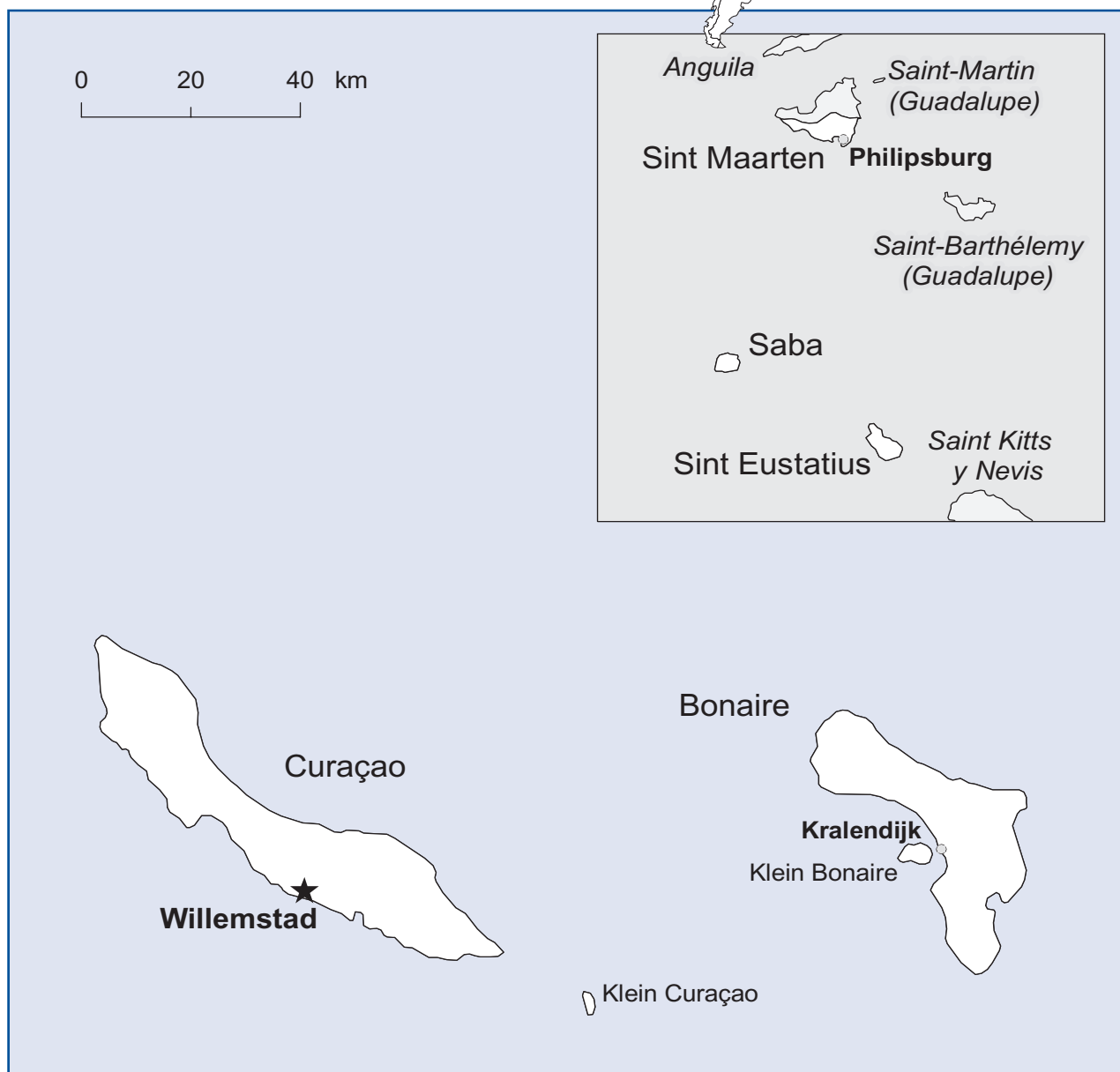


MONTSERRAT



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.

Montserrat, una de las Islas de Barlovento en el Caribe Oriental, se encuentra a aproximadamente 40 km al sudoeste de Antigua. Montserrat es una isla de origen volcánico; su topografía se caracteriza por la presencia de tres regiones montañosas —Silver Hills, Center Hills y Soufrière Hills— rodeadas por una pequeña franja costera de tierras bajas.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

La vegetación de la isla varía desde el exuberante bosque tropical en los puntos más elevados a los pastizales áridos en algunas zonas costeras. El territorio tiene fuentes termales, cañadas, playas de arena negra y una única playa de arena blanca en el norte. El país está bien irrigado por varios manantiales. El clima es tropical, por lo general atemperado por brisas marinas. La precipitación anual promedia los 1.475 mm y la mayor parte de la precipitación se produce en la segunda mitad del año. La temporada de huracanes abarca desde junio a noviembre.

Montserrat es un territorio británico de ultramar, con su propio sistema de gobierno. El Consejo Ejecutivo está constituido por un Primer Ministro, otros tres ministros elegidos, un Gobernador que representa a la Corona, un Procurador General y un Secretario de Hacienda. También hay un Consejo Legislativo integrado por 11 miembros, de los cuales nueve son de elección popular.

La mayoría de los residentes son descendientes de africanos. Las principales doctrinas religiosas profesadas en la isla son la anglicana (21,8%), metodista (17%), pentecostal (14,1%), católica romana (11,6%) y adventista del Séptimo Día (10,6%); en el resto de la población hay seguidores de la Iglesia de Dios, el hinduismo, el rastafarianismo y credos no especificados. El idioma oficial es el inglés corriente, pero en la vida cotidiana se habla mucho un dialecto del inglés característico de Montserrat.

