
JAMAICA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Jamaica es una isla de 10.991 km² situada a unos 885 km al sur de Miami (Estados Unidos de América) y a 145 km al sur de Cuba. Es la más extensa de las islas de la Mancomunidad del Caribe de habla inglesa y ocupa el tercer lugar entre las más extensas de la región. Se divide en 14 condados y tiene dos importantes centros urbanos, a saber, Kingston en la costa del sudeste y Montego Bay en la del noroeste.

Jamaica, estado independiente de la Mancomunidad de Naciones desde 1962, es gobernada por una democracia parlamentaria basada en el modelo de Westminster/Whitehall. El Parlamento está formado por un Gobernador General que representa a la Corona Británica y una legislatura bicameral. El Gabinete de Ministros es el brazo ejecutivo del Gobierno, encabezado por un Primer Ministro.

Su economía se ha basado siempre en la agricultura y sus principales exportaciones son azúcar, banano y frutas cítricas. Durante el decenio de 1960 la explotación de bauxita adquirió mayor importancia como fuente de divisas y sobrepasó al sector agrícola. Con la baja de los precios mundiales del aluminio a partir de los años ochenta, el turismo ha reemplazado a la industria de la bauxita como principal fuente de moneda fuerte. En 1995 los ingresos brutos en divisas provenientes del sector de turismo alcanzaron un monto estimado de US\$ 965 millones, cifra 5% mayor que la de 1994.

En 1995 la balanza de pagos mostró un superávit de US\$ 21,8 millones, pero en la actualidad presenta un déficit de US\$ 224 millones. Como resultado de las fluctuaciones del tipo de cambio, el dólar estadounidense alcanzó un valor de J\$ 39,80 en 1995, que se redujo a J\$ 34,70 en 1997. Los precios al consumidor aumentaron 25,5% a fines de 1995. Las exigencias de aumento salarial fueron un factor contribuyente a ello.

En 1995 se introdujeron medidas especiales para tratar de controlar la fluctuación del dólar y desacelerar la inflación.

Entre esas medidas cabe citar un aumento de las tasas de interés de los pagarés del Tesoro, una mayor austeridad fiscal para poder lograr un superávit de 3% del PIB en el sector público, la venta de divisas por el Banco de Jamaica al sistema bancario y la realización de un programa especial de depósito con fines de control de la liquidez.

A fines de 1996 Jamaica tenía una población de 2.527.600 habitantes. La tasa de crecimiento se estima en 1,0, un poco menor que la de 1,2 registrada el año anterior. En 1990 la esperanza de vida al nacer fue de 73,6 años: 69,6 para los hombres y 72,9 para las mujeres. Los hombres representaron 49,7% de la población y las mujeres, 50,3%. La proporción de la población menor de 15 años se redujo de 38,4% en 1982 a 34,3% en 1991.

La tasa de mortalidad infantil ha mostrado una marcada mejora en los últimos siete años y se redujo de 29,8 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 23,8 en 1996. La tasa de mortalidad materna fue de 10,2 por 10.000 mujeres en 1994. La tasa bruta de natalidad fue de 22,8 y la de defunción, de 5,9 por 1.000 habitantes. La relación de dependencia en 1995 fue de 722 por 1.000 personas, un poco mayor que en 1994 cuando alcanzó una cifra de 719. La tasa de fecundidad total fue de tres hijos por mujer en 1995. La Encuesta de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos realizada en 1993 con mujeres de 15 a 44 años de edad demostró que la fecundidad era mayor en el grupo de 15 a 29 años.

En la actualidad las principales causas de defunción son las enfermedades crónicas no transmisibles; en 1991 fueron los tumores malignos, las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes. La tasa bruta de defunción mostró una marcada reducción de 8,9 por 1.000 habitantes en 1960 a 5,4 en 1992. La tasa de defunción por 100 egresos hospitalarios fue de 4,37 en 1995.

El número de visas de inmigración a los Estados Unidos expedidas a jamaicanos en 1995 fue de 14.239, en comparación con 10.681 en 1994. En total, emigraron 3.577 personas al Canadá en 1995, en comparación con 3.731 en 1994. El

Reino Unido expidió certificados de entrada a 242 jamaíquinos en 1995, en comparación con 334 en 1994.

Los datos correspondientes a 1996 indican que en los últimos tres años ha habido un importante aumento del número de personas que emigraron de las zonas agrícolas de la región occidental de Jamaica a los centros urbanos y que ahora vuelven a sus "raíces rurales". Esta "migración a la inversa" puede estar vinculada a la continua intensificación de la violencia y al aumento del costo de vida en los centros urbanos.

El índice de gravedad de la pobreza aumentó de 3,9 en 1989 a 4,4 en 1992 y alcanzó un máximo de 6,6 en 1991. Además, 22% de las personas empleadas se situaron por debajo de la línea de pobreza en 1993. La pobreza ya no guarda relación exclusivamente con el desempleo. Ha surgido una nueva categoría: los trabajadores pobres. En realidad, se observó una tendencia descendente en el empleo en el período 1991-1994. En ese período, el desempleo de los hombres se mantuvo estable en 9,4%-9,5%, pero el de las mujeres se redujo ligeramente de 22,8% a 21,8%. A pesar de los menores índices de desempleo, se estima que 28,2% de la población vivía en la pobreza en 1993, lo que representa un aumento en comparación con 27,6% en 1989. Todos los indicadores extra-oficiales dejan entrever la posibilidad de que en 1994 esa cifra tuvo otro aumento considerable.

El desempleo de personas de 15 a 29 años de edad varió entre 20% y 31% en todo el país. En Kingston, la tasa fue de 25,8%, cifra bastante aproximada al promedio nacional de población en ese grupo de edad. Con respecto a la educación, los datos de 1996 muestran un promedio nacional de 31% de personas de 15 a 29 años con estudios de primaria; en Kingston, ese valor fue solo de 17,2%.

La Encuesta de las Condiciones de Vida realizada en 1994 indicó una baja de 10,6% del consumo per cápita medio (y real) en el período 1990-1993. La reducción fue de 14,4% en la zona metropolitana de Kingston y de 16% en otras ciudades.

El Gobierno de Jamaica ha expresado claramente su intención de erradicar la pobreza y ha realizado proyectos para aliviarla. Se han realizado proyectos destinados a resolver los problemas de salud, sobre todo en los campos de nutrición y del medio ambiente. En 1995 cerca de 40.000 personas recibieron asistencia en materia de nutrición. Los proyectos ambientales realizados en la región centro-este y sur de St. Andrew se destinan a mejorar el estado de salud de los barrios pobres del corazón de las ciudades. Se han construido y reparado inodoros e instalado y rehabilitado varias fuentes públicas de abastecimiento de agua en esas comunidades.

Los condados con grandes centros urbanos, incluso Kingston-St. Andrew, St. Catherine (Portmore y Spanish Town) y St. James (Montego Bay), tuvieron calificaciones superiores al promedio nacional con respecto a todos los indicadores. En St. Andrew, aproximadamente 70% de las familias tienen servicio de acueducto, pero 40% carece de instalaciones sanita-

rias propias. No obstante, en Kingston, alrededor de la mitad de las familias carecen de conexiones de acueducto y 60%, de instalaciones sanitarias propias, cifra sumamente alta para el principal centro urbano del país. Según la Unidad de Planificación y Evaluación del Ministerio de Salud, 84% de los jamaíquinos tienen acceso a agua potable.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño y del adolescente

Según la Encuesta Económica y Social, a fines de 1995 la prevalencia de malnutrición en la población de 0 a 35 meses de edad era de 5,64% y, de esa cifra, 5,22% sufrían malnutrición moderada y 0,42%, grave. Esta es una leve mejora en comparación con 1994. El programa de alimentación suplementaria, que distribuye suplementos de alto contenido energético de fabricación local a los niños malnutridos por medio de los dispensarios, ha mejorado la eficacia del proceso de intervención en nutrición al acelerar el aumento de peso y reducir el período de rehabilitación completa de los niños malnutridos.

En 1991 se diagnosticaron complicaciones perinatales a 2.317 personas egresadas del hospital, lo que representa 2,1% del total de egresos y 9,5% por 10.000 habitantes. Las afecciones perinatales representaron 44% del total de años de vida perdidos por causa de mortalidad prematura en el grupo menor de 5 años de edad y 36% del total de años de vida ajustados por discapacidad en niños pequeños. El empeño puesto por el Programa de Control de las Enfermedades Diarreicas ha permitido mantener las tasas de letalidad y mortalidad por diarrea en los niños en menos de 1%. Después de las afecciones perinatales, las anomalías congénitas ocupan el segundo lugar entre las causas de mortalidad infantil. Los principales factores que afectan a la supervivencia infantil en el período neonatal (hasta los 28 días) son el peso al nacer y la calidad de la atención prenatal y perinatal.

A fines de 1995 un promedio de 51,7% de los niños atendidos en los dispensarios de atención posnatal recibían lactancia exclusiva. Esa es la misma cifra de 1994, pese a la acelerada promoción de la lactancia materna.

