
TRINIDAD Y TABAGO

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Trinidad y Tabago forman un Estado insular gemelo situado en el extremo meridional de la cadena de islas del Caribe. Esta nación, independiente desde agosto de 1962, constituye una república democrática dentro de la Mancomunidad Británica. Tabago es administrada por separado por su propia Asamblea, establecida en 1980. Trinidad está organizada actualmente en 13 zonas administrativas o corporaciones regionales, creadas por la Ley de Corporaciones Regionales de 1981. Sin embargo, por causa de demoras en el establecimiento de estas corporaciones los ocho condados y las tres corporaciones municipales originales siguen notificando casi todos los datos oficiales.

Desde el decenio de 1960, la economía se ha caracterizado por una marcada dependencia con respecto a la producción y exportación de petróleo y gas. El producto nacional bruto (PNB) per cápita alcanzó un valor máximo de US\$ 6.600 en 1982, seguido de marcadas reducciones hasta 1988, cuando el Gobierno puso en práctica un programa de reforma económica. El PNB per cápita mínimo de \$3.160 se registró en 1989. Desde entonces ha habido una continua mejora, debida sobre todo a las medidas de liberalización del comercio y de la moneda; las estrategias de diversificación hacia la agricultura, la industria manufacturera (sector no petrolero) y el turismo, y la reestructuración, privatización y liquidación de varias empresas estatales. Además, un programa de reforma tributaria estableció un impuesto de 15% sobre el valor agregado y la disminución de los impuestos sobre la renta de las personas físicas y las sociedades, el control más estricto del gasto público y la disminución del déficit fiscal, y el aumento de las tarifas de los servicios públicos. En 1994 el PNB per cápita fue de US\$ 3.740.

El valor de la moneda se ha mantenido bastante estable desde que se adoptó el sistema de flotación del tipo de cam-

bio del dólar en 1993 (de TTS 5,40 a TTS 6,30 = US\$ 1). No obstante, hubo un desfase de cerca de 10% entre mediados de 1996 y mediados de 1997. Las tasas de inflación, medidas por el cambio del índice de precios al por menor, se redujeron a alrededor de 3,2% en 1996. En armonía con esta recuperación económica, han cambiado en forma radical las tendencias de desempleo debido al aumento de oportunidades laborales en los sectores no petroleros de turismo y de otras industrias de servicio. La fuerza de trabajo ha crecido (de 467.700 personas en 1990 a 521.000 en 1995), se han reducido los índices de desempleo (de 20% en 1990 a 17% en 1995) y han aumentado las tasas de participación (de 56% en 1990 a 60% en 1995). Los índices de desempleo de las mujeres son mayores (23% frente a 19% de los hombres) y las tasas de participación, menores (45% frente a 75% de los hombres), quizá a causa de menores índices de escolaridad, factores socioculturales y una difícil situación de empleo. Los miembros de cerca de 22% de las familias están desocupados.

Los datos disponibles sobre el período de recesión económica en Trinidad (1982–1989) indican un aumento del nivel de pobreza, de 3,5% de los hogares en 1981 a 14,8% en 1988. Si bien es difícil medir el efecto del programa de ajuste estructural del Gobierno en el bienestar de la población, es posible que haya deteriorado las condiciones de vida y aumentado el desempleo. Las estimaciones recientes indican que el nivel de pobreza siguió aumentando desde 1988 hasta alcanzar los actuales niveles de 21% a 22% de la población, con una distribución más amplia del ingreso. Alrededor de la mitad de estas personas se clasifican como extremadamente pobres, es decir, incapaces de afrontar el costo de una canasta mínima de alimentos.

La pobreza está igualmente dividida entre las zonas urbanas y rurales, aunque es más grave en las urbanas. Casi la mitad de los pobres viven en el Condado de St. George. En las zonas urbanas, las presiones económicas de los pobres, sumadas al alto índice de desempleo de los jóvenes, han agravado los crecientes problemas de delincuencia y toxicoma-

nía; el problema es especialmente grave entre los hombres jóvenes.

Ha mejorado en forma constante y significativa el grado de rendimiento escolar de la población. En 1970, alrededor de 8% carecían de instrucción, cifra que para 1990 había descendido a cerca de 3%. Entre 1980 y 1990 aumentó constantemente el porcentaje de hombres y mujeres que completaron estudios secundarios (de 32,7% a 44,4%) y terciarios (de 2,2% a 2,9%). Las tasas de alfabetismo de adultos también son prueba fehaciente del rendimiento sostenido (94% y 96% en 1970 y 1980, respectivamente). Sin embargo, el alfabetismo funcional es motivo de preocupación cada vez mayor.

La estimación revisada de la población de mediados de 1995 es de 1.259.971 habitantes a partir de la cifra de 1.238.800 habitantes empadronados en el censo de 1990, con una tasa promedio de crecimiento anual de 1,1% en el período 1990–1994 (una baja en relación con 1,27% en el período 1985–1989). La razón hombre/mujer es de 101:100. La desaceleración del crecimiento demográfico se debe en parte a una reducción de la tasa de fecundidad total (2,4) y de la tasa bruta de natalidad (de 19,7 en 1990 a 15,8 en 1995), una tasa estable de mortalidad bruta (6,7 en 1990 y 7,1 en 1995) y una emigración estabilizada entre 1980 y 1990 (estimada en 131.918 personas).

Estas tendencias se reflejan también en una pirámide de población configurada de forma más restrictiva: 33,5% de la población es menor de 15 años y 6% mayor de 65. No obstante, con base en las tendencias actuales, se prevé que en el 2015 el grupo menor de 15 años de edad se reducirá a 23,9% y el mayor de 65 años aumentará a 7,5% de la población total. Casi 72% de la población se considera urbana.

La composición étnica de la población de Trinidad y Tabago se caracteriza por proporciones casi iguales de personas originarias de África y de la India, aproximadamente 40% en cada caso. El 20% restante está formado sobre todo por mestizos (18,5%) y menos de 2% por los demás grupos (blancos, chinos y “de otro origen”, o de origen no declarado). Hay importantes diferencias por condado: las personas originarias de África predominan en Tabago (92%) y en St. George (50%); las originarias de la India predominan en Caroni (67%) y en Victoria (62%). Entre 1980 y 1990, disminuyó la representación de cada grupo étnico, excepto del mestizo, que aumentó de 16,3% en 1980 a 18,5% en 1990, es decir, alrededor de 13%.

Mortalidad y morbilidad

Sigue aumentando la esperanza de vida al nacer; en 1990, era de 72,7 años para las mujeres y de 69,3 años para los hombres. No obstante, entre 1980 y 1990, gran parte del aumento de la esperanza de vida se registró en el grupo

menor de 15 años, con un incremento menor de 1 año en el de 65 años.

Una razón importante de la mayor esperanza de vida en general en los últimos 30 años ha sido la reducción de la mortalidad infantil de 110 por 1.000 nacidos vivos en el decenio de 1940 a 21,7 por 1.000 en el de 1980 y a 18 por 1.000 en el de 1990. Además, la tasa de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años se mantuvo bastante estable en el período 1985–1995, en cerca de 4,8 por 100.000 personas.

La mortalidad por grandes grupos de causas se clasifica de la manera siguiente (los porcentajes presentados corresponden a datos de 1994): enfermedades del aparato circulatorio (39,7%), tumores (13,4%), diabetes (12,5%), causas externas (7,3%), enfermedades transmisibles (5,6%) y ciertas afecciones originadas en el período perinatal (1,9%).

Es fácil obtener tratamiento para enfermedades comunes en una red de 101 centros de salud, 7 hospitales y cerca de 400 médicos generales que ejercen en forma privada. La atención en los centros de salud pública, incluidos los servicios de diagnóstico y suministros farmacéuticos, es gratuita en el punto de acceso. Sin embargo, dos estudios nacionales importantes, la Encuesta de Condiciones de Vida de 1992 y la Encuesta Nacional de Salud de 1995, muestran que las personas buscan atenderse en el sector privado (45% y 43%, respectivamente) o en los hospitales públicos (36% y 19%, respectivamente) mucho más que en los centros de salud pública (9% y 22%, respectivamente).

La Encuesta Nacional de Salud de 1995 se realizó como parte del trabajo previo a la ejecución del programa de reforma del sector salud. Se diseñó sobre todo para subsanar la falta de datos sobre el estado general de salud de los adultos y, por ende, se concentró en las personas mayores de 15 años. Se pretende emplear los resultados como información básica sobre las necesidades de salud, la morbilidad y las pautas de utilización de los servicios, junto con la información regular acopiada por los servicios del sector público. En la encuesta se entabló contacto con 3.240 familias, se entrevistó a 6.342 adultos y se logró una tasa de respuesta de 97,7%. Se preguntó sobre la diabetes, la hipertensión y las enfermedades del corazón solamente a las personas mayores de 35 años. Las respuestas se basaron en las enfermedades auto notificadas.

