
DOMINICA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La Comunidad de Dominica se independizó de Gran Bretaña en 1978. Es la más extensa de las Islas de Barlovento y está situada entre los territorios franceses de Martinica y Guadalupe. Tiene una extensión de 790 km², su suelo es de origen volcánico y su topografía es la más montañosa de la Comunidad del Caribe. La isla tiene bosques exuberantes y abundancia de ríos.

Dominica se divide en 10 regiones o condados. El más poblado es el Condado de St. George, donde se encuentra Roseau, la capital. Según el informe del Censo de Población y Vivienda de 1991, St. George tenía 20.365 habitantes, o sea 28,6% de la población total del país.

Dominica es el único territorio del Caribe Oriental con una población caribe autóctona, estimada en cerca de 2.000 personas. El pueblo caribe se concentra sobre todo en una reserva de unas 1.200 hectáreas que se extienden por 13 km a lo largo de la costa oriental y hacia las cadenas montañosas que la bordean.

Dominica tiene una antigua tradición democrática de cambio de gobierno por medio de elecciones; las celebradas en junio de 1995 marcaron el primer cambio de gobierno en 15 años. El Primer Ministro es el jefe de Gobierno y el Presidente, el jefe de Estado. El Parlamento es el órgano gubernamental encargado del debate y de la promulgación de las leyes.

En la presentación del presupuesto durante la toma de posesión del mando en 1995, la nueva dirección política recalcó su compromiso de estimular la decadente economía nacional y enunció su visión de crecimiento sostenido y equilibrado en los sectores de agricultura, industria, turismo y servicios. Por medio de una serie de consultas nacionales, el Gobierno ha logrado sondear la opinión de todos los interesados a fin de formular una estrategia para la reforma del desarrollo socioeconómico.

El Parlamento aprobó hace poco una resolución para reformar el sistema de prestación de servicios de atención de salud. En particular, las reformas introducirían un programa nacional de seguro médico y aumentarían las tarifas cobradas a los usuarios como una forma de mejorar los servicios locales de atención de salud y hacer que el sistema sea más eficiente, sin discriminar a quienes no puedan pagar los servicios.

Se ha dicho siempre que la economía de Dominica es pequeña, abierta y especialmente vulnerable a los choques externos. Entre 1992 y 1995, el producto interno bruto (PIB) aumentó en términos reales a una tasa media anual de solo 2,1%. En comparación, durante el período 1986–1990 el PIB aumentó a una tasa media anual de 5,6%. Ese deterioro de la economía se debió en gran medida al rendimiento deficiente de la industria bananera, que domina la producción agrícola: las exportaciones de banano se redujeron 30,9% entre 1994 y 1995.

El sector de crecimiento más acelerado de la economía fue el de comunicaciones, que registró un crecimiento real de 12,0% y aportó 8,8% al PIB en 1995. La expansión real en el sector de comunicaciones va seguida muy de cerca por aumentos en los sectores de banca y seguro y de construcción, en ese orden. Sin embargo, en lo que respecta al aporte general al PIB, los sectores predominantes han sido los de agricultura (pese a haber registrado un crecimiento negativo en cada uno de los últimos tres años), servicios públicos, comercio al por mayor y al por menor, y banca y seguro, en ese orden.

El PIB real per cápita de Dominica aumentó de US\$ 2.000 en 1992 a \$2.047 en 1995 (un aumento de 2,4% en el período). Esto representa un deterioro económico en comparación con el período de 1988–1991, que mostró un aumento de 8,1%.

La encuesta de evaluación de la pobreza realizada en Dominica en 1995 mostró que 27% de las familias viven en la pobreza y no pueden atender debidamente sus necesidades básicas, incluidas las nutricionales. La evaluación permitió determinar que, pese a las grandes mejoras de ciertas condiciones de vida, tales como acceso al agua, al saneamiento, a la electricidad, a los servicios de atención de salud y a la educa-

ción, y la disponibilidad de la televisión, “había mucha pobreza y una intensificación de esta y de la vulnerabilidad”.

La tasa de desempleo en Dominica se ha estimado oficialmente en 9,9% al emplear como base de análisis el Censo de Vivienda y Población de 1991. Eso representa una mejora significativa en comparación con la cifra de 18,6% notificada en 1981.

No existe una política de educación obligatoria. Sin embargo, tanto los hombres como las mujeres han tenido siempre un índice de matrícula escolar relativamente alto. Por ejemplo, en 1993 (el último año sobre el que existen datos completos), 91,6% del grupo de 5 a 19 años de edad estaba matriculado en el sistema escolar, porcentaje que ha sido más o menos constante en el último decenio. El grado de escolaridad alcanzado por la población se divide de la manera siguiente: 67,1% terminó la educación primaria, 15% la secundaria y postsecundaria y 1,75% llegó a la universidad o terminó un programa de educación y capacitación superior.

En el informe del censo de 1991 se observó también que, aunque la población de 15 a 19 años era de 7.756 habitantes, solo 2.798 (36,0%) estaban matriculados en el sistema escolar, lo que se debe sobre todo al limitado número de cupos disponibles en el nivel secundario. Por ende, casi dos tercios de la población termina su educación formal en el nivel de la escuela primaria, aproximadamente a los 15 años de edad. El informe indicó que 10,5% de la población adulta no tenía educación formal y, por tanto, podría considerarse analfabeta funcional. Ese analfabetismo está igualmente distribuido entre los sexos.

