

JAMAICA



Fuentes: Second Administrative Level Boundaries Dataset (SALB), que forma parte de la base de datos geográfica de las Naciones Unidas, disponible en: http://www.who.int/whosis/database/gis/salb/salb_home.htm, y la base de datos Digital Chart of the World (DCW), disponible en: <http://www.maproom.psu.edu/dcw/>. Las fronteras y nombres que se incluyen en este mapa tienen el propósito exclusivo de ilustración, y no implican juicio alguno, ni aval o aceptación por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud.

Jamaica, con una superficie de 11.424 km², es la isla de habla inglesa más grande del mar Caribe. Se encuentra a 150 km al sur de Cuba y a 160 km al oeste de Haití. El país está dividido en 14 condados. La ciudad más grande es Kingston, capital del país, en la costa sudeste. Otros centros urbanos importantes son Spanish Town, Portmore y Montego Bay. En 2005, la población estimada era de 2.651.000 habitantes.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

Desde su independencia de Gran Bretaña en 1962, Jamaica es una democracia constitucional estable en la Comunidad de Naciones. La forma de gobierno es un sistema parlamentario basado en el modelo de Westminster/Whitehall y en una legislatura bicameral. El Gabinete de Ministros constituye la rama ejecutiva del gobierno y está encabezado por el Primer Ministro.

Durante 2005, la economía jamaicana alcanzó su séptimo año consecutivo de crecimiento real del PIB (1,4%) (1). Dicha economía depende en gran medida de los servicios (71% del PIB) y proviene en su mayoría de las divisas del turismo, las remesas de dinero, la explotación de bauxita y la producción de alúmina. No obstante, un estudio a cargo del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (2) demostró que el desembolso derivado del turismo que permanece en el país después de considerar los impuestos, las ganancias y los salarios que se pagan fuera de la región y después de comprar los bienes importados, era de 40%. La economía enfrenta serios problemas a largo plazo: tasas de interés elevadas, el aumento de la competencia extranjera, una tasa de cambio bajo presión, un considerable déficit de la balanza comercial, desempleo a gran escala y una creciente deuda extranjera. Entre junio de 2001 y septiembre de 2005, la tasa de cambio aumentó de J\$ 45,7 = US\$ 1 a J\$ 62,5 = US\$ 1. El gobierno se enfrentó al difícil desafío de alcanzar cierta disciplina fiscal para continuar los pagos de la deuda y, simultáneamente, contrarrestar un problema de delincuencia grave y progresivo, que entorpece el crecimiento económico. Los intentos del gobierno de controlar el déficit presupuestario fueron desarticulados por el huracán Iván que, en septiembre de 2004, ocasionó daños por un total de US\$ 599 millones (3); en tanto que en 2005, pese a los huracanes Dennis y Emily, que causaron daños a los activos productivos y a la infraestructura por un total aproximado de US\$ 96,9 millones (1), se alcanzó un crecimiento real del PIB del 1,4%. La tormenta tropical Wilma en 2005 causó

daños adicionales a la agricultura, la silvicultura y la pesca por un total de US\$ 7,3 millones.

De acuerdo con la Encuesta sobre las Condiciones de Vida que realizó el Instituto de Planificación de Jamaica (4) en 2003, la tasa de pobreza se mantuvo en 19,1%. La encuesta determinó que la línea de pobreza era J\$ 63.717,17 por año para un individuo y J\$ 240.816,57 por año para una familia de cinco. La incidencia por región reveló niveles elevados de pobreza en las zonas rurales (24,2%), mientras que otras ciudades tuvieron el segundo nivel más alto, de 15,8%, seguidas por el área metropolitana de Kingston con un 9,5%. Según el informe de 2004 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que preparó el Instituto de Planificación de Jamaica (5), la mitad de los pobres del país eran niños menores de 18 años y el 10% eran adultos. Dos tercios de todos los hogares encabezados por mujeres vivían en o por debajo de la línea de pobreza. A pesar de las tasas más bajas de pobreza en los centros urbanos, en algunas áreas dentro de las ciudades, la pobreza fue extrema.

La tasa de empleo de 2005 fue del 63,9%, con una tasa de participación de hombres del 72,9% y una tasa de participación de mujeres del 55,4%. La tasa promedio de desempleo para ese año fue del 11,7%, un porcentaje inferior en comparación con el 15,5% de 2000. La desagregación por género mostró que la tasa de desempleo de las mujeres (15,8%) seguía siendo más de dos veces la tasa de los hombres (7,6%) (1, 6).

En 2005, la tasa de alfabetización para la población de 15 años en adelante se mantuvo en 88,7% (85% para los hombres y 92,3% para las mujeres). Antes del comienzo de la última década, Jamaica logró el acceso universal a la educación primaria (ODM 2). La tasa bruta de matriculación en las escuelas primarias públicas para el período 2004–2005 fue del 96%, con una tasa de asistencia total estimada del 75,8% (1). La matriculación de estudiantes en las escuelas secundarias públicas para el mismo ciclo lectivo fue del 86,2%. Los hombres mostraron niveles de logro educativo significativamente inferiores a las mujeres, y esta brecha se amplía en el nivel terciario (7). La mayor cantidad de logros educativos de las mujeres se traduce en un número más elevado de

mujeres calificadas y con mejores perspectivas para aprovechar las oportunidades económicas (8). Pese a las tasas de desempleo más elevadas entre las mujeres respecto de la población en general, el número de mujeres en el Parlamento aumentó un 50% entre 1990 y 2004. En 2006, tres de los 14 Ministros del Gabinete eran mujeres, incluida la Primera Ministra.

La proximidad geográfica de Jamaica a América del Norte y América del Sur ubica a la isla en una posición estratégica en relación con el tráfico internacional de la droga y la actividad económica clandestina basada en el comercio de mercancías ilegales (9). En 2004, el 45,4% de las 4.240 deportaciones que se hicieron a la isla (en su mayoría de Estados Unidos, Gran Bretaña y Canadá) se debieron a delitos relacionados con drogas. La mitad de las personas deportadas tenían entre 16 y 25 años (6). El número de deportados aumentó en forma constante de 2.529 en 2001 a 4.240 en 2004. Las mujeres son desproporcionadamente utilizadas como mensajeras de drogas y muchas terminan encarceladas en Jamaica o el extranjero.

La violencia alcanzó proporciones epidémicas, con una tasa de homicidio de 63 por 100.000 personas en 2005, en comparación con la tasa de 39,8 de 2002. El incremento afectó a todos los grupos de edad. La tasa de homicidio para los hombres fue aproximadamente ocho veces la registrada para las mujeres y, en 2002, el homicidio fue la principal causa de muerte para los hombres. Conforme al Libro Verde del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (revisado en 2006) (10), la alta incidencia de homicidios y de casos de violencia se atribuye principalmente a la violencia doméstica, los conflictos relacionados con drogas y pandillas, las represalias y los linchamientos, el tribalismo político y una fisura del orden social.

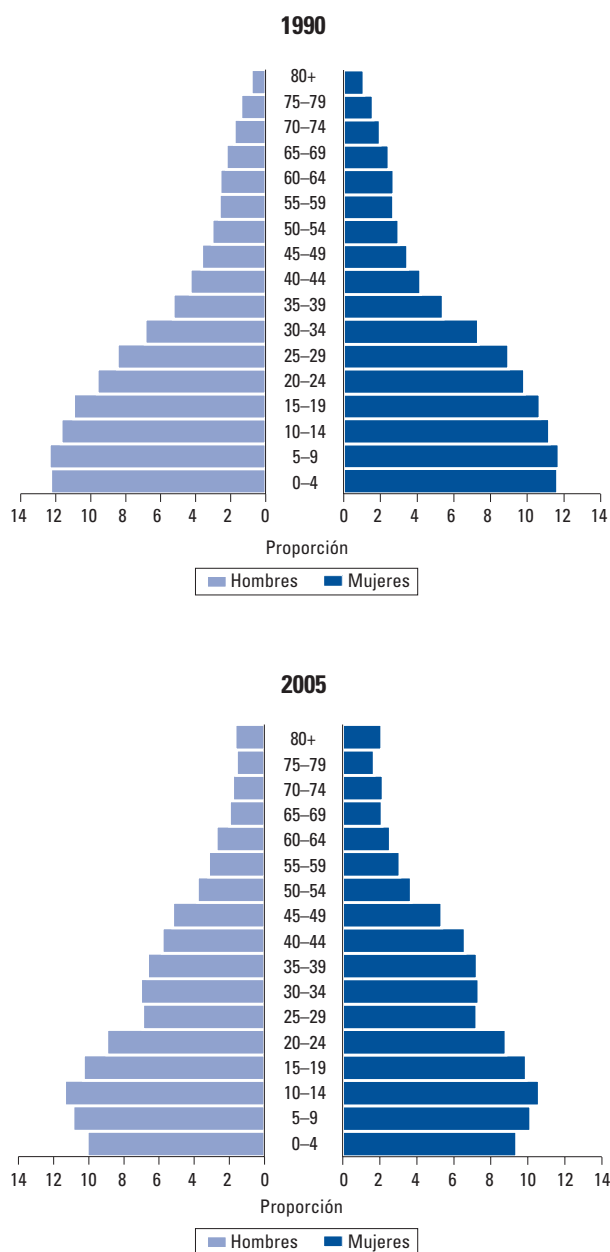
En 2004, como consecuencia de la agitación política en Haití, muchos haitianos llegaron en bote a Jamaica en sucesivas olas, sumando un total de 881 personas para 2005.

En 2004, el 68,2% de la población tenía acceso a agua segura transportada a través de las tuberías de las instalaciones y el 9,5% a agua segura proveniente de fuentes de agua (el 29,6% de este último grupo debía caminar una distancia de 460 metros). El 22,3% restante de la población obtenía agua de pozos, ríos o camiones cisterna (el 36,1% debía caminar una distancia superior a 460 metros). Con relación al saneamiento, el 21,9% de los hogares jamaicanos tenía sanitarios con conexión cloacal, el 41,9% tenía sanitarios sin conexión cloacal y el 36,1% usaba letrinas (11).

Demografía, mortalidad y morbilidad

En 2005, los hombres representaban el 49,3% de la población total estimada de 2.651.000 habitantes y las mujeres el 50,7%. El último censo del país (2001) (12) determinó que el 52,0% de la población era urbana, lo que implica un aumento del 2% respecto del censo anterior (1991). La isla se halla en una etapa avanzada de transición demográfica, según lo refleja la disminución en el grupo de 0 a 14 años y el aumento de la población en edad de tra-

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Jamaica, 1990 y 2005.



bajar (de 15 a 64 años) y en el grupo de adultos dependientes (65 años en adelante). La figura 1 muestra la distribución de la población del país por edad y por sexo para 1990 y 2005.

Los altos niveles de emigración (17.900 en 2004) siguen ejerciendo un impacto sobre la vida familiar, según lo evidencia el fenómeno de los “barrel children” o niños de encomienda (niños que son abandonados por sus padres para que se críen a sí mismos o para que los críen familiares); sobre el mercado laboral, a

través del llamado “éxodo intelectual” o emigración de adultos cultos, calificados y con ingresos elevados; sobre las remesas de dinero, un factor importante que contribuye con las ganancias de divisas, y sobre la población y la estructura, a través de tasas netas bajas de aumento de la población. La razón de dependencia por la edad disminuyó del 82,8% en 1982 al 73,9% en 1991, luego al 73,1% en 2001 y al 61,5% en 2004 (13); se proyecta una disminución sostenida para los años venideros (6). El envejecimiento de la población jamaicana tiene repercusiones en la prevalencia y tratamiento de las enfermedades crónicas y en la utilización de los servicios de atención de salud.

Según la Encuesta Económica y Social de 2005 (1), la esperanza de vida al nacer era de 73,3 años, y la brecha entre hombres y mujeres era de 4,1 años (70,9 para los hombres y 75,0 para las mujeres). Las tasas totales de fecundidad disminuyeron de 2,8 en 1997 a 2,5 en 2002, y las tasas de natalidad bruta disminuyeron de 20,6 por 1.000 habitantes en 2001 a 17,6 en 2004. Estas últimas mostraron una fluctuación moderada de 6,2 por 1.000 habitantes en 2001 a 6,0 en 2004, y la emigración neta registrada se mantuvo elevada en 17.900 en 2004. La tasa anual de crecimiento poblacional fue del 0,6% en 2001 y el 0,5% en 2005.