La encuesta mostró que 38% de la población declaró que tenía síntomas agudos de enfermedad, pero los efectos de los trastornos crónicos en el estado de salud y en el comportamiento en relación con esta tuvieron un alcance mucho mayor. Por ejemplo, las lesiones solo surgieron como problema grave cuando se convirtieron en una afección antigua. Al parecer, las afecciones crónicas o antiguas constituyen las mayores cargas para la salud. La encuesta de 1995 también mostró que la variable con mayor efecto en la selección del prestador de servicios de salud y en el costo de la atención era una afección crónica.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La tasa de mortalidad infantil fue de 13,8 por 1.000 nacidos vivos en 1994. Se han identificado problemas de subnotificación de defunciones infantiles, sobre todo en el período neonatal, y se han ejecutado planes para fortalecer el sistema de notificación mediante un acuerdo sobre los procedimientos de notificación de mortalidad y de nacimientos de niños con 28 semanas de gestación o más, y un mejoramiento de la información declarada en los certificados de defunción.

La puesta en práctica de la iniciativa de hospitales "amigos del niño" ha mejorado la prevalencia de la lactancia materna. En 1995, alrededor de 43% de los niños llevados a los centros de salud eran alimentados exclusivamente con el pecho materno al menos por un mes, y 25% al menos por tres meses.

Los programas de inmunización están bien organizados y sus tasas de buen resultado y cobertura son constantemente elevadas. Además, están bien supervisados y, dado el alto índice de asistencia nacional a la escuela primaria, su vinculación con los requisitos de admisión a la escuela resulta de gran utilidad. Las deserciones escolares y las oportunidades desaprovechadas suelen detectarse en esta etapa. Se aplican vacunas contra la poliomielitis y la DPT a partir de los 3 meses de edad y contra el sarampión y la fiebre amarilla, a los 2 años.

La mejora de las condiciones socioeconómicas y ambientales y del acceso a los servicios de salud infantil (gratuitos en el sector público) ha influido en el espectacular descenso de la mortalidad y la morbilidad en el grupo de 1 a 4 años de edad. En 1994, la tasa de mortalidad en este grupo fue de 4,8 por 100.000 personas. En ese año, 16,6% de las defunciones se debieron a causas externas.

Hay poca prevalencia de prácticas satisfactorias de lactancia materna en los niños menores de 1 año y se sospecha que han aumentado las zonas con malnutrición y cobertura deficiente con exámenes regulares en los niños de 2 a 5 años. Los informes de morbilidad de los dispensarios del sector público no muestran ningún cambio importante en los últimos años. Las afecciones cutáneas (32%) y las infecciones respiratorias agudas (18,8%) son los motivos más comunes de consulta a esa edad. La diarrea suele notificarse como trastorno recurrente en el sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles (15.355 casos en 1994).

Las primeras consultas de los niños de 1 a 2 años de edad a los dispensarios indican una cobertura cercana a 80% de la población objetivo, pero a los 2 años la cobertura es inferior a 50%. El número medio de consultas de niños menores de 1

año es de 4,2, suficiente para lograr una inmunización adecuada; se hacen visitas domiciliarias a 20% de los niños. En promedio, entre las edades de 1 y 4 años cada niño acude 1,7 veces a un dispensario.

En el grupo de 5 a 14 años de edad, aproximadamente 42,8% de las defunciones de varones y 22,7% de las de niñas se producen por causas externas. Los tumores malignos ocasionan 14,3% de las defunciones de varones y 11,4% de las de niñas, y las enfermedades transmisibles, 6,1% y 15,9%, respectivamente. Los niños de este grupo de edad tienen poco contacto con los servicios de salud, excepto en caso de enfermedad o vacunación.

El servicio de salud escolar no tiene recursos suficientes y actualmente es objeto de examen. En la escuela primaria se ejecutan programas para prevenir la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo de adolescentes y promover la nutrición y la actividad física. Estos programas carecen de sostenibilidad, pese a los intentos esporádicos del Departamento de Educación Sanitaria, el Ministerio de Salud y algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) por cambiar esta situación. El Ministerio de Educación, por medio de los programas de educación para la vida de familia y de otros, como el proyecto de fomento de la autoestima de los jóvenes, trabaja más en este campo en la actualidad.

La salud del adulto

El factor que más contribuye a la mortalidad de los adultos jóvenes de 15 a 24 años de edad son las causas externas, que representan 64,1% de las defunciones de hombres y 32,9% de las de mujeres. Los accidentes de tránsito de vehículos de motor, el ahogamiento, el homicidio y el suicidio contribuyen por igual a la tasa de mortalidad de los hombres en este grupo de edad. Sin embargo, el homicidio y el suicidio causan 67,8% de las defunciones de mujeres. Los tumores malignos representan 10,6% de las defunciones de hombres y 6,3% de las de mujeres.

No se dispone de informes de morbilidad en este grupo de edad. Los datos incompletos de los servicios de atención de infección por el VIH y de enfermedades de transmisión sexual indican que no se han reducido las tasas de incidencia de estas últimas. Las tasas de embarazo de adolescentes son elevadas en las zonas urbanas (13,5% de todos los partos de niños vivos y de mortinatos corresponden a adolescentes, con una tasa de fecundidad específica por edad de 45,9%). Los datos de la Unidad Nacional de Toxicomanía, basados en informes policiales y de los servicios de salud, registran crecientes tasas de uso de marihuana y cocaína en este grupo de edad.

En 1994, aproximadamente 31,2% de las defunciones de hombres de 25 a 44 años se debieron a causas externas (acci-

dentes de tránsito de vehículos de motor, 18,3%, suicidio, 24,8%, y homicidio, 31,7%). Las enfermedades del aparato circulatorio causaron 14,2% de las defunciones por causas definidas. Las principales causas de defunción de las mujeres se distribuyeron de la manera siguiente: enfermedades del aparato circulatorio (20,1%), enfermedades transmisibles (5,6%), cáncer (19,1%) y defunciones por causas externas (13,2%). La Encuesta Nacional de Salud de 1995 indicó tasas de prevalencia de discapacidad de 12,5% en los hombres y de 15,2% en las mujeres, tasas de prevalencia de diabetes e hipertensión autonotificadas de 3% y 11%, respectivamente (en el grupo de 35 a 44 años de edad), 13% de prevalencia de antecedentes de traumatismo en los hombres y 7% en las mujeres, y enfermedad mental notificada en 4,5% de los hombres y 6% de las mujeres.

Las enfermedades del aparato circulatorio dominaron el perfil de mortalidad de los adultos de edad madura (45 a 64 años de edad) en 1994 y representaron 39,8% de las defunciones de hombres y 39,5% de las de mujeres. La diabetes ocupa el segundo lugar como causa de defunción de los hombres y de las mujeres (17,0% y 21,2%, respectivamente). El cáncer es también una importante causa de defunción en este grupo de edad (20,5% en mujeres y 12,1% en hombres). Aunque las defunciones por causas externas ocurrieron en menor proporción, representaron 9,1% en hombres y 2,2% en mujeres.

La salud del adulto mayor

Aunque los adultos mayores (65 años y más) representan actualmente solo 6% de la población, la proporción va en aumento. Las principales causas de defunción en este grupo de edad son las enfermedades del aparato circulatorio (46,8% en hombres y 51,2% en mujeres), los tumores (15,4% y 11,8%, respectivamente) y la diabetes (11,7% y 14,9%, respectivamente).

En la Encuesta Nacional de Salud de 1995, 49% de las personas mayores de 65 años declararon que padecían una afección crónica que limitaba sus actividades habituales. Los datos muestran que 12% declararon que tenían dolor intenso; 33%, limitaciones en sus actividades sociales; 27%, dificultad para cargar paquetes; 12%, para caminar 9 metros; 5%, para vestirse, y 36%, para leer; 19% sufría algún problema auditivo y 23%, pérdida de la memoria o impedimentos para el aprendizaje.

La salud de la familia

La prestación de servicios de planificación familiar es compartida sobre todo por el Ministerio de Salud, como parte

de su programa de salud materno-infantil en los centros de salud y en los pabellones y clínicas de atención posnatal de los hospitales, y la Asociación de Planificación Familiar de Trinidad y Tabago, que es una ONG. Ambos organismos, con la colaboración del Ministerio de Educación, ejecutan programas focalizados de educación pública y para la vida de familia en las escuelas.

