
SANTA LUCÍA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Santa Lucía es una isla montañosa, cuya superficie es de 617 km²; limita al este con el océano Atlántico y al oeste con el mar Caribe. La población se concentra en la zona costera y en las regiones menos montañosas del norte y el sur. La estación de los huracanes, que se extiende de junio a noviembre, constituye una continua amenaza para la agricultura y la infraestructura física de la isla. Aunque el idioma oficial es el inglés, más de 70% de la población, principalmente la de las zonas rurales, habla y comprende el creole.

Santa Lucía se independizó de Gran Bretaña en febrero de 1979. El país se rige por un sistema de gobierno democrático inspirado en el modelo de Westminster. Las elecciones parlamentarias más recientes se efectuaron en 1997. Santa Lucía es miembro de la Comunidad de Naciones y de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS).

La estructura política de Santa Lucía, que está bajo control central, empezó a descentralizarse en el decenio de 1980 para que los servicios estatales satisficieran mejor las necesidades comunitarias y para que los miembros de la comunidad participaran en la adopción de decisiones. En general, esta descentralización se está llevando a cabo lentamente, aunque en la esfera de los servicios estatales o públicos haya ganado más terreno que en el ámbito del control de las finanzas y de la toma de decisiones. En el sector salud, la administración y la prestación de servicios de salud pública se han descentralizado ya y han traído aparejada una mayor colaboración del personal de los distintos departamentos de salud. Se crearon equipos de salud regionales que, sin embargo, no siguen funcionando. El país se divide en diez distritos administrativos.

Santa Lucía ha experimentado un continuo crecimiento económico, que en promedio fue de 3,9% entre 1992 y 1995 y de 3,2% de 1988 a 1991. La tasa de crecimiento fue de 7,1% en 1992 y de 4,1% en 1995. La vulnerabilidad de la economía del

país ante los desastres naturales quedó demostrada con ocasión de las recientes inundaciones y los devastadores vientos. La economía ha dependido fundamentalmente de la agricultura, en especial de la industria del banano. A pesar de una plaga de problemas tales como la escasez de insumos, la liberalización mundial de las políticas comerciales que entrañó la reducción del precio de los bananos en el mercado europeo y la tormenta tropical Debbie que, de conformidad con las estimaciones efectuadas, dañó 58% de la cosecha de bananos en 1994, la producción industrial registró un aumento de 13,6% en 1995. Este incremento contribuyó a que la tasa estimada de crecimiento del sector agrícola fuera en ese año de 9,3%.

Ha crecido la importancia del turismo en la economía, principalmente como consecuencia de que el arribo de visitantes experimentó un aumento de 36,9% entre 1991 y 1995. Aunque el sector de la hotelería y los restaurantes figura en quinto lugar por su participación en el producto interno bruto (PIB) en 1991 y 1995, la contribución porcentual de dicho sector al PIB se elevó de 9,3% en 1991 a 11,8% en 1995. Otros sectores de la economía han crecido más moderadamente. La industria de la construcción, cuyo comportamiento está fuertemente determinado por los proyectos del sector público, experimentó su crecimiento más reducido en 1995 como consecuencia de la conclusión de los más importantes. El sector fabril ha mostrado un crecimiento tan solo moderado porque ha tenido que competir con proveedores regionales e internacionales cuyos costos eran bajos, enfrentar una menor demanda de sus principales mercados y ajustarse a la situación de la economía nacional. En 1994 el sector se contrajo 12%, pero en 1995 se produjo una recuperación que representó un crecimiento de 14%.

La tasa de desempleo fue de 15,3% en diciembre de 1995 (en comparación con 16,7% en noviembre de 1992): la tasa fue de 12,3% para los hombres y de 19,0% para las mujeres; alcanzó los valores más altos en los grupos de edad de 15 a 19 años (53,3%) y de 20 a 24 años (21,2%) y los más bajos en los grupos de 25 a 34 años (10,7%), de 35 a 44 años (8,2%) y de

45 a 54 años (6,2%). La tasa de desempleo en el grupo de 15 a 19 años fue de 63,4% para las mujeres y de 46,6% para los varones. Los sectores de mayor oferta de empleo fueron la agricultura (22%), el sector público (14%), el comercio mayorista y minorista (14%), la industria fabril (11%), la construcción (10%) y los hoteles y restaurantes (10%).

La escolarización es obligatoria para los niños de 5 a 15 años de edad. La tasa de matrícula en las 83 escuelas primarias ha llegado a un promedio de 99%, que se distribuye de manera pareja entre varones y mujeres. El porcentaje de estudiantes que asisten a colegios secundarios ascendió de 27,5% en 1988 a 37,8% en 1992 y 43,8% en 1994. Crece el número de niñas que ingresan en los colegios secundarios y la razón de escolaridad entre varones y mujeres es en promedio de 1:1,13. Funcionan 15 colegios secundarios. El número de alumnos matriculados en colegios secundarios aumentó 20%, de 9.146 a 11.202, entre los periodos lectivos 1992–1993 y 1995–1996. La matrícula en el Colegio Comunitario Sir Arthur Lewis fue de 1.176 estudiantes en el año lectivo 1994–1995.

Una encuesta realizada en 1990 estableció que la tasa de alfabetismo era de 54,1%, la tasa de analfabetismo de 27,2% y la tasa de analfabetismo funcional de 18,7%. La mayoría de los estudiantes rurales habla el creole y esta práctica los coloca en desventaja ante el sistema de enseñanza clásico, en el que se utiliza exclusivamente el inglés.

A mediados de 1995 la población estimada de Santa Lucía era de 145.213 habitantes, lo que representa un aumento de 6,8% desde 1991. El crecimiento demográfico anual fue en promedio de 1,6% durante el periodo 1992–1995. En 1995 la densidad de población era de 270 habitantes por km², un aumento de 7,6% desde 1991.

La estructura de la población por edad y sexo ha experimentado pocos cambios desde 1991. En 1995, las mujeres constituían todavía una ligera mayoría, pues representaban 51,4% de la población total. La población era relativamente joven y 45,8% tenía menos de 20 años de edad. La tasa de natalidad era de 27 por 1.000 habitantes en 1991 y de 25 por 1.000 en 1995. Las mujeres en edad de procrear (15 a 49 años) constituían 26% de la población. La población económicamente activa (grupo de 15 a 64 años) comprendía 59% del total. La razón de dependencia por edad era de 0,69 en 1995 (Cuadro 1).

Se estima que 30% de la población vive en zonas urbanas, lo que ha traído aparejada una mayor demanda de viviendas, agua y servicios sociales. Los datos sobre la migración son limitados: en el censo de población de 1991 se estimó que 25% de la población se había trasladado de su lugar de nacimiento y que de ese porcentaje, 30% residía en la ciudad capital en ese momento.

Conforme a la encuesta de evaluación de la pobreza de 1995, 20% de las familias notificaron que habían emigrado recientemente y 53% se habían reinstalado en el país. Los Es-

CUADRO 1
Población de Santa Lucía, desglosada por sexo y edad,
estimada a mediados de 1995.

Grupo de edad (años)	Número			Porcentaje
	Hombres	Mujeres	Total	
Población total	70.596	74.617	145.213	100,0
0 – 4	8.703	8.504	17.207	11,8
5 – 9	7.983	8.189	16.172	11,1
10 – 14	8.583	8.632	17.215	11,9
15 – 19	8.019	7.936	15.955	11,0
20 – 49	28.516	30.411	58.927	40,6
50 – 59	3.689	4.107	7.796	5,4
60 – 64	1.316	1.723	3.039	2,1
65 y más	3.787	5.115	8.902	6,1

Fuente: Departamento de Estadística de Santa Lucía.

tados Unidos de América y otros países del Caribe fueron el destino principal de los emigrantes.

