
GUAYANA FRANCESA, GUADALUPE Y MARTINICA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Los departamentos franceses de la Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica son parte integrante de Francia desde 1946. Aunque se encuentran en la Región de las Américas, se benefician con medidas de protección especiales y reciben fondos estructurales europeos establecidos para contribuir al desarrollo de las regiones europeas.

La población de los departamentos se mantuvo estable entre los decenios de 1960 y 1980. Durante ese período hubo apreciables migraciones a Francia como consecuencia de la escasez de trabajo, lo que fue compensado por una tasa de natalidad vigorosa aunque declinante. Desde mediados de los años ochenta y con el comienzo de la crisis del empleo en Francia, se han iniciado movimientos de repatriación con el retorno de adultos y de jubilados jóvenes.

El censo de 1990 reveló que el crecimiento medio anual de la población fue de 1,1% en Martinica, 2,1% en Guadalupe y 5,8% en la Guayana Francesa durante el período comprendido entre 1982 y 1990. Este crecimiento continúa, y en 1996 la densidad de la población fue de 248 habitantes por km² en Guadalupe, 353 habitantes por km² en Martinica y 2 habitantes por km² en la Guayana Francesa. En 1996, se estimó una población de 422.090 habitantes para Guadalupe, 383.340 para Martinica y 151.780 para la Guayana Francesa. La población de la Guayana Francesa es la más joven: 36% tiene menos de 15 años de edad, mientras que este grupo de edad representa 26,5% y 24,0% de la población en Guadalupe y Martinica, respectivamente. En 1994, la esperanza de vida en la Guayana Francesa fue de 78,2 años para las mujeres y 71,2 para los hombres; en Guadalupe, de 80,2 años para las mujeres y 72,7 para los hombres, y en Martinica, de 82,4 años para las mujeres y 79,5 para los hombres.

Una parte de este aumento de la población se debe a la inmigración de los vecinos países en desarrollo. En la Guayana

Francesa, la tercera parte de la población es extranjera; en cuanto a San Martín (Guadalupe), su condición especial de puerto libre y el crecimiento del turismo han cuadruplicado virtualmente el número de habitantes en ocho años y han determinado que su población extranjera sea de alrededor de 50%.

Desde 1986, los incentivos fiscales han dado impulso a los sectores de la construcción, las obras públicas y la hotelería. Las tasas de desempleo en Guadalupe fueron de 27,0% en 1986, 26,1% en 1993, 26,1% en 1995 y 29,3% en 1996; en Martinica, de 31,0%, 25,0%, 26,1% y 27,2%, y en la Guayana Francesa, de 22,0%, 24,1%, 23,0% y 22,4%, en los mismos cuatro años.

Las personas registradas como desempleadas y subempleadas representan la mitad de la población activa de las Antillas (Guadalupe y Martinica); en la Guayana Francesa la proporción es de 44%. Con base en el censo de 1990, una encuesta dirigida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Estudios Económicos (INEEE) identificó los grupos de población de alto riesgo, a los que definió como unidades familiares que ocupaban alojamientos precarios, sin agua en la propia vivienda ni cerca de ella, y encabezadas por desempleados. Se calculó que estaba en alto riesgo 22% de la población en Guadalupe, 18% en Martinica y 30% en la Guayana Francesa. El Cuadro 1 presenta indicadores socioeconómicos para los tres departamentos.

Morbilidad y mortalidad

Uno de los problemas específicos de salud que afectan a los tres departamentos franceses es la elevada prevalencia de las infecciones víricas de transmisión sexual y del dengue, que se manifiesta con brotes epidémicos. Entre las enfermedades no transmisibles, hay una alta prevalencia de drepanocitosis y son muy frecuentes la diabetes y la hipertensión, así como sus complicaciones (particularmente, la insuficiencia renal cró-

CUADRO 1
Indicadores socioeconómicos de Guadalupe, Martinica y la Guayana Francesa, 1982 y 1990.

	Guadalupe		Martinica		Guayana Francesa	
	1982	1990	1982	1990	1982	1990
Casas con agua corriente potable	70,1%	89,8%	78,8%	94,3%	69,1%	84,4%
Casas con electricidad	77,2%	89,4%	72,3%	90,3%	80,4%	87,8%
Casas con algún sistema de eliminación de aguas servidas ^a	24,5%	36,3%	22,5%	38,0%	34,3%	44,3%
Proporción de viviendas superpobladas ^b	26,7%	17,1%	26,2%	14,8%	24,6%	24,0%
Número medio de personas por casa	3,7	3,4	3,8	3,3	3,3	3,4
Población urbana	...	91,4%	...	84,6%	...	64,3%
Tasa de alfabetismo	82%	...	85%	...	72%	...

^a En estas cifras no se incluyen las viviendas equipadas con fosas sépticas individuales.

^b Viviendas con menos habitaciones que ocupantes.

Fuente: Informes del Instituto Nacional de Estadísticas y Estudios Económicos (INEEE), 1982 y 1990.

nica). Con excepción de los cánceres del cuello del útero y de la próstata, hay una baja incidencia de tumores malignos. Los accidentes de tráfico contribuyen mucho al aumento de los años potenciales de vida perdidos (APVP).

En 1995 hubo 5.383 defunciones en Martinica, Guadalupe y la Guayana Francesa. La información más reciente sobre causas de muerte data de 1993, pues el encargado de hacer el análisis es el Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica de París. Este análisis es independiente de la recopilación de datos que el INEEE extrae del registro de nacimientos, casamientos y defunciones.

Con arreglo a la clasificación de los APVP, las enfermedades infecciosas y parasitarias son la segunda de las causas de muerte más frecuentes para ambos sexos en la Guayana Francesa. En las Antillas, constituyen la cuarta de estas causas y representan apenas entre 6% y 7% de los APVP. En Guadalupe, el sida representa 6,5% de las muertes de niños de menos de 28 días de edad. Guadalupe es el departamento más gravemente afectado por los problemas que se presentan en el período perinatal. En todos los departamentos, las causas de muerte más frecuentes durante el período perinatal son la anoxia y otras enfermedades de las vías respiratorias.

Las lesiones (en particular por accidentes de tráfico en la carretera) y las intoxicaciones son la causa de defunción más importante entre los hombres y contribuyen a un tercio de los APVP de la población masculina de los tres departamentos. En cuanto a las mujeres, estas dos causas ocupan el primer lugar en la Guayana Francesa y el tercero en Guadalupe y Martinica entre las causas de defunción más comunes.

Aunque las afecciones cardiovasculares son las que más contribuyen a la mortalidad que se registra en los departamentos, su importancia se debe medir teniendo en cuenta la avanzada edad en que se produce la muerte. Estas afecciones

ocupan el segundo lugar en las Antillas y el tercero en la Guayana Francesa en relación con los APVP.

En las Antillas, los tumores malignos constituyen la principal causa de defunción para las mujeres en función de los APVP y la cuarta de las causas más comunes en la Guayana Francesa. Para los hombres, los cánceres son la quinta de las principales causas de defunción (representan 4% de los APVP) en la Guayana Francesa y ocupan el segundo y tercer lugar en Martinica (18%) y Guadalupe (13%), respectivamente.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La Secretaría de Estado de Salud forma parte del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de Francia. También participan en las actividades de salud los Ministerios de Interior (programas sobre el abuso de drogas), del Medio Ambiente, de Agricultura (inocuidad de los alimentos) y de Educación Nacional (salud escolar).

Una ley promulgada en 1992 estipula que todas las personas que residen en Francia y en los departamentos franceses tienen derecho a recibir asistencia financiera para cubrir los costos de su atención médica en caso de necesidad. Cada departamento organiza el acceso de la población pobre a la asistencia médica. El departamento paga su costo integral o el boleto moderador ("ticket modérateur"), que es un porcentaje que oscila entre 0% y 65%, según la índole de la enfermedad, la atención brindada y el tipo de medicación prescrita. El Estado cubre los costos de la asistencia que se brinda a las personas sin hogar.

El sistema de seguridad social, un mecanismo patrocinado por el Estado que se financia mediante contribuciones obligatorias deducidas de los salarios, proporciona el seguro de salud. El paciente paga la totalidad del costo del tratamiento directamente al prestador del servicio y el seguro de salud se lo reintegra. La suma reembolsada se calcula sobre la base de porcentajes negociados entre los prestadores de servicios y la seguridad social. Un porcentaje cada vez mayor de la población contrata voluntariamente un seguro adicional para financiar los gastos no reembolsables. Para que los pacientes no tengan que pagar por adelantado, es muy común que los aseguradores efectúen los pagos en forma directa, en especial a los hospitales y las farmacias. En estos casos, el seguro de salud paga directamente al prestador de la asistencia y el paciente solo abona el boleto moderador.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El Estado tiene a su cargo la salud pública en general, que comprende la prevención de las enfermedades en la comunidad, la vigilancia ambiental, el control sanitario de las fronteras, y la lucha contra las principales enfermedades y la adicción a las drogas y el alcohol. El Estado supervisa la capacitación del personal de salud, ayuda a establecer sus condiciones de trabajo, fiscaliza el cumplimiento de las reglamentaciones sobre control de la calidad y seguridad sanitaria en los dispensarios, y controla los productos farmacéuticos. Además, garantiza que las medidas terapéuticas y preventivas sean las adecuadas y reglamenta la extensión del tratamiento que se proporciona. El Gobierno central vigila el funcionamiento de los hospitales públicos, designa a sus directores, determina sus presupuestos y organiza la contratación de su personal. Por último, el Estado supervisa la asistencia social, su financiación y las normas que rigen la cobertura de la población, y asume la responsabilidad financiera del tratamiento.

Un prefecto conduce los servicios descentralizados del Estado correspondientes a la órbita de cada uno de los Ministerios interesados, en particular los que se relacionan con cuestiones de salud. En el plano local, son competencia de otros prefectos una Oficina Departamental de Salud y Asuntos Sociales en cada departamento y la Oficina Interregional de la Seguridad Social, común a los tres departamentos y con sede central en Martinica.

Con arreglo a la ley de descentralización de 1983, ciertas funciones médicas y sociales del Estado fueron transferidas a los presidentes de los Concejos Generales de cada departamento, entre ellas la protección materno-infantil, la inmunización, el control de la tuberculosis, las enfermedades de trans-

misión sexual (excluido el sida), el cáncer, la lepra, la protección social a la niñez y una parte de la asistencia a las personas de edad avanzada y a los adultos discapacitados. Los alcaldes pueden asumir ciertas funciones relacionadas con el saneamiento y la inmunización y presiden las juntas de directores de los establecimientos de salud pública.

