
GRANADA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Granada se encuentra en el extremo meridional de las Islas de Barlovento y consta de tres islas hermanas: Granada, Carriacou y Petit Martinique. Granada está situada entre los 12° de latitud norte y 60° de latitud oeste, unos 160 km al norte de Venezuela y 145 km al sudoeste de Barbados. La superficie terrestre del país es de 344 km².

La capital, St. George's, se encuentra en la parroquia de St. George, y tiene una población aproximada de 31.944 habitantes (33% de la población total). En 1991, la parroquia de St. Andrew tenía una población de 24.135 personas (25% de la población), seguida de St. David con 11.011 (12%), St. Patrick con 10.118 (11%), St. John con 8.752 (9%) y St. Mark con 3.861 (4%). Según el censo de población de 1991, 6% de la población (5.000 personas), vivían en Carriacou y 726 en Petit Martinique.

El producto interno bruto (PIB) al costo de los factores en precios constantes de 1990 fue de US\$ 195,1 millones en 1995 (aproximadamente \$1.980 per cápita), lo que representa un aumento de 5,3% con respecto a la cifra de 1992, que fue de \$185,3 millones (\$1.920 per cápita). La inflación anual entre 1992 y 1995 alcanzó una media de 2,6%.

El sector de turismo creció anualmente a un ritmo de 10% durante el período considerado, y fue el sector más dinámico entre 1992 y 1995: su aportación porcentual al PIB creció 23,3%, pasando de 7,3% a 9,0%. El número de visitantes que pernoctaron en el país pasó de 87.554 a 108.007 durante ese período, lo que representó un aumento de 23,4%. En 1995, 446 transatlánticos visitaron la isla (3,5% más que en 1992), y trajeron 249.879 visitantes, lo que representó un aumento de 27,6% sobre el número de 1992.

La producción agrícola de cultivos tradicionales, como el cacao, la nuez moscada y el banano, obtuvo resultados de distinto signo entre 1992 y 1995. La producción de cacao au-

mentó 17%, la de nuez moscada descendió 24% y la del banano se contrajo 32%. La producción total de esos cultivos disminuyó 26,1% entre 1995 y 1996 debido sobre todo a una merma de 57% en la producción del banano. Durante ese período otros cultivos agrícolas mantuvieron una producción bastante estable.

Las telecomunicaciones mejoraron en forma significativa entre 1992 y 1995, y al final de ese período se disponía de los servicios y de la tecnología de comunicación más modernos. La única central generadora de electricidad se privatizó en 1994, y actualmente hay planes para ampliar su capacidad.

La tasa de inflación se ha mantenido relativamente sin cambios, con un ligero aumento de 2,1% en 1995 a 3,1% en 1996. Según los hallazgos de la Encuesta de la Fuerza de Trabajo de 1996, estaban sin empleo 6.835 personas con edades comprendidas entre 15 y 60 años, y la tasa de desempleo era de 13,6%. La encuesta puso también de manifiesto que del total de la población desempleada las mujeres representaban 68% (4.844) y las personas de 15 a 29 años de edad, 56% (3.826).

El Gobierno cambió en 1995, año en que el Nuevo Partido Nacional sustituyó al Congreso Democrático Nacional. El nuevo gobierno se ha comprometido a establecer un organismo público cuyo mandato será administrar todo el sistema de atención de salud pública. Como primera medida en este proceso, se creó una junta directiva encargada de la gestión del Hospital General.

El total de los gastos ordinarios del sector público en 1996 fue de US\$ 68,1 millones, cifra ligeramente superior a los \$68 millones gastados en 1995 y 7,5% por encima de los \$63,3 millones de 1992. Los gastos en salud fueron de \$8,2 millones en 1992, \$8,0 millones en 1993, \$8,2 millones en 1994, \$8,7 millones en 1995 y \$9,6 millones (10,7% más) en 1996. Ello revela que los gastos de salud aumentaron aproximadamente 17% entre 1992 y 1996, lo que representa una cifra más de dos veces superior al crecimiento nacional de 7,5% en todos los gastos contraídos durante ese mismo período. En 1996, los gastos ordinarios en salud fueron de \$97,10 per cápita.

Granada aplicó un programa de ajuste estructural entre 1992 y 1994. Las reformas tuvieron como objetivo principal reducir el gasto público, estimular el crecimiento del sector privado, ofrecer incentivos a los proyectos relacionados con el turismo, las manufacturas y la informática, y facilitar la privatización de los activos públicos. Durante ese período, el valor de los servicios gubernamentales como porcentaje del PIB bajó de 19% a 16,6%, y volvió a disminuir a 15,9% en 1995.

La tasa de alfabetización de adultos se estimaba en 85% en 1996. Durante el año académico 1994–1995, 3.448 niños con edades comprendidas entre 1 y 5 años estaban inscritos en 73 centros públicos de enseñanza preescolar. Ese mismo año se produjeron 2.595 nuevas admisiones en el sistema de enseñanza primaria, lo que dio lugar a un total de 23.017 alumnos matriculados en 58 escuelas públicas de enseñanza primaria; los maestros eran 869, lo que daba una razón alumno/profesor de 26:1 en las escuelas públicas de ese nivel. Hay también en el país 16 escuelas primarias privadas. Durante el mismo año académico, 1.448 alumnos se inscribieron por primera vez en las 19 escuelas de enseñanza secundaria, lo que dio lugar a un total de 7.260 alumnos matriculados (41% hombres y 59% mujeres). El personal docente de enseñanza secundaria estaba integrado por 381 profesores, con una razón profesor/alumno de 1:19. Entre 1992 y 1995 se produjeron 1.039 casos de abandono escolar en el sistema de enseñanza primaria (59% hombres y 41% mujeres) y más de 403 abandonos en el sistema de enseñanza secundaria (44% hombres y 56% mujeres).

