
BELICE

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Belice limita con México al norte, con Guatemala al oeste y al sur y con el Mar Caribe al este. Tiene una superficie de 22.700 km². Las costas septentrionales y meridionales son llanas y tienen numerosos manglares. La cadena de montañas Maya se encuentra en el Belice centromeridional y ocupa gran parte del país. Aproximadamente 65% del territorio nacional está clasificado como bosque; 36% de su superficie está preservada como áreas de reserva y zonas protegidas. El clima es subtropical, con temperaturas que oscilan entre 10 °C y 35 °C y precipitaciones medias anuales de 150 mm a 2.650 mm. Belice es el único país de habla inglesa de América Central; aunque se utiliza también mucho el español, por su cultura, política y economía, se asemeja más a los países del Caribe.

Belice es un Estado soberano, gobernado por una democracia parlamentaria inspirada en el sistema británico. La titular de la Jefatura de Estado es la Reina Isabel II, quien está representada por un Gobernador General. El Primer Ministro y el Gabinete constituyen el poder ejecutivo; el poder legislativo es bicameral y está integrado por la Cámara de Representantes, formada por 29 miembros electos, y el Senado, que consta de 8 miembros designados por nombramiento. Los miembros del Gabinete son nombrados por el Gobernador General siguiendo las recomendaciones del Primer Ministro.

El país está dividido en seis distritos administrativos: Corozal, Orange Walk, Belice, Cayo, Stann Creek y Toledo. Cada distrito está administrado por una junta de elección local, y las aldeas están gobernadas por el alcalde y el ayuntamiento. Aunque la capital se trasladó en 1981 a Belmopán, la ciudad de Belice continúa siendo el centro comercial, con casi una cuarta parte de la población.

Población

El censo de 1991 cifra la población de Belice en 189.392 habitantes, mientras que la estimación para 1996 era de 222.000. Más de 42% de los residentes tienen menos de 15 años de edad y 61% no ha cumplido todavía 25 años, con proporciones similares de hombres y mujeres. En 1991, la población rural superó a la urbana debido a la afluencia de inmigrantes. Según informes de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, la población migrante era de aproximadamente 30.000 personas (14% del total); según la Encuesta Nacional de 1995, realizada por la Oficina Central de Estadística, los inmigrantes representaban 12% de la población.

Según el censo, el grupo étnico mestizo (personas de ascendencia mixta de colonos españoles y poblaciones indígenas) representaba 44% de la población y los criollos (ascendencia mixta africana y europea) constituían 30% de la misma. Otros grupos étnicos son los mayas (12%), garifuna (7%), indígenas orientales (4%) y otros grupos más pequeños. Entre 1984 y 1996 el Gobierno promovió la inmigración, sobre todo la procedente de Asia y, en 1996, los beliceños de origen asiático representaban 2,5% de la población.

La tasa de crecimiento de la población en 1996 fue de 2,5%, frente a 2,6% en 1991. La tasa total de fecundidad se estimó en 4,6 niños por mujer y exhibía una continua tendencia descendente comparada con los 7 hijos por mujer registrados en los años sesenta. En 1991 la esperanza de vida al nacer era de 69,9 años en el caso de los hombres y de 74,1 en el de las mujeres. Según una estimación de 1996, la tasa bruta de mortalidad era de 4,3 defunciones por 1.000 habitantes.

Situación económica

El país tiene una economía basada fundamentalmente en la agricultura y los servicios. La estabilidad de la moneda es

uno de los atractivos para la inversión extranjera. En 1996 el ingreso per cápita fue de US\$ 2.308 mientras que en 1989 había sido de \$1.664, lo que representó un crecimiento de 39%. El producto interno bruto (PIB) creció 67% entre 1989 (\$306 millones) y 1996 (\$512 millones), mientras que la población creció 21% en ese mismo período. El PIB registró una tasa de crecimiento real de 3,8% en 1995 y de 1,5% en 1996. Aunque la inflación es baja, en 1996 se intensificó: el índice de precios al consumidor fue de 2,8% en 1995 y de 6,4% en 1996, mientras que el promedio de los cinco años anteriores fue de 3,2%.

La economía está dominada por las exportaciones de productos agropecuarios, en particular la caña de azúcar, el concentrado de cítricos, las bananas y los productos del mar, que representaron 77% de las exportaciones en 1996. Belice vive también de la silvicultura, la pesca y la minería, que, junto con la agricultura, representan 22% del PIB.

Las tendencias recientes han incrementado el déficit comercial, lo que ha sometido a presión a las reservas netas de divisas. La falta de ahorro público, la expansión de la inversión fija, el descenso de la ayuda exterior y los niveles crecientes de la deuda externa han incrementado el déficit público. Aunque el Gobierno redujo el gasto, no ha conseguido generar los recursos necesarios para ampliar la base de infraestructura. La contracción del gasto público ha dado lugar a recortes en los servicios de salud destinados a las comunidades rurales y reducido los servicios en los puestos de salud y los dispensarios móviles. El Gobierno está reorganizando su estructura tributaria, lo cual influirá en la situación de los pobres. Se ha creado el Fondo de Inversión Social, dotado de US\$ 10 millones, con la finalidad de promover intervenciones sociales y productivas en los grupos de población más desfavorecidos, y deberá ayudar a mitigar la pobreza.

Situación social

En el Informe de Evaluación de la Pobreza (1995) realizado por el Banco de Desarrollo del Caribe, el Ministerio de Desarrollo Económico y la Oficina Central de Estadística, se concluyó que 33% de los beliceños eran pobres (no podían cubrir los gastos en concepto de alimentos y artículos no alimentarios de primera necesidad), mientras que 13% eran muy pobres (no podían cubrir los gastos correspondientes a productos alimentarios de primera necesidad). De los jefes de hogar, 24% de los hombres y 31% de las mujeres eran considerados pobres. En el distrito de Toledo, donde la mayoría de la población es maya, 58% de la población es pobre; en Cayo, 41%; y en los distritos de Orange Walk, Corozal, Belice y Stann Creek, 25%.

El censo de 1991 reveló que la mayor parte de los hogares estaban integrados por cinco o más personas. La Encuesta

sobre la Fuerza de Trabajo de 1996 reflejó un descenso a 4,5 personas por hogar. Más de 20% de los hogares del país tenía menos de dos personas. El tamaño medio de los hogares en las zonas rurales era mayor que en las urbanas. En el conjunto del territorio nacional, 22% de los hogares estaban encabezados por una mujer, con excepción del distrito de Belice, donde la cifra subía a 33%. El censo indicó también que 63% de las casas tenían dos dormitorios o menos. Aproximadamente 66% de todas las familias eran propietarias de sus casas o las estaban comprando, mientras que más de 20% eran inquilinas. Los propietarios de sus viviendas eran más numerosos en las zonas rurales que en las urbanas.

Según la encuesta, del total de la población estimada de 1996, 65.025 personas estaban empleadas y 10.425 carecían de empleo, lo que significa una tasa de desempleo de 13,8%, 1,3% más que en 1995. La tasa de desempleo más elevada era la del distrito de Belice (18,4%), seguido por Stann Creek (15,4%), Cayo (15,2%), Toledo (14,3%), Orange Walk (6,6%) y Corozal (5,8%). La mano de obra no especializada representaba 63% de los trabajadores en 1996. De los trabajadores empleados, 22% no habían terminado los estudios primarios, 47% tenían educación primaria y 15% habían terminado los estudios secundarios. Los menonitas tenían la tasa de empleo más elevada (99,3%) y los garifunas la más baja (75,7%). Los criollos y mestizos representaban 75% de la mano de obra sin empleo. Aproximadamente 71% de los empleados eran hombres. En el grupo de edad de 14 a 19 años, 32,2% de los hombres y 45,5% de las mujeres estaban desempleados.

Según las estimaciones, para 100% de la población urbana y 69% de la población rural el abastecimiento de agua segura era suficiente. El distrito de Belice presentaba los niveles de cobertura más elevados (91%) y el de Toledo los más bajos (71%). Los otros distritos tienen niveles de cobertura situados entre 82% y 85%. A escala nacional, 39% de la población tiene servicios de saneamiento suficientes, con cifras de 59% en las zonas urbanas y 22% en las rurales. La gestión de desechos sólidos es un problema generalizado en todo el país, agravado por los problemas de drenaje del distrito de Belice.

