
BAHAMAS

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La Mancomunidad de las Bahamas es un archipiélago de alrededor de 700 islas que abarcan una superficie de 13.933 km² y están diseminadas por 207.000 km² del Océano Atlántico. Más de 95% de sus habitantes viven en tan solo siete islas. Los dos centros de población principales son Nassau, la capital, situada en Nueva Providencia, y Freeport, emplazada en Gran Bahama. Las otras islas y cayos poblados se denominan Islas Family. Nueva Providencia es la isla más densamente poblada, con 904 personas por km². Únicamente otras tres islas o grupos de islas tienen una densidad de población superior a los 38,6 habitantes por km². De conformidad con el censo de 1990, Nueva Providencia reunía 67,4% de la población y Gran Bahama, 16%. El mismo censo puso de manifiesto que la familia media se componía por entonces de 3,8 personas: 3,9 en Nueva Providencia y 3,6 en Gran Bahama. Aunque se sabe que hay zonas en las cuales se hacina la gente, este problema no se ha cuantificado.

El compromiso contraído por el Gobierno con el desarrollo social queda corroborado con la asignación de aproximadamente 30% del presupuesto ordinario nacional a los sectores sociales y con la dedicación de especial consideración a la educación, la salud y la vivienda. Toda la población tiene acceso a la atención de salud y a los servicios básicos, aunque no los pueda pagar.

La educación es accesible para todos los segmentos de la población de las Bahamas y es obligatoria hasta los 14 años de edad. Hay en el país 213 escuelas, de las cuales 163 pertenecen al sector público; la matrícula total, en los niveles primario y secundario, es de alrededor de 61.500 alumnos y la razón maestro-estudiante, de 1:18.

El Colegio de las Bahamas, que es público, proporciona educación terciaria y ofrece títulos de asociado ("associate") y licenciado en letras y ciencias. Funcionan asimismo varias

instituciones privadas que están afiliadas a instituciones de enseñanza terciaria de los Estados Unidos de América y también otorgan títulos de asociado. También se ofrece formación técnica y profesional a cargo del Instituto Técnico y Profesional de las Bahamas.

En el presupuesto ordinario de 1996–1997 se asignaron al Ministerio de Salud US\$ 102.021.118 (13,3% del total del presupuesto), que representan un gasto per cápita de US\$ 359, aproximadamente (desde 1972 la tasa de cambio con respecto al dólar de los Estados Unidos es 1:1). Aunque el gasto en el sector salud ha aumentado constantemente entre 1986 y 1995–1996, ha disminuido de 15,6% a 13,6% como porcentaje del presupuesto nacional.

En su carácter de estado unitario independiente dentro de la Mancomunidad Británica de Naciones desde julio de 1973, las Bahamas constituyen una democracia parlamentaria basada en el modelo de Westminster/Whitehall; hay un Gobernador General que representa a la Corona Británica, una legislatura bicameral que comprende una Cámara de Representantes elegidos directamente y un Poder Judicial independiente. El Primer Ministro preside el Gabinete de Ministros y es también miembro de la legislatura. Los ministerios, a cuya cabeza está un ministro (político) y un secretario permanente (administrativo), junto con instituciones cuasigubernamentales, tienen a su cargo los asuntos de Estado. Con las elecciones de 1992 se produjo el primer cambio de gobierno en 25 años; este mismo gobierno ha retornado al poder en 1997.

La amplia dispersión geográfica de las islas entraña para el Gobierno muchos problemas logísticos para la organización y prestación de servicios, incluidos los de atención de salud. Con miras a solucionarlos, se ha establecido un sistema de administración local, que otorga a las Islas Family y a los distritos un mayor control de la gestión de los asuntos de Estado en sus comunidades. El Ministerio de Salud también ha puesto en marcha una iniciativa encaminada a acercar la gestión de los servicios de salud a las personas mediante el desarrollo de sistemas locales de salud en tres de las Islas Family:

Andros, Eleuthera y Long Island. Si tiene éxito, esta iniciativa se extenderá gradualmente a otras islas.

El turismo, incluido el comercio vinculado con el mismo, constituye con mucho la principal actividad económica, pues representa más de 50% del producto interno bruto (PIB) y 60% del empleo. Los servicios (tales como los servicios públicos, el turismo, la banca y los seguros), la pesca y la agricultura dan empleo a 80% aproximadamente de la fuerza laboral. Alrededor de 30,4% de los trabajadores tienen empleo en servicios comunitarios, sociales y personales, 13,5% en hoteles y restaurantes, 13,2% en el comercio mayorista y minorista, y 7,4% en servicios financieros, de seguros, inmobiliarios y comerciales.

Según los datos recibidos del Departamento de Estadística, se calculó que la tasa global de desempleo de 1996 era de 11,5%, lo que representó una mejora con respecto a la tasa máxima de 14,8% registrada en 1992. En Nueva Providencia, donde la tasa de 1996 fue de 11,9%, reside el mayor número de personas desempleadas. En Gran Bahama la tasa es de 10,6%.

Luego de la recesión de 1991–1992, la recuperación económica comenzó en 1993 y ha continuado. La producción creció 1% en 1995. Ese año, se estimó que el PIB era de US\$ 3.053 millones (en dólares de 1990); desde 1993 el PIB creció constantemente después de haber disminuido entre 1990 y 1992. La tasa media de crecimiento fue de -0,5% en el período 1990–1995. Durante ese mismo período el PIB per cápita descendió de US\$ 12.291 a US\$ 11.059, con una tasa de cambio anual que fue en promedio de -2,1%. Con respecto al gasto en salud, en 1990 se estimó que el gasto público y el privado eran 2,63% y alrededor de 2,20% del PIB, respectivamente.

Los principales objetivos de las políticas monetarias y fiscales básicas que procuran desarrollar las autoridades siguen siendo el mantenimiento de la estabilidad macroeconómica, el aumento de la competitividad en todos sus aspectos y el estímulo del desarrollo sostenible impulsado por el sector privado a corto y mediano plazo. Una cuestión clave en las Bahamas es la diversificación de la economía, que se conseguirá reforzando los vínculos intersectoriales del sector del turismo y el resto de la economía y mejorando la infraestructura de las Islas Family para promover su desarrollo económico. Esta iniciativa, que se puso en marcha en 1994 particularmente con respecto a los caminos, los aeropuertos, los sistemas de provisión de agua y alcantarillado y la electricidad, ha empezado a pagar dividendos, como queda demostrado por el crecimiento de la inversión extranjera fuera de Nueva Providencia y Gran Bahama.

En el presupuesto de 1996–1997 se reafirmó el compromiso contraído por el Gobierno de consolidar el mejoramiento de la situación económica y social, con la puesta en práctica de las reformas institucionales necesarias y la preservación de un clima propicio para las inversiones internas e internacionales.

Población

Se estimó que la población de las Bahamas era de 284.000 habitantes a mediados de 1996. Alrededor de un tercio de la población tiene menos de 15 años de edad y aproximadamente 5%, más de 65 años. Se estimó que el crecimiento anual de la población fue de 1,97% entre 1980 y 1990, en tanto que el crecimiento urbano fue de 2,35%. La tasa bruta de crecimiento vegetativo por 1.000 habitantes aumentó de 18,1 en 1988 a 20,4 en 1992 y después descendió constantemente hasta llegar a 16,2 en 1995. En el momento de realizarse el censo de 1990, la relación de dependencia fue de 58,5; los jóvenes (menores de 15 años) representaban 51,0 de esa cifra y las personas de edad avanzada (65 años y más), 7,5.

La esperanza de vida al nacer ha aumentado continuamente, elevándose de unos 60 años en el período 1950–1955 a 73 años aproximadamente en 1990–1995 (76 años para las mujeres y 69 años para los hombres).

De 1988 a 1992 la tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes fluctuaba entre 22,7 y 25,6. Después, la tasa descendió regularmente hasta llegar a 22,4 en 1995. La estructura de la fecundidad ha seguido siendo similar entre 1976 y 1995; la mayor fecundidad se registró en los grupos de 20 a 24 años y 25 a 29 años de edad. Se ha producido un marcado descenso de la fecundidad en estos grupos en el último decenio. Sin embargo, en el grupo de 15 a 19 años, que es el tercero en materia de fecundidad, y en el grupo de 40 años y más, no se han observado cambios. El único grupo en el cual se registró un aumento fue el de 35 a 39 años, probablemente porque las mujeres optan por postergar su embarazo para seguir una carrera profesional.

Confiabilidad de las estadísticas demográficas

La ley estipula que queden registrados los nacimientos, las defunciones y los matrimonios en las Bahamas. Es obligación legal inscribir los nacimientos en los primeros 21 días posteriores al parto. Con respecto a las defunciones, el certificado médico de defunción, con la relación de las causas directas o básicas de muerte, debe ser extendido por un médico (o, en raras ocasiones y en zonas remotas, por una enfermera) y presentado en el Registro Civil correspondiente antes de que se realice el entierro. El funcionario actuante registra el fallecimiento y emite un certificado de defunción.

La evaluación de la cobertura del sistema de inscripción de los nacimientos actualmente en marcha se puede llevar a cabo porque los servicios de obstetricia de todo el país, incluidos los que se brindan en hospitales y dispensarios privados y públicos, proporcionan rutinariamente al Ministerio de Salud informes de todos los nacimientos que han tenido lugar en sus establecimientos. Estos informes sirven de base para

realizar una estimación del verdadero número de nacimientos. Con esta evaluación se puso de relieve que hay un porcentaje de subregistro que ha aumentado constantemente hasta llegar a un máximo de 33% en 1995. Asimismo, ha permitido la realización de los ajustes necesarios en los indicadores básicos de salud derivados de los datos relativos a los nacimientos, tales como las tasas de mortalidad neonatal e infantil. La validez de este procedimiento se ve apoyada por estudios que han demostrado que no más de 1% de los nacimientos en el país ocurren fuera de los servicios de salud o sin el conocimiento y la probable asistencia de personal de salud capacitado, que eleva al Ministerio de Salud sus propias estadísticas sobre todos los nacimientos que conoce.

Los datos sobre mortinatalidad, en particular los que corresponden a 1991 y 1993, indican que el sistema de registro tiene una cobertura que no llega a ser satisfactoria, probablemente por fallas en la documentación y en la observancia de las definiciones.

En las Bahamas, las prácticas actuales permiten la duplicación de los códigos que se asignan a las causas de las defunciones producidas en los hospitales públicos: un código es el de las historias clínicas confeccionadas por el personal médico y otro es el de los funcionarios del Departamento de Estadísticas, el organismo oficial a cargo de la publicación de las estadísticas sobre las muertes. Para efectuar la codificación, el Departamento de Estadísticas utiliza copias de los certificados médicos de muerte obtenidos en la sección correspondiente del Registro Civil, en tanto que el personal de los hospitales tiene acceso a las historias clínicas y no tan solo a los certificados. En estas instituciones la codificación es por completo independiente, sin ninguna comprobación. Las estadísticas nacionales de causas de muerte se basan en la codificación del Departamento de Estadísticas.

En 1996 se llevó a cabo un estudio para evaluar la calidad de los datos sobre mortalidad, en el cual se utilizaron los datos obtenidos en 1994 en el Hospital Princess Margaret, donde tuvo su origen más de 80% de los certificados médicos de defunción. Los resultados indicaron que el subregistro, estimado en menos de 5%, no era un problema importante. Sin embargo, es preciso mejorar el sistema de codificación y procesamiento de los datos relativos a las muertes. Cuando los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) asignados a las muertes ocurridas en el Hospital Princess Margaret o después de una internación en él se compararon con los empleados por el Departamento de Estadísticas, la concordancia fue tan solo de 65,7% con respecto a los códigos de tres dígitos y mucho menor para los más precisos de cuatro dígitos. Como consecuencia de este estudio, se recomendó que se celebraran talleres para médicos y otros miembros del personal de salud sobre el llenado correcto de los certificados médicos de defunción y para que las instituciones comprobaran su codificación y solucionaran las discrepancias mediante

conversaciones bilaterales (el primero de esos talleres se llevó a cabo durante el primer trimestre de 1997).

Menos de 2% de las muertes registradas en 1995 fueron clasificadas como provocadas por estados morbosos mal definidos.

Mortalidad

En 1995 se registraron 1.604 muertes, que representaron una tasa bruta de mortalidad de 5,75 por 1.000 habitantes. Las 10 causas principales de muerte provocaron 86,3% de las muertes por causas definidas. Aunque la tasa cruda de mortalidad por 1.000 habitantes ha estado por debajo de 6,0 durante los dos últimos decenios como mínimo, entre 1990 y 1995 dicha tasa aumentó de 5,3 a 5,7: esta última fue la más alta desde 1989, cuando fue de 5,9.

Las enfermedades tales como la hipertensión, la diabetes, el infarto de miocardio, la apoplejía y el cáncer constituyen gran preocupación para la población de las Bahamas. Estas enfermedades figuran entre las principales causas de mortalidad y representan casi 45% de las muertes que se producen en el país. Estas enfermedades también provocan más morbilidad que cualquier otro grupo de afecciones.

Las primeras cinco causas de muerte están relacionadas con los modos de vida y tres de ellas se conectan con la nutrición. En 1995 la principal causa de muerte de la población general fueron las cardiopatías (102,9 por 100.000 habitantes), que representaron 18,2% del total de defunciones. Les siguieron en orden de importancia el sida (97,1 por 100.000 habitantes y 17,2%), los tumores malignos (85,3 por 100.000 y 15,1%), las enfermedades cerebrovasculares (46,6 por 100.000 y 8,2%) y los accidentes, la violencia y las intoxicaciones (39,8 por 100.000 y 7,0%).

Durante el último decenio, poco más o menos, las enfermedades incluidas entre las principales causas de muerte han permanecido relativamente estables, con excepción del sida y los trastornos conexos. Desde 1985, año en que fueron instituidas las pruebas de detección del VIH en las Bahamas, la proporción de muertes atribuidas al sida ha aumentado constantemente, y en 1994 esta enfermedad reemplazó a los tumores malignos como segunda causa de muerte. También en ese año los accidentes, la violencia y las intoxicaciones intercambiaron posiciones con las enfermedades cerebrovasculares y se convirtieron, respectivamente, en la cuarta y quinta causas de muertes. En 1986 —el primer año completo durante el cual se dispuso de datos sobre la infección por el VIH y el sida— la proporción de las muertes registradas atribuibles al sida fue aproximadamente de 2%. Hacia 1995 esta proporción aumentó a 17,2%. Antes de la aparición del sida, la única enfermedad infecciosa que figuraba entre las principales causas de muerte era la neumonía.