Población

La población estimada de Granada a mediados de 1995 era de 98.500 personas (50,8% mujeres y 49,2% hombres). La estructura de la población era muy joven: 47.313 personas (48,3% del total de la población) tenían menos de 20 años de edad. Como la esperanza de vida se estima actualmente en 68 años para los hombres y 72 para las mujeres, se prevé que el grupo de población de 60 años y más aumentará a lo largo del próximo decenio.

El total de los nacidos vivos ha disminuido a lo largo del pasado decenio, descendiendo desde 3.107 en 1985 a 2.372 en 1992 y 2.286 en 1995. La tasa bruta de natalidad disminuyó 27%, pasando de 34,0 por 1.000 habitantes en 1985 a 24,6 por 1.000 en 1992 y a 23,3 en 1995, lo que representó un descenso de 5,3%. La tasa bruta de mortalidad se ha mantenido bastante estable; en 1985 era de 8,2 por 1.000 habitantes. La tasa de crecimiento natural de la población osciló entre 20 y 26 por 1.000 habitantes durante la mayor parte de los años ochenta, y se estimaba entre 15 y 17 por 1.000 habitantes durante el período de 1992–1995. La tasa media de fecundidad

durante el período considerado fue de 3,2 hijos por mujer en edad de procrear.

En 1995, 28% de las madres tuvieron su primer hijo, 19% el segundo hijo y 16% el tercero, pauta semejante a la observada en 1994. En este último año, 26,1% de los nacimientos correspondieron a mujeres con edades comprendidas entre 20 y 24 años, y 16,9% de todos los nacimientos correspondieron a madres adolescentes, lo que significó un cambio de 28,6% y 18,3%, respectivamente, en comparación con 1992.

Mortalidad

La calidad de los datos sobre la mortalidad ha mejorado en los últimos años, y se realizan constantes esfuerzos por progresar todavía más. Por ejemplo, con el fin de perfeccionar la redacción de los certificados de defunción, se realizarán seminarios para médicos que permitan acomodar el sistema de información a lo establecido en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

En 1992 y 1995, las causas principales de defunción fueron las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, con 131 y 119 defunciones, respectivamente, y con tasas de mortalidad de 136,2 y 120,8 por 100.000 habitantes. Otra causa importante de defunción durante los mismos años fue la enfermedad cerebrovascular, con 94 y 104 defunciones, respectivamente, y tasas de mortalidad de 97,7 y 115,7 por 100.000; los tumores malignos con 72 y 95 defunciones, y tasas de 74,8 y 96,4; la cardiopatía isquémica, con 30 y 51 defunciones y tasas de 31,2 y 51,8; las enfermedades del sistema urinario, con 22 y 33 defunciones y tasas de mortalidad de 22,9 y 33,5; las enfermedades endocrinas y metabólicas, con 25 y 32 defunciones y tasas de 26,0 y 32,5, y ciertas afecciones originadas en el período perinatal, con 21 y 38 defunciones y tasas de mortalidad de 21,8 y 38,6.

Morbilidad

Durante el período 1992–1995 hubo 31.440 ingresos en el Hospital General, con una estancia media de 6,1 días y una tasa de ocupación de camas de 60%. Los ingresos y las altas del Hospital General se clasifican por servicio y diagnóstico, pero solo se presentan sistemáticamente en un informe los datos relativos a los servicios.

La población de edad más avanzada sufre sobre todo los efectos de la diabetes, la hipertensión y las enfermedades coronarias y cardiovasculares y sus complicaciones. En lo que se refiere a las personas sometidas a examen en los servicios de salud distritales en los años 1992–1995, entre 8,5% y 14,1% de los casos se diagnosticaron como diabetes mellitus y entre 10,5% y 11,7% como hipertensión.

Los datos sobre morbilidad, que se refieren únicamente a las personas que solicitan tratamiento en el sistema público de atención primaria de salud y reflejan solo las enfermedades de declaración obligatoria, revelan que las principales causas de morbilidad infantil continúan siendo las infecciones respiratorias, la gastroenteritis y la diarrea. Los datos de 1996 indican que las causas principales de morbilidad en los niños de 0 a 4 años de edad son también las infecciones respiratorias (4.772), la gastroenteritis (957) y la diarrea (550). Entre 1992 y 1996, los datos registrados revelan un aumento alarmante de la gastroenteritis en los niños, ya que creció 60% en los menores de 5 años y 73,5% en los de 5 y más años. No obstante, parte del aumento registrado se debe a los progresos logrados en el sistema de notificación.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

Entre 1992 y 1995 hubo 119 defunciones de niños menores de 1 año de edad, y 48% de estas tuvieron lugar durante el primer día de vida. Las causas principales de defunción fueron las anomalías congénitas del corazón y del sistema circulatorio, la hipoxia, la asfixia al nacer, otras afecciones respiratorias, el crecimiento anormal del feto y la malnutrición e inmadurez fetal. En el mismo período fallecieron 27 niños de 1 a 4 años de edad, y las principales causas de defunción fueron las enfermedades del sistema nervioso, del sistema respiratorio y del sistema digestivo. En el grupo de 5 a 9 años de edad murieron durante ese período 16 niños.