La asistencia a la escuela primaria es gratuita y obligatoria hasta los 14 años de edad, pero aproximadamente 36% de los niños no terminan ese nivel. Se han utilizado datos del censo para evaluar la tasa de alfabetización básica, considerándose que estaban alfabetizados quienes habían cursado por lo menos cinco años del sistema oficial de educación. De acuerdo con esta definición, la tasa de alfabetización básica era de 70%. En 1996, la Oficina Central de Estadísticas incorporó a la Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo un módulo específico sobre la alfabetización con el fin de evaluar el nivel de alfabetización funcional (determinada en función de niveles concretos de capacidad de lectura y comprensión) así como la alfabetización básica en todo el país. La encuesta reveló que la tasa de alfabetización básica era de 75,1%, aunque solo 42,4% de la

población de 10 a 65 años de edad tenía un nivel de alfabetización funcional. Según el censo, 48,6% de los maestros de enseñanza primaria estaban adecuadamente preparados: esta cifra era de 81% en el distrito de Belice y de solo 27% en Toledo.

Aunque son pocas las estadísticas desglosadas por sexo, algunas permiten trazar un perfil de la situación de la mujer en la sociedad. Las mujeres aparecen clasificadas como más pobres que los hombres. Solo uno de los 29 escaños de la Cámara de Representantes está ocupado por una mujer. Solo 2,4% de las mujeres realizan estudios preuniversitarios. Los puestos superiores de gestión ejercidos por mujeres representan solo 1,9% del total; 22% de las mujeres tienen empleos no especializados y 18% están desempleadas. Más de la mitad de las mujeres embarazadas (51,7%) padece anemia por carencia de hierro. Desde la aprobación de la Ley sobre la Violencia Doméstica en 1993, el número de órdenes de protección dictadas ha crecido más de 300%.

Mortalidad

La esperanza de vida al nacer pasó de 68,4 años en 1980 a 71,8 años en 1991. En 1980, las mujeres tenían 2,2 años más de esperanza de vida que los hombres (69,8 frente a 67,6), y esta diferencia se amplió a 4,8 años en 1991 (74,7 años frente a 69,9). La tasa de mortalidad infantil registró una tendencia descendente, pasando de 31,5 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1993 a 26,0 en 1996. La mortalidad materna fluctuó entre 16,1 en 1993 (10 defunciones) a 8,2 (5 defunciones) en 1995, y ascendió a 13,9 (9 defunciones) en 1996. Las causas principales de mortalidad materna fueron la hemorragia, la embolia pulmonar, la eclampsia y el aborto.

La tasa de mortalidad bruta se mantuvo en torno a 4 defunciones por 1.000 habitantes desde 1993 hasta 1996 (4,0, 3,6, 4,3 y 4,0, respectivamente). La tasa media de mortalidad entre los hombres (4,6) fue 40% más alta que la de las mujeres (3,4). El distrito de Belice notificó la tasa más elevada (6,0), mientras que la más baja correspondió a Cayo (2,5).

Durante el período 1992–1996, la mortalidad estuvo dominada por las causas relacionadas con las enfermedades no transmisibles y con las crónicas. Las enfermedades del corazón fueron la principal causa para hombres y mujeres. Un promedio de 20% de las defunciones se debió a enfermedades del corazón, con una tendencia decreciente entre 1993 y 1996 de 22% a 16%. Las enfermedades respiratorias fueron la segunda causa más frecuente (de 10% a 14% de las defunciones), excepto en 1994 cuando ocuparon el cuarto lugar (7%). Las enfermedades cerebrovasculares y los tumores malignos representaron entre 7% y 9% de las defunciones; los tumores fueron más frecuentes como causa de muerte entre las mujeres (8% a 11%). La evaluación de los tumores se ve limitada

por la falta de servicios oncológicos en Belice. Las causas externas (excluidos los accidentes de tráfico, los homicidios y los suicidios) provocaron entre 4% y 5% de las defunciones y ocuparon el quinto lugar. Entre los hombres, los accidentes de tráfico fueron una causa cada vez más importante de defunciones, mientras que no figuraron como causas principales entre las mujeres. Los suicidios pasaron de 1 caso en 1994 a 11 en 1995, sumando 20 casos en todo el período. Diecinueve de los suicidas fueron hombres.

Las causas principales de morbilidad, determinadas en función del número de hospitalizaciones, fueron las enfermedades respiratorias, sobre todo entre los hombres. La segunda causa de morbilidad entre los varones fueron las enfermedades intestinales. Entre las mujeres, las complicaciones del embarazo ocuparon el primer lugar, seguidas por las enfermedades respiratorias y el aborto. La alta prevalencia de la anemia en las mujeres embarazadas (51,7% en los dispensarios de atención prenatal) empeora el desenlace de las complicaciones del embarazo. Los distritos de Orange Walk, Stann Creek y Toledo notificaron a las enfermedades respiratorias como las causas principales de morbilidad hospitalaria durante el período considerado. En cambio, el distrito de Cayo registró como causa principal las complicaciones del embarazo, seguidas de las enfermedades respiratorias. En el distrito de Orange Walk, la segunda causa entre los hombres fueron “otros traumatismos”, mientras que las complicaciones del embarazo ocuparon el segundo lugar entre las mujeres. En el distrito de Belice, el aborto fue la segunda causa de morbilidad hospitalaria entre las mujeres, mientras que “otros traumatismos” fue la segunda causa entre los hombres desde 1993 a 1996. La malaria figuró entre las cinco causas principales de morbilidad hospitalaria en el distrito de Stann Creek.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La salud de los niños menores de 1 año. En los menores de 1 año de edad, la tasa de mortalidad disminuyó 20%, pasando de 31,5 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1993 a 26 en 1996. Los distritos de Corozal y Cayo tuvieron las tasas más bajas (13,8 y 17,9), mientras que los de Orange Walk, Stann Creek y Toledo tuvieron las más altas (32,6, 33,2 y 30,1, respectivamente). La tendencia descendente observada en el conjunto del territorio nacional se apreció en los distritos de Corozal, Cayo y Stann Creek. En Toledo dicha tasa aumentó de 29,4 en 1993 a 52,1 en 1994, y bajó a 30,1 en 1996 (no se conoce una explicación para este cambio). En el distrito de Belice la tasa aumentó en 1995 y 1996. Durante ese período

hubo más defunciones infantiles de varones (62,1%) que de mujeres.

La causa principal de mortalidad infantil durante el período 1993–1996 fueron las afecciones originadas durante el período perinatal (36% de las defunciones), con un aumento de 29% en 1993 a 39% en 1996. La asfixia fue la causa principal de las defunciones infantiles por afecciones originadas en el período perinatal (32%), seguida del bajo peso al nacer (28%). Casi 62% de las defunciones por afecciones originadas en el período perinatal, y entre estas 68% de los casos de asfixia, correspondieron a varones. La segunda causa de mortalidad infantil fueron las enfermedades infecciosas (24% de las defunciones) y las enfermedades respiratorias causaron 12% de las defunciones. La frecuencia bajó de 25% en 1993 a 19% en 1995, pero volvió a ascender a 31% en 1996. Las anomalías congénitas provocaron 10% de las defunciones en el período 1993–1996, bajando de 16% en 1994 a 9% en 1996.

Las enfermedades infecciosas fueron la causa predominante en el perfil de morbilidad de los niños menores de 1 año, representando 50% de las hospitalizaciones en el período 1993–1996 y 57% de los casos en varones. Las internaciones debidas a enfermedades infecciosas bajaron de 64% en 1993 a 40% en 1996. Las enfermedades respiratorias e intestinales causaron 63% y 32% de las internaciones, respectivamente. A escala nacional, las hospitalizaciones por 1.000 nacidos vivos subieron de 104 en 1993 a 216 en 1994, y se mantuvieron estables en lo sucesivo. Las hospitalizaciones fueron más frecuentes en Toledo (289), seguido por el distrito de Belice (261) y por Corozal con el número más bajo (74).

Una baja proporción de niños menores de 1 año, aproximadamente 46%, recibieron exclusivamente lactancia materna hasta los cuatro meses de edad; en este sentido no se apreció ningún cambio de tendencia. Esto refleja el hecho de que los hospitales no están cumpliendo las prescripciones en materia de certificación de “hospitales amigos de los niños”.