La población fija de los departamentos franceses goza de acceso irrestricto a una amplia gama de servicios de atención médica primaria y secundaria. En 1991, los Hospitales Universitarios y los Centros Regionales de Lucha contra el Cáncer de Francia proporcionaron 61.000 días de hospital a 4.500 pacientes de los tres departamentos franceses, que según estimaciones representaron 11%, 3% y 15% de la actividad hospitalaria de Guadalupe, Martinica y la Guayana Francesa, respectivamente. Aunque más de 25% de esos días se dedicaron al tratamiento de enfermos de cáncer, también recibieron atención pacientes con enfermedades cardiovasculares y afecciones genitourinarias. Si bien el sistema de seguridad social reembolsa los gastos de hospital, solo paga los pasajes aéreos de un pequeño porcentaje de pacientes que necesitan un tratamiento médico que no se brinda en los departamentos.

Los hospitales públicos y privados ofrecen hospitalización completa, tratamiento ambulatorio y consultas externas. Los servicios de hospitalización se dividen en tratamiento de corto plazo (afecciones agudas), seguimiento (convalecencia, readaptación y rehabilitación funcional) y atención de larga estancia (diseñada esencialmente para las personas de edad avanzada). Si bien los médicos generales privados proporcionan la mayor parte de la asistencia ambulatoria y domiciliaria, los pacientes también pueden utilizar los servicios externos de los hospitales o centros de tratamiento.

Los sectores público y privado difieren en algunos aspectos. La docencia y la investigación son parte de las misiones específicas de los hospitales públicos. Estos tienen la obligación de aceptar a cualquier paciente y de emplear únicamente a personal asalariado. Los médicos de los hospitales privados cobran honorarios.

Desde 1985, los establecimientos públicos se han financiado primordialmente con una subvención estatal que todos los años paga el sistema de seguro de salud. Los establecimientos privados se financian mediante el cobro de una suma global fija y de tarifas diarias que determinan las oficinas regionales del seguro médico. Por consiguiente, su financiación es proporcional a la actividad que desarrollan, cosa que no ocurre con los hospitales públicos.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

Protección del medio ambiente. El control del medio ambiente es función de los servicios del Estado a nivel departamental. Tanto la calidad del agua para beber y bañarse

(agua de mar y de las piscinas) como el tratamiento de las aguas servidas están sometidos a inspecciones periódicas.

Inocuidad de los alimentos. La Oficina Departamental de Salud y Asuntos Sociales y el Departamento de Veterinaria (Ministerio de Agricultura) realizan conjuntamente encuestas sobre intoxicaciones por ingestión de alimentos. La Oficina Departamental de Competencia, Consumo y Eliminación del Fraude (Ministerio de Hacienda) efectúa el control de la calidad de los productos comestibles y de la conservación de los alimentos.

Tecnología de salud. Los equipos son supervisados a escala nacional. Únicamente se pueden instalar en los establecimientos de salud equipos autorizados por las autoridades nacionales sobre la base de un mapa sanitario que determina la relación de la capacidad de camas y de los principales equipos con el número de habitantes.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. El Centro de Educación para la Salud de Francia diseña campañas sobre una serie de temas relacionados con la salud y la higiene que luego adoptan los departamentos. Además, el Sistema Nacional de Seguro Médico instituye campañas de prevención y reconocimiento sistemático (por ejemplo, del cáncer del cuello del útero y de la mama). La Oficina Departamental de Salud y Asuntos Sociales está en condiciones de impulsar campañas que utilicen los materiales de producción local más apropiados para los habitantes de los departamentos.

Programas de prevención y control de enfermedades. Los residentes de los departamentos franceses tienen acceso a reconocimientos médicos periódicos durante los años escolares y en sus lugares de trabajo. Se ofrecen servicios de protección materno-infantil a mujeres embarazadas y a niños pequeños. La Oficina Departamental de Salud y Asuntos Sociales tiene la obligación de notificar ciertas enfermedades infecciosas o transmisibles.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Redes de servicios. Se han establecido redes de hospitales municipales para tratar las intoxicaciones y la hepatitis C, y esto permite una mejor coordinación entre los médicos de hospitales y los privados. Además de estas redes, se han crea-

do también centros de información sobre el VIH y de atención a personas con esta infección.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre. Las salas nacionales de transfusión de sangre funcionan bajo la dirección del Organismo Francés de la Sangre. En el plano regional, un médico fiscaliza la corrección de las prácticas de transfusión sanguínea.

En las Antillas y en la Guayana Francesa funcionan 50 laboratorios de biología médica en el sector privado y 18 en el sector público. Hay 22 laboratorios privados y 8 públicos en Guadalupe, 3 privados y 2 públicos en la Guayana Francesa, y 25 privados y 8 públicos en Martinica. El prefecto puede autorizar el funcionamiento de laboratorios privados teniendo en cuenta las condiciones locales, la idoneidad del personal y los equipos disponibles. Los laboratorios públicos pertenecen a los hospitales.

Servicios especializados. Los servicios psiquiátricos en Francia están organizados por sectores geográficamente definidos. Cada servicio de psiquiatría para adultos da cobertura a un sector con una población de 70.000 personas aproximadamente; por cada tres de estos servicios hay uno de psiquiatría infantil.

Hay dos dependencias administrativas que se ocupan de las personas con discapacidad: la Comisión Departamental de Educación Especial examina todas las solicitudes de empleo de los discapacitados menores de 20 años de edad, así como las peticiones de ayuda financiera de sus familiares. En cuanto a los discapacitados mayores de 20 años, le corresponde a la Comisión de Orientación Técnica y Reclasificación Profesional de cada departamento francés la tarea de clasificar a los trabajadores discapacitados y brindarles orientación profesional, así como la de evaluar la asignación de asistencia financiera y remitirlos a una institución especializada.

Desde 1984, la población carcelaria francesa ha recibido cobertura médica equivalente a la de la población general.

Insumos para la salud

Medicamentos y productos inmunobiológicos. En las Antillas y en la Guayana Francesa hay 308 farmacias (140 en Guadalupe, 139 en Martinica y 29 en la Guayana Francesa) y 7 distribuidores mayoristas (2 en Guadalupe, 2 en Martinica y 3 en la Guayana Francesa). Todos los productos farmacéuticos, incluidas las vacunas, se importan de Francia. Por lo común los pacientes obtienen sus medicamentos por prescripción médica y un organismo de seguro social les reembolsa su costo. Un sistema de pagos directos a cargo de las aseguradoras libera a los pacientes de la necesidad de efectuar pagos

por adelantado. Las autoridades establecen el monto del reembolso por los medicamentos. Sin embargo, los medicamentos genéricos todavía tienen que encontrar un nicho importante en el mercado francés. El precio de los fármacos en los departamentos se ajusta para compensar los costos del transporte. En los últimos 20 años los gastos en medicamentos de las familias que viven en los departamentos franceses aumentaron mucho (se multiplicaron aproximadamente por ocho).

El control de calidad de los productos farmacéuticos se basa en actividades de vigilancia de la salud, sistemas de alerta, aplicación de manuales de buena práctica, educación permanente de los farmacéuticos (que pronto será obligatoria) e inspecciones a las farmacias en cada región. Los avisos de medicamentos dirigidos al público y a los médicos están sujetos a control. Las autoridades organizan con periodicidad campañas de información sobre los fármacos y su empleo correcto.

Equipo médico. La incorporación de un equipo médico importante requiere la autorización del ministro o del prefecto de la región. Los tres departamentos comparten ciertos equipos. Por ejemplo, hay un equipo de resonancia magnética en Martinica y un litotritor en Guadalupe.

Recursos humanos

Capacitación. Los médicos se forman en las facultades de medicina anexas a los hospitales universitarios. En los departamentos se dicta un ciclo de estudios terciarios de medicina con capacidad para formar cinco especialistas y aproximadamente 100 internistas por año. Esta capacitación se brinda en virtud de un acuerdo concertado entre la Universidad de Bordeaux II y el Centro de Capacitación e Investigación de las Antillas y la Guayana Francesa, que forma parte de la Universidad de las Antillas y la Guayana Francesa.

Los hospitales docentes de Fort-de-France y Pointe-à-Pitre funcionan como centros de capacitación práctica y supervisada para estudiantes de medicina. Una escuela que forma parte del hospital universitario de Fort-de-France, en Martinica, ofrece capacitación a 14 parteras por año; otra escuela para enfermeras de salas de operaciones que funciona en el Hospital Lamentin, también en Martinica, prepara a 10 enfermeras por año; hay, además, dos escuelas para personal de ambulancias, una en Martinica y otra en Guadalupe. En los tres departamentos hay también sendas escuelas de enfermería donde se forman 61 enfermeras por año. Otros profesionales de la salud se capacitan en Francia.

Los facultativos asalariados reciben enseñanza médica permanente en los establecimientos de salud donde están empleados; la educación permanente es obligatoria para los

médicos privados desde 1996. Los Consejos Regionales de Educación Permanente y el Consejo Nacional de Educación Permanente supervisan esta capacitación.

Personal de salud. En enero de 1997, la proporción de médicos particulares que trabajaban en los departamentos era de 66 internistas y 40 especialistas por 100.000 habitantes. Los médicos del sector privado reciben un pago por cada consulta; otros profesionales de la salud son asalariados o ejercen como particulares y cobran por consulta.

Investigación y tecnología en salud

En Guadalupe hay una dependencia del Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica consagrada a la hemoglobi-nopatía. El Instituto tiene Comisiones de Orientación en Investigación en cada departamento.

Cooperación técnica y financiera externa

Para que los indigentes tengan acceso a la atención de salud, Médicos del Mundo, una organización no gubernamental, ofrece consultas médicas gratuitas. Asimismo, la Asociación AIDES participa, junto con las autoridades del Estado, en la lucha contra el sida.

El Fondo Interministerial para el Caribe brinda asistencia a proyectos concretos. Este Fondo, que recibe aproximadamente 10 millones de francos (US\$ 1.800.000) por año, es administrado por una delegación interministerial que rinde cuentas al prefecto de Guadalupe y se ha establecido para brindar apoyo a proyectos de cooperación bilateral entre por lo menos un departamento y un país vecino. Una sexta parte del Fondo se consagra a la salud. Las instituciones de salud, particularmente los hospitales docentes de Fort-de-France y Pointe-à-Pitre, gestionan la realización de actividades de cooperación con los países vecinos en las esferas de la capacitación, la telemedicina y las visitas *in situ* de profesionales de la salud para administrar tratamiento.