El aeropuerto Gerald's ofrece servicios regulares de vuelos entre las islas y hay vuelos hacia y desde el aeropuerto internacional V. C. Bird en Antigua, centro de conexión con otros destinos. La unidad monetaria es el dólar del Caribe Oriental (EC\$), con una paridad fija de EC\$ 2,70 por US\$ 1.

El volcán Soufrière Hills entró en actividad el 18 de julio de 1995. La posterior actividad eruptiva a fines de los años noventa y las más recientes expulsiones de ceniza y material volcánico han condicionado la vida de los residentes de la isla. Más de la mitad de los 12.000 habitantes abandonaron la isla después de la erupción de 2000.

A comienzos de agosto de 2005, se formó un nuevo domo de lava en el cráter del volcán Soufrière, después de un período de

vigorosas emisiones de ceniza y explosiones que se iniciaron en junio de ese año. Esta fue la primera efusión de lava en dos años después del gigantesco colapso del anterior domo en junio de 2003. El Plan de Desarrollo Sostenible 1998–2002 indicó que, según las consultas públicas y un análisis de las políticas, el futuro de Montserrat depende del desarrollo del norte de la isla.

La pérdida de Plymouth y otras importantes zonas urbanas y agrícolas en la parte sur de Montserrat fue un factor clave que afectó la economía del territorio. La evacuación asociada con la actividad volcánica fue una de las causas primordiales de la pérdida de capitales. Hay una probabilidad de uno en cuatro de que la actividad magmática continúe en los próximos 30 años. En estas condiciones, la zona situada al norte de la línea de las montañas Lawyers está a salvo de casi toda actividad volcánica intensa y es por lo tanto adecuada para todas las formas de desarrollo. Se efectuaron evaluaciones continuas de los daños para determinar las verdaderas pérdidas causadas por la actividad volcánica. En el período examinado, se desarrollaron partes del norte y esta zona continuó absorbiendo una cantidad considerable de las actividades de desarrollo sin causar daños a largo plazo en el medio ambiente.

La crisis volcánica tuvo repercusiones particularmente dramáticas en el sector privado. No sólo abandonaron la isla los grandes inversores internos sino que también se destruyeron propiedades y se fragmentaron mercados locales que sostenían a las pequeñas y medianas empresas. Muchas empresas se endeudaron y resultaron diezmados subsectores clave que antes de la crisis se había proyectado desarrollar, como el turismo, la tecnología de la información y la industria liviana orientada a las exportaciones (1).

El volcán Soufrière Hills continuó presentando erupciones intermitentes y a veces se depositaron grandes cantidades de ceniza en zonas habitadas, lo cual provocó la alteración de la enseñanza escolar y de los medios de vida de las personas.

Determinantes sociales, políticos y económicos

La crisis volcánica ha sido una permanente causa de vulnerabilidad, dependencia y pobreza en Montserrat. En respuesta al objetivo del Plan de Desarrollo Sostenible 1998–2002 de buscar

protección mediante la asistencia social, el gobierno de Montserrat emprendió la instauración de un sistema amplio e integrado de asistencia social que proporcionara una red de seguridad para los grupos vulnerables y respondiera a sus necesidades inmediatas. El Plan abandonó la entrega de vales de alimentos durante la crisis, que eran parte del programa de asistencia pública antes de la erupción, y estableció en cambio un sistema de asistencia social que ha estado en funcionamiento desde 2000 y que proporciona un subsidio básico para alimentos. Además, desde 2001 el gobierno otorga un subsidio para los inquilinos vulnerables de las viviendas propiedad del Estado. Los principales beneficiarios de este programa fueron los ancianos y las personas con discapacidad mental o física, que no tenían otros medios de sostén.

Desde la erupción del volcán Soufrière Hills, el turismo se redujo en su mayor parte a visitantes por un día provenientes de Antigua y Nevis. Los datos muestran que la cantidad de visitantes por un día y turistas que pernoctaban en la isla aumentaron un 11% en 2000, en comparación con 1999; también hubo un subsiguiente aumento de 9% en 2001. En 2002, hubo 12.400 visitantes, lo cual representa una disminución de 10% con respecto a los 13.700 registrados en 2001. Esta caída es en gran medida atribuible a la extensión de la zona de exclusión del volcán, que volvió inaccesible muchas villas y el hotel Vue Pointe.

En 2004, el PIB al costo de los factores fue de US\$ 35,0 millones, en comparación con US\$ 30,6 millones en 2001. En 2004, el PIB a precios corrientes fue de US\$ 41,0 millones, en comparación con US\$ 34,7 millones en 2001. La tasa de inflación en 2002 fue de 3,5%.

La mayoría de las personas que participaron en una encuesta de evaluación de la pobreza efectuada en 2002 concordaron en que había pobreza en Montserrat, si bien afectaba sólo a unas cuantas personas. Se identificaron varios grupos como posiblemente expuestos al riesgo: las familias encabezadas por mujeres solas que no tenían ningún apoyo, los ancianos (especialmente los que no contaban con apoyo de sus familias), las personas que sufrían problemas mentales y no podían cuidar de sí mismas, las adolescentes que necesitaban ayuda y los varones jóvenes en potencia descontentos, con bajo rendimiento escolar o que habían abandonado los estudios sin concluirlos.