Si bien la mortalidad infantil disminuyó durante el período 1992–1996, la morbilidad sigue estando asociada a problemas de calidad de la atención, sobre todo en lo que se refiere a los servicios básicos de salud y a la prevención de las infecciones.

La salud de los niños de 1 a 4 años. Entre los niños del grupo de 1 a 4 años de edad, las tasas de mortalidad subieron de 9,0 defunciones por 10.000 personas en 1993 a 12,1 en 1996. Las causas externas, incluidos los accidentes de tráfico, causaron la proporción más elevada de defunciones (24%). Esta cifra subió de 21% en 1993 a 33% en 1996. La segunda causa fueron las enfermedades infecciosas, que causaron 22% de las defunciones; las enfermedades respiratorias causaron 65% de esas defunciones. No se observaron diferencias entre niños y niñas.

A juzgar por el número de hospitalizaciones, la causa principal de morbilidad fueron las enfermedades respiratorias

(35%), seguidas por las enfermedades intestinales (18%) y las causas externas (12%). No se observaron diferencias entre niños y niñas en la hospitalización debida a estas causas.

La desnutrición, medida en función del déficit de peso para la edad (puntaje Z menor de 2,0), se observó en 6% de los niños que acudieron a los dispensarios de salud en 1992 en todo el territorio nacional, cifra que es superior al doble de la prevista. En Toledo, una encuesta reveló que 16% de los niños estaban desnutridos en 1992, y 18% en 1994. Dicho estudio indicó que, si bien la frecuencia y la duración de la lactancia materna eran satisfactorias, la desnutrición era consecuencia de prácticas de destete inadecuadas relacionadas con la calidad y cantidad de los alimentos. Otra causa asociada era la mala calidad del agua potable, del saneamiento en los hogares y de las prácticas de higiene.

La salud de los niños de 5 a 9 años. Los niños de 5 a 9 años fueron quienes presentaron la tasa de mortalidad más baja de todos los grupos de edad, con 3,3 defunciones por 10.000 personas de este grupo de edad durante el período 1993–1995, cifra que subió a 5,5 en 1996. Las tasas de mortalidad fueron más elevadas para el sexo masculino (4,4) que para el femenino (3,0). Las causas externas explicaron 43% de las defunciones. Fueron más los niños (62%) que las niñas fallecidos por esas causas.

Las enfermedades respiratorias fueron la principal causa de morbilidad en este período, tanto para los niños como para las niñas, y representaron 21% de todas las hospitalizaciones. La segunda causa fueron las causas externas (12%). Las hospitalizaciones debidas a fracturas fueron más frecuentes en los niños (67%) que en las niñas.

Según datos del censo nacional, la prevalencia del retraso del crecimiento (bajo peso para la edad) entre los escolares de 5 a 9 años fue de 15% en 1996 (18% niños y 13% niñas). Esa prevalencia fue mucho mayor en las zonas rurales (23%) que en las urbanas (7%), y en los niños mayas (45%) que en los niños mestizos y de otros grupos étnicos (18%). Si se exceptúa el distrito de Belice (4% de prevalencia), los distritos con mayores niveles de pobreza fueron también los que tuvieron niveles más altos de retraso del crecimiento (el distrito de Toledo tuvo una prevalencia de 39%). El grupo étnico más afectado fue el maya (45%); el menos afectado fue el de los criollos (4%). Los niños mayas tuvieron cuatro veces más retraso del crecimiento en el distrito de Toledo (52%) que en el de Belice (12%).

La salud del adolescente

La tasa media de mortalidad entre los adolescentes (de 10 a 19 años de edad) durante el período considerado fue de 6,2 defunciones por 10.000 personas de este grupo de edad. La

mortalidad masculina fue más de dos veces mayor (8,7) que la femenina (3,6); 72% de todas las defunciones fueron de varones. Las causas externas fueron la principal causa de muerte (37%); 80% de estas defunciones fueron de varones. El distrito de Belice fue el que tuvo el número más elevado de defunciones debidas a causas externas, seguido de Orange Walk; el porcentaje más bajo correspondió al distrito de Toledo (6%).

Las mujeres representaron 60% de todos los casos de internación en el período 1993–1996. Las complicaciones del embarazo fueron la causa principal de hospitalización de adolescentes en ese período (17%), seguidas de los traumatismos y envenenamientos (16%). Las complicaciones del embarazo fueron la causa de 42% de las admisiones para las mujeres, mientras que las causas externas representaron 31% de los casos entre los hombres. Las fracturas determinaron 37% de todos los casos de hospitalización por traumatismos y envenenamientos, y 78% de las mismas ocurrieron en varones. En lo que se refiere a las complicaciones del embarazo, el aborto y el parto prematuro, 19% de las internaciones obedecieron a estas causas; las operaciones cesáreas representaron 7%.

La salud del adulto

Entre los adultos de 20 a 49 años de edad, la mortalidad se mantuvo estable a lo largo del período considerado, con una tasa media de 2,3 defunciones por 10.000 personas de este grupo de edad. Las tasas de mortalidad fueron más altas entre los hombres (2,7) que entre las mujeres (1,4). Las causas externas fueron la causa principal y respondieron por 24% de las defunciones, seguidas de las enfermedades del corazón y del aparato respiratorio (12% y 7%, respectivamente). De todas las defunciones en este grupo de edad, 60% ocurrieron en los hombres. Los accidentes de tráfico causaron 51% de las defunciones por causas externas; en 88% de los casos se trataba de hombres. La frecuencia más elevada de defunciones debidas a causas externas tuvo lugar en Orange Walk; 94% de los casos correspondieron a hombres. La frecuencia de las defunciones debidas a enfermedades cardíacas fue más elevada entre las mujeres (17%) que entre los hombres (9%).

Las complicaciones del embarazo fueron la causa principal de hospitalización en este grupo de edad (29%) en el período 1993–1996, seguidas de los trastornos digestivos (8%). Las mujeres de este grupo tuvieron 69% de las internaciones. Las complicaciones del embarazo causaron 42% de las internaciones de mujeres de todas las edades, y 37% de estos casos estuvieron relacionados con abortos. Los traumatismos y envenenamientos fueron las causas principales de hospitalización de hombres (29%). Dentro de esta categoría, la causa principal fue “otros traumatismos” (61%), y 81% de esos casos fueron hombres. Las fracturas fueron la segunda causa

de morbilidad en el grupo de traumatismos y envenenamientos, representando 35% de las hospitalizaciones.

En 1995, 51,7% de las mujeres embarazadas que acudieron a dispensarios de salud padecían de anemia (niveles de hemoglobina inferiores a 11,0 g/dl).

En el período 1993–1996, los adultos de 50 años tuvieron una tasa de mortalidad de 20 defunciones por 10.000 personas. La tasa fue más elevada entre los hombres (20,8) que entre las mujeres (18,4). Las enfermedades cardíacas, respiratorias y cerebrovasculares, y los neoplasmas fueron las causas principales representando más de 50% de todas las defunciones.

Las enfermedades respiratorias, del corazón y del aparato digestivo y la diabetes fueron las causas principales de hospitalización en este grupo de edad. Otras causas de hospitalización fueron la hipertensión, la enfermedad cerebrovascular y los neoplasmas. No se observó ninguna diferencia entre hombres y mujeres en los patrones de causas de hospitalización.

La salud de los trabajadores

En 1996 estaba empleado aproximadamente 29% del total de la población del país, y se presentaron 1.522 reclamos de beneficios. La mayor parte de ellos fue por motivos de enfermedad (37%), seguidos por lesiones (19%). Las principales causas de morbilidad fueron las enfermedades respiratorias, seguidas de los dolores de espalda y la fiebre. De todos los reclamos por lesiones, 42% se debieron a traumatismos y heridas abiertas. La mayor cantidad de reclamos por lesiones tuvo lugar en los distritos de Orange Walk (29%), Corozal (26%) y Stann Creek (25%), donde la industria agrícola está más desarrollada. El grupo de edad de 20 a 39 años presentó 65% de todos los reclamos.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. La malaria continuó siendo un importante problema de salud pública en Belice. Durante el período 1992–1994, aumentaron el número total de casos, el número de localidades con índices positivos, el número de casos debidos a *Plasmodium falciparum* y el porcentaje de casos que ocurrieron entre los niños. Un estudio de 1995 sobre la distribución de la malaria reveló que 56% de los casos de Toledo ocurrieron entre los niños menores de 14 años. En otros distritos, la mayor parte de los casos se produjeron en varones adultos jóvenes.