Las tasas de mortalidad, que se calculan a partir de los Informes de estadística vital del Departamento del Registrador General, tienen una utilidad y una interpretación limitadas debido a dificultades asociadas con el proceso de registro. Un estudio realizado (14) demostró que el 89% de las defunciones registradas en 1998 ocurrieron en ese año, el 4% ocurrieron el año anterior y el 6% dos o más años antes de su registro. En 1998, solo se registraron el 49% de las muertes fetales y el 64% de las muertes infantiles, comparado con el 96% de las muertes de adultos de 60 años o más. Además, el 38% de las muertes por causas externas no se registraron. Los datos de la policía de Jamaica respecto de los asaltos y los accidentes de tráfico y los datos de la Unidad de Vigilancia Nacional del Ministerio de Salud respecto de la enfermedad del VIH fueron sustituidos por los registros del Registrador General a los efectos de establecer las principales causas de muerte (Cuadro 1).

Cuando los datos se analizan por género, se advierte una serie de diferencias. Las neoplasias malignas, en conjunto, son la principal causa de muerte para hombres y mujeres, y la tasa de los hombres es 1,4 veces más alta que la de las mujeres. Cuando se las divide por tipo de cáncer, el orden de las 10 causas de muerte cambia significativamente, al aparecer el cáncer de próstata para los hombres, con un aumento de 29,3 por 100.000 habitantes en 1999 a 40,5 en 2002, y el cáncer de mama y de cuello uterino para las mujeres; en el caso de este último, debido a esfuerzos insuficientes de tamizaje. Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el primer puesto como causa de muerte entre las mujeres y el segundo entre los hombres. La tasa de defunción por diabetes mellitus es 1,6 veces más alta para las mujeres que para los hombres. Los hombres tienen un riesgo mucho más elevado de morir como resultado de un homicidio o un accidente de tráfico que las mu-

CUADRO 1. Diez causas principales de muerte, Jamaica, 2002.

Causa	Cantidad total	Razón por 100.000 habitantes
Neoplasias malignas	2.686	102,3
Enfermedades cerebrovasculares	1.905	72,6
Cardiopatías	1.774	67,6
Diabetes mellitus	1.477	56,3
Asalto (homicidio) ^a	1.045	39,8
Enfermedad del VIH ^b	989	37,7
Hipertensión	784	29,9
Infecciones respiratorias agudas	479	18,2
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas	437	16,6
Accidentes de tráfico	408	15,5

^aDatos de la policía de Jamaica sustituidos por los registros del RGD.

^bDatos de la Unidad Nacional de Vigilancia del Ministerio de Salud sustituidos por los registros del RGD.

Fuente: Perfiles epidemiológicos de afecciones y enfermedades seleccionadas 2003 y 2005 del Ministerio de Salud. Informe de estadística vital 2002, Departamento del Registrador General.

eres. La tasa de homicidio para los hombres fue aproximadamente ocho veces la registrada para las mujeres, siendo el homicidio la principal causa de muerte para los hombres. Murieron tres veces y media más hombres que mujeres como resultado de accidentes de tráfico.

Las enfermedades crónicas no transmisibles representaron la mitad del total anual de defunciones informadas. Según el Informe de la Encuesta sobre Estilos de Vida de Jamaica de 2000 (15), los factores principales de riesgo, basados en una muestra de 2.013 personas de 15 a 74 años, fueron sedentarismo en un 42% de la población de 40 años o más, hipertensión en un 20%, sobrepeso y obesidad en un 30% de los hombres y un 60% de las mujeres y diabetes en un 8% de la población entre 15 y 74 años.

La epidemia de VIH/sida en Jamaica se clasifica como una epidemia generalizada con una tasa de prevalencia en adultos de 1,5% y una proporción hombres-mujeres de 1,3:1. Entre 1999 y 2002, la tasa de defunción por VIH para las mujeres se duplicó —pasó de 15,8 por 100.000 habitantes a 30,7—, y para los hombres aumentó de 26,9 por 100.000 habitantes a 44,9. Los factores principales de riesgo que potencian la epidemia son las relaciones sexuales sin protección, la superposición de varias parejas sexuales, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, las relaciones con trabajadores sexuales, las relaciones entre hombres, y el uso de cocaína y crack (16).

La epidemia representa una amenaza seria para el sector productivo, ya que la mayoría de los casos de VIH/sida se presentan entre los grupos en edad laboral y reproductiva.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En 2002, la tasa de mortalidad infantil se calculó en 19,9 por 1.000 nacidos vivos; esta tasa se mantuvo constante durante 2004 y fue aproximadamente de 4 defunciones por 1.000 nacidos vivos menor que en 2000 (17).

Según investigaciones realizadas (17), la tasa de mortalidad neonatal fue de 15,3 por 1.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad postneonatal de 4,6 por 1.000 nacidos vivos. En 2005, las tasas de mortalidad perinatal no mostraron cambios significativos y se mantuvieron en 31,2 por 1.000 nacimientos (nacidos vivos + mortinatos). En 2004, la tasa de mortalidad neonatal temprana fue de 10,9 por 1.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad fetal, 16,8 por 1.000 nacimientos. Ambas tasas mostraron una pequeña variación durante el período sujeto a revisión (Cuadro 2).

La mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el período perinatal fueron la principal causa por un margen significativo (Cuadro 3). En 2004, la tasa de nacidos con bajo peso (< 2.500 g) se mantuvo en 10%, porcentaje que no se modificó durante el período sujeto a revisión (18). Del número total de nacimientos en 2004, el 98,2% tuvo lugar en hospitales. El número de madres que amamantan en forma exclusiva a sus hijos a las 6 semanas de vida disminuyó de más del 60% en 2001 al 45% en 2004.

En 2002, la enfermedad del VIH fue la principal causa de muerte en el grupo de 1 a 4 años de edad (Cuadro 4). Sin embargo, desde 2000, ocurrieron menos muertes pediátricas por esta causa, con una disminución de 81 a 61 casos por año en 2004. Esto se debe a las mejoras implementadas en el cuidado y el tratamiento de los niños infectados por el VIH y a una disminución en los casos de transmisión de madre a hijo.

La tasa de mortalidad por gastroenteritis en el grupo de menores de 5 años se mantuvo baja (< 1%), pero sigue siendo una causa importante de morbilidad. Las enfermedades de las vías respira-

torias son la principal causa en el diagnóstico de alta hospitalaria para este grupo de edad, seguidas de las lesiones y las enfermedades parasitarias e infecciosas. Las visitas de pacientes ambulatorios a unidades hospitalarias de AyE (accidentes y emergencias) por casos de asma dentro de este grupo de edad representan aproximadamente el 60% de todas las visitas por asma a AyE. El grupo de niños de 5 años o menos representó la mayoría de los casos de quemaduras y envenenamiento que se presentaron en los unidades de AyE de los hospitales. La tasa de desnutrición en niños menores de 3 años no cambió y permanece aproximadamente en un 3,4%, con casos de desnutrición severa debajo del 1%. De acuerdo con los informes del Ministerio de Salud, la tasa de obesidad entre los niños del mismo grupo etario es del 6,7% (19).

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2004, las lesiones y las enfermedades del tracto respiratorio, incluida el asma, fueron las principales afecciones en este grupo de edad. Cada año, se siguen informando nuevos casos de fiebre reumática: en 2005 se informaron 112 casos, 4 de los cuales fueron casos confirmados. El registro de casos para esta enfermedad ascendió a 822 personas en 2004 (18). Los informes completos no están disponibles, pero la cobertura para la profilaxis secundaria de la fiebre reumática permanece aproximadamente en 57%. Esto representa un problema, puesto que el número de pacientes que sufren cardiopatías reumáticas no disminuye. En 2003, un total estimado de 120 niños o más menores de 18 años perdieron uno o ambos padres a causa del sida. El número de casos de abuso infantil en el grupo de 0 a 18 años informados a la policía aumentó de 346 en 2001 a 459 en 2004. La mayoría de ellos (90%) implicó abuso sexual y afectó principalmente a las mujeres.

CUADRO 2. Tasas de mortalidad fetal, neonatal y perinatal, Jamaica, 2000–2004.

Año	Tasa de mortalidad perinatal por 1.000 partos	Tasa de mortalidad neonatal temprana por 1.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad fetal por 1.000 nacidos vivos
2000	29,7	11,5	18,4
2001	31,0	12,4	18,8
2002	31,1	12,5	18,9
2003	29,5	11,7	18,0
2004	27,4	10,9	16,8

Fuente: Ministerio de Salud.

CUADRO 3. Cinco causas principales de muerte infantil, Jamaica, 2002.

Grupo de enfermedades	Cantidad total	Tasa por 100.000 habitantes
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	335	73,8
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	51	11,2
Enfermedad del VIH ^a	20	4,4
Infecciones respiratorias agudas	4	0,9
Neoplasias malignas	3	0,7

^aDatos de la Unidad Nacional de Vigilancia del Ministerio de Salud sustituidos por los registros del RGD.

Fuente: Perfiles epidemiológicos 2003 y 2005 del Ministerio de Salud. Informe de estadística vital, Departamento del Registrador General.

CUADRO 4. Cinco causas principales de muerte en niños de 1 a 4 años, Jamaica, 2002.

Grupo de enfermedades	Cantidad total	Tasa por 100.000 habitantes
Enfermedad del VIH	47	22
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	35	16,4
Accidentes de tráfico terrestre	12	5,6
Neoplasias malignas	12	5,6
Infecciones respiratorias agudas	10	4,7

Fuente: Perfiles epidemiológicos 2003 y 2005 del Ministerio de Salud del Departamento del Registrador General, la Unidad de Vigilancia Nacional y la policía de Jamaica.

Salud de los adolescentes (10–14 años y 15–19 años)

Uno de cada cinco jamaíquinos es adolescente. En general, este grupo etario goza de buena salud, con una tasa de mortalidad de solo el 2% en 2003. Los problemas de salud, la discapacidad y la muerte entre los adolescentes normalmente están relacionados con comportamientos de alto riesgo. Las lesiones intencionales y no intencionales y las afecciones de la salud reproductiva (incluida la enfermedad del VIH) entre adolescentes son frecuentes y se encuentran entre las causas principales de defunción en este grupo de edad (Cuadro 5).

Durante las últimas décadas, la tasa total de fecundidad disminuyó, llegando a 2,5 niños por mujer en 2002 (20). Mientras que en 2002 las tasas de natalidad disminuyeron y las tasas de fecundidad de las adolescentes llegaron a 79 nacidos vivos por 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años, en la actualidad, el porcentaje de embarazos adolescentes se mantiene en 20%. Una de cada cuatro adolescentes de entre 15 y 19 años es sexualmente activa y el 12% de la población femenina en ese rango de edad tuvo dos o tres embarazos. El doce por ciento de las adolescentes de entre 15 y 19 años que son sexualmente activas informan haber estado embarazadas. De esos embarazos, el 30% no terminó con el nacimiento de un niño vivo (21). Un estudio que se realizó en 2002, financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), señaló que los adolescentes jamaíquinos tienen acceso al aborto, a pesar de su carácter ilegal (22). En 2005, el FNUPA y la Unión Europea llevaron a cabo un estudio a solicitud sobre la anticoncepción de emergencia entre las mujeres de 15 a 30 años ($n = 1.524$) que mostró que el grupo de entre 15 y 19 años es el que con mayor frecuencia tiene acceso al aborto. La incidencia del aborto en este grupo etario fue 21 por 100 embarazos. Solo el 40% de las personas encuestadas señaló que conocía el método de Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), que se introdujo en 2003 como un medicamento de venta

CUADRO 5. Cinco causas principales de muerte en adolescentes de 10 a 19 años, Jamaica, 1999–2002.

