlar la epidemia del VIH/sida entre los jóvenes de Santa Lucía (14). En 2004, la encuesta mencionada sobre los indicadores básicos del bienestar incluyó la supervisión de la pobreza y el bienestar familiar, y cubrió una muestra lo suficientemente amplia y representativa como para proporcionar indicadores de bienestar confiables para la planificación y formulación de políticas. En 2005, un estudio sobre vulnerabilidad, patrocinado por UNICEF, reveló al gobierno los hallazgos pertinentes e hizo recomendaciones sobre las medidas prioritarias que se debían tomar. Ese mismo año, una encuesta realizada por la Secretaría del Consejo Asesor sobre Abuso de Sustancias para determinar el nivel de abuso de drogas y actividades educativas sobre drogadicción entre estudiantes de la escuela secundaria, encontró que las drogas más comúnmente utilizadas eran la marihuana, el crack y la cocaína.

Gasto y financiamiento sectorial

Los servicios de salud están financiados por cuatro fuentes principales: el fondo consolidado, los pagos directos, los sistemas de seguro privado y las contribuciones de donantes. El presupuesto total anual de salud en el período 2000–2001 fue el más alto de la década, con US\$ 20,2 millones; en el período 2001–2002 fue de US\$ 19,5 millones, lo que representó 6,2% del presu-

puesto nacional total; y en el período 2002–2003 fue de US\$ 19,3 millones (6,7% del presupuesto nacional).

En términos de la distribución del presupuesto total de salud, los servicios de atención secundaria representaron 53% en el período 2001–2002 y 54% en el período 2002–2003; los servicios de atención primaria representaron la segunda porción más importante del presupuesto total de salud, con 22% en el período 2001–2002 y 23% en el período 2002–2003, y los servicios comunitarios consumieron cerca de la mitad del presupuesto de servicios de atención primaria; el Hospital Golden Hope representó 5% por año del presupuesto total para el período 2001–2003; y los servicios de administración, política y planificación del Ministerio de Salud representaron 9% del presupuesto total en el período 2001–2002 y 10% en el período 2002–2003 (10, 15).

El Sistema de Seguro Nacional realizó una contribución anual al fondo consolidado con el fin de cubrir los gastos de hospitalización de sus miembros. El gasto de salud aumentó 40% en el período 2000–2006, de US\$ 22,6 millones a US\$ 31,9 millones. Esta tendencia ascendente es un reflejo de la demanda depositada en el sistema de salud pública por el perfil demográfico y de salud epidemiológica. Por consiguiente, los recursos asignados al sector de salud pública fueron insuficientes para responder adecuadamente a las crecientes necesidades sanitarias de la población. Se desarrolló el programa de atención de salud universal como el mecanismo para mejorar el financiamiento del sector de salud nacional, cuya implementación estaba programada para el período 2006–2007.

Cooperación técnica y financiera en salud

Dados los limitados recursos del sistema de salud, la movilización de recursos es un impulso importante del sector público. El país recibió cooperación técnica y financiera de varias agencias externas y gobiernos extranjeros. La Unión Europea prestó su apoyo en forma de préstamos y subsidios para el Nuevo Hospital General, el desarrollo del Plan Estratégico Nacional para la Salud, el Programa Integrado de Protección y Desarrollo del Niño, el Proyecto de Atención de Adultos Mayores y el Centro de Apoyo a la Mujer. El gobierno recibió financiamiento parcial del Banco de Desarrollo del Caribe para emprender la rehabilitación de escuelas primarias y centros de salud comunitaria. También obtuvo fondos para la reparación y restauración de 24 establecimientos de salud: 15 a través del proyecto de reconstrucción económica del Banco Central, cinco a través del Fondo Fiduciario para Necesidades Básicas y cuatro a través del Banco Mundial. El Banco Mundial también otorgó préstamos y subsidios para la implementación del proyecto de control y prevención del VIH/sida. Un subsidio del Gobierno de Irlanda se destinó a la mejora de los servicios de atención del VIH/sida, y el FNUAP financió un proyecto para la prevención del VIH/sida entre los jóvenes. La OPS prestó cooperación por medio de capacitación, becas y servicios técnicos directos. El Gobierno de China comenzó la construcción del nuevo establecimiento de salud mental y el Gobierno de Cuba contri-

buyó a la mejora del programa nacional de atención oftalmológica, por medio de la prestación de atención oftalmológica gratuita para los santalucianos en Cuba y la asistencia técnica para el desarrollo de un centro oftalmológico en el Hospital Victoria.

Organizaciones no gubernamentales, como la Asociación para el Bienestar de los Ciegos en Santa Lucía y el Consejo Nacional para Personas con Discapacidades, son cruciales en su respuesta a los problemas de la salud oftalmológica y discapacidad física. La Asociación, a través de su relación con la agencia de financiamiento Hilton-Perkins International, proporciona atención limitada, principalmente domiciliaria y comunitaria, para un pequeño número de niños con múltiples discapacidades y dificultades visuales.

Referencias

1. Saint Lucia, Saint Lucia Government Statistics Department. 2001 Population and Housing Census. Castries: St. Lucia Government Statistics Department; 2001.
2. Saint Lucia, Saint Lucia Government Statistics Department. The Economic and Social Review 2005. Castries: St. Lucia Government Statistics Department; 2005.
3. Saint Lucia, Saint Lucia Government Statistics Department. Core Welfare Indicators Questionnaire Survey (CWIQ): A Pilot Study in Saint Lucia. Castries: St. Lucia Government Statistics Department; 2004.
4. Saint Lucia, Ministry of Health, Epidemiology Department, 2004.
5. Saint Lucia, National Emergency Management Office. Annual Report for 2003 and 2004. Castries: NEMO; 2004.
6. Saint Lucia, St. Lucia Government Statistics Department. Vital Statistics Report. Castries: St. Lucia Government Statistics Department; 2004.
7. Pan American Health Organization. Regional Core Health Data Initiative. PAHO Basic Indicator Data Base (updated in October 2005)
8. Saint Lucia, National AIDS Program Secretariat, National AIDS Coordinating Committee. HIV and AIDS in St. Lucia. Castries: NACC; 2005
9. Saint Lucia, Ministry of Health. Care of the Elderly Project, 2002.
10. Saint Lucia, Ministry of Health. Report of the Chief Medical Officer, 2001–2002. Castries: Ministry of Health; 2002.
11. Saint Lucia, Ministry of Health. National Strategic Plan for Health, 2006–2011. Castries: Ministry of Health; 2005
12. Saint Lucia. Parliament of Saint Lucia. Debate on the Budget, 2006–2007.
13. Saint Lucia, General Nursing Council of St Lucia, Special Committee on the Migration and Training of Nurses. Final Committee Report, August 2004. Castries: General Council of Nurses; 2004.
14. Saint Lucia, Ministry of Health, United Nations Population Fund and Organization of Petroleum Exporting Countries. Knowledge, Attitude, and Practice Survey (KAPS) of Youth regarding HIV/AIDS. Castries: UNFPA; 2004.
15. Saint Lucia, Ministry of Health. Report of the Chief Medical Officer, 2002–2003. Castries: Ministry of Health; 2003