La encuesta antes mencionada estableció una clasificación para las personas que tienen dificultades en la isla: las que definitivamente no tienen lo suficiente para vivir, las que posiblemente no lo tengan, las que a duras penas logran vivir de sus ingresos, las que van tirando y las personas que no tienen problemas económicos. La clasificación ilustró las circunstancias excepcionales existentes en Montserrat y destacó la naturaleza multidimensional de las pérdidas causadas por la erupción volcánica y sus secuelas, en particular la pérdida de las redes de apoyo (el capital social) que en el pasado habían ayudado a las personas en épocas difíciles (2). Según el censo de 2001, 2.029 personas eran económicamente activas (1.154 hombres y 875 mujeres). La tasa de desempleo fue de 13%, con 169 hombres y 100 mujeres desempleados.

El sistema educativo de Montserrat incluye escuelas públicas y privadas. En 2005, había tres escuelas maternas, dos escuelas primarias públicas, dos escuelas primarias privadas y una escuela secundaria pública.

En 2002 se abrió una guardería nueva y se amplió otra, lo cual permitió que más niños tuvieran acceso a la educación preprimaria a un costo mínimo. El acceso a la educación primaria también aumentó en 2002 con el agregado de un cuarto grado en una escuela primaria; en 2005, se incluyeron dos grados más. En 2004, el gobierno creó la Escuela Técnica de Montserrat.

De las 2.082 familias registradas en el censo de 2001, 1.759 tenían acceso al abastecimiento público de agua corriente en el interior de sus viviendas; 210 tenían abastecimiento público de agua corriente en sus patios; 72 utilizaban tomas públicas de agua; 10 tenían agua corriente suministrada por un proveedor privado; 3 usaban cisternas públicas; y el resto utilizaba otros medios de abastecimiento de agua. Del total de familias, 1.521 contaban con inodoros conectados a pozos negros; 296 tenían inodoros conectados a alcantarillas; 135 tenían letrinas de fosa; 77 no contaban con sanitarios y 53 dependían de otros medios.

Demografía, mortalidad y morbilidad

En 2005, a mediados de año se estimó una población de 4.785 habitantes. La tasa de crecimiento demográfico en 2003 y 2004 fue de 2,4% y 2,5%, respectivamente.

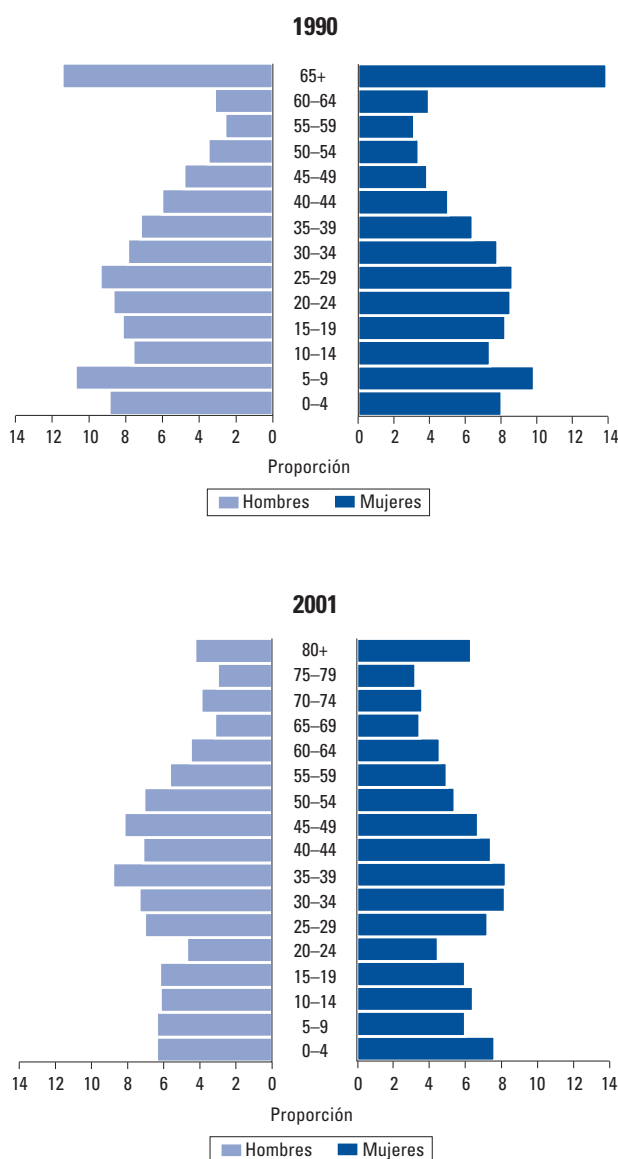
El Censo de Población y Vivienda de 2001 calculó la población residente en 4.465 personas, 2.405 (53,9%) hombres y 2.060 (46,1%) mujeres. Esta cifra representó una disminución de 42% con respecto al censo de 1991 (que estableció una población total de 10.639 habitantes, 49,7% hombres y 50,3% mujeres). Este patrón de crecimiento y disminución alternados de la población ha sido una característica en Montserrat desde que se comenzaron a efectuar censos. La figura 1 muestra la estructura de la población por edad y sexo en 1990 y 2001.

Según el censo de 2001, la población menor de 15 años de edad representaba 19,3% (8.669 individuos) de la población total ese año; el grupo de 15 a 64 años de edad constituía 65,0% (2.910); las mujeres en edad fecunda (15 a 49 años de edad) representaban 23,0% (997). Las personas nacidas en la isla constituían 82,0% de la población y las no nacidas en la isla, 18,0%. Desde la erupción volcánica, la población de Montserrat se ha concentrado en el norte de la isla.