Las principales causas de hospitalización de los niños menores de 1 año en 1991 fueron las afecciones relacionadas con el período perinatal y la gastroenteritis (por ejemplo, diarrea), seguidas de las infecciones respiratorias. La hospitalización por causa de infecciones respiratorias ocupó el primer lugar en el caso de los niños de 1 a 4 años de edad, seguida de la ocasionada por traumatismos y envenenamientos y gastroenteritis. En 1991 las afecciones perinatales representaron

33% de los egresos de niños menores de 1 año de los hospitales públicos; la neumonía, la bronquitis, el enfisema y el asma contribuyeron con 10%; otras enfermedades del aparato respiratorio, 8%; los traumatismos y envenenamientos, 4%; la gastroenteritis, 13%, y las demás afecciones, 32%.

En los últimos cinco años ha aumentado constantemente la cobertura de inmunización de los niños menores de 1 año. Se ha logrado cobertura universal con la vacuna BCG y de más de 90% con las vacunas contra la poliomielitis (OPV) y la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT).

Todos los condados han logrado una cobertura de inmunización de 80%, excepto en el caso del sarampión. En 1995 se realizaron actividades especiales de vigilancia del sarampión y una campaña de vacunación antisarampionosa destinada a los niños de 1 a 10 años de edad. Los programas de inmunización se han visto afectados por ciertos problemas logísticos, incluso falta de personal de atención de salud, suministros, equipo y transporte.

Los envenenamientos, los accidentes y la violencia son la principal causa de morbilidad y mortalidad de los niños de 5 a 14 años de edad, como se observa en los informes de egreso de los hospitales públicos. En 1994 se inició el Programa Paz y Amor en las escuelas primarias para enseñar técnicas de resolución de conflictos a maestros y estudiantes y fomentar la convivencia pacífica en las escuelas y la comunidad en general.

Se observa también prevalencia de enfermedades del aparato respiratorio, incluso influenza, neumonía, bronquitis, enfisema y asma; infecciones intestinales, y enfermedades inmunoprevenibles en el grupo de 5 a 14 años de edad. La anemia y la malnutrición son también motivo de preocupación. Según la Encuesta de las Condiciones de Vida, en 1994, 16% de los adolescentes entrevistados del grupo de 10 a 14 años estaban anémicos y tenían concentraciones de hemoglobina inferiores a la norma aceptada de 12 g/dl para los hombres y de 15 g/dl para las mujeres.

Los traumatismos y envenenamientos ocasionaron 34,6% de los egresos de los hospitales públicos en el grupo de 5 a 14 años de edad; la neumonía, la bronquitis, el enfisema y el asma, 8,5%; la apendicitis y la hernia, 3,8%; las afecciones del aparato genitourinario, 4,8%; las complicaciones del embarazo, 4,1%, todas las demás afecciones, 42,4%.

Una encuesta sobre el tabaquismo publicada por la Asociación Médica de Jamaica en 1994 mostró que 20% de los hombres fumadores entrevistados en 1993 habían adquirido el hábito antes de los 15 años.

Los embarazos de adolescentes como porcentaje del total de nacimientos se han reducido de 31% en 1997 a 23,7% en 1992. En 1993, 2,5% de las mujeres de 10 a 14 años de edad habían tenido su primer parto. Los resultados de la Encuesta de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos en Jamaica muestran que en 1993 la tasa de fecundidad específica por edad del grupo de 15 a 19 años fue de 108 por 1.000 mujeres. En ese

mismo año, la del grupo de 20 a 24 años de edad fue de 160 por 1.000 mujeres, lo que representa una baja de 1,8 en comparación con la registrada en 1987.

En una población de 268.530 adolescentes hubo 25 casos de sífilis, 195 casos de gonorrea y 229 infecciones no gonocócicas. En el grupo de 10 a 19 años de edad, 10 hombres y 14 mujeres padecían sida.

La salud de la mujer

El aborto es una de las causas más importantes de mortalidad materna en Jamaica como consecuencia de infecciones y complicaciones de procedimientos realizados en condiciones antihigiénicas por personal sin la debida formación. De ordinario, las mujeres de clase alta que optan por interrumpir el embarazo lo hacen en condiciones más adecuadas y corren un menor riesgo de complicaciones.

Hubo una leve reducción del promedio de consultas de atención prenatal hechas a los centros de salud en 1994 en comparación con 1993. En 1994 se hicieron 3,9 consultas por embarazo y en 1993 esa cifra fue de 4,0. La proporción de primeras consultas, expresada como porcentaje del número estimado de nacimientos, fue de 73,6% en 1994 en comparación con 72,4% en 1993. El porcentaje de mujeres que recibieron atención antes de la decimosexta semana de embarazo es aproximadamente de 68,2%. Durante el período posnatal, 74,4% de las madres y 75,6% de los niños recibieron atención en los centros de salud. De las madres que acudieron a los centros de salud en ese período, 51,2% amamantaban en forma exclusiva a sus hijos y 61,2% usaban algún método de planificación familiar.

Más de 80% de los partos se atienden en el Hospital Victoria Jubilee, el principal hospital público de maternidad que presta servicios en la zona metropolitana de Kingston-St. Andrew. El servicio es inadecuado por escasez de personal y de camas. Por ejemplo, dos enfermeras del turno de la noche suelen encargarse de atender nueve estaciones de trabajo de parto y de parto. Por medio del proyecto de "hospitales amigos del niño" se renovó el hospital entre 1994 y 1995 con arreglo a la Iniciativa de Alivio de la Carga de la Deuda para los Niños, una actividad de colaboración entre el Gobierno de los Países Bajos y el UNICEF.

Varios estudios muestran que en 1994-1995 casi todos los condados rurales registraron aumentos del porcentaje de usuarios de métodos de planificación familiar posnatal, pero que en las zonas urbanas más extensas como Kingston-St. Andrew y St. James no fueron significativos. Cabe preguntarse si la población de los condados urbanos es más renuente a la planificación familiar o si las mujeres prefieren buscar anti-conceptivos en los centros privados.

El total de nuevos usuarios de métodos de planificación familiar como porcentaje del número de mujeres de 15 a 49

años aumentó ligeramente de 6,5% en 1993 a 7,5% en 1994. En 1995 se reunió a 40.000 clientes para el Programa de Planificación Familiar del Gobierno. Esa cifra fue 21% inferior a la meta de 51.000. La píldora siguió siendo el método preferido, con una tasa de aceptación de 47,8%; 28,8% optaron por el condón y 21,7%, por la inyección de Depo Provera. Las consultas de planificación familiar tuvieron un aumento marginal de 51.866 en 1994 a 55.918 en 1995. Se introdujo la práctica de la ligadura de las trompas de Falopio en todos los hospitales en 1994, procedimiento realizado en dos dispensarios de planificación familiar y en un centro de salud del tipo 5. Se sometieron a ese procedimiento 3.830 mujeres en 1994, en comparación con 3.475 en 1993. La vasectomía no es una forma de planificación familiar de uso amplio y, según se informa, no se esterilizó a ningún hombre jamaiquino en 1993.

Las cinco clases principales de diagnóstico de las mujeres egresadas del hospital fueron las complicaciones del embarazo, 29.147 (33%); el parto normal, 28.336 (32%); los traumatismos y envenenamientos, 3.958 (4,5%); las afecciones del aparato genitourinario, 3.716 (4,2%), y las enfermedades cardiovasculares, 3.457 (3,9%). El parto normal representó la mínima estancia en el hospital (una media de dos días). Las complicaciones del embarazo fueron la causa del mayor número de días de atención (96.185 días).

La salud del adulto mayor

En 1995 había 110.430 hombres y 130.020 mujeres de 60 años y más, que representaban 9,42% de la población nacional. Este grupo de edad se ve afectado principalmente por enfermedades crónicas no transmisibles. Las enfermedades cardiovasculares seguidas de diabetes y tumores malignos fueron las principales causas de hospitalización de las personas mayores de 65 años en 1991. Las afecciones del aparato genitourinario y los traumatismos y envenenamientos también revistieron importancia. La Encuesta de las Condiciones de Vida realizada en Jamaica en 1994 indica que la mayor prevalencia de enfermedad prolongada se observó en personas mayores de 60 años. Además, 81,5% de los enfermos o lesionados buscaron atención médica en instituciones privadas. Las mujeres solicitaron atención médica con más frecuencia que los hombres.

Un estudio de adultos mayores hecho en August Town, Kingston, determinó que sus principales problemas de salud eran las enfermedades hipertensivas, la diabetes, la artritis y las enfermedades del corazón. El número de personas obesas que se quejaron de artritis fue mayor que el de personas con peso normal o excesivo. Los antecedentes de enfermedades del corazón fueron más prevalentes en personas obesas.

El Hogar Golden Age de Kingston aceptó a 489 residentes en 1995, 250 de los cuales eran hombres. Dicha institución

ofrece comidas y alojamiento; atención médica, dental y de enfermería, y actividades ocupacionales y de recreo. Hay establecimientos similares que prestan atención geriátrica a largo plazo en los condados rurales.

El Consejo Nacional para la Vejez funciona en toda la isla. En 1995 sus principales actividades incluyeron abogacía y formulación de políticas; creación y observación de más de 100 Clubes Golden Age, que realizan proyectos de generación de ingresos para las personas de edad; proyectos de cuidado y actividades comunitarias; supervisión de centros de actividades diurnas y de programas de alimentación para adultos mayores; capacitación y educación, y servicios de referencia y de otra clase. Otros servicios sociales incluyen tarifas concesionarias para los adultos mayores en los medios de transporte público.