El total de familias era de 17.310 en 1980 y de 19.374 en 1991, un aumento de 16,5% en el período comprendido entre los dos últimos años del censo. La mayoría de esas familias ocupaban su propia vivienda (72,0%) y 19,2% la tomaban en alquiler de particulares. En 1991, 5,1% de las familias tenían una sola habitación, 31,4%, dos habitaciones, 22,4%, tres, 23,4%, cuatro y el resto, cinco o más.

En el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 se empadronó a 12.231 familias, de las cuales 63,1% eran encabezadas por hombres y 36,9% por mujeres. No hay datos sobre el número de familias de padres solteros, pero se puede suponer sin temor a equivocarse que la vasta mayoría de las familias encabezadas por mujeres son hogares de madres solteras.

Dominica se caracteriza por su gran versatilidad en la producción agrícola para consumo local y exportación. En lo que respecta a volumen, los principales cultivos producidos desde 1992 han sido el banano, las frutas cítricas, el coco y las raíces alimentarias, en ese orden. En conjunto estos representan 20,3% del PIB. Aun así, Dominica no es autosuficiente en la producción de alimentos, especialmente de los ricos en proteínas. Esto está demostrado por el hecho de que las im-

portaciones de carne y sus derivados, de leche y queso, y de pescado y sus derivados ascienden a más de US\$ 7,4 millones anuales (2% del PIB). Esta es una de las áreas que se tendrá muy en cuenta dentro de los esfuerzos de diversificación agrícola en el ámbito nacional.

El Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 mostró una cifra final revisada de 71.373 habitantes, o sea una reducción de 2.420 habitantes (3,3%) desde el censo de 1980. Esta baja se ha debido sobre todo a la emigración, que ha sido una característica demográfica de Dominica desde 1960. En las ciudades de Roseau y Portsmouth se concentra una población de 15.853 y 4.644 habitantes, respectivamente, y el resto está dispersa en aldeas rurales.

La Oficina Central de Estadísticas ha estimado que la población era de 74.707 habitantes a fines de 1995, y que el grupo de los hombres (52,3%) ligeramente más numeroso que el de las mujeres (47,7%). La población es relativamente joven: 40% es menor de 15 años. La Oficina Central de Estadísticas estimó que a mediados de 1992 y de 1995 había 71.892 y 74.729 habitantes, respectivamente.

Durante el período 1983–1989, la emigración produjo un crecimiento negativo de la población. La fuga tuvo su máximo efecto en 1989 cuando la emigración neta arrojó un déficit de 2.355 habitantes. Desde 1992 se ha desacelerado la emigración y en 1994 se observó una tasa neta positiva de 479, único acontecimiento de esa índole en más de 20 años. En 1995 se registró también un déficit de 960. Los puntos de destino más populares son ahora las Islas Vírgenes Estadounidenses, las Islas Vírgenes Británicas y los territorios franceses de Guadalupe y Martinica.

En 1991 se notificó una tasa total de fecundidad de 3,0 niños por mujer, lo que representa una baja en relación con la cifra de 4,2 registrada en 1981. Según las proyecciones, la cifra correspondiente a 1995 es de 2,9. El grupo de 25 a 29 años de edad presenta la máxima tasa de reproducción, con una tasa de fecundidad específica por edad de 141,4 por 1.000 mujeres; le siguen el grupo de 20 a 24 años (129,7) y el de menores de 20 años (114,6). La edad media para la maternidad es de 26,8 años. La tasa bruta de natalidad se redujo de 25,5 por 1.000 habitantes en 1992 (1.835 nacidos vivos) a 20,1 en 1995 (1.501 nacidos vivos), con una tasa de 22,8 para el cuatrienio. No hay subregistro de nacimientos.

La tasa bruta de mortalidad en el período 1992–1995 fue de 7,6 por 1.000 habitantes, con tasas anuales de 7,9 en 1992 (566 defunciones), 7,7 en 1993 (562 defunciones), 7,2 en 1994 (529 defunciones) y 7,8 en 1995 (584 defunciones). No hay subregistro de defunciones.

Durante 1992–1993, las tasas de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos fueron de 14,2 en 1992 y 1993 (26 defunciones de lactantes en 1992 y 25 en 1993), 22,5 en 1994 (36 defunciones de lactantes) y 16,0 en 1995 (24 defunciones), con una tasa de 16,5 en todo el período. El alto valor de 22,5

registrado en 1994 se debió a una reducción del número de nacidos vivos (1.599 ese año, en comparación con 1.757 en 1993), concomitante con un aumento del número de defunciones de lactantes.

La esperanza de vida al nacer para ambos sexos, en conjunto, se calculó en 67,8 años en el período 1990–1995 (hombres, 64,1 años; mujeres, 71,4), un aumento de 1,1 años en relación con la edad estimada de 66,7 años (hombres, 63,5 años; mujeres, 69,8) en el período 1985–1990. Se prevé que durante el período 1995–2000 la esperanza de vida llegará a 68,8 años (hombres, 64,8 años; mujeres, 72,8). Esas estimaciones y proyecciones fueron preparadas por la Unidad de Demografía de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, en Trinidad y Tabago.

