

---

# ARUBA

## SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

### Contexto socioeconómico, político y demográfico

**A**ruba es una isla de las Antillas ubicada a 24 km de la costa norte de Venezuela. Es la más pequeña (194 km<sup>2</sup>) y occidental de un grupo de tres islas neerlandesas. Está dividida en ocho regiones: Noord/Tanki Leendert, Oranjestad (Oeste), Oranjestad (Este), Paradera, Santa Cruz, Savaneta, San Nicolás (Norte) y San Nicolás (Sur).

El idioma oficial es el neerlandés, que se emplea tanto en la educación como en el servicio civil. El papiamento, que se habla en Aruba, en Bonaire y en Curazao, es el idioma nacional usado en el Parlamento y en los medios de comunicación. El inglés y el español son idiomas de enseñanza obligatoria en los últimos grados de la escuela primaria y su uso está bastante difundido.

En su condición de entidad autónoma dentro del Reino de los Países Bajos desde el 1 de enero de 1986, Aruba es responsable de su propia administración y política, excepto de la defensa, las relaciones exteriores y la Corte Suprema. Su Constitución establece la celebración de elecciones libres y democráticas para elegir a los 21 miembros del Parlamento cada cuatro años. El gabinete, encabezado por el Primer Ministro, consta de un máximo de nueve ministros. Oficialmente, el Jefe de Estado es el monarca neerlandés, representado por un Gobernador.

La principal actividad económica corresponde al sector de servicios, en el que predomina el turismo. Se reabrió la refinera de petróleo y se están desarrollando algunas pequeñas industrias, entre las que se destacan las actividades de la construcción.

El producto nacional bruto (PNB) per cápita en 1993 fue de US\$ 12.900. En 1994 el producto interno bruto (PIB) fue de US\$ 16.630. Este índice hace que Aruba sea más comparable con Europa Occidental y los Estados Unidos de América que con otros países de la Región; sin embargo, debe usarse con precaución porque fue calculado en un período bastante corto y sobre

la base de estimados. Se está efectuando un estudio para determinar el PNB; los datos preliminares indican que probablemente representa 60% del PIB. La tasa de inflación de 1990, 1993 y 1994 fue de 7,1%, 6,0% y 4,7%, respectivamente.

Entre el censo de 1991 y la Encuesta de Fuerza Laboral (EFL) de octubre de 1994, la población de la isla aumentó de 66.687 a 79.837, cifra que representa un crecimiento de casi 20%. Este aumento ha afectado a la situación de empleo y desempleo en Aruba. Proporcionalmente, en 1994 la cantidad de empleados no arubanos fue algo mayor que en 1991. Según la EFL, de las 2.722 personas empleadas en 1994, 28% no eran de Aruba. Entre 1991 y 1994 el empleo femenino aumentó más que el masculino.

Luego del cierre de la refinera LAGO, los niveles de desempleo de 1985 subieron a 28%; desde esa fecha, el Gobierno adoptó una serie de medidas para mejorar la economía nacional. Se fortaleció el desarrollo de la industria del turismo, cuyo crecimiento, junto con el de las actividades paralelas de los sectores de la construcción y de servicios, logró disminuir el desempleo. El incremento del turismo motivó un ascenso de 6,5% de la población de tránsito entre 1994 y 1995. En este último año se registró un total de 618.915 visitantes, cifra que representa 7,3 veces la población de Aruba.

Según la EFL de 1994, la tasa total de desempleo de Aruba era de 6,4%. La tasa de desempleo femenino era de 7,8% y la del masculino, de 5,3%.

La población estimada para 1995 es de 83.652 habitantes, de los cuales 41.592 (49,7%) son hombres y 42.060 (50,3%), mujeres. La densidad demográfica es de 445 habitantes por km<sup>2</sup>. La región más poblada es Oranjestad, con aproximadamente 20.045 habitantes.

En 1993 se registró la mayor tasa de aumento poblacional (9,35%). En 1994 la tasa disminuyó a 3,03% y en 1995 fue de 4,13%. Estos movimientos obedecen esencialmente a las migraciones. La migración neta de 1984 a 1987 arrojó un saldo negativo, con cifras que fluctúan entre -264 en 1984 y -501 en 1987. En 1989 el saldo resultó positivo, con cifras de 586 para ese año, y desde entonces se advierte un aumento en la

migración neta, que alcanzó su punto máximo en 1993 (5.734). De acuerdo con el censo de 1991, alrededor de 23,9% de la población residente en Aruba eran inmigrantes.