Desde 1997 el Gobierno ha facilitado fármacos para el tratamiento de enfermedades crónicas a menor costo a los adultos mayores. Muchas farmacias también conceden descuentos de los precios de esos productos a los adultos mayores.

La salud de la familia

Según la Encuesta de las Condiciones de Vida realizada en Jamaica en 1993, más de 45,5% de las familias del país están formadas por padres solteros y encabezadas por mujeres. Muchas de estas familias se incluyen en el 21,2% de los hogares que están por debajo de la línea de pobreza. El Gobierno ha instituido proyectos de ayuda alimentaria y de otra índole para apoyar a esas familias.

El programa de ayuda alimentaria se destina a suplementar el consumo de alimentos de las personas expuestas a riesgo de malnutrición y de otras de ingresos bajos o sin ingresos aparentes. Los beneficiarios son los niños de edad escolar, las madres lactantes y los niños de 0 a 6 años de edad cuyo nivel nutricional debe mejorarse. En 1995, 3.000 niños malnutridos de 4 a 59 meses se beneficiaron de la entrega de suplementos de alto contenido energético y de fabricación local distribuidos por medio de los dispensarios de nutrición. Un programa de alimentación escolar prestó asistencia a 315.518 estudiantes en 1995. Se dio a los estudiantes por lo menos una comida al día en instituciones públicas de enseñanza preescolar, primaria y secundaria para fomentar la asistencia regular a la escuela. En 1995 había 270.000 personas en la lista de beneficiarios de cupones para alimentos. Esa cifra representó 78,1% de la meta general de 350.000, proporción menor que la de 86,6% de la meta de 320.000 fijada en 1994.

Los niños que necesitan atención y protección están a cargo de la División de Servicios al Niño del Ministerio de Salud. La Junta de Adopción expidió ocho decretos de adopción en 1995. Otros servicios de asistencia a las familias comprenden el Sistema de Tribunales de Familia, que presta ser-

vicios judiciales y sociales, y el Centro de la Mujer, que ofrece educación continua a las madres de 16 años y menos.

La salud de los trabajadores

La importancia de la salud de los trabajadores ha cobrado impulso en Jamaica como prioridad para el Gobierno. Un ejemplo de las preocupaciones en este campo es la práctica de abstenerse de usar ropa y equipo de protección en algunos establecimientos de atención de urgencias, lo que acarrea riesgos para la salud. En 1994, solo 16% de los 100 empleados de los establecimientos visitados por inspectores de salud pública usaban equipo de protección. En la industria de fabricación de ropa, en una población trabajadora de 506 mujeres y 61 hombres, los inspectores de salud pública observaron que solo 3,5% usaban equipo de protección.

Un informe preliminar de un estudio realizado en 1994 por el Instituto de Estadística de Jamaica en colaboración con el UNICEF reveló que 4,6% de los niños de 6 a 16 años estaban empleados, en su mayoría en el sector informal, a pesar de la legislación que prohibía el empleo de menores de 12 años. Hay mucha coincidencia parcial en los fenómenos observados en los jóvenes que están fuera de la escuela, los niños trabajadores y los niños callejeros. Muchos de esos grupos duermen en la calle y están expuestos a los elementos, a la violencia física y al abuso sexual. Para esos niños es un problema mantener buenos hábitos de higiene; por lo general, están malnutridos y suelen tener problemas de salud. A menudo son explotados por sus compañeros y por adultos porque carecen de la fuerza física necesaria para oponer resistencia.

El empeño puesto en resolver el problema comprende el trabajo realizado por Save the Children Fund (Reino Unido), que ha ayudado a incorporar a 500 niños callejeros y trabajadores al sistema escolar formal en Spanish Town y Montego Bay. Otros proyectos ofrecen comidas preparadas y educación compensatoria.

Los trabajadores comerciales del sector informal (llamados "regateadores") venden productos generalmente comprados en el exterior. Existe la preocupación de que esos trabajadores estén expuestos al riesgo de enfermedades de transmisión sexual y sida por la naturaleza de su trabajo, que entraña viajes internacionales y ausencia del hogar. La prevalencia del VIH entre los trabajadores sexuales comerciales de Kingston en 1995 alcanzó 11%. Según la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud, la tasa de prevalencia del VIH en agricultores migratorios se ha mantenido estable en 0,1%.

La salud de los discapacitados

El Consejo para los Discapacitados de Jamaica se encarga de administrar el programa de rehabilitación del Gobierno

para esa clase de personas. Sus responsabilidades comprenden el registro nacional de los discapacitados; el logro de beneficios y concesiones para los discapacitados; la evaluación, orientación y colocación de las personas que necesitan capacitación práctica y empleo; el ofrecimiento de los arreglos y el apoyo necesarios a los clientes que reciben formación profesional; el suministro de apoyo para proyectos de autoayuda y la atención de los niños discapacitados de 0 a 6 años de edad.

La Fundación para la Adquisición de Habilidades ofrece adiestramiento y educación para adultos jóvenes discapacitados de 18 a 25 años de edad. Otros programas para los discapacitados incluyen el Servicio Nacional de Rehabilitación Profesional y el Proyecto de Estímulo Temprano, que se concentra en los niños de 0 a 6 años de edad. En 1995, 296 niños discapacitados asistieron a un programa especial de atención de sus necesidades.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. Un brote de dengue ocurrido en 1995 causó 1.884 casos sospechosos. Esa cifra incluyó 108 casos de dengue hemorrágico, 3 casos del síndrome del choque del dengue y 4 defunciones. Se notificaron 5 casos de malaria en 1995 y 14 en 1996, todos importados.

Enfermedades inmunoprevenibles. Los niveles de cobertura de inmunización se aproximan a 90% para las vacunas DPT, antipoliomielítica y antituberculosa. La cobertura de inmunización contra el sarampión en los niños menores de 23 meses se acerca a 77%. Con excepción del sarampión, la incidencia de esas enfermedades es muy baja. Entre marzo y mayo de 1995, ocurrió un brote de rubéola en los condados de St. Elizabeth, Portland y Kingston-St. Andrew. Esos condados representaron 65% de los casos de rubéola notificados en 1995. En otros cinco se habían confirmado casos aislados de rubéola durante los trimestres segundo y tercero del año. De los casos de rubéola notificados, 62% se presentaron en mujeres.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. No ha habido brotes de cólera en Jamaica, pero dada la presencia de la enfermedad en América Central y del Sur, la gastroenteritis se vigila como indicador de posibles problemas. La incidencia de gastroenteritis aumentó en 1995 en comparación con los dos años anteriores. Al parecer, es un problema sobre todo estacional, que ocurre entre octubre y marzo. El principal factor etiológico es el rotavirus.

Hubo 27 casos de fiebre tifoidea en 1995, un leve aumento en relación con 1994. La incidencia notificada en los últimos

20 años muestra una reducción gradual del nivel endémico de la enfermedad, con brotes periódicos.

Las enfermedades transmitidas por los alimentos se subnotifican mucho y plantean un problema en lo que respecta a investigaciones y a la confirmación de la información epidemiológica. La consiguiente falta de información en ese campo ha obstaculizado el establecimiento de medidas de control a largo plazo para abordar los problemas de determinados alimentos que sirven de vehículo y mejorar las técnicas de manipulación de los alimentos. Se ofrece capacitación sobre métodos apropiados de manejo y preparación de alimentos.

Enfermedades crónicas transmisibles. Si bien las tasas de incidencia de enfermedades crónicas transmisibles, en general, aumentan en las Américas, las de muchas enfermedades se han mantenido relativamente bajas y estables en Jamaica. La isla tiene una red de sistemas de vigilancia que consta de 44 sitios centinela y 22 sitios activos en los hospitales. Esos sitios incluyen centros de salud del tipo 3 y hospitales públicos y privados en toda la isla. Se hace lo posible por fortalecer el sistema de vigilancia con la inclusión de profesionales en ejercicio particular, especialmente de pediatras.

El número de casos notificados de tuberculosis se ha mantenido constante en la primera mitad del decenio. Hubo 109 casos confirmados en 1994; 97% fueron nuevos casos y 3%, recaídas. Los casos confirmados de tuberculosis alcanzaron un máximo de 121 en 1996, la mayor cifra registrada desde 1991. De ese número, cinco fueron casos reactivados, lo que indica que 96% se debieron a transmisión activa. Doce (10%) tenían infección concomitante por el VIH y constituyeron 50% de las 14 defunciones ocurridas. Los condados de residencia de los infectados son Kingston-St. Andrew, St. Catherine y St. Ann.

Se ha reducido la incidencia de lepra y se han introducido estrategias para alcanzar la meta de erradicación. La tuberculosis se ha mantenido casi constante a un nivel relativamente bajo en la población. Sin embargo, la infección concomitante por el VIH y la tuberculosis son motivo de preocupación, y ya están en marcha varios planes para resolver esa cuestión en vista de la tendencia mundial.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias ocuparon el segundo lugar entre las 10 causas principales de consulta a los centros de salud (89.733) en 1996. La neumonía, la bronquitis, el enfisema y el asma ocuparon el cuarto lugar entre las principales causas de hospitalización en 1994, con la exclusión de las afecciones obstétricas. El asma se ha convertido en la principal causa de enfermedad, que llevó a hacer consultas a los servicios de urgencias de los hospitales públicos (28.178 casos en 1996). Los niños menores de 5 años son los más comúnmente afectados. La mayor contaminación ambiental podría ser un importante factor contribuyente a

esa situación. La tendencia habitual de una mayor actividad de la influenza en el último trimestre del año recibió apoyo de informes anecdóticos.