La proporción de niños de bajo peso al nacer osciló entre 9,7% y 10,6% del total de los nacimientos en 1992–1995. La tasa de mortalidad infantil fue de 10,5 por 1.000 nacidos vivos en 1992, se elevó a 14,4 por 1.000 y 14,6 por 1.000 en 1993 y 1994, respectivamente, y disminuyó luego a 12,7 por 1.000 nacidos vivos en 1995. La tasa de mortalidad neonatal fue de 9,9; 9,8 y 7,4 por 1.000 nacidos vivos en los años 1993, 1994 y 1995, respectivamente.

De acuerdo con los datos relativos a la población estimada de niños menores de 5 años y al número de primeras visitas a los consultorios infantiles, más de 80% de los niños de este grupo de edad son examinados por personal capacitado del sector público y en su primera visita de cada año, los niños son pesados y medidos. Durante el período 1992–1995, entre 1% y 2% de los niños que concurren a la primera visita tenían un peso inferior o superior al normal. No se dispone de ninguna información sobre los niños que visitan exclusivamente a médicos particulares. En 1995, el Ministe-

rio de Salud emprendió una campaña para alentar la lactancia materna. De un total de 1.154 lactantes de 3 meses de edad examinados, 397 (34,4%) habían recibido exclusivamente leche materna durante los tres primeros meses de vida.

La salud del adolescente

En 1995, el país tenía alrededor de 21.000 personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años, y la mayor parte de ellas concurrían a escuelas primarias o secundarias. Los datos correspondientes a 1996 revelan que 2.503 adolescentes estaban empleados.

Las tasas de fecundidad entre las adolescentes han continuado disminuyendo, bajando de 92,9 por 1.000 a 82,4 por 1.000 entre 1992 y 1995. Los embarazos en la adolescencia disminuyeron 9,7%, bajando de 433 a 391 nacimientos, que representaron 18,3% y 17,1% del total de los nacimientos en esos mismos años, respectivamente. En 1994 y 1995, 75% de las madres adolescentes tuvieron su primer hijo, y 5% tuvieron como mínimo su tercer parto. El número de nacimientos registrados de madres menores de 15 años de edad subió de 8 en 1994 a 17 en 1995.

En 1995, 45 adolescentes fueron encarcelados, 60% de ellos por robo. Dentro de este grupo de edad se produjeron 10 defunciones, que representaron aproximadamente 1% del total de las mismas.

La salud de la mujer

Se estima que aproximadamente 78% de las mujeres embarazadas visitaron los dispensarios de atención prenatal de los centros de salud comunitarios, y fueron examinadas fundamentalmente por una enfermera. No obstante, solo entre 5% y 7% de estas mujeres realizaron su primera visita antes de la duodécima semana de embarazo, mientras que 80% concurren a los dispensarios después de la decimosexta semana de embarazo o más tarde. Algunas mujeres embarazadas visitaron a un médico particular antes de solicitar atención en los servicios públicos de atención prenatal.

En 1995, 948 mujeres solicitaron servicios de planificación familiar en los centros de salud de los distritos después de un parto. De ellas, 65% deseaba asesoramiento sobre las distintas posibilidades de planificación familiar, 25% pidió condones, 7% solicitó la esterilización y el resto se mostró interesado sobre todo por los dispositivos intrauterinos o la inyección. La Asociación de Planificación Familiar de Granada ofrece también servicios de planificación familiar; en 1996 la Asociación ofreció servicios a 1.266 mujeres, mientras que en 1995 había atendido a 1.729 mujeres.

La salud del adulto mayor

Los datos de mitad de año indican que las personas de 60 años y más representan 10,8% del total de la población (10.648 personas, 59% mujeres y 41% hombres). Los datos también indicaron que 31% de los hogares estaban encabezados por personas de 60 años y más (53% mujeres y 47% hombres). Dentro de este grupo de población, 30% de las personas viven solas, porcentaje que se distribuye de manera uniforme entre uno y otro sexo. En 1986, 8,9% de la fuerza de trabajo (38.078 personas) tenían 60 años y más (59% hombres y 41% mujeres). Existen hogares que atienden a los ancianos (1 público y 12 privados), y una organización no gubernamental también se dedica específicamente a este grupo de edad.

La salud de los discapacitados

El Consejo Nacional de Discapacitados es el principal organismo responsable de las actividades relacionadas con este grupo de población; se ocupa de prestar apoyo a las personas con discapacidades físicas y mentales y a sus padres. Durante 1997 el Consejo investigó el número de personas con discapacidades dentro del país.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. Con el fin de controlar la propagación de la fiebre del dengue, se mantiene el programa de lucha contra los mosquitos para reducir la población de *Aedes aegypti*. Los principales métodos utilizados en todo el país son los medios de control químico que brindan atención prioritaria a las zonas de alto riesgo y a los programas de educación en salud que alientan a la población a mantener un entorno limpio y saludable. La reducción de la fuente de origen y la lucha biológica, con especial hincapié en la participación comunitaria, son los métodos utilizados cada vez más.

Después de que en 1992 no hubiera ningún caso de dengue y de que en los tres años siguientes el promedio fuera inferior a 10, en 1996 hubo 21 casos.

Rabia. El departamento de salud ambiental continuó esforzándose por reducir la incidencia de la rabia mediante la vacunación anual de los animales domésticos en toda la isla, con el fin de romper el vínculo entre la transmisión del virus de la rabia de la mangosta al hombre.

