
PUERTO RICO

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Puerto Rico es un Estado Libre Asociado de los Estados Unidos de América, por consiguiente, los acontecimientos políticos, sociales y económicos que se producen en este último repercuten en forma directa en la isla. Desde 1992, con la instauración de un nuevo Gobierno en los Estados Unidos, ambos países elaboraron en forma paralela planes de reforma de los sistemas de salud que han traído consigo una serie de cambios sociales y económicos. Para ajustar la realidad social de la isla a los cambios y tendencias, el Gobierno de Puerto Rico ha establecido una nueva política pública y estrategias de salud.

En 1995, la economía de Puerto Rico registró el crecimiento real más alto del quinquenio 1990–1995. El producto bruto exhibió ese año un alza de 3,4%, frente al aumento de 3,3% de 1993 y de 2,5% de 1994. Diversos factores contribuyeron a acentuar el ritmo de la economía de la isla en 1995. Se produjo un incremento de los gastos de consumo personal, de los gastos de consumo del Gobierno y de la inversión interna bruta de capital fijo. Esta última se vio contrarrestada en parte por un incremento en el balance negativo de las ventas netas de bienes y servicios al resto del mundo.

El Gobierno de Puerto Rico continuó aplicando el Nuevo Modelo de Desarrollo Económico, cuyas estrategias económicas, sociales, financieras, reglamentarias, institucionales y de recursos humanos constituyeron un factor determinante en la reactivación económica. Entre los avances logrados se destacan la creación de 40.000 puestos de trabajo, el aumento del empleo manufacturero (el primero experimentado desde el periodo 1990–1991) y el incremento en los empleos promovidos por la Administración de Fomento Económico para la Industria Manufacturera. Asimismo, como parte del programa de justicia salarial, se elevaron los sueldos y jornales de los empleados públicos. La industria turística también mostró

signos de crecimiento, ya que aumentaron tanto la cantidad de personas registradas en los hoteles como sus gastos, y el número de habitaciones de hotel disponibles fue mayor. El Gobierno tuvo una participación destacada en el alza de la industria de la construcción, en particular a través de inversiones en obras de infraestructura como carreteras, líneas de electricidad y teléfonos, e instalaciones carcelarias.

Durante el año fiscal 1995 se aprobó una reforma fiscal que redujo las tasas impositivas, lo que deberá incrementar el ingreso personal disponible en el próximo año fiscal. Por otro lado, en el marco de la política de privatizaciones, se materializó la venta de la Autoridad de las Navieras y se continuó con la privatización de hoteles y de empresas como la Corporación Azucarera y Compañía de Piñas Lotus. A la vez, se establecieron oficinas de Puerto Rico en Chile, Costa Rica, México, Panamá y República Dominicana para promover las exportaciones a estos países.

El incremento real de la producción económica estadounidense causó un efecto favorable en Puerto Rico a través de la demanda de productos manufacturados, que permitió que las exportaciones de mercancías a los Estados Unidos registraran un alza monetaria de 11,1%. Por otro lado, la actividad económica interna y el incremento de los ingresos devengados en la isla produjo un impacto en las importaciones. Una alta proporción de estas (75,6%) estaba constituida por bienes de capital, materia prima y productos intermedios, que contribuyeron a incrementar la capacidad productiva de la isla y a satisfacer la necesidad de materia prima de las industrias. En el año fiscal 1995 el producto interno bruto (PIB) ascendió, a precios corrientes, a US\$ 42.363.700, lo que representa un aumento de 7,2% respecto del año anterior.

En gran parte debido a la reactivación económica, el ingreso personal se incrementó 5,5% en 1995, cifra que supera la del año fiscal anterior (4,1%). El ingreso personal total ascendió a US\$ 27.016.700, comparado con US\$ 25.609.300 en el año precedente para un aumento absoluto de US\$ 1.407.400. A su vez, este aumento se tradujo en un alza

del ingreso personal per cápita y del ingreso promedio por familia. A precios corrientes, el ingreso personal per cápita ascendió a US\$ 7.296 en el período 1994–1995, superando al del año anterior, que fue de US\$ 7.009.

En el año fiscal 1995, el empleo total promedio según la Encuesta del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos ascendió a 1.051.000, lo que refleja un alza de 40.000 empleos respecto del año anterior. El nivel de empleo medido por medio de esta encuesta excluye al sector agrícola y a los trabajadores por cuenta propia, que suman un total de 896.000 personas. El incremento de los empleos se tradujo en una disminución de la cantidad de desempleados, que fue de 168.000. Ese año la tasa de desempleo fue de 13,8%.

El Gobierno Federal de los Estados Unidos participa activamente en la economía de la isla a través de desembolsos netos. Estos consisten en transferencias federales netas a particulares y al sector público, y gastos netos de funcionamiento de los organismos federales que operan en Puerto Rico. Los desembolsos netos del Gobierno Federal han aumentado a lo largo del tiempo. En el año fiscal 1995 sumaron US\$ 6.367.100, lo que representa un incremento de US\$ 430,8 millones (o de 7,3%) respecto del período 1993–1994. Estos desembolsos representan 22,4% del producto bruto del país. El alza registrada en 1994–1995 superó el ritmo medio de crecimiento del quinquenio 1990–1995, que fue de 5,4%.

Con respecto a la distribución geográfica de la población, la unidad básica que se utiliza en el estudio de la distribución geográfica de la población de Puerto Rico son los municipios (la isla está dividida en 78 municipios). Cada municipio está constituido por un núcleo urbano o semiurbano (ciudad, pueblo o aldea). Puede incluir zonas urbanas y rurales.

La densidad poblacional ha ido en aumento: en 1990 era de 396,9 habitantes por km² y en 1995 de 416,0 habitantes por km². Se estima que para el año 2000 será de 432,7 habitantes por km². La población del municipio de San Juan, capital de Puerto Rico, en 1995 representaba 12,2% de la población total del país, con una densidad poblacional de 3.643,7 habitantes por km²; le sigue el municipio de Cataño, con 3.068,8 habitantes por km². Por otro lado, dos de los municipios con la menor densidad poblacional en 1995 fueron Maricao (50,3 habitantes por km²) y la isla municipio de Culebra (54,7 habitantes por km²).

En cuanto a los indicadores demográficos, según los estimados preliminares de la Oficina del Censo de la Junta de Planificación, para el 1 de julio de 1995 la población total de Puerto Rico era de 3.720.018 personas, cifra que representa un aumento de 34.288 personas (0,9%) respecto de julio de 1994. En los últimos cinco años el aumento acumulado fue de 192.918 personas. La tasa de crecimiento poblacional fue de 17,9% (1,7% anual) en la década del setenta y de 9,9% (1,0% anual) en la década del ochenta. En el período 1990–1995 la tasa de crecimiento promedio anual fue de 1,1%.

Al 1 de julio de 1995 la población femenina totalizó 1.918.499, lo que equivale a un aumento de 17.684 (0,9%) respecto de 1994. La población masculina, cuyo número ascendió a 1.801.519, experimentó un aumento de 16.604 en relación con el año fiscal anterior. La población total de Puerto Rico en 1994 fue de 3.685.730 personas.

La migración ha sido por muchos años una de las variables demográficas que más ha afectado a la dinámica poblacional del país. Los movimientos migratorios, básicamente entre Puerto Rico y los Estados Unidos, están compuestos en su mayor parte por puertorriqueños que emigran hacia el continente y luego regresan al país, fenómeno que se conoce con el nombre de migración de retorno. Se produce así un movimiento continuo de migrantes en ambas direcciones, facilitado por el hecho de que, por su condición de ciudadanos estadounidenses, los puertorriqueños no necesitan ni pasaporte ni visa para ingresar a los Estados Unidos.

El balance neto migratorio de Puerto Rico en el año fiscal 1980 fue de -16.101 personas. En 1994, el balance neto migratorio fue de +26.853 personas. Según datos preliminares, para 1995 se registró un balance neto negativo de 1.326 personas, el más bajo desde el año fiscal 1971, en que fue de -2.525 personas.

En 1994 se celebraron 33.200 matrimonios, 62 menos que en 1993. La tasa de matrimonios por 1.000 habitantes de 15 años o más fue de 12,3 en 1994, mientras que en 1993 fue de 12,6. Se registraron 13.724 divorcios, lo que representa una tasa de 5,1 por 1.000 habitantes de 15 años o más. En 1993 la tasa de divorcios fue de 5,4.

La tasa de natalidad, que era de 24,8 por 1.000 habitantes en 1970, se redujo a 18,8 en 1985 y a 17,5 en 1994. En cuanto a la tasa específica de fecundidad, los datos disponibles revelan una trayectoria descendente durante las últimas décadas en todos los grupos de edad de la madre, excepto en el de 15 a 19 años. En el grupo de 20 a 24 años de edad, por ejemplo, la tasa específica de fecundidad en 1970 fue de 187,7 nacimientos por 1.000 mujeres y se redujo a 138,0 en 1992; en el grupo de 25 a 29 años, las tasas correspondientes fueron de 179,4 y 122,0, respectivamente y en el grupo de 15 a 19 años de edad ha habido variaciones en los patrones de natalidad. La tasa específica de fecundidad fue de 71,9 nacimientos por 1.000 mujeres en 1970, 76,3 en 1980, 63,5 en 1985 y 73,3 en 1992.

Morbilidad y mortalidad

El Estudio Continuo de Salud es una investigación de campo de la División de Evaluación de la Secretaría Auxiliar de Planificación, Evaluación y Estadísticas del Departamento de Salud. Se basa en las guías de la Encuesta de Entrevistas Nacionales de Salud (NHIS) del Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos.

La encuesta provee los datos estadísticos sobre hospitalizaciones, visitas a médicos y dentistas, morbilidad aguda y crónica, y días de restricción de actividad. La muestra de viviendas utilizada es una submuestra del grupo trabajador del Negociado de Estadísticas del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos. La población bajo estudio es la población civil no institucionalizada de Puerto Rico.

En 1992 los datos de la encuesta reflejaron un total de 5,5 millones de afecciones crónicas. Esta cifra representa una tasa de 154,4 afecciones crónicas por 100 personas, equivalente a 1,5 afecciones por persona por año, lo que significa que una persona informó padecer, en las últimas cuatro semanas previas a la entrevista, una o más afecciones crónicas. La tasa comienza a aumentar desde los 6 años y alcanza un máximo de 429,4 afecciones por 100 personas en el grupo de 65 años y más.