Rabia y otras zoonosis. Los datos epidemiológicos mostraron que la leptospirosis es un grave problema de salud, tanto para la población humana como para la animal. Se elaboró un protocolo de investigación en 1994 para una evaluación epidemiológica retrospectiva de la situación de la leptospirosis. El estudio está pendiente todavía. Jamaica se mantiene exenta de rabia.

Durante el período 1991–1995, la cooperación técnica se concentró en apoyar las encuestas epidemiológicas para evaluar el estado de los rebaños de ganado. Jamaica podría considerarse exenta de brucelosis y tuberculosis bovinas y a fines de 1995 se preparó una propuesta para la certificación oficial de ese estado. La certificación tendría un efecto favorable en la salud pública y contribuiría a mejorar la economía de Jamaica al beneficiar al comercio de carne de res.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. En 1995 se notificaron 505 casos de sida a la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud en 320 hombres y 185 mujeres, un aumento de 41% en relación con 1994. Entre 1982 (cuando se notificó el primer caso de sida) y diciembre de 1995 se han notificado 1.533 casos de sida, que representan una duplicación del número de casos cada dos años. Del total, 62,3% son hombres y 37,7%, mujeres. La razón hombre/mujer en la población adulta es de 1,7:1 e indica una transmisión predominantemente heterosexual. Se ven afectadas más mujeres en edad de procrear. El número de casos se duplica cada dos años. Las formas de transmisión son la heterosexual, homosexual/bisexual y de la madre al niño. Ha aumentado el número de casos VIH-positivos en la población que acude a los dispensarios de atención prenatal y se establecerán criterios para examinar a las clientes de los dispensarios de atención prenatal. El sida ha causado 907 defunciones, lo que representa una tasa de mortalidad de 59,2%. El total de casos pediátricos asciende a 108. Hubo 73 defunciones pediátricas, cifra que arroja una tasa de mortalidad por sida pediátrico de 67,6%. La tasa de mortalidad de adultos es de 58,5%.

Todos los condados se vieron afectados por la epidemia: St. James tuvo el mayor número de casos (155 por 100.000 habitantes) y Clarendon, el menor (12 por 100.000).

La prevalencia del VIH en los solicitantes de visas de entrada a los Estados Unidos, donantes de sangre, agricultores migratorios y clientes de compañías de seguros se ha mantenido entre 0,5 por 1.000 y 4 por 1.000. No obstante, se ha observado un aumento de esa tasa en las personas que manejan alimentos. Si bien la prevalencia del VIH en trabajadoras sexuales de Kingston se ha mantenido igual en los últimos cinco años (de 11% a 12%), los exámenes de detección han mostrado una seroprevalencia de 22% en ese grupo en St.

James. La intervención realizada entre los trabajadores sexuales de Kingston tuvo un efecto favorable y se ha iniciado un programa de intervención similar en St. James. El hecho de que 31% de los 64 trabajadores sexuales VIH-positivos en St. James sean adictos a la cocaína plantea un grave problema, puesto que se ha determinado que esa población se opone mucho al uso de condones.

La incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) sigue siendo alta y es motivo de profunda preocupación. En los servicios de salud pública es elevada la incidencia de casos de infección por *Chlamydia*, sífilis, gonorrea y uretritis no gonocócica, al igual que de casos de sífilis congénita y oftalmía neonatal. También es cada vez mayor el grado de resistencia gonocócica a la penicilina y la tetraciclina, lo que hace necesario administrar farmacoterapia más costosa.

Los estudios hechos en Jamaica apoyan las investigaciones internacionales sobre el aporte de las ETS a la mayor propagación del VIH. Se ha demostrado que las úlceras genitales y las ETS inflamatorias (gonorrea e infección por *Chlamydia*) facilitan la transmisión de la infección por el VIH. Por ende, es motivo de preocupación el elevado número de úlceras genitales y de ETS inflamatorias en los pacientes atendidos en el Dispensario de Atención General de Kingston. Después de realizar un estudio en ese dispensario, se introdujo la notificación de casos de flujo uretral y vaginal como parte del síndrome de ETS en 1995. Se preparó un algoritmo para el tratamiento de esas afecciones.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Los resultados de encuestas hechas hace relativamente poco en niños menores de 5 años de edad dan una idea de los cambios de la prevalencia de la desnutrición con el tiempo. Los datos indican que la proporción de niños menores de 5 años con insuficiencia de peso leve, grave o moderadamente baja para la edad se redujo en el período 1970–1985. La proporción de niños con desnutrición leve bajó de 39,0% a 31,9% y la de los afectados por desnutrición moderada y grave, de 10,8% a 8%. En esas encuestas se observó una incidencia máxima de emaciación en el período de destete de 6 a 11 meses y una mínima en el de 48 a 59 meses. El retraso del crecimiento aumentó con la edad, lo que supone que la ingesta subóptima continuó después del destete. En comparación, los datos de la Encuesta de las Condiciones de Vida 1989–1993 indican una tasa de prevalencia de 6,5% a 9,9% en niños con desnutrición moderada y grave. En 1993, 9,9% de todos los niños de 0 a 59 meses tenían bajo peso para la edad, 6,3% sufrían retraso del crecimiento y 3,5% padecían emaciación. Los casos registrados de emaciación y retraso del crecimiento por

insuficiencia de peso para la edad aumentaron en 1993. Todos los conjuntos de datos de la encuesta subrayaron el hecho de que las zonas rurales presentan una mayor prevalencia de malnutrición que las urbanas.

Desde 1980, el Ministerio de Salud ha recibido datos de los sistemas de informes mensuales resumidos de los dispensarios. Los datos correspondientes a 1984–1987 indican que un promedio de 4,1% de los clientes de los dispensarios de 0 a 35 meses de edad se clasificaron como casos de desnutrición moderada a grave. En 1988 el Ministerio de Salud adoptó la clasificación de la OMS y los datos para 1989–1994 indican que el porcentaje de niños evaluados como casos de desnutrición moderada y grave alcanzó un promedio aproximado de 8,4% en el período. La población de los dispensarios es auto-seleccionada y no indica necesariamente la prevalencia real de desnutrición en toda la isla.

La desnutrición en Jamaica es más común en las familias de los desempleados, los agricultores de subsistencia de las zonas rurales, la población de ingresos mínimos de las zonas urbanas, las familias numerosas sin apoyo paterno y las madres muy jóvenes.

La anemia ferropénica es prevalente en las mujeres embarazadas y lactantes y en los niños pequeños. Los datos de los dispensarios del Ministerio de Salud correspondientes a 1984–1991 indican que, en promedio, se diagnosticó anemia a un 28,9% de las mujeres embarazadas sometidas a examen. En la Encuesta Nacional de Salud de 1985 se estimó que 25% de los niños menores de 5 años eran anémicos y que la incidencia máxima se observa en el grupo de 6 a 11 meses de edad.

Si bien la desnutrición en Jamaica ha sido relativamente baja y ya no es una causa importante de defunción, hay determinadas zonas con grados de desnutrición más grave. Se necesita mayor vigilancia en la comunidad y observación regular de la población de esas regiones para analizar los factores contribuyentes y elaborar intervenciones focalizadas que sean apropiadas.

Enfermedades crónicas no transmisibles. Las principales causas de mortalidad y morbilidad en Jamaica son las enfermedades crónicas no transmisibles. Su clasificación varía según el indicador usado. En general, la clasificación es la siguiente: enfermedad cardiovascular, trastornos neuropsiquiátricos, cáncer, diabetes y trastornos de la nutrición.

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan una parte sustancial de la carga de la morbilidad. La hipertensión y la diabetes (123.090 y 50.783 consultas, respectivamente) constituyeron dos de las cinco causas principales de las consultas ambulatorias atendidas en los centros de salud en 1996. En 1994, la enfermedad cardiovascular, la diabetes mellitus y los tumores malignos estuvieron entre las cinco primeras causas de hospitalización citadas. En 1990 la enfermedad cardiovascular representó 30% del total de enfermedades no transmisibles.

El cáncer representó 15% de las enfermedades no transmisibles y 9% de la carga total de la morbilidad en 1990. El cáncer de mama y del cuello uterino está entre los tumores malignos más comunes en la mujer, con tasas de 22,6 y de 19,2 por 1.000 habitantes en 1991, respectivamente. El cáncer de próstata es la principal forma de cáncer observada en el hombre. La tasa de incidencia fue de 28,2 en 1991 y refleja una tendencia ascendente.

La tasa bruta de defunción ha mostrado una marcada reducción de 8,9 por 1.000 habitantes en 1960 a 5,4 en 1992. Se mantuvo igual en 1994. En la actualidad, las principales causas de defunción son las enfermedades crónicas no transmisibles, un cambio en relación con el decenio de 1950 cuando fueron sobre todo las enfermedades infecciosas. Las principales causas de defunción en la población en general en 1990 fueron las enfermedades del corazón (114,0 por 100.000 habitantes), los tumores malignos (82,2), las enfermedades cerebrovasculares (80,1), la diabetes (51,0) y las enfermedades del sistema respiratorio (30,1).