En la mencionada encuesta también se comprobó, sobre la base de los gastos declarados en productos alimentarios y no alimentarios, que 18,7% de las familias y 25,1% de los individuos eran pobres. Además, 5,3% de las familias y 7,1% de la población eran indigentes, ya que sus gastos eran insuficientes para cubrir sus necesidades en materia de alimentación. También se puso de relieve en el estudio que, entre los grupos más pobres, los alimentos representaban más de la mitad de los gastos totales de la familia.

Mortalidad

En 1995 la esperanza de vida de hombres y mujeres era de 67,5 y 73,3 años respectivamente.

La tasa bruta de mortalidad fue de 6,7 por 1.000 habitantes en 1991 y 1995 y alcanzó un promedio de 6,8 por 1.000 en el periodo 1992–1995; en 1995, la tasa fue de 7,3 por 1.000 hombres y de 6,0 por 1.000 mujeres. La tasa media de mortalidad infantil fue de 16,5 por 1.000 nacidos vivos en 1992–1995. Se notificaron 3.839 defunciones entre 1992 y 1995, lo que representó un promedio de 960 por año. Las enfermedades no transmisibles fueron las causas más importantes de muerte, en particular las enfermedades del sistema circulatorio (33%), los tumores malignos (15%) y la diabetes mellitus (11%). Las principales causas de muerte notificadas como “enfermedades del sistema circulatorio” fueron infarto agudo del miocardio, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca crónica o no especificada. El hecho de que 66 defunciones fueran clasificadas como “paros cardíacos” pone de relieve los problemas de calidad y minuciosidad de los certifica-

dos de defunción. Los sitios principales de los tumores malignos en los hombres fueron la próstata (76 muertes), el sistema digestivo con exclusión del estómago (50) y el estómago (49). En las mujeres, las localizaciones más frecuentes fueron la mama (42), el cuello de útero (37), el sistema digestivo con exclusión del estómago (60) y el estómago (26). Las enfermedades transmisibles (3%) y las causas externas (5%) no fueron causas importantes de muerte.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

Los principales problemas de salud en este grupo son las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas y los accidentes.

La tasa de mortalidad perinatal en 1992–1995 fue en promedio de 25 por 1.000 nacimientos. En 1995 se estimó que la tasa de mortalidad infantil era de 18,5 por 1.000 nacidos vivos para los hombres y de 14,5 por 1.000 para las mujeres. El 62% de las muertes de niños ocurridas durante el período 1992–1995 quedó clasificado como “afecciones originadas durante el período perinatal”, entre las cuales los nacimientos prematuros y el crecimiento anormal de los fetos (48%), y la asfixia de los recién nacidos y los problemas respiratorios (36%) fueron las causas principales. La tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años fue de 4,6 por 1.000 habitantes durante el período 1992–1995. Las muertes en este grupo de edad representaron 7,9% de la totalidad de las defunciones producidas durante 1992–1995. De las 62 muertes registradas en el grupo de 1 a 4 años en el período 1992–1995, 61,3% fueron varones y las causas principales fueron accidentes de tráfico (5), otros accidentes (11), infecciones (10), cáncer (4) y neumonía e influenza (4).

Con el examen de la sangre del cordón umbilical que se introdujo en 1991 para detectar la anemia drepanocítica, se encontró hemoglobina anormal en 378 muestras tomadas en 1995, lo que representó 10,3% de la totalidad de los nacimientos de ese año. Esta información se utiliza para determinar tempranamente que el niño padece la enfermedad, educar a los padres con respecto a esta, prevenir y administrar las crisis y, además, aplicar la inmunización apropiada.

En el período 1992–1995 se produjeron 27 muertes en el grupo de 5 a 9 años: las principales causas de muerte fueron los accidentes de tráfico (4), otros accidentes (5) y anemia (4). No se dispone de información sobre las características de la morbilidad en este grupo de edad.

Los programas de salud específicamente destinados a este grupo de población se limitan a la inmunización y al examen

físico antes de ingresar a la escuela. No hay un programa de salud escolar organizado.

Por conducto de un programa comunitario de pediatría que se puso en marcha en 1993, un pediatra está al frente de consultorios especializados en centros de salud seleccionados en cada una de las ocho regiones sanitarias y se encarga de adiestrar al personal de enfermería. Se lleva a cabo un examen físico y genético en el momento de nacer y a las 6 semanas y los 8 meses de edad. Aunque se utiliza un “pasaporte de salud del niño” —un registro hogareño del crecimiento físico, las vacunas y las principales enfermedades— para controlar el desarrollo de la población menor de 5 años de edad, la información derivada de la ficha de crecimiento no se extrae corrientemente para su notificación y análisis.

La salud del adolescente

No existen servicios de salud destinados al grupo de edad que comprende a los adolescentes (de 10 a 14 y de 15 a 19 años). En la escuela se ofrecen vacunas a los niños.

En el período 1992–1995 se notificaron 27 muertes en el grupo de 10 a 14 años: 19 de niños y 8 de niñas. Las causas principales fueron los accidentes de tráfico (4), otros accidentes (8) y el cáncer (5). En el mismo período se produjeron 41 muertes en el grupo de 15 a 19 años: 25 varones y 16 mujeres; las principales causas de muerte fueron los accidentes y las causas externas (15) y el cáncer (6).

La tasa de fecundidad en el grupo de 15 a 19 años fue de 104 por 1.000 personas del mismo grupo de edad en 1990 y ha permanecido por encima de 80 por 1.000 en el período 1992–1995. La encuesta de prevalencia de métodos anticonceptivos que se realizó en 1988 puso de manifiesto que entre 16% y 17% de las muchachas de este grupo de edad utilizaban algún método de planificación de la familia; los empleados más a menudo eran las píldoras anticonceptivas (37,0%), los condones (30,1%) y las inyecciones anticonceptivas (21,9%).

En 1991 el Consejo Nacional de Población, en colaboración con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), publicó un informe completo sobre los problemas de los adolescentes de Santa Lucía en una sociedad cambiante: en él se puso de relieve que la educación y el empleo eran dos de los problemas fundamentales. Los jóvenes terminan el sistema escolar clásico sin una preparación apropiada para el mercado de trabajo. Los resultados del estudio se han aprovechado asimismo para desarrollar, a nivel local y regional, estrategias encaminadas a reducir la fecundidad de las adolescentes. Un proyecto concebido para impedir el embarazo de estas últimas se propone modificar los comportamientos y generar una toma de conciencia mediante la comunicación y la educación.

Los datos sobre uso indebido de drogas y enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre los adolescentes son limita-

dos. Los adolescentes constituían entre 1% y 5% de los ingresos en centros de rehabilitación para toxicómanos en el período 1993–1995. En 1994 un estudio de las historias clínicas de 143 adolescentes que se habían atendido en consultorios de ETS puso de manifiesto que 82% eran del sexo femenino. La mayoría de los usuarios de estos servicios acerca de los cuales se disponía de información (114) declararon que no consumían estupefacientes y que la droga principal que ingerían era el alcohol (39). Los condones eran utilizados raramente (en 5 de 121 casos de relaciones sexuales). No se dispone de datos sobre la prostitución ni la violencia doméstica.