Existen diferencias significativas en cuanto a los niveles de mortalidad y el ordenamiento de las principales causas de muerte entre hombres y mujeres. En 1995 la tasa de mortalidad masculina fue de 635,5 por 100.000 hombres y la femenina, de 515,6 por 100.000 mujeres. A partir de 1991 ha habido un aumento de la tasa correspondiente a ambos sexos. Sin embargo, mientras la tasa para los hombres permaneció casi constante entre 1993 y 1995, la de las mujeres creció constantemente de 441 en 1991 a 515,6 en 1995. No obstante, a pesar del aumento de la tasa de mortalidad entre las mujeres en su conjunto, la tasa de mortalidad para el grupo de 15 a 44 años de edad descendió de 195,1 a 132,4 entre 1993 y 1995.

Las tres causas de muerte más significativas en los hombres fueron el sida (con una tasa de 130,4 por 100.000 hombres y 20,9% de las defunciones por causas definidas), las cardiopatías (102,9 por 100.000 y 16,5%) y los tumores malignos (91,3 por 100.000 y 14,6%). Los accidentes, la violencia y las intoxicaciones, que en 1994 fueron la segunda de las principales causas de muerte con 113,6 por 100.000, descendieron al cuarto lugar (66,7 por 100.000 y 10,7%). Si son examinados como grupo los hombres de 15 a 44 años, las dos causas de muerte más comunes son, con mucho, el sida (171,0 por 100.000 habitantes y 46,5%) y los accidentes, la violencia y las intoxicaciones (85,5 por 100.000 y 23,3%). Los siguen las cardiopatías y los tumores malignos (ambos con tasas de 18,5 por 100.000 que representan, cada una, 5%).

Entre las mujeres, las causas de muerte más frecuentes fueron las cardiopatías (102,8 por 100.000 mujeres y 20,3%), los tumores malignos (79,4 por 100.000 y 15,7%) y el sida (64,5 por 100.000 y 12,7%). Las enfermedades cerebrovasculares, que fueron la cuarta de las causas más comunes de muerte, representaron 10,6% de las muertes de mujeres, con una tasa de 53,9 por 100.000. La mayor diferencia entre las principales causas de muerte de hombres y mujeres se encuentra en los accidentes, la violencia y las intoxicaciones, que figuraron en noveno lugar para las mujeres, con una tasa de 13,5 por 100.000. El orden de las tres primeras causas se invierte en el grupo de 15 a 44 años de edad, en el cual la más común fue el sida (83,3 por 100.000 mujeres en ese grupo de edad, lo que representaba 41,1% de las defunciones), seguida por los tumores malignos (29,2 por 100.000 y 14,4%) y las cardiopatías y los accidentes, la violencia y las intoxicaciones (en ambos casos 12,5 por 100.000 y 6,2%). Las 10 primeras causas de muerte en este grupo de edad representaron 87,7% de las defunciones por causas definidas.

Según datos de 1995, las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes mellitus son las dos únicas causas de muerte que entrañan un mayor riesgo para la vida de la población femenina que para la vida de la población masculina en las Bahamas. La diabetes, que parecía ofrecer menos riesgo de muerte para las mujeres en los últimos años (pues había pasado del

tercer lugar al sexto, con tasas que habían descendido de 39 por 100.000 mujeres en 1991 a 27,7 por 100.000 en 1993), volvió a incrementar el número de afectados en 1994 y pasó a ocupar el quinto lugar en 1995, con una tasa de 42,6 por 100.000 y una mortalidad proporcional de 8,4% de las muertes por causas definidas. La tasa de mortalidad por esta enfermedad para los hombres, que ya era inferior que la correspondiente a las mujeres, también había descendido de 20 por 100.000 en 1991 a 16,7 en 1993, cuando figuraba en el décimo lugar como causa de muerte. Empero, en 1994 la diabetes pasó a ocupar el séptimo lugar y, como ocurrió con las mujeres, la tasa aumentó aún más a 29,7 por 100.000 en 1995, cuando ocupaba el sexto lugar.

Los accidentes y la violencia se sitúan entre los primeros lugares en la lista de causas de muerte de la población en su conjunto. En 1994, 31% de las muertes relacionadas con heridas se debieron a la violencia. El problema es muy importante entre los hombres de 15 a 44 años de edad y los niños menores de 15. En 1994, alrededor de 37% de las muertes de hombres de 15 a 44 años se debieron a accidentes o actos de violencia.

Entre 1984 y 1995 las muertes maternas fueron muy pocas (entre una y cuatro por año) y, por consiguiente, la tasa fluctuó mucho, de 1,5 a 6,4 por 10.000 nacidos vivos; esta última cifra alcanzó su punto más alto en 1995. Entre 1988 y 1995 únicamente hubo dos años durante los cuales las muertes que se produjeron fueron más de una: 1989 (dos muertes) y 1995 (cuatro muertes).

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Las principales fuentes de datos de esta sección son los registros con los diagnósticos de egresos de los pacientes del Hospital Princess Margaret, que representan aproximadamente 75% de las altas de pacientes agudos en el sector público, y del Hospital Rand Memorial, que constituyen el resto. También se utilizan los datos de los informes mensuales de los centros de salud comunitarios y del sistema de vigilancia de las enfermedades de notificación obligatoria.

Análisis por grupos de población

La salud del niño

En 1994 correspondía al grupo de los menores de 5 años el mayor porcentaje de ingresos por 1.000 habitantes en el Hospital Princess Margaret. Las enfermedades de las vías respiratorias fueron la causa de más de 75% de los ingresos de niños de menos de 5 años; el asma, la bronquitis y la neumonía fueron las causas principales en ese grupo de enfermedades.

En los centros de salud comunitarios, las infecciones de las vías respiratorias superiores, con exclusión del resfrío común, fueron las enfermedades observadas más a menudo en los niños menores de 5 años entre 1992 y 1995. Esta afirmación seguía siendo válida una vez desglosados los datos para Nueva Providencia, Gran Bahama y las Islas Family. En Gran Bahama y las Islas Family los traumatismos ocuparon el segundo lugar entre los problemas advertidos con más frecuencia en dicho grupo de edad; en Nueva Providencia este segundo lugar correspondió a las enfermedades del oído. Esta situación puede ser producto de las opciones de que se dispone en Nueva Providencia en materia de atención de salud, pues es probable que los niños con traumatismos sean llevados directamente al Hospital Princess Margaret. La bronquitis aguda también apareció entre las cinco primeras causas de enfermedad en el grupo de los menores de 5 años tanto en Gran Bahama como en Nueva Providencia, aunque no en las Islas Family. La gastroenteritis aguda se encontraba entre las tres primeras causas de enfermedad en Nueva Providencia y las Islas Family, pero no figuraba ni siquiera entre las cinco primeras en Gran Bahama. Aunque la candidiasis estaba entre las cinco primeras en Gran Bahama y en 1995 apareció como número cinco en Nueva Providencia, por entonces no era una de las causas más comunes en las Islas Family.

Niños menores de 1 año. Se produjo una declinación de la mortalidad infantil desde el nivel de 1986, de 30,2 por 1.000 nacidos vivos, hasta el de 1995, de 19,0 por 1.000 nacidos vivos. En los dos últimos decenios la causa principal de mortalidad infantil fueron "ciertas afecciones originadas en el período perinatal". Entre 1984 y 1994 la tasa correspondiente a esta causa aumentó regularmente de 10,4 por 1.000 nacidos vivos a 16,8 por 1.000 nacidos vivos. En 1995 descendió a 8,8 muertes por 1.000 nacidos vivos. Desde 1989 las "anomalías congénitas" han ocupado el segundo lugar entre las causas más frecuentes de muerte, con una tasa entre 2,4 y 3,9 por 1.000. Entre 1989 y 1995 el sida pasó del quinto al tercer lugar entre las principales causas de muerte infantil; la tasa aumentó de 1,2 por 1.000 nacidos vivos en 1989 a 2,8 por 1.000 nacidos vivos en 1994 y después descendió a 1,1 por 1.000 nacidos vivos en 1995. Se confía en que esta tasa baje aún más en 1996 como consecuencia de la iniciación de un programa de tratamiento con azidotimidina (AZT) de las embarazadas VIH positivas. Estas mismas tres causas son las principales culpables de las muertes neonatales y posneonatales. Redondeando las cifras, se estimó que hubo 79 mortinatos (10,7 por 1.000 nacidos en total) y que las tasas de mortalidad perinatal y neonatal fueron de 19,4 y 11,5 por 1.000 nacidos en total y 1.000 nacidos vivos, respectivamente. La tendencia de ambas tasas ha sido descendente desde fines de los años setenta.

En 1993 se estimó que aproximadamente 10,2% de los niños habían tenido bajo peso al nacer (que se define como

peso menor de 2,5 kg). Los registros correspondientes a 1995 indican que 9,8% de los recién nacidos en el Hospital Princess Margaret, en Nueva Providencia, tenía bajo peso al nacer. En el Hospital Rand Memorial, en Gran Bahama, fueron clasificados de esa manera 9,1% de los recién nacidos y en las Islas Family la cifra fue de 5,1%.

En 1991 (el año más reciente respecto del cual se dispone de datos) se registraron en el Hospital Princess Margaret 1.563 ingresos de niños menores de 1 año de edad. Las causas principales fueron la neumonía y la influenza (que representaron 18,9% de los casos), seguidas por las enfermedades intestinales infecciosas (12,7%), ciertas causas de morbilidad perinatal (12,5%), las enfermedades de las vías respiratorias superiores (9,0%) y otras enfermedades de las vías respiratorias (5,4%). La enfermedad infecciosa más a menudo notificada fue la gastroenteritis. En los niños del sexo masculino representó más casos que las otras causas principales combinadas: amebiasis, disentería, influenza y varicela, en este orden. En los niños de sexo femenino el orden fue el inverso.

No hay datos sobre el nivel de nutrición de los niños de este grupo de edad. Para conocer la información sobre las enfermedades incluidas en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), véase la sección "Enfermedades inmunoprevenibles".

Niños de 1 a 4 años de edad. En 1995 la tasa de mortalidad específica en el grupo de edad de 1 a 4 años fue de 4,1 por 10.000. Entre 1994 y 1995 hubo una notable reducción del número de muertes en este grupo, que pasó de 28 a 10. Esto se debió principalmente a la reducción de las muertes por accidentes, violencia e intoxicaciones y por sida, las dos causas de muerte más comunes en este grupo etario entre 1991 y 1994. Casi la mitad (46,4%) de las 28 muertes registradas en 1994 fue provocada por accidentes, violencia e intoxicaciones; el sida, por su parte, provocó 21,4%. En 1995 el sida fue reemplazado por las anomalías congénitas en el segundo lugar entre las causas principales de muerte (dos defunciones, 20%). Los accidentes, la violencia y las intoxicaciones, con tres muertes y una tasa de 12,0 por 100.000 niños de esta edad específica, fueron la causa de 30% de las defunciones. Cada una de las restantes causas de muerte provocó un deceso.

Niños de 5 a 14 años de edad. De las 20 muertes registradas en 1995 en el grupo de cinco a 14 años de edad, cinco (25%) fueron causadas por sida (9 por 100.000), 3 (15%) por neumonía (5 por 100.000) y otras tantas por accidentes, violencia e intoxicaciones. Dos muertes (10%, 4 por 100.000) fueron provocadas por tumores malignos y otras tantas por cardiopatías. En los últimos años las defunciones en este grupo de edad han fluctuado entre 10 (1993) y 20 (1991, 1994 y 1995). La causa de muerte más común hasta 1995 fueron los accidentes, la violencia y las intoxicaciones; posteriormente los reemplazó el sida.

De los decesos producidos en 1995, 11 correspondieron al grupo de 5 a 9 años de edad y nueve al de 10 a 14. En ambos grupos el sida fue la principal causa de muerte; otras causas fueron la neumonía, los accidentes, la violencia y las intoxicaciones y las cardiopatías.

La salud del adolescente y del adulto joven (de 15 a 44 años de edad)

Aunque ha habido una firme tendencia a la baja en la tasa de natalidad entre las mujeres menores de 20 años, el embarazo de las adolescentes continúa siendo motivo de preocupación en todo el país. En 1994, aproximadamente 15% de los nacimientos fueron de madres del grupo de 15 a 19 años de edad. Un hecho que provoca preocupación es el reciente aumento de los niños nacidos de madres menores de 15 años de edad: en efecto, se observa un salto de 7 y 5 nacimientos en 1991 y 1992, respectivamente, a 34 y 20 nacimientos en 1993 y 1994, respectivamente. En 1993 el número de niños nacidos de madres de este grupo de edad fue el mayor de los registrados desde 1987.

En general, las tasas de natalidad entre las adolescentes fueron más altas en Nueva Providencia y Gran Bahama hasta 1990. Después se observó una notable reducción de la tasa en Gran Bahama, que se acercó a los niveles constantemente más bajos que se registran en las otras Islas Family. Quizás este fenómeno refleje la emigración de personas en edad reproductiva a Nueva Providencia, incluso desde Gran Bahama.

En 1995 se produjeron únicamente seis muertes en el grupo de 15 a 19 años de edad: dos de ellas fueron clasificadas en la categoría de accidentes, violencia e intoxicaciones y una en otras categorías.

En 1995 las cinco causas principales de muerte en el grupo de 15 a 44 años de edad fueron las mismas para hombres y mujeres, aunque en distinto orden. En uno y otro sexo la causa principal fue el sida y el complejo relacionado con el sida. En los hombres, la tasa específica por edad fue 170,5 por 100.000, superior a la de 120,0 por 100.000 de 1993. El sida reemplazó a los accidentes como primera causa de muerte entre 1991 y 1993 y se ha mantenido en ese lugar. En 1995 las otras causas principales para los hombres fueron los accidentes, la violencia y las intoxicaciones, con 85,5 por 100.000 (por debajo de 97,6 por 100.000 en 1993) y las cardiopatías y los tumores malignos (ambos con 18,5 por 100.000). Estas últimas dos causas han mostrado tendencia a aumentar. Las "otras enfermedades del sistema respiratorio" se ubicaron en quinto lugar (17,1 por 100.000) en 1995. El número total de muertes de hombres de este grupo de edad aumentó de 180 en 1991 a 260 en 1995.