Al igual que en años anteriores, en 1992 figuran en primer lugar las enfermedades del aparato circulatorio, con tasas de 25,6 afecciones por 100 personas; le siguen las enfermedades del aparato respiratorio (20,7), las afecciones del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y las enfermedades de las glándulas endocrinas (ambas con tasas de 12,5) y las del aparato digestivo (10,6). La tasa de afecciones crónicas de las mujeres fue mayor que la de los hombres (174,0 por 100 mujeres frente a 133,6 por 100 hombres).

En 1992, y según datos obtenidos en una muestra correspondiente a dos trimestres, la incidencia estimada de morbilidad aguda en la población civil no institucionalizada de Puerto Rico fue de 4,5 millones de afecciones. Las mujeres presentaron una tasa mayor (138,9 por 100 personas) que los hombres (113,9 por 100 hombres). La incidencia de afecciones agudas tiende a variar con la edad. El grupo de niños menores de 6 años registró la tasa más alta de afecciones agudas (229,1 por 100 personas por año); la tasa más baja se registró en los grupos de 45 a 64 años y de 25 a 44 años (99,0 y 129,9 por 100 personas por año, respectivamente). La mayor incidencia de afecciones agudas en 1992 correspondió a las enfermedades del aparato respiratorio, con una tasa de 55,8 por 100 personas. Le siguen las enfermedades infecciosas y parasitarias, las lesiones y las enfermedades del aparato digestivo, con tasas de 25,9, 8,9 y 7,8 afecciones por 100 personas, respectivamente.

Todos los nacimientos, defunciones, matrimonios y muertes fatales que ocurren en Puerto Rico se anotan en las oficinas locales del Registro Demográfico que existen en la isla. El registro de defunciones es muy completo. Las causas de muerte son certificadas por médicos: 52% por médicos de cabecera, 37% por médicos que toman como base los resultados de autopsias y expedientes u otras pruebas, y el restante 11% por médicos que utilizan otras fuentes de información.

La tasa de mortalidad ha permanecido relativamente estable: en 1970 fue de 6,6 por 1.000 habitantes; en 1980 bajó a 6,4 y se mantuvo en 6,5 durante los primeros cuatro años de la década de 1980; posteriormente subió a 7,0 en 1987 y si-

guió aumentando hasta alcanzar el valor de 7,9 en 1993 y 7,7 en 1994. Un elemento importante que explica el aumento de esta tasa es el envejecimiento natural de la población y el rápido crecimiento de los grupos de edades más avanzadas. Otro factor vinculado con las tasas de mortalidad son las enfermedades que se manifiestan como las principales causas de muertes en el país.

En 1994 murieron 28.444 personas por todas las causas (16.707 hombres y 11.737 mujeres). En ese mismo año, las enfermedades del corazón (tasa de 157,7 por 100.000 habitantes) y los tumores malignos (116,6 por 100.000 habitantes) fueron las dos principales causas de muerte, responsables en conjunto de 35,6% del total de defunciones.

Las enfermedades del corazón continúan siendo la primera causa de muerte. Unas 5.814 personas murieron por este grupo de causas en 1994 (3.169 hombres y 2.645 mujeres) y 4.298 por tumores malignos (2.516 hombres y 1.782 mujeres). En conjunto, las enfermedades cardiovasculares (incluidas las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad hipertensiva y la aterosclerosis) causaron 8.401 muertes, que equivalen a 29,5% del total.

Entre las mujeres hubo 1.782 defunciones por tumores malignos; el más frecuente fue el de mama, que ocupó el primer lugar, con 294 muertes (6,8%), seguido por el de colon, con 153 muertes (3,6%). Entre los hombres se produjeron 2.516 defunciones; el cáncer más frecuente fue el de próstata, con 505 muertes (11,7%) seguido por el de tráquea, bronquios y pulmón, con 386 muertes (9,0%).

Al igual que en los años anteriores, la diabetes mellitus ocupó el tercer lugar, con 1.868 defunciones, es decir, 6,6% del total de muertes de 1994; de estas, 1.028 ocurrieron en mujeres. En 1993 la diabetes mellitus produjo 1.876 muertes.

La cuarta causa de muerte fue la infección por el VIH, causante del sida. Se notificaron 1.549 muertes, 1.210 (78,1%) en hombres y 339 (21,9%) en mujeres.

La enfermedad cerebrovascular fue la quinta causa, con 1.428 (5,0%) defunciones. Esta causa fue la cuarta en 1993, año en que ocasionó 1.443 muertes (5,1%).

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

La transformación social experimentada por Puerto Rico en los últimos 50 años ha traído como consecuencia un aumento significativo de la longevidad y de la esperanza de vida. Se espera que esta tendencia se mantenga y se estima que en el 2030, 15% de la población pertenezca al grupo de personas de 65 años y más. Esta y otras tendencias, como el paso de una sociedad agrícola y rural a una urbana e industrial, han significado cambios en la morbilidad y en la mortalidad. El perfil epidemiológico ha variado y junto con las enfermedades infecciosas agudas coexisten las enfermedades crónicas degenerativas, con una alta prevalencia de las enfermedades cardiovas-

lares y del cáncer. El consumo de alcohol y tabaco es elevado, la población no hace ejercicios físicos, su dieta es inadecuada y contiene grasas y proteínas en exceso, y una proporción creciente consume drogas ilícitas.

Análisis por grupos de población

La salud del niño

En 1992, el grupo de menores de 6 años registró la tasa mayor de afecciones agudas (229,1 por 100 personas, por año). A menor edad, más alta es la incidencia de afecciones agudas. La tendencia es similar en hombres y mujeres. Los menores de 6 años registraron la mayor incidencia de catarro común e influenza y otras infecciones de las vías respiratorias, con tasas de 83,5 y 37,2 por 100 personas, por año, respectivamente. En cuanto a las enfermedades infecciosas y parasitarias, este grupo de edad presentó también la mayor cantidad de episodios de disenterías y gastroenteritis, con tasas de 24,9 por 100 personas. En cuanto a las enfermedades del aparato digestivo, se informó una tasa de 3,1 episodios de gastroenteritis sin especificar y colitis por 100 menores de 6 años de edad.

En 1994 hubo un total de 738 defunciones, 11,5 por 1.000 nacimientos vivos (557 neonatales y 181 posneonatales). Las principales causas de mortalidad infantil fueron los trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso (215 defunciones), las anomalías congénitas (142 defunciones), el síndrome de dificultad respiratoria (92 defunciones), las afecciones originadas en el período perinatal (24 defunciones) y los accidentes y efectos adversos (CIE-9, E800-949) (18 defunciones).

En el grupo de 1 año de edad se produjeron 30 defunciones y la principal causa fueron los accidentes (9 defunciones); en el de 2 años de edad murieron 16 niños y la principal causa fueron las enfermedades del corazón; en el de 3 años murieron 21 niños y los tumores malignos fueron la primera causa, y en el de 4 años murieron 9 niños y la primera causa de muerte fueron los accidentes.

La salud del niño de escuela primaria. En 1994 murieron 53 niños de 5 a 9 años, para una tasa de 16,0 por 100.000. La principal causa de muerte fueron los accidentes (13 defunciones para una tasa de 3,9); le siguen el sida y las enfermedades del sistema nervioso, con un total de 8 muertes por cada una (tasa de 2,4). Entre los hombres, la principal causa de muerte fueron los accidentes, con 11 defunciones (tasa de 6,5); le siguen las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, con 6 defunciones (tasa de 3,6). Entre las mujeres, la primera causa de muerte fue el sida, con un total de 5 defunciones (tasa de 3,1), seguida por las anomalías congénitas, con 3 defunciones (tasa de 3,1).

El maltrato de menores y la negligencia son asuntos críticos en Puerto Rico. Durante el período 1994-1995, el Departamento de la Familia notificó un total de 48.705 casos de malos tratos a niños, 30.388 por algún tipo de negligencia y los otros 18.317 por algún tipo de maltrato (esto incluye la explotación, el maltrato institucional, emocional, múltiple, físico y el hostigamiento sexual). Del total de casos notificados, 11 niños murieron. En 1995 se recibieron 49.913 notificaciones de negligencia y maltrato.

La salud del adolescente

Se estimó que en 1994 había 355.355 adolescentes de 10 a 14 años y 341.902 de 15 a 19 años. Para ambos grupos, los principales problemas fueron los accidentes, los homicidios, sobre todo relacionados con el consumo de drogas, y los embarazos. Ese año murieron 452 jóvenes de esas edades, con una tasa general de 29,0 por 100.000 para el grupo de 10 a 14 años y de 102,1 para el de 15 a 19 años. Las dos principales causas de muerte para el primero de los grupos fueron todos los accidentes, con 37 defunciones (tasa de 10,4), y los homicidios, con 14 defunciones (tasa de 3,9). Para el grupo de 15 a 19 años, las principales causas de muerte fueron también los homicidios, con 187 defunciones (tasa de 54,7) y todos los accidentes, con 83 defunciones (tasa de 24,3). El orden varía levemente según el sexo.

Según la Encuesta de Riesgos realizada por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades en escuelas públicas y privadas de toda la isla durante el primer trimestre de 1995, se ha incrementado la actividad sexual de los adolescentes en relación con 1992. En efecto, en 1992 el 30% de los jóvenes matriculados entre el noveno y el duodécimo grado eran sexualmente activos, mientras que en 1995 ese porcentaje aumentó a 36,35. El 8,4% había tenido cuatro o más parejas sexuales y solo 39,1% había utilizado condones durante la última relación sexual. El número exacto de embarazos en adolescentes no se conoce. Desde 1988 se observa un aumento sostenido de nacimientos entre madres menores de 20 años. En 1988 se notificó 17,2% de nacimientos entre adolescentes. En 1994, de 64.325 nacimientos, 12.779 (19,9%) correspondieron a madres menores de 20 años (444 en el grupo de menores de 15 años y 12.335 en el de 15 a 19 años de edad). De estos 12.779 nacimientos, 8.165 correspondieron a madres solteras (63,9%). De los hijos de madres adolescentes, 204 (1,6%) presentaron muy bajo peso (<1.500 g) y 1.215 (9,5%), bajo peso (<2.500 g).