La salud del adulto

Durante 1992–1995 se notificaron 864 muertes en este grupo de edad (de 20 a 59 años); de ellas, 64,5% correspondieron a hombres. Los accidentes y las causas externas (195) explicaron 22,6% de la totalidad de las muertes; las causas principales fueron los accidentes de tránsito (60 muertes), otros accidentes (60), los homicidios (41) y los suicidios (30). Las enfermedades de los sistemas cardiovascular y circulatorio provocaron 20,8% de las muertes; las causas principales fueron la enfermedad cerebrovascular (48 muertes), la cardiopatía isquémica (35) y la cardiopatía hipertensiva (23). Otras causas importantes de muerte fueron el cáncer (14,5%), las enfermedades del aparato digestivo (8,7%) y la diabetes (7,2%). Se notificó una muerte materna en el período 1992–1995.

Los servicios de salud para este grupo de edad se ocupan fundamentalmente de las necesidades de las mujeres adultas. No existen servicios especialmente destinados a la población masculina.

En todos los centros de salud funcionan servicios de atención de la salud reproductiva, que comprenden la atención prenatal y posnatal, la planificación de la familia, la localización de cánceres y el tratamiento de problemas médicos tales como las ETS. La enfermera comunitaria es la principal prestadora de servicios de prevención en materia de salud reproductiva. Los consultorios especializados en obstetricia o ginecología y ETS funcionan en centros de salud seleccionados y en hospitales de distrito.

Un 50% estimado de embarazadas recurren a consultorios públicos en procura de atención prenatal y, de este porcentaje, entre 10% y 15% se atienden antes de que transcurran 16 semanas de gestación. El restante 50% de las embarazadas concurre a consultorios privados. A partir de 1994 se recomienda a las embarazadas que se sometan a ecografías de rutina a las 20 ó 22 semanas de gestación. Aunque tanto el sector público como el privado proporcionan este servicio, no se ha evaluado el grado de cumplimiento de esta recomendación. Entre 95% y 99% de los partos tienen lugar en hospitales. El 44% de las

mujeres que han dado a luz recurren al sector público para someterse a un examen a las seis semanas del parto.

La última encuesta sobre la prevalencia de los métodos anticonceptivos se llevó a cabo en 1988; en ella se demostró que 54,8% de las mujeres fecundas, no embarazadas y que viven en pareja utilizaban métodos anticonceptivos: los más frecuentes eran las píldoras anticonceptivas (39,2%), las ligaduras de trompas (16,3%) y las inyecciones anticonceptivas (15,9%). En 1995 el Gobierno asumió la responsabilidad de comprar productos anticonceptivos por conducto del Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental. La Asociación de Planificación de la Familia de Santa Lucía proporciona servicios de planificación familiar en un dispensario que funciona en la ciudad capital, en algunos lugares de trabajo y en centros comunitarios distribuidos por toda la isla.

La detección del cáncer se limita a la realización de frotis de Papanicolaou y a la enseñanza del autoexamen mamario; tanto aquel como esta se proporcionan en los 34 centros de salud, en los dispensarios dependientes de la Sociedad contra el Cáncer y de la Asociación de Planificación de la Familia de Santa Lucía y en los consultorios de médicos particulares.

La salud del adulto mayor

En 1995 las personas de 60 años y más constituían 8,2% de la población total y las mujeres representaban 57% de este grupo de edad.

Durante el período 1992–1995 se notificaron en este grupo 2.564 defunciones, equivalentes a 66,8% de la totalidad de las muertes. Las mujeres representaron 53% de estas; sus causas más frecuentes fueron las enfermedades cardiovasculares (39,8%), el cáncer (15,4%) y la diabetes (10,7%). De las 1.021 muertes clasificadas como cardiovasculares, las causas principales fueron la enfermedad cerebrovascular (40,8%), la cardiopatía hipertensiva (16,5%) y la cardiopatía isquémica (13,9%).

No existen servicios ni programas de salud especiales para personas de edad avanzada. Hay cinco hogares para ancianos: uno depende del Estado, tres de organizaciones religiosas y el quinto de un particular.

Las personas de más de 60 años con una renta anual menor de US\$ 2.222 tienen derecho a recibir asistencia médica gratuita del sector público.

La salud de la familia

Durante 1990–1995 fueron notificados al Departamento de Servicios Sociales, en promedio, 42 casos de violencia doméstica y 100 casos de maltrato infantil por año; 38% de los casos fueron maltratos físicos y 35%, abusos sexuales.

Las víctimas reciben asistencia y asesoramiento del Departamento de Servicios Sociales y del Centro para Crisis. El Ministerio de Asuntos de la Mujer ha preparado material para proporcionar a las víctimas y a los prestadores de atención información sobre los derechos de aquellas y los servicios de apoyo de que pueden disponer.

Aproximadamente 85% de los nacimientos ocurren sin que los progenitores estén casados. No hay información sobre el número de estos nacimientos, que se producen como resultado de uniones concertadas por mero acuerdo de las partes; las mujeres solteras son la cabeza de familia en 40% de los hogares.

La salud de los trabajadores

La Oficina de Medicina del Trabajo y Seguridad Ocupacional es parte del Departamento de Trabajo, está a cargo de las actividades de control e investigación y vela por la observancia de la legislación que protege la salud de los trabajadores. Los datos disponibles sobre esta cuestión se relacionan tan solo con el análisis de las demandas de subsidios por lesiones o enfermedades que se presentan ante el Sistema Nacional de Seguros, que cubre 60% de la fuerza laboral aproximadamente. Durante el período 1989–1994, 80% de las demandas por lesiones en el trabajo (718) fueron presentadas por hombres; de estas lesiones, 80% se produjeron en trabajadores de ambos sexos de 20 a 49 años de edad. En 40% de los casos, el tipo de lesión era desconocido o no se especificaba; 33% eran heridas superficiales y 13% heridas abiertas. El 60% de las demandas por enfermedad (12.972) fueron presentadas por trabajadoras; 65% y 75% de estas demandas fueron hechas en el grupo de edad de 20 a 39 años por hombres y mujeres, respectivamente. En 36% de las demandas por enfermedad, la afección era desconocida o se clasificaba como “mal definida” u “otra”. Otras causas que habilitaban para obtener subsidios por enfermedad eran lesiones (14%), enfermedades de las vías respiratorias (10,9%) e infecciones (9,5%).

La salud de los discapacitados

El censo de población de 1991 registró la existencia de 9.449 personas con discapacidad, que representaban 6,9% de la población: 58% de las discapacidades se presentaban en mujeres, 43% en personas de 65 años y más y 46% en el grupo de 15 a 64 años. Las discapacidades de tipo locomotriz y las relacionadas con la vista representaban alrededor de 70% del total (Cuadro 2). Sus causas no quedaron registradas.

Se controlan los problemas auditivos de los niños de 8 meses de edad y las personas enviadas a alguno de los dos centros de salud equipados para realizar el examen. Aunque funcionan servicios que cuentan con especialistas en gar-

ganta, nariz y oído, los terapeutas que se ocupan de problemas del habla y los audiólogos habitualmente ofrecen sus servicios tan solo a corto plazo y como voluntarios.

Un equipo de profesionales de salud dirige un dispensario donde los niños con discapacidades múltiples se atienden todos los meses. Los auxiliares de salud comunitarios se encargan de la rehabilitación en la comunidad y colaboran en un programa piloto destinado a estimular tempranamente a los niños discapacitados.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. No se han notificado casos de fiebre amarilla entre 1988 y 1991 ni entre 1992 y 1995. La vacuna contra esta enfermedad se administra únicamente a las personas que la solicitan o que necesitan aplicársela para viajar.