GUAYANA FRANCESA

La Guayana Francesa ocupa 90.000 km² en la costa nordeste de América del Sur; limita con Suriname al oeste y con Brasil al este y al sur. Una densa selva ecuatorial cubre 90% de su territorio. Los principales medios de acceso al interior son las vías fluviales y tan solo por lancha motora se puede llegar a la mayor parte de las comunidades. Unas pocas, que se encuentran aisladas, están autorizadas para tener pistas de aterrizaje.

En 1994, la tasa de fecundidad fue de 110,5 nacimientos por 1.000 mujeres en edad de procrear. Entre 1982 y 1992 aumentó 4% para las madres de 10 a 14 años de edad y 14% para las de 15 a 19 años. En 1995, la tasa de natalidad fue de 29,2 nacimientos por 1.000 madres residentes; la tasa de mortalidad fue de 3,9 defunciones por 1.000 habitantes, y la tasa de mortalidad infantil (en promedio para el período comprendido entre 1991 y 1993), de 15,3 defunciones por 1.000 nacidos vivos.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño y del adolescente

La tasa de mortalidad perinatal en la Guayana Francesa se ha mantenido en alrededor de 30 por 1.000 nacidos vivos en los últimos 10 años. En 1995, las infecciones neonatales, las malformaciones congénitas y la toxemia del embarazo fueron las principales causas de defunción durante el período perinatal. En 20 años la tasa de mortalidad infantil se redujo a la tercera parte, de 50 por 1.000 en el decenio de 1970 a un promedio de 15 por 1.000 en los últimos años. Las tres causas de hospitalización más importantes en el período 1992–1993 fueron los partos prematuros y el bajo peso al nacer (48%), las enfermedades infecciosas (17%) y las infecciones respiratorias agudas (6%).

La Oficina Departamental de Protección de la Madre y el Lactante dispone de un sistema para registrar en forma permanente la información relativa al período perinatal que obtiene en todas las maternidades públicas y privadas, así como en los centros de salud departamentales. Esta información comprende los registros del resultado del embarazo y las hojas descriptivas que explican las causas de muerte perinatal, tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud.

En 1995, la razón entre mortinatos y recién nacidos que pesaban 500 gramos y 1.000 gramos fue de 22,6 por 1.000 y 16,7 por 1.000, respectivamente. La mortalidad neonatal temprana fue de 9,8 por 1.000 para los nacidos con 500 gramos y de 8,6 por 1.000 para los nacidos con 1.000 gramos. La tasa de partos prematuros se ha mantenido estable en 12% desde 1993. La proporción de recién nacidos con un peso inferior a 2.500 gramos fue de 11%.

En 1995, 67,3% de las mujeres realizaron durante el embarazo menos de las siete consultas previstas por la ley; 53,3% efectuaron menos de seis consultas y 19,7%, tres consultas o menos. Es alarmante la situación de las madres menores de edad: 79% efectuaron menos de siete consultas prenatales.

Entre 1981 y 1983 las defunciones de niños de 1 a 4 años de edad se debieron sobre todo a causas externas y traumatis-

mos (67 por 100.000) y a enfermedades del sistema nervioso central (40 por 100.000). En el período comprendido entre 1988 y 1990 las causas principales de defunción fueron las enfermedades infecciosas (37 por 100.000), las causas externas y traumatismos (30 por 100.000) y las afecciones de las vías respiratorias (18 por 100.000). Las causas principales de hospitalización en este grupo de edad fueron las enfermedades infecciosas (18%), los traumatismos craneanos (13%) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias superiores (11%).

Entre los niños de 5 a 14 años de edad, las tres causas principales de defunción en el período 1988–1990 fueron las causas externas y los traumatismos (12 por 10.000), las enfermedades infecciosas (6 por 100.000) y las enfermedades del aparato circulatorio (4 por 100.000). Las causas principales de hospitalización de los niños de 5 a 9 años de edad fueron rotura de extremidades (14%), traumatismos craneanos (12%) y apendicitis (12%). En los niños de 10 a 14 años la causa principal de hospitalización fue la apendicitis (18%), seguida por la rotura de extremidades (14%) y los partos normales (12%).

Los embarazos precoces, el abuso de drogas y el sida y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) aparecieron como los principales problemas de salud de los adolescentes. En el decenio anterior, aproximadamente 8% de las madres tenían menos de 18 años de edad. En 1992, la tercera parte de este grupo de edad mostró síntomas patológicos durante el embarazo. De toda la población afectada por el sida, 11,3% tiene menos de 20 años.

La salud del adulto

Entre 1988 y 1990 las causas principales de defunción de las mujeres de 15 a 34 años de edad fueron el suicidio (20%), los accidentes de tráfico (10%) y el sida (10%); entre las de 35 a 64 años, las causas de defunción más frecuentes fueron los tumores malignos (30%) y las enfermedades cerebrovasculares (16%). En los hombres de 15 a 34 años, las causas más importantes fueron los accidentes de tráfico (20%), el sida (10%), el suicidio (8%) y el homicidio (6,3%); entre los de 35 a 64 años predominaron los tumores malignos (11%), seguidos por el sida (10%), las enfermedades cerebrovasculares (9%) y los accidentes de tráfico (9%).

La salud del adulto mayor

Entre 1988 y 1990, las causas más frecuentes de defunción de las personas mayores de 65 años fueron las enfermedades cerebrovasculares (19% en los hombres, 23% en las mujeres), las afecciones de las vías respiratorias (7%), las enfermedades

infecciosas (7%) y los tumores malignos del sistema digestivo (7%). En este grupo de edad, las enfermedades crónicas más comunes son la hipertensión grave (19% en los hombres y 36% en las mujeres), la diabetes (15% en ambos sexos) y los tumores (15% en los hombres y 9% en las mujeres).

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. La incidencia de la malaria en la Guayana Francesa es alta: en 1995 se registraron 5.892 casos biológicamente confirmados. Los tres tipos encontrados más a menudo fueron *Plasmodium falciparum*, *P. vivax* y *P. malariae*. En la Guayana Francesa, las dos zonas de transmisión de la malaria son la que corresponde a los dos grandes ríos fronterizos (Maroni y Oyapock), donde la transmisión es permanente, y la costera, donde es esporádica y limitada. Puesto que las zonas infectadas por la malaria son muy distintas, es difícil definir una tendencia evolutiva global.

En 1994 se produjo un brote de la enfermedad en la región del Maroni superior (Maripasoula). Los movimientos migratorios, procedentes principalmente del Brasil y de Suriname y ligados con las minas de oro existentes a lo largo de los ríos, han contribuido a este aumento de la transmisión de la malaria.

En 1992, un estudio encontró una tasa de ineficiencia *in vivo* de 68% (*in vitro* de 62%) para el tratamiento de la malaria con cloroquina; la resistencia a la quinina fue de 24%. Estas comprobaciones fueron confirmadas por un estudio de quimiosensibilidad *in vitro* realizado por el Instituto Pasteur (1993–1996), en el que también se demostró la resistencia a la halofantrina.

En la Guayana Francesa, el vector del dengue es el *Aedes aegypti*; los virus de los tipos inmunológicos 1, 2 y 4 circulan de modo endémico-epidémico. Desde julio de 1991 hasta octubre de 1992 se observó una ola epidémica causada por el serotipo dengue-2. Durante el período mencionado se registraron 40 casos de fiebre hemorrágica del dengue, incluidas seis defunciones. En diciembre de 1995, este serotipo reapareció principalmente en Cayena. Se produjo un nuevo brote de la enfermedad desde el último trimestre de 1996; la distribución fue: dengue-1 en Kourou y dengue-2 en Cayena.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. Junto con la malaria, la diarrea es el principal motivo de las consultas y las observaciones realizadas en los dispensarios departamentales. La fiebre tifoidea estalla en pequeñas epidemias, sobre todo en las comunidades de la región del Maroni.

En la Guayana Francesa el primer caso de cólera se notificó en 1991. Entre diciembre de 1991 y noviembre de 1994 se comunicaron 22 casos de cólera, 55% de los cuales se produjeron en zonas rurales. Desde noviembre de 1994 no se ha notificado ningún caso de cólera en el departamento.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Desde el comienzo de la epidemia se han notificado 588 casos de sida en la Guayana Francesa. Las mujeres representan 38,4% del total de los casos; el grupo de 30 a 39 años de edad es el más afectado (38,8%); le siguen los grupos de 40 a 49 años (17,7%) y de 20 a 29 años (15,6%). En 79,2% de los casos la transmisión es heterosexual. Mientras la transmisión de la madre al feto, que es un aspecto estremecedor, representa 58 casos (9,9% del total de los casos), la transmisión relacionada con el abuso de drogas es muy baja (2%). De los casos notificados, 57,8% habían muerto al 31 de diciembre de 1996.

El tratamiento triple multimedicamentoso del sida comenzó en agosto de 1996 y desde entonces los pacientes pueden someterse a una medición de carga viral. En 1997 se puso en marcha en la Guayana Francesa un proceso de "programación estratégica" para tomar urgentes medidas de lucha contra esta enfermedad.

Tuberculosis y lepra. En 1995 se registraron 69 casos de tuberculosis. El predominio de la enfermedad entre los hombres (con una razón hombre/mujer de 2,2:1) en 1994 parece haber disminuido: la razón hombre/mujer fue de 1,16:1 en 1995. Las dos terceras partes de los casos de tuberculosis se encuentran entre los inmigrantes de Brasil, Haití y Suriname. La tasa de coinfección tuberculosis/VIH fue de 19% en 1995. La pobreza y la marginalidad, que se han exacerbado desde 1993 en la Guayana Francesa, son factores que probablemente favorezcan la transmisión de la tuberculosis.

En la Guayana Francesa todos los años se detectan de 15 a 20 casos nuevos de lepra. Predomina la forma paucibacilar (casi 80%). A partir de 1986, la incidencia de la lepra ha disminuido a la mitad y oscila entre 0,08 por 1.000 y 0,15 por 1.000. La prevalencia ha mostrado una firme disminución, de 3,2 por 1.000 en 1985 a 1,1 por 1.000 en 1995.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición. La desnutrición proteinoenergética afecta sobre todo a la población negra de la región del Maroni y, en particular, a los niños cuando cesa el período de lactancia. En el Hospital Saint Laurent, en Maroni, se registran entre 15 y 20 hospitalizaciones por año por desnutrición infantil grave (kwashiorkor, ma-

rasmo y formas mixtas). La desnutrición proteinoenergética infantil en la población negra se vincula con una serie de factores, principalmente con el menor interés que despierta la lactancia natural y con sistemas de creencias respecto de la alimentación de los niños.

Tumores malignos. Los cánceres son la principal causa de defunción entre los 35 y los 64 años de edad. En los hombres, los cánceres afectan primordialmente al sistema digestivo, la próstata y las vías respiratorias. En las mujeres, las causas de defunción más frecuentes son los tumores del sistema digestivo (37%) y del cuello del útero (20%).