La tasa global de fecundidad entre 1993 y 1995 fue de 6,7, 6,5 y 6,8 por 1.000 mujeres de 14 a 44 años, respectivamente. No se dispone de tasas de fecundidad por edad. La tasa bruta de natalidad en 1995 fue de 17,0 por 1.000 habitantes y su tendencia es estable en relación con 1991. En 1991, la esperanza de vida al nacer de la población era de 77,1 años para las mujeres y de 71,0 para los hombres.

La población de Aruba es básicamente urbana. Puede considerarse joven, ya que 55,2% tiene menos de 35 años de edad. La población mayor de 65 años representa 6,6%.

## Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad ha variado de 5,2 en 1993 a 6,0 por 1.000 habitantes en 1995.

Las cinco principales causas de muerte en el período 1987–1993 fueron las enfermedades del aparato circulatorio, los tumores, las enfermedades por problemas endocrinos, nutricionales, metabólicos e inmunológicos, las causas externas, y las enfermedades del sistema respiratorio. En 1993, año para el cual están disponibles las causas de muerte, se observa que de las 402 muertes 25,6% se debían a causas mal definidas. De las muertes con causas definidas, 138 (46,1%) se debieron a enfermedades del aparato circulatorio, 47 (15,7%) a tumores, 30 (10%) a problemas endocrinos, nutricionales, metabólicos e inmunológicos, 30 (10%) a causas externas y 12 (4%) a enfermedades infecciosas y parasitarias.

La principal causa de muerte en el grupo de menores de 1 año son las afecciones originadas en el período perinatal. Entre las edades de 1 a 44 años la principal causa de muerte en el sexo masculino son las causas externas. Las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte para ambos sexos en las edades de 45 a 64 y 65 y más.

En el período 1991–1993, las principales causas específicas de muerte fueron las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón, las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares y los tumores malignos de mama y de estómago.

## PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

### Análisis por grupos de población

#### *La salud del niño*

El servicio de salud juvenil del Departamento de Salud Pública tiene como objetivo promover el bienestar y brindar atención a los niños y adolescentes de 0 a 12 años. Los médi-

cos de este servicio ofrecen consultas en la Cruz Blanca y Amarilla y administran vacunas a la población escolar.

La mortalidad en el grupo de menores de 1 año ha descendido desde 1991, cuando se certificaron 10 defunciones. De 1993 a 1995 se registraron 4, 5 y 1 muertes infantiles, respectivamente. En 1993, las cuatro muertes se debieron a ciertas afecciones originadas en el período perinatal, 50% (dos) fue por hipoxia intrauterina y asfixia al nacimiento.

La mortalidad en el grupo de 1 a 4 años está representada en 1991 por una muerte del sexo masculino por tumor maligno, ninguna en 1992 y una en 1993, por accidente no especificado. En el grupo de 5 a 14 años se certificaron en 1991 cuatro defunciones, tres por enfermedades del sistema respiratorio y una por accidente. No se produjo ninguna muerte en 1992 y en 1993 solo se registró una por enfermedad infecciosa.

#### *La salud del adulto*

La Fundación para la Planificación Familiar, creada en 1970, tiene como meta promover la paternidad responsable, teniendo en cuenta la tradición cultural y religiosa de la población. Brinda servicios de anticoncepción a través de la Clínica Arubana de Planificación Familiar. Según datos de 1994, los métodos utilizados eran: anticonceptivos orales (41,7%); condones (41,1%); esterilización (5,7%); inyectables (5,2%); dispositivos intrauterinos (4,8%); y otros (1,4%). Aunque no existen datos de cobertura, se sabe que el número de mujeres que acuden a la Fundación está en aumento: 5.005 visitas en 1988 y 7.178 en 1994, lo que representa un incremento de 43%.

La mujer arubana puede optar por ser atendida en su embarazo por un médico general, una partera o un ginecólogo. Sin embargo, esta elección es hasta cierto punto limitada. Las que cuentan con un seguro médico privado y las empleadas del sector público y del sector privado pueden hacer su elección ellas mismas; las que tienen tarjetas PPK (tarjetas especiales para personas de escasos recursos económicos) están obligadas a usar los servicios de una partera. A fin de prepararse para el parto, las mujeres pueden seguir un curso de ejercicios prenatales. La Cruz Blanca y Amarilla (servicio de enfermería comunitario) también brinda cursos completos de instrucción para futuras madres y padres, orientándolos, entre otras cosas, con respecto a la alimentación de la madre y del niño, el crecimiento y desarrollo del feto, la higiene, la lactancia, el parto y el cuidado posnatal. Los partos normalmente se realizan en el Hospital General, pero las mujeres pueden también elegir dar a luz en el hogar.