El número de muertes de mujeres del grupo de 15 a 44 años de edad aumentó de 103 en 1991 a 147 en 1995. En este último año, la tasa de mortalidad específica por edad por sida en las mujeres fue de 83,3 por 100.000. La segunda de las

causas de muerte más comunes entre las mujeres correspondió a los tumores malignos (29,2 por 100.000), seguidos por las cardiopatías y los accidentes, la violencia y las intoxicaciones (ambas con 12,5 por 100.000). Cabe señalar que el sida ha sido con mucho la principal causa de muerte de las mujeres de este grupo de edad, en tanto que para los hombres el sida y las lesiones son igualmente importantes.

Se estimó que la tasa total de fecundidad de las mujeres de las Bahamas fue de 2,43 en 1995. La comparación de las recientes tasas de fecundidad por edad con las de los años setenta y ochenta indica que la fecundidad declina en todos los grupos de edad, con excepción del que forman las mujeres de 35 a 39 años, en el que ha ido aumentando desde mediados de los años ochenta. Aunque las mujeres de esta cohorte tienen más hijos que las mujeres de la misma edad en el decenio de 1980, tienen menos si la comparación se establece con el decenio de 1970. Las tasas de fecundidad más altas se encuentran entre las mujeres de 20 a 24 años de edad (129,6 por 1.000 mujeres), a las que sigue de cerca el grupo de 25 a 29 años de edad. Las mujeres optan ahora por postergar la fundación de una familia y tienen su primer hijo a una edad más avanzada; en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (1988–1989) se comprobó que las mujeres que quedaban embarazadas por primera vez cuando ya eran más mayores tenían un nivel de educación más elevado.

Entre 1992 y 1994 el número de nuevas clientas que asistieron a dispensarios comunitarios para atención prenatal descendió de 5.427 a 4.805. Esta característica se mantuvo en Nueva Providencia, Gran Bahama y las Islas Family. Las mujeres de las Islas Family y Gran Bahama solían realizar su consulta antes que las de Nueva Providencia: así lo demostró el porcentaje de las que recurrían al médico antes de la decimosexta semana del embarazo (38%, 31% y 24%, respectivamente). Durante este período, el número medio de visitas por usuaria permaneció bastante constante en torno de 7,1 en Nueva Providencia, 5,6 en Gran Bahama y 5,5 en las Islas Family, a la inversa del orden correspondiente a la visita temprana hecha al dispensario por primera vez.

La salud del adulto de 45 a 64 años de edad

No se encuentran fácilmente datos actuales sobre la morbilidad de este grupo de edad porque la introducción incompleta de cambios en los programas de computadora ha demorado su procesamiento. Los datos más recientes sobre morbilidad se refieren a las principales causas de morbilidad de los pacientes internados en el Hospital Princess Margaret en 1991. Ellas fueron las cardiopatías, "otras enfermedades del aparato digestivo" y la diabetes. Estos datos no fueron desglosados por sexo. Los cambios de ubicación entre el grupo de edad más joven y los de este grupo reflejan fundamentalmente una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas.

En 1995 las tres causas principales de mortalidad, que en conjunto resultaron las responsables por 57% de las muertes, fueron los tumores malignos (21,0%, con una tasa específica por edad de 2.136 por 100.000 habitantes), las cardiopatías (19,7% y 2.004 por 100.000) y el sida (16,6% y 1.688 por 100.000).

La salud del adulto mayor (de 65 años y más)

Las enfermedades crónicas son las causas predominantes de la mortalidad de las personas de 65 años y más. En 1995 las cuatro causas de muerte más importantes fueron responsables por 72% de la mortalidad. Las causas de mortalidad más comunes fueron las cardiopatías (28,4%), con una tasa específica por edad de 1.376,5 por 100.000 personas, seguidas por los tumores malignos (18,6%, con una tasa de 900,3 por 100.000), la enfermedad cerebrovascular (14,3% y 692,0 por 100.000) y la diabetes mellitus (10,7% y 520,8 por 100.000). Si bien es cierto que las tasas correspondientes a todas estas enfermedades aumentaron durante los tres años anteriores a 1995, la tasa de la diabetes mellitus prácticamente se duplicó, pues pasó de 283 a 521. Las enfermedades de las vías respiratorias y del sistema circulatorio figuran asimismo entre las causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad.

Entre 1984 y 1995 la tasa de mortalidad correspondiente a las cardiopatías permaneció prácticamente sin cambios, aunque experimentó un ligero aumento, primero, en 1989 y después, aunque en menor medida, en 1995. Aunque hasta 1993 las tasas correspondientes a los tumores malignos y la diabetes mellitus estuvieron en descenso, desde ese año aumentaron de nuevo. Por su parte, la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular ha aumentado regularmente desde 1984. Las muertes por neumonía, que alcanzaron su punto máximo en 1979, disminuyeron desde entonces de manera constante.

En 1991 (el año más reciente con respecto al cual se dispone de los datos correspondientes), la cardiopatía isquémica y la enfermedad hipertensiva fueron las principales causas de muerte por cardiopatía en este grupo de edad. Los tumores malignos de los órganos del aparato digestivo y del peritoneo fueron, junto con los de la próstata, las principales causas de muerte por cáncer.

La salud de la familia

La tasa de matrimonios (número de matrimonios durante un año determinado por 1.000 personas) se mantuvo bastante constante entre 1988 y 1995, pues osciló entre 8,6 y 9,7. En 1994 (el año más reciente con respecto al cual se dispone de información), la mayoría (55%) de las mujeres que contra-

ieron matrimonio tenían entre 25 y 30 años, en tanto que 52% de los hombres se casaban entre los 30 y 39 años. Durante el mismo período la tasa de divorcios (número de divorcios durante un año determinado por 1.000 matrimonios contraídos ese mismo año) fue fluctuante y no mostró una tendencia clara. Alcanzó su punto más alto en 1994 con 18,7 (474 divorcios otorgados). Los divorcios fueron más frecuentes entre las parejas sin hijos (30%) y entre las que tenían uno solo (26%). Por el contrario, las parejas con cinco o más hijos representaron tan solo 4% de los divorcios.

En 1995 un poco más de la mitad (53,3%) de los nacimientos registrados se produjeron fuera del matrimonio. De estos nacimientos, 525 (23,1%) fueron de madres adolescentes, 1.578 (69,3%) de madres de 20 a 34 años de edad y 173 (7,6%) de madres de 35 años y más.

Según el censo de población de 1990, 25,3% de los hogares estaban encabezados por progenitores solteros. La mayoría de las cabezas de familia de estos hogares (57,1%) eran mujeres.

Aunque se sabe que la violencia doméstica es un problema en las Bahamas, en la actualidad se dispone de muy pocos datos que permitan estimar su verdadera magnitud. De las 1.226 agresiones contra mujeres que fueron atendidas en 1993 en el Departamento de Accidentes y Urgencias del Hospital Princess Margaret, se conocieron sus autores en 245 casos, aunque no quedó documentada su relación con las víctimas. El Centro para las Crisis (una organización no gubernamental), en cooperación con el Ministerio de Salud, dirige un servicio de asesoramiento y educación cuyo propósito es ayudar a cualquier persona a enfrentar situaciones de violencia en el hogar. En 1993 tan solo 66 víctimas de la violencia doméstica recurrieron al Centro en busca de asistencia.

La salud de los trabajadores

En la actualidad, la atención médica y la indemnización de los trabajadores accidentados en el trabajo están a cargo de la Junta Nacional de Seguros. Por conducto de esta institución, los trabajadores con lesiones relacionadas con su trabajo obtienen la cobertura total de sus facturas médicas, tanto internamente como en el exterior, si han seguido correctamente los procedimientos de remisión estipulados.

Los datos de las reclamaciones procesados por la Junta Nacional de Seguros indican que en 1996 las cinco causas más frecuentes de ausentismo del lugar de trabajo fueron los "trastornos femeninos", los problemas osteomusculares, las fracturas, los esguinces-desgarros-luxaciones y las infecciones, incluido el sida. Por su parte, las cinco causas más frecuentes de invalidez fueron el sida, los trastornos psiquiátricos, las enfermedades cardiovasculares, las artritis, fracturas y problemas cutáneos, y las afecciones neurológicas.

Como cabe esperar si se tiene en cuenta su representación proporcional en la fuerza laboral, las personas que trabajan en hoteles constituyen la categoría de empleados más frecuentemente accidentados en su lugar de trabajo; los siguen los funcionarios públicos. Se comprobó que los obreros de la construcción ocupaban el tercer lugar entre los afectados más a menudo por accidentes de trabajo.

La salud de los discapacitados

En 1993 las Bahamas fueron incluidas en el Programa de Rehabilitación Comunitario de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe. A efectos de preparar la ampliación del anteproyecto, se llevó a cabo un estudio en diversas islas para determinar la prevalencia y los tipos de discapacidad, con miras al establecimiento de zonas piloto para el proyecto. Se efectuó una evaluación adicional sobre la base del registro de la Junta Nacional de Seguros. En una población de 8.000 habitantes aproximadamente, estaban registradas en Eleuthera 371 personas (4,6%) con discapacidad. De ellas, 108 (29,1%) tenían discapacidad de sus miembros inferiores, 69 (18,6%) visión defectuosa, 29 (7,8%) déficit auditivo o mal rendimiento en sus estudios, 28 (7,5%) problemas de habla y 26 (7,0%) retardo mental. En Abaco 492 (4,8%) de sus aproximadamente 10.100 habitantes fueron registrados como discapacitados. Al igual que en Eleuthera, las discapacidades más comunes se relacionaban con los miembros inferiores (130, 26,4%); en segundo término estaban los defectos de la vista (66, 13,4%) y los seguían los déficit de la audición y del habla (43, 8,7%), los problemas con los miembros superiores (40, 8,1%) y el retardo mental (39, 7,9%). En Long Island (al norte), 305 (16,0%) de sus aproximadamente 1.900 habitantes fueron registrados como discapacitados. Este fue el sitio elegido para poner en marcha el Programa de Rehabilitación Comunitario. Posteriores evaluaciones han demostrado que el programa obtiene bastante éxito; por eso se despliegan esfuerzos para extenderlo a Eleuthera y Abaco.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

La prevención y el control de las enfermedades infecciosas constituyen una de las preocupaciones del Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

Enfermedades transmitidas por vectores. La malaria no es endémica en las Bahamas. Sin embargo, el gran número de inmigrantes ilegales procedentes de países en los cuales la malaria es endémica, sumado a la presencia del mosquito

Anopheles, aumentan el riesgo de que esta enfermedad se reintroduzca. Entre 1993 y 1995 hubo de uno a tres casos importados por año. No se notificó ningún caso en 1996. Aunque en las Bahamas no ha habido ningún caso de fiebre amarilla en los tres últimos decenios, el mosquito *Aedes aegypti* es autóctono y la amenaza que entraña siempre está presente. El peligro de un brote de dengue es elevado. En 1995 hubo un caso confirmado de dengue. Con anterioridad, los últimos casos notificados (en número de 87) correspondieron a 1989. En 1993, la Oficina de Lucha Antivectorial del Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental efectuó un estudio sobre *Aedes aegypti* en Yellow Elder Gardens, un sector de la zona urbana de la isla de Nueva Providencia, que sirvió para documentar que todos los índices utilizados para determinar la magnitud del problema eran excesivos. En un segundo estudio que se llevó a cabo en 1996 en la misma zona se puso de manifiesto una reducción de todos los índices, con excepción del índice de recipientes potenciales. El índice domiciliario disminuyó de 30,4 a 17,7 y el índice de Breteau descendió de 43,1 a 21,1. La antedicha zona fue incluida en un proyecto piloto de lucha antivectorial como parte de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe.

Enfermedades inmunoprevenibles. La inmunización de los niños contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, el sarampión, la parotiditis y la rubéola se puede conseguir gratuitamente por conducto del sistema de centros de salud comunitarios. Por consiguiente, la cobertura de vacunación contra estas enfermedades ha sido bastante alta. En 1995, 87% de los niños menores de 1 año estaban completamente inmunizados con tres dosis de DPT y la vacuna antipoliomielítica oral, y 90% de ellos con la MMR. La BCG no se encuentra incluida en el protocolo del PAI del país.

Como el resto de la Región, las Bahamas fueron declaradas libres de poliomielitis, dado que los últimos casos se registraron en los años sesenta. La participación del país en la iniciativa subregional para erradicar el sarampión ha permitido que no se registrara ningún caso confirmado de esta enfermedad desde 1990. La difteria y la tos ferina ya no son problemas en las Bahamas. No ha habido casos de difteria desde antes de 1988 y los últimos tres casos autóctonos de tos ferina se registraron en 1993; hubo dos casos importados: uno en 1994 y otro en 1995. La parotiditis se sigue manifestando a un nivel bajo: el número de casos descendió de 11 en 1993 a dos en 1994 y uno en 1995, pero volvió a subir a seis en 1996. Aunque no se han notificado casos de tétanos neonatal desde 1988, en 1996 se notificó un caso de tétanos en un adulto. A partir del brote de rubéola de 1990 (que provocó 121 casos) tan solo ha habido casos esporádicos, dos o menos por año, entre 1992 y 1996. Desde el decenio de 1970 no se han notificado casos del síndrome de rubéola congénita.

El número de infecciones por *Haemophilus influenzae* ha sido pequeño y se ha observado una disminución entre 1993 (15 casos) y 1996 (10).

Hubo un brusco aumento de casos de hepatitis B entre 1993 (92 casos) y 1994 (246). Desde entonces, el número de casos ha descendido constantemente hasta llegar a 137 en 1996. Desde ese año la política consistió en suministrar inmunización contra la hepatitis B al personal médico y a todos los miembros de los servicios uniformados. La sangre que se dona es objeto de exámenes de rutina para detectar anticuerpos centrales de la hepatitis, así como hepatitis B y C.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. La amenaza del cólera que se cernió sobre la Región en 1992 puso a las Bahamas en alerta plena. Se pusieron a trabajar equipos de salud pública y de saneamiento ambiental para prevenir el problema y luchar contra él.