La salud del adulto

En 1994, 2.195.594 personas, es decir 59% de la población, tenían entre 15 y 59 años; de ellos, 1.050.395 eran hombres y 1.145.199, mujeres.

De los 64.325 nacimientos ocurridos en 1994, 63.854 correspondieron a madres de 15 a 49 años de edad. Dentro de este grupo, se registraron mayor cantidad de nacimientos en el subgrupo de 20 a 24 años (20.469 del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 133,8). Para la misma fecha, del total de mujeres embarazadas, una de cada cuatro recibió cuidados prenatales después del tercer trimestre. En 1994, 1,2% (764) de las mujeres no recibió cuidado prenatal alguno. Esto produjo una mayor morbilidad y mortalidad materna e infantil. Resulta difícil identificar y tratar oportunamente trastornos de salud derivados de una atención prenatal tardía y que pueden afectar tanto a la madre como al niño. La tasa de mortalidad materna fue de 7,8 por 100.000 nacidos vivos, la más baja desde 1990. Tres de las cinco muertes maternas que ocurrieron en 1994, fueron en el grupo de edad de 20 a 24 años.

La encuesta más reciente de salud reproductiva se realizó de noviembre de 1995 a julio de 1996. Este estudio, que analizó una muestra representativa de 5.944 mujeres de 15 a 49 años de edad, reveló que una de cada cuatro (22,5%) no utilizaba ningún método anticonceptivo. Los tres métodos más empleados fueron las esterilizaciones femeninas (45,2%), los anticonceptivos orales (9,7%) y el condón masculino (6,4%). Los menos usados fueron el Norplant (0,1%), los métodos vaginales que incluyen esponjas, jaleas, cremas y espumas (0,2%) y el dispositivo intrauterino (1,0%). El 6,2% de las mujeres entrevistadas usaba algún método natural.

De las 28.444 muertes registradas en 1994, 7.981 (28,1%) ocurrieron en la población de 15 a 59 años de edad. En el grupo de 15 a 24 años hubo 862 muertes (729 hombres y 133 mujeres), lo que representa 3,0% del total de las muertes. De ellas, 435 (50,5%) fueron por homicidios y 199 (23,1%), por accidentes.

En el subgrupo de 25 a 49 años de edad hubo 4.598 defunciones (16,7% del total), 3.439 correspondieron a hombres y 1.159 a mujeres. Se observan variaciones leves entre los sexos en cuanto a las principales causas de muerte. Entre los hombres del subgrupo de 25 a 29 años de edad, la primera causa de muerte fueron los homicidios (156), seguidos por el sida (111), y entre las mujeres, el sida (56), seguido por los accidentes (16). La primera causa de muerte entre los hombres de 30 a 39 años fue el sida (507), seguido por los accidentes (195), y entre las mujeres, el sida (156), seguido por los tumores malignos (53). Para el subgrupo de 40 a 44 años la primera causa de muerte entre los hombres sigue siendo el sida (238), seguido de las enfermedades del sistema digestivo (72), y entre las mujeres, los tumores malignos (69), seguidos por el sida (46). Las principales causas de muerte entre los hombres de 45 a 49 años de edad fueron el sida (159) y las enfermedades del corazón (85), y entre las mujeres, los tumores malignos (86) y las enfermedades del corazón (48). En el grupo de 50 a 59 años murieron 2.521 personas (1.682 hombres y 839 mujeres) y las dos principales causas de muerte para ambos sexos fueron las enfermedades del corazón y los tumores malignos.

La salud del adulto mayor

En 1994, según datos de la Junta de Planificación, 13,2% de la población de Puerto Rico tenía 60 años y más. Del total de 487.381 personas de 60 años y más, 224.055 eran hombres y 263.326, mujeres. La situación de salud de este grupo de edad se ve afectada por los procesos de envejecimiento normal así como por lesiones o enfermedades. Las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y las enfermedades de las glándulas endocrinas y de la nutrición y el metabolismo fueron las afecciones crónicas que prevalecieron en este grupo de edad en 1992. En ese año murieron un total de 19.493 personas. Las principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón (CIE-9, 390–398, 402, 404–429), los tumores malignos (140–208) y la diabetes mellitus (250). Otras causas importantes de muerte son la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (571), la enfermedad hipertensiva (401, 403), las enfermedades cerebrovasculares (430–438) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y afecciones afines (490–496), entre otras.

El censo de Población y Vivienda de 1990 indica que 66.187 personas de edad avanzada vivían solas, es decir 19,4% de este grupo de edad. El análisis por municipio refleja que de 14,0% a 24,9% de los ancianos vivían solos. En casi todos los municipios, el porcentaje de mujeres que vivían solas era mayor. Estos datos resultan particularmente importantes a la hora de planificar servicios para esta población, tanto de salud como otros. Las fuentes principales de ingresos de la población de edad avanzada son el seguro social, las pensiones y la asistencia económica. De acuerdo con el Departamento de la Familia, 18.202 ancianos participaban en el Programa de Asistencia Económica durante el año fiscal 1990 y 22.432 durante el año fiscal 1993–1994.

La salud de la familia

El Gobierno de Puerto Rico ha puesto en marcha varios programas de ayuda a familias necesitadas que son administrados por diferentes organismos. Uno de ellos es el Departamento de la Familia, cuya misión es propiciar y promover el desarrollo de los grupos familiares en condiciones de desventaja social, económica y física, a fin de que puedan incorporarse al progreso de la sociedad puertorriqueña. La Secretaría Auxiliar de Asistencia Pública administra programas del Departamento de la Familia destinados a brindar ayuda económica a grupos familiares que no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas. Esta ayuda se canaliza a través de los programas de Asistencia Nutricional, Asistencia Económica, Distribución de Alimentos, Alimentos para el Cuidado de los Niños, Calzado y Ropa para Escolares y subsidio de Energía Eléctrica, y del subprograma de

Crisis de Energía. Estos programas ofrecen servicios a niños, a personas con discapacidades físicas y mentales, a ancianos, a personas sin hogar y a familias en general.

Según datos del censo, en 1990 participaban 435.665 familias en el Programa de Asistencia Nutricional y en 1994, 490.813. El total distribuido en 1994 fue de US\$ 995.824.899. Ese año, 23% de los grupos familiares asistidos estaban encabezados por mujeres.

En el Departamento de Salud de la Secretaría Auxiliar para la Promoción y Protección de la Salud hay varios programas destinados a la población de madres y niños, así como a la de ancianos. La División de Madres y Niños se ocupa de la elaboración de manuales para implantar las regulaciones y procedimientos de las diferentes actividades del programa: planificación familiar, cuidados prenatal y de posparto, parto de alto riesgo y atención neonatal, conservación de la salud del niño y del adolescente, salud del escolar y atención a adolescentes embarazadas. Los directivos de la División de Madres y Niños y Adolescentes participan en la preparación de protocolos especiales con otros programas de salud, como el de consejería en la preprueba y posprueba de VIH y el de administración de AZT a mujeres embarazadas VIH positivas y a sus hijos. Estos manuales y protocolos se distribuyen y discuten con los proveedores de atención primaria regionales.

La salud de los trabajadores

En el año fiscal 1994–1995, la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, organismo responsable de proveer asistencia médica (incluidos el suministro de medicinas y la hospitalización) a trabajadores que sufren accidentes o enfermedades del trabajo, notificó la radicación de 75.823 casos de un total de 1.051.000 personas empleadas. Se notificaron 31.646 casos en el sector público y 44.177 en el privado. El monto de las compensaciones pagadas ascendió a US\$ 159,5 millones. En ese año fiscal se otorgaron 30.077 certificados de incapacidad, 688 (2,3%) de carácter permanente.

Las lesiones que dieron lugar al mayor número de casos radicados fueron las contusiones (13.691), las lesiones de la espalda (12.318) y las heridas (8.047). El número de casos radicados por sexo fue de 31.889 mujeres (42,1%) y 43.934 hombres (57,9%).

La salud de los discapacitados

La Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos (OPPI) es el organismo gubernamental responsable de velar por los derechos de la población con deficiencias físicas, mentales o sensoriales. Esta Oficina atiende los problemas, necesidades y reclamos de este grupo a través de orien-

taciones, referencias, asesoramiento legal, protección e intercesión. Interviene también en el campo de la educación, la salud, la vivienda, el empleo, el transporte, la recreación y la cultura.

El Consejo Estatal sobre Deficiencias en el Desarrollo se ocupa de personas de 5 años de edad o más con afecciones graves y crónicas, como retardo mental, epilepsia, autismo, espina bífida, sordera, ceguera, trastornos emocionales graves y síndrome de Down. El Consejo se propone aumentar las oportunidades de empleo de estas personas y promover la realización de actividades en la comunidad encaminadas a prevenir, identificar y atender las deficiencias en el desarrollo de los niños (intervención temprana).

De acuerdo con datos del compendio estadístico de la OPPI (1993), en 1990 había en Puerto Rico 704.407 personas con algún tipo de deficiencia, incluidas unas 140.881 con deficiencias visuales y 176.102 con problemas de desarrollo. La OPPI calcula el total de personas con deficiencias mediante una metodología empírica basada en un modelo que utiliza como base los datos poblacionales del censo. En el Censo de Población y Vivienda de 1990 las definiciones de deficiencias giran en torno a su relación con el trabajo.

Datos obtenidos por el Programa de Madres y Niños de la Secretaría Auxiliar para la Promoción y Protección de la Salud en centros pediátricos donde se atiende a niños con necesidades especiales de salud, indican que ha aumentado la cantidad de menores de 21 años atendidos. En 1993–1994 recibieron atención 15.363 personas y en el período 1994–1995, 21.335. De los 21.335 niños con necesidades especiales atendidos en ese último año fiscal, 11.620 tenían 6 años o menos, 8.864 tenían de 6 a 17 años y 851, 18 años o más.

Según los datos del último censo, los centros pediátricos cubren a 1,5% de los niños en Puerto Rico y a 27% de los niños que necesitan servicios. Los problemas más frecuentes en los centros pediátricos son retraso psicomotor, parálisis cerebral, defectos del tubo neural, desórdenes del habla y del lenguaje y paladar hendido.

Datos del Departamento de Educación revelan que el retardo mental y los problemas específicos del aprendizaje son los diagnósticos más comunes entre los 6 y los 21 años de edad. Las deficiencias auditivas representan 2,2% de todas las afecciones atendidas, y las visuales, 1,5%. En 1994, el Departamento de Educación Especial atendió a un total de 37.278 niños entre los 6 y los 21 años.