Enfermedades inmunoprevenibles. En 1996 las tasas de cobertura de inmunización de niños menores de 1 año de

edad fueron inferiores a los niveles esperados para este país, observándose un descenso general en comparación con años anteriores: se inmunizó a 80% contra la difteria, el tétanos, la tos ferina y la poliomielitis, y a 85% contra el sarampión. Una enfermera de salud comunitaria de nivel superior tiene a su cargo la coordinación del programa y se está aplicando un sistema de vigilancia más perfeccionado por medio de visitas a todos los centros de salud para comprobar cómo se identifica la población destinataria dentro de cada distrito, y se orienta al personal sobre posibles mejoras.

La legislación promulgada en 1980, y actualmente en proceso de revisión y actualización, establece que todos los niños menores de 13 años deben ser inmunizados contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, el sarampión y la poliomielitis. No se registró ningún caso de tétanos neonatal en los dos últimos decenios; la cobertura de inmunización de las mujeres que recurrieron a los servicios públicos de atención prenatal en 1995 fue superior a 80%. Dentro del mismo programa, el Ministerio de Salud provee inmunización contra la parotiditis y la rubéola, y se está examinando la posibilidad de volver a introducir la inmunización contra la tuberculosis.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. La epidemia del sida continúa avanzando lentamente en Granada. El total acumulado de personas con infección por el VIH era de 141 a finales de 1996, con una razón hombre/mujer de 2:1. De ese total, 7 eran casos pediátricos, 3 de los cuales fallecieron. Todos los casos pediátricos se vincularon a la transmisión vertical durante el embarazo. En 1996 se registraron 19 casos nuevos de infección por el VIH; ese mismo año se registraron 3 casos pediátricos. Se trata del primer año en que se registró más de un caso. En 1996 se notificaron 17 casos de sida, lo que dio lugar a un total acumulado de 96 casos (70 hombres y 26 mujeres), 71 de los cuales fallecieron.

El número de casos de sífilis notificados al Ministerio de Salud bajó de 127 en 1992 a 54 en 1996, lo que representa una reducción de más de 57%. En 1996 hubo 112 casos de gonorrea, más del doble que el año anterior. Es posible que estas cifras sean más bajas que las reales, ya que la mayor parte de las personas suelen acudir a un médico particular para el tratamiento de esas enfermedades. Es obligatorio que médicos particulares comuniquen esta información para que el Ministerio de Salud pueda evaluar mejor la situación.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Salud ambiental, abastecimiento de agua, sistemas de alcantarillado y eliminación de desechos sólidos. El Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud se encarga de controlar la contaminación del agua, mejorar el

tratamiento de las aguas residuales, asegurar que la población tenga acceso a un suministro suficiente de agua potable, mejorar los sistemas de eliminación de excretas y otras sustancias nocivas para la vida humana, animal y vegetal, y mejorar la higiene alimentaria en el país. Dicho Departamento cuenta con 14 funcionarios especializados en salud ambiental.

Granada no tiene políticas nacionales ni programas organizados para combatir la contaminación costera, pero es consciente de los distintos acuerdos internacionales que protegen el Mar Caribe de la contaminación. Actualmente está en revisión la legislación sobre salud ambiental y se está tramitando una ley sobre eliminación de la basura.

El Censo de Población y Vivienda de 1991 indica que 50,2% de la población contaba con agua potable en la casa, otro 13,4% la recibía en sus patios y 7,5% tenía tomas privadas, mientras que 21,1% utilizaba fuentes públicas. El Organismo Nacional de Abastecimiento de Agua y Alcantarillado estima que, en enero de 1994, el porcentaje de hogares con conexiones por tubería era de aproximadamente 59%, lo que significa que cerca de 85% de la población tiene acceso a agua potable (96,4% en St. George's y 76,1% en el resto del país).

El Ministerio de Salud se encarga de supervisar la calidad del agua, pero sus recursos son insuficientes para ello. El Organismo Nacional de Abastecimiento de Agua y Alcantarillado se ocupa actualmente de la vigilancia y presenta informes periódicos al Ministerio a través del Oficial Médico Principal. El Ministerio trabaja para lograr su propia capacidad de vigilancia a través del Instituto de Salud Ambiental del Caribe (CEHI) y en colaboración con los especialistas del laboratorio de productos químicos.

De acuerdo con el censo de 1991, 59% de los hogares utilizaban letrinas de pozo, 33% fosas sépticas, 3% estaban conectados a un sistema de alcantarillado y 3,9% (más de 850 hogares) no tenían excusado. El sistema de alcantarillado de St. George's se perfeccionó en 1992, y en 1993 se puso en marcha el Proyecto de Alcantarillado de Grand Anse.

La introducción de la Ley de Desechos Sólidos de 1995 tuvo como resultado el establecimiento del Organismo de Manejo de Desechos Sólidos, institución pública encargada de lograr un sistema más eficiente de evacuación y eliminación de la basura. Estas funciones, desempeñadas anteriormente por el Ministerio de Salud, se han privatizado y los contratistas tienen la responsabilidad de mantener limpio el país. El Ministerio de Salud continuará desempeñando su función reguladora y supervisando la gestión de los desechos sólidos.

Seguridad alimentaria. El Ministerio de Salud continúa esforzándose por mejorar la situación en lo que se refiere a la manipulación y elaboración de alimentos, con el objetivo de reducir las enfermedades transmitidas por ese medio. Se han celebrado y continuarán celebrándose varios talleres para facilitarles información a los vendedores ambulantes y ayudar-

les a adoptar mejores prácticas de manipulación de los alimentos.