Durante los meses de mayo y junio de 1991 se produjo en Nueva Providencia un brote localizado de enfermedad relacionada con la ingestión de productos del mar. Durante la semana en que el brote alcanzó su punto máximo se notificaron más de 380 casos. Esta afección se asoció fundamentalmente con el consumo de caracoles crudos obtenidos en sitios de acumulación bañados por las aguas del Puerto Nassau y con la contaminación resultante de prácticas de manipulación de los alimentos por parte de los vendedores locales, que se combinan con las condiciones de higiene del lugar. La respuesta inmediata fue suspender todas las ventas de comestibles alrededor de la zona sospechosa y emprender una campaña en gran escala para instruir al público en la cuestión. Una vez descubierto su origen, el problema se solucionó. En un esfuerzo por evitar futuros brotes de este tipo, el Departamento de Saneamiento Ambiental ha intensificado su campaña para eliminar la venta ilegal de productos del mar y de otra clase a lo largo de las carreteras.

A pesar de estos esfuerzos, sigue habiendo brotes intermitentes de enfermedades que se transmiten por alimentos como consecuencia de la ingestión de caracoles crudos. En todos los brotes el agente patógeno identificado fue *Vibrio parahaemolyticus*. El número de casos notificados de enfermedades transmitidas por alimentos fue 1.061 en 1996.

Es común la presentación de enfermedades diarreicas en los niños menores de 5 años de edad. Aunque entre 1988 y 1994 el número de casos notificados fluctuó de 1.095 a 2.705, se observó una tendencia al alza. En el grupo de edad de más de 5 años, el número de casos fue bajo en 1993 y 1994, se duplicó con creces en 1995 y volvió a multiplicarse por cinco en 1996.

Las enfermedades infecciosas intestinales no son una causa común de ingreso en los hospitales. En 1995 se situaron en el décimo lugar entre las causas más comunes de internación en el Hospital Princess Margaret, con 2% de los ingresos, y en el decimoquinto en el Hospital Rand Memorial, con 1%;

sin embargo, en esta última institución representaron 3,1% de los ingresos en el año anterior. En lo que atañe al tratamiento ambulatorio, las infecciones intestinales infecciosas constituyeron la quinta de las causas más comunes de atención en los consultorios de medicina general del Hospital Princess Margaret (1.390 casos y 3,5% de las visitas).

Enfermedades crónicas transmisibles. El número de casos de tuberculosis, que ha permanecido constante en alrededor de 50 por año, alcanzó un máximo de 63 en 1992 y volvió a descender en 1993. Esta reducción continuó hasta 1996, año en que fueron notificados únicamente 32 casos. En las Bahamas se ha estado utilizando un régimen de dosis múltiples de rifampicina, etambutol, pirazinamida e isoniazida con un suplemento de vitamina B₆. Se emplea una metodología de observancia del tratamiento con fármacos, por lo cual hay enfermeras que visitan periódicamente a los pacientes para corroborar que están tomando la medicación que se les ha prescrito. A medida que mejora la situación de los recursos humanos, esta práctica se convertirá en el método de "tratamiento acortado directamente observado". Teniendo en cuenta la asociación existente entre el sida y la tuberculosis, y la elevada incidencia de la infección por el VIH en las Bahamas, hay que mantener una estrecha vigilancia de la situación.

Las personas VIH positivas representan más de 60% de los casos de tuberculosis registrados en 1996 (40 de un total de 59). En un estudio reciente de la población carcelaria se demostró que la tasa de positividad de la intradermorreacción a la tuberculosis (PPD) era de 20%. Un hecho nuevo que provoca alarma es la aparición de una cepa polifarmacorresistente del bacilo en Nueva Providencia y las Islas Family. Su presencia ha sido confirmada por el laboratorio de investigación oficial del Canadá. Por otra parte, recientemente se ha verificado la existencia de tuberculosis activa en el personal que trabaja en diversas instituciones de atención de casos agudos.

Aunque la lepra no es endémica en las Bahamas, se ha diagnosticado un caso en 1996. El último caso autóctono conocido se diagnosticó en 1982.

Infecciones respiratorias agudas. Este grupo está compuesto por enfermedades del sistema respiratorio superior, la neumonía y la influenza, y la bronquitis y el asma. Se analizaron los datos de pacientes internados en el Hospital Princess Margaret entre 1990 y 1995. Si se dejan de lado los partos normales, las infecciones respiratorias agudas fueron la segunda de las causas más frecuentes de ingreso en el hospital, después de las complicaciones del embarazo. Entre 1991 y 1995 las cifras fluctuaron en el Hospital Princess Margaret alcanzando el máximo (1.764) en 1994, año durante el cual las infecciones respiratorias agudas fueron la causa principal de ingreso, y después cayeron por debajo de las cifras de 1991. En el Hospital Rand, estas infecciones fueron la tercera causa

más común de ingreso, aunque el número de casos ha disminuido desde 1990.

Los análisis preliminares de los datos disponibles sobre pacientes hospitalizados indican que el grupo de edad más comúnmente afectado fue, con mucho, el de los niños menores de 5 años, que representaron más de 50% de los casos. Resultaron afectados más varones que niñas.

En función de la asistencia brindada a los pacientes ambulatorios en el Hospital Princess Margaret en 1995, las enfermedades de las vías respiratorias constituyeron la segunda de las principales causas de consulta (7.074, es decir 18,3%). Dentro de este grupo de enfermedades, las de las vías respiratorias superiores (3.440, es decir 8,6%) y la bronquitis y el asma (3.255, es decir 8,1%) fueron las causas más frecuentes de consultas externas.

Enfermedades de transmisión sexual y sida. Las estimaciones de la prevalencia de la clamidiasis se efectuaron a partir de un estudio que se llevó a cabo en Gran Bahama en 1995. Los resultados indicaron que aproximadamente 13% de los pacientes prenatales estaban infectados. El porcentaje fue el mismo entre los usuarios con una presunta enfermedad de transmisión sexual (ETS).

Las tasas de incidencia de la sífilis y las infecciones gonocócicas han ido en descenso desde 1986 y 1987, respectivamente. El número de casos de estas últimas disminuyó de 1.804 en 1987 a 92 en 1995, mientras que el correspondiente a la sífilis bajó de 837 en 1987 a 115 en 1995. Durante el segundo semestre de 1985 el Ministerio de Salud y Medio Ambiente inició su campaña contra el sida, promoviendo la abstinencia y las prácticas sexuales menos peligrosas mediante el uso de condones. Es muy posible que la disminución observada en la notificación de la incidencia de estas dos ETS haya sido un efecto secundario de dicha campaña. Si así fuere, cabría esperar que al cabo de unos pocos años se estabilizara la tasa de incidencia anual de la infección por el VIH, por más que durante algunos años continúe aumentando el número de casos de sida.

El problema del sida y la infección por el VIH ha producido un importante efecto en los servicios de salud de las Bahamas desde que se inició la notificación de la enfermedad en 1985. Ahora es la segunda causa más frecuente de muerte de la población general. Además, se ha convertido en la causa principal de muerte de los hombres en su conjunto y de los hombres y mujeres de 15 a 44 años de edad. Al 31 de diciembre de 1996 se habían notificado en total 2.481 casos, de los cuales 63% han muerto. Para esa fecha se sabía que otras 3.941 personas eran VIH positivas, aunque no presentaban síntomas de la enfermedad. El análisis geográfico indica que en 12 de las 22 islas habitadas se ha notificado la infección por el VIH; 86% de los casos se han producido en Nueva Providencia, 6% en Gran Bahama, 3% en Eleuthera, 3% en Abaco y el resto en las otras Islas Family.

La enfermedad se produce fundamentalmente entre heterosexuales (87%), con una razón hombre mujer de 1,6 a 1. La transmisión homosexual y bisexual representa aproximadamente 4% de las infecciones. Cuando comenzó la epidemia en el país, 70% de las personas clasificadas como VIH positivas no eran naturales de las Bahamas (en su mayoría eran inmigrantes ilegales). La creciente propagación del virus ha hecho que se modificara la distribución porcentual entre naturales de las Bahamas y extranjeros. Ahora los inmigrantes constituyen tan solo 14% de los casos y de los portadores conocidos. Los adictos al "crack" o pasta de coca (base libre de cocaína) representan aproximadamente un tercio de la población con infección por el VIH y sida. Aunque desde 1985 se ha producido año tras año un constante incremento del número de casos nuevos de sida, la tasa de aumento ha ido en declinación a partir de 1994.

Con respecto al VIH y otras ETS se aplica con éxito, desde 1985, un programa voluntario y confidencial de localización de contactos. Este programa se ha consolidado y probablemente constituya una de las razones del nivel alcanzado en materia de vigilancia e integridad de los datos relativos al VIH en las Bahamas.

Como consecuencia de su modo de transmisión, el sida afecta de manera predominante a los grupos de edad sexualmente activos y 75% de los casos notificados desde 1985 se dan en personas de 20 a 49 años. Los datos indican que la mayor parte de las personas se infectan entre los 15 y los 25 años de edad. El rápido incremento de la tasa de mortalidad provocada por esta enfermedad entre las mujeres de 15 a 44 años pone de manifiesto que las mujeres jóvenes constituyen una población de especial riesgo. El grupo de personas VIH positivas que crece con más rapidez es el de las adolescentes. Ahora es habitual que las mujeres que requieren atención prenatal sean sometidas (con consentimiento informado) a pruebas de detección del VIH.

Un estudio de seroprevalencia que se llevó a cabo en 1990 y 1991 puso de relieve que cerca de 2,9% de las mujeres que reciben atención prenatal eran VIH positivas; en 1996 se estimó que esta cifra era de 3,2%. El estudio comprendió aproximadamente 95% de las embarazadas que concurren a los servicios de atención prenatal en Nueva Providencia y alrededor de 65% de los embarazos concluidos en parto. Las naturales de las Bahamas constituyeron 79,2% de las mujeres sometidas a pruebas; las haitianas, 17,7%. La tasa de infección para las primeras fue de 2,5%, en comparación con 4,5% de las mujeres de origen haitiano incluidas en el estudio, lo que representó una diferencia significativa. Entre las mujeres nacidas en otros países que fueron incorporadas en el estudio no se encontró ninguna que estuviera infectada. La incidencia más alta se daba en las mujeres de 25 a 34 años de edad y la prevalencia de la infección aumentaba con un mayor número de embarazos: en efecto, era de 1,9% entre

las mujeres que estaban en su primer embarazo y de 7,9% entre las mujeres que habían quedado embarazadas siete o más veces.

Las cifras de prevalencia del VIH para los pacientes atendidos en dispensarios especializados en ETS fueron 10% en 1992 y 5,2% en 1996. Con respecto a la población carcelaria, la prevalencia fue de 10,4% entre los hombres y de 19,6% entre las mujeres. Un estudio efectuado en 1993 sobre los presos en el momento de su ingreso en la cárcel indicó que la tasa de VIH positivos era aún mayor (casi de 18%). Estas tasas tan altas se explican por el hecho de que, en su mayoría, los presos habían estado estrechamente asociados a la cultura de la droga.

Como puso de manifiesto la razón de sexos, el sida afecta a las mujeres tan a menudo como a los hombres. Por consiguiente, habrá un aumento de muertes en un universo —el de las mujeres jóvenes— que, antes de la aparición de esta enfermedad, no estaba en mayor riesgo de muerte por causas relacionadas con su modo de vida.

Teniendo en cuenta el período de latencia (de ocho o más años) entre la infección y la manifestación de la enfermedad, resulta claro que la gente joven de 15 a 19 años corre un gran riesgo. Entre los jóvenes de este grupo de edad la tasa de infección por el VIH por 10.000 aumentó de 6,7 en 1990 a 14,0 en 1993, aunque después descendió ligeramente a 12,2 en 1994. En la población en su conjunto, la infección por el VIH aumentó constantemente de 20,6 por 10.000 en 1990 a 28,8 por 10.000 en 1994 pero durante los dos años siguientes la tasa disminuyó hasta llegar a 19,0 en 1996.

A fines de diciembre de 1996, las pruebas de detección del VIH indicaron que desde el comienzo de la epidemia había 339 niños positivos, de los cuales 173 habían desarrollado sida y 125 habían muerto. Entre 1990 y 1995 la tasa de transmisión entre la madre y el bebé era de alrededor de 30%. En 1995 se puso en marcha un programa mediante el cual se proporciona AZT a mujeres embarazadas seleccionadas. En 1996 la tasa de transmisión se había reducido a 7%.

En las Bahamas no ha habido casos de VIH relacionados con transfusiones de sangre desde que en 1985 se implantaron las pruebas de detección correspondientes. El tamizaje efectuado puso de manifiesto que la prevalencia de VIH positivos entre los posibles donantes de sangre era de 0,4% en 1996.

La campaña contra el sida se ha centrado en la reducción de la transmisión sexual: se hace hincapié en el empleo de condones y en la reducción del número de parejas sexuales, y los destinatarios de la campaña son los jóvenes y las mujeres.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Las afecciones no transmisibles relacionadas con

el régimen de alimentación —tales como la obesidad, la enfermedad cardiovascular, la diabetes tipo II, la hipertensión y el accidente cerebrovascular— son las causas principales de morbilidad y mortalidad entre los adultos. El problema de la anemia de los niños y de las mujeres embarazadas y lactantes es también un motivo de preocupación. Los informes obtenidos de los dispensarios de salud comunitarios que el Estado mantiene en funcionamiento en todas las Bahamas indican que aproximadamente 19% de las mujeres examinadas como parte de la atención prenatal tenían niveles de hemoglobina inferiores a 10g/dl. Esta proporción osciló de 18,5% a 19% entre 1992 y 1995. La frecuencia con que se presenta el problema es mayor en Nueva Providencia y menor en las Islas Family. Se diagnosticó anemia grave en menos de 1% de la población prenatal.

La desnutrición proteinoenergética entre los niños de 0 a 5 años de edad no es un problema grave de salud pública, como tampoco lo son las deficiencias de micronutrientes. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSN), que se llevó a cabo en 1988 y 1989, puso de manifiesto una adecuación general a un ligero exceso (15%) de energía, un gran exceso (83%) de proteínas y un exceso aún mayor (87,4%) de provisión de grasas (sobre la base de la ingesta media en relación con la tolerancia alimentaria diaria). Los excesos se deben fundamentalmente al elevado consumo de productos animales, cereales, edulcorantes y grasas y aceites. Estos hábitos alimentarios influyen mucho en el avance de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La ENSN también puso de manifiesto que 6,7% de los niños de 5 a 14 años de edad eran obesos (sobre la base del estándar de peso para la edad del Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos de América). En general, 48,6% de la población era obesa (índice de masa corporal >25) y había más mujeres (53,6%) que hombres (43%) afectados.