La Secretaría Auxiliar de Servicios a la Familia del Departamento de la Familia ejecuta un programa cuyo propósito es que los adultos ciegos, discapacitados y de edad avanzada logren un mejor bienestar y se conviertan, hasta donde sea posible, en miembros útiles para sí mismos, para sus familias y para la comunidad. A ellos se les ofrece servicios de ama de llaves, hogares sustitutos, cuidados diurnos y servicios de prótesis y ortesis. En 1993–1994, del total de 70.261 personas atendidas, 3.163 (4,5%) eran discapacitados.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. En 1993, el Programa de Control del Dengue estableció un sistema de vigilancia activa que permitió, mediante una red de comunicación entre los enfermeros epidemiólogos, los médicos de hospitales públicos y privados, y los trabajadores de salud ambiental, investigar de inmediato cualquier aumento de la incidencia de casos sospechosos.

En 1994 hubo un brote epidémico de dengue, en el que se notificaron 24.252 casos sospechosos y se confirmaron mediante laboratorio 5.390 casos, 3 de ellos mortales. El brote se debió principalmente a la proliferación de envases, recipientes y tanques para el almacenamiento de agua en grandes sectores de la población causada por la escasez y el racionamiento general sufridos durante la mayor parte de 1994. Se declaró un estado de alerta general y mediante campañas masivas en los medios se brindó información educativa y orientación sobre el manejo y mantenimiento del agua envasada.

En 1995 se confirmaron en pruebas de laboratorio 2.046 casos de dengue y en 1996, 1.804. Desde 1977 no ha vuelto a aparecer el virus del dengue tipo III. Actualmente en los brotes se han identificado los tipos I, II y IV.

Enfermedades inmunoprevenibles. Una reemergencia de sarampión alcanzó el nivel más alto en 1990, cuando se notificaron 1.805 casos (51,3 por 100.000 habitantes) y 12 defunciones. En 1993 se notificaron 355 casos (10,1 por 100.000 habitantes), de los cuales 254 (72%) ocurrieron en niños preescolares (0 a 5 años de edad), y 116 (33%) en lactantes (menores de 12 meses). A fin de erradicar la transmisión del sarampión para 1996, el Departamento de Salud puso en marcha un Programa de Eliminación del Sarampión Común, un esfuerzo colectivo insular que abarcó una campaña de vacunación masiva, aumento de la vigilancia y control de brotes. La campaña masiva de vacunación de 1994 consiguió cubrir a 77% de la población objetivo (niños de 6 meses a 5 años de edad). La estrategia adoptada se basó en las recomendaciones de la OPS para la eliminación del sarampión. En mayo de ese año, Puerto Rico participó en el estudio de cobertura nacional (población estimada basada en 64.336 nacimientos), logrando el 87% de cobertura (cuatro dosis de la vacuna triple contra la difteria, la tos ferina y el tétanos [DPT], tres de vacuna antipoliomielítica oral [OPV] y una de la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola [MMR]). En julio 1994 se implantó la fase inicial del Registro Nacional de Inmunización.

En 1994 se notificaron 2 casos de tétanos, 3 de tos ferina, 2 de paperas, 3 de meningitis (*Haemophilus influenzae* clase

B), 415 de hepatitis B y 46 de sarampión. Para este mismo año, se notificaron 2 defunciones por tétanos, ambas en hombres. No se notificaron defunciones por difteria, tos ferina ni sarampión.

En 1992, con la aprobación de la Ley 59, se creó el Programa de Hepatitis B, cuya misión es la vacunación de empleados del sector público y privado en alto riesgo de exposición ocupacional. Hasta el 30 de junio de 1995, se habían administrado 110.224 dosis en el sector público y 17.681 en el privado.

En 1992 se estableció un protocolo de crecimiento perinatal de hepatitis B con el propósito de ofrecer tratamiento temprano a las madres infectadas y vacunación a los niños de las madres identificadas. En 1993 se incluyó en el esquema de vacunación infantil la vacuna contra la hepatitis B para los menores de 12 meses; sucesivamente, cada año se irá aumentando la edad de cobertura. El objetivo es cubrir a todos los niños de 0 a 18 años de edad para el año 2000.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. En el presente siglo no se ha informado ningún caso de cólera.

Enfermedades crónicas transmisibles. La incidencia de tuberculosis ha mostrado variaciones leves a lo largo de los años: se notificaron 312 casos en 1992 (tasa de 8,9 por 100.000 personas), 257 casos en 1993 (7,3 por 100.000), 274 casos en 1994 (7,8 por 100.000), 263 casos en 1995 (7,5 por 100.000) y 222 casos en 1996 (6,3 por 100.000). La distribución por sexo fue la siguiente: en 1994, 73,4% de los casos se produjeron en hombres y 26,6% en mujeres; en 1995, 65% ocurrieron en hombres y 35% en mujeres, y en 1996, 72% de los casos fueron masculinos y 28% femeninos. En 1996, la localización de la enfermedad era pulmonar en 90% de los casos. Durante ese mismo año, la distribución de los casos por grupos de edad fue la siguiente: 6,3% en el grupo de 0 a 14 años, 1,4% en el de 15 a 19 años, 39,2% entre los 20 y los 44 años, 15,3% en el grupo de 45 a 54 años y 33,8% en el de 55 años y más. Se desconoce el grupo de edad de 4% de los casos. La tasa de mortalidad por tuberculosis fue de 1,7 por 100.000 habitantes en 1994, 1,6 en 1995 y 1,7 en 1996. La incidencia de resistencia a múltiples drogas en los casos notificados fue de 11 casos en 1994, 8 en 1995 y 4 en 1996.

De 1994 a 1995 se observa un aumento del porcentaje de casos de tuberculosis en personas que además están infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En 1993, y de acuerdo con la definición de sida de 1993 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América, 72 de 257 casos de tuberculosis tenían sida (28,0%), mientras que en 1994 tenían sida 81 de 274 casos de tuberculosis (29,6%), en 1995, 57 de 263 casos (18,0%), y en 1996, 60 de 222 casos (27,0%).

Enfermedades respiratorias. Según el estudio de la División de Muestra Básica del Departamento de Salud sobre afecciones agudas, la incidencia estimada de morbilidad aguda en la población civil no institucionalizada en 1992 fue de 4,5 millones de episodios. La mayor incidencia correspondió al sistema respiratorio, con una tasa de 55,8 afecciones por 100 personas. Los episodios de enfermedades respiratorias más frecuentes fueron el catarro común e influenza (39,7 por 100 personas), otras afecciones de las vías respiratorias (10,7) y la bronquitis aguda (3,2). Entre los menores de 6 años se registró la mayor incidencia de catarros comunes e influenza y otras afecciones de las vías respiratorias, con tasas de 83,5 y 37,2 por 100 personas, por año, respectivamente. La población de 65 años en adelante mostró tasas de afecciones de catarro común e influenza de 47,7 por 100 personas.

El estudio de prevalencia de afecciones crónicas notificó 737.435 episodios en el sistema respiratorio (tasa de 20,7 por 100 personas) en 1992. Las más frecuentes fueron el asma (309.403 episodios) y la alergia en las vías respiratorias (234.596 episodios). Entre los hombres se registraron 362.529 episodios de enfermedades del sistema respiratorio. El grupo de 6 a 16 años presentó la mayor prevalencia (108.283 episodios) y el asma fue la afección más común (66.720 episodios). Las mujeres presentaron 374.906 episodios en el sistema respiratorio y el grupo de 25 a 44 años fue el más afectado (112.034 episodios); nuevamente el asma fue la afección más frecuente (152.125 episodios) y la mayor concentración de episodios ocurrió en el grupo de 6 a 16 años (40.601), seguido por el de 25 a 44 años (35.647). La alergia en las vías respiratorias fue la afección más frecuente en el grupo de 25 a 44 años de edad (43.022).

Como en 1993, en 1994 la neumonía e influenza (1.187 defunciones, 639 en hombres y 548 en mujeres) y la enfermedad pulmonar obstructiva (1.186 defunciones, 643 en hombres y 543 en mujeres) fueron la séptima y octava causas de muerte respectivamente (2.373 defunciones).

Rabia y otras zoonosis. La Secretaría Auxiliar de Salud Ambiental tiene la misión de controlar o eliminar los factores del medio ambiente que representan un riesgo para la salud de los residentes de la isla de Puerto Rico. Entre sus programas se encuentra el de zoonosis, que ayuda a prevenir la transmisión de enfermedades de los animales al hombre, especialmente la rabia. Durante el año fiscal 1994-1995 se vacunaron contra la rabia 5.908 animales, cifra que sobrepasó en 11% la cantidad programada. Se investigaron 211 casos sospechosos de rabia animal y se encontraron 51 animales positivos, por lo que se aplicó tratamiento antirrábico a 51 personas.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. En 1994 el sida fue la cuarta causa de defunción en Puerto Rico, con 1.549 muertes y una tasa de mortalidad de 42,0 por

100.000 habitantes. De las 1.549 muertes, 1.210 (78,1%) ocurrieron en hombres y 339 (21,9%) en mujeres. Sin embargo, el sida es la primera causa de muerte en personas de 25 a 49 años de edad de ambos sexos. Hasta diciembre de 1994 se habían confirmado 16.109 casos de sida, de los cuales habían muerto 11.400 (71%). Según datos más recientes, al 30 de abril de 1997 se habían confirmado 19.625 casos, de los cuales habían muerto 12.752 (65%). Del total de casos diagnosticados, 19.261 ocurrieron en adultos y en adolescentes y 364 en la población pediátrica. El 45% de los afectados tenía entre 30 y 39 años de edad y 23%, entre 40 y 49 años. El factor de mayor riesgo fue el consumo de drogas en los hombres (56%) y el contacto heterosexual en las mujeres (57%). La tasa de incidencia de sida disminuyó 27% de 1993 (89) a 1994 (65). Hasta el presente no existe en Puerto Rico un registro de personas VIH positivas.

Las tasas de incidencia de sífilis primaria y secundaria disminuyeron 34% de 1993 a 1994 (13 y 9 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). Las tasas de incidencia de gonorrea disminuyeron 5% de 1993 a 1994 (15 y 14 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). Se notificó una cantidad más de cinco veces superior de infecciones por *Chlamydia* en mujeres en 1994 que en 1993 (109 y 19 casos por 100.000 habitantes, respectivamente).