Trastornos mentales y del comportamiento. En la Guayana Francesa se han llevado a cabo pocos estudios de los residentes que sufren trastornos mentales. Sin embargo, los datos de los hospitales indican que en los últimos años se ha producido un aumento general de este tipo de actividades, especialmente en materia de psiquiatría infantil y juvenil. Los datos revelan que hay un alto porcentaje de pacientes hospitalizados por la fuerza (30,6% en 1993, ante un promedio nacional de 21%), que faltan estructuras apropiadas para tratar enfermedades o minusvalías estabilizadas, lo que entraña hospitalizaciones que no se justifican desde el punto de vista psiquiátrico, y que la cobertura médica de los toxicómanos es una carga onerosa. En 1993, los toxicómanos representaban 22,6% de las hospitalizaciones y 73,0% de las hospitalizaciones hechas por la fuerza. El 50% de los toxicómanos hospitalizados presentan algún grave trastorno psiquiátrico conexo.

De conformidad con un reciente estudio sobre toxicómanos tratados en establecimientos especializados, 7% eran consumidores de "crack" o pasta de coca, 59% tenían entre 20 y 34 años y 66% no tenían trabajo (en comparación con 14% de adictos con empleos estables).

Aunque hay escasez de información sobre la morbilidad relacionada con el consumo de alcohol, parece que 3% de las defunciones se relaciona con este.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Abastecimiento de agua, sistemas de alcantarillado y eliminación de residuos sólidos. Un 85% de la población, que se concentra en la costa, dispone de agua potable, que en general es de muy buena calidad. Las comunidades del interior tienen agua de calidad mediocre, cuando no extremadamente pobre; sus centros de tratamiento son inapropiados o

funcionan en instalaciones con problemas de mantenimiento. Los problemas más graves que afectan a la calidad del agua se relacionan con los parámetros bacteriológicos, la presencia de aluminio, los subproductos de la cloración y la presencia ocasional de mercurio.

Los mecanismos de eliminación de las aguas servidas domésticas no son muy eficaces en la Guayana Francesa. Se estima que únicamente recibe tratamiento 30% de las aguas servidas que se producen. No hay en la Guayana Francesa medios para el tratamiento organizado ni para la recuperación de los desechos domésticos. Los terraplenamientos constituyen la única manera de eliminar los desechos; hay tan solo dos que son objeto de control y ambos están situados en la zona urbana de Cayena. Además, hay unos 20 terraplenamientos rudimentarios comunales y más de 100 terrenos escogidos al azar como vertederos de basura. La mayoría de los terraplenamientos funcionan sin que previamente se hayan realizado estudios sobre las consecuencias de su instalación, y suelen estar en lugares inadecuados.

Control de las enfermedades transmitidas por vectores. La lucha contra la malaria le compete a la Oficina Departamental de Desinfección y abarca el control de los vectores mediante el rociamiento de las casas (de sus paredes), la impregnación de los mosquiteros con insecticidas de acción prolongada, el ataque a concentraciones de parásitos con técnicas de detección activa y el tratamiento de los vectores parasitarios. El sistema de vigilancia se basa en la notificación obligatoria de casos locales e importados de malaria y en su detección activa y pasiva. La Oficina de Desinfección y el Instituto Pasteur de la Guayana Francesa también realizan actividades de vigilancia entomológica. El Instituto Pasteur lleva a cabo estudios entomológicos de los vectores de la malaria y de su sensibilidad a los antibióticos.

Desde la celebración de la Segunda Conferencia de Consenso sobre la Malaria (Cayena, octubre de 1995), las recomendaciones para el tratamiento de la malaria en la Guayana Francesa son la exclusión de la cloroquina como primera medicación y la intensificación del uso de quinina en asociación con doxiciclina, halofantrina o mefloquina.

El Instituto Pasteur es el Centro Nacional de Referencia encargado de la vigilancia del dengue y la fiebre amarilla, así como de la identificación de las cepas víricas. El actual sistema de vigilancia se basa en las serorreacciones solicitadas por los médicos. El control de los vectores efectuado por la Oficina de Desinfección abarca diferentes actividades, tales como el control de los depósitos de larvas mediante visitas periódicas a las viviendas, la inspección y tratamiento de contactos cercanos a casos de serorreacción positiva, y el control de las larvas y el empleo de imagocidas entre los contactos más próximos de pacientes seropositivos. El uso de imagocidas aumenta cuando resurgen los casos de dengue.

Por conducto de los medios de difusión, el departamento nacional de educación y diversas asociaciones, se organizan campañas de educación sanitaria en las que se alienta al público para que participe en la eliminación de los depósitos de larvas.

Inmunización. Dada su situación geográfica y los riesgos de infección por el virus de la fiebre amarilla, la inmunización en la Guayana Francesa es obligatoria desde los 12 meses de edad y comprende una dosis de refuerzo cada 10 años. Desde 1995, todos los centros de salud del departamento están equipados para llevar a cabo este programa de inmunización. La vacunación obligatoria se realiza en forma gratuita en los dispensarios y en los centros de prevención de enfermedades. Además de las vacunas obligatorias (BCG, DPT, antipoliomielítica y contra la fiebre amarilla), el Concejo General se encarga de la cobertura con las vacunas contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola, y contra la hepatitis B a los grupos de alto riesgo de infección.

Programas de salud mental. En el plan regional de psiquiatría, acordado en 1996, se definen los objetivos por alcanzar en los cinco años siguientes. Las prioridades establecidas fueron la creación de nuevas divisiones sectoriales (tres de psiquiatría para adultos y una de psiquiatría para niños y jóvenes), el incremento de las posibilidades de acceso a la atención, sobre todo para los habitantes de comunidades aisladas, y la adopción de medidas para cubrir las emergencias psiquiátricas y asistir a los pacientes peligrosos.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

En la región costera de la Guayana Francesa, donde se encuentran tres centros urbanos (Cayena, Kourou y Saint Laurent du Maroni), vive casi el 80% de la población. La costa cuenta con centros de salud modernos (tres hospitales y tres clínicas privadas), una red de médicos particulares y servicios de prevención administrados por el Concejo General. La población del interior se distribuye principalmente a lo largo de los dos ríos fronterizos y por zonas alejadas de los centros urbanos. En las zonas rurales más remotas, donde no hay médicos particulares ni hospitales, funciona una red de dispensarios de salud pública administrados por el Concejo General. El acceso al tratamiento, que incluye la provisión de medicamentos, es allí enteramente gratuito.

Hay dos hospitales públicos, uno en Cayena (con 526 camas, 80 de las cuales están reservadas a los pacientes psiquiátricos) y el otro en Saint Laurent du Maroni (104 camas). Hay un dispensario privado sin fines de lucro en Kourou (con 65 camas) y tres dispensarios sin fines de lucro en Cayena

(con 81, 45 y 36 camas). En la Guayana Francesa no se practican la cirugía cardíaca ni la neurocirugía y tampoco se tratan las quemaduras graves, de manera que es necesario que los pacientes que requieren este tipo de intervenciones sean enviados a las Antillas o a Francia. Hay nueve centros médicos y, en las zonas remotas, 17 centros de salud satélites atendidos por personal sanitario. En ellos se brinda atención de enfermería y consultas médicas y se mantienen camas para los pacientes a los que es preciso observar. El territorio está dividido en 12 zonas sanitarias definidas aproximadamente por los límites administrativos. Por lo común, los médicos recorren en canoa las rutas de difícil tránsito (viajan así hasta seis horas dentro de una misma zona sanitaria). Los equipos de salud pueden trasladar a los pacientes a hospitales costeros. Las Canoas, los aviones, los helicópteros y las ambulancias son los medios empleados para los traslados, según la ubicación del centro y el grado de urgencia de la atención. Los traslados se realizan para efectuar consultas médicas, someterse al examen de especialistas o internarse en un hospital con arreglo a un plan preestablecido y también en casos de emergencia.

Desde 1993 el servicio de seguridad social comparte los costos de funcionamiento de los centros de salud departamentales, que se prorratan sobre la base de un porcentaje estimado de las personas aseguradas residentes en la comunidad.

GUADALUPE

Guadalupe es un archipiélago formado por ocho islas habitadas; las dos más grandes, separadas por un estrecho brazo de mar, son Basse-Terre y Grande-Terre. Las otras islas son de los Santos y María Galante en el sur, la Deseada en el este, y la sección francesa de San Martín y San Bartolomé, unos 230 km al norte.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La salud de los niños ha mejorado mucho en Guadalupe entre 1992 y 1996. Este mejoramiento es más marcado en relación con la mortalidad infantil. Aunque la mortalidad perinatal descendió a una tasa media de 10,1 por 1.000 nacidos vivos en el período comprendido entre 1994 y 1996, la tasa de mortalidad se mantuvo alta (7,4 por 1.000). El número de defunciones de niños de 7 a 28 días de edad siguió siendo el mismo (1,9 por 1.000) en ese período. La mortalidad de los menores de 1 año descendió de 10,4 por 1.000 en 1992 a 7,9 por 1.000 en 1995. Las causas más importantes de mortalidad

infantil son las afecciones originadas en el período perinatal (50,0%), las anomalías congénitas (16,0%) y las enfermedades infecciosas y parasitarias (12,5%).

En el período comprendido entre 1987 y 1992, la mortalidad de niños de 1 a 4 años de edad fue provocada por causas accidentales en 42% de los casos. El porcentaje fue esencialmente el mismo para ambos sexos. Otras causas de defunción fueron las infecciones (12,6%) y las malformaciones (12,3%).

A los 3 años de edad, 77% de los niños están inscritos en jardines de infancia y son objeto de exámenes médicos. Durante el año escolar 1994–1995, 1,4% de los niños examinados tenían problemas de lenguaje que requerían tratamiento especializado. De cada 1.000 niños, 8 sufrían deficiencias confirmadas de la audición y 18, trastornos confirmados de la vista (7 tenían estrabismo confirmado).

Los accidentes provocan la mitad de las defunciones en el grupo de 5 a 14 años: 47% entre las niñas y 52% entre los niños. Las causas más comunes de mortalidad en este grupo de edad son los tumores (11,5%) y las enfermedades del sistema nervioso (9,3%).

La salud del adolescente y del adulto joven

Los adolescentes y los adultos jóvenes (entre los 15 y los 24 años de edad) representan 16% de la población de Guadalupe. La tasa de desempleo en este grupo de edad es de 48%. El 86% de los jóvenes de 15 a 19 años están inscritos en colegios. Un estudio de las defunciones registradas en el período comprendido entre 1987 y 1990 indica que 2,7% se producen en este grupo de edad. Con un promedio anual de 62 muertes, la tasa de mortalidad correspondiente a este grupo es de 0,7 por 1.000 (1,2 por 1.000 en los hombres y 0,3 por 1.000 en las mujeres).