Las conclusiones de un estudio realizado en 1988 y 1989 con niños de edad preescolar puso de manifiesto que un número muy pequeño de lactantes eran amamantados exclusivamente hasta los 4 meses de edad. Además, 80% de los lactantes comenzaban a ser alimentados con biberón ya en la primera semana de vida —90% de este grupo mientras estaba en el hospital— aunque 63% de las madres trataban de amamantar a sus hijos.

En 1993 se puso en marcha un Proyecto sobre el Manejo de la Lactancia con el propósito de fortalecer los programas de promoción de la lactancia natural en el país. El Proyecto comprendió la capacitación de más de 300 personas que trabajaban en hospitales y dispensarios públicos y privados, así como de trabajadores de salud comunitarios y personal sanitario de instituciones no gubernamentales. En el momento en que fueron dadas de alta del Hospital Princess Margaret, en el que se producen 72% de los nacimientos, 34,6% de las mujeres proporcionaban a sus hijos lactancia natural exclusivamente. Los informes de los dispensarios de Nueva Providencia indican

que a los tres meses de haber dado a luz, 7,4% de las mujeres amamantaban a sus hijos exclusivamente, 8,6% los alimentaban fundamentalmente amamantándolos y 40% los amamantaban parcialmente. Sin embargo, desde 1993 el porcentaje de mujeres que amamantaban a sus hijos exclusivamente a los 3 meses de edad fue descendiendo constantemente hasta llegar a 4,9% en 1995. En función de las diferencias existentes entre las distintas islas, el mayor porcentaje de esas mujeres se encontraba en las Islas Family y, en segundo lugar, en Nueva Providencia, mientras que el menor porcentaje se registraba en Gran Bahama.

Enfermedades cardiovasculares. Sobre la base de los resultados de la ENSN, en 1989 se estimó que 13% de la población de 15 a 64 años de edad de las Bahamas se podía clasificar como hipertensa. El porcentaje era ligeramente mayor entre los hombres (15%) que entre las mujeres (12%). Otro 17% se puede considerar como casos dudosos. Entre las personas de edad avanzada (65 años y más), 38% eran hipertensas. La prevalencia de la hipertensión era prácticamente igual en Nueva Providencia, Gran Bahama y las Islas Family.

Estos resultados contrastan con las cifras notificadas por los hospitales, que indican con claridad que reciben tratamiento más mujeres que hombres. Dado que las cifras de los hospitales son representativas de otras ramas del sistema de prestación de atención de salud, esta diferencia señala con claridad el fracaso de los servicios de salud en cuanto a la detección y el tratamiento de muchos casos de hipertensión en los hombres. Corroboración esta observación el hecho de que en las tres áreas que investiga la ENSN (Nueva Providencia, Gran Bahama e Islas Family), el porcentaje de personas de la comunidad que son hipertensas pero que no lo saben es sistemáticamente mayor entre los hombres que entre las mujeres.

Durante 1991 hubo 404 pacientes hipertensos que ingresaron en el Hospital Princess Margaret y en 126 (31,2%) de esos casos, la hipertensión fue el diagnóstico básico. Casi las dos terceras partes (62,1%) de las personas ingresadas por trastornos hipertensivos fueron mujeres, una tendencia que se observa sistemáticamente en los cinco últimos años. En 1991, para los casos cuyo diagnóstico básico había sido hipertensión, el número total de días de internación hospitalaria fue 2.058 y la duración media de la permanencia en el hospital fue de 16,3 días. En los casos en que la hipertensión se manifestaba junto con cardiopatías o enfermedades renales, la duración media de la estancia fue mucho más prolongada. Aproximadamente 83% de los ingresos con diagnóstico de hipertensión fueron personas de 45 años y más.

Los datos correspondientes al mismo período procedentes del Hospital Rand Memorial indicaron que el total de ingresos fue 120 y que 29 (28,4%) de ellos se produjeron a causa de un diagnóstico básico de hipertensión. De estos, 62,5% fueron mujeres.

En 1993, el número total de casos nuevos de hipertensión notificados por los dispensarios comunitarios fue 1.141. Nuevos y viejos pacientes hipertensos en procura de atención para su enfermedad realizaron un total de 23.163 consultas en esos dispensarios.

Las cardiopatías son la causa más común de muerte para la población en su conjunto y la causa principal de muerte para las mujeres. También habían sido la causa principal de muerte para los hombres hasta que en 1994 fueron reemplazadas por el sida. En el grupo de edad de más de 65 años son la causa principal de muerte y, entre 1993 y 1995, la tasa de mortalidad específica por edad fue aumentando lentamente, de 125,8 a 137,7 por 100.000 habitantes.

Entre 1979 y 1989 la tasa global de mortalidad causada por cardiopatías aumentó de 78,8 a 104,8 por 100.000; posteriormente descendió a 90,7 en 1993 y ascendió de nuevo a 102,9 en 1995. Esta característica se observó tanto en las mujeres como en los hombres.

Tumores malignos. Entre 1991 y 1993 los tumores malignos fueron la segunda causa más común de muerte para todas las edades y ambos sexos. En 1994 y 1995 esta causa fue desplazada al tercer lugar. Entre 1970 y 1994 la tasa por 100.000 habitantes casi se duplicó, de 57,1 a 102,2. Con posterioridad descendió lentamente y llegó a 85,3 en 1995. Esta tendencia se observó en ambos sexos: para los hombres, la tasa pasó de 51,4 (por 100.000) en 1970 a 122,9 en 1989 y a 91,3 en 1995; para las mujeres, la tasa varió de 63,4 (por 100.000) en 1970 a 87,5 en 1989 y a 79,4 en 1995.

Entre 1992 y 1995 los dos sitios más comunes de cáncer letal en los hombres fueron la próstata y la tráquea, los bronquios y el pulmón. En 1995, los cánceres de la próstata y de la tráquea, los bronquios y el pulmón provocaron 22,2% y 17,5%, respectivamente, de la totalidad de las muertes por cáncer en los hombres.

Las dos causas más comunes de muerte por cáncer en las mujeres son los cánceres de mama y de cuello del útero. En 1995 las muertes por cáncer de mama comprendieron 23,2% de las muertes por cáncer en las mujeres y 3,6% de todas las muertes de mujeres. El cáncer cervicouterino representó 9,8% de las muertes por cáncer en las mujeres y 1,5% de la totalidad de las muertes de mujeres.

Accidentes, violencia e intoxicaciones. En 1995 los accidentes, la violencia y las intoxicaciones se situaron en el cuarto lugar entre las principales causas de muerte. Este grupo de causas es una razón fundamental de la atención en las salas de urgencias y de los ingresos en los dos grandes hospitales; lo superan tan solo los partos y las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio y las infecciones de las vías respiratorias. Aproximadamente 25% de las internaciones hospitalarias relacionadas con lesiones se debieron a la violencia, fundamentalmente los casos de homicidio y daño

intencionalmente infligido. Los accidentes de tráfico provocados por vehículos de motor constituyeron, como grupo, la segunda de las principales causas de ingreso en hospitales como consecuencia de lesiones. En 1995 los accidentes, la violencia y las intoxicaciones también fueron la causa principal de concurrencia al Servicio de Medicina General del Hospital Princess Margaret y representaron 34,1% de las 13.645 visitas que se le hicieron.

El problema es muy serio entre los hombres, particularmente entre los del grupo de 15 a 44 años de edad, así como entre los niños de 5 a 14 años, en especial con respecto a los accidentes. En 1995, aproximadamente 23% de las muertes de hombres de 15 a 44 años se debieron a accidentes y a la violencia. En lo que se refiere a los accidentes y a la violencia que sufren las mujeres del mismo grupo de edad, figuran en el cuarto lugar entre las causas de muerte, pero representan tan solo 6,2% del total de las defunciones.

En general, las muertes provocadas por accidentes, violencia e intoxicaciones han ido en disminución. Entre 1990 y 1992 la tasa de dichas muertes (por 100.000) descendió de 60,6 a 43,6. Luego aumentó a 65,2 en 1994 y volvió a caer otra vez a 39,8 en 1995. Entre 1990 y 1994 las muertes por homicidio aumentaron de 24 a 56, para descender después un poco: fueron 44 en 1995. Las armas utilizadas más a menudo fueron, primero, las pistolas (44%) y después, los cuchillos u otros instrumentos filosos (20%). Durante el quinquenio 1990–1995, el número de muertes por accidentes con vehículos de motor declinó de 39 a 20, aunque aumentó a 36 en 1994.

Sobre la base de los datos de los tres hospitales de corta estancia (incluido uno privado) que están en funcionamiento, los 4.596 asaltos cometidos en 1993 representaron 4,5% de las 102.657 visitas a sus salas de urgencia; por otra parte, las 161 heridas de bala equivalieron a 3,5% de la totalidad de los traumatismos provocados por los asaltos. En lo que se refiere a los traumatismos causados por accidentes con vehículos de motor que fueron atendidos en el Hospital Princess Margaret, su número se mantuvo prácticamente constante en 2.200 aproximadamente entre 1990 y 1992, para disminuir después a 2.088 en 1994. Este tipo de traumatismos constituyó 11,5% de la totalidad de los traumatismos atendidos en el Hospital. Este porcentaje también es válido para el primer semestre de 1994.

Trastornos del comportamiento. El alcoholismo y el abuso de sustancias tóxicas, particularmente la adicción a la cocaína, son los principales problemas de salud que se mantienen en un nivel inaceptablemente alto. Esto es motivo de especial preocupación por la correlación positiva entre el abuso de cocaína y la infección por el VIH.

El número de nuevos casos de abuso de cocaína que se presentaron en procura de tratamiento en el Dispensario de Salud Mental de la Comunidad (el servicio de tratamiento ambulatorio más importante del país) subió de 69 en 1993 a

102 en 1994; en 1995 el número de casos nuevos descendió a 52, aunque volvió a subir a 82 en 1996. El número de personas que se presentaron por abuso de alcohol mostró tendencia a declinar entre 1990 (134) y 1996 (68); a su vez, el número de quienes recibieron tratamiento por abuso de marihuana se elevó de 8 en el periodo comprendido entre 1990 y 1992 a 47 en 1996.

El número de pacientes hospitalizados por abuso de cocaína en el Centro de Rehabilitación Sandilands disminuyó con respecto al nivel que había alcanzado en 1987, aunque no de manera sistemática. En verdad, no se produjo ningún cambio en el número de casos (109) registrados anualmente durante el trienio 1993–1995. En 1996 se produjo un brusco descenso a 53.

En el marco del cuadro general de los trastornos mentales atendidos en el Dispensario de Salud Mental de la Comunidad, se produjo una firme declinación del número de nuevos usuarios que se registró entre 1988 (677 personas) y 1993 (476). Con posterioridad, el número ascendió a 704 y 705 en 1994 y 1995, respectivamente. La tendencia fue la misma en los hombres y las mujeres. Entre 1988 y 1994 los tres trastornos más comunes atendidos en el Dispensario fueron el abuso de drogas, el abuso de alcohol y la depresión. Los trastornos psicóticos y psicosociales completan los cinco trastornos más comunes. En 1995 el número de trastornos psicosociales se duplicó, por lo cual este problema pasó a ocupar el segundo lugar, después del abuso de drogas y antes de la depresión.

Salud oral. Los datos correspondientes a 1995 que proporcionó la clínica dental escolar de Nueva Providencia indican que el número de intervenciones practicadas aumentó 50,6% con respecto a 1994. De las 3.971 intervenciones efectuadas en 1995, 15,8% fueron reparaciones de dientes permanentes o temporales; casi las tres cuartas partes de las reparaciones que entrañaron obturaciones fueron efectuadas en dientes temporales. Las extracciones representaron 14,5% del total de las intervenciones; 9,5% de las extracciones fueron de dientes permanentes y 90,5% de dientes temporales.

Además de la clínica mencionada, funcionan en la isla Nueva Providencia otras tres clínicas dentales comunitarias que brindan sus servicios a toda la población. Aunque el número de pacientes atendidos disminuyó entre 1994 y 1995, el número de intervenciones aumentó. Con respecto al total de las intervenciones practicadas, 27,5% fueron extracciones y 17,4%, obturaciones y reparaciones. De las 994 extracciones que se efectuaron, 68,2% fueron de dientes permanentes.

De conformidad con los datos facilitados por los dispensarios de salud comunitarios, la caries dental es el problema más común observado entre los niños de 5 a 14 años que estudian en las escuelas. Este problema es más grave en Nueva Providencia que en Gran Bahama. Entre 1993 y 1995 el porcentaje de niños con caries en las escuelas de Nueva Provi-

dencia aumentó de 24,1% a 39,4%, en tanto que en las Islas Family subió de 20,5% a 34,0%. En cambio, en Gran Bahama la tasa cayó de 14,7% en 1993 a cero en 1995.

Desastres naturales. En 1996 las Bahamas fueron azotadas por dos huracanes, Bertha y Lili, que sin embargo fueron menos fuertes que el enormemente destructor huracán Andrew de 1992. Aunque los huracanes de 1996 causaron daños tanto en la infraestructura (cortes de la energía eléctrica e interrupción de las comunicaciones telefónicas) como en bienes inmuebles en varias Islas Family, no provocaron muertes, sino tan solo algunas lesiones a unas cuantas personas. Fueron notificados algunos casos de síndrome de estrés posttraumático. Se llevó a cabo una labor concertada para restablecer los servicios, remover los escombros, controlar la proliferación de insectos, proporcionar agua embotellada y aconsejar a la población que hirviera el agua para beber.

Accidentes industriales. No se ha notificado ningún accidente industrial importante en las Bahamas, con excepción de una emisión de gas tóxico en Freeport, Gran Bahama, que hizo que se cambiara la ubicación de una escuela que estaba cerca del complejo industrial. En 1996 se produjo un incendio en un viejo tanque de conservación de petróleo en la Refinería de Petróleo de las Bahamas, que provocó cierta preocupación. Aunque el incendio en sí pudo controlarse, los residentes de la zona quedaron preocupados por la posible contaminación de la atmósfera.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Gobierno de las Bahamas suscribe el principio internacionalmente aceptado de que la salud no es un privilegio sino un derecho humano fundamental y sostiene el punto de vista de que la atención de salud de calidad debe tener una extensión universal. Ha asumido plenamente el compromiso de colaborar en la consecución del objetivo mundial de "salud para todos" y aceptado que la participación comunitaria es un elemento vital de la estrategia de salud.