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. El Consejo de Alimentación y Nutrición de Granada es un organismo público administrado por una junta de dirección intersectorial que responde ante el Ministro de Agricultura. El Consejo trabaja en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud a fin de aplicar programas conjuntos y realizar investigaciones en los distritos y hospitales.

En Granada no hay una vigilancia activa para determinar la prevalencia de la deficiencia de yodo o de vitamina A.

En 1996 el Consejo puso en marcha un proyecto para supervisar la anemia ferropénica en la población. El proyecto elaborará un protocolo para el tratamiento de la anemia e investigará las causas de su elevada prevalencia en diferentes segmentos de la población. Según resultados preliminares, 30% de las mujeres embarazadas que entre abril y septiembre de 1996 asistieron a dispensarios de atención prenatal por primera vez durante su embarazo tenían niveles de hemoglobina inferiores a 10 g/dl; en la parroquia rural de St. Andrew la proporción fue de 34%. Del total de 626 niños de menos de 1 año de edad que fueron sometidos a reconocimiento, 55% mostró concentraciones de hemoglobina inferiores a 11g/dl, lo que indica que la anemia ferropénica en los niños de este grupo de edad es un problema en toda la isla. De los 2.667 niños de 4 a 5 años de edad que fueron examinados, 39% tenían concentraciones de hemoglobina inferiores a 11g/dl.

El personal del programa de salud materno-infantil controla los niveles de hemoglobina en los lactantes para estimar la incidencia de la anemia en dicha población. En 1995 y 1996 se perfeccionó el programa para que cada centro de salud pueda realizar el examen. De los 2.680 lactantes que realizaron su primera visita a un servicio de salud materno-infantil en 1996, 629 (23,5%) tenían niveles de hemoglobina inferiores a 11g/dl.

Este examen para determinar la deficiencia de hierro será ampliado para cubrir otros grupos de edad, y los datos se utilizarán junto con los de otros ministerios para vigilar la prevalencia de la anemia ferropénica.

Fue difícil obtener una imagen exacta de la situación nutricional del país, ya que la información sobre la producción y consumo local de alimentos era limitada.

Trastornos del comportamiento. Desde su establecimiento en 1986, el Comité Nacional de Lucha contra las Drogas se ha esforzado por "formular políticas y fiscalizar la aplicación de programas de acción encaminados a reducir la demanda de drogas y de alcohol". Se ha formulado un plan nacional general para el período 1997-2001; en él se evalúa el problema de las drogas en el país, se propone una estrategia

para resolverlo y se describen las actividades que deben realizarse, los recursos necesarios y las personas encargadas de las diversas partes del plan.

El Comité ha compilado datos sobre el abuso de drogas, en colaboración con la policía, las autoridades penitenciarias y el Ministerio de Salud. Este ha facilitado información sobre la Carlton House, centro de rehabilitación de personas con problemas de abuso de sustancias, y sobre Rathdune, la unidad del Hospital General para casos psiquiátricos agudos.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La política de salud de Granada tiene como objetivo velar por que todos los habitantes tengan acceso a servicios de salud de calidad. El Gobierno ha adoptado la atención primaria de salud como estrategia principal para mejorar el estado de salud de la población y lograr la meta de salud para todos en el año 2000; ha adoptado también las metas y objetivos establecidos en la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe como prioridades para sus servicios de salud.

Al considerar las causas de morbilidad y mortalidad, el país ha experimentado una transición epidemiológica como consecuencia de la cual se les está dando mayor prioridad a las enfermedades crónicas que a las transmisibles. Este cambio está planteando mayores exigencias a los limitados recursos del sector salud; pero, a pesar de ello, todos los habitantes de Granada tienen acceso a los servicios de salud pública independientemente de su capacidad de pago.

El Gobierno está descentralizando los servicios de salud y colocándolos bajo la gestión de una junta directiva establecida por ley. Como resultado del esfuerzo por introducir un programa nacional de seguro de salud, se está examinando también el financiamiento de los servicios de salud. El programa de seguro ofrecería un sistema equitativo para incorporar nuevos recursos en el sector salud, contribuir a mejorar la calidad de la asistencia y ayudar a reducir la dependencia del Gobierno central para el financiamiento del sector. La propuesta para aplicar el programa de seguro de salud está siendo objeto de examen a fin de asegurar que responda a las necesidades del país y que tanto los proveedores de servicios de salud como el público lo entiendan plenamente.

La evaluación de las necesidades comunitarias en materia de salud de 1997, a cargo del Ministerio de Salud en colaboración con la Oficina Central de Estadísticas del Ministerio de Hacienda, servirá de base para preparar un plan nacional de salud para 1998–2000. Este plan, que se formulará con un enfoque intersectorial basado en un amplio proceso de consulta

pública, trazará el rumbo del sector salud. Se identificarán proyectos encaminados a reforzar los programas de salud y a garantizar el desarrollo ordenado del sector. Una de las primeras cuestiones que deberán abordarse para preparar el plan es la estructura orgánica del Ministerio, ya que ella repercutirá en el sistema general de gestión. Además, las estrategias tratarán de establecer un entorno en el que los trabajadores de salud logren la mayor productividad posible, con el fin de facilitar el desarrollo de la infraestructura y mejorar la calidad del servicio ofrecido a la población. Se recopilará información más completa sobre la población de cada distrito de salud, a fin de tener una visión más clara de su perfil de salud. Finalmente, se identificará a las personas indigentes que no pueden pagar los servicios de salud y se establecerán disposiciones especiales para que también ellas tengan acceso a estos.