Aunque la situación mejoró durante 1995, la incidencia de la malaria continuó siendo elevada. En ese año se diagnosti-

caron 9.413 casos, lo que representó un descenso de 10% con respecto a 1994. El número de casos disminuyó aproximadamente 50% en los distritos de Orange Walk y Corozal. Casi 95% de los casos notificados en 1995 se debieron a *P. vivax*. De los casos de *P. falciparum*, 86% ocurrieron en Stann Creek y Cayo. Cayo fue el distrito más afectado (40% de los casos), mientras que Toledo registró 23% y Stann Creek, 18%. En 1996 se notificaron 6.605 casos, lo que significó una reducción de 30% con respecto a 1995.

Entre 1991 y 1993 no se registró ningún caso de dengue. En 1994 se detectaron 14 casos y en 1995 se registraron 107 casos sospechosos, 9 de los cuales fueron confirmados por pruebas de laboratorio. Belice no tiene capacidad para realizar pruebas serológicas: debe enviar sus muestras al extranjero para confirmar los resultados. En 1996 no se registró ningún caso.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales.

El cólera apareció en Belice en enero de 1992; se registraron 159 casos en ese año (sobre todo en el distrito de Toledo), 135 en 1993 y 26 en 1996. Durante el primer año de la epidemia se produjeron cuatro defunciones, seguidas de dos en 1993 y dos en 1996. Las hospitalizaciones debidas a enfermedades intestinales bajaron de 913 en 1994 a 593 en 1996, y afectaron sobre todo a los niños de 1 a 4 años de edad.

Tuberculosis. Las tasas de mortalidad por tuberculosis fueron de 2,0 por 10.000 personas en 1993, 4,3 en 1994, 2,8 en 1995 y 5,4 en 1996. Durante el período considerado, se diagnosticaron 232 nuevos casos de la enfermedad.

Infecciones respiratorias. Las enfermedades respiratorias fueron la principal causa de hospitalización en el período 1993–1996, y representaron 12% de todas las internaciones. Los diagnósticos más frecuentes fueron la enfermedad obstructiva crónica de las vías aéreas (45%), en la que se incluye el asma, seguida de la neumonía y la influenza (29%). No hubo diferencias en la hospitalización entre hombres y mujeres. La tasa de morbilidad más elevada tuvo lugar en Stann Creek (3,2 por 1.000 habitantes), seguida de Toledo (2,8), mientras que la más baja correspondió a Corozal (1,0).

Las enfermedades respiratorias fueron la segunda causa más importante de muerte (11%). La neumonía fue diagnosticada en 69% de estas defunciones.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Desde la detección del primer caso de sida en 1986, se notificaron 195 casos hasta diciembre de 1996. Hubo 18 casos de sida en 1994, 28 en 1995 y 38 en 1996. La mayoría (80%) tuvieron lugar en el grupo de 20 a 44 años de edad. La mortalidad por sida fue de más de 90%; la sobrevivida después de contraer esta enfermedad es de 18 a 24 meses.

Hasta el final de 1996, el Laboratorio Médico Central notificó 486 casos de infección por el VIH, y el número aumentó desde 60 en 1994 hasta 78 en 1996. La razón hombre/mujer de los casos registrados del VIH bajó de 13:1 en 1989 a 1,6:1 en 1996. La transmisión se produce sobre todo a través del contacto heterosexual, aunque 27 personas con sida señalaron actividades homosexuales y bisexuales. Se han señalado 8 casos pediátricos, 5 de ellos atribuidos a la transmisión perinatal y los otros 3 a transfusiones de sangre. En 1995, el proyecto de vigilancia centinela reveló una prevalencia del VIH de 0,96% en las mujeres que acudían a las clínicas prenatales y de 0,8% en la sangre del cordón umbilical. Aunque esta epidemia afectó a todo el país, los distritos de Belice y Stann Creek registraron 78% de los casos (61% y 17%, respectivamente). El número de casos del VIH diagnosticados también con tuberculosis ascendió a nueve en 1996, frente a un promedio de tres casos al año en el período anterior.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Los trastornos de la nutrición abarcan desde la deficiencia hasta la obesidad. Se dieron casos de deficiencia de peso en relación con la talla y la edad, así como de hierro sérico y de vitamina A en los niños en edad preescolar en todos los grupos étnicos de Toledo, y en las poblaciones rurales mayas y mestizas de otros distritos. Se detectaron casos de anemia entre las mujeres embarazadas. Los datos de un estudio realizado entre adultos en 1995 revelaron que la obesidad constituía un problema.

El suministro de alimentos en Belice depende en gran parte de las importaciones, y es necesario supervisar los alimentos importados para controlar la presencia de sal yodada y fluorurada. La política gubernamental promueve la autosuficiencia en la producción de alimentos.

Enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares representaron 30% de las defunciones registradas en el período 1993–1996. La tasa de mortalidad osciló entre 125,8 por 100.000 habitantes en 1993 y 113,5 en 1996. Las enfermedades del corazón fueron la causa principal de defunciones tanto en los hombres como en las mujeres y produjeron 67% de las defunciones por trastornos cardiovasculares. La tasa de defunciones más elevada tuvo lugar en el distrito de Belice (183,0), seguido por Stann Creek (141,3); la tasa más baja correspondió a Toledo (64,0).

Las enfermedades del corazón fueron una causa importante de hospitalización entre los adultos de 50 años y más, ya que representaron 10% de todas las hospitalizaciones en este grupo de edad. No obstante, no apareció entre las cau-

sas principales de hospitalización en otros grupos. No se observaron diferencias por sexo en las hospitalizaciones por enfermedades del corazón. Los distritos con la mayor frecuencia de hospitalización por esta causa fueron Corozal y Belice, con 13% en cada caso, y Cayo tuvo la frecuencia más baja (6%).

Tumores malignos. Los tumores malignos estuvieron entre las principales causas de mortalidad durante el período considerado, sobre todo en el grupo de 50 años de edad y más. La mortalidad se mantuvo estable en 34,7 defunciones por 100.000 personas. No se observaron diferencias según sexo. Los distritos con número más elevado de defunciones debidas a tumores en el grupo de 50 años de edad y más fueron Cayo y Orange Walk, cada uno con 17%; el número más bajo correspondió a Toledo (7%). Los tumores fueron también una causa importante de hospitalización para el grupo de 50 años de edad y más, representando 5% de todas las hospitalizaciones. No hubo diferencias entre los sexos.

Diabetes. La diabetes estuvo entre las 10 causas principales de mortalidad únicamente en el grupo de 50 años de edad y más (88% de todas las defunciones debidas a diabetes ocurrieron en este grupo de edad). El promedio anual de defunciones por diabetes fue inferior a 25, representando 2% de las defunciones registradas en este grupo de edad. El promedio anual de mujeres (28) que fallecieron como consecuencia de la diabetes en este grupo de edad fue ligeramente superior al de los hombres (21). Las hospitalizaciones por diabetes descendieron de 308 en 1993 a 235 en 1996, correspondiendo 67% de las admisiones a las mujeres. Cinco de cada seis amputaciones realizadas en Belice son debidas a la diabetes, y 9% de los casos de ceguera estuvieron relacionados con la retinopatía diabética.

Accidentes y violencia. Las causas externas figuraron entre las principales causas de mortalidad, correspondiéndoles 9% de las defunciones de la población general registradas en 1993–1996; los hombres representaron 79% de esas defunciones. Los accidentes de tráfico provocaron 41% de las defunciones dentro de esta categoría. La tasa de mortalidad por accidentes de vehículos de motor subió de 10,7 por 100.000 habitantes en 1993 a 16,7 en 1996. Entre los hombres, esta tasa subió de 14,4 a 26,1 por 100.000 entre 1993 y 1996, mientras que entre las mujeres subió de 6,9 a 7,2.