El documento del Ministerio de Salud en que se expone la política del sector, redactado originariamente en 1980 y modificado en 1988, se debe someter a examen y revisión. En el interín, el manifiesto del partido gobernante suministra pautas de su voluntad política al realzar la importancia de los servicios de salud.

La población de las Bahamas ya goza del derecho al acceso universal a la atención de salud. Sin embargo, la prestación de los servicios de salud es incompatible con el nivel del gasto público per cápita en salud. Es preciso perfeccionar la super-

visión, la evaluación, la coordinación y la planificación de los servicios. Por consiguiente, en la actualidad se hace hincapié en el mejoramiento de la capacidad de gestión, la calidad de la atención y la coordinación intersectorial en procura del progreso de los sistemas locales de salud (SILOS). En estas circunstancias, se presta mucha atención al desarrollo de los recursos humanos, al establecimiento de normas y criterios y al fortalecimiento no solo de los sistemas de información sino también de la capacidad de aprovecharlos eficazmente para tareas de planificación, evaluación y supervisión. Además, se ha establecido dentro del Ministerio una Oficina de Planificación que se encarga de la coordinación y la facilitación del proceso interno de planificación. Funciona como brazo administrativo y ejecutivo del grupo básico que se ocupa de la planificación en la sede del Ministerio y que está formado por los más altos funcionarios administrativos y técnicos, y del comité ampliado de planificación, que integran las personas que presiden las comisiones del personal ejecutivo de cada institución o departamento. La organización y ejecución de los proyectos de salud que constituyen una prioridad nacional también se ven facilitadas por la Oficina de Planificación.

El Gobierno ha indicado su intención de mejorar y ampliar los servicios existentes en el Hospital Princess Margaret y de transformar la institución fundamentalmente en un servicio de hospitalización para diagnóstico y terapéutica equipado con los últimos adelantos tecnológicos. Debido a que el mantenimiento de un equipo médico de alta tecnología exige conocimientos técnicos superiores, el Ministerio se esfuerza por fortalecer el programa de mantenimiento del equipo sobre la base de la estrategia de la cooperación técnica entre países. Además, se procura garantizar que se pueda disponer de personal clínico y técnico competente brindando la capacitación requerida en temas cruciales.

Las Bahamas experimentan una transición en sus características epidemiológicas conforme a la cual disminuyen las muertes causadas por las enfermedades transmisibles y aumentan las provocadas por las enfermedades crónicas no transmisibles, el sida y el complejo relacionado con el sida, y los accidentes, la violencia y las intoxicaciones. Estos cambios, sumados al costo creciente de la atención de salud, han servido para poner de relieve la importancia de la educación para la salud y de la promoción de la salud como componentes vitales del sistema de atención. Por consiguiente, el Ministerio de Salud y Medio Ambiente está abocado a la tarea de establecer un mecanismo que permita el desarrollo de una política de salud pública.

Se reconoce que la promoción de la salud y la participación comunitaria son estrategias tendientes a reducir los riesgos para la salud mediante la movilización de la gente común en pro del desarrollo de modos de vida saludables y apropiados. Es preciso desplegar grandes esfuerzos por enseñar a los miembros de la comunidad la función que les corresponde al

respecto, pues únicamente con la participación de todos los sectores sociales, políticos y económicos se puede afianzar el estado de bienestar de dicha comunidad. Estas estrategias se incorporarán en todos los planes del programa, que han de hacer hincapié en la necesidad de una alimentación y una nutrición adecuadas, la práctica de ejercicios y el abandono del hábito de fumar y han de prestar particular atención a temas tales como las enfermedades crónicas, las ETS y el sida, y la salud de las madres y los adolescentes.

En el período comprendido entre 1991 y 1992, el Ministerio de Educación puso en marcha en los colegios primarios y secundarios un programa integral de educación para la vida en familia. El programa es una importante estrategia de promoción de la salud que ofrece alentadoras perspectivas de producir significativos efectos con el correr del tiempo. En materia de nutrición, ya se ha elaborado un plan de acción trienal, de carácter nacional, cuya aplicación será el objetivo fundamental de la Oficina de Nutrición.

En el temario de la salud se sigue reflejando el alto grado de preocupación que despierta la salud maternoinfantil. En el marco del objetivo regional de salud para todos, las Bahamas ya han alcanzado dos de las tres metas propuestas para este doble grupo en riesgo. Para fines del siglo, la meta regional en materia de mortalidad con respecto a los niños menores de 1 año es 30 o menos defunciones por 1.000 nacidos vivos y con respecto a los niños de 1 a cuatro años es 2,4 o menos defunciones por 1.000 niños de este grupo de edad. En 1995 en las Bahamas estos dos indicadores de la salud infantil eran 19,0 y 0,41, respectivamente.

Del examen de los datos disponibles resulta claro que, para reducir aún más las cifras correspondientes a la mortalidad infantil, hay que prestar especial atención al mejoramiento de la atención prenatal y perinatal. En 1993 se impulsó un proyecto para reducir la mortalidad infantil. Este proyecto se ocupa de tres cuestiones:

- mejorar la calidad de la atención durante el período prenatal mediante la preparación y la aplicación de protocolos para el tratamiento y el envío de las mujeres en condiciones de riesgo;
 - aumentar los controles durante el parto, el parto y el período neonatal temprano, y
 - proporcionar atención especial para las adolescentes embarazadas.

El establecimiento de un programa de atención de salud para los adolescentes es un importante complemento del programa de salud maternoinfantil. El nuevo programa entraña colaboración intersectorial entre los distintos ministerios. En su etapa inicial, se ha establecido un dispensario para adolescentes en una de las clínicas generales de Nueva Providencia. El propósito es fomentar modos de vida saludables entre los

niños y niñas, reducir el número de embarazos de adolescentes y promover el funcionamiento de servicios comunitarios para adolescentes.

Un grupo especial de jóvenes es el destinatario de las intervenciones orientadas específicamente a la familia y la comunidad. Está formado por los adolescentes sexualmente activos y por los que han sido condenados por los tribunales por haber cometido algún delito penal. La integración de este programa se verá enormemente facilitado por la nueva cartera ministerial, que se estableció a partir de abril de 1995, cuando los sectores de la educación y la juventud quedaron a cargo de un mismo ministerio. Ahora hay un Ministerio de Estado para la Juventud, el Deporte y la Cultura cuya misión es hacer hincapié continuamente en los asuntos de la juventud.

Se han llevado a cabo intervenciones con el propósito de promover opciones saludables entre los adolescentes. Asimismo, para abordar las necesidades de las adolescentes embarazadas, se coordinan los servicios de salud reproductiva con los de la promoción de la salud y la educación permanente y se cuenta para ello con la colaboración de los Ministerios de Educación y Servicios Sociales.

El Ministerio de Salud ha formulado la Política Nacional de Planificación de la Familia que le ha encomendado el Gabinete de conformidad con las recomendaciones de la reunión (patrocinada por las Bahamas) que se celebró en la subregión del Caribe en seguimiento de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo. Se considera que esta política es una prioridad dentro de la política global de salud, que se propone mejorar la calidad de vida de todos los naturales de las Bahamas y brindarles la oportunidad de desarrollar una vida productiva. La política estipula que todos los miembros de una familia deben tener posibilidades de acceso a la información y a los servicios que los faculten para enriquecer la calidad de su vida.

Se proporcionará acceso a la información por conducto del programa de educación para la vida en familia que ofrece el Ministerio de Educación y de los programas de enseñanza a los progenitores, de orientación entre pares y de otros programas que se incorporan en los programas ya existentes en los lugares de trabajo o de culto, los clubes sociales y los centros deportivos y de esparcimiento. Los servicios se prestarán en dispensarios comunitarios, en los que se ofrecerá asesoramiento, instrucción y reconocimiento físico —que comprenderá frotis del cuello del útero, examen de las mamas, análisis de orina y pruebas de detección de determinadas ETS, incluido el VIH— a todas las usuarias en edad de procrear que concurren por primera vez en el año a alguno de los centros de atención de salud seleccionados. A los hombres mayores de 30 años se les ofrecerá la posibilidad de practicarse un examen de próstata. También se informará a los usuarios sobre una amplia variedad de métodos anticonceptivos. Aunque estos servicios se proporcionarán sobre la base de la recupe-

ración de los costos, a nadie se le negará ningún servicio porque no lo pueda pagar. Todos los prestadores de servicios de planificación de la familia tendrán un diploma que los habilite para asesorar en esta materia, aconsejar con respecto a las ETS y aplicar la tecnología anticonceptiva y las técnicas relacionadas con el examen sistemático de los pacientes.

La educación de los usuarios se brindará por conducto de un amplio programa de educación para la salud y de promoción de la salud, aprovechando al máximo los medios de comunicación social. Como para ejecutar cualquier programa nacional se requiere la plena participación de muchos sectores de la comunidad, se establecerá un Comité Nacional para la Planificación de la Familia, formado por representantes de los programas estatales conexos y de las organizaciones del sector privado, que procurará fortalecer los vínculos de colaboración de los organismos gubernamentales entre sí y con las organizaciones no gubernamentales.

El uso indebido de sustancias tóxicas, que incluye el abuso del alcohol, es un problema de salud pública de alta prioridad en el país. La labor del Consejo Nacional de Estupefacientes (CNE) consiste fundamentalmente en proporcionar educación pública, fomentar la sensibilización nacional y cumplir la función de catalizar, facilitar y coordinar la participación o la intervención de los diversos sectores, las organizaciones no gubernamentales y la comunidad.

Ya se han logrado considerables avances en la aplicación de un importante programa del CNE que tiene por objetivo la reducción de la demanda. Se ha conseguido que un proyecto especial financiado por el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) preste un apoyo sustancial a este programa. El proyecto hace hincapié en los siguientes planes de reducción de la demanda durante los tres próximos años:

- acción preventiva en la comunidad, que comprende la creación o el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias que se ocupan de los antecedentes del uso indebido de drogas y del establecimiento de actividades económicas sustitutivas para la gente joven a fin de reducir las probabilidades de que se dedique al narcotráfico;

- educación preventiva, que comprende el apoyo que se brinda actualmente al plan de enseñanza para la vida en familia, la capacitación de los docentes y de otras personas responsables del cuidado de los niños que corren un riesgo especial de consumir drogas indebidamente, una agresiva campaña de educación pública, la capacitación de los jóvenes en técnicas de orientación entre pares y el establecimiento de este tipo de actividades en las escuelas y las comunidades, y

- tratamiento y rehabilitación, que comprenden la evaluación continua de los programas y el establecimiento de normas de calidad para la realización de actividades de tratamiento y rehabilitación, la capacitación del personal en-

cargado de estas actividades, el desarrollo de servicios ambulatorios de rehabilitación y poshospitalarios a nivel comunitario y el establecimiento de servicios de rehabilitación específicamente concebidos para satisfacer las necesidades de las mujeres, los jóvenes y las personas encarceladas.

Desde hace mucho se ha alcanzado un acuerdo general sobre la necesidad de desarrollar un amplio programa de salud mental que esté incorporado en todos los niveles del sistema de salud aplicado en todas las islas. Aunque lentamente, se ha empezado a llevar a la práctica este concepto. La reciente decisión del Ministerio de poner en marcha la Iniciativa Nacional de Atención de Salud de la Familia, que incorporará el componente del bienestar mental (haciendo hincapié en la prevención de la violencia familiar y en la lucha contra el estrés), contribuirá a consolidar un amplio programa de salud mental.

El programa de higiene dental que desarrolla el Ministerio de Salud en el sector público es en gran parte paliativo. Casi todo el trabajo de prevención y restauración está a cargo del sector privado. La razón de dentistas (públicos y privados) respecto de la población era de 3,0 por 10.000 habitantes en 1994. Están garantizadas la continua expansión del programa de odontología en las escuelas y la asignación de más importancia tanto a la educación para el cuidado de la salud oral como a la atención preventiva.

La vigilancia de las enfermedades y los programas de lucha contra las enfermedades transmisibles tienen una larga historia en las Bahamas. Los programas de prevención comprenden la inmunización contra las enfermedades inmunoprevenibles como la difteria, la tos ferina, la poliomielitis, el sarampión, la parotiditis y la rubéola, el tratamiento de la diarrea aguda y programas de detección de ETS, entre las que se incluye el VIH/sida.

El Plan II de Mediano Plazo para el VIH/ETS (1993–1996) promovió el desarrollo de un entorno social propicio para la reducción de los riesgos y la ejecución de intervenciones para el tratamiento de la conducta dirigidas a grupos vulnerables: los jóvenes de 10 a 19 años, las mujeres en edad de procrear, las personas con varias parejas sexuales, las embarazadas, la población encarcelada (anterior y actual) y los donantes de sangre. En todos los grupos antedichos hay personas de la comunidad creole.

Con respecto al Programa Nacional de Preparativos para Situaciones de Desastre, la atención del Ministerio se centra preferentemente en el desarrollo y perfeccionamiento constantes de su Plan Sanitario en Caso de Desastre mediante el adiestramiento y los ejercicios de simulación de desastres.

En respuesta al creciente descontento por la irregularidad con que se pueden conseguir los productos farmacéuticos y por su elevado costo en el sector público, el Ministerio ha puesto en marcha un sistema de compra y distribución de

estos productos que garantice el acceso de la población a los medicamentos esenciales. En 1994 se estableció en las Bahamas un Organismo de Medicamentos que se encarga de estas cuestiones y de establecer y mantener un formulario farmacéutico para todo el país.

El Ministerio ha extendido los servicios básicos de laboratorio, que comprenden los que facilitan el diagnóstico de las ETS, a ciertas Islas Family seleccionadas. Los laboratorios de los hospitales Princess Margaret y Rand participan en varios programas de control de calidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y aprovechan plenamente los servicios del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) para supervisar el banco de sangre y los servicios de transfusión. En relación con los hospitales, se fortalece un programa de garantía de la calidad mediante la participación en el Programa Regional de Certificación de Competencia de los Hospitales y en la Iniciativa del Ministerio de Salud que se puso en marcha en 1996.