El número de casos notificados de malaria, dengue y esquistosomiasis fueron 3, 9 y 8, respectivamente, en el período 1992–1995, en comparación con las cifras de 0, 12 y 21 en 1988–1991. Los dos casos de malaria notificados en 1995 fueron importados. Aunque la Oficina de Estadística del Ministerio de Salud no recibió denuncias de casos de dengue en 1993, se identificaron cuatro casos mediante el sistema de vigilancia del sarampión. No hay información sobre serotipos de dengue ni sobre localización de casos de enfermedades transmitidas por vectores.

Enfermedades inmunoprevenibles. Las tasas de cobertura de inmunización en el período 1992–1995 oscilaron entre 95% y 99% para la BCG y entre 92% y 98% para la DPT y la vacuna antipoliomielítica oral. Las tasas correspondientes a la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola fueron 72% en 1992 y 92% a 94% en el período 1993–1995. En 1994, 96% de las niñas de 11 a 15 años que asistían a la escuela fueron inmunizadas contra la rubéola. La vacuna contra la hepatitis B se ofreció por última vez entre 1989 y 1990 al personal sanitario: entonces 69% de los 120 trabajadores que participaron en la campaña recibieron tres dosis.

El último caso de poliomieltis se registró en Santa Lucía en 1970 y en 1994 el país fue declarado libre de la transmisión del poliovirus salvaje. En 1985 se notificó por última vez la presencia de tétanos neonatal; en 1993 se notificó un caso de tétanos no neonatal. El número de casos notificados sospechosos de sarampión en niños de menos de 15 años de edad disminuyó constantemente de 37 en 1992 a 8 en 1995. En el período comprendido entre 1992 y 1995 no se confirmaron casos de sarampión ni de rubéola mediante el sistema de vigilancia; tampoco se notificó ningún caso de difteria ni de tos

CUADRO 2
Tipo de discapacidad por grupo de edad, Santa Lucía, 1991.

Tipo de discapacidad	0-4 años	5-14 años	15-49 años	50-64 años	65 años y más	Total por tipo de discapacidad	
						No.	%
Locomotriz	32	147	950	1.013	2.297	4.439	47,0
Visual	22	235	610	379	1.030	2.276	24,1
Mental	36	224	617	87	121	1.085	11,5
Auditiva	18	98	151	63	275	605	6,4
Del habla	24	98	205	49	76	452	4,8
Otro	6	35	119	126	306	592	6,2
Total por grupo de edad							100,0
Número	138	837	2.652	1.717	4.105	9.449	
Porcentaje	1,5	8,8	28,1	18,2	43,4	100,0	100,0

Fuente: Departamento de Estadística de Santa Lucía.

ferina. Durante el mismo período se notificaron 11 casos de hepatitis infecciosa, lo que representó una disminución con respecto a los 30 casos que se habían notificado entre 1988 y 1991. La notificación de hepatitis infecciosa no quedó registrada por tipo de virus. La meningitis por *Haemophilus influenzae* no es una enfermedad que se deba notificar.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales.

Aunque no se han notificado casos de cólera, hay un control de la enfermedad en la subregión que se lleva a cabo con la ayuda del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC); por ende, se pueden emprender la educación del público y la vigilancia en cuanto sea necesario.

La notificación habitual de consultorios de médicos de distrito demostraron que las epidemias por infecciones diarreicas ocurren cada dos años: aproximadamente 50% de los casos correspondían a niños menores de 5 años; no se identificaron los agentes patógenos causales. Durante el período que abarca el informe se notificaron 3.994 casos, lo que representa una disminución con respecto a los 4.536 casos notificados en 1988-1991.

Tuberculosis y lepra. En el período 1992-1995 se notificaron 82 casos de tuberculosis, en comparación con los 98 casos notificados entre 1988 y 1991; todos fueron casos de tuberculosis pulmonar. La información disponible sobre los 56 casos notificados en el período 1993-1995 indica que se distribuyeron por igual entre hombres y mujeres y que se manifestaron en los grupos de 40 a 59 años (34%), de 60 años y más (30%) y de 20 a 39 años (29%). Cinco de los casos notificados se presentaron en personas con sida. Se registraron 27 muertes causadas por tuberculosis en 1992-1995.

Durante 1992-1995 se notificaron 34 nuevos casos de

lepra, todos los cuales correspondieron a personas de más de 15 años de edad. En 1995 se estaban tratando 24 casos y se estaban vigilando otros 11.

Infecciones respiratorias agudas. Los casos notificados de enfermedades respiratorias agudas disminuyeron entre 1988-1991 y 1992-1995. Durante este último período fueron notificados 78 casos de neumonía y 1.731 casos de influenza en niños menores de 5 años de edad, en comparación con los 321 y 2.298 casos notificados, respectivamente, en 1988-1991.

La neumonía fue la causante de 44,2% (99) de todas las muertes provocadas por enfermedades respiratorias. Se produjeron ocho muertes de niños menores de 5 años de edad. No se registraron muertes por influenza durante el período 1992-1995.

Rabia y otras zoonosis. Durante 1992-1995 se notificaron ocho casos de leptospirosis y no se notificó ninguno en 1988-1991. No hay información acerca de la edad, el sexo, la ocupación o el domicilio de las personas afectadas. Se notificó una muerte por leptospirosis en 1995: fue la de un hombre de 45 años de edad que vivía en una zona rural.

La leptospirosis ha sido diagnosticada clínicamente y mediante exámenes serológicos de vacas. Se ha identificado criptosporidiosis en vacas en una zona de la isla. Una encuesta efectuada en 1994 no reveló la existencia de ningún caso de brucelosis o tuberculosis en vacas.

No hay rabia en Santa Lucía. Se impide el ingreso al país de los animales provenientes de regiones endémicas y de zonas consideradas de riesgo. Los animales domésticos importados son sometidos a cuarentena en instalaciones del Reino Unido durante los seis meses previos a su admisión.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. El primer caso de infección por VIH fue diagnosticado en 1985 y el primer caso de sida pediátrico fue notificado en 1990. Hasta diciembre de 1995 se contabilizaban 140 casos notificados de infección por VIH y un total acumulativo de 81 personas con diagnóstico de sida. La tasa acumulativa de letalidad por sida era entonces de 88,9%. La razón hombre/mujer con respecto a la infección por VIH es de 1,2:1, lo que indica que el modo de transmisión es fundamentalmente heterosexual; 52% de los casos se registraron en el grupo de edad de 30 a 44 años y seis fueron casos pediátricos.

Un análisis reciente de vigilancia de VIH y sida puso de relieve que la infección por VIH se diagnostica tardíamente, dado que 80% de los casos se notifican tan solo en el momento en que se diagnostica el sida; únicamente 20% de los casos se notifican más de un año antes de que se manifiesten los síntomas de sida. Los datos sobre las manifestaciones clínicas son escasos y todavía no se ha analizado cuál es la carga que representan la infección por VIH y el sida para los servicios hospitalarios. El número total de pruebas realizadas para detectar el VIH osciló entre 4.000 y 5.000 en los últimos cinco años: 33% se llevaron a cabo en el banco de sangre, 38% en los consultorios especializados en ETS, 20% por médicos de los sectores público y privado y 9% en estudios de seroprevalencia.

En 1994 se estimó que la seroprevalencia del VIH en la población prenatal oscilaba entre 0% y 0,6%; en 1995 se estimó que dicha seroprevalencia en la sangre de los cordones umbilicales variaba entre 0% y 0,5%, y en 1992 la OPS había estimado que era de 0,63% en toda Santa Lucía. Sobre la base de estos datos, se estimó que la tasa de seroprevalencia de la infección por VIH era de 0,5% para la totalidad de la población.