Las enfermedades transmisibles crónicas en las que influyen los modos de vida predominaron en los perfiles de la morbilidad y la mortalidad. Entre las principales causas de muerte estaban la hipertensión, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y las neoplasias malignas.

En el período de 1999 a 2003, hubo 204 defunciones por causas definidas. Las cinco causas principales fueron: enfermedades del sistema circulatorio, con 32,3% (84) de las defunciones; neoplasias malignas, con 16,3% (42); diabetes mellitus, con 15,8% (41); enfermedades de las vías respiratorias, con 8,5% (22); y trastornos

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Montserrat, 1990 y 2001.



mentales y del comportamiento, con 5,8% (15). En el total de defunciones por todas las causas (260), hubo más muertes de hombres (139) que de mujeres (121). Hubo una sola defunción materna en 2001 causada por complicaciones del embarazo. En 2004 y 2005, se produjeron 71 defunciones por causas definidas. Las cinco principales causas de muerte fueron la diabetes mellitus, con 17,4% (20) de las defunciones; paro cardíaco, con 15,7% (18); enfermedades hipertensivas, con 14,8% (17); accidentes cerebrovasculares, con 7,0% (8); y cardiopatías isquémicas, con 7,0% (8). Considerando las defunciones por todas las causas (115), hubo más defunciones de hombres (65) que de mujeres (50).

Los inmigrantes provienen en su mayoría de países de la CARICOM (principalmente Dominica, Guyana y Saint Kitts y Nevis), los Estados Unidos de América y el Reino Unido.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Entre 2000 y 2005, el número de niños nacidos vivos fue de 252. No se produjeron defunciones en este grupo de edad. El número de niños con bajo peso al nacer (menos de 2.500 g) varió entre 1 en 2000 y 10 en 2005. Hubo seis mortinatos en el período en cuestión. Hay consultorios de salud infantil que atienden semanalmente en todos los centros de salud; el registro de los niños menores de 5 años en los consultorios fue de 100%.

Salud de los niños de 5 a 9 años

No se produjeron defunciones en este grupo de edad. En 2000, había 287 niños de 5 a 9 años de edad; los datos de salud escolar indicaron que 119 niños de este grupo de edad fueron examinados por un médico y una enfermera especializada en salud de la familia. No se notificaron casos de desnutrición proteinoenergética, pero se detectó obesidad. Cada año, se realiza entre abril y mayo el examen físico de los escolares para grupos específicos de edad, desde la escuela maternal a la primaria y la secundaria. Se administran las inmunizaciones requeridas según la edad y se actualizan los registros de vacunación. El examen físico incluye mediciones de la talla, el peso y la visión, exámenes odontológicos y pruebas de laboratorio para determinar la hemoglobina. En 2002, se examinó a 176 alumnos de 5 a 15 años de edad de cinco escuelas (90 varones y 86 mujeres). De ellos, 78 (44,3%) presentaron resultados normales y 98 (55,7%), resultados anormales; las caries dentales fueron el principal resultado físico anormal. Otros problemas fueron la anemia (4), el peso inferior al normal (8) y el sobrepeso (18). La relación entre varones y mujeres con peso inferior al normal fue de 1:3 (3).

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

No hubo defunciones entre los adolescentes de 10 a 14 años de edad y se registraron cuatro defunciones entre el grupo de 15 a 19 años. Las causas de muerte fueron enfermedades del sistema circulatorio (1) y causas externas (3). Nacieron 35 niños hijos de mujeres menores de 19 años en el período de 2000 a 2005, de las cuales cuatro eran menores de 16 años. Hubo un caso notificado de infección por el VIH en el grupo de 15 a 19 años de edad.

Salud de los adultos (20-59 años)

Hubo 16 casos nuevos de infección por el VIH y se notificó una defunción por sida entre los adultos. Se ofrecieron sesiones semanales de planificación familiar, donde se distribuyeron pí-

doras anticonceptivas, anticonceptivos inyectables, condones y dispositivos intrauterinos (DIU). Entre 2000 y 2003, los centros de salud registraron 604 aceptaciones de la planificación familiar. La mayoría de los partos se produjeron en el hospital y fueron asistidos por personal profesional de salud. Según los informes mensuales de los dispensarios de distrito, 71,4% de los lactantes eran amamantados exclusivamente a las seis semanas y 25,7% fueron amamantados exclusivamente hasta los cinco meses. En 2001, se registró a 53 mujeres embarazadas en los dispensarios de distrito, de las cuales nueve presentaban anemia entre leve y moderada. La mayoría de los niños (112) nacidos durante 2004 y 2005 fueron hijos de mujeres de 30 a 34 años de edad (31 niños), seguidos por los niños de madres de 20 a 24 años (24 niños). En esos mismos años, 27 madres dieron a luz por cesárea; la mayoría de las intervenciones de cesárea se realizaron en madres de 30 a 34 años de edad.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2001 y 2002, la relación de dependencia por edad era de 0,54; la relación entre hombres y mujeres en este grupo era de 1:1. Existía una prevalencia creciente de la demencia y sus complicaciones y muchas personas de edad avanzada recibían servicios psicogerítricos.

En esos mismos años, las personas de más de 60 años de edad representaban aproximadamente 16% de la población. Había 149 personas de más de 85 años en 2002 y 165 en 2004. Muchos de los ancianos son asistidos en sus hogares por parientes y amigos. En 2003, había 125 personas de edad avanzada en instituciones gubernamentales. Se produjeron 99 defunciones en el grupo de 65 años en adelante en 2004 y 2005. Las principales causas de muerte fueron paros cardíacos (18), diabetes mellitus (16), enfermedades hipertensivas (12), cardiopatía isquémica (6) y accidentes cerebrovasculares (5). De las 1.132 personas hospitalizadas entre 2004 y 2005, 302 (27%) pertenecían al grupo de 65 años en adelante. Los ancianos constituían la mayoría de las personas que recibían ayuda económica y asistencia social.