La información sobre morbilidad se basa en la utilización de los hospitales públicos según la clase de diagnóstico. En 1991, las seis causas principales de ingreso fueron las complicaciones del embarazo, el parto normal, los trastornos del aparato genitourinario, los traumatismos y envenenamientos, las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos; la diabetes mellitus ocupó el décimo lugar. En 1993, las seis causas principales fueron las complicaciones del embarazo, el parto normal, los traumatismos y envenenamientos, las enfermedades cardiovasculares, los trastornos del aparato genitourinario y la neumonía, la bronquitis, el enfisema y el asma.

Los traumatismos y envenenamientos fueron las principales clases de diagnóstico (14,9% del total), según el número de días de atención prestada. Ese número se estima en 124.648 días, con una estancia promedio de 9,3 días. Más de 70% de los casos hospitalizados se presentaron en hombres. Un examen de la distribución geográfica muestra que la incidencia de esos casos es predominantemente un fenómeno urbano vinculado a la pobreza y a otras variables socioeconómicas. Esos factores plantean graves preocupaciones sobre el uso de los recursos de atención de salud para tratar afecciones que obviamente son prevenibles.

Las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus predominan en los hospitales y centros de salud; 8% de todos los egresos de los hospitales y 14,3% de todas las consultas hechas a los dispensarios se deben a enfermedades cardiovasculares. La diabetes mellitus causa la máxima estancia promedio en el hospital (15,0 días) y 5,9% del total de consultas hechas a los dispensarios. Una encuesta realizada en toda la isla en 1993 mostró que la prevalencia de diabetes es de 17,9% y la de hipertensión, de 21,1% (lectura de la tensión sistólica únicamente).

El campo de las enfermedades crónicas no transmisibles recibe mayor atención, pero necesita organizarse como pro-

grama para poder definir mejor el problema, establecer estrategias de prevención y control y asignar eficazmente los recursos existentes.

Accidentes y violencia. Los accidentes y traumatismos están entre las cinco causas principales de hospitalización que, según se estima, representan alrededor de 20% de las internaciones y 33% de los gastos. En 1994 la violencia y los accidentes constituyeron 12% de los egresos de los hospitales. De los traumatismos tratados en los hospitales, 48% se atribuyen a accidentes de vehículos de motor, 28% a quemaduras y 20% a actos de violencia. En 1996 hubo 3.286 heridas con armas blancas y 1.156 con armas de fuego; el número de casos de quemaduras por fuego, sustancias químicas y otras causas ascendió a un total de 1.333; hubo 749 casos de envenenamiento. Los accidentes de tráfico dejaron un saldo de 8.655 víctimas tratadas en los hospitales.

La violencia constituye un creciente problema de salud pública, como lo demostró el alarmante aumento de la tasa de mortalidad, morbilidad y discapacidad en la sociedad. La enorme pérdida de años potenciales de vida y sus efectos psicológicos para la población también plantean problemas. El Ministerio de Salud ha examinado los casos de traumatismo debidos a accidentes y violencia en Jamaica con el fin de facilitar la ejecución de programas de prevención de accidentes, prevención y control de la violencia y promoción de la coexistencia pacífica en que se acentúen las actividades de salud.

Los condados con la máxima densidad de población tuvieron el mayor número de traumatismos relacionados con actos de violencia. En 1994, en Kingston-St. Andrew se registraron 718 heridas con armas blancas y 404 con armas de fuego, y en St. Catherine, 490 y 126, respectivamente.

En 1994, las diferentes clases de traumatismos que exigieron atención en los servicios de urgencia del sector público afectaron a todos los grupos de edad. Los grupos de 16 a 44 años (5.012) y los de 5 a 15 años (1.051) comprendieron el mayor número de víctimas. Es motivo de preocupación el número de niños menores de 5 años víctimas de traumatismos (847), especialmente de los causados por quemaduras (499), accidentes de vehículos de motor y envenenamiento. Se necesita educar a la población sobre la seguridad en el hogar y tener programas de seguridad vial que hagan obligatorio el uso de cinturones de seguridad y cascos.

Si bien se ha reducido el número de accidentes de vehículos de motor, todavía son motivo de profunda preocupación. Se estima que por cada víctima de un accidente de esa naturaleza hay un promedio de nueve lesiones, tres de las cuales necesitan tratamiento médico de importancia. En un informe sobre la seguridad vial patrocinado por el Gobierno en 1993 se clasificó a Jamaica en los lugares tercero y cuarto entre los países con el mayor número de muertos en accidentes de vehículos de

motor en proporción al número de automóviles y al tamaño de la población, respectivamente. Los accidentes de tráfico también están muy localizados y ocurren sobre todo en las regiones de Kingston-St. Andrew y St. Catherine. La mayoría de las defunciones son de peatones, adultos mayores y niños. Los hábitos de conducción poco seguros y los vehículos en mal estado son las principales causas de los accidentes de tráfico.

Trastornos del comportamiento. Las consultas hechas a los dispensarios de salud mental representan 2% del total de consultas atendidas en los centros de salud pública, cifra mayor que la de 1,4% registrada en 1989. Las clases de diagnóstico más comunes en los 7.067 pacientes examinados por los Servicios Comunitarios de Salud Mental fueron esquizofrenia (49,6%), depresión (19,6%), abuso de sustancias (9,6%), neurosis (7,0%) y psicosis orgánica (4,7%).

El Ministerio de Salud ha reconocido la necesidad de tener servicios comunitarios de salud mental y más información sobre la naturaleza y gravedad del problema. Los servicios de salud mental no están integrados a los generales, lo que contribuye a la ineficiencia del uso de recursos y al mal manejo de los pacientes. Los servicios son de alcance limitado y están escasos de personal capacitado para apoyar la rehabilitación de los pacientes. Por último, las enfermedades mentales exigen métodos de promoción de la salud que puedan desestigmatizar la enfermedad y ampliar la conciencia del público al respecto. En 1997 se planeaba promulgar una Ley de Salud Mental destinada a encauzar un mayor volumen de recursos a ese campo.

Salud oral. Desde septiembre de 1987 ha venido funcionando un fructífero programa de fluoruración de la sal. Prueba de ello es la reducción de la proporción de dientes cariados, perdidos y obturados en niños de 12 años de edad de 6,7% en 1984 a 1,08% en 1995. Un estudio hecho en 1995 mostró que 63% de la población de la muestra no necesitaba atención dental y que el grado de fluorosis era insignificante (0,4%). El estado general de salud dental de la población jamaicana ha mejorado mucho, según lo indicado por el menor número de extracciones.

El Programa de Salud Dental del Ministerio de Salud enfoca la atención integral en los niños menores de 16 años. En 1996, se hicieron 189.290 consultas dentales y se practicaron 71.888 procedimientos preventivos. Además, se ofreció atención paliativa y de urgencia a los adultos. El sector privado ha ayudado mucho a atender la creciente demanda de servicios profilácticos, de ortodoncia, de restauración y otros especializados. La razón dentista/habitante (en los sectores público y privado) fue aproximadamente de 1:12.000 en 1996.

Desastres naturales. Los últimos desastres naturales de importancia fueron el huracán Gilbert en 1988 y un terre-

moto ocurrido en 1993 que registró aproximadamente 8 en la escala de Richter. Las inundaciones son un problema recurrente durante la estación lluviosa, que causa problemas de transporte, vivienda y abastecimiento de agua.

El Ministerio de Salud y la Oficina de Preparativos para Situaciones de Desastre comparten la responsabilidad de la respuesta a situaciones de desastre y a emergencias y las actividades de mitigación con apoyo de la Fuerza de Defensa de Jamaica. El Ministerio de Salud se encarga de los servicios médicos de emergencia y la Oficina de Preparativos para Situaciones de Desastre, de otros aspectos de la preparación para casos de emergencia y de la respuesta a situaciones de desastre. Las organizaciones voluntarias y no gubernamentales que participan en programas en este último campo citado son la Cruz Roja de Jamaica y el Organismo Adventista de Socorro en Casos de Desastre. El Gobierno de Jamaica tiene un programa de respuesta a situaciones de desastre bien organizado y puede ayudar a otros países de la región norte del Caribe cuando se vean afectados.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Jamaica ha establecido una amplia y compleja red pública de centros y hospitales de atención primaria en todo su territorio, que ofrecen toda una gama de servicios, a menudo gratis o por debajo del costo. Con el tiempo, la experiencia ha demostrado que la confianza depositada en los recursos públicos no basta para mantener debidamente la infraestructura y prestar servicios adecuados de administración de personal y otros de apoyo esenciales. Los crecientes costos de los recursos de atención de salud, en su mayoría importados, y la devaluación de la moneda de Jamaica a comienzos del decenio de 1990 han ampliado la diferencia entre los recursos disponibles y los necesarios.

Para hacer frente a esa situación, el Gobierno ha emprendido una reforma del sector salud con asistencia de varios organismos de cooperación técnica. Los principales elementos de la reforma son descentralización, integración de servicios, promoción de normas de la garantía de la calidad, asignación racional de recursos, desarrollo de recursos humanos, mayor distribución de costos, más eficiencia, fomento de las asociaciones de los sectores público y privado y equidad.