Los accidentes de tránsito provocan una de cada tres muertes en este grupo de edad. Les siguen, en orden de importancia descendente, las causas mal definidas y otros accidentes, con sus efectos tardíos (28%), los tumores (7,3%), y las enfermedades del sistema circulatorio y trastornos del sistema nervioso y de las vías respiratorias. Los adolescentes son los más afectados por accidentes de vehículos de dos ruedas, que en promedio causan 37% de las defunciones y 47% de las lesiones graves que sufren por año. Al grupo de 15 a 24 años también le corresponde una elevada proporción de las víctimas de accidentes de vehículos de motor (21% de las defunciones y 26% de las lesiones graves).

Un estudio realizado entre 1993 y 1994 en el Hospital Universitario de Pointe-à-Pitre reveló que se habían registrado 71 ingresos por intentos de suicidio de adolescentes de 15 a 19 años. Los factores de riesgo identificados fueron una historia clínica previa de problemas psicológicos (42%), fracasos fre-

cuentes en la escuela (50%), una alta incidencia de familias desintegradas (76% eran hijos de parejas divorciadas) y antecedentes de intentos de suicidio de parientes cercanos (7,5%). Otros factores de riesgo notificados a menudo fueron el incesto y la violación. Eran frecuentes los intentos de suicidio reiterados (30% de los casos) a los cuatro meses y medio del anterior, en promedio.

En el período comprendido entre 1989 y 1991, las enfermedades plenamente cubiertas por el sistema de seguro médico representaron 4% de las hospitalizaciones de personas de este grupo de edad. Las principales causas de hospitalización fueron los trastornos mentales (46% de los casos), las cardiopatías congénitas y valvulares (7,6%), las hemoglobinopatías (7,5%) y la diabetes y escoliosis progresiva (6,2%).

En 1992, 5,4% de los embarazos se produjeron en menores de 18 años. Sin embargo, entre 1982 y 1992 la tasa de fecundidad descendió de 45 por 1.000 a 29 por 1.000 en el grupo de 15 a 19 años y de 149 por 1.000 a 98 por 1.000 en el grupo de 19 a 24 años.

La salud del adulto

Durante el período comprendido entre 1987 y 1990, las principales causas médicas de defunción de adultos de 15 a 60 años fueron las enfermedades cardiovasculares (33%), los tumores (19%), los traumatismos (12%), las causas mal definidas (7%), las enfermedades del sistema digestivo (6%) y las afecciones respiratorias (5%). El orden difiere para el grupo de 15 a 34 años de edad, en el que las causas accidentales y los accidentes de tránsito y de otro tipo son las dos primeras causas de muerte, seguidas por el suicidio y las infecciones por el VIH. Entre 1987 y 1990 se registraron 800 defunciones de personas menores de 65 años. Las principales causas de estas muertes prematuras fueron los accidentes, las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores. Alrededor de la mitad de estas defunciones (424) eran evitables: 228 con el cambio de comportamientos de alto riesgo y 196 con un mejor reconocimiento sistemático o una atención apropiada del sistema de salud.

Una encuesta de morbilidad hospitalaria realizada en 1992 y 1993 en las salas de estancia breve indica que la hipertensión, la diabetes y el alcoholismo son las enfermedades que más frecuentemente se asocian con la hospitalización.

La salud del adulto mayor

Cuando se realizó el censo de 1990, las personas de 60 años y más representaban 11,7% de la población total; en 1995, este sector de la población era de 12,3%. Prácticamente todos los que tienen 60 años y más viven en su hogar, como conse-

cuencia de la protección que brindan los modos de vida tradicionales y de la existencia de una política estatal de atención en el hogar. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad (43%) en este grupo, seguidas por los tumores (20%) y las afecciones mal definidas (9%). La diabetes y la hipertensión representan 56% de la cobertura por enfermedades crónicas; les siguen el cáncer, los accidentes cerebrovasculares y las arteriopatías crónicas progresivas.

La salud reproductiva

En Guadalupe, la tasa de fecundidad descendió 27% entre 1984 y 1994. Las tasas disminuyeron un tercio entre las mujeres de 15 a 19 años y de 20 a 24 años, y una cuarta parte entre las de 25 a 29 años de edad. La tasa de fecundidad de las mujeres de 30 años y más se mantuvo constante.

Los datos reunidos en centros de planificación y de educación familiar indican que 75% de los usuarios recurren a anticonceptivos orales, 8% a dispositivos intrauterinos (DIU) y 17% a otros métodos. Una encuesta sobre mortalidad perinatal realizada en 1984 y 1985 indicó que la proporción de abortos era de 26% entre la población femenina en edad de procrear. En 1994, la tasa de abortos fue de 30 por 100 concepciones. La tasa de mortalidad materna fue de 51,4 por 100.000 nacidos vivos durante el período comprendido entre 1987 y 1990.

La salud de la familia

En Guadalupe, la característica más saliente de las familias es el papel que desempeñan las que forman padres solteros (la tercera parte de las familias); en 86% de los casos una mujer es cabeza de familia. La tercera parte de los menores de 17 años se cría en familias de padres solteros. Mediante medidas especiales se procura fomentar que los niños sean cuidados mientras los padres trabajan (ayuda para inaugurar guarderías y asistencia financiera a los padres que recurren a prestadores de atención matriculados), proporcionar a las familias necesitadas asistencia financiera para cubrir las necesidades básicas de sus hijos, y permitir que los niños vayan a la escuela desde pequeños.

La salud de los discapacitados

En 1992, una muestra elegida al azar en los registros de la Comisión Departamental de Educación Especial puso de manifiesto que el retardo mental moderado o leve era la más común de las discapacidades (con una tasa de 5,1 por 1.000 y 4,8 por 1.000, respectivamente); le seguían las discapacidades

motoras periféricas (1,3 por 1.000), las discapacidades motoras extendidas (1,2 por 1.000) y las discapacidades múltiples (1,2 por 1.000).

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. Todos los años se producen en Guadalupe cuatro o cinco casos importados. Hubo graves brotes de dengue en el segundo semestre de 1992 y de 1994. En 1994 se aisló el virus del dengue-2. En 1995 se registraron siete casos de dengue hemorrágico, tres de ellos mortales. La seropositividad es mayor de 30% durante los brotes epidémicos.

La única forma de esquistosomiasis que se encontró fue *Schistosoma mansoni* (bilharziasis intestinal). Los principales sitios de transmisión fueron erradicados mediante una campaña biológica dirigida contra el molusco vector (*Planorbis*).

Enfermedades inmunoprevenibles. En los últimos años no se registraron casos de poliomielitis ni de difteria. Desde el establecimiento de la red de vigilancia del sarampión en 1992, no se notificó ningún caso confirmado por prueba serológica entre ese año y octubre de 1996, cuando estalló una epidemia. A fines de marzo de 1997 se habían confirmado por prueba serológica 85 casos, de los cuales 79% correspondieron a escolares de 10 a 19 años de edad. No hubo casos en niños menores de 1 año. De los casos confirmados, 17% habían sido vacunados.

No se han descubierto casos de tétanos neonatal en el período comprendido entre 1992 y 1996. En 1994 se produjeron dos defunciones por tétanos (una anciana de 80 años y una mujer extranjera no vacunada).

Los síndromes de influenza en su conjunto se controlaron mediante una red de médicos centinelas; la vigilancia de la influenza mediante la búsqueda nasofaríngea del virus se instituyó en marzo de 1996. De esta forma, se confirmó la existencia de una epidemia a principios de octubre de 1996 y se estableció la presencia de la cepa H3N2 del tipo A del virus.

Las muestras de sangre donada que se tomaron en 1989 mostraron una prevalencia de 2,9% de la hepatitis B. Estos alentadores resultados se obtuvieron gracias a los rigurosos procedimientos de selección de los donantes establecidos para aumentar la seguridad del producto de las transfusiones de sangre. Las pruebas positivas de hepatitis C en muestras de sangre donada descendieron de 21,8% en 1990 a 0,9% en 1993 y a 0,07% en 1996.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. En Guadalupe no hubo casos de cólera y las enfermedades

diarreicas ya no son más un problema de salud pública, como consecuencia de la alta calidad del sistema de abastecimiento de agua y del control de los productos alimentarios.

Infecciones respiratorias agudas. La tasa de infecciones respiratorias agudas es de 0,5 por 1.000 para los niños menores de 5 años. Un estudio efectuado en 1993 en escolares de 6 a 12 años de edad puso de manifiesto una prevalencia de 13,6% de asma en la región de Basse-Terre.

Rabia y otras zoonosis. No se han descubierto casos de rabia en Guadalupe. La leptospirosis es endémica y cada año se registran de cinco a seis casos. En 1996 fueron notificados 19 casos, incluidas dos defunciones.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Al 31 de diciembre de 1996 se habían notificado en total 731 casos de sida en Guadalupe. La proporción de mujeres afectadas es alta. La transmisión es heterosexual en 63% de los casos y la tasa de infección de la madre al feto es de 3%. El grupo de 20 a 39 años de edad acumulaba 53% de los casos y 59% del total habían muerto. En 1994 se encontró una tasa de seroprevalencia del VIH de 2% entre 1.469 personas examinadas en centros de reconocimiento sistemático.

En una encuesta realizada en 1996 en los centros de planificación familiar y de lucha contra las enfermedades venéreas se comprobó que la tasa de prevalencia de *Chlamydia trachomatis* en el grupo de menores de 25 años era de 14,3%.

Tuberculosis y lepra. Los brotes de tuberculosis de 1990 y 1991 causaron 18,3 y 16,2 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Esta situación fue seguida por la declinación de la incidencia global de esta enfermedad, que se estabilizó en una tasa media de 10,8 por 100.000 entre 1994 y 1996. Esta disminución de la incidencia resulta visible fundamentalmente entre las mujeres. No se detectaron casos en menores de 15 años. La tasa de inmunización con BCG es de 90% para los niños de 1 año. Los dos grupos más afectados son los grupos de mayores de 65 años y de 24 a 44 años (28 y 16 por 100.000, respectivamente). Una cuarta parte de los casos nuevos de tuberculosis ocurren en la población de extranjeros. La mitad de los casos son contagiosos y muestran la presencia del bacilo de Koch tras un examen directo. La tasa de coinfección por tuberculosis/VIH es de 27%. Un estudio de la resistencia a los antibióticos que llevó a cabo el Centro de Estudios Micobacterianos del Instituto Pasteur reveló un caso de polifarmacoresistencia.