Salud de la familia

Según el censo de 2001, el tamaño medio de las familias era de 2,1 personas. De las 2.082 familias, 1.391 estaban encabezadas por un hombre y 691, por una mujer, en contraste con 1997, cuando era mayor el número de familias encabezadas por una mujer (4).

En 2005, 287 familias (dentro y fuera de la isla) recibían ayuda económica de asistencia social, con un costo medio mensual de US\$ 39.600. Se otorgaron subsidios para cuidados en hogares sustitutos para cubrir los gastos de manutención de 13 niños, con un costo mensual de US\$ 1.444. Se aprobó el otorgamiento de subsidios por una sola vez a 250 personas, para paquetes de alimentos, necesidades domésticas, útiles escolares, gastos fúnebres

y costos médicos. El costo total de esos subsidios por una única vez fue de aproximadamente US\$ 101.800.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

El índice de Breteau para *Aedes aegypti* fue superior a 5%, lo cual indicó que eran probables los brotes de **dengue**. En el período examinado no se notificaron casos de **malaria**, **fiebre amarilla**, **enfermedad de Chagas**, **esquistosomiasis** ni **peste**.

Enfermedades inmunoprevenibles

No hubo ningún caso de **tos ferina**, **rubéola**, **tétanos**, **tétanos neonatal** o **difteria** durante el período de 2001 a 2005. La vacunación contra la difteria, el sarampión, la parotiditis, la tos ferina, la poliomielitis, la rubéola y el tétanos se ha mantenido en niveles superiores a 95% durante el período. El programa nacional de inmunización incluye las siguientes vacunas: antipoliomielítica oral, antidiftérica, antitosferínica, antitetánica, contra *Haemophilus influenzae* tipo b, contra la hepatitis B y contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR).

En 2005, la cobertura de vacunación con antígenos fue de 100% con la MMR (en niños de 12 a 23 meses de edad); en los lactantes (menores de 12 meses), la cobertura de vacunación con la tercera dosis de las vacunas DPT/HepB/Hib fue de 98%, y con la OPV, fue de 98%.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Entre 1999 y 2005, hubo 19 personas (8 varones y 11 mujeres) en quienes las pruebas para detectar la infección por el VIH dieron resultados positivos, incluidos dos pacientes prenatales, un donante voluntario de sangre y cinco personas que buscaban empleo, quienes regresaron a sus países de origen. Los registros sanitarios anteriores a 1999 se perdieron durante la evacuación. La mayoría de los casos notificados correspondieron al grupo de 20 a 49 años de edad (89,5%); una de las personas infectadas tenía 18 años y otra, 50.

Entre 1999 y 2003, se efectuaron pruebas a 520 donantes de sangre; 15 tuvieron resultados positivos para la hepatitis B.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Entre 2001 y 2002, se llevó a cabo una evaluación de la calidad de la atención prestada a pacientes con hipertensión y diabetes. Se examinó a un total de 137 pacientes que concurrían a cuatro dispensarios públicos. Setenta y ocho (57%) de esos pacientes eran mujeres. Entre los 200 hombres hospitalizados en 2000, las principales causas de hospitalización fueron **traumatismos** (18%), **hipertensión** y **enfermedades cardíacas** (15%), **enfer-**

medades del aparato digestivo (14%) y diabetes e hipercolesterolemia (12%). Entre las 189 mujeres hospitalizadas, las principales causas fueron diabetes mellitus (15%), hipertensión y enfermedades cardíacas (13%), enfermedades del aparato genitourinario (12%) y enfermedades del aparato digestivo (9%).

Enfermedades cardiovasculares

Hubo 55 defunciones por estas causas, desglosadas en paros cardíacos (18), enfermedades hipertensivas (17), cardiopatías isquémicas (8), enfermedades cerebrovasculares (8), insuficiencia cardíaca (2) y otras enfermedades del aparato circulatorio (2).

Neoplasias malignas

Entre 2004 y 2005, hubo 14 defunciones provocadas por neoplasias malignas. Los principales tipos de cáncer fueron el de próstata (5 defunciones), de colon (2 defunciones), de mama (2 defunciones), de páncreas (1 defunción), de útero (1 defunción) y en otros sitios (3 defunciones).

OTRAS ENFERMEADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud mental

En 2005, 80% de los pacientes con enfermedades mentales eran esquizofrénicos; en 5% se diagnosticó el trastorno bipolar y en 15%, otras enfermedades mentales, como psicosis inducidas por drogas, alcoholismo, psicosis orgánica y demencia senil. Había 100 pacientes incluidos en el registro de salud mental, de los cuales 70% eran hombres y 30%, mujeres.

Salud oral

En 2002, se examinó a un total de 176 niños mediante el programa escolar de salud oral. De ellos, 75 (43%) no presentaban caries; 48 (27%) tenían de 1 a 3 caries, 29 (17%) tenían de 4 a 5 caries y 24 (14%), 6 o más caries.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El Ministerio de Salud tiene la misión de asegurar que todos los servicios de salud disponibles para los residentes de Montserrat sean de buena calidad y asequibles, y que promuevan la participación de la comunidad.