Los nacimientos prematuros son relativamente poco frecuentes, pero cuando se sospecha que puede ocurrir uno, la madre es trasladada a Curazao (Antillas Neerlandesas), donde se cuenta con los servicios necesarios para su atención. Si el nacimiento prematuro ya se produjo, el niño es trasladado a Curazao tan pronto como su condición médica lo permite.

Según el Código Penal Arubano el aborto es un delito procesable. No se dispone de datos al respecto.

No existen muertes maternas certificadas para el período 1991–1993.

### *La salud del adulto mayor*

Las causas más frecuentes de mortalidad de este grupo son las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores malignos, que representan 51% y 15% respectivamente. El 65% de la mortalidad mal definida corresponde a esta franja de edad, que experimentó un aumento importante en las últimas tres décadas: en 1960 representaba 3,1% de la población, en 1991, 7%, y en 1995, 6,6%.

Según el censo de 1991, la población empleada mayor de 60 años disminuyó de 1.187 (5% de la población empleada) a 887 (3%). En el momento de realizarse el censo, 13% de la población de 60 años y más estaba trabajando. Esta proporción representa una caída drástica en relación con la que registra el censo de 1981 (20,5%). Una posible explicación de este hecho es la reciente decisión (1 de julio de 1992) de reducir la edad para cobrar la pensión de vejez de 62 a 60 años. Existe un programa de pensión de vejez, reglamentado, que ha sido designado para garantizar un ingreso mínimo a los adultos mayores.

La Stichting Algemene Bejaardenzorg Aruba (SABA), una organización que provee atención a los adultos de 60 años y más, maneja tres residencias para ancianos con una capacidad total de 236 camas, que resulta insuficiente. El Gobierno subsidia los costos del personal de las fundaciones que proporcionan servicios de asistencia social a los ancianos en la comunidad.

La Cruz Blanca y Amarilla del distrito provee atención domiciliaria a ancianos. Hay dos centros de atención diurna que prestan sus servicios solo en las mañanas; sus programas son principalmente recreativos.

### *La salud de los trabajadores*

Existe un servicio de atención a los trabajadores del sector público que realiza los exámenes de salud previos a la contratación, así como el control y seguimiento de los trabajadores enfermos. Se ocupa también de la prevención y el control de riesgos laborales y de los aspectos educativos de los trabajadores. A este servicio le compete el registro de accidentes y enfermedades laborales.

En 1995, 40% de los trabajadores del sector público eran mujeres, porcentaje que ha ido en aumento. La participación de los menores de 20 años en el mercado de trabajo ha experimentado una fuerte disminución debido a la prolongación del tiempo de estudio, y es en la actualidad muy baja. En el

grupo de 20 a 24 años de edad, la tasa de participación es considerablemente mayor (70,2% para los hombres y 62,7% para las mujeres).

Estudios realizados para los años 1994 y 1995 demostraron que las causas de morbilidad que producen mayor ausentismo laboral son la gripe, los trastornos digestivos y las cefaleas.

### *La salud de los discapacitados*

Según datos correspondientes al censo de 1991, la prevalencia de discapacitados (considerada como deficiencia física y mental referida) fue de 5,5% (3.700). La más frecuente fue la deficiencia de un miembro (28,7%), seguida de discapacidades motoras (18,3%) y visuales (13,2%). Las discapacidades fueron levemente más frecuentes entre los hombres (5,7%) que entre las mujeres (5,4%).

## **Análisis por tipo de enfermedad o daño**

### *Enfermedades transmisibles*

En mayo de 1995 se informó el primer caso de dengue de un brote que afectó al país durante ocho meses. Se notificaron 67 casos sospechosos (57 en 1995 y 10 en 1996) y 45 fueron confirmados por serología, aislándose el serotipo 2. No se notificaron muertes ni casos de dengue hemorrágico. La epidemia de dengue es la segunda que se produce en Aruba, la primera, ocurrida en 1984–1985, afectó a 24.000 personas, con dos defunciones. El serotipo aislado fue el 1. No se han comunicado otras enfermedades de transmisión vectorial.