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. La diabetes mellitus es una causa importante de morbilidad, incapacidad y mortalidad en Puerto Rico. En el Informe de Estadísticas Vitales de 1994 se indica que es la tercera causa de mortalidad, precedida solo por las enfermedades del corazón y los tumores malignos. En 1994 murieron por diabetes mellitus 1.868 personas (1.028 mujeres y 840 hombres). Esta enfermedad comienza a aparecer entre las primeras cinco causas de muerte en los hombres en el grupo de edad de 55 a 59 años, con 60 defunciones y una tasa de 87,3 por 100.000 habitantes, y presenta la mayor cantidad de defunciones (139) en el grupo de 70 a 74 años de edad, con una tasa de 329,4 por 100.000 habitantes. En las mujeres, aparece entre las primeras cinco causas de muerte en el grupo de edad de 45 a 49 años, con 19 defunciones (17,7 por 100.000 habitantes) y su importancia va aumentando progresivamente. El grupo de 85 años y más presenta un total de 211 defunciones y una tasa de 1.060,7 por 100.000 habitantes. En 1983, la tasa de mortalidad por diabetes mellitus fue de 31,0 por 100.000 habitantes y en 1994, de 50,7 por 100.000 habitantes, lo que representa un aumento de 63,5% en 10 años.

Según el estudio de la División de Muestra Básica sobre afecciones crónicas, la población civil no institucionalizada de Puerto Rico notificó un total de 5.496.140 episodios en

1992. El grupo de las enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición y del metabolismo aparece en el cuarto lugar, con 443.452 afecciones. La diabetes mellitus afectó a un total de 206.644 personas. La mayor cantidad de episodios se registró en el grupo de edad de 45 a 64 años (91.763), seguido por el de 65 años y más (77.152). Los hombres padecieron 86.592 episodios de diabetes mellitus y la mayor prevalencia se observó en el grupo de 45 a 64 años (41.269). En las mujeres, el total de episodios de diabetes mellitus fue de 120.052 y nuevamente el grupo de edad de 45 a 64 años fue el que mostró la mayor prevalencia (50.494 episodios), seguido por el de 65 años y más, con un total de 47.882 episodios.

El Departamento de Salud de Puerto Rico estima que la prevalencia de diabetes diagnosticada y no diagnosticada en la población adulta es de 13,98%. De acuerdo con el Instituto Nacional de Diabetes y de Enfermedades del Aparato Digestivo y del Riñón, 10,9% de los puertorriqueños que residen en los Estados Unidos tienen diabetes diagnosticada o no diagnosticada.

Enfermedades cardiovasculares. Según los datos sobre morbilidad crónica de la División de Muestra Básica, las enfermedades del aparato circulatorio fueron las afecciones más frecuentes en 1992, con un total de 909.409 episodios. La enfermedad hipertensiva (400.293) y las enfermedades del corazón (160.807) fueron las de mayor prevalencia. El grupo de edad de 45 a 64 años presentó el mayor número de episodios de enfermedad hipertensiva (192.103) y el grupo de 65 años y más presentó el mayor número de episodios de enfermedades del corazón (72.188).

Las mujeres presentaron el número más alto de episodios de enfermedades del aparato circulatorio (569.927), con mayor prevalencia de enfermedad hipertensiva (226.863 episodios). El grupo de 45 a 64 años de edad fue el más afectado, seguido por el de 65 años. Los hombres padecieron un total de 339.482 episodios de enfermedades del aparato circulatorio y la enfermedad hipertensiva fue la de mayor prevalencia (173.430). Nuevamente, el grupo de edad de 45 a 64 años fue el más afectado (89.053 episodios).

En 1994, las enfermedades cardiovasculares, incluidas las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular, la hipertensiva y la aterosclerosis, causaron 8.663 defunciones (4.589 en hombres y 4.074 en mujeres), equivalentes a 30,4% del total de muertes de ese año y a una tasa de mortalidad de 235,0 por 100.000 habitantes. Las enfermedades del corazón mostraron la tasa más alta (157,7 por 100.000 habitantes). De las 5.811 defunciones por enfermedades del corazón, 3.169 ocurrieron en hombres y 2.642 en mujeres. Para ambos, la enfermedad isquémica del corazón fue la que más muertes ocasionó, con un total de 3.372 (1.895 hombres y 1.477 mujeres). En los hombres, las enfermedades del corazón comienzan a ser la primera causa de muerte en el grupo de edad de 50 a 54 años y en las mujeres, en el de 65 a 69 años en adelante.

Tumores malignos. Según el estudio de la División de Muestra Básica, en 1992 se registraron 14.982 episodios de tumores malignos. Las edades más afectadas corresponden a los grupos de 45 años en adelante, tanto en hombres como en mujeres. De los 6.652 episodios de tumores malignos en la población masculina, 5.425 ocurrieron en el grupo de edad de 45 años y más. Las mujeres padecieron 8.330 episodios de tumores malignos, 7.693 corresponden al grupo de edad de 45 años en adelante.

Los tumores malignos fueron la segunda causa de muerte en Puerto Rico en 1994, con un total de 4.298 defunciones. Las localizaciones más frecuentes fueron los órganos digestivos y el peritoneo (1.426 defunciones en 1994), los órganos genitourinarios (866) y los órganos respiratorios e intratorácicos (657). Dentro de las dos últimas categorías, los tumores malignos de la tráquea y del pulmón causaron 569 defunciones (386 en hombres y 183 en mujeres) y el de próstata causó 505 muertes en hombres. De las 866 defunciones por tumores malignos en los órganos genitourinarios, 623 ocurrieron en hombres y 243 en mujeres. La localización más frecuente en los hombres fue la próstata y en las mujeres, la placenta y el cuerpo del útero (64 defunciones) y los ovarios (54 defunciones). En las mujeres, desde los 35 hasta los 64 años de edad los tumores malignos constituyeron la primera causa de mortalidad, y desde los 65 años pasaron a ser la segunda causa, mientras que en los hombres comenzaron a ser la segunda causa de defunción desde los 50 años.

Accidentes y violencia. En 1994, los accidentes fueron la sexta causa de defunción, con 1.313 muertes (1.006 en hombres y 307 en mujeres). El 48,1% de las defunciones por accidentes se atribuyen a accidentes de tráfico de vehículos de motor (631), de los cuales 144 afectaron al grupo de 15 a 24 años y 117, al de 25 a 34 años.

Los homicidios fueron la novena causa de defunción en 1994, con un total de 1.017 casos (931 hombres y 86 mujeres), lo que representa una tasa de 27,6 por 100.000 habitantes. Comienzan a aparecer entre las primeras tres causas de muerte en el grupo de edad de 10 a 14 y en el de 35 a 39 años. De los 1.107 homicidios, 816 (65,6%) ocurrieron entre los 10 y los 39 años, y de estos, 759 en hombres.

De las 355 defunciones por suicidio registradas en 1994, 320 ocurrieron en hombres y 35 en mujeres. El suicidio se encuentra dentro de las primeras cinco causas de muerte en hombres entre los 10 y los 39 años de edad (141 defunciones). En el grupo de 40 años en adelante murieron 202 personas por suicidio.

Trastornos del comportamiento. El Programa de Tratamiento por Abuso de Alcohol de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) atendió en 1994 a 7.391 personas, que suelen presentar una serie de características comunes. Entre las características registradas

en 1995 se encontró que se trata por lo general de empleados de tiempo completo, solteros, con cierto grado de escolaridad, y edades entre los 25 y los 54 años. El 59,3% informó haber estado encarcelado, 61,7% no había recibido tratamiento anterior, 36,0% había recibido tratamiento y 2,3% no ofreció información al respecto.

En 1994, del total de personas tratadas (7.391) 7.042 eran hombres (95,3%) y 349, mujeres (4,7%). En el grupo de edad de 35 a 44 años se encontraba el mayor porcentaje de hombres en tratamiento (32,2%), seguido por el grupo de 45 a 54 años (24,1%) y, en tercer lugar, el de 25 a 34 años (23,0%). Entre estos grupos está 83,3% de la totalidad de los casos atendidos (79,3% eran hombres y 4,0%, mujeres). Para ambos sexos, el grupo de 35 a 44 años de edad fue el más recurrente en cuanto al consumo excesivo del alcohol (33,8%); le siguen los grupos de 45 a 54 años (24,9%) y de 25 a 34 años (24,6%).

En 1994, en las instalaciones de la ASSMCA se atendió a 36.604 personas por problemas de drogadicción (87,8% hombres y 12,2% mujeres). La ASSMCA ha puesto en marcha seis programas específicos para tratar este problema, y las instalaciones preparadas comprenden desde centros de evaluación y estabilización hasta clínicas rodantes. Se crearon también un Programa Libre de Drogas dirigido a menores y uno dirigido a adultos.

Los servicios de salud mental tienen un enfoque biopsico-social, es decir que consideran los aspectos biológicos, humanos y psíquicos relacionados con la conducta humana, además de los aspectos sociales, basados en la relación del individuo con su ambiente inmediato. Funcionan en la isla 7 instituciones y 12 centros ambulatorios. En 1994 se atendió a 4.109 personas más que en el año anterior en la totalidad de los servicios ambulatorios, de las cuales 3.658 asistieron a los centros de salud mental. El 95,8% del total de pacientes atendidos (102.117) en las instalaciones de salud mental recibieron atención ambulatoria. De estos, 54.937 eran hombres (53,8%) y 47.108, mujeres (46,2%).

Según el estudio de la División de Muestra Básica sobre morbilidad crónica, las personas entrevistadas habían padecido 264.798 episodios de trastorno mental en 1992. La neurosis fue la afección más frecuente (193.383 episodios). El grupo de edad que presentó la mayor cantidad de episodios de trastorno mental fue el de 45 a 64 años (106.255), seguido por el de 25 a 44 años (77.285). En ambos grupos la afección prevaleciente fue la neurosis. Los hombres padecieron 128.481 episodios de algún tipo de trastorno mental y las mujeres, 136.317. En ambos sexos la neurosis fue la afección más frecuente y los grupos de edad de 45 a 64 y de 25 a 44 años, respectivamente, fueron los que más episodios presentaron.