El Plan de Desarrollo Sostenible 2003–2007 tiene seis objetivos estratégicos: promover la retención de la población actual en el territorio y fomentar el regreso de los ciudadanos de Montserrat que viven en el extranjero; promover la gestión económica prudente, el desarrollo sostenido, una economía diversificada y la generación de oportunidades de empleo; fomentar el desarrollo y el bienestar humanos y mejorar la calidad de la vida de todos los

habitantes de la isla; asegurar el buen gobierno fortaleciendo la administración pública y promoviendo la participación de la sociedad civil; mejorar y ampliar las relaciones exteriores como una forma de facilitar la integración de Montserrat en el entorno regional y mundial; y procurar que el desarrollo de Montserrat sea sostenible desde el punto de vista ambiental e incluya estrategias apropiadas para la mitigación de desastres. Los objetivos específicos para el sector salud comprendidos en el Plan son formular estrategias sanitarias apropiadas, incluido un plan nacional de desarrollo sanitario; examinar las disposiciones y políticas que rigen las operaciones del sector salud; fortalecer la gestión institucional del sector; ofrecer capacitación médica y de enfermería apropiada; ofrecer servicios adecuados de especialistas; establecer políticas para la prevención del VIH/sida; intensificar la promoción de la salud; fortalecer acciones y medidas que inhiban modalidades y prácticas sociales, ambientales y del comportamiento que aumenten el riesgo de enfermedades en la población; instaurar procedimientos y programas adecuados para controlar o erradicar todas las enfermedades transmisibles mediante una amplia cobertura de inmunización y la concientización del público con el fin de promover modos de vida saludables; procurar que se aplique una política integral de manejo de los residuos sólidos, encaminada a garantizar la recolección, el almacenamiento y la eliminación eficientes y efectivos de los residuos en la isla; e iniciar un plan nacional de seguro de salud para garantizar el acceso universal a los servicios. El propósito esencial de los objetivos del sector salud es prestar servicios de salud y asistencia social adecuados y accesibles para los habitantes de Montserrat. Una encuesta de los ciudadanos de Montserrat que viven en el Reino Unido encontró que el suministro de servicios de atención de salud adecuados y de calidad es un requisito esencial para estimular su regreso al país natal.

El Plan Social 2005–2008 del Ministerio de Salud detalla la orientación estratégica para poner en práctica políticas sobre servicios de salud y comunitarios del gobierno de Montserrat. El Plan Social fue elaborado a partir del Plan de Desarrollo Sostenible del gobierno y el análisis de la información de retroalimentación proveniente de organismos gubernamentales, otros interesados y diversos departamentos. Las estrategias del Plan Social constituyen la base para los planes de actividades anuales.

Organización del sistema de salud

Las funciones relacionadas con la salud pública y los servicios comunitarios recaen en el Ministerio de Educación, Salud y Servicios Comunitarios. El Ministerio abarca el Centro de Operaciones, el Departamento de Salud y el Departamento de Servicios Comunitarios. El Centro de Operaciones se ocupa de la planificación y el análisis de las políticas para apoyar y fortalecer el sistema de salud y de examinar toda legislación que sea responsabilidad del Ministerio. El Departamento de Salud se encarga de prestar y administrar servicios primarios y secundarios de atención de salud

en el país y de asistir a los ciudadanos que deseen tener acceso a la atención terciaria en otros sitios del Caribe. El Departamento de Servicios Comunitarios es responsable del bienestar de las personas en Montserrat y proporciona asesoramiento al gobierno y protección y asistencia a quienes las necesitan.

El sistema de salud está organizado en servicios de atención primaria y secundaria. La atención primaria por lo general se presta en el primer punto de contacto en la comunidad, como los cuatro dispensarios existentes en el territorio (St. Johns, Cudjoe Head, Salem y St. Peters), y mediante actividades de salud ambiental, dental, nutricional y promoción de la salud. La atención secundaria se presta en el hospital Glendon, que cuenta con 30 camas, e incluye atención ambulatoria y de pacientes hospitalizados, cirugía, ortopedia, obstetricia y ginecología. El acceso a la atención terciaria, definida como atención médica altamente especializada para pacientes hospitalizados, se ofrece mediante derivaciones de pacientes a instituciones en el extranjero.

Servicios de salud pública

El programa de control de vectores hizo hincapié en el control del mosquito *Aedes aegypti*. Se efectuó la vigilancia bimestral en los puertos marítimos y aéreos de entrada. La Autoridad del Agua de Montserrat es responsable de la distribución de agua potable y el Departamento de Salud Ambiental, una dependencia del Ministerio de Salud, se ocupa de la vigilancia del abastecimiento. La población contó con un abastecimiento confiable de agua potable proveniente de manantiales situados en la zona habitada. A pesar de la exposición periódica a la precipitación de cenizas del volcán, estas fuentes continuaron produciendo agua de buena calidad; el agua fue sistemáticamente sometida a análisis periódicos de laboratorio en una institución regional del Instituto de Salud Ambiental del Caribe.

La eliminación de aguas negras continuó representando un reto; se introdujeron nuevas tecnologías, pero fueron escasas la percepción y la aceptación del público. El sistema de eliminación de aguas negras más difundido eran los fosos sépticos con pozos de absorción. Dada la estructura del suelo en Montserrat, es difícil lograr una tasa aceptable de infiltración para eliminar sin riesgos las aguas residuales. Se espera que con dos plantas de tratamiento de aguas negras y una propuesta laguna de maduración para los nuevos desarrollos habitacionales se logren superar los retos existentes. El manejo de residuos sólidos ha mejorado lentamente. Las operaciones del relleno sanitario y una estrategia de reducción de los residuos tuvieron poco éxito. La promoción de la salud y las actividades de prevención continúan siendo las principales estrategias para modificar los comportamientos de la población con el fin de lograr un medio ambiente más limpio.