Se reconoce la necesidad de transformar el sistema de prestación y administración de servicios de salud para adaptarse mejor a la variación de las condiciones epidemiológicas y a las exigencias de los consumidores y dispensadores de atención de salud, así como para usar los recursos disponibles de una forma eficiente y eficaz. La oficina central del Ministerio de Salud funcionará más como organismo de regla-

mentación de todo el sistema de salud que como administrador centralizado del sistema público, que ha sido su función tradicional. Las responsabilidades de prestación y administración de servicios se delegarán en tres niveles: 4 regiones, 14 condados y 130 distritos de salud.

En 1997 el Gobierno propuso un plan nacional de seguro médico para ofrecer cobertura de un conjunto definido de servicios de hospital, laboratorio, diagnóstico y farmacia.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

En el último decenio ha habido un importante crecimiento del sector privado de atención de salud. Se estima que el sector privado presta 75% de la atención ambulatoria curativa y el sector público, la mayor parte de los servicios de atención hospitalaria y preventiva. En 1995 había nueve pequeños hospitales privados en Jamaica, con cerca de 300 camas, y 75 clínicas particulares. Los hospitales privados declaran una tasa de ocupación de 50% aproximadamente. En Jamaica hay seis compañías privadas de seguro médico, que amparan a alrededor de 10% a 15% de la población. La mayoría de los reembolsos corresponden a gastos por concepto de medicamentos (41%) y honorarios médicos (24%). El sector farmacéutico consume 10% del total del gasto nacional por concepto de salud, 80% del cual corresponde al sector privado.

La atención primaria sigue siendo de máxima prioridad para el Gobierno. En 1996 el Ministerio de Salud tenía 364 centros de atención primaria, que funcionaban en cinco niveles de servicio. Cuanto más elevado es el nivel de servicio, más amplia es la esfera de influencia del centro. El uso de centros de atención primaria de salud con fines curativos, que representa 46% de la carga de trabajo, se reduce a pesar de una expansión del número de instalaciones y de la gama de beneficios que reportan esos servicios. Los servicios de salud materno-infantil, planificación familiar y atención dental comprenden el 54% restante.

En 1995 las consultas por concepto de atención curativa hechas a los centros de atención primaria de salud ascendieron a 780.520, una baja en relación con el total de 1.005.126 registrado en 1992. Se supone que se prestan más servicios en el sector privado. Los demás servicios prestados por centros de atención primaria, como los de atención preventiva y promoción de la salud, siguen siendo importantes para mejorar las condiciones de salud de toda la población, sobre todo de los niños, ancianos, indigentes y personas afectadas por enfermedades crónicas y transmisibles.

El sistema público de atención secundaria y terciaria está formado por un total de 23 hospitales de atención de casos

agudos: seis de atención terciaria especializada, cinco de atención secundaria, nueve hospitales comunitarios pequeños y tres especializados en atención de casos crónicos. El Hospital de la Universidad de las Indias Occidentales, con 430 camas, es un establecimiento de enseñanza regional. La utilización de los hospitales públicos se ha reducido constantemente en los últimos cinco años. La disponibilidad de camas ha fluctuado por causa del extenso programa de restauración de hospitales, que se ha concentrado en seis establecimientos de importancia. El total de egresos de los hospitales (111.002), la tasa promedio de ocupación (66,6%) y el número de partos atendidos (36.059), consultas ambulatorias (333.409) y consultas de urgencia (389.855) en 1995 indican un menor uso a pesar de la expansión de los servicios. Se observó un leve aumento del número de radiografías tomadas y otro casi del doble del número de sesiones de fisioterapia, que llegó a 173.733.

Se estima que los hospitales públicos representan 95% de los días de hospitalización y 65% de los costos. Si bien las principales razones de internación son los casos de maternidad normales y complicados, los traumatismos y enfermedades crónicas representan el mayor gasto.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

El Ministerio de Salud, en su empeño por proteger el medio ambiente y promover la salud para el desarrollo sostenible, divide la responsabilidad de la administración de sus estrategias de salud ambiental entre la Inspección de Salud Pública, la Unidad de Salud Pública Veterinaria, las Divisiones Farmacéutica y de Control Ambiental y el Consejo de Plaguicidas. Sus funciones comprenden la vigilancia regular de la calidad de los alimentos, los medicamentos, el aire y el agua potable; la evacuación de excretas; el tratamiento de aguas servidas y de residuos sólidos y peligrosos; la sanidad portuaria; el control de vectores y plaguicidas, y la vigilancia de la salud ocupacional, institucional y de los trabajadores.

El Programa de Inocuidad de los Alimentos se centra en los productos crudos y cocidos. Se vigila a la industria alimentaria, los fabricantes de productos lácteos y de helados, los hoteles, restaurantes y los vendedores ambulantes para garantizar la inocuidad de los alimentos. También se inspecciona la carne para asegurar su inocuidad para consumo humano. La División de Alimentos del Departamento de Farmacia del Gobierno ayuda a vigilar los alimentos, especialmente las muestras de leche. De particular importancia es la proliferación de vendedores ambulantes de alimentos. El Centro para Manipuladores de Alimentos imparte a los clientes enseñanzas de higiene personal y buenas prácticas de manejo de los alimentos.

La División de Servicios Farmacéuticos del Ministerio de Salud, creada en virtud de la Ley de Alimentos y Medicamentos promulgada en 1964, controla la autorización, importa-

ción, distribución y uso de productos farmacéuticos. La División se asegura de que todas las sustancias empleadas como alimentos, medicamentos y cosméticos sean inocuas y de alta calidad. Se estableció un grupo de trabajo para examinar los requisitos para la clasificación y reglamentación de las preparaciones a base de hierbas, las vitaminas y los productos homeopáticos. La División de Servicios Farmacéuticos también se encarga de la distribución de medicamentos, vacunas y otros suministros médicos dentro del sistema de salud pública. Hay escasez permanente de suministros y de personal, especialmente en los centros de atención primaria.

Se estima que, en la actualidad, los fondos privados financian 82% de los costos farmacéuticos, pero no está claro qué nivel de servicio representa eso. El Ministerio de Salud ha delegado gradualmente la responsabilidad de la industria farmacéutica a un organismo semipúblico (Health Corporation Limited) y al sector privado. Hay cerca de 275 farmacias registradas y 520 farmacéuticos en el país.

El Laboratorio Nacional de Salud Pública es el servicio central de laboratorio del Ministerio de Salud. Investiga y vigila los alimentos y el agua y sirve de laboratorio de referencia para hospitales y clínicas, de laboratorio de referencia para fines de control de la calidad y de laboratorio clínico para el Hospital Público de Kingston y el Hospital Victoria Jubilee.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

La salud pública veterinaria es una responsabilidad conjunta de los Ministerios de Salud y de Agricultura y de varios otros organismos que cooperan para prevenir las zoonosis y reducir el riesgo de enfermedades transmitidas por los alimentos. La capacitación de inspectores de alimentos, la educación pública y la participación de la comunidad son las principales estrategias para mejorar los programas de manipulación higiénica de los alimentos y de control de roedores.

La Carta de Promoción de la Salud en el Caribe ha sido el marco de las estrategias de educación sanitaria y promoción de la salud en los países de la subregión, incluso en Jamaica, desde su adopción en 1993. En dicha Carta se hace hincapié en los aspectos multidisciplinarios y multisectoriales de la formulación de la política pública en materia de salud. La Oficina de Educación Sanitaria es la unidad encargada de planear, ejecutar, evaluar y coordinar los programas de educación sanitaria y promoción de la salud en el país. En virtud de la reforma del sector salud, la Oficina será parte de la División de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud.

Servicios de salud ambiental. El Gobierno reconoce la relación crítica que existe entre la salud y el medio ambiente y

el desarrollo económico sostenible. Ha señalado tres prioridades nacionales en ese campo: abastecimiento de agua y saneamiento comunitarios, manejo y evacuación de residuos sólidos y salud ocupacional. Varios programas mixtos de cooperación técnica trabajan para fortalecer los recursos humanos, la infraestructura y las instituciones encargadas de mantener los servicios ambientales.

El Ministerio de Salud comparte la responsabilidad de los servicios de salud ambiental con varias instituciones públicas, semipúblicas y privadas, tales como la Comisión Nacional del Agua. Los inspectores de salud pública asignados a los departamentos de salud de los condados se encargan de hacer cumplir las leyes de salud pública.

Más de 80% de la población tiene sistemas de acueducto, 12% recibe agua tratada de dudosa calidad y el 7% restante carece de agua de redes públicas de abastecimiento. Las principales fuentes de agua potable son los ríos y los pozos comunes y barrenados, recursos que están en peligro de grave degradación si persisten los métodos inadecuados de evacuación de residuos y la contaminación.

El uso continuo de sistemas de riego con zanjas abiertas, los sistemas de transporte y distribución de agua mal mantenidos, la sedimentación, la industrialización y el uso de sustancias químicas en la agricultura son amenazas para los recursos hídricos naturales.

Manejo de residuos sólidos y peligrosos. El tratamiento y la evacuación de los residuos líquidos y sólidos es motivo de profunda preocupación. En 1995 había 26 basureros oficialmente reconocidos, todos los cuales se encuentran en regiones ecológicamente precarias en lo que respecta a contaminación de la tierra, el agua y el aire. El Gobierno examina la posibilidad de establecer un programa nacional de racionalización del manejo de los residuos sólidos, que comprenda la construcción de rellenos sanitarios. Se señalaron seis sitios posibles. El de Riverton City está actualmente en proceso de conversión.