Mortalidad

Durante el período de 1991–1994 hubo 2.175 defunciones, de las cuales 12,3% se atribuyeron a causas mal definidas. De las 1.907 defunciones restantes por causas definidas, 717 (37,6%) se atribuyeron a enfermedades del sistema circulatorio. Dentro de este grupo de causas, las enfermedades hipertensivas (CIE-9, 401–405) y las enfermedades del corazón (415–429) fueron las más importantes y causaron 296 y 269 defunciones, respectivamente. Se atribuyó un total de 381 defunciones (20,0%) por causas definidas a tumores; 130 (6,8%) a causas externas, y 123 (6,4%) a enfermedades transmisibles.

Un análisis de la distribución por sexo de las defunciones en el grupo de causas predominantes de enfermedades del aparato circulatorio indica que las mujeres (437 defunciones) se vieron mucho más afectadas que los hombres (280 defunciones). Sin embargo, hubo una distribución bastante equitativa de los tumores entre los sexos y se registraron 183 defunciones de mujeres y 198 de hombres. Las causas externas afectaron a los hombres mucho más que a las mujeres, con 112 y 18 defunciones, respectivamente.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

En el Plan Nacional del Sector Salud 1995–1999 se señala a los niños de 0 a 5 años como uno de los grupos prioritarios. De hecho, esa cohorte se ha escogido como blanco de atención especial en cada uno de los principales documentos de política de salud desde 1980. No es sorprendente que la atención de salud infantil haya mejorado mucho con el tiempo.

Los programas de atención prenatal siguen normas prescritas. Además, se dispone de instalaciones adecuadas y personal capacitado para realizar un programa de atención intranatal; hay dispensarios de salud infantil para el cuidado permanente de niños pequeños y la vigilancia de los lactantes expuestos a alto riesgo, y se ofrecen programas de promoción de la salud a los padres y guardianes.

Gracias a un dinámico programa ampliado de inmunización realizado por medio de establecimientos de salud públicos y privados, la cobertura de los lactantes ha llegado a 100%. Aparte del sarampión, las enfermedades inmunoprevenibles han desaparecido de las estadísticas de morbilidad de Dominica. El número de casos notificados de sarampión ha sido mínimo y entre 1992 y 1995 se registraron de 1 a 2 casos anuales.

La desnutrición de los niños pequeños (de 0 a 59 meses), determinada con los criterios de peso para la edad propuestos en la ficha de crecimiento del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), ha sido sumamente baja desde 1991 y se ha mantenido invariable en un promedio anual de 1,4%. En realidad, en 1995 no se notificaron casos de desnutrición grave. Por otra parte, la obesidad ha aumentado hasta 8,7% y puede ser motivo de preocupación en el futuro.

Casi todos los recién nacidos en Dominica pesan al menos 2.500 g al nacer; aun así, un promedio anual cercano a 7% de los niños pesa menos de 2.500 g al nacer. El número y porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer en cada uno de los años comprendidos entre 1992 y 1995 fue de 138 (7,5%), 97 (5,5%), 108 (6,7%) y 108 (7,1%), respectivamente.

Las principales causas notificadas de mortalidad de los niños menores de 5 años fueron la prematuridad, las anomalías congénitas y el síndrome de dificultad respiratoria. En este grupo de edad ocurrió un promedio anual de 32 defunciones entre 1992 y 1995, con una tasa promedio anual de defunciones específicas por edad de 2,8.

La salud del adolescente

El grupo de edad de los adolescentes suele ser muy sano en Dominica, con excepción de la incidencia del embarazo y de enfermedades de transmisión sexual, incluido el sida. Contrario a la creencia popular, el embarazo en las adolescentes no es un fenómeno nuevo ni que empeora. En realidad, el número de niños dados a luz por adolescentes se redujo de 20% del total en 1992 a 14,2% en 1995, el mínimo registrado.

En 1994 se notificó un total de 399 casos de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas sífilis, gonorrea y VIH/sida; puesto que no se dispone de datos por grupos de edad, no se puede hacer ninguna declaración informada sobre la incidencia y prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en este grupo de edad.

La salud de la mujer

Las mujeres en edad de procrear (de 15 a 44 años de edad) se han señalado como uno de los grupos vulnerables en el Plan Nacional del Sector Salud 1995–1999. Como resultado, se han institucionalizado varios programas especializados de atención prenatal y posnatal y servicios de planificación familiar.

Las mujeres embarazadas tienen acceso universal a la atención en Dominica, que se presta por medio de una generosa distribución de dispensarios y centros de salud. Sin embargo, solo 540 de las mujeres a quienes se prestó atención prenatal en los centros de salud en 1995 fueron atendidas en la decimosexta semana de embarazo (36% de un total de 1.501 nacimientos), cifra inferior a los niveles recomendados en el protocolo de salud materno-infantil. En 1994 se habían atendido 518 mujeres en la decimosexta semana (32,3% de 1.599 nacimientos), en 1993, 531 (30,2% de 1.757) y en 1992, 640 (34,8% de 1.835). Esa estadística debe interpretarse con cuidado, puesto que existe un número importante pero desconocido de mujeres embarazadas de Dominica que hacen su primera consulta prenatal a médicos particulares y no a los del sector público de salud. Alrededor de 70% de los partos se atienden en el Hospital Princess Margaret y, el resto, en el hogar o en un centro de salud.