En toda la isla, la calidad del aire siguió siendo adecuada, ayudada por los vientos predominantes y las escasas emisiones de fuentes tales como los automóviles. No obstante, las emisiones de ceniza del volcán continuaron afectando a la población, princi-

palmente en el sur de la isla. La vigilancia del polvo fue suspendida por el observatorio del volcán de Montserrat debido a fallas en el equipo. Los componentes de las cenizas volcánicas, como dióxido de azufre y cloruro de hidrógeno, eran vigilados diariamente. Se proporcionaron mascarillas a los residentes y se les aconsejó usarlas durante las precipitaciones de cenizas o al limpiar áreas afectadas por estas.

Las actividades de control de los alimentos se concentraron en la vigilancia, la focalización del saneamiento, la calidad de los alimentos y el establecimiento de alianzas con organismos tales como la Asociación de Consumidores. Mediante el aumento de la frecuencia de inspección de los establecimientos donde se expenden alimentos y la formación de redes con las partes interesadas, en particular el público, el Departamento de Salud del Ministerio de Salud logró un considerable progreso en la provisión de alimentos más inocuos para el consumo. No hubo casos confirmados de intoxicación alimentaria, si bien pareció existir un incremento en la cantidad de intoxicaciones por ciguatera asociadas con diversas especies de pescado.

La meta del programa de alimentación y nutrición es mejorar el estado de salud alimentaria y nutricional de la población aumentando la seguridad alimentaria de las familias, protegiendo a los consumidores mediante una mayor calidad y seguridad de los alimentos, cuidando a los grupos socioeconómicamente desfavorecidos y vulnerables desde el punto de vista nutricional, promoviendo una alimentación apropiada y modos de vida saludables, previniendo y tratando las carencias de micronutrientes, evaluando, analizando y vigilando la situación alimentaria y nutricional e incorporando objetivos relacionados con la nutrición en las políticas y planes nacionales y sectoriales de desarrollo.

Servicios de atención a las personas

El gobierno emprendió continuamente programas para mejorar la atención de salud en los niveles primario y secundario. En 2002, el centro de salud de St. Johns fue ampliado para incluir consultorios, espacios de oficina, dependencias para los médicos y el personal médico y un centro diurno de atención de la salud mental. También se amplió el centro de salud de St. Peters. Estas mejoras aseguraron un mejor entorno para proporcionar servicios básicos de salud en las diversas comunidades. En 2002, se gastaron US\$ 2,1 millones para expandir los servicios de salud. Esto aumentó la capacidad de atraer a cirujanos especialistas y ampliar los tipos de procedimientos disponibles en la isla, con lo cual disminuyó la necesidad de trasladar a pacientes al exterior para su atención.

El quirófano del hospital Glendon fue completado y equipado totalmente con un costo de US\$ 555.000. En 2004, se terminó una morgue nueva y moderna en el hospital Glendon.

Durante el período de 2000 a 2003, se transfirió a 98 pacientes desde el hospital Glendon a un establecimiento de salud del exterior para su tratamiento o atención especializada. Los pacientes

La vida bajo el volcán

Después de la erupción de 2000 del volcán Soufrière Hills, las tres cuartas partes de la población abandonaron Montserrat. Los habitantes de la ciudad de Plymouth y otras zonas urbanas del sur que permanecieron y habitaban o cultivaban las tierras productivas para la agricultura de esa zona se vieron forzados a huir precipitadamente, abandonando sus hogares, negocios y granjas; y debieron reubicarse en el norte, lejos de la devastación y las permanentes amenazas del volcán. El desplazamiento de la población hizo sentir sus consecuencias en la economía. El turismo se extinguió, ya que las casas de campo y el principal hotel quedaron atrapados en la zona de exclusión del volcán. Los principales bienes agrícolas y comerciales fueron destruidos, lo que perjudicó al sector privado. El Plan de Desarrollo Sostenible 2003–2007 del gobierno señala como medida fundamental para la reconstrucción del país retener a la actual población del territorio y alentar el regreso de aquellos que lo abandonaron. A fin de compensar la pérdida de las redes de apoyo social, el gobierno desarrolló un sistema integral de asistencia para dar contención a los grupos más vulnerables. Este sistema provee un subsidio básico para alimentos destinado a los más necesitados y un subsidio de alquiler para los inquilinos de viviendas del estado en situación difícil, principalmente ancianos y personas con discapacidad física o mental.

fueron a Antigua (80), Guadalupe (13), el Reino Unido (1), Trinidad (2), Jamaica (1) y los Estados Unidos de América (1). En 2001 se produjo el mayor número de transferencias (34).

Hay un banco de sangre que funciona desde el laboratorio del hospital. En 2000, el laboratorio alcanzó un nivel satisfactorio de operación, con todos sus departamentos en completo funcionamiento, incluido el de bacteriología. Ese año, el laboratorio efectuó 106.475 pruebas hematológicas, bioquímicas, bacteriológicas, de reagina plasmática rápida (RPR) y de detección del VIH y hepatitis.

Tres instituciones ofrecen cuidados y albergue a los ancianos: Margetson Memorial Home, Hill View Home y Golden Years Home; entre 2004 y 2005, había 98 residentes en esas instituciones.