La información sobre las ETS se limita a los informes de los consultorios especializados del norte, sur y oeste del país y de la Oficina de Epidemiología. En el período 1992–1995 fueron notificados a dicha Oficina 670 casos de sífilis y 343 casos de gonorrea, en comparación con los 689 casos de sífilis y 599 casos de gonorrea que se notificaron entre 1988 y 1991.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Aunque hay focos de desnutrición, se desconoce la magnitud del problema. En el período 1992–1995 se notificaron nueve casos de desnutrición en niños menores de 5 años, en comparación con los 23 casos registrados durante 1988–1991. La deficiencia de hierro es la única deficiencia de micronutrientes que se ha identificado; empero, no se ha determinado la magnitud del problema, particularmente entre las mujeres y los niños de los grupos en riesgo. Un análisis de

los registros prenatales efectuado en 1990 demostró que 20% de las embarazadas que asistían a dispensarios públicos tenían niveles de hemoglobina inferiores a 10 g/dl.

Por problemas que atañen a la manera de registrar los datos de morbilidad de la diabetes mellitus, la información al respecto no es confiable. La diabetes representaba 8,8% (339) de todas las muertes en el período 1992–1995; 65% fueron muertes de mujeres y 81% de personas mayores de 60 años.

Enfermedades cardiovasculares. Durante el período 1992–1995 se produjeron 1.304 muertes causadas por enfermedades del aparato circulatorio; estas enfermedades provocan 33% de las muertes notificadas y se clasifican como el grupo más importante de causas de muerte. Dentro de este amplio grupo, las causas principales de muerte son la enfermedad cerebrovascular (35,9%), la cardiopatía hipertensiva (14,8%) y la cardiopatía isquémica (13,6%). En la actualidad no hay datos sobre la morbilidad.

Tumores malignos. El país carece de un registro de cáncer. Un análisis de diagnósticos histopatológicos de 2.714 muestras examinadas en los dos hospitales más importantes en 1995 puso de manifiesto que 222 (8,2%) eran tumores malignos. Las principales localizaciones eran el cuello de útero (20,7%), la piel (18,9%), la mama femenina (12,2%) y el sistema digestivo (10,4%). En 20,7% de los casos no se determinó el sitio.

Los tumores malignos provocaron 14% de las muertes producidas durante 1992–1995. Los tres sitios de cáncer más comunes entre los hombres fueron la próstata, el estómago y otras partes del aparato digestivo. Entre las mujeres, los sitios más comunes fueron la mama, el cuello de útero y el sistema gastrointestinal.

Accidentes y violencia. Los accidentes y la violencia fueron las causas de 7,7% de la totalidad de las muertes producidas en 1992–1995. La mayoría de estas muertes se produjeron en el grupo de 15 a 44 años y 81% en hombres. El número de muertes que se notificó fue 296 y las causas principales fueron los accidentes de tráfico (28,7%), los homicidios (16,2%), el ahogamiento (14,5%) y los suicidios (11,8%).

En 1994 el Parlamento aprobó una ley que exige el uso de cinturones de seguridad para manejar automóviles y de cascos protectores para conducir motocicletas. La ley entró en vigor tres años después de haber sido promulgada para dar a los vendedores de automóviles y al público tiempo suficiente para ajustarse a sus disposiciones y cosechar los beneficios de una campaña de educación pública.

Trastornos del comportamiento. No hay información disponible sobre el hábito de fumar y el consumo de alcohol.

La venta de tabaco y alcohol a menores de edad está prohibida por ley.

Durante el período 1993–1995, 2.217 personas fueron admitidas en el hospital de psiquiatría. En 1995 se produjo el ingreso de 761 personas, de las cuales 75% fueron hombres; además, 1.872 personas, de las cuales 61% eran hombres, recibieron asistencia ambulatoria. El diagnóstico predominante fue esquizofrenia (61%); le siguieron las psicosis maniaco-depresivas (20%).

Desastres naturales y accidentes de trabajo. En 1995 se registró un derrame de petróleo en la Estación de Carga Hess sin que se denunciaran consecuencias graves para la salud.

La tormenta tropical Debbie produjo en septiembre de 1994 grandes inundaciones que provocaron desprendimientos de tierra, perjuicios para el sector agrícola y daños en las obras de infraestructura. La tormenta tropical Debbie provocó tres muertes y daños estimados en US\$ 85 millones. Los principales peligros para la salud derivados de la tormenta se relacionaron con el desbordamiento de pozos ciegos, el agua estancada y la interrupción del suministro de agua por lapsos prolongados. Se reforzó y amplió la vigilancia de las enfermedades con posterioridad al desastre.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El principal mandato del Ministerio de Salud es “mantener y mejorar las reservas presentes y futuras de recursos humanos”. La Política Nacional de Salud comprende la recaudación de impuestos, el aprovechamiento de la tecnología apropiada, la calidad del personal sanitario, el crecimiento demográfico, los grupos vulnerables y de riesgo, la toxicomanía, la salud de los trabajadores y las cuestiones ambientales. Las estrategias que se utilizan para aplicar estas políticas se reflejan en el Plan Nacional de Diez Años (junio de 1993 a julio de 2003) para el Sector Salud.

El Estado proseguirá mejorando el sistema de atención de la salud a partir del punto de vista de la atención primaria y la prevención, mientras aumenta a la vez la calidad de los servicios secundarios y terciarios y las posibilidades de utilizarlos.

Las limitaciones financieras, el creciente costo de la atención de la salud, la contracción de la financiación externa y la demanda de la opinión pública, que quiere recibir una atención de salud más compleja y cara, ha inducido al Gobierno de Santa Lucía a revisar las formas de administración de los servicios de salud. El meollo de esta nueva evaluación reside en la manera de organizar los servicios de salud para fomentar la equidad, la eficacia, la sostenibilidad, la accesibilidad, la calidad y la conformidad del consumidor.

Las reformas ya han traído aparejada una mayor colaboración con el sector privado de la salud en el ámbito nacional y con otros países. El objetivo principal es financiar la atención de salud efectuando una revisión al alza de los pagos directos del usuario, inclusión hecha de los emolumentos por procedimientos quirúrgicos, y desarrollar planes para establecer un seguro nacional de salud que cubra a un mayor porcentaje de la población y tenga en cuenta consideraciones de equidad. Otras iniciativas tendientes a introducir reformas se han centrado en la salud mental y los servicios farmacéuticos, así como en cambios administrativos en los hospitales, que comprenden la redefinición de la función de los hospitales distritales.

Organización del sector salud

El Consejo de Administración Técnica del Ministerio de Salud y las correspondientes organizaciones profesionales de carácter nacional asumen el liderazgo del sector.

A nivel central, los jefes de los departamentos manejan el personal y los diferentes programas, y cuentan con asistencia de directores de programas nacionales, que se ocupan de programas específicamente de salud. A nivel de distrito, hay equipos a cargo de la administración y los servicios de atención de salud. Cabe hacer notar que funcionan únicamente dos de estos equipos.

En términos generales puede decirse que, en el sector público, la atención de salud abarca los servicios personales, los recursos humanos y los recursos físicos. Se promueve la salud y se ofrecen y prestan servicios de prevención, curación y rehabilitación a nivel primario, secundario y terciario.

Los servicios de atención primaria están descentralizados y se ofrecen en los 34 dispensarios diseminados por toda la isla. Los servicios secundarios y especializados se concentran en el norte y el sur del país en los dos hospitales generales y en el hospital de psiquiatría. También funcionan consultorios de obstetricia y ginecología, pediatría, cirugía y enfermedades de transmisión sexual, así como servicios de salud mental, en centros de salud seleccionados y en los hospitales de distrito.

Aunque cualquier persona puede atenderse en cualquier servicio de salud, la administración y dirección de los servicios se basan en la captación de una población determinada, dentro de un área definida, alrededor de una ciudad o pueblo importante.