Desde 1989, se ha venido reduciendo la nueva clientela atendida en los dispensarios de la Asociación de Planificación Familiar y del Ministerio de Salud. Esta tendencia ha sido más marcada en los adultos, que constituyeron 29.805 de los nuevos pacientes atendidos en los centros de salud y dispensarios de planificación familiar en 1995, cifra casi 30% inferior a la de 1993. Son pocos los métodos anticonceptivos disponibles. El más popular sigue siendo el uso de condones, seguido de tratamientos hormonales administrados por vía oral e inyectables; el DIU no se usa mucho. Las solicitudes de esterilización a la Asociación de Planificación Familiar provienen sobre todo de mujeres, aunque se realizan algunas vasectomías. La falta de abastecimiento consecuente de anticonceptivos es un problema en los centros de salud.

La salud de los discapacitados

Según la encuesta de 1995, 22% de la población mayor de 15 años tenía algún tipo de discapacidad. Las afecciones médicas crónicas contribuyeron 40% a esta discapacidad en el grupo menor de 65 años y 60% en el de 65 años y más. La discapacidad repercute mucho en la declaración del estado de salud y en la situación laboral, el ingreso, la necesidad de atención y la utilización de los servicios de salud, así como en diversas variaciones del estado de salud. También se midieron determinadas clases de discapacidad. En toda la población se observó un alto índice de discapacidad visual que obstaculizaba la lectura (14% en los hombres y 20% en las mujeres). La discapacidad auditiva afectó a 6,3% de las mujeres y a 4,5% de los hombres. Como era de esperarse, la discapacidad en general aumentó a 50% en las personas mayores de 65 años y en forma marcada para cada tipo de afección.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles son todavía una causa importante de defunción y morbilidad en Trinidad y Tabago, y ocasionan 7% de las defunciones. Ocupan el segundo lugar entre las causas más frecuentes de internación en hospitales de atención de casos agudos (8%).

Enfermedades transmitidas por vectores. La vigilancia de las enfermedades transmitidas por mosquitos se intensificó en 1996–1997, sobre todo en lo relativo al control del dengue y del dengue hemorrágico. Se han acentuado las intervenciones comunitarias en lugar del control con insecticidas.

Aunque el dengue es transmitido por un vector, la relación de este con los depósitos de agua es un factor que contribuye a su aspecto endémico. En lo que respecta al suministro de agua potable y al tratamiento eficiente de las aguas servidas la cobertura es deficiente. La Administración de Acueductos y Alcantarillado sigue trabajando con otros organismos para mejorar esta situación, pero las soluciones están determinadas principalmente por la necesidad de invertir grandes sumas de dinero en la infraestructura nacional.

Enfermedades inmunoprevenibles. Se ofrece inmunización regular gratuita a los lactantes y niños pequeños en todos los centros de salud. De conformidad con el protocolo de la OPS, se administran antígenos en el primer año de vida. La cobertura con las vacunas DPT y antipoliomielítica (tres dosis completas) fue de 90% en 1995. Las vacunas contra la fiebre amarilla y el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR) se aplican en el segundo año de vida. En 1995, 89% de la población objetivo recibió la vacuna MMR y 83% de los niños de 1 año fueron vacunados contra la fiebre amarilla. Se aplican refuerzos según el programa establecido en todas las escuelas. Las mujeres embarazadas reciben refuerzos de toxoide tetánico, según sea necesario. La vacuna BCG no suele administrarse regularmente. En 1997 se logró una cobertura de 95% de la población objetivo (niños de 1 a 14 años) con una campaña nacional de vacunación contra el sarampión.

La hepatitis A es endémica y se presenta en brotes epidémicos de vez en cuando.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. La vigilancia de la enfermedad diarreica se ha intensificado desde 1991, cuando comenzó a reaparecer el cólera en las Américas. En 1997 se reactivó la campaña de prevención del cólera después de la identificación de nuevos casos en algunas zonas costeras cercanas de Venezuela. Trinidad y Tabago se ha mantenido exento de cólera.

Hay relativamente pocas defunciones atribuibles en forma directa al saneamiento ambiental deficiente. Sin embargo, todavía ocurren brotes de enfermedades transmisibles de vez en cuando. Aunque se ha reducido la mortalidad por diarrea, sigue habiendo una tasa constante de casos notificados. Hay prevalencia de diarrea vírica y bacteriana.

Infecciones respiratorias agudas. La influenza y la gastroenteritis son las enfermedades más frecuentemente notificadas a la Unidad Nacional de Vigilancia. Los informes de incidencia de influenza no se confirman en el laboratorio y

pueden incluir otras clases de infecciones respiratorias agudas.

Rabia. Continúa la vigilancia de la rabia transmitida por murciélagos, con participación de la unidad de salud pública veterinaria del Ministerio de Salud.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. La epidemia de sida sigue causando muertes prematuras de hombres y mujeres jóvenes (de 20 a 35 años) sexualmente activos y de los hijos de personas VIH-positivas (que representan 71%, 7% y 7,2% respectivamente, del total de defunciones por sida entre 1983 y 1995). En Trinidad y Tabago esta enfermedad tiene un patrón de transmisión heterosexual (51,9% de los casos en el período comprendido entre 1983 y 1995). Las tasas de incidencia van todavía en aumento (de 14,0 por 100.000 personas en 1990 a 27,2 por 100.000 en 1995), lo mismo que los casos VIH-positivos notificados en el laboratorio (de 31,4 por 100.000 en 1990 a 53,4 por 100.000 en 1992) y se espera que esta tendencia continúe. Los costos de hospitalización son difíciles de estimar, ya que en 1990 se atribuyeron al sida solo 1.077 días-paciente.

Es importante señalar que otras enfermedades de transmisión sexual de los adolescentes pueden registrar un aumento junto con la incidencia de infección por el VIH, lo que hace de la eficiencia del sistema de vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual un factor importante para el control del sida. Los datos inéditos del Departamento de Pediatría del Hospital General de Puerto España indican que muchas mujeres descubren que son VIH-positivas solo después que se emite el diagnóstico correspondiente a su hijo. Se estudia la posibilidad de realizar exámenes prenatales a las mujeres.

Los datos sobre enfermedades de transmisión sexual provienen de dispensarios públicos de atención de estas y, por lo general, se subnotifican. Las tasas brutas de incidencia de sífilis y gonorrea se han reducido en los últimos 10 años. Los casos de gonorrea han disminuido de 311 en 1985 a 160 en 1994 en ambos sexos. Cuando se desagregan por edad y sexo, los hombres del grupo de 15 a 24 años registran las mayores tasas. Estas cifras siguen siendo motivo de preocupación.

En 1991 hubo 1.153 internaciones por enfermedad inflamatoria de la pelvis en los hospitales de atención de casos agudos. Esta enfermedad no se notifica dentro del sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Un estudio sobre enfermedades crónicas realizado en 1990 indicó que el consumo de tabaco y alcohol, la falta de ejercicio y la malnutrición eran los factores de riesgo que más atención

necesitaban. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1995 indican que las enfermedades crónicas tienen la mayor repercusión en el sector salud al aumentar la demanda de servicios de salud y la discapacidad y afectar la posibilidad de escoger un dispensador.

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Los mejores datos disponibles sobre el estado nutricional de los niños provienen de una encuesta nacional de estudiantes ingresados a la escuela primaria en 1989–1990. Puesto que estos son los resultados de una sola encuesta, deben interpretarse con precaución. Al parecer, la desnutrición grave es rara en Trinidad y Tabago, pero algunas zonas tienen elevadas tasas de incidencia de casos moderados de retraso ponderal y estatural.

Los alimentos de que dispone la población son suficientes para atender sus necesidades básicas, con un exceso de energía (30%), proteína (60%) y grasa (50%). Falta información sobre los actuales patrones de consumo. Tres encuestas han mostrado que alrededor de 40% de las mujeres y 20% de los hombres tienen un índice de masa corporal mayor que 30. La Encuesta Nacional de Salud de 1995 indica que los pobres tienden a consumir más leche entera, menos verduras de hoja y más harina blanca. La deficiencia de hierro es todavía demasiado alta en las mujeres de edad reproductiva y en los niños pequeños.

Actualmente se planea una política nacional de nutrición concentrada en la prevención de las enfermedades no transmisibles. Según la Encuesta Nacional de Salud de 1995, 72% de los entrevistados declararon que siempre agregaban sal durante la preparación de los alimentos y 19,6%, que lo hacían a veces, lo que causa preocupación por la posibilidad de ingesta excesiva de sal.

Ha aumentado la prevalencia de diabetes mellitus (11% de la población de 35 años o más declaró que tenía diabetes) y las tasas de mortalidad se incrementaron de 48,6 por 100.000 personas en 1977 a 80,5 en 1990. Esta enfermedad ocupa los lugares segundo y tercero entre las principales causas de defunción de mujeres y hombres, respectivamente. En el estudio de enfermedades cardiovasculares de St. James se observó que los hombres de las Indias Orientales tenían mayores tasas de prevalencia (1 de 6) que las mujeres de ese mismo origen y de otros grupos étnicos (1 de 10).