Según los registros, el número de mujeres en edad de procrear que usan actualmente métodos de planificación familiar aumentó de 5.578 (38% de las mujeres de 15 a 44 años de edad) en 1992 a 5.739 (44%) en 1995. En 1992 y 1995 acudieron a los centros de salud pública 62% y 66% de las usuarias actuales, respectivamente; estas son las cifras consolidadas de los centros de salud pública y de la Asociación de Planificación Familiar de Dominica, una organización no gubernamental. Los métodos más populares en 1995 fueron los anti-conceptivos orales (58%) e inyectables (34%).

En el período 1992–1995 se registró un total de tres defunciones relacionadas con complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio (CIE-9, 630–676). Aunque ese número es mínimo, la meta de una tasa de mortalidad materna de 0 solo se alcanzó en 1993.

La salud del adulto mayor

Los adultos mayores (personas de 60 años y más) representaron 9,8% de la población de Dominica a fines de 1995; 73,2% de todas las defunciones ocurrieron en ese grupo de edad. En los patrones de morbilidad y mortalidad de Dominica influyen mucho varias afecciones comunes de los ancianos, particularmente las enfermedades hipertensivas, las enfermedades del corazón, los tumores malignos, los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades endocrinas y del metabolismo.

No hay programas especializados de atención de salud para los adultos mayores, pero ellos están exentos del pago de los servicios de salud en todos los niveles. También se benefician de las consultas clínicas regulares para hipertensión y diabetes realizadas en toda la isla.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. La única enfermedad transmitida por vectores de importancia en Dominica es el dengue. Después de un período relativamente calmado en 1994, durante el que se confirmaron solo tres casos, ocurrió una epidemia en 1995, cuando se notificaron 148 casos confirmados en el laboratorio. Se han identificado como agentes causales los serotipos 1 y 2 del dengue. El total de casos confirmados en el laboratorio y diagnosticados clínicamente alcanzó a 297 en 1995; cuatro de ellos se confirmaron como dengue hemorrágico. La continua endemidad del dengue se debe a la alta prevalencia del mosquito *Aedes aegypti*. En 1995 se notificó que el índice de infestación de viviendas por el vector era de 15,42% y el índice estimado de Breteau, de 30%.

Enfermedades infecciosas intestinales. En 1994 la gastroenteritis (395 casos en niños menores de 5 años), la fiebre tifoidea (8 casos), la disentería (7 casos) y la tuberculosis (11 casos) fueron las enfermedades infecciosas más comunes. Cabe recalcar que las tres afecciones principales guardan relación con la contaminación fecal y los hábitos de higiene personal.

Enfermedades crónicas transmisibles. La tuberculosis sigue siendo motivo de preocupación para la salud pública y se ha preparado un conjunto de protocolos para la búsqueda de casos y de contactos y la administración del tratamiento. No se ha establecido relación alguna entre la incidencia de la enfermedad y la presencia del sida.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Es elevada la subnotificación de enfermedades de transmisión sexual. Por ejemplo, en 1994 hubo 307 casos de sífilis confirmados en el laboratorio y solo se notificaron 36 casos de infecciones gonocócicas. Los expertos locales opinan que la notificación de las enfermedades de transmisión sexual no es muy fidedigna.

Entre 1992 y 1995 se notificó un total de 53 nuevos casos de sida. Casi todos (54%) ocurrieron en el grupo de 20 a 29 años de edad, con una razón hombre/mujer de 3:1. Se ha establecido un programa continuo de exámenes de detección, vigilancia, educación y orientación sobre el VIH.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Tumores malignos. Los tumores ocasionaron 20,0% de las defunciones por causas definidas en Dominica en el período 1991–1994. Se localizan principalmente (según lo demostrado por las confirmaciones de los análisis de patología y no por las causas de defunción registradas) en la mama (112 de un total de 439 casos confirmados en el laboratorio), el cuello uterino (78), el estómago (65) y la piel (49). Se ha notificado una incidencia máxima de tumores malignos en el grupo de 55 a 64 años de edad.

En Dominica el laboratorio de patología del Hospital Princess Margaret ofrece examen de detección de cáncer del cuello uterino. Los servicios están disponibles para todas las mujeres expuestas a riesgo que han sido enviadas, aunque el sector público de salud se concentra especialmente en las clientes activas de los servicios de planificación familiar. Entre 1992 y 1995 se examinó un total de 15.136 frotis de Papanicolaou y, con excepción de 1992, cuando se hicieron 4.642 frotis (cifra algo inflada) como resultado de una campaña especial, ha habido un patrón promedio constante de 3.497 exámenes al año.

Diabetes e hipertensión. Las mejores estadísticas sobre las consultas hechas en los dispensarios indican que la diabetes y la hipertensión son las razones más comunes de la demanda de servicios de atención de salud. Se estima que 4% de la población general tiene diabetes y 18% hipertensión, y que esas afecciones dan cuenta de un creciente número de consultas en los dispensarios y centros de salud del Ministerio de Salud. En 1994 se atendieron 10.123 consultas para diabéticos (un aumento de 20,3% en comparación con 1993) y 24.705 para personas hipertensas (un aumento de 28,5% en relación con 1993).

Trastornos mentales. En el informe sobre la salud mental publicado en 1995 se estima que la prevalencia de esquizofrenia ajustada según la edad es de 0,9% en Dominica y que ese año se registraron otros 68 pacientes. Las principales causas de enfermedad mental son la esquizofrenia y depresión. En 1995 se registró un total de 2.166 consultas ambulatorias de salud mental, en comparación con 2.148 en el año anterior.