No se han notificado casos de poliomielitis o de parálisis flácida aguda, difteria, tos ferina o tétanos. En 1994 se notificaron cuatro casos de sarampión, ninguno en 1995 y cuatro sospechosos en 1996; el estudio serológico de estos últimos cuatro casos demostró que tres correspondían a rubéola y el otro se descartó como sarampión. En ese año se notificaron otros cinco casos de rubéola. En 1994 se comunicó un caso de parotiditis, dos en 1995 y ninguno en 1996.

No hay datos consolidados de coberturas de vacunación, pero las estimaciones realizadas indican 80% de cobertura de vacunación contra difteria, tos ferina y tétanos (DPT) y contra la poliomielitis al año y medio de edad, y de 100% a los 6 años.

En relación con la hepatitis B, se notificaron tres casos en 1994, uno en 1995 y uno en 1996.

No hay antecedentes de casos de cólera. Entre 1981 y 1996 la cantidad de casos de shigelosis osciló entre 10 (1981) y 89 (1990). En los últimos tres años se observa una reducción de 24 (0,3 por 1.000 habitantes), a 20 (0,2 por 1.000 habitantes) y a 13 casos (0,1 por 1.000 habitantes), que se atribuye a subregistro. Durante ese mismo período (1981–1996), los casos notificados de enfermedades infecciosas intestinales

por otras salmonelosis oscilaron entre 23 (1985) y 116 (1989).

Los datos del período 1981–1996 indican que la incidencia más alta de tuberculosis se registró en 1992 con siete casos, y en 1995 con ocho casos, la mayor parte de ellos en extranjeros. No se ha detectado farmacoresistencia y no se ha determinado asociación con el sida. Solo hay un caso de lepra, que fue diagnosticado en 1994.

Aunque no se tiene información sobre consultas por infecciones respiratorias agudas, se estima que constituyen una causa importante de morbilidad; los egresos hospitalarios de 1994 muestran que el riesgo de ingreso hospitalario debido a un cuadro de infección respiratoria aguda fue de 2,9 por 1.000 habitantes. Este riesgo resultó tres veces superior en el grupo de 1 a 4 años y en el de 65 y más años.

En el período 1987–1996 se registraron 25 casos de sida, 18 en varones y 7 en mujeres; 22 personas han fallecido. La investigación epidemiológica realizada indica que 94,4% de los varones se infectaron por transmisión sexual y 5,6% (1) probablemente por vía sanguínea (drogadicción). Todos los VIH positivos notificados a la División de Enfermedades Infecciosas reciben asesoría médica y psicológica posterior a la detección. Además de los consejos y del cuidado clínico para los pacientes infectados con VIH, las medidas de control incluyen la educación y el control sanitario, especialmente de las prostitutas, los pacientes con enfermedades de transmisión sexual y los donantes de sangre. En 1986–1995, la pesquisa de sangre para VIH detectó un caso seropositivo en 1986, tres en 1987 y uno en 1995. En los demás años no hubo pruebas positivas. Aproximadamente 50% de los seropositivos eran inmigrantes que solicitaban permiso de trabajo. De ellos, la mayoría retornó a su país, de modo que resultó imposible determinar cuántos desarrollaron la enfermedad o fallecieron a causa de ella.

La cantidad de casos de sífilis comunicada por los médicos osciló entre 14 (la más alta informada) en 1990 y 7 en 1995. En 1996 se decidió solicitar directamente la información de serologías positivas al laboratorio y se detectaron así 86 casos, por lo que se estima que las cifras anteriores presentan un importante subregistro de la enfermedad.

Los casos comunicados de blenorragia reflejan igualmente un subregistro; la cifra más alta se registró en 1990, con 53 casos. En 1996 se detectaron solo 3 casos.

No se notificaron casos de rabia u otras zoonosis.

### *Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud*

La encuesta sobre nutrición realizada en 1991–1992 (Kappel/Kock), indica que 67% de la población de Aruba tenía exceso de peso, con un índice de masa corporal (IMC) de 25 o

más, y 52% de la población tenía un IMC mayor de 27. El IMC medio encontrado entre las personas de 22 a 64 años era de 27,8. El problema del exceso de peso afecta a ambos sexos por igual. Se halló un IMC significativamente superior entre las personas de bajos ingresos que entre las de ingresos superiores. El IMC de las personas de 50 años y más era de 28,5 mientras que el de los adultos jóvenes de 21 a 34 años era de 27.