Más de 90% de los diabéticos de Trinidad tienen la forma no insulino dependiente de la enfermedad. Aunque hay una marcada influencia genética, las investigaciones indican que la obesidad temprana es el factor de riesgo evitable que necesita mitigarse si se desea reducir su incidencia. Las tasas de letalidad fueron altas, según el estudio de St. James. Casi 50% de las defunciones de diabéticos ocurren antes de los 65 años. A pesar de la elevada prevalencia, los dispensarios de los hospitales y de los servicios comunitarios parecen tener una baja

proporción de diabéticos entre sus pacientes, pero ello puede deberse a la tendencia a codificar solamente la afección principal por la que buscan atención.

En la Encuesta Nacional de Salud de 1995, 80% de los diabéticos que notificaron su enfermedad dijeron que estaban muy limitados en sus actividades. La discapacidad era tres veces más común en los diabéticos que en otras personas. Además, los diabéticos tenían posibilidades 3,3 veces mayores que otras personas de haber utilizado servicios de salud y 4,2 veces mayores de haber recibido una receta en los 12 meses precedentes.

Enfermedades cardiovasculares. La enfermedad del corazón es la principal causa de defunción en Trinidad y Tabago y ocasiona más de 3.000 muertes al año. Las elevadas tasas de diabetes e hipertensión son factores contribuyentes. La prevalencia del tabaquismo es menor que en América del Norte (30% en los hombres y 7% en las mujeres, según la Encuesta Nacional de Salud de 1995), pero el número de escolares que comienzan a fumar para “experimentar” es alto.

Además de la elevada prevalencia de hipertensión y diabetes, el índice medio de masa corporal es alto y los indicadores de ejercicio regular son bajos (2% en la Encuesta Nacional de Salud de 1995).

Según la encuesta de 1995, solo 64% de los entrevistados mayores de 35 años se habían hecho tomar la tensión arterial en los últimos 12 meses y solo 16% se habían medido alguna vez el colesterol. No hay un programa nacional coordinado de prevención primaria, pero varias ONG ejecutan programas de examen con fines de prevención secundaria. Con excepción de algún financiamiento recibido de los organismos internacionales, casi todos los fondos asignados a enfermedades crónicas se destinan a tratamiento.

Tumores malignos. Desde 1987, el cáncer ocupa el segundo lugar entre las principales causas de defunción con una tasa de 94,9 por 100.000 personas en 1990. Esas tasas han aumentado desde los años sesenta. Cuando las tasas se ajustan por edad, los únicos tipos de cáncer que muestran un aumento significativo son los de próstata, mama y pulmón; se ha registrado un marcado descenso de la incidencia de cáncer del cuello del útero.

El cáncer es la principal causa de defunción de las mujeres menores de 65 años (en 1994 representó 16% del total de defunciones de las mujeres de ese grupo) por la temprana edad en que comienzan el cáncer del cuello del útero y de la mama. Han aumentado las tasas de mortalidad por cáncer de la mama (de 17,6 por 100.000 mujeres en 1990 a 19,5 en 1994) y han disminuido las de mortalidad por cáncer del cuello del útero (de 9,1 en 1990 a 7,3 en 1994). Por lo general, no se ofrecen servicios de detección del cáncer cervicouterino en los dispensarios de salud pública, pero algunas ONG, como la So-

ciudad contra el Cáncer y la Asociación de Planificación Familiar, prestan estos servicios con tarifas subvencionadas. Según la encuesta de 1995, solo 43% de las entrevistadas mayores de 35 años se habían hecho alguna vez un examen citológico vaginal de Papanicolaou, un tercio en el transcurso del último año. El Informe Nacional del Registro de Cáncer indica que se atienden más casos de tumores de la mama que del cuello del útero, aunque estos datos no se basan en la población.

En 1994, las localizaciones tumorales más comunes en los hombres fueron la próstata (34 por 100.000), el pulmón (10 por 100.000), el colon y recto (7 por 100.000) y el estómago (7 por 100.000).

Accidentes y violencia. No se puede recalcar lo suficiente la importancia de las lesiones como causa de defunción y morbilidad. Las tasas de incidencia se han incrementado desde el decenio de 1960, y todas las categorías de lesiones mostraron un aumento entre 1990 y 1992. Las lesiones son la principal causa de defunción en todos los grupos de edad hasta los 45 años, pero ocurren defunciones por esta causa en todas las edades. Las lesiones son el factor que más contribuye al número de años potenciales de vida perdidos en los hombres.

El mayor aumento se ha registrado en las tasas de homicidio, que se duplicaron entre 1990 y 1994 en hombres y mujeres. En un reciente estudio de 20 consultorios de práctica general, el traumatismo agudo fue uno de los motivos más comunes de consulta. Las estadísticas de actividad hospitalaria indican que las lesiones son también la causa de hospitalización más importante (20% de los egresos y 16,1% de los días-paciente en 1993). El suicidio ocupa el segundo lugar entre las principales causas de defunción por traumatismo y constituye un grave problema en el grupo de 15 a 24 años de edad. La ingestión de insecticida es el método más frecuente y se deben tomar medidas para controlar la disponibilidad, el almacenamiento y la distribución de estas sustancias químicas tóxicas.

Salud mental. Una parte importante de la población de Trinidad y Tabago no tiene acceso a servicios de salud mental, pese al empeño puesto en distribuir estos servicios en todo el país. Los campos problemáticos para los servicios de salud mental son las urgencias psiquiátricas, los trastornos psiquiátricos de larga data, los problemas de salud mental de los pacientes de servicios de atención primaria, ambulatorios de nivel secundario, y de internación en hospitales de atención de casos agudos, y los trastornos psiquiátricos y emocionales de los grupos expuestos a alto riesgo.

Consumo de tabaco, alcohol y drogas. En 1995, 13% de los hombres de 15 a 24 años de edad y 30% de todos los mayores de 15 años declararon que habían fumado 100 cigari-

llos o más en su vida. La prevalencia fue mayor en el grupo de 35 a 44 años (37,6%) y disminuyó en los grupos de más edad. Al parecer, el tabaquismo es mucho menor en las mujeres: 5,1% en todos los grupos mayores de 15 años de edad y 7,1% en el de 45 a 54 años. La prevalencia de tabaquismo fue mucho mayor en las familias que declararon bajos ingresos per cápita y entre los entrevistados con menor grado de escolaridad. El tabaquismo guardó una alta correlación con el sexo masculino y con el consumo semanal de 21 o más unidades de alcohol.

El Ministerio de Salud ha establecido una política de prohibición de fumar en todas las instituciones de salud apoyadas por el sector público, insta a sus organizaciones a abstenerse de usar fondos provenientes de compañías tabacaleras para patrocinar actividades de salud e informa a todos los nuevos postulantes de su política de prohibición de fumar. También ha tomado la iniciativa de formular una política de prohibición de fumar de alcance nacional.

El 80% de los hombres y el 54% de las mujeres declararon que habían consumido 12 bebidas alcohólicas o más durante su vida. Las personas con poco rendimiento escolar declararon una mayor prevalencia de consumo de alcohol. Una proporción de 10,5% de los hombres informó que consumían grandes cantidades de alcohol (al menos 21 unidades por semana); el porcentaje aumentó a 13% en la región central del país, sede de la industria azucarera.

No se hacen cumplir eficazmente las reglamentaciones para el control del consumo de alcohol. Se realizan algunas actividades de educación y promoción de la salud en las escuelas, el lugar de trabajo y la comunidad, pero distan de ser adecuadas.

No se cuenta con datos fidedignos sobre el abuso de sustancias psicoactivas, aunque hay indicios de un aumento de los delitos relacionados con el uso de drogas, posible indicador representativo del aumento del abuso de drogas ilegales (en particular la marihuana y la cocaína). El Ministerio de Salud tiene un dispensario de abuso de sustancias administrado por el Hospital Psiquiátrico de St. Ann.

Salud oral. Los servicios de salud oral se destinan principalmente a la población menor de 15 años. En el decenio de 1970 se capacitó a un cuadro de enfermeras dentales para impartir educación dental a este grupo de edad en escuelas y dispensarios. Los dispensarios dentales en las dependencias de salud ofrecen libre acceso a exámenes y tratamiento sencillo. No se han hecho estudios recientes de la salud oral de la población.

Varias administraciones han considerado la posibilidad de agregar fluoruro al agua, pero esta medida no se ha puesto en práctica hasta ahora, sobre todo por la irregularidad del abastecimiento de agua. Más bien, el Gobierno ha adoptado el uso de sal fluorurada, pero es posible que esta política nece-

site revisarse cuando se formule una política nacional de nutrición en el marco de la prevención de las enfermedades transmisibles.