En 1995 se les diagnosticó alcoholismo a 8,7% del total de 652 personas internadas en la Unidad Psiquiátrica del Hospital Princess Margaret, a 7,6%, se les diagnosticó psicosis causada por *Cannabis* y a 2% abuso de cocaína. En el informe citado se llegó a la conclusión de que 90% de los pacientes examinados en el dispensario de atención psiquiátrica de la prisión tenían antecedentes de toxicomanía; sin embargo, queda mucho más trabajo por hacer para determinar la gravedad y alcance del problema del abuso de sustancias en Dominica.

Se ha preparado la versión preliminar de la política de salud mental, que espera ratificación. En este documento se abordan los servicios y los marcos jurídicos y de asesoramiento pertinentes.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En el Plan Nacional del Sector Salud 1995–1999, el Gobierno de Dominica reafirma su compromiso con respecto a la creencia de que “todos los ciudadanos tienen el derecho de lograr el máximo grado de salud posible con el fin de poder trabajar y vivir de acuerdo con estándares aceptables de dignidad humana a un costo asequible”. El plan continúa recalcando la responsabilidad común del Gobierno y de la comunidad en el logro de mejoras duraderas de la calidad de vida.

Los beneficios para el estado de salud derivados de las intervenciones continuas en salud pública son bien reconocidos y están bien documentados. La estrategia actual recalca además la atención de salud preventiva y busca las siguientes metas prioritarias: aplicación de los principios de promoción de la salud a la planificación, ejecución y evaluación de programas; reforma del sector salud para afrontar los desafíos inherentes al fortalecimiento institucional, la movilización y el uso eficiente de recursos y el desarrollo de recursos humanos; mejora de la infraestructura de salud por medio de un proceso constante de modificación y mantenimiento, y fortalecimiento de la participación de la comunidad y de los vínculos intersectoriales. El impulso dado a la reforma del sector salud se dirige hacia la recuperación y contención de costos, la reconfiguración del sistema de gestión y la exigencia de más responsabilidad. Se han definido como grupos prioritarios a los niños de 0 a 5 años de edad, las madres embarazadas y lactantes, las mujeres en edad de procrear, los adolescentes, los adultos mayores y la población subatendida de las zonas urbanas y rurales, como las poblaciones indígenas.

Las enfermedades crónicas se han escogido como objetivo de atención especial, en vista del destacado lugar que ocupan en las estadísticas de morbilidad y mortalidad. Se estima que la promoción de la salud es central para la ejecución de esos programas.

Organización del sector salud

En 1979, el huracán David ocasionó una devastación masiva de la infraestructura de salud de Dominica, precisamente en un momento en que se planeaba reorganizar los servicios de salud de conformidad con la Declaración de Alma-Ata. Se

elaboró un sistema modelo de atención primaria de salud con base en esa situación adversa.

La parte principal de la reorganización fue la división de la isla en siete distritos de salud, cada uno con su propio equipo de gestión encargado de organizar la prestación de servicios en ese nivel. Un comité técnico central presta servicios de apoyo para la formulación de política, el asesoramiento y el apoyo técnico a los equipos distritales de salud.

En virtud de ese arreglo, la atención primaria de salud tiene su propio presupuesto, desagregado por distrito y basado en las necesidades y prioridades de programación. Se ha delegado un cierto grado de autoridad y responsabilidad a los equipos distritales de salud para mejorar la ejecución de los programas. Como resultado, varias áreas programáticas ahora se interrelacionan y las actividades están más orientadas hacia metas. Este proceso fomenta también un mayor aporte de la comunidad. La reorganización de los servicios de atención primaria de salud ha procedido bien y el sistema cuenta una vez más con el respaldo del Plan Nacional del Sector Salud 1995–1999.

Los amplios objetivos para el desarrollo de la salud y de los servicios de salud afines se establecen en el plan citado y entrañan el fortalecimiento de los sistemas locales de salud para atender las necesidades particulares de las comunidades, incluso la realización de programas por orden de prioridad y la asignación más eficiente de los recursos; la exploración de nuevas formas de generación de recursos para sostener el sector; el manejo eficaz de la información dentro del sector; la mejora de la calidad de la atención secundaria mediante la institución de cambios estructurales, la mejora de la infraestructura, la capacitación de recursos humanos y la mejora de la atención, y la simplificación de las relaciones funcionales entre la administración principal y los servicios periféricos en lo que respecta a la administración de personal, los asuntos financieros y los suministros. Se prevé que esos objetivos se alcanzarán por medio del cuidadoso aprovechamiento de todos los recursos disponibles en los niveles nacional, regional e internacional. Además, se mantendrán estrechos vínculos con los gobiernos regionales y con organizaciones tales como la OPS y CARICOM, con el fin de acceder a la asistencia necesaria, tanto técnica como de otra índole.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud y participación de la comunidad. El Ministerio de Salud de Dominica tiene una Unidad de Educación para la Salud encargada de realizar y gestionar las actividades de información pública y educación relativas a cuestiones de salud. Dicha Unidad capacita a diferentes funcio-

narios en los principios y la práctica de la educación para la salud, planifica y realiza programas y actividades de educación para la salud con grupos comunitarios, produce y presenta programas en los medios de comunicación sobre temas pertinentes de salud y otros afines, y produce materiales gráficos.