La tasa de incidencia de la lepra (7 casos nuevos en 1995 y 10 en 1996) sigue siendo baja. En los dos últimos años, 14 de los 17 casos se produjeron en hombres. Todos los casos nuevos se han encontrado en personas mayores de 15 años. Predominan las formas bacilogénicas (en 9 de los 17 casos). En

1995 había en fichero activo alrededor de 700 casos: 20% por tratamiento y 80% por vigilancia posterior al tratamiento.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Diabetes. Dado que la prevalencia de la diabetes se estima en 6,6% y que son numerosas las complicaciones asociadas con esta enfermedad, se organizó en 1996 un plan de acción quinquenal para abordar este problema en Guadalupe.

Enfermedades cardiovasculares. En el período comprendido entre 1987 y 1992, todos los años se registraron en promedio 740 defunciones por enfermedades cardiovasculares, que se constituyen así en la principal causa de muerte (33% de todas las defunciones). Las afecciones cardiovasculares producen una de cada cinco defunciones de personas menores de 65 años. Las afecciones cerebrovasculares provocan en promedio 320 defunciones por año, que representan 43% del total de muertes por enfermedades cardiovasculares.

La hipertensión es la enfermedad que más a menudo requiere hospitalización. Los accidentes cerebrovasculares provocan 9% de los ingresos hospitalarios por enfermedades del aparato circulatorio. En 40% de estos casos, la hospitalización se prolonga por más de 10 días. Las afecciones cardiovasculares constituyen 41% de las enfermedades por las cuales los pacientes reciben plena cobertura del sistema de seguro médico.

Tumores malignos. El cáncer es la segunda de las causas de mortalidad más comunes. El cáncer de próstata en los hombres, el del cuello del útero en las mujeres y el de estómago en ambos sexos son muy frecuentes. Los ingresos en hospitales por cáncer representan 5% de las hospitalizaciones.

Accidentes y violencia. Los accidentes de tránsito plantean en Guadalupe un problema prioritario de salud pública. En promedio, cada año mueren 98 personas y sufren heridas graves 568 (que requieren más de seis días de hospitalización). Un 63% de las defunciones por accidentes de tránsito ocurren en el grupo de edad de 15 a 44 años. Los peatones y los conductores de vehículos de dos ruedas representan, respectivamente, 22% y 33% de las defunciones por accidentes de tránsito. El grupo de personas de 15 a 44 años representa 69% de los que sufren lesiones graves.

En 1993, hubo 1.565 víctimas de accidentes de trabajo; 10% de estos accidentes fueron graves o mortales.

Las principales víctimas de accidentes en el hogar son niños menores de 5 años. Las causas más frecuentes son las intoxicaciones con productos de uso doméstico, las caídas y las quemaduras. En 1996 se notificaron 423 casos de mal-

trato de menores. En 87% de los casos denunciados a las autoridades judiciales, las víctimas fueron trasladadas de inmediato debido a la situación de violencia extrema o de abuso sexual.

Consumo de alcohol, tabaco y drogas. Entre 1987 y 1990, un promedio de 150 defunciones por año se atribuyó a problemas relacionados con el alcohol. La razón hombre/mujer es de 8:2 entre los alcohólicos. El alcoholismo crónico es la cuarta de las causas más frecuentes de muerte prematura (es decir, antes de los 65 años) y la tercera de las afecciones más comunes que se vinculan con la hospitalización. Entre los procesos patológicos vinculados con el alcohol, la psicosis alcohólica representa aproximadamente 45 defunciones por año. El promedio anual de muertes por cáncer del tracto digestivo superior y por cirrosis de hígado es de 55 y 50, respectivamente.

Durante el período comprendido entre 1987 y 1990 se registraron en promedio 150 muertes anuales relacionadas con el tabaco. De las víctimas, 60% fueron hombres y 40% mujeres, aunque la degradación física varía según el grupo patológico. Aumentan los cánceres de tráquea, bronquios y pulmón, especialmente entre las mujeres.

En Guadalupe se ha producido una transición de la dependencia de la marihuana a la dependencia del crack o pasta de coca. Ha aumentado el número de toxicómanos tratados por los servicios médicos y sociales y el de personas sometidas a interrogatorio por consumir drogas y traficar con ellas. La población que consume drogas es joven (62% tenía menos de 30 años y 47% menos de 25 años en 1994), principalmente del sexo masculino (92%), y a menudo forma parte de la población no activa (dos terceras partes de los casos). En 1994, las dos sustancias más comúnmente usadas eran la marihuana (64%) y el crack (26%).

Desastres naturales. Guadalupe está situada en una zona de alto riesgo en lo que se refiere a desastres naturales como huracanes, erupciones volcánicas y terremotos. Los huracanes entrañan una amenaza todos los años. En 1989, el huracán Hugo provocó daños considerables, al igual que los huracanes Luis y Marilyn en 1995.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Servicios de salud y recursos

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

El sistema de salud de Guadalupe está organizado en torno de 25 establecimientos de salud: 10 pertenecen al sector pú-

blico (un hospital universitario regional, cinco hospitales, un hospital de psiquiatría, dos hospitales locales y un hospital de larga estancia) y 15 son clínicas privadas, con fines de lucro, que funcionan en Basse-Terre y Grande-Terre. En enero de 1996 la capacidad de atención médica por corto plazo, de cirugía y de asistencia ginecobstétrica era de 1.146 camas en el sector público y de 900 en el privado. Había 417 camas en hospitales públicos y 21 en clínicas privadas para pacientes psiquiátricos y se disponía de 214 camas en aquellos y de 209 en estas para seguimiento y rehabilitación.

En las dos islas principales se brinda atención especializada, que comprende: ingreso y tratamiento de casos de urgencia, reanimación, atención y reanimación neonatal, tratamiento de la insuficiencia renal crónica (en 1996 estaban sometidos a diálisis 322 pacientes y se habían realizado siete trasplantes de riñón) y tratamiento ginecobstétrico.

MARTINICA

Martinica es la más septentrional de las Islas de Barlovento; las islas vecinas más próximas son Dominica al norte y Santa Lucía al sur. Martinica abarca una superficie montañosa de 1.130 km², cuya característica física más destacada es la Montagne Pelée, un volcán inactivo de 1.400 m de altura. La capital administrativa y comercial es Fort-de-France.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La tasa de mortalidad infantil de Martinica se redujo a la mitad en 10 años y en 1995 fue de 5,8 defunciones por 1.000 nacidos vivos. En 1996 la mortalidad perinatal se mantuvo en 11,4 por 1.000 nacimientos en total. Ese mismo año la tasa de nacimientos prematuros fue de 8%. La proporción de recién nacidos con menos de 2.500 gramos de peso fue de 9,4%; la correspondiente a los que pesaban menos de 1.500 gramos al nacer fue de 1,3%. En 1995, 699 lactantes (12% del total de nacimientos) fueron hospitalizados en salas neonatales; de ellos, 2,6% murieron durante el período neonatal. Las principales causas de defunción fueron la extrema prematuridad y las infecciones.

En el período comprendido entre 1987 y 1990 se produjeron en promedio 60 muertes por año entre los niños de 1 a 4 años (2,8% de las muertes totales). Las defunciones fueron atribuidas a traumatismos externos, enfermedades mal definidas, enfermedades del sistema nervioso, afecciones de las vías respiratorias y tumores.

Una encuesta realizada en 1997 sobre cobertura inmunitaria de niños de 1 año indicó que 83% estaban vacunados con la BCG, 97% con la DPT y la antipoliomielítica y 78% con virus inactivados contra la hepatitis B; esta última vacuna se incorporó al programa de inmunización en 1994.

La asistencia a la escuela es obligatoria desde los 6 años de edad. Sin embargo, una cuarta parte de los niños de 2 años y casi todos los mayores de 3 años concurren a la escuela.

En el período comprendido entre 1987 y 1990 se registraron en promedio 35 defunciones anuales entre los niños de 5 a 14 años de edad (1,6% de la totalidad de las defunciones). Más de la mitad se debieron a traumatismos externos y a tumores. Los ingresos en hospitales de niños de este grupo de edad tuvieron tres causas principales: afecciones respiratorias (24%), enfermedades del sistema digestivo (18%) y traumatismos e intoxicaciones (9%). Se produjo un aumento de las enfermedades alérgicas, incluida el asma. Cada año se notifican entre 400 y 500 casos de varicela, sobre todo en niños en edad de asistir a la escuela primaria.

La salud del adolescente y del adulto

Están inscritos en colegios casi 100% de los jóvenes de 15 a 19 años y 42% de los que tienen entre 20 y 24 años. El desempleo es más alto en este último grupo de edad: en 1996 llegó a 52%.

En el período comprendido entre 1987 y 1990 se produjeron en promedio 45 defunciones anuales entre los jóvenes de 15 a 24 años, con una razón hombre/mujer de 3:1. Los accidentes de tránsito y otras formas violentas de muerte predominan entre los hombres (69% de las defunciones en el grupo de 15 a 24 años); los tumores son la causa de 8% de las muertes. En las mujeres de este grupo de edad predominan las causas externas de traumatismo, primordialmente el suicidio (46% de las defunciones).

Las muertes acaecidas antes de los 65 años de edad representan 29% de las defunciones totales, con una prevalencia mayor en los hombres (35%) que en las mujeres (21%). Las causas externas de traumatismo (accidentes, suicidio y violencia), los tumores, las enfermedades del sistema circulatorio y las afecciones relacionadas con el alcohol representan 75% de estas muertes. La preponderancia de tumores y de trastornos del sistema circulatorio es mayor en las mujeres que en los hombres, pero ocurre lo contrario con respecto a los traumatismos y el alcoholismo. Parece posible evitar casi la mitad de estas defunciones. Las de los hombres podrían evitarse modificando modos de comportamiento de alto riesgo. La tasa de mortalidad de las mujeres podría ser menor si contaran con una cobertura más eficaz del sistema de atención de salud.

Una encuesta sobre morbilidad hospitalaria realizada en 1992 y 1993 puso de relieve que más de la tercera parte de las

estancias en hospitales de las mujeres de 15 a 64 años, se relacionaban con la maternidad. Le seguían las enfermedades genitourinarias (11%) y los trastornos digestivos (9%). Entre los hombres de la misma edad, 21% de los ingresos hospitalarios se debieron a traumatismos o intoxicaciones, y 14% a enfermedades del sistema circulatorio. Entre las enfermedades para las cuales la seguridad social cubre la hospitalización de pacientes de 15 a 34 años se encuentran los trastornos mentales (37%), la diabetes (9%), la drepanocitosis (8%) y la insuficiencia cardíaca (8%). La diabetes, la hipertensión grave y los trastornos mentales son las principales afecciones que requieren hospitalización en el grupo de edad de 35 a 64 años.