En 1995–1996 se realizó un control de obesidad en niños de primer y quinto grado; los resultados se compararon con los controles de 1994–1995. Se encontró que en los niños de primer grado el exceso de peso se había reducido de 13,4% a 12,0%. En el quinto grado se observó un incremento de 26,1% a 29,4%. No hay datos sobre desnutrición proteínica en menores de 5 años.

Las autoridades arubanas no tienen una política oficial de promoción de la lactancia materna. En la práctica, muchas madres amamantan a sus hijos, aunque siempre emplean el alimento con biberón como suplemento.

La Encuesta Nacional de Salud de 1990 es un estudio descriptivo dirigido a la población en general para obtener información sobre el estado de salud, el consumo de alcohol, la demanda de servicios médicos y el grado de satisfacción con ellos. Los resultados de la encuesta indicaron que 66% se sentía saludable y que la hipertensión (9,8%) y la diabetes (4,3%) eran las enfermedades más prevalentes entre la población.

Los ingresos hospitalarios por diabetes mellitus fueron más frecuentes en las mujeres que en los hombres, lo que puede indicar que la enfermedad tiene mayor prevalencia en las primeras. El riesgo de requerir ingreso hospitalario por esta causa aumenta con la edad y es tres veces superior en el grupo de 65 años y más que en el de 45 a 64 años. La diabetes mellitus constituyó la cuarta causa de defunción en el período 1987–1993, con tendencia estable. En 1993, el riesgo de morir por esta causa resultó dos veces superior entre las mujeres.

La enfermedad isquémica del corazón ocupó el primer o segundo lugar como causa de muerte en el período 1991–1993.

En 1989 se realizó un estudio en una muestra de población de 15 a 74 años que permitió conocer la prevalencia de factores de riesgo coronarios. Así, la prevalencia de hipertensión arterial fue de 17%, sin que se haya encontrado diferencia significativa entre hombres y mujeres ni entre los niveles de colesterol en ambos sexos (12% de los hombres y 11% de las mujeres presentaron una hipercolesterolemia grave, y 23% de los hombres y 28% de las mujeres tuvieron cifras de colesterol compatibles con una hipercolesterolemia moderada: 5,2–6,4 mmol/l); la prevalencia de diabetes fue de 6%; la del hábito de fumar fue de 32% entre los hombres y 13% entre las mujeres; el exceso de peso se detectó en 60% de la muestra, el 35% presentó un exceso de peso moderado y 23%, grave. El exceso de peso en las mujeres fue significativamente superior al de los hombres.

Los tumores malignos constituyeron la segunda causa de muerte en el período 1987–1993. Las localizaciones más frecuentes son el estómago y la mama. Se observa una disminución de la mortalidad por esta causa en 1993 respecto de 1991, lo que puede atribuirse al alto porcentaje de muertes con causas mal definidas de ese año. Según informes anatómopatológicos de 1995 y 1996, 100% de los tumores malignos cervicouterinos diagnosticados fueron *in situ*; pero de 49 carcinomas de mama diagnosticados, 45 (92%) se encontraban en su estadio invasivo.

En el período 1987–1993 los accidentes ocuparon el tercer lugar como causa de muerte. En 1993, la única defunción en el grupo de 1 a 4 años fue por esta causa. En el grupo de varones de 15 a 44 años los accidentes (específicamente los de tráfico de vehículos de motor) constituyeron la principal causa de muerte. La única muerte ocurrida entre mujeres de 15 a 24 años fue debida a una causa violenta (homicidio). Según el registro de egresos hospitalarios, al menos 8 de cada 1.000 personas requirieron un ingreso por año a causa de accidentes, cifra 2,8 veces superior a los ingresos por infecciones respiratorias agudas.

En cuanto a los trastornos del comportamiento, durante el año escolar 1995–1996 la Fundación contra el Abuso de Drogas realizó una encuesta entre estudiantes de escuelas secundarias. Sobre una muestra de 625 estudiantes se obtuvo una tasa de respuesta de 98%. De los que respondieron, 25% admitió usar drogas (lícitas o ilícitas). De los que declararon haber usado drogas, 19,3% admitió tomar cerveza, 16,5% vino, 12,2% ron o whisky, 9,1% cigarrillos, 5,6% marihuana, 0,4% cocaína. Los efectos dañinos del uso de drogas lícitas se conocían más que los de las ilícitas. Los lugares donde se obtenían más comúnmente estas últimas eran la calle, las discotecas y la casa de amigos.