Aunque los suicidios no figuraron entre las principales causas externas de mortalidad, su frecuencia subió de una defunción en 1994 a 11 en 1995 y 8 en 1996. Casi todos los suicidas fueron hombres. Casi la mitad de aquellos tuvieron lugar en Corozal; 75% correspondió al grupo de 20 a 49 años de edad. En 42% de los casos los suicidas utilizaron armas de fuego, 21% se ahorcaron y 15,9% ingirieron paracuat.

La Ley sobre la Violencia Doméstica está en vigor desde 1993, pero la documentación sobre el tema es prácticamente inexistente y la información no se ha canalizado hacia la Oficina de Estadísticas Médicas ni hacia otros sistemas de información. El Departamento de Asuntos de la Mujer está coordinando actualmente la preparación de un plan quinquenal nacional de acción contra la violencia doméstica y el Ministerio de Salud y Deportes está coordinando la preparación de un modelo nacional de notificación de casos de violencia doméstica a través de su Unidad de Epidemiología.

En un estudio realizado en Orange Walk en 1996 se señalaron importantes cuestiones relacionadas con la violencia doméstica, entre ellas, la respuesta médica conciliatoria, la debilidad de las redes de comunicación, la creciente utilización y cantidad de demandas presentadas al sistema jurídico y el mayor grado de alerta sobre la violencia doméstica, que coexisten con las actitudes estereotipadas, y la necesidad de servicios de apoyo (asesoramiento, registro de datos y protocolos de gestión).

Aborto. Aunque el aborto no figuró entre las causas principales de mortalidad, es probable que algunas defunciones debidas al aborto se registraran como complicaciones del embarazo. Se registraron 2.603 abortos. Si bien las hospitalizaciones debidas al aborto descendieron de 7% en 1993 a 5% en 1996, el aborto ocupó el cuarto lugar entre las causas de hospitalización. De las hospitalizaciones relacionadas con el aborto, 20% ocurrieron en el grupo de 10 a 19 años de edad, descendiendo de 21% en 1993 a 17% en 1996.

Salud mental. La información disponible sobre la salud mental está basada en los datos sobre internaciones en el hospital psiquiátrico nacional. Los trastornos neuróticos y el síndrome alcohólico se incluyen entre las cinco principales causas de hospitalización; la esquizofrenia y otras psicosis no figuran entre ellas.

Un estudio reciente realizado por las enfermeras de los centros psiquiátricos señala que “el estrés y la falta de habilidades personales para enfrentar las dificultades” es el principal factor causal de las enfermedades psiquiátricas, seguido del abuso de sustancias.

Salud oral. La salud oral mejoró entre los alumnos de las escuelas, con una reducción de la caries y de las enfermedades de las encías. No obstante, un estudio reciente sobre los niños de 3 a 4 años de edad reveló que 43% de ellos tenía caries y 15% caries avanzada. El riesgo de caries en los niños de 4 años de edad era 1,5 veces más elevado que en los de 3 años. El mayor uso de fluoruro entre los niños desde 1993 a 1995 estuvo asociado a un descenso de la demanda de servicios dentales. El índice de dientes cariados, perdidos u obturados (CPO-D) en 1989 osciló entre 3,4 en Orange Walk y 4,7

en Cayo entre los escolares de 6 a 12 años de edad. Entre los de 12 años, el índice fue de 4,3 en los distritos incluidos en el estudio. No hubo diferencias según sexo. Entre los adultos se observó un aumento de la demanda de obturaciones dentales, profilaxis y eliminación de la placa dental.

Salud ocular. La información sobre la salud ocular es limitada y procede, en su mayor parte, de los dispensarios gubernamentales de los distritos de Cayo, Belmopán y Belice, y del Consejo de Belice para las Personas con Deficiencia Visual, organización no gubernamental que mantiene un registro nacional de ciegos. Hasta diciembre de 1996 hubo 806 casos registrados de ceguera, lo que representa una tasa de 3,6 por 1.000 habitantes. Se trata de una cifra inferior a la de 8 por 1.000 prevista para los países en desarrollo de acuerdo con estimaciones de la OMS. Stann Creek y Belice fueron los distritos con las tasas más elevadas (5,2 y 4,6, respectivamente); las tasas de los otros distritos oscilaron entre 2,4 y 2,8. Los diagnósticos más frecuentes entre las personas ciegas fueron las cataratas (39%), el glaucoma (23%), la retinopatía diabética (9%), la ceguera congénita (5%), la ceguera retinal (5%) y otras (15%). Las personas de 60 años y más representaron 25% de todas las personas ciegas registradas. La distribución por distrito de este grupo de edad incluyó 41% en Belice, 15% en Cayo, 14% en Stann Creek, 13% en Orange Walk, 10% en Corozal y 7% en Toledo. Las hospitalizaciones debidas a enfermedades de los ojos descendieron de 125 en 1993 a 43 en 1996.

Desastres naturales. Los riesgos naturales más importantes en Belice son los huracanes, los incendios y las inundaciones. Durante 1995, una inundación producida en el norte obligó a evacuar diversas aldeas, lo que redujo la cobertura de inmunización. Para reducir al mínimo el efecto que los desastres naturales o de origen humano puedan tener sobre los servicios de salud, se han llevado a cabo simulacros, actividades de capacitación, difusión de la información y cooperación intersectorial. En este terreno existen obstáculos para la coordinación y asignación de fondos para las actividades de mitigación de los desastres.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En noviembre de 1996 el Primer Ministro puso en marcha el Plan Nacional de Salud 1996–2000 y el Ministerio de Salud y Deportes emprendió una reorganización para aplicar el plan, con el objetivo fundamental de establecer nuevos programas y enfoques e impulsar la descentralización. Entre los motivos de preocupación figuran los sistemas de informa-

ción, el financiamiento de la salud, la administración de los servicios de salud, el mantenimiento del equipo, el perfeccionamiento de los recursos humanos y el desarrollo y la planificación institucional. El Ministerio ha recibido apoyo de la OPS y del Banco Interamericano de Desarrollo en el proceso de reforma. El proyecto de reforma de políticas de 1993 establece una serie de opciones normativas para aplicar el Plan Nacional de Salud y conseguir una mayor equidad y eficiencia en el sector salud.

El Plan Nacional de Salud constituye un marco que orientará al Ministerio de Salud y a otros en sus esfuerzos por garantizar el acceso universal a un conjunto de servicios integrados de salud de calidad aceptable mediante la atención primaria de salud. La preparación del Plan Nacional de Salud ha sido un proceso basado en la participación que promovió el compromiso de diferentes sectores para identificar las esferas prioritarias y proponer soluciones y resultados deseados en los niveles central y local.

El Plan Nacional de Salud estableció cinco áreas programáticas para el logro de sus objetivos: salud ambiental, primera infancia, segunda infancia y adolescencia, fases iniciales y finales de la edad adulta, y deporte. Entre los servicios de apoyo cabe citar a los sistemas de información, la epidemiología, la educación sanitaria y la participación de la comunidad, la nutrición, el establecimiento de una red de servicios de salud (con inclusión de un sistema de remisión, mantenimiento, laboratorio y suministro de medicamentos), educación física y administración.

Si bien se ha puesto ya en marcha la reforma estatal y los procesos de consulta y participación han conseguido nuevos seguidores en los últimos años, el cambio depende del ritmo y la dirección de la reforma. La descentralización no se acepta de manera uniforme y requerirá cambios en la cultura y las actitudes. Un entorno propicio para la democracia y la toma de decisiones basada en la comunidad, es indispensable para garantizar la participación comunitaria.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El Gobierno ha brindado servicios de salud con costos prácticamente nulos a lo largo de los años, incluido el suministro de productos farmacéuticos. Se están introduciendo en forma gradual mecanismos de recuperación de costos, en particular para la atención curativa.

La gestión de la atención de salud, centralizada hasta hace poco, permite ahora una mayor autonomía de los distritos en el proceso de toma de decisiones. En abril de 1997 se descentralizó el manejo de las finanzas delegándolo a los distritos, pero todavía no se han establecido directrices para la distri-

bución y gestión del presupuesto. Hubo progresos en la cooperación y la coordinación entre los programas preventivos de base comunitaria y los oficiales médicos de distrito (que normalmente administran el hospital y se encargan de la gestión global de la atención de salud), pero hubo problemas debido a la falta de capacitación en actividades de gestión en el nivel comunitario.