Contaminación ambiental. Las instalaciones de alcantarillado construidas durante los años del auge petrolero están ahora gravemente averiadas y contaminan los ríos tributarios a lo largo de la frontera noroccidental del país, las playas y los ecosistemas del interior. Además, el sistema de distribución de agua está lleno de pérdidas. En respuesta, la Administración de Acueductos y Alcantarillado ha introducido cambios administrativos a manera de preparación para un importante proyecto de mejora de la infraestructura. La recién establecida Administración para la Ordenación del Medio Ambiente coordina las diferentes entidades que intervienen en la protección ambiental.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El esquema conceptual de macroplanificación y el marco actualizado de política de mediano plazo (1996–1998) se han mantenido relativamente estables desde 1989, a pesar de los cambios administrativos efectuados en 1991 y en 1995. El Gobierno sigue firmemente comprometido a cumplir con los principios de equidad y solidaridad social. De conformidad con estos principios, ofrece servicios gratuitos de educación pública y atención de salud en los puntos de asistencia; sostiene programas de establecimiento de redes de seguridad social destinados a los adultos mayores, las familias encabezadas por mujeres con hijos y las personas discapacitadas; mantiene programas de reducción del desempleo (sobre todo, programas de obras públicas); brinda apoyo a la función del Sistema Nacional de Seguro y a recientes programas de ayuda a los “nuevos pobres”, que incluyen el fortalecimiento de la capacidad de las ONG y del sector privado en las actividades para aliviar la pobreza; ha creado y puesto en práctica programas de adquisición de vivienda para grupos de bajos y medianos ingresos; ha establecido programas de capacitación práctica para jóvenes desempleados; respalda la nueva capacitación de trabajadores desplazados y presta apoyo económico para el desarrollo de microempresas.

Ocho ministerios ofrecen actualmente los servicios relacionados con todos estos componentes y se busca crear un marco general de política para establecer prioridades y modernizar la prestación de servicios. El Ministerio de Desarrollo Social se ha identificado como el principal organismo gubernamental y se ha puesto en práctica un programa de fortalecimiento institucional para apoyar esta nueva función.

La reforma del sector salud

El Gobierno ha abordado la primera fase del Programa de Reforma del Sector Salud 1996–2002, de carácter amplio, destinado a fortalecer la capacidad de formulación de políticas, planificación y gestión del sector salud; separar la prestación de servicios de las responsabilidades financieras y reglamentarias; redistribuir el gasto público y ayudar a dirigir el gasto privado hacia la solución de los problemas de alta prioridad de manera eficiente en relación con el costo; establecer nuevas estructuras de administración y empleo que fomenten la responsabilidad, una mayor autonomía y el uso de incentivos para mejorar la productividad y la eficiencia; y reducir la morbilidad y la mortalidad prevenibles con la promoción de cambios del modo de vida y otras intervenciones sociales.

Con el fin de alcanzar estas metas, el programa contempla la reforma del Ministerio de Salud con miras a convertirlo en un órgano de política, planificación, patrocinio y reglamentación; la delegación de la responsabilidad de la prestación y administración de los servicios sanitarios a las Administraciones Regionales de Salud (ARS), que suscribirán contratos con el Ministerio de Salud para ofrecer servicios eficaces en relación con el costo, en los que se emplearán dispensadores públicos y privados; la formulación de una estrategia de recursos humanos, lo que incluye el establecimiento de un plan de pensiones financiado para el personal de las ARS, con objeto de fomentar una combinación adecuada de conocimientos prácticos y niveles apropiados de dotación de personal; la racionalización de los servicios y la infraestructura de salud para concentrar las actividades en intervenciones efectivas en relación con el costo y de alta prioridad, que hagan hincapié en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y fortalezcan la atención primaria, y la formulación de una estrategia integral de financiamiento del sector que incluya la evaluación de las tarifas cobradas a los usuarios y un sistema nacional de seguro médico como posibles mecanismos de financiamiento.

Organización del sector salud

En 1994 se promulgó la Ley sobre Administraciones Regionales de Salud, en virtud de la cual se establecieron cinco ARS—cuatro en Trinidad y una en Tabago— como organismos legales independientes responsables ante el Ministro de Salud. Los territorios de las ARS se han delineado de modo tal que coincidan con los de los gobiernos locales (las corporaciones regionales) para asegurarse de que coordinen en forma efectiva con estos últimos la prestación de una gama de servicios de salud a las poblaciones de su zona de influencia.

La propiedad de establecimientos de salud financiados por el sector público se ha trasladado a las ARS y la ley incluye

disposiciones para que los trabajadores de los establecimientos públicos puedan trasladar su empleo a las ARS. Estas funciones serán según acuerdos anuales de servicio negociados que vinculan el nivel de gastos con la prestación de servicios; los acuerdos comenzarán a ponerse en práctica en 1998.

El Ministerio de Salud se reserva la responsabilidad de determinar el marco y las prioridades nacionales, de asegurarse de que los fondos públicos atiendan debidamente las necesidades de salud de la población y mejoren su estado de salud, y de establecer normas y vigilar su cumplimiento por las ARS y otros prestadores de servicio. El marco de política nacional, o plan de compra, se establece sobre la base de los principios de evaluación de los beneficios y necesidades de salud. Con el tiempo, el presupuesto de las ARS se canalizará hacia una asignación más equitativa según las necesidades de la población. La reforma del sector salud se concentra en las nuevas funciones del Ministerio de Salud y de las ARS y es coherente con la estrategia general del Gobierno para mejorar el desempeño del sector público, particularmente con planes para reorganizar el Ministerio de Desarrollo Social y fortalecer las iniciativas del gobierno local.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Programas de ayuda alimentaria. El Gobierno no recibe alimentos de los programas internacionales de ayuda alimentaria. Se han suprimido los subsidios públicos directos e indirectos a una amplia variedad de alimentos básicos. Se ha reorganizado el programa nacional de comedores escolares para incluir a algunos estudiantes de colegios secundarios y a un creciente número de escuelas primarias. Algunos grupos voluntarios también proporcionan alimentos a los escolares y a los necesitados. Las subvenciones para asistencia pública, las pensiones de vejez y otras subvenciones transitorias para los indigentes y necesitados ofrecen un pago mínimo en efectivo para la compra de alimentos. El Ministerio de Desarrollo Social administra estas subvenciones.

La yodación y la fluoruración de la sal y la suplementación de la harina con hierro, tiamina, riboflavina y niacina tienen por objeto corregir las carencias observadas.

Salud oral. Los servicios dentales ofrecidos gratuitamente en cerca de la mitad de los centros de salud tienen amplia distribución geográfica, pero son de alcance limitado. Los dentistas (21) brindan atención básica a los niños de edad escolar y a las mujeres embarazadas, y tratamiento paliativo a los adultos. El servicio se concentra más en extracciones que en tratamientos de restauración. Los dentistas son auxiliados por enfermeros dentales, que realizan servicios sencillos, pro-

cedimientos de restauración y profilaxis a los niños menores de 12 años, examinan a los de edad escolar e imparten enseñanzas sobre salud dental en los dispensarios y escuelas. Hay dispensarios dentales en 54 centros de salud, de los cuales 6 están localizados en Tabago.

Se prestan servicios dentales y de cirugía oral y maxilofacial en los dos hospitales generales. Desde su inauguración en 1991, el Hospital Dental del Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams ofrece servicios de atención dental completa y cobra una tarifa por cada servicio prestado. Hay dos niveles de servicios dentales en el sector privado: los prestados por profesionales y los que ofrece personal no autorizado que ejerce ilegalmente.

Servicios de salud mental. Los servicios psiquiátricos prestados por el Ministerio de Salud aún están centralizados en el único hospital psiquiátrico de importancia en el país. También se proporcionan servicios descentralizados a personas con trastornos mentales agudos internadas en los hospitales generales y de condado y en cuatro centros de atención ampliada para adultos mayores con enfermedades mentales crónicas. Los servicios psiquiátricos comunitarios están organizados por sectores geográficos y se ofrecen gratuitamente a pacientes ambulatorios en algunos centros de salud.

Los servicios comunitarios prestan atención psiquiátrica, preventiva y terapéutica a pacientes con enfermedades crónicas y agudas, a toxicómanos, y a niños y adolescentes con trastornos emocionales; los servicios también brindan atención de seguimiento a los egresados del hospital. Una unidad especializada de toxicomanía es el principal centro de tratamiento del abuso de drogas, pero hay también varios centros pequeños de terapéutica y rehabilitación mantenidos por ONG. Seis o más ONG organizan grupos de apoyo y ofrecen asesoría para prevenir episodios agudos de enfermedad mental. Un dispensario de orientación pediátrica, localizado en el Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams, que presta servicios a todo el país, hace todo lo posible para atender las necesidades de los niños que acuden en forma individual y de los que son enviados por el sistema de educación. Varios psiquiatras y psicólogos del sector privado atienden a los enfermos mentales.