La salud del adulto mayor

En 1996, 15% de la población de Martinica tenía 60 años y más. Las principales causas de defunción de estas personas son las enfermedades cerebrovasculares, el cáncer de próstata y la insuficiencia cardíaca en los hombres y las enfermedades cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca y la diabetes en las mujeres. El cáncer, la hipertensión y la diabetes son las enfermedades más frecuentes. Los ingresos en hospitales aumentan mucho con la edad y los adultos mayores de 65 años representan 23% de las estancias breves en las salas de estos establecimientos.

En Martinica, la población de edad avanzada todavía está sólidamente incorporada al seno familiar. El 37% de las personas de 75 a 85 años viven en su casa. La población de 75 años y más reside en las zonas urbanas y su periferia y, en un 28%, en la capital.

Los esfuerzos desplegados por reducir el número de viviendas insalubres han permitido mejorar las condiciones básicas de higiene que se proporcionan a este grupo de población. Únicamente 16% de las personas de 60 años y más carecen de inodoros en el interior de la vivienda, y 6% no tienen acceso a una fuente de agua potable. Las dos terceras partes de este grupo de edad tienen casa propia y 2% viven en instituciones o como pensionistas en el seno de alguna familia.

La salud reproductiva

Se estimó que las mujeres en edad de procrear eran 104.200 (52% de la población femenina) en 1996. La tasa de fertilidad fue de 1,8 niños por mujer en 1994, en comparación con 2,1 en 1990. En 1995 la tasa de natalidad fue de 14,4 por 1.000. Los partos correspondientes a mujeres menores de 15 años son excepcionales (1 entre 1.000). Los partos correspondientes a mujeres menores de 18 años representan alrededor de 2% de los nacimientos.

Los métodos anticonceptivos son accesibles para todas las mujeres por medio del sistema médico privado, el Servicio de Asistencia Maternoinfantil o los centros de planificación familiar. Durante 1996, la Asociación para la Información y la Orientación de la Familia de Martinica, una institución privada de planificación familiar, fue consultada por 11.312 mujeres, 95% de las cuales estaban interesadas en los anticonceptivos. Se prescribe la píldora a 78% de las mujeres; 18% utiliza dispositivos intrauterinos (DIU).

El sistema de atención sanitaria ofrece plena cobertura a las mujeres embarazadas para que realicen siete visitas médicas prenatales. El porcentaje de mujeres que se controlan rara vez o mal (menos de cuatro visitas) oscila entre 7% y 8,5%. En 1996, casi todos los partos tuvieron lugar en un hospital o una clínica (0,3% en el hogar). Los hospitales públicos atienden 68% de los partos; el 32% restante se realiza en clínicas privadas. La tasa de operaciones cesáreas es de 14% en el sector público y de 16% en el sector privado. El porcentaje de embarazos múltiples es estable: 1,3% en 1996. La tasa de mortalidad materna fue de 54 defunciones por 100.000 nacimientos en el periodo comprendido entre 1987 y 1993.

Los abortos, que desde 1982 son legales hasta la décima semana de embarazo, son casi 2.000 por año. En 1994 se registraron 23 abortos por cada 100 embarazos. Un estudio de los registros estadísticos de 1992 indica que la mayor parte de los abortos se producen en mujeres de 20 a 30 años (las menores de edad representan 5%). Estas mujeres muy frecuentemente son solteras (72%) y 62% son estudiantes o empleadas a sueldo. Las dos terceras partes han estado embarazadas previamente y una quinta parte ha tenido un aborto anterior. Aunque los abortos no se practican oficialmente en el sector privado, es allí donde se llevan efectivamente a cabo, porque las listas de espera en el sector público son demasiado largas. Se estima en 20% el porcentaje de solicitudes de abortos que resultan denegadas.

La salud de la familia

El censo de población de 1990 reveló que el tamaño de las unidades familiares había disminuido mucho en Martinica: las familias compuestas por seis personas o más eran 14%, en comparación con 30% del censo de 1974. Además, la cohabitación de personas de varias generaciones es menos frecuente que en el pasado. En 1990, casi cuatro de cada cinco familias tenían una estructura muy sencilla: personas que vivían solas (21%), adultos con hijos pero sin pareja (16%) y parejas con hijos (32%) o sin hijos (10%). Por otra parte, 39% de los niños vivían en casas de progenitores solteros. Esta situación se vincula con la tradición (las mujeres crían a sus hijos solas) y con un fenómeno más reciente: la disolución de las

parejas. Por otra parte, 77% de los menores de 7 años provienen de hogares en los que ambos progenitores (o el progenitor soltero) ejercen alguna profesión.

La salud de los discapacitados

La tasa de prevalencia de discapacidad en niños de 10 a 19 años es de 12,6 por 1.000. Las deficiencias más frecuentes son las intelectuales (36%) y otras alteraciones psicológicas (21%). Hay alrededor de 100 niños que están gravemente afectados y sufren varias minusvalías. Más de la mitad de estos niños han sido colocados en instituciones especializadas o son vigilados institucionalmente. El número de adultos (personas de más de 20 años) discapacitados se estima en 15.000. Más de 5.000 reciben un subsidio para adultos impedidos. Menos de 3% viven en instituciones especializadas.

Una encuesta realizada en 1994 reveló que los defectos de la vista afectaban a un porcentaje de la población discapacitada de 20 a 60 años de edad estimado en 5%.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. En Martinica, la malaria es enteramente importada y su incidencia anual es baja. No se han registrado casos de fiebre amarilla. El Laboratorio de Higiene Departamental hizo posible que la vacuna contra la fiebre amarilla se aplicara a 3.164 personas en 1995 y a 3.951 en 1996.

Todos los años se producen epidemias de dengue. La incidencia anual del dengue-1 y del dengue-4, que había sido de aproximadamente dos casos por 10.000 habitantes en 1993, aumentó a 14 por 10.000 en 1995 como consecuencia de la intensa actividad de los huracanes. En 1996 hubo nueve casos por 10.000 habitantes. Todos ellos fueron confirmados por pruebas serológicas. El número de casos empezó a aumentar rápidamente entre agosto y septiembre, y alcanzó su valor máximo en diciembre y enero. En 1995 se registraron tres casos de dengue hemorrágico, uno de ellos mortal. En 1996 se notificaron 14 casos, ninguno mortal.

Enfermedades inmunoprevenibles. Durante más de 10 años no se han notificado casos de poliomielitis, difteria o tos ferina. En cuanto al sarampión, los casos notificados afectaron sobre todo a niños de una edad promedio de 9 años. Los casos confirmados por laboratorio fueron 8 en 1995 y 13 en 1996. Una encuesta sobre cobertura de inmunización que llevaron a cabo las autoridades departamentales en enero de

1997 demostró que esta era de 90% en todo el departamento. No ha habido casos de tétanos neonatal desde fines de los años setenta. Sin embargo, se presentan casos de tétanos entre las personas de edad avanzada (11 por año) como consecuencia de su pérdida de inmunidad vacunal. Desde 1990 se aplica la vacuna SPR (sarampión, parotiditis, rubéola) en campañas sistemáticas de inmunización. Desde 1995, la red de vigilancia médica ha notificado síndromes de influenza a la Oficina Departamental de Salud y Asuntos Sociales. En 1996 se notificaron 10.064 casos.

En febrero de 1992 se decretó la obligatoriedad de realizar la prueba del antígeno superficial del virus de la hepatitis B (HBsAg) durante el sexto mes del embarazo. Una encuesta sobre seroprevalencia que se llevó a cabo con una muestra de 492 mujeres que habían dado a luz en 1993 reveló que la prevalencia del HBsAg era de 0,6%. Una segunda encuesta realizada por Asistencia Maternoinfantil entre agosto de 1992 y junio de 1993 con 1.000 mujeres embarazadas mostró una prevalencia de 1,13%. En Martinica, la hepatitis C afecta a un número de personas estimado en 3.000. Hasta marzo de 1996 habían ingresado en el sector correspondiente 44 pacientes con hepatitis C crónica.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales.

No se han notificado casos de cólera en Martinica.

Salmonella es el agente etiológico más común de las intoxicaciones por alimentos (abarca 68,1% de las fuentes cuando se ha identificado el agente causal). El número de casos de *S. typhi* se reduce en forma continua, lo que confirma la desaparición de las grandes epidemias de fiebre tifoidea y paratifoidea, considerada durante mucho tiempo la enfermedad transmisible más importante en Martinica. En promedio, se notifican 14 casos por mes; la cifra máxima (30 casos) se registra en el mes de agosto.

Entre agosto de 1995 y julio de 1996 fueron hospitalizadas 14 personas con ciguatera, y se notificaron, aunque no se admitió su hospitalización, otros 32 casos de esta enfermedad. La tasa de incidencia anual es de 1,2 casos por 10.000 habitantes. Con una alta incidencia a lo largo del año, las epidemias de gastroenteritis vírica son la causa principal de diarrea en Martinica. En los últimos seis años se ha registrado una reducción de los casos de anquilostomiasis y de oxiuriasis, de 90% y 80% respectivamente, como consecuencia de una mejor higiene, de las actividades preventivas y de los exámenes sistemáticos practicados por la Oficina Departamental de Salud y Asuntos Sociales. Aunque los grupos de población más vulnerables (reclutas y trabajadores agrícolas) son examinados en forma sistemática, los resultados de estos exámenes no se pueden aplicar a la población en su conjunto precisamente porque se refieren a grupos de alto riesgo. Se detectó poliparasitismo (anquilostomiasis y oxiuriasis o *Schistosoma mansoni*) en 5% de los casos.

Tuberculosis y lepra. La incidencia de la tuberculosis bajó de 66 casos en 1982 a 33 en 1995. Un estudio retrospectivo de los 178 casos de tuberculosis registrados entre 1990 y 1995 demuestra que la edad media de los pacientes ha descendido de 57,5 años en 1991 a 48,4 años en 1995, probablemente como consecuencia de la coinfección por el VIH. La forma más frecuente de la enfermedad es la pulmonar (82%). De los 169 casos documentados, 6% han sufrido una recaída. La mayor parte (92%) de los casos se producen entre naturales de Martinica. Aunque el número de tuberculosos infectados por el VIH ha ido en descenso desde 1993, las personas VIH positivas corren 900 veces más riesgo de contraer tuberculosis que las VIH negativas. Las formas extrapulmonares de la enfermedad se encuentran particularmente entre los coinfectados por el VIH.