Si bien tanto el sector público como el privado contribuyen a la atención de salud, no hay una definición clara de sus funciones ni de su coordinación. El Ministerio de Salud se encarga del diseño de las políticas y de los acuerdos adoptados entre las instituciones y los proveedores de los servicios, incluida la utilización de hospitales públicos para la práctica privada de doctores y dentistas.

La cooperación intersectorial se reconoce como un enfoque importante para la salud y el desarrollo. Existen organismos multisectoriales como la Comisión Nacional para las Familias y los Niños, la Comisión Nacional de la Mujer, y el Comité de Evaluación Ambiental, pero su impacto se ve comprometido por la falta de mecanismos eficaces de coordinación intersectorial y de cooperación a escala nacional.

El Ministerio de Salud ha adoptado la atención primaria de salud y ha creado una infraestructura de equipos de salud distritales orientados hacia metas relacionadas con la salud. Pese a que estos equipos se establecieron para promover la participación intersectorial y comunitaria para el desarrollo sanitario, están integrados mayormente por proveedores de atención de salud. Los equipos no tienen autoridad jurídica ni se les ha asignado un presupuesto para sus operaciones.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

Aunque se han aprobado algunos estatutos concretos, no se han producido grandes cambios en la legislación de salud desde hace casi tres décadas. Las leyes de Belice contemplan los servicios e instituciones médicas, la salud pública, la alimentación y los medicamentos, y la certificación y práctica de los profesionales de la salud. La revisión de la actual legislación de salud es el resultado previsto de la reforma de la política sanitaria. No existen mecanismos de reglamentación, normas ni criterios eficaces para aplicar la legislación.

El Ministerio de Salud se encarga de promulgar los reglamentos sobre las cuestiones relacionadas con la salud. El Director de los Servicios de Salud, nombrado por el Gobernador, tiene como misión ejecutar las ordenanzas y recomendar al Ministro los reglamentos necesarios y, en casos tales como la lucha contra las enfermedades transmisibles, tiene autoridad para formular reglamentos. Los organismos de normalización, como la Junta Médica, el Consejo de Enfermeras y Comadronas y la Junta de Inspectores de Químicos y Farmacéuticos son los responsables de registrar a los profesionales

en ámbitos específicos y asesorar al Ministro sobre los reglamentos relativos a esas categorías.

La normativa para prevenir y combatir la contaminación ambiental se recoge en las disposiciones de la Ley de Salud Pública, la Ley de Control de los Plaguicidas y la Ley sobre el Organismo Encargado de la Gestión de Desechos Sólidos. La Ley de Protección del Medio Ambiente (1992) estableció un departamento del medio ambiente, que se encarga de aplicar las disposiciones de esa Ley. Durante los cinco últimos años, se han formulado instrumentos legislativos para el control de los contaminantes en la tierra y en el agua. Se necesitan todavía normas sobre la calidad del aire en los sectores de la industria, el tráfico y el riesgo de contaminación ambiental producida por el humo del tabaco. El Departamento de Vivienda fija las normas sobre la ventilación de los edificios.

La legislación sobre la higiene y la seguridad de los alimentos está actualmente en fase de elaboración. Existen normas y reglamentos alimentarios, basados en referencias regionales, para la mayor parte de los alimentos elaborados en el mercado interno o externo.

La Ley de Fábricas, que regula la seguridad y la salud ocupacional en las fábricas, no responde ya a las necesidades de la mayor parte de los trabajadores. El Plan de Salud de los Trabajadores la sustituyó con la Ley de Seguridad y Salud Ocupacional, en la que se tienen en cuenta distintos ambientes de trabajo.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud y educación. Belice ratificó la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud (1994). La educación para la salud se incorporó en programas verticales, pero no se consiguió el objetivo de incluir la promoción de la salud como estrategia. La utilización de los medios de comunicación y la movilización comunitaria fue una estrategia de alcance nacional. El establecimiento de coordinadores locales para la promoción de la salud contribuyó de forma significativa a la descentralización de la educación y la promoción de la salud. La reforma del sector salud deberá velar por que la estrategia continúe influyendo sobre la salud. Los principales obstáculos son el destacado acento del presupuesto sobre la atención curativa y la limitada disponibilidad de instituciones de capacitación para educadores en salud.

Programas de prevención y control de enfermedades. El Ministerio de Salud elaboró programas verticales en respuesta a las principales enfermedades transmisibles, tales como las enfermedades inmunoprevenibles, la malaria, el dengue, la rabia, la tuberculosis, el sida y otras enfermedades

de transmisión sexual. En el marco del Programa de Salud Materno-infantil, el Programa Ampliado de Inmunización incrementó su cobertura para enfermedades específicamente seleccionadas. Entre 1993 y 1995 se lograron importantes progresos en este sector: la eliminación del sarampión y la introducción de la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola. Además, en 1997 se inició un programa de vigilancia del síndrome de la rubéola congénita y, en el distrito de Stann Creek, se puso en marcha un proyecto piloto de vacunación contra la hepatitis B. El Gobierno se encargó de la adquisición de las vacunas. Para garantizar la cobertura de las enfermedades seleccionadas, se hace hincapié en la vigilancia, la capacitación permanente, el mantenimiento de las cadenas de frío y la atención periódica mediante dispensarios móviles. Los obstáculos en este sentido son la resistencia de algunas personas, la vulnerabilidad del programa de extensión y las deficiencias en el mantenimiento del equipo.

El programa de lucha antivectorial del Ministerio de Salud llevó a cabo actividades sistemáticas de rociamiento de viviendas (sobre todo en las zonas rurales), identificó las zonas de infestación y aplicó tratamientos cuando fue necesario. La Oficina de Salud Pública efectuó campañas de vacunación contra la rabia y de educación sanitaria para alentar a los particulares a que vacunaran a los animales domésticos. El programa de tuberculosis dirige un dispensario de enfermedades del tórax para prevenir y combatir la tuberculosis. La productividad de este dispensario descendió entre 1992, cuando se examinaron 409 pacientes (20% con tuberculosis) y 1995, cuando se examinaron solo 129 (47% con tuberculosis).

Desde 1987 está en marcha el Programa Nacional contra el Sida, que ha ejecutado dos planes a mediano plazo en el marco del Programa Mundial sobre el Sida. Entre las actividades se incluyeron campañas de sensibilización de la opinión pública, programas de difusión orientados a objetivos específicos, medidas de seguridad hematológica, actividades de asesoramiento, pruebas del sida y formulación de políticas y normas. Desde 1987, se ha sometido a exámenes para detectar el VIH a 100% de la sangre destinada a transfusiones, y su costo es asumido por el Gobierno. A pesar de estos esfuerzos, los cambios de actitud en el comportamiento sexual son limitados, persisten el estigma y la discriminación, el acceso a la atención y el apoyo son limitados y no hay políticas ni reglamentos definidos para la prevención y lucha contra el VIH/sida. En 1996, un grupo de organizaciones y particulares de los sectores público y privado estableció un grupo de estudio encargado de elaborar un plan estratégico nacional en el marco del nuevo programa contra el sida. Partiendo de experiencias anteriores, este grupo intersectorial ha concentrado sus esfuerzos en las necesidades de la población y de aquellos directamente afectados por la epidemia.

No existen programas para la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, aunque se dispone de servicios

especiales para las enfermedades consideradas prioritarias, tales como la diabetes y la hipertensión. Es importante mencionar la contribución de algunas organizaciones no gubernamentales que ofrecen atención complementaria en esta área, tales como el Consejo de Belice para las Personas con Deficiencia Visual, la Asociación de Diabetes de Belice, la Sociedad del Cáncer de Belice, la Cruz Roja y el Club de Leones.

A pesar de los éxitos, el enfoque que se utiliza para la organización de los servicios de salud, orientado hacia la enfermedad y de carácter vertical, dificulta una respuesta eficiente. El enfoque basado en el género y el ciclo biológico trata de ofrecer una visión integral de la salud para todas las edades, tanto de hombres como de mujeres. El desafío reside en diseñar un modelo eficiente de salud que permita responder a las necesidades locales y a la diversidad cultural.