El Gobierno se propone privatizar la recolección de los desechos comerciales y domésticos. Con este fin, se ha utilizado un amplio estudio de clasificación de los desechos (terminado en 1992) como base para desarrollar el plan de privatización. Se llevó a cabo un estudio de preinversión sobre el tratamiento de los desechos sólidos y los materiales peligrosos mediante un acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). De este estudio resultó un Plan Maestro para los Desechos Sólidos, que se preparó en 1996. El Plan recomienda, entre otras cosas, la reducción de los desechos, la racionalización del sistema de recolección y el saneamiento por terraplenes (en combinación con la producción de abono a partir de los desechos en Nueva Providencia). Los estudios han demostrado que la generación total de desechos sólidos es de 2,6 kg por persona por día. La aplicación del Plan ha comenzado en algunas Islas Family.

En Nueva Providencia y en Freeport, Gran Bahama, se han instalado algunas estaciones de vigilancia de la contaminación de la atmósfera como parte de la Estrategia de Prevención y Control de la Contaminación Atmosférica. El Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental, un organismo dependiente del Ministerio de Asuntos del Consumidor y Aviación, maneja estas estaciones de vigilancia y se encarga de medir las partículas sólidas suspendidas, óxidos de nitrógeno y óxidos de azufre.

La mayor parte de las estaciones de expendio de combustible de las Bahamas proporcionan ahora gasolina sin plomo; una compañía vende exclusivamente gasolina sin plomo. Se anticipa que como consecuencia de este adelanto se producirá una significativa reducción del plomo en el medio ambiente.

Los datos reunidos en 1995 sobre abastecimiento de agua en las zonas urbanas indicaron que 88% de las casas estaban conectadas al sistema de provisión de agua potable, en tanto que otro 8% disponía de un acceso razonable al agua. La situación se invertía en las zonas rurales, donde 86% de las casas

tenían un acceso razonable al agua pero no contaban con conexiones domiciliarias. En contraste con la situación predominante en cuanto al abastecimiento de agua, tan solo 16% de las casas de las zonas urbanas están conectadas al alcantarillado público, aunque el 84% restante disponen de formas apropiadas de eliminación de excretas. En las zonas rurales, 100% de las casas cuenta con un sistema apropiado de eliminación de excretas. Además, hay un servicio de recolección periódica de desechos sólidos para casi todas las casas (99%) de las zonas urbanas, aunque no hay ninguno en las zonas rurales.

En lo que se refiere a la calidad del agua potable, una preocupación seria es la proliferación de pozos privados de poca profundidad. Especialmente en las zonas residenciales y comerciales con sistemas de saneamiento, la calidad del agua subterránea se ve comprometida por la presencia de nitratos, elementos patógenos y sustancias empleadas en la actividad comercial. Aunque el agua de pozo se utiliza fundamentalmente para lavar, se ha notificado que hay interconexiones que pueden permitir que esta agua contaminada sea bombeada al sistema público de distribución, con lo que quedaría afectado el abastecimiento de agua potable.

No se fomenta el uso de pozos privados. Se insta en cambio a quienes recurren a ellos a que sometan su agua a exámenes periódicos. Tampoco se recomienda pasar del suministro de agua público al privado para reducir los riesgos de contaminación.

En función del aprovechamiento de los recursos humanos, se presta particular atención a la salud materno-infantil, los cuerpos de inspectores de higiene, la epidemiología y la vigilancia de las enfermedades, la administración de los hospitales, la gestión de los programas y la preparación y la dirección de los proyectos. El Ministerio reconoce que la correcta planificación de los recursos humanos, sumada al desarrollo de los profesionales y el personal de salud en todos los niveles y en todas las esferas, es una de las claves del éxito.

Otros programas del Ministerio comprenden el fortalecimiento del sistema de información sobre salud y el mejoramiento de la infraestructura de los hospitales y dispensarios comunitarios.

La reforma del sector salud

En consonancia con los progresos realizados en toda la Región mediante la introducción de modificaciones en los sistemas nacionales de salud, y como parte del trabajo de reforma global del sector público, los principales objetivos de las Bahamas en materia de reforma del sector salud giran en torno de la modernización y la descentralización, la organización y el funcionamiento de los servicios, la complementación con el sector privado y la racionalización de los recursos humanos y financieros.

En las Bahamas se desarrollan actividades específicamente destinadas a llevar a cabo la reforma; a continuación se enumeran, aunque no todas, algunas de ellas:

- preparativos para traspasar la dirección de los tres hospitales públicos, que dependen de un Ministerio centralizado, a un organismo o consejo autónomo, semigubernamental, que deberá hacerse cargo de los servicios que en ellos se prestan;
- privatización de determinados servicios de diagnóstico brindados por el sector público;
- adopción de políticas para la adquisición, la financiación y la distribución de productos farmacéuticos;
- privatización selectiva de los recursos necesarios para consolidar los gastos de financiación y de capital y descentralización de las políticas y prácticas de gestión, y
- desarrollo de sistemas locales de salud en las Islas Family.

Traspaso de los hospitales

La decisión de traspasar la dirección de los hospitales se adoptó tras haberse determinado que una burocracia gubernamental sumamente centralizada militaba en contra del funcionamiento eficiente y eficaz de los hospitales. El objetivo de largo alcance consiste en establecer una empresa de servicios hospitalarios, dirigida por un consejo que tendrá a su cargo la gestión administrativa y ejecutiva. Algunos de los servicios que se prestan dentro del hospital ya se han privatizado y se ha tomado, además, la decisión de subcontratar determinados servicios.

Privatización selectiva

La privatización selectiva surgió de la necesidad y el deseo de los médicos de las Bahamas de prestar atención de salud de calidad, tanto en los servicios privados como en los públicos, a todos los residentes en el país. Desde el principio se planteó porque hay prestadores de atención de salud del primer mundo y pacientes con expectativas propias del primer mundo, mientras la realidad indica que los presupuestos del sector público son limitados.

La característica central de la privatización selectiva es la relación entre la gerencia del Hospital Princess Margaret y una entidad privada, la Alianza de Médicos. En el marco de esta asociación, la Alianza proporciona capital para la adquisición de equipo y la renovación de las instalaciones y se encarga de la selección, el transporte, la colocación, el mantenimiento y la reposición de los equipos. Además, está a cargo de la contratación del personal administrativo, de la gestión de los servicios y del pago del personal técnico y médico. El Hospital Princess Margaret contribuye con las instalaciones ma-

teriales, el personal encargado de la restauración de estas instalaciones, el personal de limpieza y de seguridad y los fondos para pagar los servicios públicos y los aranceles que gravan los equipos y los suministros importados.

La otra característica de la sociedad es que la Alianza de Médicos y el Hospital Princess Margaret se reparten por igual todas las ganancias. La política de la Alianza es no negar ningún servicio a los pacientes indigentes. Los pagos directos que deben efectuar los pacientes del sector público son mucho menores que los que tienen que hacer los pacientes del sector privado; los que corresponden a estos últimos, aunque mayores, se fijan con criterio competitivo y de todas maneras son significativamente inferiores a los del sector privado.

En menor escala, se han privatizado los servicios de radiología, que alguna vez proporcionó el Hospital Princess Margaret a los pacientes de los dispensarios comunitarios.

Desarrollo de los sistemas locales de salud

El concepto de sistemas locales de salud se puso en práctica por primera vez en Gran Bahama en 1985, año en que todos los servicios de salud de la isla fueron incluidos en un marco administrativo general. Este arreglo permitió el máximo aprovechamiento de la competencia hospitalaria, en beneficio de todo el sistema, y dejó margen para que los recursos fueran compartidos con criterio de reciprocidad. Durante el período 1993–1994 se evaluó este sistema y se efectuó un estudio para determinar la factibilidad de implantar un sistema análogo en las Islas Family. Como resultado de todo esto se introdujo una forma modificada del sistema en Andros, Eleuthera y Long Island. Estas islas están divididas en distritos sanitarios, cada uno de los cuales cuenta con su propio equipo de salud. Este sistema no solamente ha acercado la gestión de los servicios a la población destinataria, sino que también ha facilitado el reparto de los recursos entre los distritos. Tras el establecimiento de un gobierno local en 1996 ha sido necesario encontrar la manera de administrar el sistema de salud para beneficiar a la gente en el marco del mandato del gobierno local. Se propone que el sistema se extienda gradualmente a otras Islas Family importantes.

En el marco de los sistemas locales de salud, se procurará encontrar métodos innovadores para que los propios usuarios determinen la amplitud de los servicios brindados y establezcan el orden de las prioridades.

Organización del sector salud

Sector gubernamental

En abril de 1997, tras las elecciones, se reordenaron las funciones del sector público en el sistema de salud. El Ministerio

de Salud se encarga de manera integral de velar por la salud de la nación. Cumple esta función estableciendo políticas y planes estratégicos nacionales para la salud de las personas, proporcionando servicios públicos e instalaciones en apoyo de estas intervenciones y garantizando el mantenimiento de las reglamentaciones y actividades de salud pública para luchar contra las enfermedades y promover la salud.

Al frente del Ministerio está el Ministro de Salud, con quien colabora un Secretario Parlamentario cuyo cometido específico consiste en actualizar la legislación sobre la salud. El Secretario Permanente se ocupa de la estructura administrativa y el Médico Jefe está a cargo de los aspectos técnicos. El resto de los funcionarios superiores que componen el directorio técnico son el Administrador Jefe de los Hospitales y el Director de Enfermería.

Las esferas de servicios y los programas del Ministerio que son de competencia de la administración central, en la sede, comprenden la División de Educación para la Salud, la Secretaría para el Sida, el Consejo Nacional de Estupefacientes, la Administración de Materiales, el Organismo Nacional de Medicamentos, la Oficina de Desarrollo de los Recursos Humanos, la Oficina de Coordinación de la Información sobre Salud y la Oficina de Planificación de la Salud.

Servicios hospitalarios. El sector público administra los tres hospitales, de los cuales los dos más grandes están situados en Nueva Providencia. El Hospital Princess Margaret, con 436 camas, proporciona servicios generales para enfermedades agudas y atención especializada, como por ejemplo terapia intensiva, hemodiálisis, cardiología y urología. El Centro de Rehabilitación Sandilands no solo proporciona atención de salud psiquiátrica y mental mediante servicios ambulatorios y de hospitalización (352 camas) sino también asistencia geriátrica (130 camas). La tercera institución, el Hospital Rand Memorial, funciona en la segunda ciudad más grande de la nación, Freeport, en Gran Bahama. Proporciona atención general para enfermedades agudas y servicios especializados en sus niveles básicos y dispone de una dotación de 82 camas.

Aunque entre 1992 y 1994 la tasa de ocupación del Hospital Princess Margaret fue de alrededor de 90%, en 1995 bajó a 82%. También se registraron altas tasas de ocupación en el Centro de Rehabilitación Sandilands tanto en la Unidad de Psiquiatría (84% en 1992 y 88% en 1994) como en la Unidad de Geriátrica (93% en 1992 y 95% en 1994, con un descenso a 88% en 1995). Sin embargo, en el Hospital Rand las tasas de ocupación oscilaron entre 52,8% (1992) y 54,0% (1994).

El Comité de Dirección Administrativa de cada hospital está formado por el Administrador del Hospital, el Coordinador Médico Jefe y el Oficial Principal de Enfermería; en el Hospital Princess Margaret también se incluyen el Contralor Financiero y el Administrador Jefe del Hospital. En 1996 se in-

trojo una nueva categoría de funcionarios: los especialistas residentes. Estas personas son los administradores clínicos a tiempo completo: se encargan de dirigir sus respectivas dependencias y son miembros del Comité de Planificación y Organización del Hospital.

Laboratorio, rayos X y farmacia. Se dispone de estos servicios tanto en el sector público como en el privado. El laboratorio del Hospital Princess Margaret trabaja para el Hospital y los dispensarios de salud comunitarios. También funciona como laboratorio de salud pública y de referencia y maneja el banco de sangre. El Hospital Rand cumple funciones análogas en Gran Bahama. También se pueden utilizar estos servicios en el Doctor's Hospital, una institución privada; hay servicios que funcionan exclusivamente en el sector privado.

En el sector público, los servicios farmacéuticos están a cargo del Organismo Nacional de Medicamentos, establecido en 1994. Este Organismo se ocupa de la compra de productos farmacéuticos y biológicos y de su distribución en los servicios de salud de los hospitales y la comunidad. En 1993 se instituyó un proyecto de cooperación técnica entre el Ministerio de Salud y el Organismo de Medicamentos de Barbados para racionalizar la compra de productos farmacéuticos y su distribución en los centros de salud estatales. Este proyecto está en marcha.

La adquisición del equipo y de los materiales para el Ministerio está a cargo del Departamento de Administración de Materiales. Las solicitudes de compra que se le presentan son remitidas por las instituciones respectivas tras un cuidadoso análisis por los comités internos pertinentes.

Servicios de salud pública. Estos servicios se prestan por conducto de una red de 57 dispensarios comunitarios y 54 dispensarios satélites en Nueva Providencia y las Islas Family. También abarcan programas comunitarios tales como la enfermería domiciliar y distrital, la vigilancia de las enfermedades y la rehabilitación en el hogar. El equipo de gestión en esta esfera está compuesto por un Administrador, un Coordinador del Personal Médico, un Oficial Principal de Enfermería y un Funcionario de Salud con título de Médico. Funciona una oficina que está a cargo específicamente de la coordinación de la prestación de servicios en las Islas Family. Los servicios de salud pública comprenden la medicina general, la salud materno-infantil y la salud oral. Se proporcionan en los siguientes tipos de centros de salud:

1) Clínicas generales (existentes únicamente en Nassau), cuyo personal está compuesto por médicos generales, enfermeras de salud pública y otras enfermeras matriculadas. Cuentan con servicios de radiología, de farmacia, odontológicos y, con carácter limitado, de laboratorio.

2) Centros de salud distritales, en los que trabajan un médico residente, una enfermera a cargo y un funcionario que

desempeña tareas administrativas y de secretaría. Estos centros constituyen los puntos de coordinación médica en ciertos distritos sanitarios y cuentan con la mayor parte de los equipos estándar para el mantenimiento de la vida.