Programas para personas con discapacidad. El Ministerio de Desarrollo Social tiene la responsabilidad de atender las necesidades de las personas discapacitadas. Cuatro ONG de importancia que prestan atención terapéutica e imparten enseñanzas a los niños discapacitados reciben subsidios públicos. Se prestan servicios en las regiones norte y sur de Trinidad, y en Tabago. En muy pocas de las principales escuelas primarias y secundarias se asignan maestros especiales para ayudar a los niños discapacitados. De acuerdo con algunas estimaciones, el número de niños en lista de espera

para ingresar a instituciones especiales triplica el número de plazas.

Los ciegos reciben una pensión después de los 40 años y los adultos discapacitados y que carecen de apoyo, otras subvenciones afines. Hay pocas oportunidades de empleo para las personas con discapacidad.

Detección del cáncer. La Sociedad contra el Cáncer, la Asociación de Planificación Familiar y el Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams ofrecen programas de detección del cáncer de la mama y del cuello del útero. En algunos centros de salud y clínicas ginecológicas de los hospitales públicos se toman frotis de Papanicolaou regular y gratuitamente. La Sociedad contra el Cáncer también tiene un programa de detección del cáncer de próstata. En 1996, con el apoyo del Ministerio de Salud y de la Corporación Municipal de Puerto España, la Sociedad contra el Cáncer estableció un registro nacional de esta enfermedad.

Servicios de salud ambiental. El Gobierno es el principal proveedor de servicios de salud ambiental. La Administración de Acueductos y Alcantarillado, con un cuantioso subsidio del Estado, tiene la responsabilidad legal de suministrar agua potable a la población y de recolectar y evacuar los desechos líquidos. Los servicios se proveen por una tarifa determinada. Las compañías del sector privado tienen una función limitada en la prestación de servicios de salud ambiental y sus tarifas son relativamente altas.

En las zonas urbanas, 87% de la población cuenta con conexiones domiciliarias y el 13% restante tiene acceso a fuentes públicas. Toda el agua de las zonas urbanas es clorada y se ciñe a las normas de la OMS. En las zonas rurales, 87% de la población recibe agua apta para el consumo, por cañería o por camiones cisterna. De acuerdo con una encuesta realizada en 1992, 78,5% de las familias tenían agua corriente. Sin embargo, 70,6% de estas notificaron que la semana anterior habían consumido agua de la red de suministro y 78,3%, que la almacenaban en depósitos.

Toda la población urbana cuenta con servicios adecuados de evacuación de excretas: 30% por medio de conexiones domiciliarias y 70%, de letrinas. Casi toda la población rural (97%) tiene servicios adecuados de evacuación de excretas.

Las autoridades locales proporcionan servicios ordinarios de recolección y evacuación de desechos domésticos en forma gratuita a las familias. En los asentamientos no autorizados o de ocupantes ilegales, que son inaccesibles, no existe este servicio y la basura se recoge en un sitio determinado. Otros desechos se recolectan con arreglo previo por una tarifa establecida. Las compañías privadas se dedican al retiro de desechos industriales y comerciales, pero emplean el basurero de la administración local. Algunas administraciones locales limpian los canales de desagüe y las calles.

Se hacen arreglos para la evacuación de desechos tóxicos según sea necesario en cada caso, o estos se entierran en el basurero municipal. En ambos casos existe el riesgo de que la filtración contamine el suelo y las fuentes de agua subterráneas.

La división de control de insectos vectores se encarga de la vigilancia de estos; los más importantes son los mosquitos *Aedes* y *Anopheles*.

Promoción de la salud. El Gobierno de Trinidad y Tabago ha expresado su apoyo a la estrategia de promoción de la salud mediante el respaldo a las actividades relacionadas con la Carta de Promoción de la Salud del Caribe y la participación en ellas. En 1994, una reunión nacional sobre promoción de la salud agrupó a representantes de los sectores público y privado y de las ONG, que se comprometieron a cumplir con las metas de la Carta del Caribe y recomendaron el establecimiento de un Consejo Nacional de Promoción de la Salud para vincular a todos los organismos que se ocuparan de cuestiones de salud. El concepto de promoción de la salud y las metas de la Carta del Caribe se presentaron a un grupo de organizaciones comunitarias y de ONG. En seguida se celebraron una serie de talleres regionales, en los que los participantes escogieron varios proyectos de trabajo, como la Iniciativa de las Comunidades Saludables y un plan de prevención de las enfermedades no transmisibles. La Iniciativa de las Comunidades Saludables se basa en el Programa de Ciudades Saludables de la OMS y dependerá de la cooperación entre las ARS, las corporaciones municipales y la comunidad. Como parte de la reforma del sector salud, la División de Educación Sanitaria está vinculada ahora a la planeación en la nueva Dirección de Política, Planificación y Promoción de la Salud.

Participación social y comunitaria. Hay actividades en marcha orientadas a ampliar la capacidad de las ONG para prestar servicios y fortalecer su relación con los organismos gubernamentales. Se espera también que la regionalización propuesta cree una asociación más estrecha entre la comunidad y los servicios de salud.

En lo que respecta a la atención primaria de salud, las propuestas de reforma discutidas por las ONG y el Ministerio de Desarrollo Social incluyen la formulación de una estrategia de atención de los adultos mayores y los discapacitados dentro de la comunidad. Se cree que muchos de los ocupantes de las camas de hospital no tienen una verdadera necesidad de cuidados clínicos y estarían mejor atendidos por servicios en el medio comunitario. Se acordó que el Gobierno debería tener un órgano rector para fijar normas y monitorear a las ONG, y que el Ministerio de Desarrollo Social asumiría esta función con apoyo del Ministerio de Salud.

Las ARS pueden usar los recursos comunitarios al máximo, puesto que están en libertad de comprar servicios fuera

del sector público. Se trata de un importante instrumento, en tanto que el Gobierno busca un uso más eficiente de los recursos existentes.

La División de Educación Sanitaria apoya al Ministerio de Salud en la divulgación de información, y se realizan diversas actividades en colaboración con la comunidad, como el programa de información sobre el cólera, el de promoción de la lactancia materna y la iniciativa de comunidades saludables. Dentro del alcance de la reforma, se estima que la División cumple una función clave en la promoción de la salud.

Preparativos para situaciones de desastre. El sistema de socorro en situaciones de emergencia sigue básicamente igual, aunque se han modernizado ciertos aspectos. El Organismo Nacional de Administración de Situaciones de Emergencia tiene un coordinador de dedicación exclusiva y un comité que representa a muchos organismos gubernamentales y no gubernamentales y se encarga de elaborar el plan nacional de preparativos y socorro para emergencias. Se han trazado mapas de riesgo que han sido distribuidos a muchas organizaciones comunitarias y se ha preparado un manual que enumera los recursos accesibles durante un desastre.

El Ministerio de Salud tiene su propio coordinador en este campo y se han emprendido actividades en lo que respecta a la sensibilización, la capacitación, el análisis de vulnerabilidad y la preparación de planes de desastre para el sector salud. Se presta apoyo a cada ARS en la preparación de sus planes para situaciones de desastre. Este arreglo reviste particular importancia para las ARS del centro y sudoeste del país, ya que en su ámbito se encuentran el aeropuerto, el parque industrial Point Lisas y varios sitios de refinerías de petróleo. Se han hecho varios simulacros, y se señaló que el transporte y las comunicaciones representan posibles problemas en caso de desastre.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Los sectores público y privado prestan servicios de atención a las personas; las ONG, las sociedades industriales y los servicios de seguridad nacional también ofrecen algunos. Se brinda atención pública en instituciones localizadas en todo el país. La atención secundaria y terciaria se concentra en un hospital general de Puerto España y en uno de San Fernando (1.245 camas), en dos hospitales del condado de Trinidad (111 camas) y en uno de Tabago (96 camas). Varios hospitales y unidades especializados también brindan servicios de atención materna, psiquiatría, enfermedades torácicas, abuso de sustancias, geriatría, oncología y fisioterapia, con un total de 1.513 camas suplementarias (el hospital psiquiátrico es el más grande, con 1.060 camas). Hay una amplia gama de servicios de diagnóstico en los dos hospitales generales.

La atención primaria de salud se presta en 101 centros de salud, 19 de los cuales están localizados en Tabago. El número de centros de salud por ARS en Trinidad varía de 16 en la ARS oriental a 30 en la central. La proporción de habitantes por centro de salud varía de menos de 3.000 por centro en Tabago a más de 21.000 en St. George Occidental.