Programas de salud de los trabajadores. El programa más amplio de prestaciones para los trabajadores es el Plan de Seguridad Social de Belice, que cubre aproximadamente a 89% de la población trabajadora. No están incluidos en él las personas empleadas durante menos de 24 horas a la semana y los trabajadores por cuenta propia. Dicho plan no tiene como objetivo específico la salud de los trabajadores; ofrece únicamente atención médica para las lesiones sufridas en el puesto de trabajo. El Subsidio por Enfermedad de la Seguridad Social consta de pagos en efectivo en sustitución de los salarios perdidos durante la enfermedad; los servicios de atención de salud son ofrecidos principalmente por el Ministerio de Salud.

Protección y control de los alimentos. El Gobierno tiene como meta lograr la autosuficiencia en la producción de alimentos. Entre las reformas recientes cabe señalar las exenciones tributarias para aumentar la producción local de alimentos y facilitar a los productores una posición más competitiva en el mercado.

La responsabilidad de la inocuidad de los alimentos es competencia conjunta de los Ministerios de Salud, Agricultura y Pesca, y de Comercio e Industria. Los intentos de establecer un organismo coordinador no han dado todavía fruto, pero se están dando algunos pasos dentro del sector público y privado para establecer una Comisión del Código Alimentario. El sector público está representado por los ministerios antes mencionados y la Cámara de Comercio y la Junta por un Belice Mejor representa al sector privado. Los servicios de laboratorio para un programa de inocuidad de los alimentos son limitados y se dedican sobre todo al control de la calidad del agua. Las pruebas relativas a los alimentos se llevan a cabo fuera del país.

Servicios de abastecimiento de agua potable, alcantarillado y gestión de los desechos sólidos. Las responsabili-

dades relativas a la gestión de los recursos hídricos no están claramente definidas ni coordinadas. Cinco ministerios gubernamentales y la Dirección de Agua y Alcantarillado participan en el sector de abastecimiento de agua y saneamiento; cada uno de ellos ejerce control parcial y gestiona en forma fragmentada los recursos, teniendo poco en cuenta los criterios de planificación global. El Ministerio de Salud, a través de su Oficina de Salud Pública, supervisa la calidad del agua y ejecuta programas de saneamiento rural. La Dirección de Agua y Alcantarillado opera los sistemas de abastecimiento de agua en los centros urbanos y los sistemas de alcantarillado en la ciudad de Belice, Belmopán y San Pedro Ambergris Key. Aunque la cobertura de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento aumentó entre 1990 y 1995 con un efecto positivo en la lucha contra las enfermedades transmitidas por el agua, todavía escasean los servicios en las zonas rurales y urbanas. En 1995 el Gobierno suprimió la Unidad Rural de Abastecimiento de Agua y Saneamiento para racionalizar el servicio público y mejorar la eficiencia, pero ello redundó negativamente en la supervisión de los sistemas rurales de abastecimiento de agua y en su mantenimiento.

En las comunidades urbanas, la eliminación de desechos es competencia de los gobiernos locales. En las comunidades rurales, esos servicios no están organizados en el ámbito comunitario; cada hogar debe encargarse de eliminar sus propios desechos sólidos. Cuando los métodos de eliminación son inadecuados y causan problemas de salud, el Ministerio de Salud debe intervenir para adoptar medidas correctivas. No existe un sistema de gestión de los desechos sólidos hospitalarios en el centro nacional de referencia; el resto de los hospitales no tiene un sistema homologado y entierra y quema sus desechos en lugares al aire libre.

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. Existen sistemas de vigilancia para la poliomielitis y el sarampión y para combatir el VIH y el sida, la malaria, el cólera, la tuberculosis, la fiebre tifoidea y el síndrome de la rubéola congénita. Estos sistemas no siempre están coordinados con la Unidad de Estadísticas Médicas del Ministerio de Salud, y responden mejor al carácter vertical de los programas existentes.

Las actividades del Laboratorio de Salud Pública cuentan con el respaldo del Laboratorio Médico Central y el Laboratorio de Calidad del Agua, instituciones ambas que necesitan mayor desarrollo.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

El Gobierno, a través del Ministerio de Salud, es el principal proveedor de servicios de salud. Hay ocho hospitales pú-

blicos, uno en cada distrito, con excepción de Cayo y Belice que tienen dos. El Hospital Karl Heusner es el hospital nacional de referencia y brinda servicios generales y especializados de atención primaria, secundaria y, en algunos casos, terciaria a la población del distrito de Belice. El Hospital Rockwie, situado a 22 millas de la ciudad de Belice, es el principal hospital psiquiátrico nacional.

Los hospitales de distrito funcionan como centros de atención primaria y ofrecen también algunos servicios de atención secundaria. No se han efectuado estudios sobre la capacidad de respuesta de la red de centros de servicios de salud, pero el personal del Ministerio de Salud reconoce que se trata de un aspecto en el que es preciso introducir mejoras. Algunos pacientes son remitidos a países vecinos, pero no se han establecido protocolos estandarizados.

Hay 75 establecimientos públicos que funcionan como centros de salud (40) y puestos rurales de salud (35). Los centros de salud ofrecen atención prenatal y postnatal, servicios de inmunización, supervisión del crecimiento de los niños de menos de 5 años, tratamiento de la diarrea y pequeñas dolencias, y educación general en salud. Algunos dispensarios especializados ofrecen servicios para casos de hipertensión, diabetes, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual y sida, además de remitir a los pacientes a otros centros y realizar actividades de seguimiento. No hay protocolos ni mecanismos estandarizados para la remisión de consultas a los hospitales de distrito o al hospital nacional central. Cada centro atiende a un total de 2.000 a 4.000 personas y la mayor parte ofrece también un dispensario móvil que visita las aldeas más pequeñas y remotas cada seis semanas haciéndose cargo de 40% de los servicios de los centros.

Los servicios especializados en materia de salud mental, salud maternoinfantil y salud oral se ofrecen a través de esta red de centros públicos. Los servicios de salud mental están inspirados en un modelo de prestación de servicios psiquiátricos basado en la reclusión. No obstante, se han establecido servicios de bienestar social clínico y psiquiátrico de régimen ambulatorio, que posteriormente se han ampliado a los distritos a través de dispensarios que prestan estos servicios mensualmente. En 1992 se contrató un psiquiatra para el programa gubernamental. En la actualidad, hay dos psiquiatras y nueve enfermeras capacitadas en psiquiatría que ofrecen atención de salud mental. En 1997 se puso en marcha un proyecto de base comunitaria para reforzar los servicios periféricos de salud mental.

El Programa de Salud Dental ha conseguido progresos a través de dispensarios especializados y servicios escolares.

El Programa de Salud Maternoinfantil es uno de los más estructurados. Los registros de asistencia de los servicios infantiles revelan que las visitas de seguimiento muestran una tendencia creciente para los alumnos de edad escolar y una tendencia decreciente para los niños de 1 a 4 años; las cifras de

las primeras visitas se mantuvieron estables para ambos grupos de edad. Más de una cuarta parte de los servicios de hospitalización correspondieron a partos normales. El Ministerio de Salud no ofrece anticonceptivos y la planificación familiar se limita a la educación en salud en el marco de los servicios prenatales y postnatales. La Asociación de Belice para la Vida Familiar, organización no gubernamental, es el principal abastecedor de anticonceptivos.

El número de profesionales y la gama de servicios ofrecidos en el sector médico privado son limitados. Existen solo dos hospitales privados, un hospital sin fines de lucro en el distrito de Cayo (20 camas) y otro con fines de lucro en el de Belice (4 camas). Además, hay 54 dispensarios privados, 27 de los cuales se encuentran en la ciudad de Belice; el distrito de Toledo no tiene ningún dispensario privado. El sector privado se limita fundamentalmente a los servicios ambulatorios. Se ofrecen servicios de atención secundaria en los casos de maternidad y de intervenciones quirúrgicas sencillas.

El seguro de salud privado es de alcance limitado pero aumentó rápidamente durante los años noventa. Muchas compañías de seguros son filiales de grandes empresas internacionales y los programas de prestaciones están configurados de tal modo que cubren los gastos de la atención médica fuera de Belice. Las primas son elevadas y no están al alcance del trabajador medio. La cobertura familiar puede costar US\$ 100 mensuales en el caso de una póliza médica colectiva.