3) Dispensarios comunitarios, que se ocupan de las necesidades de una comunidad determinada. Hay una enfermera residente en cada dispensario; el médico distrital realiza visitas todas las semanas.

4) Dispensarios satélites, que no cuentan con personal residente y son visitados por un médico y una enfermera periódicamente, desde dos veces por mes hasta cada seis semanas.

Servicios de saneamiento ambiental. El interés del Ministerio por el medio ambiente se encausa por conducto del Departamento de Servicios de Salud Ambiental (DSSA), que comprende a su vez tres divisiones: Directorio de Salud, Vigilancia del Medio Ambiente y Evaluación de los Riesgos Ecológicos, y Recolección y Eliminación de Desechos Sólidos. El equipo de gestión comprende un director, un director adjunto y los subdirectores a cargo de las tres divisiones. En abril de 1997 este Departamento fue transferido del Ministerio de Salud al Ministerio de Asuntos del Consumidor y Aviación.

Entre las funciones del DSSA figuran el control de la calidad de las aguas subterráneas, el agua potable (incluida la embotellada) y la atmósfera; el tratamiento de los desechos sólidos y los desechos peligrosos y el control de la seguridad química; la inspección de los puertos para verificar la observancia de las normas de higiene; el control de la calidad de los alimentos; la inspección de las instalaciones pertinentes, y el control de la proliferación de vectores.

La mayor parte de los desechos sólidos se elimina en un vertedero terraplenado. En Nueva Providencia, el DSSA transporta 28% de los desechos que se llevan al terraplén (basura de viviendas y desechos de pequeños negocios); transportistas privados y empresas que se encargan de tratar desechos (de hoteles y de empresas industriales y comerciales) se encargan del 72% restante. Los desechos procedentes de los hospitales también se transportan al vertedero, salvo que se trate de desechos infecciosos, que se incineran en el lugar.

El abastecimiento de agua potable está a cargo de la Empresa de Agua y Alcantarillado (EAA). Es el organismo legalmente responsable del tratamiento de los recursos hídricos, el suministro de agua y la provisión de instalaciones apropiadas para el desagüe y la eliminación sanitaria de las aguas servidas y los efluentes industriales en las Bahamas, con excepción de Gran Bahama, donde se ha establecido un servicio público de abastecimiento de agua y tratamiento de las aguas residuales.

La fuente principal de agua potable es el agua subterránea poco profunda. El agua subterránea tiene un perceptible sabor salado y mucha gente consume agua potable embote-

llada (que se produce localmente en plantas de ósmosis inversa). También se han construido plantas de desalinación en los complejos urbanísticos de los principales hoteles. Está previsto que una planta de desalinación por ósmosis inversa empiece a funcionar a fines de 1997 para incrementar el abastecimiento público de agua y reducir el nivel general de salinidad. El agua de lluvia recolectada en tanques y cisternas representa menos de 3% del agua que se consume. El agua potable también se transporta por barcas de Andros a Nueva Providencia, que es la isla más poblada.

Teniendo en cuenta que, desde el punto de vista de su supervivencia económica, las Bahamas dependen muchísimo del sector turístico, es vital el desarrollo sostenido del turismo. El Gobierno ha creado la Comisión de Medio Ambiente, Ciencia y Tecnología de las Bahamas, dependiente de la Oficina del Primer Ministro, para que aborde el problema del desarrollo sostenible. Los miembros de la Comisión proceden de los ministerios, los departamentos, las sociedades anónimas y las organizaciones del sector privado, son funcionarios responsables del medio ambiente, la ciencia o la tecnología, o sencillamente son personas que se ocupan de estas cuestiones.

Entre otras, son funciones de esta Comisión:

- servir de punto de enlace de las Bahamas con todas las organizaciones internacionales que se ocupan del medio ambiente, la ciencia y la tecnología;
- coordinar el trabajo resultante de las convenciones, tratados, protocolos y acuerdos internacionales sobre el medio ambiente de los cuales las Bahamas son o serán signatarias, y
- coordinar los esfuerzos que se despliegan a nivel nacional a fin de proteger, conservar y administrar responsablemente los recursos ambientales de las Bahamas; desarrollar un Plan Estratégico Nacional de Conservación y Desarrollo Sostenible; determinar los adelantos científicos y tecnológicos apropiados que pueden contribuir al desarrollo de las Bahamas; impulsar proyectos de leyes a fin de poner en vigor las disposiciones del Plan Nacional de Conservación y otras políticas sobre el medio ambiente, y encontrar y solicitar la asistencia técnica y las subvenciones financieras necesarias para cumplir el cometido de la Comisión.

Con respecto al medio ambiente, son motivo de preocupación la contaminación provocada por los automóviles, el tratamiento de los desechos sólidos, la protección de los recursos naturales, la contaminación de las zonas costeras, el abastecimiento de agua potable y la eliminación de las aguas servidas.

Legislación. La legislación relativa a la salud no se ha puesto a tono con el crecimiento de la industria de la atención de salud, los adelantos tecnológicos o los numerosos problemas ambientales que enfrenta el país. Es preciso que se

adapte a las nuevas categorías de personal y a los nuevos tipos de servicios, en especial en el sector privado. La legislación vigente estipula que deben estar matriculados únicamente los médicos, enfermeras (entre las cuales están las parteras) y los dentistas. Se otorga máxima prioridad a la legislación relativa a la matriculación de farmacéuticos y técnicos de laboratorio y ya se han iniciado los trabajos preliminares para redactar proyectos de ley sobre tecnología radiológica, optometría, podología, quiropraxia y fisioterapia.

Otra prioridad legislativa es la reglamentación de las instalaciones de salud, que abarcan los hospitales privados, las clínicas y consultorios generales, los laboratorios y los rayos X.

Aunque se está haciendo algo en la esfera de la legislación sobre saneamiento ambiental, es mucho lo que queda por hacer. Si bien no hay leyes que limiten la práctica de fumar en casi ningún sitio público, está prohibido fumar en la línea aérea nacional y, desde el 1 de agosto de 1997, en los aeropuertos del país.

Si bien no está en vigencia ninguna ley que regule el uso de cinturones de seguridad o de asientos para niños en los automóviles, se está prestando activa consideración a la promulgación de la legislación correspondiente. En el interín, se fomenta el empleo de cinturones de seguridad entre los conductores.

Sector privado

Servicios. El sector privado proporciona servicios de atención primaria, servicios de urgencia, atención secundaria con internación hospitalaria y servicios ambulatorios especializados, diagnósticos y terapéuticos en las esferas de la medicina y de la odontología. Funcionan dos hospitales privados que proporcionan atención secundaria. El Doctor's Hospital tiene 72 camas y presta, entre otros, servicios de atención de urgencia, asistencia médica especializada (que incluye la reumatología y la nefrología), cirugía (que comprende la cirugía cardiovascular y la neurocirugía), obstetricia y servicios de diagnóstico (que incluyen la medicina nuclear). El otro hospital privado, el Lyford Cay, cuenta con 12 camas. Proporciona servicios especializados en cardiología, cirugía plástica, urología y podología. Además, diversos servicios privados disponen de instalaciones apropiadas para partos, aunque no se clasifican como hospitales.

Existen servicios ambulatorios especializados de cardiología y nefrología. El Centro Cardiológico de las Bahamas ofrece una amplia gama de técnicas de evaluación cardíaca, que comprenden pruebas nucleares de detección del estrés y catecterización cardíaca. También se lleva a cabo la implantación de marcapasos. El Renal House ofrece diálisis renal.

Seguro de salud. Aunque no hay un sistema nacional de seguros de salud, la Junta Nacional de Seguros proporciona

prestaciones médicas en caso de accidentes o enfermedades laborales. Se repone parcialmente el salario del trabajador mientras está enfermo y se le paga la atención médica de los accidentes laborales. Algunas de las otras prestaciones que se brindan abarcan casos de maternidad, discapacidad y muerte. Además están previstas prestaciones por invalidez, jubilación y pensión al supérstite. El sistema privado de seguros ofrece varias opciones en materia de seguros médicos y odontológicos.

Servicios de salud y recursos

Recursos humanos

Las Bahamas cuentan con una buena cantidad de médicos y dentistas. El número de médicos aumentó de 373 (14,13 por 10.000 habitantes) en 1992 a 417 (14,98 por 10.000) en 1995, mientras que los dentistas pasaron de 58 (2,2 por 10.000) en 1992 a 80 (2,9 por 10.000) en 1995. Desde el punto de vista de la distribución, 235 médicos trabajan en los servicios públicos y 182 (excluidos los especialistas) en el sector privado. Hay especialistas tanto en el sector privado como en el público.

En el sector público, 152 médicos (incluidos 25 especialistas) están asignados al Hospital Princess Margaret, 32 (incluidos siete especialistas) al Hospital Rand, 13 (incluidos 5 especialistas) al Centro de Rehabilitación Sandilands y 37 a los Servicios de Salud Comunitarios. Con respecto a estos últimos 37 médicos, cabe destacar que mientras 15 residían en Nueva Providencia y 20 en las Islas Family en 1994, esta situación se invirtió en 1995: 21 trabajaban en Nueva Providencia y 16 en las Islas Family.

De los 80 dentistas del país, 21 atienden en el servicio público y 59 en los servicios privados. A su vez, de los 21 que trabajan en el servicio público, 13 están asignados al Hospital Princess Margaret, 1 al Hospital Rand, 1 al Centro de Rehabilitación Sandilands y 6 a los Servicios de Salud Comunitarios.

El número de enfermeras matriculadas del servicio público aumentó apenas ligeramente entre 1989 y 1995 (de 623 a 653). Por consiguiente, la tasa por 10.000 habitantes descendió en ese período de 25,0 a 24,1. Entre 1989 y 1993 el número de enfermeras clínicas diplomadas (ECD) disminuyó de 467 a 416; después subió a 464 en 1995, aunque sin alcanzar todavía el nivel de 1989. Durante el lapso indicado la tasa por 10.000 habitantes cayó de 18,8 a 16,6. Desde el punto de vista de su distribución, 362 enfermeras matriculadas y 249 ECD están asignadas al Hospital Princess Margaret, 56 enfermeras matriculadas y 53 ECD al Hospital Rand, 104 enfermeras matriculadas y 88 ECD al Centro de Rehabilitación Sandilands y 131 enfermeras matriculadas y 74 ECD a los Servicios de Salud Comunitarios.

Con respecto a las otras categorías de personal, el Hospital Princess Margaret cuenta con 16 farmacéuticos y 16 auxilia-

res de farmacia, 32 técnicos de laboratorio y 7 fisioterapeutas, 5 ayudantes de fisioterapia y 1 especialista en terapia ocupacional. En el Hospital Rand Memorial trabajan 7 técnicos de laboratorio, 4 laboratoristas y 1 especialista en citología.

En las Bahamas no hay una facultad de medicina ni de odontología. La mayoría de los médicos y dentistas de la nación se han formado en la Universidad de las Indias Occidentales o en América del Norte. En abril de 1997 el Gobierno de las Bahamas concertó un acuerdo con la Universidad de las Indias Occidentales conforme al cual han de utilizarse el Hospital Princess Margaret y los servicios de salud comunitarios para proporcionar experiencia clínica a los estudiantes de medicina de la Universidad.

La capacitación de las enfermeras se lleva a cabo en el Colegio de las Bahamas. El Departamento de Enfermería ofrece un programa de obstetricia, un grado de asociada en enfermería, un programa de educación permanente y, desde 1995, el título de licenciada en enfermería para enfermeras matriculadas. Aunque en 1995 había 199 estudiantes inscriptos en el curso de asociados en ciencias, el número de graduados durante el período 1992–1995 ha sido relativamente pequeño (64) y en 1995 se graduaron tan solo 7 estudiantes. Durante el antedicho período hubo una sola promoción de obstetras (15 en total en 1994). Con estas cifras no se satisface la demanda del sector salud y, todavía, de vez en cuando se contratan enfermeras en el extranjero.

El Departamento de Ciencias de la Salud del Colegio de las Bahamas ofrece un título de asociado en higiene ambiental. Actualmente se ha organizado un curso tras el cual se podrá obtener el grado de asociado en ciencias de la salud, con la opción de graduarse en tecnología médica, farmacia, medicina del trabajo y fisioterapia.

Gasto y financiamiento sectorial

A partir de 1970 el gasto nacional en salud ha experimentado un constante aumento como reflejo del incremento del

total de los gastos ordinarios del país. El porcentaje del gasto total del Estado en salud pasó de 10,8% en 1970 a 15,6% en 1986. Desde este último año ha fluctuado con tendencia a la baja y en el presupuesto para 1995–1996 llegó a 13,6%. Sin embargo, como consecuencia del fortalecimiento de la economía nacional, ha aumentado la suma que realmente se gasta. La distribución de los gastos entre las diferentes divisiones del Ministerio se ha mantenido bastante constante: aproximadamente 15% se ha destinado a la administración, 65,5% a los hospitales, 8% al saneamiento ambiental y 11% a los servicios de salud comunitarios. No es posible determinar cuánto se gasta en los servicios de prevención exclusivamente, porque en el sistema de salud pública se brindan conjuntamente los servicios preventivos y curativos.

Los recursos financieros que proporciona el Estado central para la salud provienen de un fondo consolidado. Además, se obtienen ingresos limitados por el pago de los costos de hospitalización y de los servicios clínicos y diagnósticos.

Además de financiar las prestaciones médicas, la Junta Nacional de Seguros ha proporcionado financiación para la construcción de 11 centros de salud en Nueva Providencia y cinco en las Islas Family; financia, además, otros cinco centros que se están construyendo.

Los gastos de menor cuantía que realizan las familias para pagar los honorarios de los médicos, los medicamentos, los servicios de diagnóstico y los seguros de salud privados constituyen una parte de los recursos del sector privado. El BID ha estimado que el gasto privado en salud equivale a 2,2% del PIB y a 45,6% del gasto total en salud del país.

Diversas organizaciones no gubernamentales proporcionan servicios de salud de uno u otro tipo. Algunas toman parte activa en programas de salud patrocinados por el Estado. Entre ellas se destacan la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, la Comisión en pro del Niño Impedido, la Fundación Sida, la Asociación para la Planificación de la Familia, el Centro para las Crisis y la Asociación de Diabéticos. Hay otras organizaciones que trabajan en las esferas del consumo indebido de drogas y de la atención de las personas con sida.