El sector privado de la salud está formado por los profesionales de la salud, las organizaciones no gubernamentales y los curanderos tradicionales. Los médicos y los dentistas han estado siempre en el sector privado, aunque muchos trabajan a la vez en el sector público y en el privado. Recientemente las enfermeras se han empleado en la industria hotelera y en la atención de pacientes en casas particulares.

El Ministerio de Salud se encarga de establecer el monto de lo que el usuario tiene que pagar directamente en el sector público, pero no tiene competencia para inmiscuirse en las operaciones de las empresas de seguros de salud de carácter privado. La mayor parte de estas empresas reintegra el dinero desembolsado por el asegurado, pero hay unas pocas que pagan los servicios al prestador. Los principales seguros de salud son los que ofrece el sector privado a individuos o grupos de personas y los del Sistema Nacional de Seguros (SNS). Todos los años este último destina al Ministerio de Salud una suma global que se asigna para cubrir los gastos del tratamiento ambulatorio o de la internación en un hospital de los empleados que aportan al Sistema. La mayor parte de los seguros de salud privados se otorgan a grupos de empleados con arreglo a planes que se integran con aportaciones de los empleadores y de los propios empleados. En otros casos los asegurados son personas que compran pólizas para ellas y sus familias.

A fines del período 1992–1995 se había entablado un debate en torno de la aplicación del SNS. La cobertura de este Sistema abarcaría el tratamiento ambulatorio y la internación hospitalaria de los imponentes y sus familias. La afiliación comprenderá a los empleados, los jubilados y las personas a cargo de la sociedad. Estas últimas personas se identifican sobre la base de los ingresos familiares.

Los colegios de médicos y enfermeros se encargan de la matrícula y la fiscalización de sus representados; el Consejo Médico se ocupa de la matrícula de los dentistas, farmacéuticos y optometristas. La práctica de los profesionales de salud pública se rige por la Ley de Salud Pública. En la actualidad no se exige que los médicos demuestren que estudian permanentemente ni que presenten certificados de aptitud física para ejercer su profesión cuando tienen que renovar su matrícula. Los servicios de salud no tienen que estar registrados ni autorizados y no funcionan mecanismos que los fiscalicen.

No existe una dirección nacional que se encargue de fiscalizar los medicamentos; la Comunidad del Caribe (CARICOM) procura crear un Organismo Regional de Asesoramiento sobre Medicamentos y Productos Terapéuticos, que desempeñará las funciones de ente regulador regional del registro de medicamentos. Se requiere autorización para importar drogas, reactivos y otros suministros médicos. Están en vigencia leyes que regulan la prescripción de medicamentos controlados, cuyo empleo fiscaliza el farmacéutico jefe.

El Ministerio de Planificación se ocupa de las mejoras materiales y del medio ambiente. El uso del suelo se divide en zonas para actividades agrícolas, emprendimientos industriales y asentamientos humanos. El Ministerio solicita con creciente insistencia que se lleven a cabo evaluaciones de las consecuencias sobre el medio ambiente de los proyectos de desarrollo antes de ponerlos en marcha.

La Junta de Control de los Plaguicidas se ocupa del registro de los plaguicidas y de la concesión de licencias para utilizarlos. Funcionan mecanismos de vigilancia y control de la contaminación biológica y química del agua; sin embargo, la inocuidad de los productos químicos y la calidad del aire, el suelo y la vivienda no se controlan rutinariamente y la fiscalización y aplicación de estas medidas son insuficientes.

La seguridad alimentaria y la calidad de los alimentos se rigen por la Regla de Salud Pública No. 70, que se dictó en 1980; el organismo de ejecución es la Oficina de Alimentos del Departamento de Saneamiento Ambiental. La ley exige que los establecimientos que trabajan con alimentos y las personas que los manipulan estén registrados y posean una licencia habilitante.

Se están revisando algunas leyes, como la legislación relativa a la salud de los trabajadores, la Ley de Facultades Extraordinarias y la Ley de Farmacia. También están sometidas a revisión la Ley de Salud Pública y la ordenanza relativa a la matrícula de enfermeras y parteras.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud, marco y entorno del sector salud y comunicación social. La promoción de la salud y la educación en salud en la esfera del Ministerio de Salud corresponde a la Oficina de Educación para la Salud; otros departamentos ministeriales, otros ministerios y organizaciones no gubernamentales también desarrollan actividades de promoción de la salud. Se confía cada vez más en el teatro popular para promover la salud y la educación y se recurre con creciente frecuencia al creole para difundir entre el público noticias sobre la salud por conducto de los medios de comunicación social. Durante el período 1993–1996, 515 consejeras y 197 consejeros recibieron adiestramiento para proporcionar apoyo e información a la juventud con respecto a la vida familiar, los valores, la sexualidad humana y la fecundidad.

Programas de prevención y control de enfermedades. Se brindan servicios preventivos gratuitamente, con excepción de la vacuna contra la fiebre amarilla, las vacunas exigidas para ingresar en los colegios y los productos anticonceptivos. Las embarazadas son sometidas a pruebas para detectar anemia, hemoglobinopatías y sífilis; se les suministra hierro rutinariamente. Se llevan a cabo exámenes de la sangre del cordón umbilical. Rutinariamente se ofrece inmunización a los menores de 15 años y a las embarazadas.

En lo que se refiere a la detección del cáncer, están en marcha programas para detectar el de cuello de útero y de mama;

en la actualidad se dispone de antígenos prostáticos específicos para detectar el cáncer de próstata.

También se desarrollan programas de prevención y control de la esquistosomiasis, las enfermedades transmitidas por los alimentos, la lepra, el sida y el VIH y el dengue, con inclusión del control de *Aedes aegypti*. La educación para la salud, la reducción de los factores de riesgo y la detección temprana son componentes importantes de la prevención y el control de enfermedades.

Salud oral. En siete dispensarios odontológicos diseminados por toda la isla se proporcionan servicios odontológicos, que incluyen exámenes dentales, profilaxis, sellados, obturaciones, planificación de raspados subgingivales y extracciones. En tres dispensarios también se dispone de servicios radiográficos y en un cuarto se proporciona tratamiento exclusivamente a los niños; tan solo a estos últimos se les ofrece tratamientos de conductos radiculares. En los servicios odontológicos del Ministerio de Salud fueron tratados en total 12.049 pacientes durante 1995.

En 1994 el programa de atención odontológica de las escuelas amplió su cobertura, que desde entonces abarca no solo a los niños de 7 y 8 años sino también a los niños de edad preescolar y a los que asisten a los servicios asistenciales diurnos. Participaron en el programa 70% de estos niños, a quienes se ofrecieron obturaciones, extracciones y sellados dentales, además de limpieza de los dientes y tratamiento con fluoruro.

El tratamiento con fluoruro que se ofrecía a los niños fue interrumpido en 1994 como consecuencia de una financiación insuficiente y de suministros irregulares. En un estudio de la totalidad de las plantas de tratamiento del agua, que se llevó a cabo ese mismo año, se comprobó que en la mayor parte de los casos el nivel de fluoruro oscilaba entre 0 y 0,2 mg/dl. En la actualidad no es factible poner en marcha un programa de fluoruración del agua porque las instalaciones para el tratamiento de esta son muy pocas y no están suficientemente bien mantenidas.