Los problemas estructurales que determinan el escaso desarrollo de la práctica privada se relacionan con los reglamentos que limitan el número de médicos autorizados para la práctica privada, la proximidad de servicios de mayor calidad en México, la baja cobertura de población de los seguros médicos colectivos, la ausencia de contactos entre las instituciones financieras y los proveedores de atención de salud, y la utilización de los hospitales públicos por especialistas independientes y contratados por el sector público para tratar a los pacientes privados.

Aunque el número de profesionales de la salud ha aumentado, sobre todo el de los médicos especializados, los servicios ofrecidos, la cobertura y la productividad disminuyeron en el sector de la salud pública en el período 1993–1996. No hay datos disponibles sobre la productividad del sector privado. Según la Oficina de Estadísticas Médicas, el número total de altas hospitalarias bajó desde 19.480 en 1993 a 16.557 en 1996. Las tasas de ocupación de camas hospitalarias bajaron de 44% en 1993 a 37% en 1996. El número total de consultas bajó de 218.993 en 1993 a 178.016, mientras que las consultas a especialistas descendieron desde 19.364 en 1993 a 14.115 en 1996. Los indicadores de productividad fueron los siguientes: 0,60 altas (médico/día), 0,23 operaciones cesáreas (obstétrico/día), 13,9 consultas generales (médico general/día), 0,94 consultas especializadas (especialista/día), 0,78 intervenciones quirúrgicas mayores (cirujano/día), y 0,04 urgencias

(médico/día). La productividad fue más baja en el hospital Karl Heusner que en el promedio del resto de los hospitales de distrito.

Insumos para la salud

El Laboratorio Médico Central es el eje de la red de laboratorios públicos. Con excepción del distrito de Cayo, todos los hospitales de distrito tienen un laboratorio con administración central. El control de calidad de los laboratorios privados es competencia del Laboratorio Médico Central. La calidad de los servicios en los laboratorios públicos se ve dificultada por la escasez de personal, la baja asignación presupuestaria y el despilfarro de suministros.

Los servicios privados de diagnóstico incluyen un laboratorio en Belice y una unidad de radiología; ninguno está asociado con un establecimiento de atención de pacientes. No hay una reglamentación para los servicios privados de diagnóstico. Aunque el Ministerio de Salud tiene un equipo de radiodiagnóstico por imágenes, este se utiliza insuficientemente por falta de personal capacitado.

En lo que respecta a la administración y suministro de medicamentos en el sector público, existen tres problemas principales: el presupuesto anual es demasiado bajo para cubrir las necesidades, el sistema de adquisición es ineficaz pues se realizan muchas compras a precios innecesariamente elevados, y el dispositivo de distribución es poco funcional y muchos productos están agotados durante largos períodos de tiempo. El suministro de medicamentos es un área prioritaria que debe ser abordada en el proyecto de reforma de la política de salud. El Ministerio de Salud preparó en 1994 un Formulario de Medicamentos.

El mantenimiento de rutina de las instalaciones se ve obstaculizado por la falta de presupuesto.

El sistema de información de salud presenta problemas tales como la falta de normas sobre la notificación de rutina, el retraso de las notificaciones, la falta de información sobre los resultados y la escasez de personal capacitado en procesamiento y análisis de datos. Si bien hay varios sistemas de información vertical, la coordinación entre ellos es mínima. Se compila y distribuye una gran cantidad de datos, pero luego no se utilizan debidamente para la toma de decisiones.

Recursos humanos

El número del personal de salud creció 57% entre 1976 y 1994. La encuesta de personal de salud de 1994 contabilizó a 500 trabajadores de salud, de los cuales 465 estaban en actividad. Los médicos, dentistas y enfermeras profesionales representaban 58% del personal: 33% eran enfermeras profesiona-

les, 21% médicos y 3% dentistas. Casi 75% del personal de salud trabaja en el sector público y el grupo más numeroso es el de las enfermeras (84%). La mayor parte de los que trabajan en el sector privado son médicos y dentistas (58%). Aproximadamente 14% del personal de salud trabaja tanto en el sector público como en el privado. De los médicos que trabajan en el sector público, 55% también trabajan en el sector privado. La mayor parte de los dentistas (67%) trabaja exclusivamente en el sector privado. El personal de salud comunitaria está integrado por 117 comadronas y 135 parteras tradicionales; 110 han recibido alguna forma de capacitación. Otros funcionarios del Ministerio de Salud son los 14 encargados de suministros y un oficial de suministros, 16 inspectores de salud pública, 68 funcionarios de lucha antivegetal, 7 educadores de salud (dos con capacitación en la materia) y una red de 171 trabajadores de salud comunitaria.

Aunque el volumen de los recursos financieros asignados al personal del sector salud es comparable al de otros países, Belice tiene uno de los niveles más bajos de cobertura de médicos y solamente un nivel intermedio de cobertura de enfermeras. El personal de salud se concentra en el distrito metropolitano de Belice, donde más de la mitad del personal de salud está empleado (60% de los médicos, 54% de las auxiliares de enfermería y 63,3% de los profesionales trabajan en organismos centrales), la mayor parte de ellos en el hospital Karl Heusner. La falta de infraestructura y de especialistas tiene como resultado una baja utilización de los servicios de internación y un alto nivel de remisiones al hospital Karl Heusner. La distribución entre zonas rurales y urbanas es irregular en todos los distritos, tanto en lo que se refiere a los médicos como a las enfermeras. Aunque Belice tiene las tasas más elevadas de distribución para todas las categorías de personal, no cuenta con médicos en las zonas rurales.

Gasto y financiamiento sectorial

El presupuesto de salud subió de US\$ 862.950 en 1992 a \$11.035.500 en 1995. No obstante, la parte del presupuesto nacional correspondiente al sector salud disminuyó de 9% en 1992 a 8% en 1995. La asignación relativa de recursos mostró un énfasis especial sobre los servicios curativos (se asignó 74% de los recursos a hospitales) y, dentro de los servicios curativos, a la atención secundaria (28%). Solo 17% del presupuesto se asignó a programas de salud pública. La estructura

presupuestaria se mantuvo sin cambios durante el período 1993–1996. Los costos de personal consumen más de las dos terceras partes de los gastos del Ministerio de Salud (75%) y han aumentado en los últimos años, mientras que los medicamentos y los suministros médicos consumen 17%. Más de 60% del gasto de capital del Ministerio de Salud se cubre con ayuda externa y el financiamiento disponible resulta escaso para el mantenimiento de rutina. La insuficiencia de los recursos y las ineficiencias en la asignación y utilización contribuyen al deterioro de la calidad y cantidad de los servicios ofrecidos por el Ministerio de Salud.

Cooperación técnica y financiera externa

La asistencia internacional contribuyó al desarrollo del sector salud y al proceso multisectorial, lo que repercutió favorablemente en el estado de salud de la población. El Gobierno destacó la importancia del establecimiento y fortalecimiento de relaciones y compromisos de alcance bilateral, regional y mundial. Desde la última evaluación de la estrategia de Salud para Todos, el Ministerio de Salud ha reforzado sus intentos de cooperación técnica en el marco de la Cooperación para la Salud en el Caribe, la Iniciativa de Salud de Centroamérica (ISCA-III), la Cooperación Binacional en Salud México/Belice y la Cooperación Trinacional en Salud México/Guatemala/Belice. Se mantuvieron relaciones de cooperación con interlocutores no tradicionales en salud como, por ejemplo, la intervención del Banco Interamericano de Desarrollo en el proyecto de reforma de salud.

Aunque existen acuerdos jurídicos entre algunos organismos y el Gobierno a través del Ministerio de Asuntos Exteriores, no hay acuerdos oficiales para la coordinación y ejecución de la cooperación técnica financiada por donantes internacionales en salud y desarrollo. El Ministerio de Salud coordina la cooperación internacional y la asistencia en salud en cada caso.

El Ministerio de Salud estableció una unidad de planificación en 1996 para coordinar la asistencia internacional en salud. En 1996, en el marco de una iniciativa del Ministerio de Salud y de la OPS para racionalizar la planificación, ejecución, supervisión y evaluación conjunta entre ambas partes, se preparó un manual de cooperación técnica. El UNICEF también está fortaleciendo la coordinación interministerial dentro de su nuevo programa de trabajo.