Se presta atención hospitalaria y ambulatoria gratis en las instituciones financiadas con fondos públicos actualmente administradas por las ARS. Se ha establecido una tarifa mínima para ciertos procedimientos de diagnóstico, pero en la actualidad no existe un sistema oficial de cobro a los usuarios, excepto en el Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams, donde se fijan honorarios por cada servicio prestado.

Los médicos generales que ejercen en forma particular, los especialistas, los laboratorios de diagnóstico y los hospitales se encuentran dispersos por las dos islas, a pesar de estar agrupados en las ciudades y poblados de mayor tamaño. De los 33 hospitales privados inscritos en la Junta de Hospitales Privados, 13 tienen quirófanos y ofrecen algunos servicios de diagnóstico. Según se informa, alrededor de 45% de la población prefiere usar servicios del sector privado, particularmente ambulatorios; sin embargo, la atención de pacientes internados en el sector privado es costosa y la gama de servicios de urgencia, limitada.

Las ONG ofrecen servicios de diagnóstico y de exámenes exploratorios para la detección y el tratamiento precoces de determinadas enfermedades y discapacidades prevalentes. Las tarifas cobradas por los servicios son modestas, pero como la mayoría de las ONG están localizadas en las ciudades (por ejemplo, se realizan frotis de Papanicolaou en la Asociación de Planificación Familiar), el costo del transporte puede desalentar la utilización de los servicios por las personas desfavorecidas residentes en zonas remotas.

Las grandes empresas comerciales ofrecen servicios de salud a sus empleados, ya sea en forma directa o por medio de servicios especialmente contratados o de programas de seguro colectivo. Los familiares a cargo están incluidos en las prestaciones y hay un plan que cubre a los jubilados. Los servicios de seguridad nacional prestan atención primaria a su personal directivo y de apoyo, y en algunos programas se incluye a los familiares a cargo. La atención secundaria o terciaria para los agentes del servicio de seguridad se busca primero en los hospitales de la ARS. Se estima que menos de 10% de la población empleada está cubierta por seguro médico.

Los sistemas de referencia dentro del sector público y entre los sectores público y privado no están bien establecidos y más de 50% de las internaciones en los departamentos de urgencia de los hospitales son de personas que acuden por su cuenta. El Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams es el primer hospital del país administrado por una junta respon-

sable ante el Ministro de Salud. La atención primaria (consulta externa), secundaria y terciaria de salud —tanto de pacientes internados como ambulatorios— se presta en escala limitada, pues todavía se trabaja en la puesta en marcha del hospital. Los servicios de diagnóstico funcionan casi a plena capacidad y el laboratorio de cardiología, instalado en 1992, está actualmente en funcionamiento. El Ministerio de Salud otorga un cuantioso subsidio al hospital, pero este le cobra por los pacientes enviados por instituciones públicas. El Complejo es administrado ahora por la ARS central. El programa de reforma del sector salud ha proyectado los recursos ordinarios y de capital para su nueva función de hospital de atención secundaria para la población de la ARS central y como centro nacional de atención terciaria. El asunto del financiamiento se resolverá dentro de la estrategia general pertinente del sector de salud pública.

Se observó un aumento progresivo del número anual de egresos hospitalarios en el período comprendido entre 1990 y 1994, que alcanzó un máximo en ambos hospitales en 1994: 66.187 en Puerto España y 51.185 en San Fernando. Desde entonces, se ha reducido a 65.580 y 44.767, respectivamente, en 1995, y a 59.350 y 47.873, respectivamente, en 1996. Se ha observado una tendencia similar en Tabago, donde los egresos ascendieron a un promedio anual de 4.822 en los años citados.

La estancia promedio en los hospitales generales es de tres a cuatro días y los porcentajes promedio de ocupación son de 63% a 70%, excepto en el hospital general de San Fernando, que mantuvo una tasa de ocupación de camas superior a 80% en 1995 y 1996. Las tasas de ocupación de los hospitales más pequeños variaron pero, por lo general, fueron inferiores a 30% y la estancia superó al promedio (varió de 7 a 35 días en los pabellones de atención médica). Con excepción del hospital de Point Fortin en la ARS suroccidental, en 1995 se cerraron todos esos pequeños hospitales, en espera de su reemplazo por los nuevos Servicios Distritales de Salud.

Los hospitales generales brindan servicios de consulta externa en la mayoría de las especialidades y subespecialidades y los tres hospitales de condado ofrecen esas consultas en las especialidades más importantes. Además, se atienden consultas médicas generales en los centros de atención primaria en días designados.

En el período comprendido entre 1994 y 1996 disminuyó el número de consultas iniciales y ulteriores a los centros de salud y en 1996 hubo 108.068 consultas iniciales de atención médica general y un total de 491.681 consultas, incluidos los servicios de salud infantil. Esto es compatible con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1995, que muestran que las personas prefieren recibir atención médica de dispensadores particulares o del departamento de urgencias de los hospitales. No se dispone de cifras sobre servicios de consulta externa y diagnóstico en el sector privado.

El Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams, los dos hospitales generales, los tres hospitales regionales más pequeños y el sector privado ofrecen servicios de laboratorio de patología, bioquímica y hematología.

Más de 50% de las mujeres embarazadas reciben atención prenatal gratuita en los centros de salud. Son examinadas por una partera en cada consulta y por un médico por lo menos dos veces durante el embarazo. Este sistema facilita el envío de mujeres con complicaciones (alrededor de 19% de las pacientes) a clínicas de especialistas de seis hospitales. El protocolo de atención prenatal establecido en los centros de salud incluye exámenes de anemia, VDRL y diabetes e inmunización contra el tétanos. Se recomiendan suplementos de hierro y ácido fólico a las mujeres embarazadas, pero no suelen suministrarse gratis en los centros de salud ni en el hospital.

Alrededor de 90% de los partos se atienden en instituciones públicas, donde hay instalaciones para práctica de cesáreas, transfusiones de sangre y atención neonatal de casos agudos de enfermedad. El otro 10% se atiende en hospitales particulares y casas de parto (la mayoría de las cuales tienen servicios para la práctica de cesáreas) y unos pocos en la casa y en “otros lugares”. Casi 90% de los partos son supervisados por parteras y el 10% restante, por un médico u “otras personas”. Solo alrededor de 10% de las madres utilizan los servicios de atención posnatal en los centros de salud.

Insumos para la salud

El deterioro de la infraestructura física, incluso del equipo, es motivo de particular preocupación para el Ministerio de Salud y las nuevas ARS. La falta de sistemas permanentes de prevención y mantenimiento regular, de conocimientos prácticos y de presupuesto no se limita al Ministerio de Salud, sino que predomina en todo el sector público.

Para abordar el asunto de la sostenibilidad de la inversión en la infraestructura física, se estableció un Plan Nacional de Servicios de Salud durante la fase de diseño del programa de reforma del sector salud. El plan guiará la inversión en infraestructura y, en gran medida, el desarrollo de recursos humanos necesario para alcanzar el nuevo grado de importancia dada a la atención primaria y preventiva.

Según el Plan Nacional de Servicios de Salud, los elementos esenciales de la actividad de racionalización de los servicios de atención primaria comprenden el fortalecimiento de la red de instalaciones existentes mediante la mejora de algunos centros de salud, la construcción de nuevos servicios ambulatorios y de mejores centros de salud con algunos servicios especializados y de diagnóstico, y la conversión del resto de los dispensarios en centros de extensión que ofrecerán servicios preventivos.

También se planea disminuir el número de hospitales de atención de casos agudos (de 13 a 5) y las camas de los hospitales (reducción de 800 camas para el 2002); aumentar la capacidad de los hospitales para ofrecer servicios ambulatorios y de diagnóstico, y mejorar las instalaciones de internación en armonía con la racionalización de los servicios terciarios. Cuando el Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams entre plenamente en servicio tendrá un centro nacional de tratamiento del cáncer donde se ofrecerá radioterapia y quimioterapia (después del traslado del Centro Nacional de Radioterapia del Complejo Médico de St. James, que se efectuará en 1999). Se estudia la posibilidad de cambiar la atención hospitalaria de los adultos mayores y discapacitados por la atención en un establecimiento comunitario privado o de propiedad de una ONG. Por último, se introducirá un sistema de transporte de urgencia para mejorar la integración de la red racionalizada de instalaciones de salud y el acceso a ella.

Servicios de medicamentos esenciales y transfusión de sangre. El Ministerio de Salud ha elaborado políticas nacionales de medicamentos en las que se aborda la provisión de fármacos inocuos y eficaces a quienes los necesiten. Las actividades de introducción de los conceptos de prescripción racional de medicamentos en el sector público se iniciaron en 1990, con la intención de partir de la base del uso de la lista central de fármacos esenciales y de otros para administrar la selección y adquisición de estos para el sector público. Se trata de crear otros métodos de estimación de los requisitos en materia de medicamentos y de normalizar los protocolos de tratamiento, comenzando con las enfermedades y afecciones más comunes.