Salud oral. Durante los últimos años, luego de haber sido el primer país del mundo en establecer la legislación para la fluoruración del agua, esta práctica, a pesar de que constituye

la medida más eficaz en función del costo para prevenir las caries dentales, se interrumpió por falta de fondos recurrentes. No obstante, se están realizando estudios para reiniciarla.

En 1994 murieron 68 personas por tumores malignos de la cavidad bucal. Según el Estudio Continuo (Muestra Básica), en Puerto Rico la población civil no institucionalizada realizó 3,5 millones de visitas al dentista en 1992 (1,0 visitas al dentista por persona). Esta tasa se mantuvo igual en comparación con la del año 1989. La tasa de visitas por persona por año fue de 1,2 para la población femenina y de 0,8 para la población masculina. El grupo de 45 a 64 años de edad registró la mayor tasa de visitas (1,3 por persona por año) y le sigue la población de 6 a 24 años de edad (1,1 por persona por año). Existe una relación directa entre el nivel de ingreso y la cantidad de visitas por persona. La tasa mayor de visitas por persona por año (1,5), se registró en el nivel de ingreso de US\$ 20.000 anuales o más, mientras que en el nivel de ingreso de menos de US\$ 5.000 anuales se reflejó la tasa más baja (0,6).

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En los últimos años y al igual que en otras partes del mundo, en Puerto Rico los costos de la atención de salud aumentaron en forma vertiginosa. El objetivo fundamental de la reforma del sistema de salud es frenar este aumento y asegurar que todos los habitantes reciban una atención médica de calidad a un costo razonable. El modelo puesto en vigor tiene además como propósito que el Departamento de Salud delegue la prestación de servicios en el sector privado, para eventualmente llegar a contar con un solo sistema de salud, manteniendo la responsabilidad de velar por que la población reciba servicios de salud apropiados. Se hace hincapié en el enfoque preventivo para minimizar en el largo plazo los costos de hospitalización y enfermedades catastróficas a través de la educación y promoción de formas de vida saludables.

Para cumplir con el objetivo de ofrecer mejores servicios de salud, el Gobierno ha señalado como una de sus tareas urgentes la reestructuración de las regiones sanitarias y de sus niveles de prestación, cuidando evitar duplicaciones. Las estrategias consisten en el establecimiento de grupos de trabajo interdisciplinarios nacionales y regionales, que elaboren e implanten el modelo para la evaluación de las regiones, la preparación de guías normativas que establezcan los servicios que debe proveer cada nivel, la agilización y el mejoramiento del sistema de envío de un nivel de servicios a otro, y la utilización de las instalaciones de los diferentes niveles de prestación y de las organizaciones comunitarias como ejes principales de las campañas de educación masiva.

La reforma del sector salud

El nuevo modelo de prestación de servicios a personas indigentes tiene como metas esenciales mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios en un marco de equidad y justicia social. Una vez implantado el proyecto en su totalidad, se espera la eliminación de las barreras que impiden el acceso a los distintos niveles de prestación de servicios (primario, secundario y terciario).

Hasta octubre de 1997, 61 de los 78 municipios de Puerto Rico (78%) han sido incluidos en el proceso de reforma sanitaria, y más de 1 millón de personas indigentes participan en el seguro de salud. Se espera que antes de finalizar el año fiscal 1997-1998 se sumen otros 14 municipios. A diferencia del período 1994-1997, cuando el concepto de privatización de las instituciones de salud era un contrato de arrendamiento, se contempla la venta de las instalaciones sanitarias al sector privado para una total privatización de los servicios.

Una de las principales metas de la reforma sanitaria es el control de los gastos asociados a la prestación de servicios médicos. Esta meta puede alcanzarse proveyendo acceso universal al cuidado médico necesario, controlando los costos de atención, reestructurando el sistema de servicios, definiendo y manteniendo un alto nivel de calidad en las prestaciones, desarrollando servicios de nivel primario con énfasis en la prevención, la promoción y la protección de la salud, y asegurando que cada persona contribuya con un pago razonable según sus ingresos.

La cobertura del plan de seguros del Gobierno incluye las prestaciones necesarias para mantener el buen estado de salud física y mental de la población, a saber, servicios ambulatorios, medicoquirúrgicos, hospitalarios, odontológicos, de laboratorio y de medicamentos. El costo del seguro y los montos deducibles están determinados por la capacidad de pago del beneficiario, que podrá seleccionar al proveedor dentro de la red de prestadores en su zona de residencia.

Las políticas públicas definidas deben formar parte integral de los procesos operativos del Departamento de Salud y su Administración de Facilidades y Servicios de Salud. Las estrategias trazadas consisten en elaborar, organizar y diseminar material informativo sobre la prevención de las enfermedades de mayor incidencia, diseñar e implantar programas educativos haciendo hincapié en las enfermedades crónicas y en las formas de vida, y crear mecanismos para que la población sea capaz de participar activamente en el cuidado y mantenimiento de su propia salud. Algunas actividades incluyen la identificación de las organizaciones voluntarias y sus servicios de orientación, y de las barreras que impiden el acceso a los servicios del Departamento de Salud.

Otra tarea a la que se asigna alta prioridad es el fortalecimiento de la capacidad técnica y administrativa para la provisión de servicios óptimos destinados a la prevención y el

tratamiento del sida. Las estrategias de trabajo son el establecimiento de mecanismos para el análisis, monitoreo y evaluación de los planes de disminución de riesgo y de educación a fin de medir su progreso, la identificación de factores que interfieren en la efectividad o eficiencia, la determinación de la necesidad de continuar, afinar, reducir, reorientar o expandir las operaciones, la expansión de las instalaciones de los centros de inmunología regional, la búsqueda de líderes que colaboren en la prevención del sida en sus comunidades, y la identificación de las necesidades físicas y psicosociales de las mujeres en edad fértil y de los niños infectados por el VIH, así como de sus familiares.

Otra tarea prioritaria es el fortalecimiento de los servicios de salud para garantizar que las personas de 65 años y más reciban en forma regular servicios para el cuidado y mantenimiento de su salud. Las estrategias de trabajo incluyen el análisis de los recursos existentes en las comunidades que proveen servicios específicos a este grupo de edad, la coordinación de los servicios y la realización de actividades educativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Otra tarea considerada prioritaria es el mejoramiento de la oferta y calidad de los servicios que ofrecen las instituciones de salud mental, a nivel de los centros primarios. Las estrategias de trabajo consisten en habilitar las instalaciones necesarias para la provisión de servicios básicos de salud mental, crear puestos de trabajo y reclutar el personal necesario para cada centro, y desarrollar un sistema continuo de atención de salud mental, en el ámbito de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

La Ley No. 101, conocida como Ley de Facilidades de Salud, establece que el Departamento de Salud es la única autoridad oficial encargada de la planificación de los servicios sanitarios. Para cumplir con las responsabilidades que la ley le asigna, el Departamento de Salud diseñó un esquema de regionalización que comenzó a aplicarse en 1958. Se seleccionó en primer lugar la zona atendida por el Hospital de Distrito de Bayamón, que incluía el Área Metropolitana de San Juan y 16 municipios. En 1960 se expandió el esquema general, dividiéndose a la isla en cinco regiones con una población de 350.000 a 900.000 habitantes cada una. Los tres niveles de atención incluidos en este esquema eran los centros de salud locales (atención primaria), los hospitales regionales (atención secundaria y terciaria) y la atención especializada a cargo del Centro Médico de Río Piedras, en el Área Metropolitana.

En 1970 se reestructuró el sistema existente y la isla fue dividida en tres regiones: nordeste, sur y oeste, con un hospital

base para cada región en los centros médicos de Río Piedras, Ponce y Mayagüez. En 1977, el esquema de regionalización se modificó en sus aspectos geográficos y funcionales. El nuevo esquema, que continúa vigente, incluye siete regiones (Área Metropolitana, Bayamón, Arecibo, Mayagüez, Ponce, Caguas y Fajardo) y dos subregiones (Aguadilla, en la región de Mayagüez y Humacao, en la región de Caguas), que a su vez han sido subdivididas en 16 áreas.

Se establecieron diferentes niveles de atención entrelazados, lo que permite que el usuario reciba la atención necesaria en un mínimo de tiempo y con un máximo de efectividad. El nivel primario es la puerta de entrada al sistema de salud, al que toda persona tiene acceso directo y desde donde se efectúan los envíos a los niveles superiores. Los servicios son accesibles a la población y están dirigidos a prevenir y tratar las enfermedades que tienen una alta probabilidad de afectar a las personas alguna vez en el transcurso de sus vidas.

El nivel primario cuenta con servicios de emergencia y ambulatorios y con instalaciones y equipos adecuados para el tratamiento de las enfermedades en centros de diagnóstico y tratamiento, centros de salud familiar, dispensarios y unidades de salud pública. Se hace hincapié en las actividades de promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad, complementadas con las de educación para la salud y debidamente combinadas con las de reparación y rehabilitación.

El nivel secundario tiene por finalidad resolver problemas de salud de frecuencia relativamente baja en individuos aislados pero cuya prevalencia es significativa en agregados poblacionales de más de 25.000 personas. Se presta especial atención a la detección precoz de enfermedades. La atención médica es intermitente y se accede a ella mediante envío desde el nivel primario, al que ofrece servicios de apoyo. Los servicios de nivel secundario se brindan en los hospitales de área y subregionales que, a su vez, cuentan con servicios ambulatorios y de hospitalización en sus especialidades básicas (medicina interna, obstetricia y ginecología y pediatría). En este nivel se pueden prestar servicios de cirugía, oftalmología y otros, y son indispensables las instalaciones de rayos X y los laboratorios clínicos.

El nivel terciario es el responsable de la atención de enfermedades poco frecuentes cuya prevalencia solo es predecible en poblaciones de varios municipios. Este nivel requiere servicios especializados y costosos, con tecnología compleja y profesionales de alta competencia. Los hospitales regionales de carácter especializado y subespecializado prestan servicios en este nivel. Los centros médicos de Mayagüez, Ponce y Río Piedras, y el Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe ofrecen servicios de máxima especialización.