Puesto que el Gobierno de Dominica reconoce que la promoción de la salud es una de las armas más eficaces para combatir los problemas de salud y promover los modos de vida saludables, ha respaldado la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud adoptada en 1994. Como resultado, una de las prioridades programáticas identificadas en el Plan Nacional del Sector Salud 1995–1999 es la aplicación de los principios de la promoción de la salud a la planificación, ejecución y evaluación de programas. La falta de cooperación intersectorial y la irregularidad de la participación comunitaria han impedido aplicarlos; sin embargo, la conciencia y el interés de los medios de comunicación ayudarán a salvar ese obstáculo.

Una directriz nacional señala que las comunidades y las personas deben participar en el proceso de desarrollo. Así, tanto en la esfera de la planificación del desarrollo nacional como en la de la reforma del sector salud, se ha hecho un esfuerzo deliberado por fomentar la participación comunitaria en el proceso de adopción de decisiones. La participación comunitaria en la redacción de una estrategia nacional de desarrollo socioeconómico, el fomento del debate público sobre las nuevas iniciativas para el financiamiento del sector salud y la función activa de los miembros de la comunidad en el trabajo de los equipos de salud de distrito se han elogiado como historias de éxito en materia de participación comunitaria. No obstante, muchos en Dominica estiman que la acción comunitaria se concentra alrededor de una cuestión determinada, en lugar de ser una meta constante.

El Plan Nacional del Sector Salud 1995–1999, al comprometerse a “fomentar una asociación con la comunidad”, mantiene la fe en la práctica de la participación comunitaria en materia de salud. Al mismo tiempo, reconoce que “es preciso buscar nuevas estrategias para lograr una movilización social significativa”.

Protección ambiental. El Gobierno de Dominica está comprometido a “conservar el medio ambiente en perfecto estado” y sigue varias estrategias con ese fin. Por ejemplo, el Gobierno controla las prácticas de uso de la tierra, que incluyen la protección de las reservas forestales contra la explotación. Se exigen evaluaciones del efecto ambiental y estudios hidrogeológicos para todos los proyectos de desarrollo físico y estos proyectos deben tener la aprobación oficial de la Junta Nacional de Planificación Física. Las vías fluviales están protegidas contra la contaminación química, particularmente la causada por productos químicos empleados en la agricultura. La explotación de arena está estrictamente controlada por medio de un proceso de zonificación y se restringe en las playas.

La fiebre tifoidea es quizá el problema de salud ambiental que más preocupación causa en Dominica. En el período 1991–1995 hubo 44 casos confirmados de fiebre tifoidea, con un promedio anual de 9 casos. Se ha descubierto que la principal fuente de contaminación son las prácticas de manipulación de los alimentos, junto con los métodos inadecuados de eliminación de aguas servidas. La mayoría de los casos notificados provienen de Marigot, Portsmouth y Grand Bay, donde la eliminación de aguas servidas ha sido un problema constante.

Abastecimiento de agua potable, alcantarillado y eliminación de residuos. Según el Informe del Censo de Población y Vivienda de 1991, 77,5% de las familias tenían acceso directo a los servicios de acueducto del sistema nacional, manejado y mantenido por la Administración de Agua y Alcantarillado de Dominica. El agua se trata regularmente para mantener su calidad bacteriológica. Cabe señalar que ni los manantiales ni los ríos se citaron como fuente de abastecimiento de agua en el medio doméstico y que las fuentes privadas de abastecimiento de agua de 12% de las familias pueden estar tratadas o no.

Hay muchos motivos de profunda preocupación por el estado de la eliminación de aguas servidas en Dominica. Primero, una cuarta parte (25,5%) de las familias no tienen ningún método autorizado de eliminación de aguas servidas. Aunque esa situación indica una mejora en comparación con la de 1981, cuando la cifra fue de 40%, sigue siendo inaceptable. La situación es aún más grave en algunos poblados de la costa occidental, donde hasta 60% de las familias carecen de servicios de eliminación de aguas servidas. La altura del nivel freático ocasiona dificultades prácticas para la perforación de orificios para construir excusados y la densidad de población de esas zonas agrava el problema.

Las aguas servidas se eliminan predominantemente por medio de inodoros (36,8%), seguido de letrinas de pozo (35,4%). Dado el estado de la eliminación de aguas servidas en el país, no es nada sorprendente que la gastroenteritis haya sido la principal enfermedad infecciosa notificable (181,2 por 100.000 habitantes) en 1994.

El manejo apropiado de los residuos sólidos y líquidos es una prioridad. Alrededor de 55% de la población tiene un servicio comunal organizado de recolección y eliminación de residuos sólidos. El área servida se extiende desde Portsmouth en el norte hasta Scottshead en el sur, región en la que está Roseau, la capital. Se espera poder ofrecer ese servicio a toda la nación en 1998 en virtud de la nueva iniciativa de manejo de residuos sólidos. Un terreno de Fond Cole se ha destinado a la construcción de un nuevo relleno sanitario con una vida útil prevista de 15 años.

Inocuidad de los alimentos. La política gubernamental en materia de inocuidad de los alimentos comprende activi-

dades para asegurar que todos los alimentos de consumo humano sean de buena calidad, sanos y apropiados. Por tanto, el programa de protección e inocuidad de los alimentos apunta a alcanzar los estándares más elevados para la selección, la preparación, el almacenamiento y la presentación de cualquier alimento ofrecido para consumo humano.