Veinte por ciento de la población tiene acceso a sistemas de alcantarillado, que existen solamente en las zonas urbanas y los centros turísticos más importantes de Kingston, Montego Bay, Ocho Ríos y Negril. El servicio de evacuación de residuos empleado por 50% de la población es la letrina de pozo y 28% tiene acceso a pozos sépticos individuales y sistemas de absorción. Hay 109 plantas de tratamiento de agua, 40% de las cuales se encuentran en la zona de Kingston-St. Catherine.

Los residuos sólidos y peligrosos, incluidos los subproductos industriales, y la contaminación del aire aumentan debido al incremento de la actividad industrial, la urbanización y el número de vehículos de motor. Para atender las quejas públicas relativas a la contaminación del aire se hicieron comprobaciones esporádicas de la calidad del aire en Waterloo Road en St. Andrew, en el basurero de Riverton City en Kingston y en Windsor Road en St. Catherine. Con asistencia del

Gobierno del Reino de los Países Bajos se adquirieron cuatro dispositivos para la toma de muestras de aire de volumen mínimo.

A largo plazo, en un estudio del manejo de residuos médicos en Jamaica se recomendó la construcción de incineradores especiales en Kingston y Montego Bay; la provisión de un sistema apropiado de separación, almacenamiento y recolección en toda la comunidad médica, y la modernización de los incineradores de las instalaciones existentes.

La evacuación de aguas servidas de los barcos que atracan en los puertos de Jamaica es motivo de preocupación, puesto que el país está expuesto al riesgo de propagación de enfermedades fecales-orales y del cólera.

Calidad del agua. Los principales proveedores de agua potable comprenden la Comisión Nacional del Agua y los Consejos de los Condados. En 1996 había cerca de 891 fuentes formales de suministro de agua que proporcionaban alrededor de 140 millones de galones diarios; 567 suministraban agua tratada. Según el Sistema de Vigilancia del Agua y del Saneamiento, 84% de los jamaicanos tienen acceso a agua potable. Si bien 96% de la población urbana dispone de agua potable, solo 69% de la rural tiene ese servicio. Doce por ciento de las personas carentes de acceso usan sistemas de recolección de agua de lluvia y manantiales protegidos; 4% no tienen suministro regular.

Se sobrepasó la meta del Ministerio de analizar 15.000 muestras de agua potable. En las 16.626 muestras analizadas, las tasas de residuo de cloro fueron satisfactorias en 13.234 (79,6%). De las 7.012 muestras tomadas, 1.635 (24,5%) estaban contaminadas con bacterias coliformes, lo que representa un aumento de 2,1% en comparación con las cifras de 1995. Esas muestras se tomaron sobre todo de las reservas de agua del Consejo de los Condados y de los tanques de uso doméstico. Los condados de Portland, St. Mary, Trelawny y Hanover necesitan mejorar sus prácticas de tratamiento de agua.

Se necesita colaboración intersectorial con los proveedores de agua potable para ofrecer servicios de acueducto a 16% de la población carente de acceso y mejorar sus prácticas de cloración. Asimismo, las personas que construyen letrinas de pozo o sistemas de alcantarillado en zonas con suelo de piedra caliza o un nivel freático alto deben pedir orientación al Departamento de Salud Pública para prevenir la contaminación del agua subterránea.

Control de vectores. El programa de control de vectores es parte integrante de la actividad cumplida por el Ministerio para prevenir brotes de enfermedades transmitidas por vectores. Continúa la vigilancia de *Aedes aegypti*, *Anopheles albimanus* y otros mosquitos, por medio de inspección de los criaderos en las casas, las zanjas de drenaje y los aeropuertos internacionales. Si bien el Ministerio de Salud realiza progra-

mas de educación pública, trata los criaderos con larvicidas y fumiga o nebuliza las comunidades infestadas por mosquitos, la participación de la comunidad es indispensable para asegurarse de que las zanjas de drenaje se mantengan limpias y los recipientes de almacenamiento de agua en el medio doméstico no fomenten la cría de mosquitos. En 1996 los índices de infestación de viviendas con *Aedes aegypti* (vector del dengue y de la fiebre amarilla) oscilaron entre 2% y 52%.

Alrededor de 90% de los aviones que aterrizan en los aeropuertos internacionales Norman Manley y Sangster realizan fumigación residual o durante el vuelo.

La Administración del Control de Plaguicidas vigila y controla el uso de plaguicidas químicos en la isla por medio del registro de productos; la concesión de licencias a importadores, fabricantes, vendedores y personal de control de plagas; la autorización de vendedores, y el registro de locales. El Ministerio de Salud aprobó reglamentación en virtud de la Ley de Plaguicidas de 1996; hay 330 plaguicidas diferentes registrados para uso en Jamaica.

Contaminación de playas y ríos. El Proyecto de Vigilancia de Playas y Ríos comenzó a ejecutarse en 1996. Las muestras de agua tomadas en Bluefields, la única playa para bañistas visitada, revelaron una concentración desaconsejable de bacterias coliformes fecales; los expertos locales han continuado con su labor de observación. Se vigilan Hunts Bay, el puerto de Kingston y tres playas de pesca como sitios testigo para determinar si hay vestigios de minerales en peces y camarones. Si bien las concentraciones de cadmio son muy bajas en todas las regiones, se observaron concentraciones elevadas de plomo en Hunts Bay y de zinc en todas las zonas de muestra. En los ríos Cobre, Black y Roaring, las tres corrientes observadas, los valores de demanda química de oxígeno fueron superiores a los previstos. En esos ríos no hubo indicios de vida piscícola.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

El Laboratorio Nacional de Salud Pública es el principal laboratorio del sector público y banco de sangre de la isla. Ofrece servicios de hematología, química, serología, bacteriología, histología, citología, exámenes de detección del VIH y otros. En 1996 se realizaron 738.450 exámenes de laboratorio; se facilitaron 17.759 unidades de sangre (cifra menor que la de 21.110 registrada en 1995 por haberse reducido la población de donantes); se sometieron 23.834 a la prueba de detección del VIH, y se efectuaron 995 análisis de tipificación genética (paternidad).

El Ministerio de Salud se encarga de los exámenes de rayos X, de contraste con ultrasonografía o sin esta, y de otros

servicios de imaginología de diagnóstico en los hospitales de toda la isla. Se prestaron servicios de rayos X a 166.268 clientes; 35.875 de ellos fueron pacientes internados y 130.393 ambulatorios.

El Servicio Médico de Urgencias es administrado conjuntamente por los Ministerios de Salud y Gobierno Local y la Brigada de Incendios de Jamaica y recibe fondos del Banco Interamericano de Desarrollo. Se han modernizado los departamentos de accidentes y urgencias así como los servicios de las estaciones de bomberos. Se capacitó a 35 médicos y enfermeros en técnicas avanzadas de mantenimiento de las funciones vitales de pacientes pediátricos y adultos con cardiopatía y traumatismos. El personal del Departamento de Medicina Social y Preventiva capacitó a 62 bomberos como técnicos especializados en medicina de emergencia. Las ambulancias están dotadas de equipo básico de mantenimiento de las funciones vitales, y el Ministerio de Salud proporcionó el equipo de comunicaciones necesario.

Las principales modalidades de tratamiento no invasivo empleadas en los hospitales del sector público comprenden productos farmacéuticos y fisioterapia. Los servicios de fisioterapia se ofrecen en hospitales generales regionales (tipo A) y en hospitales generales (tipo B), excepto en Mandeville, donde hay escasez de personal. El único hospital de condado (tipo C) que ofrece ese servicio es el de Falmouth. El Hospital Infantil Bustamante y el Hospital Nacional del Tórax (establecimientos especializados) también ofrecen esos servicios. Se realizaron 180.034 sesiones de fisioterapia para 48.844 clientes, lo que da una razón aproximada de 4:1.

Se ofrecen servicios radiológicos terapéuticos en el Hospital Público de Kingston y en el Regional de Cornwall. De los 2.633 clientes que recibieron tratamiento superficial con rayos X, 362 eran nuevos. También se administró radioterapia β a 109 pacientes (incluidos 40 clientes nuevos) en el Hospital Público de Kingston, el único establecimiento del sector público que ofrece ese servicio.

Se ofrecen servicios de fisioterapia y de tratamiento del abuso de sustancias en el Centro de Rehabilitación Sir John Golding para discapacidades físicas, el Centro Ken Royes para tratamiento de trastornos de salud mental, las Unidades de Desintoxicación del Hospital Regional de Cornwall y del Hospital Universitario. En el Patricia House y el Albergue y Centro de Rehabilitación para Hombres William Chamberlain se trata el abuso de sustancias. La Secretaría de Abuso de Drogas estableció mecanismos para ampliar la capacidad de generación de ingresos de los adictos en proceso de recuperación.

La Richmond Fellowship, Jamaica/Patricia House es una instalación residencial de 24 camas para ciudadanos nacionales o extranjeros residentes en el país por más de cinco años. El modelo de servicio adopta el método de la "comuni-

dad terapéutica" para tratar el abuso de sustancias, que se concentra en orientación individual y colectiva. En 1996 ingresaron 67 clientes, de los cuales egresaron 33. El financiamiento proviene del Ministerio de Salud y el ingreso es voluntario.