Como se considera que todo trabajador de la salud es un educador en la materia, se prevé una mayor capacitación del personal y la organización de las actividades para llegar eficazmente a la comunidad. El programa de salud escolar recibirá especial atención, ya que representa una de las mejores maneras de llegar efectivamente a los jóvenes del país y de ayudarles a mejorar sus modos de vida.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

Granada está dividida en siete distritos de salud. Seis de los distritos tienen un centro de salud, que es el principal centro de atención primaria, y otros 30 puestos sanitarios distribuidos en todo el país son generalmente el primer punto de contacto dentro del sistema de salud. Todas las instalaciones son de fácil acceso para la población en su conjunto, y la mayor parte de ellas se encuentran en condiciones materiales aceptables.

Los servicios comunitarios de salud funcionan como la primera línea de prestación de servicios de salud que ofrece el Ministerio. Cada distrito de salud está asignado a un Oficial Médico de Distrito; varias categorías de enfermeras, incluidas las enfermeras de atención directa a la familia, las de salud pública, las de distrito y las auxiliares de salud comunitarias; dentistas y personal auxiliar de odontología; farmacéuticos, y funcionarios de salud ambiental.

La atención secundaria se provee a través de una red de hospitales. Los centros de atención para pacientes con afecciones agudas dentro del sector público son el Hospital General de St. George, con 240 camas, y dos hospitales rurales: el Princess Alice, con 60 camas, y el Princess Royal, con 40. El Hospital General se encuentra en estado de notable abandono, y el Gobierno tiene intención de restaurarlo; se ha co-

menzado a preparar el diseño y se está tratando de obtener financiamiento para el proyecto.

Dentro del Hospital General hay una unidad de 20 camas para pacientes con afecciones agudas, que sirve como punto de entrada para quienes buscan atención y apoyo psiquiátrico. Hay también un hospital psiquiátrico de 80 camas (Mt. Gay) que se ocupa de los pacientes crónicos, y un servicio geriátrico con 120 camas. Las tasas de ocupación generalmente son superiores a 100% en ambos casos. En el Carlton House se ofrece apoyo y asistencia a los pacientes toxicómanos.

Como parte de su estudio sobre la racionalización de los servicios de salud, el Ministerio analizará los niveles de utilización con el fin de determinar si sería mejor tener menos instalaciones, pero mejor equipadas y mejor dotadas de personal. El estudio recomendará también un calendario de mantenimiento para todas las instalaciones teniendo en cuenta su estado actual y previsiones realistas sobre los recursos financieros.

La organización básica del sector salud no ha sufrido cambios en los últimos años. La mayor parte de los jefes de programa se encuentran en la sede del Ministerio de Salud, y lo mismo ocurre con el personal administrativo, de planificación, de promoción de la salud y de presupuesto y gastos.

En 1992 los presupuestos para los servicios sanitarios de Carriacou y Petit Martinique se unieron en un solo programa, lo que ha dado lugar a una mejor supervisión de los recursos y a una mayor integración de la gestión y prestación de los servicios en las dos islas hermanas. En 1996 se nombró un administrador para el programa conjunto.

Entre 1992 y 1996 hubo cuatro ministros de salud, cinco oficiales médicos principales, cinco secretarios permanentes y tres oficiales médicos. Esta renovación del personal del Ministerio ha roto la continuidad y, a su vez, ha dificultado la gestión global del sector. Con el fin de lograr su objetivo, el Ministerio de Salud ha recurrido frecuentemente a los jefes de departamento para preparar y ejecutar los planes y presupuestos de los programas.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

Una Junta Médica, presidida por el Oficial Médico Principal, se encarga de conceder las licencias para la práctica de la medicina en Granada. Las enfermeras deben inscribirse en el Consejo de Enfermeras. Una vez concedidas, las licencias médicas deben renovarse cada año, y los médicos deben continuar actualizando sus conocimientos y demostrar que reúnen las condiciones físicas para seguir ejerciendo la profesión. Un consejo de farmacia supervisa la importación y distribución de productos farmacéuticos tanto en el sector público como en el privado y elabora el registro anual de farmacéuticos y de farmacias.

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 considera la promoción de la salud como uno de sus principales medios para mejorar la situación sanitaria general de la población. El departamento de educación para la salud, unidad adscrita al ministerio, trabaja desde hace tiempo para mejorar las relaciones del sector salud con otros sectores. Se han celebrado varios seminarios para trabajadores de la salud, docentes, dirigentes religiosos y comunitarios y miembros de organizaciones no gubernamentales, destinados a asegurar que cada trabajador de la salud sepa que, a la vez, es un educador en salud y demuestre su compromiso con un enfoque de la promoción de la salud de carácter intersectorial y comunitario.

El Departamento de Educación para la Salud hace intervenir a la comunidad en la planificación de las actividades, incluida la participación en la evaluación de las necesidades de salud, la organización de ferias de salud comunitaria y la asistencia a debates sobre el sida y las enfermedades crónicas. Para ayudar a impartir educación sobre la salud y la vida familiar en las escuelas, el Ministerio de Educación está preparando un programa de estudios sobre educación en salud.

Hasta ahora, la comunidad ha participado solo en forma mínima en la planificación y realización de actividades de salud de alcance nacional, y su intervención varía considerablemente de unos distritos a otros. No obstante, el Ministerio requerirá la intervención de la comunidad para formular y aplicar programas de salud, dentro del programa de atención primaria de salud que se planea revitalizar.