En 1995 había 2.340 establecimientos de manipulación de alimentos en Dominica, entre ellos almacenes de comestibles, restaurantes, pastelerías, hoteles y fábricas de alimentos. La mayor concentración de establecimientos de manipulación de alimentos está en el distrito de salud de Roseau (47,1%), seguido de Portsmouth (20,1%) y Marigot (13,1%). La División de Salud Ambiental del Ministerio de Salud estima que 82% de todos los manipuladores de alimentos en el país se habían sometido a examen médico y estaban matriculados.

Una importante función del programa de inocuidad de los alimentos es la inspección de carne, especialmente la de res y de cerdo, producida localmente para la venta. En 1995, la División de Salud Ambiental inspeccionó un total de 1.329 animales sacrificados para determinar la calidad de la carne. Se estima que ese número representa entre 55% y 60% de todos los animales sacrificados con ese fin.

En la práctica, solo se inspeccionan cerca de 25% a 30% de todos los alimentos importados. Según se informa, esta deficiencia se debe en su casi totalidad a limitaciones de recursos humanos; ningún funcionario tiene la responsabilidad exclusiva de los servicios de sanidad portuaria. Casi todas las leyes que rigen la inocuidad de los alimentos son anticuadas y necesitan enmendarse. Hace muchos años se inició un proceso de examen, que aún permanece incompleto.

Salud ocupacional. Los programas de salud y seguridad ocupacional comprenden la evaluación y aprobación de nuevos establecimientos industriales, la inspección regular del funcionamiento y mantenimiento de las fábricas y la vigilancia de las ocupaciones al aire libre, como el trabajo de la construcción. Esos programas son ejecutados conjuntamente por la División de Salud Ambiental del Ministerio de Salud, Educación y Deportes y del Ministerio de Trabajo e Inmigración. La Ley sobre la Seguridad en el Empleo de 1992 estipula que todas las lesiones y los accidentes ocurridos en el lugar de trabajo deben notificarse a la División de Trabajo. El número de casos notificados entre 1991 y 1995 osciló entre dos y ocho incidentes anuales. Según se indica, la tasa de subnotificación es alta.

Preparativos para situaciones de desastre. En los últimos tiempos Dominica ha sufrido, como mínimo, el golpe de tres huracanes destructores que han causado enormes daños a la infraestructura económica, física y social del país. Este riesgo ha llevado al país a reconocer la importancia de los preparativos para situaciones de emergencia.

Un Comité Nacional de Preparativos para Situaciones de Desastre ha coordinado la elaboración de un Plan Nacional de Desastres y tiene la responsabilidad de actualizarlo periódicamente. Por su parte, el sector salud ha preparado un Plan Nacional de Desastres que detalla las medidas que deben tomarse en cada nivel ante cualquier situación de emergencia. Por tanto, si bien es justo concluir que la planificación de preparativos para situaciones de emergencia está bien afianzada, también es verdad que se han hecho muy pocos simulacros para practicar y perfeccionar las respuestas. Este es uno de los objetivos que el sector salud se ha comprometido a cumplir anualmente. También se ha dado nueva importancia al manejo de víctimas en masa en las etapas de prehospitalización y clasificación.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Los servicios de salud de Dominica están organizados básicamente en dos niveles: servicios de atención primaria y servicios de atención secundaria. El sistema nacional de atención de salud, que está bien organizado, responde a las necesidades de la población. La cobertura a la comunidad se presta por medio de una red de 7 centros de salud y 44 dispensarios estratégicamente localizados en toda la isla. Los servicios se prestan sin costo directo para el consumidor.

Los siete distritos de salud del país se emplean como estructura para organizar la prestación de servicios de atención primaria. A cada uno se le suministra una red de dispensarios del tipo I que atienden, en promedio, a una población de 600 personas en un radio de 8 km. Las enfermeras de atención primaria prestan servicios en los distritos de salud y siguen un programa de formación de dos años para prepararse para trabajar en ese nivel de atención.

Los centros de salud de los tipos II y III ofrecen servicios integrales; la sede administrativa del distrito está localizada en los centros de salud del tipo III. La plantilla de ese nivel está formada por un funcionario de salud del distrito, una enfermera y partera, y personal de apoyo. Toda la población recibe servicios de atención médica general, de accidentes y de urgencias, y servicios ambulatorios especializados para los casos enviados, en un policlínico localizado en el Hospital Princess Margaret.

Los servicios de atención secundaria se prestan en el Hospital Princess Margaret, que tiene actualmente una capacidad de 195 camas. Por regla general, se ofrece acceso a los servicios médicos del Hospital a través de las unidades de atención de pacientes hospitalizados y ambulatorios, y de urgencias.

El nivel de actividad del Hospital Princess Margaret se mantuvo relativamente constante durante 1992–1995: hubo un promedio anual de 7.867 internaciones y 7.901 egresos. En

1995 hubo 7.858 egresos, con una estancia promedio de 7,8 días. Aparte de la atención obstétrica, las principales causas de hospitalización fueron las enfermedades del corazón, la enfermedad hipertensiva, la diabetes y las infecciones de las vías respiratorias superiores. En el hospital se presta atención a las enfermedades agudas y a las crónicas.