Con respecto a la salud oral, la División de Salud Oral Escolar del Departamento de Salud Pública realizó en 1990 un estudio de salud bucodental en escolares que indicó que de los escolares examinados de 4, 6, 9 y 12 años, 34% estaba libre de caries y 66% presentaba caries dentales. El índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) promedio de la muestra fue de 2,9. Las caries dentales fueron el componente más importante, seguidas por las extracciones. De las 37 escuelas de la muestra, 17 mostraban un índice CPO-D menor de 2,9, 6 tenían un índice CPO-D de 2,9, y 14 tenían un índice CPO-D mayor que 2,9. Tanto la extensión como la gravedad de las caries resultaron mayores en Santa Cruz y Sabaneta que en las otras partes del país. La capital Oranjestad era la región con menor problema de caries dentales. El índice CPO-D fue menor en el sexo femenino que en el masculino. La higiene bucal deficiente presentó mayor porcentaje en Sabaneta.

En cuanto a las enfermedades emergentes y reemergentes, no se han informado casos de meningitis meningocócica, hantavirus, ni encefalitis equina venezolana.

No se han informado desastres naturales ni accidentes industriales.

## LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

### Políticas y planes nacionales de salud

El Gobierno actual ha contraído compromisos en relación con la reorganización de la salud pública, el manejo eficiente y coordinado de las acciones de salud, la distribución correcta de los recursos financieros, la información a la población sobre la importancia de la medicina preventiva y el mantenimiento y mejoramiento de la atención médica y paramédica.

La reorganización de la salud pública requiere revisar las leyes existentes; aplicar la ley de seguro general, cuya meta es reducir y controlar los gastos médicos; inventariar las áreas que estén relacionadas con la salud pública y lograr una coordinación entre ellas; acentuar la promoción y educación para la salud, teniendo en cuenta la prevención primaria, secundaria y terciaria; introducir un sistema de inspección de los servicios de salud pública.

La Ley de la Salud Pública (1952) contiene leyes generales, también conocidas como reglamentaciones organizacionales, que tratan de la organización, supervisión y promoción de la salud, y específicas (particulares), agrupadas según conciernan a las profesiones, a la salud mental, a la higiene, a las enfermedades, al control sanitario de animales y plantas, a la inspección de la carne, el ganado y la venta de productos cárneos, y a los entierros y cementerios. Las leyes específicas fueron promulgadas entre 1917 y 1969.

### Servicios de salud y recursos

#### *Organización de los servicios de atención a la población*

El Departamento de Salud Pública de Aruba se ocupa de la promoción de la salud pública, la atención de la salud mental y psiquiátrica, la administración del laboratorio público, la ejecución de las leyes referentes a la salud pública y la supervisión de su cumplimiento.

**Promoción de la salud.** El Departamento de Salud Pública pone al alcance de la población información sanitaria a través de la radio y la televisión. La Sección de Relaciones Públicas y Promoción de la Salud distribuye material informativo (carteles, panfletos, folletos y calcomanías). Otros servicios del Departamento de Salud Pública brindan información al público en general, incluidos los colegios, sobre diversos temas de salud.

**Prevención y control de enfermedades.** El Servicio de Salud a la Juventud practica un examen físico anual a todos los estudiantes de primero a quinto grado, y se ocupa también de las vacunaciones.

El control de vectores lo lleva a cabo la División de Control de Vectores, que pertenece al Departamento de Salud Pública. Esta división controla todas las casas de la isla en lo relacionado con *Aedes aegypti*.

La División de Salud Animal y Salud Pública Veterinaria del Departamento de Salud Pública realiza investigación y análisis en el terreno así como en el laboratorio veterinario. Estas actividades están cubiertas por la ley veterinaria.

La División de Enfermedades Transmisibles se ocupa de la vigilancia epidemiológica de estas enfermedades mediante notificación coordinada con los servicios de salud. Este servicio provee regularmente información consolidada a la División de Epidemiología e Investigación. Por ley, las enfermedades transmisibles deben notificarse. Enfermeras de la División de Enfermedades Transmisibles hacen el seguimiento de los pacientes. Esta división realiza también el seguimiento de pacientes con VIH y los asesora.

Existe un laboratorio de salud pública que establece los diagnósticos para la vigilancia. La calidad de las pruebas de laboratorio se asegura mediante controles internos y externos.