Varias organizaciones no gubernamentales participan en programas de promoción de la salud en la comunidad. Por ejemplo, la Asociación de Planificación Familiar de Granada ha puesto en marcha un programa de ayuda a los jóvenes a través del cual sus asesores visitan las escuelas y grupos comunitarios para hablar de cuestiones relacionadas con la educación sexual y la vida familiar. Tres veces al año organizan también un programa de 15 semanas destinado a adolescentes y escolares que han abandonado los estudios, en el que se les enseña a valerse por sí mismos y se les ayuda con las actividades académicas.

Además, la promoción de la salud continúa siendo el mecanismo principal utilizado para fomentar cambios en el modo de vida a fin de evitar problemas de salud, sobre todo en lo que se refiere a mejorar la dieta y a practicar más ejercicio. Agrupaciones públicas y privadas participarán de lleno en la planificación de programas dirigidos específicamente a modificar los modos de vida.

La diabetes y la hipertensión, ambas prevalentes en el país, son afecciones que aparecen relacionadas con el modo de

vida personal. El Departamento de Educación del Ministerio de Salud ha hecho hincapié en programas que facilitan información sobre estas enfermedades crónicas, en particular los que pueden lograr cambios positivos en los modos de vida. Este Departamento utiliza también programas radiofónicos, foros comunitarios, ferias de salud y programas escolares como componentes de su actividad.

Se ha preparado un programa de estudio sobre educación para la vida familiar destinado a las escuelas secundarias, aunque no todas ellas lo han puesto en marcha. La enseñanza del programa está sujeta a la discreción del director de la escuela o del personal docente, y muchos padres se oponen firmemente a que sus hijos reciban "educación sexual".

El Ministerio trabaja también en estrecho contacto con las organizaciones no gubernamentales en programas encaminados a influir en el comportamiento de la sociedad. Por ejemplo, la Asociación de Planificación Familiar de Granada, cuyo objetivo principal es ofrecer servicios de planificación familiar, tiene también un centro juvenil que cuenta con una enfermera, que atiende consultas, y un funcionario encargado de asuntos de la juventud, que realiza programas de divulgación en las escuelas y comunidades y tiene un programa radiofónico semanal. Ellos también brindan capacitación en diversas especialidades para ayudar a los jóvenes con problemas de aprendizaje y a los desertores escolares.

Sistemas de información. Los sistemas de información de datos sobre salud pública no funcionan debidamente. En consecuencia, desde 1992 a 1994 se realizaron esfuerzos en colaboración con la OPS para reforzar las áreas de enfermedades transmisibles, vigilancia nutricional y salud ambiental. Como la información del sector privado es limitada, el análisis de la situación de salud puede estar distorsionado en algunas áreas importantes.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Algunos especialistas atienden consultas clínicas de pediatría, garganta, nariz y oídos, y salud mental en los distritos. El Oficial Médico de Distrito envía a las personas que solicitan atención en otras especialidades al Hospital General, pero se producen largas esperas para recibir los servicios. El envío al Hospital General se efectúa también a través del Departamento de Urgencias y Accidentes. No hay un sistema establecido de seguimiento para informar al equipo médico de distrito cuándo un paciente dado de alta regresa a la comunidad, y este es un aspecto que deberá recibir también atención prioritaria en el futuro.

Insumos para la salud

Granada obtiene la mayor parte de sus productos farmacéuticos y suministros médicos a través del programa subregional administrado por el Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental. El ciclo de adquisición permite el examen anual y la revisión periódica de las normas regionales, y garantiza la disponibilidad de los medicamentos esenciales en forma oportuna. Las personas que están sometidas a la atención de un médico pueden obtener medicamentos de una farmacia pública con un costo mucho más bajo, y los pacientes que no disponen de medios pueden ser eximidos del pago a petición del médico.

Hay farmacéuticos que distribuyen medicamentos en los consultorios médicos, pero algunas veces es necesario remitir al paciente al dispensario principal de la capital o al sector privado.

Recursos humanos

En 1996 había 50 médicos empleados en el sector público de salud, y la mayor parte de ellos trabajaban también en el sector privado. Diez eran Oficiales Médicos de Distrito, que realizan visitas a nivel comunitario. Hay 36 médicos que trabajan ante todo en un contexto hospitalario, 16 de los cuales son especialistas y el resto tienen cargos subalternos. Quince médicos trabajan exclusivamente en el sector privado, la mayor parte de ellos como médicos generales. Hay 6 médicos por cada 10.000 personas.

Existen varias categorías de personal de enfermería que trabaja en el sistema público de salud: 173 enfermeras y parteras trabajan en los tres hospitales; 50 trabajan a nivel de distrito, entre ellas las enfermeras de salud pública, las enfermeras de atención directa a la familia y las enfermeras de distrito; y 9 trabajan en establecimientos de salud mental y en geriátricos. Hay 24 enfermeras por cada 10.000 habitantes.

La legislación que otorga a las enfermeras de atención directa a la familia la autoridad para prescribir medicamentos de conformidad con su capacitación todavía no se ha promulgado, lo que constituye una fuente de frustración para estas trabajadoras de salud. El Ministerio de Salud está revisando el proyecto de legislación.

El sector público emplea 26 farmacéuticos, la mayoría en la comunidad, en la división de adquisiciones y en los hospitales. Hay 18 farmacias privadas con 21 farmacéuticos. Granada tiene 4,8 farmacéuticos por 10.000 habitantes. Se está examinando la posibilidad de transferir la escuela de farmacia del Ministerio de Salud al Ministerio de Educación, pero hasta 1997 el Ministerio de Salud retuvo ciertas responsabilidades administrativas. Esta escuela prepara a los farmacéuticos para los sectores público y privado a través de un programa

de tres años; entre 1992 y 1995, 13 farmacéuticos terminaron este programa.