Insumos para la salud

Medicamentos esenciales y suministros médicos. Dominica es un miembro pleno del Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental, un servicio regional de adquisición conjunta de productos farmacéuticos y suministros médicos. La participación ha reportado un ahorro promedio de 25% en la compra de artículos, así como mejoras en la calidad, fiabilidad y disponibilidad de los medicamentos esenciales y suministros. Alrededor de 10% del presupuesto de salud se asigna a la compra de medicamentos y suministros médicos. La variedad de fármacos disponibles en el servicio público está determinada por el Comité del Formulario Nacional, que examina el Formulario Nacional cada dos años para racionalizar y actualizar la lista de medicamentos que deben estar disponibles en el sistema, incluidos los medicamentos esenciales.

La legislación sobre los medicamentos recetados, el registro de medicamentos y la autorización para dispensarlos es anticuada y necesita enmendarse con urgencia. El país no tiene un inspector de medicamentos encargado de hacer cumplir las disposiciones legislativas.

Recursos humanos

Los recursos humanos disponibles para la prestación de servicios de atención de salud en Dominica se han mantenido constantes desde el comienzo del decenio, sin cambios de importancia en las categorías ni el número de trabajadores de salud disponibles, aunque se ha favorecido la asignación de personal para fortalecer los servicios de atención primaria de salud. Las nuevas categorías de enfermera de atención primaria y auxiliar de salud comunitaria, así como la institucionalización de un marco legislativo y administrativo dentro del cual puedan funcionar las enfermeras de atención directa a la familia, reflejan esa orientación.

En 1995, la razón de trabajadores de salud pública por 100.000 habitantes era la siguiente: 46,8 médicos, 8,0 dentistas, 28,1 farmacéuticos, 311,9 enfermeras, 108,4 ayudantes de enfermería, 26,8 técnicos de laboratorio, 22,8 funcionarios de salud ambiental y 5,4 técnicos de radiografía.

Capacitación de recursos humanos. Dos instituciones de Dominica ofrecen capacitación a profesionales de aten-

ción de salud: la Facultad de Enfermería administrada por el Estado y la Facultad de Medicina de la Universidad de Ross, institución extraterritorial del sector privado. El programa de la Facultad de Enfermería se adapta a las necesidades particulares del servicio nacional de salud de Dominica y el currículo de la Universidad de Ross se inclina a atender las exigencias del mercado externo.

Últimamente, la expansión de los recursos humanos para la salud se ha visto restringida por los controles impuestos al gasto del sector público precipitados por la caída de la economía y por el programa de ajuste estructural. Sin embargo, aun cuando se disponga de suficientes fondos, puede ser difícil la expansión focalizada de los recursos humanos pues todavía están por definirse las necesidades óptimas del sector salud en lo que respecta al número, a la combinación y a la asignación de funcionarios. Este será un importante desafío en el futuro.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto público real en el sector salud ha alcanzado un promedio de 13,2% del presupuesto ordinario total para el período 1992–1995. Esto coloca a la salud en el tercer lugar entre los mayores consumidores de recursos públicos, después de la administración (21,3%) y la educación (16,4%). En 1995, 39% del gasto ordinario total en servicios sociales y comunitarios se asignó a salud. Esas cifras se refieren a gastos del sector público solamente, puesto que no se capta el gasto del sector privado. En lo que respecta al gasto per cápita en salud como proporción del PIB, se registró un aumento de ECS 245,37 en 1991 a S 312,73 en 1995. El gasto público ordinario total en salud en 1995 fue de US\$ 8,87 millones, que representa aproximadamente 13,5% del gasto corriente total del sector público.

El gasto en el sector salud todavía se inclina hacia la atención secundaria, y los servicios de hospital y laboratorio consumen alrededor de 50% de los recursos financieros para la salud. La asignación a la atención primaria de salud ha mos-

trado solamente un aumento marginal de 22,3% en 1992 a 22,9% en 1995. Sin embargo, cabe notar que los servicios de salud ambiental representan 7,7% del gasto en salud, con lo que aumenta el gasto total en servicios de atención primaria de salud. Casi tres cuartas partes del gasto total en salud (72,9%) se destinan a sueldos del personal y el resto a sufragar los demás costos de operación.

Hay una lista de tarifas cobradas por cama, uso de quirófano y servicios de diagnóstico a las personas que buscan atención secundaria en el Hospital Princess Margaret. Para lograr la equidad en salud, todas las personas menores de 17 años, las mujeres embarazadas, los indigentes y las personas que sufren enfermedades transmisibles están exentos del cobro de tarifas. Se recupera solo 5,5% del presupuesto total de salud pública a través de las tarifas cobradas directamente a los usuarios; el resto se financia por medio del fondo consolidado.

Cooperación técnica y financiera externa

Hay pocas perspectivas de asociación bilateral internacional en salud, con la posible excepción de la cooperación con el Gobierno de Francia, que se ha mantenido firme. Casi todas las asociaciones internacionales surgidas en el último decenio han sido multilaterales y en ellas han participado otros países del Caribe.

La respuesta del Gobierno a esta situación ha consistido en incluir varias consideraciones sobre la salud y el medio ambiente en todas sus iniciativas de desarrollo económico y social y en fortalecer los vínculos regionales. Por ejemplo, el Banco Mundial financió un proyecto regional de manejo de residuos sólidos de la Organización de Estados del Caribe Oriental que beneficiará a Dominica y que se ha promovido para mejorar el turismo, la salud y el medio ambiente. Dominica también sigue participando en la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe que ofrece una plataforma para un enfoque regional de la prestación de servicios de salud, incluidos los servicios prestados en común. En ese sentido, la colaboración de CARICOM y la OPS ha sido muy valiosa.