El desarrollo poblacional en diversas zonas de la isla y la extensa utilización de los servicios afectaron a su accesibilidad y calidad. En el nuevo modelo, las oficinas regionales se mantuvieron, pero sus funciones cambiaron radicalmente para orien-

tarse hacia la promoción y protección de la salud. Las funciones operativas de atención directa a la población pasaron a ser normativas y se aplicó la estrategia de municipios saludables y de centros de bienestar pleno como instrumentos de participación social, resaltándose la importancia de las alianzas entre los diversos niveles.

El Departamento de Salud ha implantado las estrategias necesarias para lograr la integración de los componentes administrativos tanto en el nivel central como en el regional. En junio de 1995 se firmó la Orden Administrativa 99/104, cuyo objetivo esencial es la integración de esferas con funciones similares y la reducción del tamaño del Estado.

Legislación sanitaria

La transformación sectorial exige la revisión del marco legal existente. En el nivel central se crearon comités de trabajo con el propósito esencial de avanzar en el proceso de descentralización y de eliminar reglamentos obsoletos. El nuevo enfoque de los procesos de privatización requirió la enmienda de la ley de privatización de las instalaciones de salud. Esta reforma de la ley contempla la venta al sector privado de las instalaciones sanitarias así como la consideración de otros modelos de privatización.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud: instalaciones y normas de atención. La Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS) es el organismo del Departamento de Salud responsable de la regulación y fiscalización de la calidad de los servicios y del funcionamiento de las instalaciones sanitarias en Puerto Rico. Está compuesta por la Oficina del Secretario Auxiliar, la Oficina de Administración, la División de Certificados de Necesidad y Conveniencia, la División de Drogas y Farmacias, la División de Laboratorios, la División de Instituciones de Salud, la División de Coordinación de Medicare y la División de Emergencias Médicas. Bajo su órbita funciona la Junta de Bioequivalencia de Medicamentos. Vigila la adopción ordenada de las normas y leyes estatales y federales que regulan los servicios de salud; asesora y orienta al público en general sobre la reglamentación aplicable a los servicios de salud, y prepara y revisa leyes, reglamentos, normas y procedimientos relacionados. Entre sus responsabilidades más específicas se cuenta la de ejecutar los reglamentos, procedimientos, órdenes ejecutivas y memorandos establecidos por los organismos y entidades reguladoras y fiscales del sistema de administración pública y de la Oficina Regional de Administración del Financiamiento de la Asistencia Sanitaria (Health Care Financing Administration, HCFA).

La División de Certificados de Necesidad y Conveniencia evalúa las solicitudes de ampliación de servicios, compra-venta de instalaciones sanitarias, extensiones de períodos de vigencia, remodelación, inversiones de capital y adquisición de equipo médico altamente especializado. Orienta y asesora a las personas que proyectan ofrecer un servicio de salud, sobre las leyes, los reglamentos y los procesos adjudicatorios. Investiga también las querellas relacionadas con posibles violaciones a la ley y a los reglamentos, y testifica en los foros administrativos o judiciales, según se requiera. Su principal misión es promover la planificación ordenada de instituciones y servicios de salud para satisfacer las necesidades de la población en esta materia, controlar los costos de los servicios y asegurar su prestación en las zonas donde sea necesario.

La División de Drogas y Farmacias tiene a su cargo la orientación, información y otorgamiento de licencias a los establecimientos donde se manufacturan, producen, envasan, venden y distribuyen drogas, medicamentos, productos farmacéuticos y productos químicos. Realiza también tareas de inspección en estos establecimientos y se ocupa de custodiar y mantener al día el Registro de Medicamentos de Puerto Rico.

La División de Laboratorios se ocupa de inspeccionar y licenciar anualmente a los laboratorios clínicos y de anatomía patológica y a los bancos de sangre, antes de otorgar o renovar las licencias, que son anuales. Controla también los consultorios médicos en los que se procesan análisis clínicos.

La División de Instituciones de Salud fiscaliza los servicios de salud provistos a la ciudadanía. Es la responsable de inspeccionar y licenciar las 282 instituciones de salud, incluidos hospitales, centros de diagnóstico y tratamiento, casas de salud, centros de salud mental, centros de rehabilitación vocacional, unidades de salud pública, centros de rehabilitación social e instituciones médicas para retardados mentales.

La División de Coordinación de Medicare realiza inspecciones para certificar las instalaciones de salud que participan en el Programa de Medicare de la Ley de Seguridad Social Federal, mediante contrato entre la HCFA y el Departamento de Salud.

La División de Emergencias Médicas reglamenta, fiscaliza, planifica y desarrolla los diferentes campos de los servicios de emergencias médicas. Junto con la Comisión de Servicio Público regula la operación de ambulancias. Todo operador de ambulancia debe contar con una licencia expedida por la Comisión de Servicio Público una vez aprobado el curso de capacitación certificado por el Departamento de Salud.

Certificación y ejercicio de las profesiones de la salud. La Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud se encarga de toda la normativa concerniente al ejercicio de las profesiones de la salud, la administración de exámenes de reválida, la expedición de licencias y certificaciones, el registro de estas licencias y la renovación que fija la ley cada tres años, de acuerdo con el requisito de

educación continua. Agrupa a las Juntas Examinadoras de los profesionales de salud reglamentados y al Registro de Profesionales. Provee a las Juntas los servicios administrativos que requieren para su funcionamiento.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Control de la calidad del ambiente (agua, aire, suelo, vivienda y seguridad química, incluidos los residuos peligrosos). En consonancia con la relación política existente entre Puerto Rico y los Estados Unidos de América, varias agencias federales y estatales tienen a su cargo la reglamentación y fiscalización de las actividades relacionadas con la protección del ambiente. En el ámbito federal, la principal de ellas es la Agencia de Protección Ambiental. En el ámbito local, la responsabilidad primaria recae en la Junta de Calidad Ambiental, adscrita a la Oficina del Gobernador. Otras corporaciones y organismos públicos de Puerto Rico que desempeñan un importante papel en la materia son el Departamento de Salud, el Departamento de Recursos Naturales y Ambientales, la Autoridad de Desperdicios Sólidos y la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados.

La Junta de Calidad Ambiental se creó en el año 1970 y su función es adoptar reglas y preparar reglamentos, realizar investigaciones, imponer sanciones, incoar acciones judiciales y administrativas y fijar los requisitos para expedir permisos relacionados con sus programas para el control de la contaminación de cuerpos de agua subterráneos y superficiales, del aire y de los terrenos y por ruidos. Además, está facultada para atender emergencias ambientales, tales como las producidas por derrames de petróleo y sustancias o residuos peligrosos, y administra con tal propósito los fondos que establece la Ley del Fondo de Emergencias Ambientales.

La Autoridad de Desperdicios Sólidos es una corporación pública creada en 1978. Entre otras atribuciones, está facultada para proveer asistencia técnica y económica a los gobiernos municipales sobre el manejo y la disposición adecuada de los residuos sólidos. De ser necesario, está facultada para operar las instalaciones para la disposición de los residuos.

El Departamento de Recursos Naturales y Ambientales fue creado en el año 1972. Entre otras funciones, se ocupa de la administración de las leyes de Bosques, de Aguas, de Minas, de Cuevas, Cavernas y Sumideros, y de Arena, Piedra y Grava. Además, es el principal responsable del manejo de la costanera de Puerto Rico y de la conservación de la vida silvestre. El Cuerpo de Vigilantes adscrito a este Departamento, junto con los inspectores de la Junta de Calidad Ambiental y del Departamento de Salud y los miembros de la Policía de Puerto Rico, son recursos muy importantes para el funcionamiento

de los programas de orientación y fiscalización del cumplimiento de las disposiciones legales vigentes.

La Autoridad de Acueductos y Alcantarillado es una corporación pública que tiene a su cargo la provisión de agua potable a las comunidades y la administración de los sistemas de alcantarillado sanitario. Asimismo, controla las descargas de aguas a sistemas de tratamiento públicos y, cuando es necesario, ordena su tratamiento previo. El Departamento de Salud mantiene una vigilancia activa de la calidad del agua potable en sistemas de agua públicos. El Congreso de los Estados Unidos aprobó en 1974 una ley conocida como Ley de Agua Potable e Inocua, que responsabiliza a la Agencia de Protección Ambiental por el establecimiento de las normas nacionales mínimas sobre contaminantes del agua potable. Estas normas determinan los niveles máximos permitidos de sustancias radiactivas, químicas orgánicas e inorgánicas, plaguicidas, herbicidas y bacterias que pueden encontrarse en el agua. La ley cubre a todo sistema de agua que supla durante el año a más de 25 personas o tenga 15 conexiones.

En julio de 1977 se aprobó la Ley para la Protección de las Aguas Potables de Puerto Rico. En virtud de las disposiciones de esta ley, en diciembre de 1977 se promulgó el Reglamento del Secretario de Salud No. 42, que ha sido enmendado en dos ocasiones. Este Reglamento incluye los límites permitidos de contaminantes en el agua potable en todos los sistemas de agua públicos de Puerto Rico. En coordinación con la Junta de Calidad Ambiental, la Agencia de Protección Ambiental administra en Puerto Rico el Sistema Nacional de Eliminación de Residuos Contaminantes. De esta forma se pretende controlar la descarga de sustancias contaminantes a las aguas de Puerto Rico. Además, la Agencia de Protección Ambiental cumple un papel importante en el control del manejo y disposición de los residuos sólidos peligrosos, así como en la investigación de lugares contaminados con sustancias peligrosas y el diseño, planificación e implantación de las actividades de saneamiento que sean necesarias.

Control de los alimentos. El Departamento de Salud ha delegado en la Secretaría Auxiliar de Salud Ambiental la responsabilidad por el control de la calidad de los alimentos. Para evitar que estos se conviertan en un problema de salud pública se crearon programas como el de Higiene de los Establecimientos que Preparan y Sirven Alimentos, el de Higiene de la Leche, y el de Higiene de Fábricas, Almacenes de Alimentos y Abastos de Carne.

Promoción de la salud. El Departamento de Salud está cambiando la orientación de sus actividades fundamentalmente curativas hacia un enfoque que privilegia la promoción de la salud. La Secretaría Auxiliar para la Promoción y Protección de la Salud ejecuta el Programa de Medicina Preventiva, que realiza actividades de promoción de la salud y

prevención de la enfermedad consonantes con los objetivos de salud para todos en el año 2000. Para la difusión de estas actividades, se han utilizado para ello medios de comunicación masiva y se han organizado charlas, talleres y ferias de salud. Se constituyeron grupos de trabajos colaborativos (coaliciones) con capacidad organizativa, técnica y de liderazgo, que lograron convocar a representantes de agencias públicas y privadas, del sector de negocios y de medios de comunicación masiva con el propósito de aunar esfuerzos para alcanzar las metas del programa. Las actividades se dirigen al público en general y se realizan en lugares públicos como centros comerciales, centros primarios de salud, universidades, lugares de trabajo, comunidades aisladas, hoteles, hogares de ancianos, hospitales, escuelas e iglesias, entre otros.