Grupo de enfermedades	Cantidad total	Tasa por 100.000 habitantes
Asalto (homicidio)	108	20,4
Lesiones no intencionales (accidentes de tráfico)	55	10,4
Enfermedad del VIH	18	3,4
Neoplasias malignas	29	5,5
Cardiopatías	13	2,5

Fuente: Perfiles epidemiológicos 2005 del Ministerio de Salud del Departamento del Registrador General, la Unidad de Vigilancia Nacional y la policía de Jamaica.

sin receta. El acceso a la AOE se obtenía principalmente a través de las farmacias locales. La Encuesta sobre Salud Reproductiva en Jamaica correspondiente al período 2002–2003 (20) indicó que los condones fueron el método de anticoncepción más usado por los adolescentes de entre 15 y 19 años. El uso de un método anticonceptivo en la primera relación sexual dentro este grupo etario fue del 76% para las mujeres y el 44,9% para los hombres. Generalmente estos anticonceptivos se consiguieron en tiendas o supermercados y en farmacias en segundo lugar, según los encuestados. En 2004, el 20% del total de las personas que asistieron a una clínica de atención postnatal y aceptaron un método de planificación familiar fueron adolescentes. La edad promedio de iniciación sexual fue 15,8 años para las mujeres y 13,5 para los hombres. En la misma encuesta que se realizó en 2002, el 20% de las mujeres de entre 15 y 19 años informaron haber sido forzadas a tener relaciones sexuales, comparado con el 25,9% en 1997. En 2004, las mujeres de entre 10 y 19 años tenían un riesgo dos veces y medio mayor de estar infectadas con el VIH que los hombres del mismo grupo etario. Es posible que esta diferencia esté asociada a factores sociales que impliquen relaciones sexuales entre niñas y hombres mayores infectados por VIH. Conforme al Informe de la Encuesta sobre Estilos de Vida de Jamaica de 2000 (15), el 11,6% de los adolescentes informó haber sido sometido a abusos físicos y el 2,7% informó haber estado involucrado en una pelea con un arma. Los adolescentes representaron el 26% del total de personas lesionadas a raíz de actos de violencia que fueron tratadas en los departamentos de AyE de todos los hospitales.

Salud de los adultos (20–59 años)

Las visitas para curaciones, planificación familiar, atención de las infecciones de transmisión sexual, odontología, emergencias y servicios ambulatorios, con una proporción hombres-mujeres de aproximadamente 1:2,3 para estas visitas, permitieron una

supervisión más estrecha y el diagnóstico temprano de afecciones médicas en las mujeres. En 2004, los hombres representaron el 32,9% de las visitas por servicios de atención curativa primaria y el 7,7% de las visitas por servicios de planificación familiar. Las afecciones de la salud reproductiva son la principal causa de contacto de las mujeres con todos los niveles del sistema de salud. Otros problemas importantes de salud incluyen las infecciones de transmisión sexual, la diabetes, la hipertensión y el cáncer. La salud reproductiva de las mujeres está controlada a través de una red de clínicas pre y postnatales. En 2004, de acuerdo con los informes del Ministerio de Salud, el 58,9% de las mujeres embarazadas realizaron un promedio de 4,4 visitas por embarazo a clínicas prenatales en centros de salud gubernamentales (en comparación con el 67% de las mujeres que en promedio realizaron 4,3 visitas por embarazo en 2000). Como procedimiento de rutina, las mujeres embarazadas son sometidas a pruebas para la detección de anemia, enfermedad drepanocítica, sífilis y VIH. En 2005, las pruebas en pacientes prenatales se mantuvieron en 80,2% para la sífilis y aproximadamente en 90% para el VIH. La tasa de seropositivos para la sífilis fue del 1,3% y para el VIH del 1,5%. No obstante, la posibilidad de realizar los exámenes y la disponibilidad de los resultados sigue siendo un problema, por lo que la tasa de tratamiento de los casos de resultado positivo fue baja (46,8% para la sífilis y aproximadamente 57% para el VIH). En 2004, se presentaron 12 casos de sífilis congénita informados a través del sistema de vigilancia activa de los hospitales. Las pruebas que se realizaron en el 80,9% de las mujeres embarazadas revelaron cierto nivel de anemia ($Hb < 10$ g/dL), similar al nivel de 2001. Las visitas de las madres a las clínicas postnatales representaron una cobertura del 69,7% de los nacimientos estimados en 2005, una leve disminución en comparación con el año 2000 (73%). De todas las personas que asistieron a las clínicas postnatales, el 71,1% se reclutó como personas que aceptaron la planificación familiar. El cincuenta y tres por ciento de las mujeres de entre 15 y 44 años que fueron entrevistadas en la Encuesta sobre Salud Reproductiva en Jamaica para el período de 2002 a 2003 (20) usaron efectivamente un método anticonceptivo. Los condones y la píldora anticonceptiva mantuvieron su posición como los dos métodos más usados, en 33,6% y 24,5% respectivamente. Si bien el 98,2% de los bebés nacieron en hospitales, la escasez de parteras capacitadas afectó la calidad de los partos de las mujeres. Las tasas de cesáreas se mantuvieron constantes en aproximadamente el 14%. En los últimos años, la razón de mortalidad materna no sufrió cambios y se mantuvo en 94,8 por 100.000 nacidos vivos para el período de 2001 a 2003 (17). Las defunciones por mala praxis del obstetra, aún responsable de muchas de las muertes, están disminuyendo; en tanto que las causas indirectas están aumentando. La hipertensión gestacional fue la principal causa obstétrica directa y constante de muerte materna, en tanto que el VIH/sida fue la principal causa obstétrica indirecta de mortalidad. La creciente contribución de las causas indirectas, como VIH/sida, cardiopatías, enfermedad

drepanocítica, diabetes mellitus y asma, sugieren la necesidad de pautas clínicas y la optimización de la colaboración con los equipos médicos a fin de proporcionar una atención focalizada a las embarazadas con afecciones crónicas (17).

La violencia también fue causa de una serie de defunciones maternas accidentales en los últimos años.

Desde el desarrollo de comités regionales en el año 2002, la vigilancia de la mortalidad materna mejoró y, como resultado, en el año 2005 se investigaron 47 casos de defunción materna. Esta medida se tomó como alternativa para mejorar las intervenciones preventivas y los tratamientos y para evaluar los resultados; al mismo tiempo, aporta datos para el desarrollo de futuros programas y políticas.

En 2005, se introdujeron las fotografías en todos los hospitales donde se asistían partos. La Encuesta sobre Salud Reproductiva en Jamaica para el período de 2002 a 2003 (20) mostró que el 59% de las mujeres se habían realizado al menos una prueba de Papanicolaou en su vida, comparado con el 50% en 1997. La encuesta (20) también indicó que el 20% de las mujeres de la muestra habían sido abusadas sexualmente en algún momento de su vida, al ser forzadas a tener relaciones sexuales. No se encontraron diferencias entre los distintos grupos etarios o las diferentes ubicaciones geográficas y, en la mayoría de los casos, el autor del delito era una persona conocida.

En Jamaica, el VIH y las ITS son la segunda causa principal de muerte para hombres y mujeres de entre 30 y 34 años. El aumento de la tasa de infección por VIH es más constante entre las mujeres que entre los hombres. Uno de cada cuatro hombres y una de cada diez mujeres informaron haber tenido una enfermedad de transmisión sexual, y uno de cada dos hombres y dos de cada diez mujeres informaron haber tenido más de un compañero sexual en 2003. Además, una de cada dos personas informó no haber usado un condón en su última relación sexual (15).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2002, las neoplasias malignas fueron la principal causa de muerte en este grupo de edad, seguidas de las enfermedades del sistema circulatorio, las cardiopatías, la diabetes mellitus y la hipertensión. Las enfermedades transmisibles, incluido el VIH/sida, se ubican en el sexto lugar de las causas principales de muerte, lo que señala la importancia creciente del VIH/sida entre la población adulta como un problema de salud pública. Las principales causas de discapacidad son la artritis y la deficiencia visual. Los problemas de salud mental asociados con la soledad y el aislamiento social requieren atención especial para el desarrollo de diversas perspectivas de política social en pos de un envejecimiento saludable. Según informó el Centro Colaborador para las Personas de Edad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (23), en el período de 2003 a 2004, en Jamaica había 263.000 personas (10%) de más de 60 años. Se espera que esta cifra se duplique en las próximas dos décadas.

Existe una feminización del envejecimiento, con un mayor número de mujeres ancianas frágiles que de hombres. La mayor parte de la población de 60 años en adelante está a cargo de sus familias (65%) y el resto se mantiene a partir de salarios auto-generados y otros medios económicos. Los niveles de cobertura de una pensión son bajos y así también los niveles de cobertura de un seguro, en tanto que los costos son elevados.

Salud de la familia

De los 744.700 hogares que se identificaron en el censo de 2001 (12), el 59% estaba encabezado por hombres y el 41% por mujeres. El 62% de los hogares encabezados por hombres involucraban uniones matrimoniales o concubinatos y solo el 27% de los hogares encabezados por mujeres correspondía a esta categoría. Las mujeres también representaron la mayor proporción de hogares de numerosos integrantes.

Salud de las personas con discapacidad

En el censo de 2001 (12), el 6,2% de las personas informó tener una discapacidad. El 44,4% de este grupo declaró tener actividades limitadas. Las cinco discapacidades principales que se reportaron fueron: deficiencia visual solamente (31%), discapacidad física (20%), deficiencia auditiva solamente (9,8%), enfermedad mental (9%) y discapacidades varias (6,3%). De las 444.400 personas (17%) que informaron una enfermedad crónica, el 15% indicó que también tenía una discapacidad que limitaba sus actividades.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La vigilancia de mosquitos sigue siendo una iniciativa importante del control de las especies *Culex*, *Aedes aegypti* y *Anopheles*. Todos los casos de **malaria** en el período de revisión provinieron del extranjero. En 2004, se confirmaron 141 casos, y en 2005, 79. La mayoría de ellos estaban vinculados con el desplazamiento de la población haitiana que comenzó su arribo a Jamaica en 2004. A los fines de interrumpir la posible transmisión de malaria y **filariosis**, se idearon intervenciones especiales para el control de vectores. Se presentaron 27 casos de **dengue**. El último brote de dengue se produjo en 2002, con 102 casos confirmados. El índice nacional de infestación de viviendas por *Aedes* permanece por encima del 5% (rango: 6,0% a 45%). Los índices de 2004 para los dos aeropuertos internacionales del país, Montego Bay Sangsters y Kingston Norman Manley, fueron del 4% y el 0,75% respectivamente (24).

Enfermedades inmunoprevenibles

En el período de 2001 a 2005, no se informaron casos de **sarampión**, **poliomielitis**, **difteria**, **rubéola** ni **tétanos neonatal**. En 2005, se presentaron 8 presuntos casos de tos ferina y 13 casos de tétanos no neonatal.

Los resultados preliminares de una encuesta sobre cobertura de vacunación que se realizó en 2005 revelaron que el 95% de los niños entre los 12 y los 23 meses de edad estaban correctamente inmunizados y del 89% al 90% de los niños de un año de edad estaban vacunados. Para 2005, la cobertura de inmunización al año de edad mediante antígenos en las poblaciones objetivo corregidas fue: 94,5% para la tuberculosis (TB); 83,6% para la poliomielitis; 87,5% para la difteria, la tos ferina y el tétanos; 88,6% para *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib); y 87,2% para la hepatitis B. La cobertura de sarampión, paperas y rubéola para el grupo de 12 a 23 meses es del 84%. Las vacunas contra la hepatitis B y Hib se introdujeron en junio de 2003 como una vacuna pentavalente (DPT/HepB/Hib) (25). En octubre de 2003, se realizó una evaluación integral del programa de inmunización, junto con el desarrollo de un plan de cinco años.

En 2004, se confirmaron 304 casos de **hepatitis B** en laboratorio. Este número aumentó en los últimos años gracias a una recolección mejorada de datos.

Enfermedades infecciosas intestinales

Durante muchas décadas, no se informó ningún caso de **cólera** en Jamaica. La **tifoidea** es endémica. En 2005, se confirmaron tres casos de fiebre tifoidea; y en 2004, ocho. En 2003 y 2004, se presentaron brotes de **gastroenteritis**; la tasa de casos fatales se mantuvo en menos del 1%.