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. Funcionan sistemas de vigilancia de las enfermedades transmisibles que tienen interés internacional, regional y nacional. Se practica una vigilancia activa del dengue, las enfermedades diarreicas, la poliomielitis, el VIH, el sida y las enfermedades de transmisión sexual y el sarampión; en 1991 se estableció un sistema de vigilancia del sarampión y en 1992 se puso en marcha otro para la parálisis flácida. La información disponible se extrae tradicionalmente de los informes de los registros clínicos de la Oficina Médica del Distrito.

Durante el período comprendido entre 1993 y 1995 los trabajadores de salud recibieron adiestramiento para que pudie-

ran diagnosticar y vigilar el dengue, el sarampión y la poliomielitis y se pusieron en marcha mecanismos para facilitar el transporte de las muestras de laboratorio al hospital principal y al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). El país carece de un laboratorio de salud pública. El Laboratorio Ezra Long, que funciona en el hospital general más importante, dispone de medios para investigar las infecciones bacterianas y parasitarias y algunas virales. El CAREC se encarga de la investigación de laboratorio de otras enfermedades virales tales como el dengue, el sarampión, la poliomielitis y la leptospirosis.

Servicios de agua potable y alcantarillado. La Dirección de Agua y Alcantarillado se encarga del control y la distribución del abastecimiento municipal de agua y maneja 37 tomas de agua cruda que la suministran a 31 plantas de tratamiento de agua. La tormenta tropical Debbie causó grandes daños en las instalaciones de tratamiento y depósito de agua. El censo de 1991 puso de manifiesto que 75% de los hogares estaban conectados al abastecimiento municipal de agua. El embalse Roseau quedó terminado en 1996.

La inadecuada eliminación de productos químicos procedentes de los sectores de la agricultura y la industria fabril y el acceso irrestricto a fuentes de agua sin tratar amenazan la calidad del agua.

En un estudio realizado en 1995 y 1996 por el Ministerio de Salud sobre el abastecimiento de agua corriente en Santa Lucía se comprobó que 46% de la población consumía agua tratada en instalaciones donde no se realizaba el proceso básico de sedimentación química.

El censo de 1991 demostró que las letrinas de pozo eran el principal tipo de eliminación de aguas servidas (49%), en tanto que 29% de los hogares usaban fosas sépticas y 6% estaban conectados al sistema de alcantarillado. El 11% de los hogares se concentraban en ciudades y pueblos rurales que no disponían de instalaciones de eliminación de excretas. El Estado se encarga del funcionamiento de unos 50 excusados públicos en toda la isla.

Servicios de gestión de los desechos sólidos. La gestión de desechos sólidos está a cargo conjuntamente del Ministerio de Planificación, la División de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud, el Ayuntamiento de Castries y los ayuntamientos comunales.

Los desechos sólidos no se almacenan adecuadamente antes de su recolección y a menudo se eliminan de manera poco satisfactoria. La eliminación de los desechos sólidos se realiza en vertederos al aire libre, que no resultan apropiados sin un buen mantenimiento. Los desechos generados por las instituciones de atención de salud pública se incineran en el sitio donde se producen; no se ha llevado a cabo una evaluación sobre la bondad de esta práctica ni sobre la manera de eliminar los desechos del sector privado de la salud.

En un estudio emprendido en 1992 para examinar la forma de tratar los desechos sólidos y los recursos disponibles para esta tarea se formularon recomendaciones para tratar los distintos tipos de desechos que se generan en el país. En consecuencia, se estableció en 1996 un organismo autónomo que quedó a cargo de la gestión de los desechos sólidos de conformidad con la ley reglamentaria correspondiente; por otra parte, se desarrolló el componente local de un proyecto de la Organización de los Estados del Caribe Oriental para la gestión de los desechos sólidos; financian este proyecto el Fondo Fiduciario para el Medio Ambiente Mundial, el Banco Mundial, el Banco de Desarrollo del Caribe y el Gobierno de Santa Lucía.

Prevención y control de la contaminación ambiental. El Ministerio de Planificación está a cargo de la supervisión y el control de la calidad del ambiente. El Gobierno es signatario de varias convenciones internacionales sobre la calidad ambiental y ha iniciado conversaciones intersectoriales sobre la forma de reducir las sustancias que destruyen el ozono. En 1944 se declaró oficialmente que estaba prohibido fumar en todos los edificios del Ministerio de Salud y en 1995 esta política se extendió a la totalidad de los edificios gubernamentales. Aunque hay normas para determinar la calidad de la atmósfera, no se ha establecido ninguna política para protegerla.

Protección y control de los alimentos. La Oficina de Alimentos del Departamento de Saneamiento Ambiental se ocupa de todos los aspectos de la protección, el control y la seguridad de los alimentos, lo que incluye la inspección de las instalaciones comerciales donde estos se preparan, el control de las carnes y otros productos alimentarios, la capacitación y la habilitación de las personas que los manipulan y la investigación de las enfermedades transmisibles por los alimentos.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de emergencia. Por lo menos una vez por semana se ofrecen servicios médicos y farmacéuticos en los 34 dispensarios diseminados por toda la isla. En los dos hospitales generales se brindan servicios de hospitalización y ambulatorios y para accidentes y casos de emergencia. Los dos hospitales de distrito ofrecen servicios de atención primaria, limitada atención secundaria y servicios para casos de emergencia. Los pacientes en procura de asistencia médica se desplazan del sector público al privado y entre los distintos niveles de atención. El sistema de envío de los pacientes a otros servicios funciona bien dentro del régimen de atención primaria y a partir de él. Es preciso reforzar el sistema de envío del nivel secundario y terciario al

nivel comunitario a fin de mejorar el seguimiento de los usuarios por el personal de salud de la comunidad.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre. Se ofrecen servicios de laboratorio, colposcopia y diagnóstico por imágenes tanto en el sector público como en el privado. El Servicio Nacional de Transfusión de Sangre tiene su sede en el hospital principal. Inicialmente se selecciona a los donantes haciéndoles contestar un cuestionario y después se los somete a pruebas de detección del VIH, HTLV-1, HBsAg y VDRL.

Servicios especializados. Se ofrecen servicios especializados de obstetricia y ginecología, colposcopia, radiología, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía maxilofacial, psiquiatría y diálisis renal. En los departamentos de fisioterapia se proporcionan servicios de rehabilitación física. En Turning Point, un centro de rehabilitación de alcohólicos y toxicómanos, se ofrece internación hospitalaria y tratamiento ambulatorio a ese tipo de personas.

Insumos para la salud

Santa Lucía no produce medicamentos, productos inmunobiológicos, reactivos ni equipos.

Medicamentos. Santa Lucía adquiere algunos de sus medicamentos y productos farmacéuticos por conducto del Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental. El Comité Nacional a cargo del Formulario de Medicamentos selecciona los medicamentos y productos farmacéuticos que se han de comprar y adjudica los contratos a proveedores autorizados. En 1994 el Comité publicó la cuarta edición del "Formulario Regional y Manual de Terapéutica". Se cumple un programa completo de garantía de calidad en colaboración con el Laboratorio de Pruebas de Medicamentos del Caribe.

Los medicamentos, los productos farmacéuticos y otros suministros médicos que no reúnen las condiciones requeridas para ser comprados en conjunto son adquiridos a agentes conocidos o a los fabricantes por el Departamento de Suministros Médicos o por los jefes de otros departamentos; no existen mecanismos formales de control de calidad.

Productos inmunobiológicos. Todas las vacunas que se utilizan en el sector público se adquieren por conducto del Fondo Rotatorio de la OPS, que adjudica los contratos a los proveedores y supervisa la calidad de las vacunas. El Ministerio de Salud proporciona vacunas al sector privado a un costo mínimo.

Las vacunas contra la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo B, y los sueros hiperinmunes que se emplean en los hos-

pitales son adquiridos a agentes locales o extranjeros sin que se aplique mecanismo alguno de control de calidad.