En 1992, se contrató un órgano legal para efectos de adquisición, logística y distribución de medicamentos para el sector público. En general, el resultado ha sido favorable a pesar de la devaluación de la moneda de Trinidad y Tabago. Se han introducido sistemas automatizados de administración de inventario y dispensación de fármacos en todos los hospitales importantes y el sistema se vinculará próximamente con un servicio de suministro central. En 1994 se elaboró un Formulario Nacional de Medicamentos para el sector público, que habrá de contribuir mucho al conocimiento de las opciones posibles, los costos del tratamiento y, quizás, a la necesidad de seguir mejores prácticas de prescripción racional de medicamentos.

Los servicios de transfusión de sangre están centralizados y una unidad nacional en pleno funcionamiento se encarga de establecer las normas para la recolección y distribución de hemoderivados. Todas las donaciones de sangre son voluntarias y la sangre recolectada se somete a exámenes de detección de los virus de la hepatitis B, HTLV 1 y VIH.

Recursos humanos

Son pocos los datos fidedignos y útiles sobre los recursos humanos utilizables para planear y proyectar las necesidades de personal porque el Ministerio de Salud no almacena datos por categoría de personal ni lugar de trabajo. No hay datos fidedignos disponibles para los profesionales del sector privado ni para los dispensadores de servicios de medicina tradicional o no médicos.

En la actualidad hay cerca de 1 médico por 1.200 habitantes en Trinidad y Tabago, cifra considerada aceptable según las normas internacionales. No obstante, todavía hay escasez de personal subalterno, funcionarios de planta e internos en los servicios hospitalarios. Ante esta situación, se ha contratado a personal extranjero para ocupar dichos cargos. Se estimó que en 1993 trabajaban en el sector público aproximadamente 150 médicos extranjeros.

La situación de los dentistas es similar a la de los médicos. La actual razón dentista/habitante es satisfactoria según las normas internacionales. En 1994 egresaron 20 alumnos de la nueva Facultad de Odontología del Complejo de Ciencias Médicas y en 1995, 25.

Trinidad y Tabago sigue sufriendo escasez de personal de enfermería, pese a haber mayor disponibilidad. La capacitación de este personal se reinició en 1989 y los nuevos enfermeros ingresaron al sistema desde 1992. Se han fortalecido los cursos posbásicos y se ha canalizado un monto importante del presupuesto de capacitación hacia la formación de enfermeros especializados, en campos tales como los de educación en enfermería, administración, cuidados intensivos, oncología y salud ocupacional.

Hay muchas vacantes en el nivel de atención primaria como resultado de las restricciones en cuanto a capacitación, contratación e idoneidad. El fortalecimiento del sistema de atención primaria exige un aumento significativo de la dotación de personal de enfermería. Se han identificado campos de escasez crítica en las profesiones afines a la de medicina, tales como dietética y nutrición, radiología, fisioterapia, terapia ocupacional y farmacología. Cada campo exige una evaluación detallada de la actual organización y prestación de servicios para determinar a qué otras clases de dispensadores se puede adiestrar y para elaborar y ejecutar programas de capacitación.

Formación del personal de salud. La formación de personal de salud, excepto en enfermería básica y de pregrado, se centra en el Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams. Hay programas de formación de pregrado y posgrado para médicos, dentistas y veterinarios. La Facultad de Medicina de la Universidad de las Indias Occidentales, recién inaugurada, graduó a la primera promoción de médicos en 1994. La mayoría de los estudiantes son naturales de Trinidad, pero muchos provienen de otros países del Caribe y de otras regiones.

La responsabilidad de la formación en enfermería se ha trasladado del Ministerio de Salud a la Facultad de Enfermería del Instituto Nacional de Educación Superior, Investigación, Ciencia y Tecnología. La Facultad de Ciencias de la Salud también ofrece programas de formación de técnicos de radiografía, técnicos de laboratorio y otros profesionales de campos afines al de la salud, así como programas de educación continua. Se ofrece formación para farmacéuticos, inspectores de salud pública y enfermeras comunitarias (visitadoras de salud y enfermeras de distrito) como parte del programa de estudios continuos de la Universidad de las Indias Occidentales.

Investigación y tecnología en salud

De conformidad con el programa de reforma del sector salud, el Ministerio de Salud ha emprendido investigaciones sobre sistemas de atención conducentes a un análisis detallado de las estrategias y políticas nacionales. La metodología se oficializará bajo la supervisión del nuevo Departamento de Política, Planificación y Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, que se encargará de producir la información necesaria para identificar prioridades y servicios de planificación. También se establecerá una función de investigación y desarrollo que comprenderá evaluación de tecnología.

El Instituto Nacional de Educación Superior, Investigación y Tecnología tiene el mandato de formular una política para la introducción de nueva tecnología a Trinidad y Tabago. En 1996 se elaboró una política preliminar cuya versión final se esperaba para 1997.

En 1996 se estableció el Comité Nacional de Investigaciones Esenciales en Salud para crear un sistema de coordinación de las investigaciones de salud en el país. Su primer mandato es elaborar una política nacional de investigaciones esenciales en salud que deberá ser ratificada. Está formado por profesionales de los sectores público y privado y es plenamente reconocido por el Ministerio de Salud.

Gasto y financiamiento sectorial

En el período 1981–1992, el gasto del sector público en salud tuvo una importante reducción, al variar de un máximo de TT\$ 677 per cápita (en dólares constantes de 1985) en 1982 a un mínimo de TT\$ 250 en 1989; en 1992 aumentó a TT\$ 256. En el período 1981–1986, el gasto real per cápita anual, en dólares constantes de 1985, fue de TT\$ 528 en comparación con TT\$ 279 en el período 1987–1992. Cabe señalar que las medidas de ajuste estructural trajeron como consecuencia la devaluación del dólar de Trinidad y Tabago en 1985, 1988 y 1993.

En lo que respecta al gasto ordinario, si bien fue de aproximadamente TT\$ 3.600 millones en el período 1981–1986, solo

llegó a TT\$ 2.300 millones en el período 1987–1992. Esta baja fue causada sobre todo por la recesión económica general, la reducción de las medidas de compensación tomadas por el sector público y el aumento del número de vacantes en el Ministerio de Salud, particularmente en el campo de la enfermería.

El gasto de capital se redujo mucho durante el período 1988–1992 y la mayor parte se destinó a la construcción del Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams (84%). Casi la totalidad del gasto de capital restante se canalizó hacia otros hospitales y menos de 1% hacia los servicios de salud comunitarios.

El patrón de asignación presupuestaria para el gasto ordinario muestra que la mayor parte de este corresponde a personal (73%) y a bienes y servicios (19%). El gasto en personal se canalizó principalmente hacia los hospitales y laboratorios (75%) y solo 9% hacia los servicios de salud comunitarios o locales. Hay variaciones presupuestarias en los diferentes programas y divisiones y el componente de personal representa hasta 90% en algunas zonas.

Aunque gran parte de la atención suele concentrarse en el gasto del sector público, en los estudios del Plan Nacional de Seguro Médico se estima que se gasta una cantidad casi igual en el sector privado. Como menos de 10% de la población está amparada por seguro médico, es difícil determinar el monto exacto del gasto del sector privado. Estos estudios, basados en una pequeña encuesta de los reclamos presentados a las compañías de seguro y en la extrapolación de datos cualitativos, indican que el gasto total en servicios de atención de salud en Trinidad y Tabago como porcentaje del PIB es aproximadamente de 4,7%, con un total de TT\$ 1.100 millones en 1993—2,4% y 2,3% del gasto de los sectores público y privado, respectivamente—. Se consideró que las estimaciones de los desembolsos del sector privado son conservadoras.

Cooperación técnica y financiera externa

Como país de medianos ingresos, Trinidad y Tabago no reúne los requisitos para recibir mucha asistencia de donantes. Los principales aportes provienen de la OPS, el PNUD y, en 1993–1995, del BID, para estudios de diseño de la reforma del sector salud, por un total de US\$ 5,2 millones. Aunque el porcentaje de asistencia es pequeño (alrededor de 1% a 2%), tiene un gran efecto porque suele proporcionarse en un campo prioritario señalado por el Gobierno y en forma de cooperación técnica o servicios de consulta. De otra forma, el Gobierno de Trinidad y Tabago no podría acceder a muchos de esos servicios por la falta de flexibilidad del reglamento financiero nacional. En el futuro, cuando la reforma del sistema acabe con esta inflexibilidad, el Ministerio de Salud y las ARS necesitarán establecer nuevos sistemas de consecución, asignación y uso de fondos de cooperación técnica.