Enfermedades crónicas transmisibles

La tasa nacional de incidencia de **tuberculosis** (TB) en 2004 fue de 4,4 por 100.000 habitantes, similar a la tasa de 4,5 en 2000, pero con un incremento del número de casos en las zonas urbanas. En 2004, se informaron cuatro casos pediátricos, en comparación con los 17 de 2001; tres de las cuatro personas también estaban infectadas por VIH. La comorbilidad TB/VIH aumentó del 14,2% en 2000 al 40% en 2003, pero disminuyó al 27% en 2004. Comparadas con las zonas rurales, las tasas de coinfección fueron mayores en las áreas urbanas. El sesenta y seis por ciento de 117 casos positivos de enfermedades pulmonares se convirtieron en esputo negativo en tres meses. Solo el 44% finalizó el ciclo de tratamiento satisfactoriamente. La tasa de fatalidad se mantiene elevada en 22 por 100 casos con frotis de esputo positivo. En 2000, el cumplimiento de la ingesta de medicamentos se sostuvo en un 85%, pero disminuyó a 55% en 2004. Mediante una evaluación nacional del programa contra la tuberculosis que realizó la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en mayo de 2005, se concluyó que, a pesar de la baja tasa de incidencia, la tuberculosis no está controlada, según lo ponen de manifiesto la elevada incidencia en niños, la elevada

tasa de coinfección por TB/VIH y la elevada proporción de casos con frotis de esputo positivo. La ausencia de un tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) sostenido también se consideró un factor limitativo (26).

En 2005, se confirmaron diez casos nuevos de **lepra**, a diferencia de los ocho confirmados en 2004. La tasa de prevalencia fue de 0,05 por 10.000 habitantes. El control de la lepra está totalmente integrado a los servicios de atención primaria de la salud. En la actualidad, se registran 14 casos activos para quimioterapia, 13 de los cuales son multibacilares, lo que enfatiza el reservorio infeccioso en la población local. A fines de 2004, se registraron 54 casos para vigilancia (27).

En 2005, 15.917 recién nacidos, o aproximadamente el 30% de los nacidos vivos, fueron sometidos al examen de detección de la **enfermedad drepanocítica**. De estos, 118 casos, o el 0,8%, tenían un patrón electroforético sugestivo de hemoglobinopatía SS, SC o CC. La Unidad de Enfermedad Drepanocítica de la Universidad de las Indias Occidentales ofrece asesoramiento, educación y controles de mantenimiento de la salud. También funciona un centro ambulatorio y una sala de atención diurna donde se tratan las crisis de dolor agudo, las enfermedades febriles agudas y las anemias agudas. Más del 90% de los pacientes con crisis de dolor agudo se tratan como pacientes ambulatorios, y este modelo de atención diurna de dolores agudos y agresivos sirvió como modelo para otros centros de tratamiento de la enfermedad drepanocítica. En otras dos regiones del país se organizaron consultorios de extensión para las controles de mantenimiento de la salud. Según los últimos cálculos, la mediana de supervivencia en Jamaica para los pacientes con enfermedad drepanocítica era 53 años (IC 95%: de 49,3 a 57,0) para los hombres y 58,5 años (IC 95%: de 55,1 a 7,5) para las mujeres (28).

Infecciones pulmonares

En 2002, las **enfermedades del tracto respiratorio**, incluida el asma, representaron el 17% del total de visitas para curaciones, lo que subraya la importancia de esta afección médica. El número de visitas por enfermedades del tracto respiratorio aumentó de 79.000 en 1990 a 108.000 en 2002. En 2002, el asma fue la causante de la mitad de las visitas a los departamentos AyE. En 2000, comenzó a funcionar un consultorio pulmonar semanal en el hospital pediátrico nacional (Bustamante Children's Hospital), que permitió la disminución drástica de la morbilidad por enfermedades del tracto respiratorio y las hospitalizaciones en el 85% de los niños que asistieron al consultorio durante al menos un año (de 0 a 1 ambulatorias en comparación con 5 a 22 consultas antes de 2000). Se desarrollaron protocolos de asma y se organizó la capacitación en todos los distritos. La bronquitis, el enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas representaron el 11% de los diagnósticos de alta hospitalaria por enfermedades del tracto respiratorio para los hombres y el 6% para las mujeres.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

En 2004, según los informes del Ministerio de Salud, aproximadamente 22.000 adultos en Jamaica tenían **VIH**. La tasa de incidencia en 2005 era 505,13 por 1.000.000 habitantes. De los 8.000 niños y adultos que necesitaban tratamiento antirretroviral, solo 1.500, o el 19%, estaban en tratamiento a fines de 2005 (29). A pesar del comienzo de una etapa de meseta en el número de casos de morbilidad, la introducción de la terapia antirretroviral y otros avances en las estrategias de atención y tratamiento, el **VIH/sida** sigue siendo un problema de salud pública cada vez mayor en Jamaica.

En la isla, abunda el conocimiento sobre el VIH/sida y sus vías de transmisión (30). No obstante, el 24% de los hombres y el 34% de las mujeres que tienen relaciones sexuales con compañeros ocasionales no usan condones (31). El Ministerio de Salud calcula que el 65% de las personas infectadas por VIH en Jamaica desconoce su estado. En 2003, el Ministerio de Salud destinó lugares para asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) en todos los centros de salud y todas las clínicas prenatales más importantes. En 2006, aproximadamente el 90% de las personas que asistieron a clínicas prenatales y más del 50% de las personas que asistieron a clínicas para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) recibieron servicios de APV (32).

Un cálculo que realizó el Ministerio de Salud de Jamaica en el año 2002 indicó que el 19,4% de todos los casos de VIH/sida estaban vinculados con el trabajo sexual. En 2005, se realizó una encuesta sobre la vigilancia del comportamiento relacionada con el VIH y las trabajadoras sexuales que reveló importantes diferencias entre las trabajadoras sexuales VIH positivas y las trabajadoras sexuales VIH negativas. Por lo general, las trabajadoras sexuales VIH positivas eran mayores que las trabajadoras sexuales VIH negativas, tenían menos años de estudios, ganaban mucho menos dinero por cliente y probablemente trabajaban en la calle. Además, las trabajadoras sexuales VIH positivas informaron haber tenido clientes pagadores significativamente más regulares en los últimos siete días antes de la encuesta e informaron un uso significativamente menor de condones en la última relación sexual, en especial con clientes locales (jamaíquinos). En este grupo, era probable que el doble de personas declarara no haber usado condones en la última relación sexual con un cliente no pagador (33).

La prevalencia de ITS varía en gran medida por edad y por sexo. Un estudio que se realizó en 2004 sobre conocimiento, actitudes, prácticas y creencias mostró que el 34,3% de los hombres entre 25 y 49 años informó tener una ITS, comparado con el 15,0% de las mujeres en el mismo grupo de edad. En el grupo de 15 a 24 años, la cifra fue 9,8% para los hombres y 8,2% para las mujeres (34).

Zoonosis

En 2005, se advirtió un aumento marcado en el número de casos de **leptospirosis** informados, debido a las fuertes lluvias

durante la temporada de huracanes. De los 921 presuntos casos, se confirmaron 328. La vigilancia de la zoonosis continuó para las siguientes enfermedades: leptospirosis, **brucelosis bovina**, **tuberculosis bovina**, **virus del Nilo Occidental**, **encefalopatía espongiiforme bovina** y **salmonella enteritidis**.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La **diabetes mellitus** es una causa importante de morbilidad y mortalidad en Jamaica y representa una carga significativa para los servicios médicos. En 2002, la duración promedio de hospitalización para los casos de diabetes fue 8,3 días, en comparación con 6,3 días para todas las afecciones. En el Informe de la Encuesta sobre Estilos de Vida de Jamaica de 2000 (15), se estableció que el 6,3% de los hombres y el 8,2% de las mujeres tenían diabetes. Con la edad, el aumento fue pronunciado. Según la encuesta, el grado de concienciación sobre la diabetes entre las personas clasificadas como diabéticas fue del 76,3%. Casi la tercera parte de las personas clasificadas como diabéticas no estaban en tratamiento, y el 60% de las que informaron estar medicadas no tenían controlada la enfermedad.

Enfermedades cardiovasculares

La **hipertensión** y otras **enfermedades del sistema circulatorio** constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad y generan una carga significativa en los servicios de atención médica. En 2002, las visitas para curaciones de atención médica primaria por diabetes e hipertensión representaron el 25,9% de todas las visitas para curaciones que se realizaron a centros públicos de salud, con una proporción hombres-mujeres de 1:4.

En ese mismo año, las enfermedades del sistema circulatorio representaron el 7,7% de todos los diagnósticos de alta hospitalaria, en comparación con el 5,9% de la década anterior. Esta fue la tercera causa principal de morbilidad en los diagnósticos de alta hospitalaria en 2002 con una proporción hombre-mujer de 1:1,2. La duración promedio de hospitalización para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares fue 8,7 días, comparada con el promedio de 6,9 días para todas las enfermedades en 2002. En ese mismo año, las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon el tercer lugar en cuanto a costo de atención hospitalaria en las cuatro regiones sanitarias del país (35). En el Informe de la Encuesta sobre Estilos de Vida de Jamaica de 2000 (15) se registró una prevalencia de hipertensión del 19,9% entre los hombres y el 21,7% entre las mujeres; la prevalencia se incrementó con la edad en las poblaciones rurales y urbanas y en ambos sexos. De las personas que tienen hipertensión, el 42% estaba en tratamiento y, de este grupo, el 37,7% había logrado disminuir o mantener la presión arterial en 140/90 o menos.

Neoplasias malignas

En 2002, se registraron 3.769 diagnósticos de alta en hospitales públicos (4% de los diagnósticos de alta hospitalaria totales) por **neoplasias malignas** con una distribución equitativa entre sexos. Los tipos de neoplasias en el caso de los hombres, en orden de frecuencia decreciente, fueron: tráquea, bronquios y pulmones; próstata; leucemia; y linfoma no Hodgkin, lo que representaba el 56% de todos los cánceres. Para las mujeres, el orden era: mama; cuello uterino; otras neoplasias malignas de los órganos genitales femeninos; tráquea, bronquios y pulmones; leucemia; y linfoma no Hodgkin, lo que representaba el 56% de todos los cánceres. El Registro de Cáncer funciona fuera de la UWI y fundamentalmente recolecta datos de la región de Kingston-St. Andrew. En 2003, se llevó a cabo un estudio (36) que demostró que los cánceres ginecológicos representaban el 26,8% de todos los tipos de cánceres entre las mujeres de la región. El cáncer cervical representó el 62% de los cánceres ginecológicos, con una incidencia de 27,9 por 100.000 mujeres y una tasa de mortalidad del 15,8%.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres naturales

Jamaica es vulnerable a una gran variedad de desastres naturales (huracanes, inundaciones, sequías, aludes y terremotos) y actualmente se están realizando esfuerzos para reducir dicha vulnerabilidad. El cambio de paradigma de preparación para reducir el riesgo se está logrando a través de la capacitación de personal a partir de nuevos conceptos de reducción del riesgo y el uso de la tecnología disponible para minimizarlo. Las recientes experiencias con los huracanes Charlie (2004), Iván (2004), Dennis (2005) y Emily (2005) pusieron de manifiesto la vulnerabilidad de Jamaica, que sufrió pérdidas económicas de millones de dólares.

Violencia y otras causas externas

En Jamaica, la tasa de delincuencia subió estrepitosamente, con homicidios que ascendieron de menos de 200 por año a principios de la década de 1970 a 1.674 en 2005, o 63 por 100.000 habitantes. El aumento afectó a ambos sexos y a todos los grupos de edad, pero en especial a niños, ancianos y mujeres. En la Encuesta Económica y Social de 2005 (1), se informaron 1.292 delitos graves contra niños de entre 0 y 19 años, de los cuales 573 se cometieron contra niños de 14 años o menos. Los delitos graves, incluidos homicidio, violación, delitos de naturaleza sexual y robo, fueron perpetrados por 53 niños de entre 12 y 14 años en 2005 (comparados con 25 en 2003). Ese mismo año, 188 mujeres perdieron la vida en sucesos delictivos, en tanto que en 2001, solo fueron 109. Los homicidios de niños (de entre 0 y 20 años) aumentaron de 145 casos en 2001 a 172 (de entre 0 y 19 años) en 2005.