En el sector público están empleados siete odontólogos, pero todos ellos tienen también consultas privadas; otros siete trabajan exclusivamente en el sector privado. El país cuenta con 1,4 dentistas por 10.000 habitantes. Cinco auxiliares de odontología trabajan en el sector público, sobre todo para atender a la población escolar.

En 1996 el Ministerio de Salud implantó un sistema de evaluación del rendimiento. Además, elaboró un programa de capacitación orientado al personal que trabaja en áreas prioritarias de todos los niveles del sistema. Entre los temas de capacitación figuran la administración, las relaciones entre la dimensión pública y la interpersonal, y la promoción de una mejor comprensión del servicio público.

La Escuela Universitaria de Medicina de St. George ofrece becas anuales a los ciudadanos de Granada, pero la mayor parte de sus alumnos son extranjeros. En 1997 Granada era uno de los cuatro países cuyas escuelas de medicina reunían los criterios exigidos para participar en el Programa Federal de los Estados Unidos de América de Préstamos Familiares para la Educación. En 1996 esta escuela agregó la Facultad de Artes y Ciencias, que ofrece capacitación universitaria en varias disciplinas, entre ellas farmacia, enfermería y asistencia médica.

Investigación y tecnología

En 1994 se creó la Fundación de Investigación y Educación de las Islas de Barlovento, que fue registrada en Granada en noviembre de 1996 como organización sin fines de lucro. Los programas de la Fundación, basados en la colaboración con científicos de institutos locales e internacionales, tienen como finalidad realizar proyectos de investigación sobre la epidemiología y la lucha contra las enfermedades transmisibles, en particular las zoonosis, las enfermedades no transmisibles, y los sistemas de salud y la ecología orientada a la preservación de los recursos naturales.

Gasto y financiamiento sectorial

Habitualmente el sector salud recibe más del 12% del presupuesto público anual ordinario y, según las estimaciones, el gasto ordinario en salud pública representó aproximadamente 4,5% del PIB durante el período 1992–1996. El hospital principal realizó 40% de todos los gastos en salud, mientras que los servicios de salud correspondientes a los distritos (incluidos los servicios de salud comunitaria, la higiene del medio y los programas odontológicos departamentales) representaron aproximadamente 26%. Los sueldos y salarios de

este sector constituyeron aproximadamente 70% de los gastos en salud en concepto de recursos humanos.

El Ministerio de Salud prepara presupuestos anuales sobre los gastos ordinarios y los gastos de capital, coordinados por el oficial de finanzas y el oficial de planificación, respectivamente. Cada jefe de programa debe justificar exhaustivamente las peticiones presupuestarias y describir los resultados previstos, y el personal de todos los niveles participa en el proceso presupuestario. Como el Gobierno utiliza un sistema de partidas para estimar su presupuesto, es difícil supervisar y calcular el costo de las diversas actividades realizadas. El Ministerio tiene intención de continuar comprometiendo a los jefes de departamento a participar muy activamente en el proceso de planificación y estimación presupuestaria, y hacer lo posible por utilizar esta estimación como instrumento de gestión. Por lo común las asignaciones financieras del Ministerio de Hacienda son inferiores a la petición original del Ministerio de Salud, obstáculo que normalmente se traduce en reducciones presupuestarias en sectores como los de mantenimiento y compras.

El sector salud de Granada está insuficientemente financiado, ya que la demanda de recursos por parte de la población crece con mayor rapidez que los recursos disponibles para el sector. Ello se pone de manifiesto en la necesidad de fondos para la reconstrucción del Hospital General, la insuficiencia de fondos para el mantenimiento de otros centros de salud, y la incapacidad de pagar debidamente al personal de salud, especialmente a los médicos. El Gobierno está examinando el financiamiento del sector salud. Con el fin de impulsar las reformas, deberá elaborarse un modelo financiero en el que se pongan de manifiesto las fuentes de financiamiento disponibles y el efecto de los nuevos fondos generados por el programa de seguro de salud propuesto. Este proceso requerirá debates de fondo con el Ministerio de Hacienda para determinar los cambios necesarios en la asignación de recursos con destino a este sector. Un obstáculo importante para la realización de una reforma financiera del sector salud es la falta de información sobre la cuantía de los gastos en salud del sector privado, que ha crecido en lo que se refiere al número de médicos, de farmacias y de pequeños hospitales.

Cooperación técnica y financiera externa

La mayor parte de la asistencia internacional ofrecida a Granada, excluidos los proyectos de inversión, se incluye como componente del presupuesto del Ministerio de Salud. No obstante, durante 1994–1996 parte de la asistencia enviada al Ministerio no se reflejó en el componente de gastos totales. Por ejemplo, Granada participó en un proyecto de políticas, planificación y gestión de la atención de salud financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el

Desarrollo Internacional, que facilitó el diálogo entre funcionarios de los Ministerios de Salud y Hacienda y las instituciones sociales en los Estados miembros de la Organización de Estados del Caribe Oriental. Además, el personal médico de varias organizaciones y grupos de los Estados

Unidos y el Canadá ha colaborado con el personal local para prestar atención médica, y varios equipos de personal militar de los Estados Unidos han ayudado en la remodelación de instalaciones médicas y en la prestación de servicios médicos y odontológicos.