El Departamento de Suministros Médicos y los jefes de otros departamentos adquieren los reactivos y otros suministros utilizados en el sector público.

Equipo. Varias personas son las encargadas de adquirir el equipo biomédico. Se adquiere gran diversidad de marcas, lo que crea problemas de mantenimiento y para la compra de repuestos.

Recursos humanos

Disponibilidad de servicios por tipo de recursos. La cantidad de personal empleado en el sector público aumentó durante el período que comprende el informe; en 1995 había 71 médicos, 7 dentistas, 401 enfermeras, 15 farmacéuticos, 5 educadores para la salud y 250 personas de todas las categorías a cargo del saneamiento ambiental que trabajaban en el Ministerio de Salud y el Hospital Saint Jude, un hospital semi-privado en el que se atiende la población que vive en el sur de la isla. Aunque también aumentó la cantidad de personal empleado en los servicios de laboratorio y radiología, no se conocen las cifras correspondientes. Estos aumentos han sido el resultado de la expansión del tipo de servicio ofrecido, de una mayor carga de trabajo y de la existencia de profesionales de la salud convenientemente adiestrados.

Formación del personal de salud. El Colegio Comunitario Sir Arthur Lewis es la única institución local que brinda capacitación a los profesionales de la salud. El Colegio, que comenzó a preparar enfermeras generales y parteras en 1988, ofreció en 1994 un curso para el personal de campo interesado en obtener el Diploma en Nutrición Comunitaria. El Departamento de Enfermería de la Comunidad capacita a los auxiliares de salud comunitarios. La formación de las demás categorías de profesionales de la salud solo se puede obtener en instituciones regionales e internacionales y se encuentra seriamente limitada por la falta de recursos financieros.

El Ministerio de Salud, el Comité Nacional a cargo del Formulario de Medicamentos y la Asociación Médica y Odontológica de Santa Lucía organizan regularmente la capacitación en el servicio de los profesionales de la salud de cualquier categoría. La Universidad de las Indias Occidentales brinda cursos breves sobre salud reproductiva y de los adolescentes mediante el sistema de educación a distancia.

Mercados de trabajo para el personal de salud. La mayor parte del personal de salud está empleado en el sector público. Es tradicional que los médicos, los odontólogos y los

farmacéuticos constituyan la mayor parte de los profesionales que trabajan en el sector privado; un número creciente de centros de este sector ha comenzado a ofrecer servicios de diagnóstico y atención ocular. Hay pocas oportunidades de empleo para los profesionales de la salud en las organizaciones no gubernamentales.

Investigación y tecnología en salud

El Ministerio de Salud ha incrementado el empleo de nuevas tecnologías en diversas esferas. El Departamento de Saneamiento Ambiental ha introducido en sus programas de lucha antivectorial y de control de la calidad de los alimentos el empleo de luces ultravioletas, vaporizadores, sensibilizadores y termómetros, así como la utilización de letrinas con mejor ventilación. Tanto el sector público como el privado cuentan con servicios de ecografías y colposcopias y, el último de los nombrados, también con el de tomografías computarizadas.

El país carece de una política regulatoria en la que se tengan en cuenta la investigación y la tecnología y no existen estructuras oficiales para estimar y evaluar las repercusiones de la investigación y la tecnología en el sector salud. No se ha calculado hasta qué punto se utiliza la tecnología sanitaria.

Durante el período 1992–1995, el Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental ha llevado a cabo un estudio sobre el consumo racional de fármacos para tratar la hipertensión y la diabetes. Son motivos de preocupación el empleo de sulfonilureas en personas de más de 60 años de edad, la escasa utilización de glucofagos y la prescripción de Bezide de 5 mg cuando ha quedado demostrado que la dosis de 2,5 mg es efectiva. Los prestadores de atención de salud fueron informados de los resultados obtenidos en seminarios sobre el empleo de fármacos.

Gasto y financiamiento sectorial

La información sobre los gastos en salud pública está disponible para las instituciones de salud y programas específicos. Sin embargo, se carece de información sobre los gastos del sector privado de salud o sobre los recursos de que disponen las instituciones, las empresas y las organizaciones comunitarias y no gubernamentales.

El sector salud ocupa el segundo lugar entre los principales receptores del conjunto de los recursos del Estado. El presupuesto aprobado para la salud representó en promedio 12,5% de la totalidad de los gastos del Estado durante el período 1993–1995. Para los años fiscales comprendidos entre 1991–1992 y 1994–1995, los gastos ordinarios en salud pública con respecto al presupuesto total del Estado llegaron en

promedio a 1,6% para los programas de prevención, 5,4% para los hospitales (con excepción del Hospital Saint Jude y 3,9% para fármacos y suministros médicos (excluidas las vacunas). El Estado paga los salarios, sueldos y primas del personal del Hospital Saint Jude. La ejecución de grandes obras ha dependido muchísimo de la ayuda internacional.

Las fuentes principales de financiamiento de los gastos ordinarios del Estado son el impuesto a los réditos, otras cargas fiscales y los pagos directos que deben efectuar los usuarios. Como los ingresos del Estado, sea cual fuere su procedencia, se destinan a un fondo único, los ingresos derivados de pagos directos de los usuarios no benefician directamente al departamento o al Ministerio que los haya recaudado. El Hospital Saint Jude es una excepción, pues retiene los pagos directos de los usuarios por los gastos en que hayan incurrido.

Los gastos ordinarios en salud se financian con asignaciones del fondo único, a las que se suma una aportación anual a dicho fondo del Sistema Nacional de Seguros en concepto de cobertura de los gastos de internación hospitalaria de sus afiliados. Antes del año fiscal 1993–1994, apenas se recibió del SNS una tercera parte del monto autorizado de US\$ 1,1 millón. Durante el año fiscal 1993–1994 el SNS pagó parte de su deuda con el Estado: esto representó 70% del presupuesto de salud para dicho período. La aportación del SNS constituyó 49% del total de las entradas destinadas a salud en el año fiscal 1994–1995.

En 1992 fueron revisados al alza los pagos directos que deben hacer los usuarios al sector público; por consiguiente, la contribución de estos pagos a los ingresos totales para el

sector salud aumentó de 29,5% en 1989–1990 a 49% en 1992–1993.

Cooperación técnica y financiera externa

El sector salud de Santa Lucía recibe asistencia técnica y financiera de diversos organismos. El sector también se beneficia indirectamente de la ayuda de otros ministerios y entidades.

La Organización Panamericana de la Salud, el Centro de Epidemiología del Caribe, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Cuerpo de Paz y el Gobierno de Francia han proporcionado asistencia técnica y financiamiento para actividades de capacitación, programas especiales —tales como inmunización, lactancia materna y control del cáncer de cuello de útero— y muebles y equipos para hospitales. El sector salud también recibe asistencia de CARICOM y de la Universidad de las Indias Occidentales. Durante el período 1993–1996 se recibió apoyo financiero para llevar a cabo proyectos de inversión de los siguientes donantes: US\$ 140.000 del Fondo Fiduciario para Necesidades Básicas para el Policlínico Gros Islet; US\$ 11,3 millones de la Unión Europea para el proyecto de la fase II del Hospital Victoria; US\$ 1,06 millones del Gobierno de Francia para el proyecto de la fase I del Hospital Victoria, y el total de US\$ 1,96 millones del Banco de Desarrollo del Caribe, US\$ 2,45 millones del Fondo Fiduciario para el Medio Ambiente Mundial y US\$ 4,56 millones del Banco Mundial para el proyecto de gestión de los desechos sólidos.