Sin incluir los casos obstétricos, las lesiones fueron los principales diagnósticos de alta hospitalaria para el período de 1999 a

2002, representando el 11% de todos los diagnósticos de alta hospitalaria. Al dividirse por grupos de edad, las lesiones figuraban entre las tres causas principales en los diagnósticos de alta hospitalaria en los grupos de 1 a 4 años, de 5 a 14, de 15 a 25 y de 26 a 44, lo que resalta el impacto de esta condición en los servicios hospitalarios. Los datos del Sistema de Vigilancia de Lesiones de Jamaica, que está basado en unidades hospitalarias de AyE, revelaron que los hombres representaban el 59% de las visitas de pacientes ambulatorios en 2005. El 76,4% de los casos se debieron a peleas y disputas. Las principales armas que se usaron para causar las lesiones incluyeron objetos contundentes (40%), objetos filosos (35%) y armas de fuego; en el último año, las lesiones con armas de fuego aumentaron 3,1%.

El costo derivado de las lesiones intencionales y no intencionales sigue en aumento, con gastos que ascendían a US\$ 11,3 millones en 1996, US\$ 21,3 millones en 1999 y US\$ 22,6 millones en 2002. Casi la mitad de esta última cifra se concentró en la región sudeste (incluido Kingston). Se calcula que la mitad de los costos por lesiones se debieron a lesiones intencionales. A los efectos de asistir a aquellas personas cuyas lesiones requerían atención inmediata, el personal de salud tuvo que recortar otros tipos de servicios no relacionados con las emergencias, programados con anterioridad; también se produjeron demoras en la atención de pacientes de emergencia cuyas lesiones no eran tan graves.

En el período de 2001 a 2005, fallecieron 1.846 personas en total en accidentes de tráfico. El grupo más numeroso de víctimas fue el de los peatones, seguido de los pasajeros de automóviles particulares, los conductores de automóviles particulares, los ciclistas y los motociclistas. En 2004, 14.046 personas utilizaron los departamentos de Accidentes y Emergencias por lesiones producidas en choques de tráfico, lo que representa un aumento del 20% con respecto a las cifras de 2000.

El costo de la atención de salud por accidentes de tráfico en 2005 se estimó en US\$ 8,8 millones. Ese año, 10.339 choques de tráfico cobraron 326 víctimas, de las cuales el 81% eran conductores hombres. En 2005, se realizó un estudio en toda la isla entre 500 conductores hombres sobre conocimiento, actitudes, prácticas y creencias. Los resultados preliminares indicaron que el 12% de los entrevistados eludió el examen oficial de conducción. Un tercio de los encuestados informó haber tenido por lo menos un choque de tráfico desde que obtuvo su licencia de conducir. Entre aquellos que sufrieron choques de magnitud, 16,7% del grupo de edad de 18 a 29 años admitió haber tenido dos o más accidentes importantes; esta cifra aumentó a 36,9% para el grupo de edad de 60 años o más, lo que sugiere un patrón de repetición de choques. La mitad de los entrevistados admitió haber desobedecido los límites de velocidad, el 42% informó que no siempre utilizó el cinturón de seguridad y el 28% reconoció haber bebido antes de conducir.

Salud mental, alcoholismo y adicciones

Los datos de morbilidad revelaron que en 2004 los diagnósticos más importantes de pacientes observados en dispensarios de salud mental públicos comunitarios fueron la esquizofrenia/trastorno psicótico (59,1%), trastornos del estado de ánimo (26,7%), abuso de sustancias (6,1%), trastornos de la niñez y adolescencia (4,3%) y trastornos de ansiedad (3,8%). Con respecto a los dispensarios de salud mental, el análisis por sexos reveló que el 60% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia y el 95% de los diagnosticados con abuso de sustancias eran hombres, mientras que el 71% de los que padecían trastornos del estado de ánimo eran mujeres. Durante 2005, se llevó a cabo un estudio de un año de duración en dos hospitales importantes sobre 147 casos de intento de suicidio. Dos tercios de los casos correspondían a mujeres con una edad promedio de 28 años, si bien un número significativo de casos correspondía al grupo de edad de 15 a 19 años. La sobredosis de drogas fue el método elegido.

Según el Informe de la Encuesta de 2000 sobre Estilo de Vida de Jamaica (15), el 29% de los hombres y el 8% de las mujeres informaron consumir cigarrillos mientras que el 25% de los hombres y el 4% de las mujeres notificaron consumir marihuana.

Problemas ambientales

En 2003, se presentaron 1.127 pacientes en busca de atención por envenenamiento en los departamentos de Accidentes y Emergencias de pacientes ambulatorios de los hospitales públicos. El grupo de edad de menores de 5 años siguió siendo el más afectado, representando el 54,3% de los casos. Esta tendencia no se ha modificado con el correr de los años. Los venenos más habituales son la lavandina, el querosén y los pesticidas. Se informaron 11 casos de envenenamiento con plomo en niños durante el período de revisión, siete de los casos posiblemente se relacionaron con la contaminación del suelo por la eliminación inadecuada de componentes de pilas.

Enfermedades transmitidas a través de la sangre

Todas las unidades de sangre extraídas se evalúan para los siguientes marcadores de infección: VIH, virus linfotrópico humano de células T tipo 1 (HTLV), antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), virus de la hepatitis C (HCV) y sífilis. La tasa de positividad (%) en 2005 fue 2,3 para la sífilis; 1,59 para el HTLV; 0,6 para el HBsAg, 0,47 para el VIH y 0,43 para el HCV. Todos los marcadores mostraron una tendencia decreciente, excepto el HCV (+ 0,13) y la sífilis (+ 0,4).

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

Jamaica participa de todas las convenciones internacionales sobre derechos humanos que reconocen a la salud como un derecho del ser humano. Durante 2004, el Ministerio de Salud se cen-

tró en tres de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) cuyo campo de acción requiere de un rol protagónico del sector salud: ODM 4 (reducir la mortalidad infantil), ODM 5 (mejorar la salud materna) y ODM 6 (combatir el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis). Un informe nacional preparado por el Instituto de Planificación de Jamaica destacó que, según las metas de la ONU, Jamaica está “muy lejos” de lograr reducir la mortalidad infantil y los objetivos de salud materna y se está “demorando” en relación con la meta para el VIH/sida, lo que en términos generales indica que durante la década de 1990 los progresos han sido insuficientes como para alcanzar las cifras planificadas para 2015 (5). El compromiso del gobierno de alcanzar los ODM será reforzado por medidas de políticas específicas adoptadas durante el período del Marco de Política Socio-Económica de Mediano Plazo (MTSEPF). El MTSEPF del período de 2004 a 2007 se apoya en dos pilares: reducción de la pobreza y crecimiento económico, y su sección sobre asuntos de salud se centra en las estrategias para alcanzar los ODM 4, 5 y 6.

La Política de Salud Nacional del Ministerio de Salud (2006–2015) y el plan estratégico complementario para el período de 2006 a 2010 tienen en cuenta las debilidades y fortalezas identificadas en la evaluación del plan anterior. Los indicadores están orientados a los resultados, y las prioridades para el período de 2006 a 2015 se seleccionan en función de las necesidades nacionales y la carga de enfermedad de la isla y tienen en consideración el ODM 8, que se centra en la creación de asociaciones mundiales para el desarrollo. A través de estos datos sobre la salud y de la consolidación de asociaciones sólidas, la Política Nacional de Salud pretende mantener los logros de años anteriores, recuperar el terreno perdido para algunos indicadores, avanzar en la disminución de las amenazas más importantes a la salud de la población —como el VIH/sida y otras enfermedades que son consecuencia del estilo de vida— y mejorar algunos de los indicadores de desarrollo.

El Plan Estratégico Nacional para el VIH/sida para el período 2002–2006 delineó el marco de la política de respuesta de Jamaica a la pandemia general. En mayo de 2005, se lanzó oficialmente la Política Nacional para el VIH/sida, la que incorpora un enfoque basado en los derechos humanos en su respuesta multisectorial al VIH. En 2003, el Gabinete encomendó a cinco ministros clave del sector público la preparación e implementación de programas de trabajo para el VIH/sida dentro de sus respectivos sectores y la información periódica al Gabinete sobre los progresos. En 2005, la cantidad de ministros participantes se amplió a 11, por lo tanto, todos los ministerios del gobierno se vieron comprometidos a integrar cuestiones relacionadas con el VIH/sida dentro de sus operaciones en los niveles correspondientes (1).

Durante el período de 2001 a 2005, se pusieron en práctica o se enmendaron las leyes para promover y proteger los derechos de los niños (Ley de Protección y Cuidado Infantil), brindar una mejor protección a las víctimas de violencia y maltrato doméstico (Ley de

Enmienda de Violencia Doméstica) y velar por los derechos de propiedad de mujeres y hombres en caso de una ruptura matrimonial o de una unión de más de cinco años (La Ley de Derechos de Propiedad del Cónyuge). Otros logros dignos de mención alcanzados durante el período en estudio incluyen el Marco Nacional de Acción para los Niños (2004), una política nacional infantil, una política nacional juvenil y la Ley de Infancia Temprana.

También se realizaron avances en la implementación paulatina de la Política Nacional para la Tercera Edad, la elaboración del Proyecto de Ley de Asistencia Nacional para reemplazar a la Ley de Alivio de los Pobres, y en cuanto al Proyecto de Ley sobre Discapacidad para fortalecer la implementación de la Política Nacional para Personas con Discapacidades. También se implementaron las siguientes leyes sobre medio ambiente: la Política y Plan de Implementación de Aguas; Regulaciones para el Manejo de Residuos Sépticos y Sedimentos; Regulaciones sobre Desechos Peligrosos; promulgación de regulaciones sobre normas de higiene en peluquerías para hombres, salones de belleza y establecimientos públicos relacionados; y regulaciones de salud pública enmendadas sobre atracciones turísticas y piscinas. Jamaica ratificó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en julio de 2005.

Estrategias y programas de salud

La protección de los grupos de población vulnerables contra los riesgos asociados con el acceso limitado a los servicios públicos y la protección de quienes no cuentan con los medios suficientes para cubrir sus necesidades humanas básicas siguieron siendo de suma prioridad para el gobierno. El Programa de Reforma de la Red de Seguridad Social, comenzado en 2000, continuó modernizando la prestación de beneficios de bienestar y seguridad social para las familias y personas necesitadas de una manera más estructurada, focalizada y eficaz. Desde 2002, el programa de Alivio de la Pobreza a través de la Salud y la Educación (PATH) ha otorgado beneficios de dinero en efectivo a las familias pobres con hijos, personas que viven en la pobreza extrema, mujeres embarazadas y lactando, personas mayores y personas con discapacidades, y vincula estos beneficios con la atención de salud preventiva (asistencia clínica de atención primaria) y la educación. El Fondo Nacional de Salud (NHF), establecido en 2002 como un organismo de derecho público y cuyo presupuesto se financia a través de los impuestos del gobierno, proporciona dos categorías de beneficios. Los Beneficios Individuales del NHF brindan ayuda para la compra de medicamentos recetados específicos que se utilizan en el tratamiento y manejo de enfermedades crónicas designadas. Los Beneficios Institucionales del NHF proporcionan ayuda a organizaciones del sector público y privado para proyectos relacionados con la salud. Dentro de esta categoría, el Fondo de Promoción y Protección de la Salud proporciona asistencia financiera para iniciativas que apoyan la

atención de salud primaria, con un énfasis especial en la promoción y prevención de la salud.

Las personas mayores que padecen enfermedades crónicas obtienen beneficios a través del Programa de Medicamentos para la Tercera Edad y la ayuda del NHF. Además, el Consejo Nacional para la Tercera Edad funciona en calidad de asesor del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y suministra información sobre todos los temas relacionados con el bienestar socioeconómico de la población de 60 años y más.

Organización del sistema de salud

La prestación de servicios de salud en el sector público se realiza a través de una red de establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria compuesta por 24 hospitales, incluido el Hospital de la Universidad de las Indias Occidentales. Los hospitales se clasifican en “A,” “B,” “C,” o “Especialistas,” según el nivel de complejidad de los servicios ofrecidos. Hay tres hospitales tipo A, todos ubicados en amplias zonas urbanas y que proporcionan los servicios más especializados; de los tres, uno ofrece servicios obstétricos especializados y otro, servicios pediátricos especializados. Los cuatro hospitales tipo B, al igual que los hospitales tipo A, generalmente se encuentran en zonas urbanas. Prestan servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios en cirugía general, medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría, y admiten derivaciones de hospitales tipo C, de los cuales actualmente hay 11 en el país. Estos hospitales generalmente se encuentran en centros poblacionales rurales, brindan servicios generales para pacientes ambulatorios y hospitalizados y refieren los casos complejos a los establecimientos de tipo B y A. En la actualidad hay cuatro hospitales especializados: uno presta servicios psiquiátricos, otro atención para el cáncer, un tercer hospital presta servicios de rehabilitación y el cuarto, servicios pulmonares especializados. En 2005, el total de camas era 4.736, y había 1,8 camas de hospital cada 1.000 habitantes.