El Albergue y Centro de Rehabilitación para Hombres William Chamberlain es financiado y manejado por el Ejército de Salvación. Este servicio puede alojar a 25 personas. El programa dura de cuatro a seis meses y se ofrece solo a hombres toxicómanos. El ingreso es voluntario y todos los clientes se someten a evaluación psiquiátrica en la Unidad de Desintoxicación del Hospital Universitario antes de la internación.

Insumos para la salud

La División Farmacéutica emplea una lista de medicamentos vitales, esenciales y necesarios para orientar la adquisición de productos farmacéuticos. La tercera edición del Formulario Nacional de Medicamentos se publicó en 1997. Este documento abarca el concepto de uso racional de medicamentos y sirve de guía a los médicos, enfermeros, farmacéuticos y estudiantes de esas disciplinas. También se espera que ayude a mantener prácticas racionales de prescripción.

Health Corporation Limited, compañía semiprivada establecida en 1994 para asegurar la adquisición y distribución de productos farmacéuticos y suministros médicos de una forma eficiente y eficaz en función de los costos, ha atendido cerca de 70% de las necesidades esenciales del sector público.

Aunque la asignación presupuestaria para medicamentos esenciales ha pasado de US\$ 3 millones en 1991-1992 a US\$ 8,6 millones en 1996-1997, la capacidad de pago sigue siendo un motivo de preocupación constante del Gobierno. En ese sentido, existe una política que fomenta el uso de medicamentos genéricos. Además, en 1996 se lanzó el Programa de Medicamentos para Adultos Mayores de Jamaica para aliviar las dificultades experimentadas por clientes ancianos para obtener medicamentos para enfermedades como artritis, asma, diabetes, glaucoma e hipertensión. La respuesta a este programa ha sido abrumadora y hay 71.105 personas inscritas en toda la isla. También participan en el programa más de 100 farmacias del sector privado, lo que indica una buena asociación entre los sectores público y privado.

Para ampliar la accesibilidad a los productos farmacéuticos, el Ministerio de Salud colaboró con la Comisión de Asuntos de Consumo en una encuesta de precios de 33 medicamentos recetados para tratar el asma, la diabetes mellitus y la hipertensión, así como medicamentos de venta libre, tales como antiácidos, antihelmínticos (purgantes) y remedios para la tos y el resfriado.

Recursos humanos

El número de funcionarios de salud del sector público aumentó de 4.220 en 1991 a 4.968 en 1995, es decir, cerca de 18%. En 1995 había 417 médicos y 1.836 enfermeros diplomados. Hay escasez de varias clases de personal de salud y, por lo general, el personal está mal distribuido y las zonas rurales y menos prósperas tienen menor acceso a la atención de salud.

El Gobierno es el principal patrocinador y capacitador de trabajadores de salud. Gran parte de la capacitación se ofrece en el exterior y se financia por medio de la cooperación internacional. Por lo general, hay escasez de instalaciones y recursos de adiestramiento para el personal de atención de salud. Esta disparidad varía con la profesión, pero hay una particular necesidad de fortalecer y crear mayor capacidad para programas destinados a administradores de salud, otros especialistas en administración, especialistas en informática y fisioterapeutas. El sector privado en crecimiento crea mayor competencia por los escasos recursos humanos capacitados por el Gobierno. Los dispensadores particulares predominan en los servicios de atención ambulatoria y farmacia.

Además de fortalecer los recursos humanos existentes y las instalaciones de capacitación, es necesario establecer nuevas categorías de trabajadores de salud acordes con diferentes métodos de administración de recursos y prestación de atención.

Por último, hay pocos incentivos económicos para las personas que siguen o permanecen en las profesiones de salud seleccionadas, al menos en el sector público. La deficiencia del sistema de remuneración financiera, beneficios e incentivos contribuye a la mala distribución del personal en relación con las necesidades de recursos humanos. Por ejemplo, se sabe que el personal de enfermería se abstiene de aceptar nombramientos permanentes en los hospitales y que más bien opta por trabajar en atención primaria o acepta trabajo contractual a corto plazo en los hospitales. Este es un problema crítico en el caso de ciertas profesiones, como las de técnicos de laboratorio y farmacia. La escasez permanente de personal, la baja productividad y las huelgas frecuentes son comunes. No se deben pasar por alto esos problemas, puesto que el sector salud representa un segmento amplio y creciente de la economía y debe servir de fuente de una gran variedad de empleos en el futuro.

Gasto y financiamiento sectorial

Se estima que en 1995 el gasto total del sector salud de Jamaica fue de cerca de US\$ 348 millones. Según la fuente, el gasto total en salud constituye entre 5% y 8,9% del PIB. El gasto público representa aproximadamente 35% del gasto total por concepto de salud, lo que indica un cambio gradual

hacia el sector privado en el último decenio. Eso se aplica sobre todo a la atención ambulatoria prestada por el sector privado en un 75%. Cincuenta y dos por ciento del gasto total en medicamentos corresponde al sector privado.

El gasto público en salud representa alrededor de 6% del presupuesto público. El Gobierno presta 95% de la atención hospitalaria en el país y financia 65% de esta. Se destina una parte importante pero indeterminada de los fondos o recursos de los hospitales públicos a los médicos de ambos sectores. Eso redundará en un subsidio para los médicos particulares y los pacientes que pueden pagar por el uso de recursos públicos.

Los ingresos tributarios proporcionan casi 90% del presupuesto del Ministerio de Salud. Otras fuentes comprenden financiamiento bilateral y multilateral y programas de recuperación de costos, como el cobro de tarifas a los usuarios. Los primeros financian principalmente proyectos de capitalización y los últimos son empleados por las instituciones de cobranza para sufragar los gastos ordinarios.

En los últimos años el Ministerio de Salud ha tenido escasez permanente de fondos, problema agravado por las fluctuaciones generalmente desfavorables del dólar de Jamaica. Una gran parte del financiamiento de los servicios y otras actividades proviene de fuentes extrapresupuestarias, como préstamos y donaciones de fuentes bilaterales y multilaterales.

Con el crecimiento del sector privado, el público financia ahora alrededor de 35% del sistema nacional de salud. Se estima que en el ejercicio 1996-1997 el gasto público real alcanzó un total de US\$ 157 millones.

Si bien la remuneración y la atención secundaria siguen absorbiendo la mayor parte del presupuesto del Ministerio de Salud, ha mejorado la tendencia de las categorías correspondientes a partidas presupuestarias y programas. Esos gastos se redujeron a 58% y 51%, respectivamente. Alrededor de 18% del presupuesto ordinario se ha asignado a atención primaria de salud. La financiación del mantenimiento de la planta y del equipo, a la que se asigna actualmente menos de 1% del presupuesto de salud, sigue planteando un problema.

En los últimos años el Ministerio de Salud ha hecho más hincapié en la recuperación de costos de los servicios hospitalarios. El Programa de Iniciativas del Sector Salud, parte del movimiento de reforma de la atención de salud, ha introducido nuevos sistemas de administración conducentes a grandes aumentos del dinero recuperado de los pacientes de los hospitales. Lamentablemente, los cambios no guardan relación alguna con los costos reales y los aumentos de tarifas no pueden mantenerse al ritmo de los costos. En promedio, los hospitales recaudan tarifas equivalentes a alrededor de 5% a 10% de sus gastos. Se reconoce la necesidad de encontrar otras fuentes de financiamiento, tales como programas de seguro y asociaciones del sector público con el privado. Los in-

gresos de todas las fuentes representaron, en promedio, 2% del gasto total del Ministerio de Salud.

Cerca de 7% del presupuesto total del Ministerio para 1996–1997 provino de programas bilaterales y multilaterales, proporción compatible con la del presupuesto de 1995–1996 (7,4%). Por otra parte, las tarifas cobradas a los usuarios representaron 3,2% del presupuesto ordinario para 1996–1997, un aumento de 0,3% en relación con el año anterior. Se cobraron tarifas a los usuarios en tres campos principales, a saber, atención secundaria y terciaria, atención primaria y apoyo a los servicios de salud, que alcanzaron un total de US\$ 5.328.911 en 1996–1997. Puesto que los servicios de atención secundaria y terciaria tienen mejores mecanismos de recaudación, más de 95% de las tarifas cobradas a usuarios en 1996–1997 provinieron de los hospitales. Si bien las tarifas cobradas a los usuarios no son una parte importante del presupuesto del Ministerio de Salud, ofrecen a las instituciones de cobranza acceso a dinero en efectivo para comprar suministros cuando sea necesario.

Hay un gran número de organizaciones voluntarias locales y extranjeras que contribuyen a prestar servicios de atención

de salud. Los equipos médicos visitantes, los arreglos con instituciones médicas extranjeras, los préstamos del Estado y las campañas de recaudación de fondos son posibilidades comúnmente empleadas para obtener atención para los jamaicanos y merecen un análisis más profundo. Se necesita más información para lograr la administración eficiente de tan valiosos recursos.

Cooperación técnica y financiera externa

Hay muchas actividades de cooperación técnica y financiera externa en el sector salud y otros sectores relacionados. Jamaica y los organismos donantes siguen un método multisectorial para mejorar las condiciones de vida, otro factor esencial para el desarrollo socioeconómico sostenible. Entre los ejemplos se incluyen la prevención del sida, la reforma del sector salud, la inocuidad del agua y la evacuación de residuos, la reducción de la violencia y la erradicación de la pobreza. Los programas bilaterales y multilaterales financian alrededor de 7% del presupuesto del Ministerio de Salud.