**Servicios de agua potable y alcantarillado.** El suministro de agua potable en Aruba lo realiza la Compañía Agua y Energía (WEB), que abastece a unos 26.000 hogares. El consumo promedio mensual de agua per cápita en 1995 fue de 9 toneladas métricas. El agua potable se produce por desalinización del agua marina. WEB Aruba obtiene más de 31.000 toneladas métricas de agua desalinizada por día, lo que totaliza alrededor de 11 millones de toneladas métricas por año. La calidad del agua se basa en las normas de la Organización Mundial de la Salud. El agua de Aruba está considerada como una de las mejores del mundo; mensualmente se realizan pruebas químicas y bacteriológicas en 20 sitios de la isla para asegurar su calidad.

El tratamiento de las aguas servidas comprende el sistema individual, consistente en pozos negros, tanques sépticos o drenaje directo al mar y el colectivo, que puede ser mediante pozo negro central, purificación de aguas servidas y drenaje en el mar.

**Servicios de manejo de residuos sólidos municipales, incluidos los hospitalarios.** Para la disposición de residuos sólidos hay un vertedero de 12,5 hectáreas ubicado en Parkietenbos. Se arrojan allí diferentes tipos de desechos (basura de las casas, oficinas e industrias, de la industria hotelera, de restaurantes y cafés, residuos de construcción y demolición). No hay documentación disponible sobre cuánto desecho se arroja allí. Los desechos hospitalarios son también transportados y dispuestos en el vertedero municipal. Los desechos infecciosos

se queman en un incinerador que presenta problemas de operación y mantenimiento.

**Protección y control de los alimentos.** La División de Enfermedades Transmisibles controla cada seis meses a los manipuladores de alimentos con pruebas de shigella, salmonella y tuberculosis. Regularmente se toman muestras de alimentos que se envían al laboratorio para realizar los exámenes de control correspondientes.

#### *Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas*

Todas las personas que residen legalmente en la isla tienen acceso a la atención médica. Las personas pueden asegurarse en forma privada o a través de su empleador. A los que no están empleados, así como a los ancianos y a los minusválidos, se les provee una tarjeta PPK que les permite ser atendidos por médicos del Gobierno. El Gobierno cubre también los medicamentos que estas personas necesitan.

El principal hospital de Aruba es el Hospital Doctor Horacio Oduber. Se trata de una institución privada y sin fines de lucro, manejada por una fundación. Cuenta con 253 camas para pacientes internos, más 26 camas destinadas a la atención psiquiátrica. En 1994 se registraron 9.970 admisiones, con una tasa de ocupación de 87,2%. El hospital posee equipos de radiología y realiza por año 2.000 estudios de tomografía y 40.000 de rayos X. Ofrece servicios de medicina interna, cirugía, urología, ginecología y obstetricia, pediatría, otorrinolaringología, oftalmología, neurología, psiquiatría y rehabilitación. Cuenta con una sala de urgencias que funciona las 24 horas del día y que, en 1994, atendió a 25.293 pacientes, de los cuales 2.516 (9,9%) eran turistas.

El Centro Médico Dr. Rudy Engelbrecht está ubicado en San Nicolás, en un lugar central para la atención médica de los residentes de esta ciudad, así como de los de Savaneta, Pos Chiquito, Brasil y Cura Cabay, y de los reclusos del Instituto Correccional. El centro brinda principalmente atención primaria. Tiene una sala de emergencia que funciona las 24 horas bajo la supervisión de un médico general. A excepción de las parturientas, que pueden ser admitidas por su médico general, solo ingresan los pacientes que son enviados por un especialista.

Al 31 de diciembre de 1996 había en Aruba 32 médicos generales, 50 especialistas, 20 dentistas, 15 farmacéuticos, 4 veterinarios, 4 psicólogos y 3 obstétrices.

#### *Formación del personal de salud*

La mayoría de los médicos se forman en reconocidas instituciones de los Países Bajos y, en menor medida, en Colom-

bia, Costa Rica, Estados Unidos y Venezuela. Hay una escuela de enfermería en el Hospital, donde se puede obtener el grado de enfermero auxiliar. El grado de enfermero se obtiene en Curazao o en los Países Bajos.

La investigación en salud se considera una importante actividad para el desarrollo de la salud pública. En 1996 el fondo para el desarrollo de investigaciones del presupuesto del Departamento de Salud Pública fue de US\$ 29.000.