Sistema de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública.

La notificación de enfermedades infecciosas por profesionales de la salud al Programa de Epidemiología se rige por la Ley No. 81 promulgada en marzo de 1912. El programa ofrece asistencia técnica y médica a los tres niveles organizados de prestación de servicios. Personal de enfermería epidemiológica capacitado, que trabaja en los niveles de cuidados primarios y secundarios de cada municipio, recopila e informa semanalmente a su región de salud sobre la cantidad de casos de enfermedades transmisibles existente. En el nivel regional, un enfermero epidemiólogo y un epidemiólogo agrupan e informatizan los datos de los municipios y los comunican a la División de Epidemiología, en el nivel central. Allí se coordina la recopilación de toda la información epidemiológica, que luego se transmite por vía telefónica desde las computadoras regionales, para ser analizada, interpretada y difundida nuevamente a cada uno de los niveles ya descritos.

El Programa de Epidemiología colabora en forma directa con los CDC en la recopilación, análisis y diseminación de los datos de vigilancia epidemiológica y en la notificación de brotes agudos de enfermedades infecciosas. Los CDC, por su parte, proveen al programa servicios de consultoría y apoyo y establece las normas sobre métodos de prevención y control de enfermedades que son utilizados en Puerto Rico. Con el respaldo de los CDC, el programa funciona como organismo consultor de los hospitales del sistema público y privado de todas las regiones de salud de Puerto Rico, realiza investigaciones epidemiológicas y actividades educativas y de adiestramiento para la prevención y el control de enfermedades.

Durante períodos de brote, la División de Epidemiología trabaja en forma coordinada con el Programa de Salud Ambiental y con el Instituto de Laboratorios de Salud. Cuando aparece un brote de dengue, el programa de Epidemiología colabora con el Laboratorio de Dengue de los CDC, ubicado en San Juan.

El Instituto de Laboratorios de Salud cuenta con cinco programas operacionales: el Programa de Pruebas de Proficien-

cias de Laboratorios Clínicos, el Programa de Toxicología de Alcohol, el Programa de Certificación de Laboratorios Sanitarios, el Programa de Laboratorios para Soporte Epidemiológico y el Programa de Laboratorio de Higiene Ambiental.

Servicios de agua potable y alcantarillado. La Autoridad de Acueductos y Alcantarillados cuenta con 208 sistemas de aguas que abastecen aproximadamente a 97% de la población de la isla. El 3% restante se abastece por otros medios. El 74% de la población urbana está conectada al servicio de alcantarillados (26% pozos sépticos) y 80% de la población rural cuenta con servicios de saneamiento básico, incluidas letrinas. La Autoridad de Acueductos y Alcantarillados notifica a los consumidores sobre toda deficiencia en la calidad del agua potable.

Servicios de manejo de residuos sólidos. De acuerdo con estimaciones de la Autoridad de Desperdicios Sólidos, en 1994 se generaron casi 2 millones de toneladas de residuos sólidos en la isla. De estas, gran parte se dispuso en vertederos municipales y solo una pequeña porción (7% del total) se recuperó para su reciclado.

Programas de ayuda alimentaria. Prevenir los factores de alto riesgo nutricional, en especial los asociados con enfermedades crónico-degenerativas, brindando servicios con enfoque preventivo a los grupos vulnerables, es una prioridad estratégica del Departamento de Salud. Entre las medidas adoptadas por este Departamento durante el año fiscal 1994–1995 se cuentan el pronunciamiento de la política pública para la promoción de la lactancia materna y la realización de entrevistas y asesoramientos sobre aspectos de nutrición. En ese período, el Programa Federal de Alimentación Suplementaria a Madres, Infantes y Niños alcanzó una matrícula de 197.663 participantes, lo que representa un aumento de 40.000 participantes en comparación con el año anterior. Se mejoró la divulgación de los servicios del programa mediante campañas de orientación en nutrición dirigidas a médicos, hospitales y clínicas pediátricas. En coordinación con otras agencias, se agilizaron los procesos de referencia al programa, lográndose un aumento de 2% en las madres certificadas, se identificaron varios refugios e instituciones para personas sin hogar y se coordinó la prestación de servicios a este segmento de la población.

El Departamento de la Familia, a través de la Secretaría Auxiliar de Asistencia Pública, ejecuta el Programa de Asistencia Nutricional. Este programa se estableció en julio de 1982 con el objeto de ofrecer ayuda económica a familias de ingresos limitados, para suplementos alimentarios y para situaciones de emergencia. Durante el año fiscal 1993–1994 se benefició a un promedio mensual de 490.813 familias. El total de fondos distribuidos ascendió a US\$ 1.002.817.928 (US\$ 2.043.18 por familia).

El Programa de Distribución de Alimentos tiene como propósito fundamental repartir alimentos donados por el Departamento de Agricultura Federal entre personas de poco o ningún ingreso, a las que se provee una dieta balanceada. Los alimentos se distribuyen entre los beneficiarios del Programa de Asistencia Económica, los residentes en Proyectos de Vivienda Pública y las comunidades de extrema pobreza identificadas como tales en el Programa de Rehabilitación Económica y Social. En 1993–1994 participaron en este programa 182.326 familias.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias. El sistema de prestación de servicios de salud incluye las instalaciones públicas, públicas privatizadas y privadas. Las instalaciones que ofrecen servicios primarios tienen que cumplir con los requisitos de acreditación contemplados en la Ley No. 101 y el Reglamento No. 52. Según datos de la Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS), en 1997 funcionan en Puerto Rico 68 hospitales, 24 públicos (incluidos los públicos privatizados) y 44 privados. De los públicos, 16 son generales, 3 son especializados, 4 psiquiátricos y uno federal. De los privados, 38 son generales, 4 especializados y 2 psiquiátricos. Los 24 hospitales públicos tienen un total de 5.464 camas, 3.930 son camas habilitadas y 3.811 de estas son camas en uso. Los hospitales privados cuentan con 6.614 camas, de las cuales 6.239 son camas habilitadas y 5.818 de estas son camas en uso.

Según el Informe Anual de Estadísticas Institucionales, para el año fiscal 1993–1994 el sector público registró en sus tres niveles de prestación de servicios un total de 2.952.491 visitas a clínicas externas, 2.093.294 a salas de emergencia, una estadía promedio de 5,33 días y 67,17% de camas ocupadas. En el nivel terciario la estadía promedio fue de 5,83 días y el porcentaje de ocupación de las camas, 70,26%.

Recursos humanos

Los profesionales que prestan servicios de salud en las instalaciones públicas y privadas deben haber cursado estudios formales en colegios o universidades reconocidos por el Gobierno de Puerto Rico y deben cumplir con los requisitos de educación continua estipulados en la Ley No. 11.

De los 6.269 médicos activos en 1989–1992, 3.377 pertenecían al sector público y 1.283 al sector privado, 1.601 tenían empleo propio y 8 realizaban trabajo voluntario. Había 6.707 enfermeros generalistas en el sector público y 5.252 en el sector privado. De los 7.394 enfermeros prácticos licenciados,

4.406 se encontraban en el sector público y 2.807 en el privado, 175 en empleos propios y 6 en trabajos voluntarios. En 1989–1992 el sector público contaba con 55% de los enfermeros generalistas, 59,6% de los enfermeros prácticos licenciados y 53,9% de los médicos, mientras que el sector privado tenía 43,1% de los enfermeros generalistas, 38,0% de los enfermeros prácticos licenciados y 20,5% de los médicos.

Formación del personal de salud. La preparación formal del personal de salud se obtiene en programas educativos en o fuera de Puerto Rico, siempre y cuando sean reconocidos por el gobierno local. Hay actualmente escuelas de medicina, de enfermería, de farmacia, de tecnología médica y de profesiones relacionadas con la salud (terapia física, terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje y otros), internados en nutrición y dietética, una Escuela Graduada de Salud Pública y programas para graduados en psicología, entre otros. Además existen programas de internados y residencia en diversas especialidades médicas y escuelas técnicas y de grados asociados en otras disciplinas relacionadas con la salud.

Mercados de trabajo de los profesionales de la salud. Tradicionalmente, el mayor mercado de trabajo era el sector público; sin embargo, con la reforma del sistema de salud este escenario ha cambiado. Actualmente, el sector privado recluta a más profesionales, ya que se está haciendo cargo de la provisión de servicios de salud a los indigentes. Por otro lado, el mercado de las aseguradoras de salud ha abierto nuevas oportunidades laborales a los profesionales de la salud. Al proveerse contratos de servicios en las diversas regiones donde se

implanta la reforma, se está produciendo un movimiento de profesionales a sectores no contemplados anteriormente. Por su parte, el Departamento de Salud, para cumplir con sus funciones medulares, requiere profesionales diestros en el campo de análisis y establecimiento de políticas públicas.

Investigación y tecnología en salud

Las actividades de investigación y tecnología están asociadas a los centros universitarios en coordinación con el Departamento de Salud. Se realizan proyectos de investigación por acuerdos con los CDC y otros subvencionados con fondos federales, especialmente en el campo de tratamiento de pacientes con VIH y sida.

Gasto y financiamiento sectorial

En la década fiscal 1986–1995, la tasa de crecimiento anual de los precios en el renglón de gastos médicos fue de 6,0%. Aunque aparentemente se ha producido una sistemática reducción en las tasas de crecimiento anual, 7,1 en 1992, 5,6 en 1993, 2,9 en 1994 y 5,0 en 1995, no deja de ser cierto que el crecimiento de los precios en este renglón ha estado siempre por encima del nivel general de la inflación en casi todos los años de esta década. En 1995–1996 el presupuesto de funcionamiento del Departamento de Salud y la Administración de Facilidades y Servicios de Salud fue de US\$ 1.035.788.933.

Hasta diciembre de 1996, 1.033.777 personas habían contratado seguros de salud a un costo de US\$ 608 millones.