De los 195 casos de lepra tratados en las instituciones de salud, 92% fueron atendidos en el curso de 1996. De los 458 pacientes que están en observación pero no son tratados, 79,2 fueron examinados en 1996.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. La epidemia de sida en Martinica plantea un problema prioritario de salud pública. Hasta el 1 de enero de 1997 se habían notificado 402 casos de sida: 26% en mujeres y 74% en hombres. Desde el comienzo de la epidemia han muerto 262 personas a causa del sida. La seropositividad por el VIH no se notifica; únicamente se comunicaron los casos de sida declarados.

Hubo 44 casos nuevos de sida en 1992, 43 en 1993, 49 en 1994, 38 en 1995 y 35 en 1996. La epidemia se ha estabilizado y probablemente esté en declinación. El porcentaje de infección heterosexual es de 82% en las mujeres y de 60% en los hombres (64% para ambos sexos en conjunto). El predominio de la transmisión heterosexual no se debe a la subrepresentación de otros grupos, sino al aumento de esta forma de transmisión. Una encuesta realizada en 1994 sobre el comportamiento sexual de la población de las Antillas y la Guayana Francesa puso de relieve la importancia de los constantes cambios de pareja sexual en los departamentos franceses. No ha habido en Martinica ninguna clase social o profesional ni ningún grupo de edad que haya escapado de la epidemia de sida.

Como consecuencia de la estricta reglamentación a que están sometidas las transfusiones de sangre, el virus ya no se transmite por esta vía. La mejor cobertura de las embarazadas seropositivas ha reducido la transmisión del virus de la madre al hijo en 10% aproximadamente; en la actualidad hay 14 niños infectados.

En Martinica hay un plan departamental de lucha contra el sida. Se destinan 6 millones de francos para la prevención y 20 millones de francos para el tratamiento. En Martinica se proporciona una terapéutica progresiva. El tratamiento triple comenzó a aplicarse en junio de 1996 y suman unos 250 los

pacientes que reciben tratamiento doble o triple. Unas 400 personas están sometidas a controles de seropositividad en todas sus etapas y en la actualidad se mide de manera sistemática la carga vírica de los pacientes.

Enfermedades transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Durante más de 10 años no se han notificado enfermedades relacionadas con deficiencias nutricionales. Sin embargo, un nivel socioeconómico más elevado ha traído aparejados cambios en los hábitos alimentarios que, a su vez, se vinculan con las enfermedades propias de comer en demasía (obesidad, diabetes y colesterol alto). Cada año se producen en promedio 85 muertes provocadas por la diabetes (4% del total de muertes). La diabetes representa 22% de las hospitalizaciones plenamente cubiertas por el sistema de seguridad social.

Enfermedades cardiovasculares. Las afecciones cardiovasculares son la principal causa de muerte en Martinica. En el período comprendido entre 1990 y 1992 provocaron, en promedio, 740 muertes anuales (30% del total de defunciones). La influencia de las afecciones cardiovasculares en las muertes prematuras (es decir, en las producidas entre 1 y 64 años de edad), es la misma para los hombres que para las mujeres: estas afecciones representan 21% de las muertes prematuras.

Con arreglo al Código de Seguridad Social se proporciona cobertura a 30 enfermedades "largas", es decir, que requieren un tratamiento prolongado y caro. Las afecciones cardiovasculares, principalmente la hipertensión aguda y los accidentes cerebrovasculares, representan 40% de los ingresos por largo plazo que se registran todos los años. Las afecciones cardiovasculares también representan 8% de los ingresos por corto plazo, por lo que ocupan el cuarto lugar entre los motivos de hospitalización. Se estima que 20% del conjunto de la población padece hipertensión.

Tumores malignos. Cada año se registran unas 500 defunciones provocadas por tumores malignos; los tumores son la causa de una cuarta parte de las defunciones de hombres y de una quinta parte de las de mujeres. Las tasas normalizadas de mortalidad por cáncer se redujeron 10% en los años ochenta. Desde 1981 se consignan todos los casos de cáncer en el departamento. La incidencia del cáncer en Martinica es menor que la que se encuentra en otras regiones y países del mundo.

Entre los hombres, la tasa de cáncer de próstata es alta y va en aumento. Si bien los cánceres de oído, nariz y garganta

están especialmente extendidos, la incidencia de los cánceres broncopulmonares es baja. Entre las mujeres, la incidencia del cáncer del cuello del útero es muy alta y la del cáncer de la mama algo más baja. Aunque para ambos sexos la incidencia del cáncer de esófago y estómago es alta, se presentan pocos casos de cáncer de colon y recto. El registro de cánceres indica que entre 1981 y 1990 se produjeron 151 casos de tumor de la cavidad bucal en los hombres y 30 en las mujeres.

Accidentes y violencia. Hubo un promedio anual de 51 muertes por accidentes de tránsito entre 1991 y 1994. Aunque las tasas de mortalidad se han estabilizado desde 1992, la cantidad de lesiones graves va en aumento. De todas las muertes por accidentes de tránsito producidas en 1994, 34% fueron de conductores de vehículos de dos ruedas, 48% de conductores de automóviles y 19% de peatones. Los accidentes de tránsito graves en los que intervienen vehículos de dos ruedas son más frecuentes entre adolescentes y adultos jóvenes. La mayor parte de los peatones víctimas de accidentes tienen menos de 15 años.

En 1993 hubo 2.722 accidentes de trabajo. Se registraron ocho muertes (seis en viajes) y 112 accidentes produjeron efectos tardíos.

Durante el período 1987–1990 se registró un promedio de 40 suicidios (1,9% de las defunciones) por año. La tasa de suicidio es más alta entre los hombres mayores de 65 años. La tasa de mortalidad por suicidio aumentó entre los hombres, pero bajó levemente entre las mujeres a partir del período 1987–1990. Se notificó un promedio anual de siete homicidios en el período 1987–1990.

Abuso de sustancias tóxicas. Entre 1990 y 1992 se registró un promedio de 131 defunciones relacionadas con el consumo de alcohol, que representaron 6% de todas las muertes. Las defunciones relacionadas con el consumo de alcohol representan 9,2% de las muertes de hombres y 2,2% de las de mujeres. El más afectado es el grupo de 45 a 64 años de edad.

En el período comprendido entre 1990 y 1993 se registró un promedio anual de 147 defunciones atribuibles al consumo de tabaco (7% de todas las muertes).

La marihuana ha sido durante mucho tiempo la droga ilícita de consumo más común en Martinica. El crack entró en escena a principios del decenio de 1980 y ahora se consume en forma generalizada, solo o junto con la marihuana. En noviembre de 1995, fueron tratados en los servicios médicos y sociales 198 toxicómanos. Las actividades ilegales relacionadas con la droga se duplicaron entre 1992 y 1995.

Trastornos del comportamiento. Los trastornos mentales son un importante problema de salud pública. En Martinica, el tratamiento psiquiátrico de los adultos se concentra en un solo hospital. Un estudio de los diagnósticos de los pa-

cientes hospitalizados pone de relieve una considerable proporción de esquizofrenias y otras psicosis. Hay 470 camas para hospitalización psiquiátrica.

Las unidades de psiquiatría infantil y juvenil proporcionan una red de servicios comunitarios en Martinica. Desde 1993 funciona un centro de atención diurna con 15 plazas para niños autistas o con problemas similares menores de 11 años.

Salud oral. Una encuesta realizada a niños de 6 a 10 años de edad demuestra que 30% tiene caries dentales. Estas se encuentran más a menudo en las familias que viven en una situación social vulnerable. El agua de Martinica no tiene flúor, de manera que es necesario añadirle un suplemento de sal fluorurada o de píldoras de flúor.

Drepanocitosis. La drepanocitosis es la enfermedad genética más común en las Antillas. En Martinica se detecta en 99% de los casos. Dos estudios han demostrado que 10% de la población presenta características indicativas de células falciformes: 0,17% de los casos con SS y 0,24% con SC. Una de cada 65 uniones sexuales trae aparejada un riesgo y cada año nacerán entre 15 y 20 niños con un fenotipo que ha de desencadenar un importante síndrome drepanocítico. Además, 600 niños, es decir, casi 10%, nacerán con características indicativas de células falciformes.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Salud y medio ambiente. En Martinica, el agua para consumo público se somete a controles intensivos y es de alta calidad. Sistemáticamente se controlan unos 23 parámetros y se emplean procedimientos que alertan de la presencia de contaminantes que sobrepasan determinados niveles. Los plaguicidas utilizados en agricultura deben ajustarse a normas nacionales. Hasta ahora no se han encontrado plaguicidas en el agua potable suministrada. La medicina industrial cubre la prevención de intoxicaciones; en los últimos 10 años los casos de intoxicación han disminuido 90% y en la actualidad se presentan unos cinco casos por año.

La organización de los servicios públicos que se relacionan con la salud y las cuestiones ambientales comprende seis dependencias estatales y las comunidades locales. Se alienta a grupos especiales a estudiar problemas concretos del ambiente.

En Martinica la contaminación atmosférica se limita a la que producen las emanaciones de los automóviles en los centros urbanos y a lo largo de las carreteras principales. La quema de plantaciones de caña de azúcar y la producción de ron generan niveles de contaminación muy bajos y virtualmente no existe contaminación atmosférica industrial. Se exige que los automóviles nuevos estén equipados con sistemas de escape catalíticos. Un número creciente de automóviles (aproximadamente 30%) utiliza gasolina sin plomo.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

En Martinica, el plan regional de organización de la salud comprende servicios de "urgencias" y de "reanimación". Abarca tres hospitales públicos (incluido un hospital docente) y tres clínicas privadas. El sector público cuenta con 1.831 camas para hospitalizaciones cortas, 114 camas para control ulterior y rehabilitación funcional y 101 para atención por un plazo medio. El sector privado tiene 100 camas para asistencia por un plazo corto, 39 para control ulterior y rehabilitación funcional y 61 para atención por un plazo medio. Los especialistas brindan sus servicios en todas las categorías y ofrecen la más completa variedad de tratamientos.

La asistencia ambulatoria proporcionada comprende diálisis domiciliaria, centros de lucha contra el alcohol y el cáncer y un centro de tratamiento de varias adicciones.

En el plan regional de organización de la salud se presta especial atención a la asistencia médica de urgencia. En la organización actual se prevé que un centro de atención (el "centro 15") reciba llamadas telefónicas gratuitas. Este centro proporciona en cada caso la respuesta más apropiada, tanto ante consultas médicas como ante la necesidad de transportar conjuntamente por helicóptero a un paciente y un equipo médico especializado. Hay un servicio médico de urgencia que se hace cargo de las llamadas del "centro 15", en el hospital docente de Fort-de-France; otros tres servicios hospitalarios de urgencia funcionan en hospitales públicos.