Una estrategia importante del proceso de reforma del sector salud fue la descentralización de los servicios de salud estatales. La aprobación de la Ley Nacional de Servicios de Salud en 1997 llevó a la formación de Autoridades Regionales de Salud (Sureste, Noreste, Occidental y Meridional). Cada región tiene una responsabilidad administrativa directa sobre la prestación de servicios de salud pública dentro de un área geográfica definida. Una evaluación de 2003 (37) sobre el impacto de la descentralización reveló niveles mínimos de mejoría en la planificación de la salud, prestación de servicios, responsabilidad y transparencia, y participación comunitaria. Si bien se mostró un éxito moderado en el área de control de costos, se observaron efectos negativos en las áreas de aptitud del personal, administración financiera y capacidad organizativa. Una evaluación realizada en diciembre de 2001 sobre las funciones esenciales de la salud pública identificó las siguientes funciones como las más débiles: aseguramiento de la calidad, promoción de la salud, investigación, y desarrollo de

recursos humanos y planificación. Para la elaboración del nuevo plan estratégico nacional de salud se enfatizó el fortalecimiento de estas cuatro áreas.

Servicios de salud pública

Jamaica ha defendido el enfoque de la atención de salud primaria desde la década de 1970, y entre sus logros en el uso de esta estrategia figuran una reducción de la desnutrición, la mortalidad infantil y las tasas de fecundidad; un aumento en la cobertura de inmunización; la eliminación de la polio y el sarampión; un mejor estado sanitario; la creación de una sólida red de centros de salud y un nuevo grupo de trabajadores de la salud (entre ellos se incluyen el auxiliar de salud comunitaria y personal de enfermería) y el firme compromiso del gobierno local en los servicios de salud.

Los establecimientos de salud se componen de 316 centros de salud, que varían del tipo 1 al tipo 5, con servicios progresivamente más complejos, desde servicios de salud maternoinfantil exclusivamente en dispensarios de tipo 1 hasta servicios de salud curativos, dentales, mentales y para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual en los otros establecimientos. Los hospitales del sector público proporcionan más del 95% de la atención hospitalaria en la isla. El sector privado domina los servicios farmacéuticos y de diagnóstico y brinda casi la mitad de la atención ambulatoria a través de una amplia red de profesionales que ofrecen servicios especializados y de práctica general. Las organizaciones no gubernamentales y otros grupos prestan servicios de salud mediante un sistema de honorarios nominales.

Once hospitales (que representan el 70% de la población de pacientes en la atención pública) tienen en funcionamiento un sistema computarizado de Administración de la Salud del Paciente (PAS). El sistema básico de información para la atención secundaria está respaldado por el PAS. El sistema de atención primaria no es computarizado. Hay una gran diversidad de bases de datos para varios programas que provocan la fragmentación del sistema de información sobre la salud. Se ha encomendado a una comisión de estadísticas vitales, nombrada por el Gabinete en 2004, que garantice la producción de estadísticas vitales de manera oportuna y precisa. A tal fin, la OPS hizo posible una auditoría en 2005 y en este momento se están implementando recomendaciones.

La vigilancia de la enfermedad se realiza mediante la utilización de sistemas tanto activos como pasivos, e incluye establecimientos centinelas privados y públicos de atención primaria, hospitales, laboratorios y hoteles seleccionados. Hay vigilancia sindrómica centinela para la fiebre, fiebre y erupción cutánea, gastroenteritis y accidentes y violencia. Los datos obtenidos de los distintos sistemas de vigilancia se difunden a nivel nacional a través de boletines y a nivel internacional a través de informes semanales al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). En 2004, los informes puntuales superaban el 95%. Los sistemas de

Promoción de estilos de vida saludables en Jamaica

Las tres causas principales de mortalidad en la población en Jamaica son las enfermedades crónicas no transmisibles, que representan la mitad del total de defunciones anuales; el VIH/sida, con una prevalencia de 1,5% en los adultos y en el segundo lugar como causa de muerte entre los hombres y mujeres de 30 a 34 años; y los homicidios, que alcanzaron proporciones epidémicas en 2005, con una tasa de 63 muertes por 100.000 habitantes. El gobierno ha formulado una Política Nacional para la Promoción de Estilos de Vida Saludable, que conjuga los esfuerzos del sector público, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales, y alienta a los niños y niñas, adolescentes y adultos jóvenes a adoptar buenos hábitos, como el ejercicio físico, la buena nutrición y comportamientos sexuales responsables, y a aumentar su autoestima y resiliencia.

vigilancia de clase I, orientados a informar las enfermedades transmisibles, también incluyen casos como defunciones maternas, fiebre reumática, accidentes y envenenamiento. El Sistema de Vigilancia de Lesiones de Jamaica sigue funcionando desde los hospitales públicos más importantes. La vigilancia para los casos de VIH/sida se realiza mediante el hallazgo de casos y la vigilancia activa y pasiva. La vigilancia activa se realiza a través del contacto con laboratorios, hospitales, hospicios y médicos públicos y privados. Continuó la colaboración con el Laboratorio Nacional de Salud Pública, el Hospital de la Universidad de las Indias Occidentales y el CAREC para la confirmación de los casos de las enfermedades.

En Jamaica, el agua potable se suministra principalmente a través de agencias públicas tales como la Comisión Nacional del Agua (71%) y los consejos de los condados (suministros rurales de agua) y por parte de diversas compañías privadas. El control de la calidad del agua es responsabilidad conjunta del Ministerio de Salud, la Comisión Nacional del Agua y la Oficina de Regulación de Servicios Públicos. Se estableció un programa de vigilancia del agua de manera conjunta entre el Ministerio de Salud y la Comisión Nacional del Agua. El Ministerio establece los niveles residuales de cloro y, en menor medida, realiza análisis bacteriológicos, mientras que el control que ejerce la Comisión Nacional del Agua es de mayor frecuencia y complejidad.

Un informe de 2004 de la OPS (38) planteó inquietudes con respecto a la manera en que se realiza el control de calidad del agua a nivel de los condados, en cuanto a la cantidad de muestras versus la población atendida, la frecuencia del muestreo, y la disparidad de las normas aplicadas entre los condados.

El censo nacional de 2001 (12) indicó que aproximadamente 20.000 hogares (2,6%) no disponían de instalaciones para la eliminación de excretas, mientras que aproximadamente 119.000 hogares (15,9%) no contaban con instalaciones para higienizarse (ducha, fregadero) dentro de su vivienda.

Si bien en 2003 hubo un aumento del 50% en el número de casos de enfermedades diarreicas en el grupo de edad de menores de 5 años en comparación con 2002, los esfuerzos nacionales

para tratar estas enfermedades se están centrando en los aspectos curativos y la educación de la salud, y no en la calidad del agua y el saneamiento. El manejo de los desechos sólidos en Jamaica está legislado a través de la Ley Nacional de Manejo de Desechos Sólidos con sus correspondientes regulaciones para la concesión de licencias, tasas, reciclado y manejo de desechos peligrosos. La Autoridad Nacional de Manejos de Desechos Sólidos es la agencia gubernamental reguladora que supervisa este sector y cuatro vertederos de desechos en un sistema compartido de eliminación de desechos sólidos. La recolección de desechos sólidos se subcontrata a empresas privadas a través de un arreglo entre el sector público y el privado. Aunque hay cuatro vertederos en toda la isla, ninguno cumple con los requisitos mínimos necesarios para calificar como rellenos sanitarios. La Evaluación Regional de la OPS de 2002 sobre el Manejo de Desechos Sólidos en América Latina y el Caribe (39) informó que los jamaicanos producen 2.670 toneladas de desechos sólidos diariamente (56% orgánicos en composición). Se informó que la cobertura para la recolección municipal de desechos sólidos era del 63%.

Según un informe de 2001 sobre el Estado del Medio Ambiente, preparado por el Instituto de Estadísticas de Jamaica (40), las actividades de minería y explotación de canteras son responsables del 50% de las emisiones al aire en Jamaica. El censo de 2001 (12) indica que el 43% de todos los hogares quema sus desechos sólidos. Los cuatro vertederos para la eliminación de desechos sólidos en la isla están frecuentemente en llamas y, por lo tanto, contribuyen a la contaminación del aire y la producción de otros efectos ambientales perjudiciales para la salud de los residentes de las cercanías.

Con más de 150 hoteles autorizados y 13.500 habitaciones, Jamaica depende en gran medida del turismo. Se ha promocionado y desarrollado el turismo masivo en particular. En 2004, los visitantes de la isla, incluidos los pasajeros de cruceros, sumaron 2,5 millones, una cifra casi equivalente al total de la población nacional. Los sectores turístico y económico, a su vez, dependen en gran medida de los recursos naturales del país y, por lo tanto, son vulnerables a cualquier degradación de los recursos costeros. En

décadas recientes, los impactos negativos consecuencia de desarrollos urbanos y turísticos mal planificados, incluida la introducción de prácticas inadecuadas de saneamiento y eliminación de desechos sólidos, han afectado la calidad del agua y los ecosistemas en las proximidades de las costas, especialmente en los destinos turísticos del norte y noroeste (41). Según un estudio de 2000 sobre los efectos negativos del turismo en la ecología de Jamaica, los turistas consumen 10 veces más agua y producen 3 veces más desechos sólidos que el residente promedio (42), y los desechos generados por las embarcaciones (cruceiros y barcos comerciales) generalmente se vierten en el mar.

El gobierno ha llevado a cabo algunas iniciativas positivas con el apoyo de agencias internacionales y organizaciones locales no gubernamentales. Entre ellas se encuentra la introducción del Certificado Green Globe en 2005; los primeros cinco hoteles del mundo en recibir el Certificado Green Globe 21 se encuentran en Jamaica. (Green Globe 21 es una asociación mundial, un parámetro de referencia y un sistema de certificación destinado a alentar un turismo sustentable, ecológicamente responsable y basado en los principios de la Agenda 21 para el desarrollo sustentable aprobada por 182 Jefes de Estado en la Cumbre de la Tierra de la ONU en Río de Janeiro en 1992.) Se han producido resultados importantes en la reducción del consumo de agua, productos químicos y energía, así como en la producción de desechos sólidos (41). El certificado Bandera Azul (*Blue Flag*), un programa de certificación internacional voluntaria, se implementó en Jamaica en 2005 como una herramienta ambiental para estimular la planificación adecuada y la administración de la recreación costera. Mediante el sistema de premios, se otorga el derecho a izar una bandera azul a las playas que cumplen con criterios rigurosos relacionados con factores como la calidad de las aguas de baño, la limpieza y la seguridad; cinco playas obtuvieron esta distinción en 2005 (1).

Casi una década atrás, la diarrea de los viajeros se reconocía como uno de los problemas de salud más importantes que afectaba a los turistas que visitaban Jamaica. Una encuesta llevada a cabo entre marzo de 1996 y mayo de 1997 (43) indicó que uno de cada cuatro turistas en Jamaica padecía de diarrea durante su estadía. El Ministerio de Salud, en colaboración con el Ministerio de Turismo y asociaciones hoteleras, ha implementado intervenciones para reducir la diarrea de los viajeros en hoteles en Negril y Bahía Montego, que se han extendido progresivamente a todos los condados que ofrecen atracciones turísticas. Entre estas intervenciones se incluyen la capacitación de gerentes y supervisores de hoteles en el Análisis de Peligros en Puntos Críticos de Control (ARICPC), la certificación de manipuladores de alimentos y la certificación de hoteles. En 34 hoteles de siete condados se estableció un sistema de vigilancia de la diarrea, infecciones respiratorias agudas y accidentes entre los huéspedes y el personal. Actualmente, las cuatro regiones turísticas principales dan parte a los departamentos de salud pública local y al Mi-

nisterio de Salud, y la tasa nacional de incidencia de diarrea de los viajeros se encuentra por debajo del 5%. Las tasas de accidentes también han disminuido tanto para el personal como para los huéspedes en los últimos años; en los casos en que las tasas permanecen proporcionalmente altas, los departamentos de salud pública local trabajan con hoteles en particular para identificar y resolver cuestiones de seguridad.