### *Inversión*

El crecimiento económico equitativo y sostenido es claramente un objetivo de la política del gasto público en Aruba. Por ejemplo, el Plan de Desarrollo Sasaki y muchos otros proyectos de inversión pública tienen el objetivo específico de promover el desarrollo económico sostenido y equitativo. La inversión pública desempeña un papel importante en la formación del capital humano y físico. La inversión pública en infraestructura básica es un requisito esencial para la acumulación de capital en el sector privado.

La inversión es uno de los factores que permitió que Aruba financie su rápida expansión. La inversión total aumentó de alrededor de US\$ 95,3 millones o 20% del PIB en 1986, a US\$ 436 millones o 31% en 1991; sin embargo, cayó a alrededor de 24% del PIB en 1993 para recuperarse en 1994–1995, período en el que alcanzó a 27% del PIB aproximadamente, un valor coherente con el objetivo de la política macroeconómica de la tasa de 5% de crecimiento del PIB real.

Entre 1980 y 1995 pueden identificarse claramente tres tendencias distintas: en el período 1980–1985 se observa la disminución de la inversión y del crecimiento económico relacionado con ella, junto con una aceleración significativa de la tasa de crecimiento del desempleo; en el período 1985–1990 la inversión aumentó hasta alcanzar una tasa anual promedio de 31,5%, con el índice más alto (32,2%) registrado en la inversión privada, lo que proporcionó un fuerte impulso a la economía y, lo que es más importante, se produjo la recuperación del crecimiento económico que había permanecido estático durante los años de crisis. Por último, en el período 1990–1995 el aumento de la inversión total fue sumamente pequeño, con un crecimiento económico lento.

El análisis de los datos estadísticos disponibles demuestra que la contribución de la inversión privada al crecimiento total del PIB ha sido bastante amplia y que ha habido un aumento en el esfuerzo de formación del capital en los últimos 10 años. En enero de 1991 la inversión privada promedio como porcentaje del PIB alcanzó un nivel pico de 27%, que declinó a 20,8% en 1993 para comenzar a recuperarse en

1994 hasta alcanzar 24,4% del PIB en 1995. A lo largo del período, la inversión privada fue superior a la inversión pública. El acceso al capital extranjero constituyó un factor clave para el aumento de la tasa de inversión bruta. El Gobierno estimuló la inversión por medio de una combinación de incentivos fiscales. Estas políticas produjeron un impacto importante en la inversión privada, que se convirtió así en la mayor arma de crecimiento de la economía.

En el período 1986–1995 la inversión pública promedio alcanzó 3,8% del PIB y 12,8% del gasto total del Gobierno. Ambos, sin embargo, experimentaron una tendencia negativa desde 1987 que afectó a la inversión pública en el sector social, particularmente en educación y salud. La caída de la inversión pública responde a dos factores principales: el aumento de los salarios del sector público y la productividad relativamente baja en ingresos por impuestos. La inversión pública, incluida la ayuda foránea del Programa de Cooperación de Desarrollo de Holanda administrado por el Gabinete para las Antillas Neerlandesas y Aruba, que cayó relativamente menos que la inversión privada, experimentó cambios importantes en términos de asignación de prioridades. Estos cambios favorecieron a las empresas del Estado, principalmente en el sector energético, y los efectos negativos incluyeron la disminución del gasto de capital, operaciones y mantenimiento y de las inversiones en el terreno social (la educación y la salud en particular).

El alza en la inversión que había comenzado en 1995 continuó ganando fuerza durante el primer semestre de 1996 y se espera que la inversión pública aumente considerablemente en el período 1996–2000, sobre todo por la aplicación anticipada del Plan de Desarrollo Sasaki.

En relación con la inversión en salud planificada para el próximo período, el Ministerio ha asignado un alto grado de prioridad a la construcción de un hospital psiquiátrico con 60–80 camas para fines de 1996. El objetivo es unir el hospital psiquiátrico con un hospital general de apoyo de estructura limitada (70 camas), de modo que puedan compartir servicios comunes, tales como los de lavandería, laboratorio, departamento técnico y cocina.

De acuerdo con el presente plan, el Seguro Médico General se instrumentará por fases. En los primeros dos años, los gastos en salud probablemente aumentarán, y posteriormente se espera que disminuyan. Se espera también que la reorganización de los servicios con énfasis en la prevención permita disminuir los gastos de atención de la salud. En este sentido, las actividades de organizaciones como la Cruz Blanca y Amarilla resultan de gran importancia y es necesario mejorarlas e intensificarlas. La atención en el hogar, que está en aumento, debería expandirse para constituir una verdadera opción.