La capacitación en el ARICPC se considera una prioridad para reducir los riesgos en la industria hospitalaria de enfermedades transmitidas por los alimentos. Las investigaciones llevadas a cabo en colaboración con el CAREC y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos a causa de un mayor número de informes sobre brotes de enfermedades transmitidas por alimentos en hoteles, con posterioridad al huracán Iván en 2004, dieron lugar a intervenciones para controlar la calidad de los huevos. Se utilizó un nuevo manual de políticas y procedimientos para operar 65 centros de capacitación de manipuladores de alimentos en toda la isla en 2004. Esto dio como resultado un aumento del 38% en el número de manipuladores de alimentos entre 2003 (25.281) y 2004 (34.808).

En 2005, se informaron 116 accidentes laborales al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, un aumento del 16% con respecto al año anterior. De estos casos, el 66% reunió los requisitos para ser sometido a investigación. Se notificaron seis defunciones relacionadas con incidentes en el lugar de trabajo. Sin embargo, hay una grave falta de notificación de casos en esta área.

Luego de la temporada de huracanes de 2004, el gobierno de Jamaica encargó la actualización del código de edificación nacional. La temporada de huracanes de 2005 acentuó aún más la vulnerabilidad de Jamaica a inundaciones y desprendimientos de tierras. Se están promocionando medidas de reducción de riesgos para ayudar a garantizar el funcionamiento de los servicios esenciales durante huracanes y tormentas tropicales.

En 2003, se lanzó un programa nacional para la vigilancia del virus de las Indias Occidentales. Jamaica está también sumamente alerta a la potencial transmisión de la influenza aviar a las poblaciones de pájaros silvestres locales y las aves de corral de uso comercial. La vigilancia de la influenza aviar se implementó en 2005 en colaboración con el Ministerio de Agricultura y la Asociación de Aves de Corral. Hasta la fecha, no se han registrado casos de influenza aviar altamente patógena en la población de aves de corral de uso comercial. La aparición de este tipo de influenza aviar tendría graves consecuencias para la economía nacional y repercutiría directamente en la seguridad de los alimentos, dado que el 86% del consumo de proteínas de la población proviene de las aves de corral.

Se realizan pruebas de detección en busca de extractos bovinos en todos los productos farmacéuticos que contienen ingredientes de origen animal. En 2003 se dispuso una prohibición en la carne de res y los productos con carne de res importados de diversos países y sigue vigente en algunos casos.

Servicios de atención a las personas

Durante el período de 2001 a 2005, la atención se centró en la reorganización de los servicios de salud mental. En la actualidad, el énfasis está colocado en la desinstitucionalización, la integración del componente de salud mental dentro de la atención de salud general, y la capacitación y recapacitación de los trabajadores de salud mental y reasignación en la comunidad. La prestación de la atención de salud mental se realiza a través de servicios secundarios y ambulatorios. Hay un hospital psiquiátrico (Bellevue) y dos unidades psiquiátricas. Once de los hospitales generales también ofrecen servicios psiquiátricos. Actualmente funcionan 11 dispensarios de salud mental en toda la isla, ya sea a través de centros de atención de salud primaria o dispensarios de consulta externa de hospitales generales. Además, varias iglesias brindan servicios comunitarios de salud mental. En 2005, el Hospital Bellevue observó una disminución en la estancia hospitalaria de pacientes hospitalizados por casos agudos a 14 días para mujeres y 28 días para hombres, en comparación con 60 días antes de 1998. Este logro formó parte de un esfuerzo constante de reintegrar a los pacientes lo antes posible a sus familias y comunidades.

Los servicios de salud mental orientados a niños y adolescentes se han expandido de tres sitios en la región sureste a una red descentralizada de dispensarios en las cuatro Autoridades Regionales de Salud. Además de los servicios clínicos, el nivel central brinda a las regiones asesoramiento y apoyo técnico, incluida la capacitación en el manejo de niños y adolescentes con problemas de salud mental. En 2005 se desarrollaron pautas para el manejo del maltrato infantil, y 100 trabajadores de la salud recibieron capacitación en este campo.

El mandato del Consejo Nacional sobre el Abuso de Drogas es el alivio del abuso de drogas a través del desarrollo y la implementación de programas eficaces de prevención de la drogadicción. Las poblaciones objetivo incluyen a los jóvenes con alto y bajo nivel de alfabetización, los padres, la comunidad en su conjunto, el lugar de trabajo y los clubes de servicio. Las actividades incluyen la generación de información sobre el abuso de sustancias basada en evidencia, la capacitación, la promoción de la salud, la movilización social y la defensa. En 2005, se lanzó una red de bases de datos de información sobre venenos y sustancias venenosas, que operará fuera de la Universidad de Tecnología.

Los servicios de rehabilitación ofrecidos en el sector público incluyen fisioterapia, trabajo social, terapia del habla y terapia ocupacional. Los terapeutas privados proporcionan una variedad de servicios, aunque generalmente están disponibles solo en los grandes centros urbanos. El Centro de Rehabilitación Sir John Holding en Kingston, que cuenta con 71 camas, ofrece servicios de rehabilitación a corto y largo plazo. Las organizaciones no gubernamentales en el Centro brindan apoyo a las personas con discapacidades mediante prótesis, zapatos ortopédicos y sillas de ruedas; dirigen un taller de artesanías y ayudan con la provisión de educación, capacitación en destrezas y vivienda.

La prestación de servicios dentales se realiza esencialmente a través de la atención primaria. Los dentistas realizan extracciones en su mayor parte, mientras que el trabajo del personal de enfermería dental se centra fundamentalmente en el segmento poblacional de 0 a 18 años e incluye los procedimientos de restauración y prevención.

El tratamiento oncológico, la atención intensiva y la diálisis renal se ofrecen en los tres hospitales tipo A. Además, la atención intensiva se ofrece en un hospital especializado: el Hospital de Niños Bustamente en Kingston. Dos establecimientos privados y uno no gubernamental ofrecen servicios diarios de diálisis.

Los laboratorios de salud pública ofrecen servicios de pruebas de laboratorio en los hospitales públicos más importantes. El Laboratorio Público Nacional con sede en Kingston es un establecimiento de referencia que ofrece servicios en microbiología, citología, hematología, análisis bioquímicos, histología, inmunología, y pruebas ambientales.

El Servicio Nacional de Transfusión de Sangre atiende tanto a pacientes públicos como privados y recibe sangre de 10 centros de extracción. La toma de muestras de sangre alcanzó el punto más bajo en 2005 con 22.000 unidades, una cifra insuficiente para cubrir la demanda nacional y que representa una disminución del 6% con respecto a los niveles de extracción de 2004. La mayoría (90%) de las unidades se extraen de miembros de la familia y donantes de reposición. Solamente el 10% de los donantes se considera voluntario. En respuesta a la escasez de sangre a nivel nacional, se han formado nuevas asociaciones exitosas con el sector privado, los medios de comunicación e instituciones académicas de nivel secundario y terciario para alentar la donación voluntaria de sangre.

Muchos otros programas dentro del Ministerio de Salud también han adoptado un amplio enfoque intersectorial, incluidos los programas del VIH/sida, salud mental, promoción de la salud y estilos de vida saludables, salud ambiental, nutrición y prevención de la violencia. Los socios incluyen organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, instituciones académicas y grupos comunitarios, entre otros.

Promoción de la salud

La Política Nacional de 2004 para la Promoción de Estilos de Vida Saludable en Jamaica incorpora los sectores público y privado, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y a las comunidades en un enfoque intersectorial para abordar las prioridades nacionales de salud. El objetivo de la política es disminuir la incidencia de enfermedades crónicas (cardiopatía, diabetes, hipertensión, obesidad y cáncer del cuello uterino) y también desalentar la práctica de conductas sexuales de alto riesgo y las que derivan en violencia y lesiones, a través de la adopción de conductas que promuevan la salud por parte de la población general y, en particular, los niños más pequeños, adolescentes y

adultos jóvenes. Otros elementos conductuales clave fomentados a través del plan estratégico de la política incluyen la actividad física, hábitos nutricionales saludables, la prevención o el abandono del hábito de fumar, el desarrollo de la autoestima, la resiliencia y destrezas para desenvolverse en la vida.

Durante el período de revisión de 2001 a 2005, el Ministerio de Salud supervisó y facilitó varios programas e intervenciones para abordar las cuestiones relacionadas con la violencia. Estos incluían la Iniciativa de Estilos de Vida Saludable dirigida a la comunidad en el área propensa a la violencia de Mountain View de la región sureste, y el proyecto CAMP Bustamante (Proyecto de Mitigación del Maltrato Infantil), una iniciativa respaldada por UNICEF, que funciona fuera del Hospital de Niños Bustamante e identifica a los niños de la comunidad que han sido víctimas de maltrato sexual o físico o de abandono y lleva a cabo intervenciones orientadas a estos niños y a sus padres o personas encargadas de su cuidado. Se siguieron haciendo progresos durante el período de revisión en relación con el programa Cambio desde Adentro, financiado por la Universidad de las Indias Occidentales (UWI), que promueve el enfoque de la enseñanza centrada en el niño en toda escuela que aborde las necesidades emocionales y el desarrollo social de los niños y apoye el cambio sinérgico positivo en los cuatro planos: individual, padres y hogar, el entorno escolar y la comunidad en su conjunto. En cuarto lugar, en noviembre de 2004, se inauguró la subsidiaria jamaicana de la Alianza para la Prevención de la Violencia. De alcance internacional, la Alianza para la Prevención de la Violencia es una iniciativa no gubernamental intersectorial que promueve la prevención de la violencia a través del intercambio de información y el fortalecimiento de las políticas relacionadas con este tema.

Alentar la participación masculina en los servicios preventivos y curativos de atención de salud sigue siendo un desafío en Jamaica. En 2005, se desarrolló y difundió información sobre planificación familiar específicamente orientada a los hombres. El Ministerio de Salud ha iniciado un enfoque integrado hacia la salud familiar que le sigue a un enfoque anterior basado en el ciclo de vida y esto se refleja en el nuevo manual borrador sobre salud familiar. Durante el período de 2001 a 2005, los esfuerzos se dirigieron a la integración de la salud adolescente y el cuidado de las personas de edad dentro de los servicios de atención de la salud a nivel primario.

Recursos humanos

El sector de salud continúa enfrentando una importante escasez de personal de salud en muchas categorías clave, a excepción de los médicos. La vacante total de personal de enfermería matriculado aumentó de 17% en 2003 a 26% en 2004. Las tasas de vacantes para los asistentes de enfermería y los enfermeros de salud pública inscriptos aumentaron en un 12% y 13%, respectivamente. El déficit también se observa entre los farmacéuticos, radiólogos, trabajadores de la salud mental comunitaria, educa-

dores de la salud e inspectores de salud pública matriculados. Las razones principales citadas para la escasez crónica de profesionales de los servicios de salud pública son la emigración a Canadá, los Estados Unidos y Gran Bretaña y al sector privado local, además de una insatisfacción general con las condiciones laborales. Además hay una falta de incentivo en los salarios y las remuneraciones para el personal que se desempeña en la atención de salud primaria versus secundaria, que en última instancia aparta a los servicios disponibles de los aspectos más preventivos de la atención de salud. También existen desigualdades en la distribución del personal entre las zonas urbanas y rurales, ya que la mayoría del personal de salud elige trabajar en las ciudades más importantes del país. Si bien el gobierno se ha embarcado en un programa de reclutamiento de profesionales de la salud de otros países, como Cuba y Nigeria, se considera que esta solución es solamente a corto plazo. Se ofrecen programas de capacitación para todas las categorías de personal de salud en los niveles básico y posterior al básico, con varias escuelas de enfermería y universidades disponibles. Sin embargo, debido a las actuales reducciones en la disponibilidad de fondos para capacitación, muchos estudiantes no pueden comenzar o continuar sus estudios planificados. Además, se presentan más candidatos que plazas disponibles. Esto genera números insuficientes de graduados cada año en varias disciplinas. En 2003, el Ministerio de Salud informó 8,5 médicos del sector público y 16,5 enfermeros del sector público cada 10.000 habitantes.

Suministros de salud

En Jamaica existe una producción limitada de medicamentos elaborados con materias primas importadas. La Unidad de Normas y Regulaciones del Ministerio de Salud brinda información sobre las cantidades de medicamentos que se importan y el importador a la Junta Internacional de Control de Narcóticos, como parte de la relación informativa de la Unidad para precursores químicos y sustancias controladas. El Ministerio de Salud regula, supervisa y controla la importación de materias primas, medicamentos, vacunas y reactivos de laboratorio, mediante su aprobación del registro del medicamento y el permiso de importación. Jamaica tiene una pujante distribución privada de medicamentos (comercio minorista). Los distribuidores locales registran el medicamento y obtienen permisos de importación en nombre de los fabricantes. La compra y la distribución de productos farmacéuticos e insumos médicos para el sector de salud pública se realizan a través de un organismo de derecho público del Ministerio de Salud, Health Corporation Limited. Existe un sistema de vigilancia de los productos farmacéuticos para garantizar el mantenimiento de la calidad. El farmacéutico del gobierno y el Laboratorio del Caribe de Pruebas de Medicamentos también brindan su apoyo para garantizar la calidad. Más del 90% de la provisión de vacunas para el programa de inmunización nacional se compra a través del Fondo Rotatorio de

la OPS para la Compra de Vacunas. La lista de Vital, Esencial y Necesario (VEN) se actualizó en 2005 y guía la prescripción del sector público, mientras que el Formulario Nacional de Medicamentos, también elaborado por el Ministerio de Salud, es para un uso más amplio en el sector privado.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

Numerosas conexiones con la Universidad de las Indias Occidentales, el Consejo Caribeño de Investigación Sanitaria y otras organizaciones regionales e internacionales han guiado las iniciativas de investigación y capacitación dentro de los servicios de salud de Jamaica. La primera Conferencia del Caribe alguna vez realizada sobre Ética de la Investigación, organizada por la Universidad de las Indias Occidentales, la Universidad de Miami y la OPS se llevó a cabo en el 2005 en la Universidad de las Indias Occidentales. El uso de técnicas laparoscópicas para diagnóstico y tratamiento ha aumentado las opciones de prestación de servicios y ha contribuido a la disminución de la morbilidad y la duración de la hospitalización para muchas afecciones quirúrgicas. En la actualidad el sector público tiene a su disposición la exploración con tomografía axial computarizada. Además, el sector privado dispone de otras máquinas, como la de imágenes por resonancia magnética y establecimientos para radioterapia de excelente calidad. En 2005 se comenzó a realizar pruebas de recuento de células CD4 y de reacción en cadena de la polimerasa en el sector público.

Gasto y financiamiento sectorial

El financiamiento del sector de salud proviene fundamentalmente de las asignaciones presupuestarias del gobierno que están suplementadas por las tarifas de los usuarios y los ingresos de organizaciones no gubernamentales y socios para el desarrollo internacional. Durante el período fiscal 2004–2005, hubo un aumento del 13,7% en el gasto total presupuestario del gobierno con respecto a 2003–2004. El Ministerio de Salud recibió US\$ 245 millones, lo que representa 4,5% del presupuesto total del gobierno. Aproximadamente el 83,0% del aumento en la asignación para salud se utilizó para pagar las deducciones estatutarias pendientes acumuladas. Las tarifas de los usuarios, que se recaudan de los pacientes en los centros de salud, hospitales, y diversos establecimientos gubernamentales, representaron el 14% de la asignación presupuestaria del gobierno y, por lo tanto, son una importante fuente de ingresos para las Autoridades Regionales de Salud. Las cuatro Autoridades Regionales de Salud y el Hospital de la Universidad de las Indias Occidentales recibieron US\$ 215 millones o el 90,4% del presupuesto ordinario del Ministerio de Salud para prestar servicios de salud a la población (25). Los gastos farmacéuticos representaron el 20% del gasto total en salud. El presupuesto del sector de salud pública representó el 2,7% y 2,6% del PIB a precios corrientes en 1999 y 2002, respectivamente (44). El

gasto estatal en salud (es decir, la suma de desembolsos pagada por entidades estatales para el mantenimiento, la restauración o la mejora de la salud como un porcentaje del gasto total de salud) fue 56,7%, mientras que los gastos privados representaron el 43,3%. Los gastos directos netos de los gastos de hogares para la atención de la salud representaron 63,6% de los gastos de salud privada. Los datos sobre el gasto del período fiscal 2004–2005 revelaron que el costo de recursos humanos representó 82,6% del total del gasto ordinario para las Autoridades Regionales de Salud, en comparación con el 79,3% en el período 2003–2004, lo que es indicativo de un claro riesgo de que los gastos de salud que no corresponden a salarios están siendo exprimidos, produciendo un impacto en la prestación de servicios. Además, el gasto total estatal en salud siguió siendo virtualmente el mismo entre 1998 y 2004, período durante el cual el porcentaje del gasto osciló de 45,7% a 58,6%, con una media de 52,2%. Durante este período, también ha habido una devaluación constante del dólar jamaicano de J\$ 37,2 = US\$ 1 a J\$ 61,4 = US\$ 1, una devaluación del 63%. Esto ha afectado aún más la capacidad del gobierno de brindar servicios de salud adecuados para la población.

Cooperación técnica y financiera en salud

Durante el período de revisión de 2001 a 2005, Jamaica recibió asistencia de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), el Banco Mundial, y la Unión Europea, entre otros. Hasta el final de 2005, la nueva Asistencia Oficial para el Desarrollo sumó un total de US\$ 19,8 millones.

En 2002, el Banco Mundial otorgó al gobierno de Jamaica un préstamo de US\$ 15 millones para su programa de control del VIH/sida. A este respaldo le siguió en 2003 un subsidio de US\$ 23 millones del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Referencias

1. Jamaica, Instituto de Planificación de Jamaica. Encuesta Económica y Social de 2005.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Sitio Web de las repercusiones económicas del turismo.
3. Instituto de Planificación de Jamaica; Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Programa de las Naciones Unidas y el Caribe para el Desarrollo. Evaluación macro-socio-económica y ambiental del daño causado por el Huracán Iván, 10–12 de septiembre de 2004. Kingston; 2004. [Informe no publicado].
4. Jamaica, Instituto de Planificación de Jamaica. Encuesta sobre las Condiciones de Vida. 2003.
5. Jamaica, Instituto de Planificación de Jamaica. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Jamaica. Abril de 2004.

6. Jamaica, Instituto de Planificación de Jamaica. Encuesta Económica y Social de Jamaica de 2004.
7. Banco Mundial. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Perfil del país de Jamaica.
8. Instituto de Planificación de Jamaica. Marco de Política Socio-económica de Mediano Plazo de Jamaica 2004–2007. Febrero de 2005. Página 32.
9. Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas Capítulo 6: Delito y Globalización en Jamaica. En: Informe de Desarrollo Humano: Jamaica, 2005.
10. Jamaica, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Libro Verde. Revisado en 2006.
11. Jamaica, Instituto de Planificación de Jamaica. Datos de 2004.
12. Jamaica, Instituto de Estadísticas de Jamaica. Censo de Población de 2001.
13. Jamaica, Instituto de Planificación de Jamaica. Encuesta sobre las Condiciones de Vida. 2001; 2004.
14. McCaw-Binns A, Holder H, Spence K, Gordon-Strachan G, Nam V, Ashley D. Método de diversas fuentes para determinar la mortalidad en Jamaica: 1996 y 1998. Informe del consultor para la Organización Panamericana de la Salud. Agosto de 2002.
15. Figueroa JP, Ward E, Walters C, Ashley DE, Wilks RJ. Informe de la Encuesta sobre Estilos de Vida de Jamaica, 2000. [Encuesta no publicada].
16. Jamaica, Ministerio de Salud, Programa Nacional de Control de VIH/ITS. Actualización sobre la epidemia del VIH/sida en Jamaica. Enero–junio de 2005.
17. McCaw-Binns A, Alexander S, Lindo JLM, Escoffrey C, Spence K, Lewis-Bell K, Lewis G. Sobrevivir al embarazo en Jamaica—epidemiología en cambio y desafíos para el siglo 21. [Trabajo no publicado].
18. Jamaica, Ministerio de Salud. Informe. 2004.
19. Jamaica, Ministerio de Salud. Informe del Resumen Clínico Mensual. 2004.
20. Junta Nacional de Planificación Familiar de Jamaica; Instituto de Estadísticas de Jamaica; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Encuesta sobre Salud Reproductiva (RHS) en Jamaica 2002–2003.
21. Jamaica, Ministerio de Salud. Encuesta sobre Anticonceptivos en Adolescentes. 2001.
22. Fondo de Población de las Naciones Unidas; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Respondiendo a los derechos de los adolescentes al desarrollo y la participación en Jamaica: los hallazgos de cinco estudios de investigación en adolescentes en Jamaica. 2002.
23. Eldemire D. Envejecer en Jamaica. 2002.
24. Jamaica, Ministerio de Salud. Informe anual. 2004.
25. Jamaica, Ministerio de Salud. Informe sobre salud familiar. 2005.
26. Jamaica, Ministerio de Salud. Informes anuales sobre tuberculosis. 2003–2004.
27. Jamaica, Ministerio de Salud. Lepra. Informes anuales. 2003–2004.
28. Universidad de las Indias Occidentales, Instituto de Investigación de Metabolismo Tropical, Unidad de Enfermedad Drepanocítica. Informe. 2006.
29. Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (GFATM). Informe del Rendimiento del Subsidio (JAM-304-G01-H). Febrero de 2006.
30. Jamaica, Ministerio de Salud. Informe de la Encuesta sobre Conocimiento, Actitudes, Prácticas (KABP), 2004. Mayo–agosto 2004.
31. Jamaica, Ministerio de Salud, Programa Nacional del VIH/ITS. Noviembre de 2004.
32. Jamaica, Ministerio de Salud. Plan de acción de Jamaica para la Ampliación del Acceso Universal a los Servicios de Prevención, Atención y Apoyo al Tratamiento del VIH. Documento borrador. Abril de 2006.
33. Wedderburn M, Bourne D. Informe sobre la vigilancia del VIH/sida de segunda generación: encuesta sobre vigilancia de la conducta entre las mujeres trabajadoras. Jamaica; agosto de 2005. Página 8.
34. Jamaica, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional KABP. 2004.
35. Jamaica, Ministerio de Salud. Informe. 2002.
36. Blake G, Hanchard B, Gibson T, Wolff C, Samuels E, Waugh N, Simpson D. Incidencia del cáncer ginecológico, Kingston y St Andrew, Jamaica, 1973–1997, y Mortalidad por cáncer ginecológico, Jamaica, 1999. *West Indian Med J.* 2003; 52(4): 273–7.
37. Evaluación del Impacto de la Descentralización e Iniciativas de Delegación. Informe borrador. En: Informe de 2005 sobre el Desarrollo Humano en Jamaica. Mayo de 2003.
38. Organización Panamericana de la Salud. Revisión del Programa de Supervisión de la Calidad del Agua del Ministerio de Salud de Jamaica. 2004.
39. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la Evaluación Regional del Manejo de Desechos Sólidos en Latinoamérica y el Caribe. 2002.
40. Jamaica, Instituto de Estadísticas de Jamaica. El Medio Ambiente de Jamaica en 2001. Informe sobre Estadísticas Ambientales y Estado del Medio Ambiente. STATIN; Febrero de 2002.
41. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Informe sobre las auditorías ambientales para un turismo sustentable, 1997–2005.
42. Kozyr E. Los efectos negativos del turismo en la ecología de Jamaica. Estudios del Caribe, Universidad de York; 2000.
43. Steffen R, Collard F, Tornieporth N, Campbell-Forrester S, Ashley D, Thompson S, et al. Epidemiología, etiología e impacto de la diarrea del viajante en Jamaica. *JAMA.* 1999; 281:811-817.
44. Lewis M. Evaluación del Ministerio de Salud 2001–2005. Plan Estratégico. Informe final. 2005.