La unidad de salud mental se ocupa de aumentar y fortalecer los servicios psiquiátricos y de salud mental. Con ese fin, se pusieron en práctica las siguientes iniciativas: se enmendó la ley de salud mental; se formuló una política de salud mental; se reactivó el comité de salud mental; se dio prioridad a las necesidades de alojamiento de las personas con problemas mentales; se crearon programas educativos para el público, y se identificó una zona para establecer una instalación segura de atención de agudos. Actualmente no existe ninguna institución de atención mental en Montserrat y los pacientes con problemas son tratados en la comunidad, continúan viviendo en las diversas comunidades y tienen acceso a la atención mediante visitas a un dispensario de salud mental y la participación en terapia de grupo y ocupacional. Si es necesario, las personas son hospitalizadas en el Hospital General.

En 2003, se preparó un plan de salud dental para crear y poner en práctica programas de aseguramiento de la calidad de la atención odontológica; restablecer y revisar los programas de prevención y de salud dental en las escuelas; mejorar el programa de atención dental gubernamental; ofrecer capacitación continua al

personal; establecer un sistema de entrada y recuperación de datos de los registros dentales; y revisar la política concerniente a la accesibilidad del tratamiento para el público en general.

Promoción de la salud

En la Unidad de Promoción de la Salud había un educador en salud. En 2005, se formó un equipo intersectorial de promoción de la salud con la participación de representantes de ONG y el sector privado, dentro y fuera del ámbito de la salud. Se creó el equipo para que comentara sobre las actividades y proyectos de salud y contribuyera a evitar la duplicación de esfuerzos en las actividades de salud. Además, asesoraba sobre cuestiones vinculadas con la promoción de la salud, redactaba una columna periodística, “Rincón de la salud”, que abarcaba diversos temas de salud y ofrecía consejos, actualizaciones e información general sobre la salud. El equipo también colaboró con el coordinador de las actividades para combatir el VIH/sida, participó en el seguimiento de un programa de prevención y atención del cáncer cervicouterino, difundió las estrategias de la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud entre colegas y otros interesados e impartió clases sobre promoción de la salud en un programa de capacitación para enfermeras.

Recursos humanos

La educación continua para los trabajadores de salud durante el período examinado incluyó la participación en seminarios o cursos sobre bancos especiales de sangre, gestión del laboratorio y gestión de la calidad, salud y seguridad ocupacionales, informática sanitaria, anestesia, enfermería psiquiátrica, salud pública, educación en enfermería, gerontología; radiografía de

diagnóstico, manejo de víctimas en masa, tratamiento del estrés, lactancia materna, uso del monitor fetal, control de infecciones y plan de atención de enfermería.

Suministros de salud

En Montserrat no se producen medicamentos, reactivos ni productos biológicos. Todo lo necesario se importa por medio de la Organización de Estados del Caribe Oriental y el Servicio de Compras Farmacéuticas, que realiza auditorías anuales de las adquisiciones. El banco de sangre dependía de donantes voluntarios o de reposición para reabastecer el suministro. No existían comités de acreditación ni organismos reguladores.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

En octubre de 2000, con el propósito de determinar los efectos, si los hubiera, de la ceniza volcánica sobre la función pulmonar, un consultor y su equipo provenientes del Reino Unido realizaron una encuesta sobre la exposición a las cenizas en 400 residentes locales.

Gasto y financiamiento sectorial

En 2003, los gastos ordinarios en salud sumaron US\$ 3,9 millones y aumentaron a US\$ 4,3 millones en 2004 y a US\$ 4,6 millones en 2005. La recaudación de ingresos en el hospital Glendon durante 2003–2005 incluyó US\$ 10.000 en el departamento de rayos X; US\$ 45.000 en el laboratorio; US\$ 48.000 por la conservación de cadáveres en cámaras frigoríficas; US\$ 15.000 por víctimas; US\$ 34.000 por medicamentos y materiales; US\$ 22.000 por cirugía; US\$ 1.000 por anestesia; US\$ 1.000 por uso del quirófano; US\$ 13.000 por las salas; y US\$ 3.000 por electrocardiogramas (5). Los gastos reales y previstos para el sector salud y de asistencia social en el período de 2003 a 2005 totalizaron US\$ 3,2 millones.

Cooperación técnica y financiera en salud

La globalización ha tenido efectos tanto positivos como negativos en el desarrollo de Montserrat. Montserrat, como uno de los miembros fundadores de la CARICOM y la OECS, continuó participando en los asuntos regionales y abordó los retos que afrontan

los pequeños estados insulares. La Unión Europea tomó medidas para establecer una alianza más sólida entre los territorios de ultramar y los estados europeos. El Tratado de Roma de 1957 definió disposiciones especiales para la asociación de la comunidad europea con los territorios de ultramar, creando el Fondo Europeo para el Desarrollo y medidas concernientes al derecho de establecimiento y comercio. El financiamiento fue un elemento fundamental para el éxito del Plan de Desarrollo Sostenible y, a su vez, para que Montserrat pudiera alcanzar sus amplios objetivos de desarrollo. Los fondos disponibles determinaron el ritmo y el éxito del desarrollo de Montserrat. Gran parte de la infraestructura que se perdió por la erupción volcánica tuvo que ser reemplazada con un costo considerable. Si bien se destinaron recursos sustanciales para reemplazarla, aún queda mucho por hacer. La pérdida de dos terceras partes de la población condujo a una disminución de la captación de impuestos y otras fuentes de ingreso del gobierno. Estos menores ingresos, combinados con un aumento de los gastos, llevaron a un déficit presupuestario grande e insostenible, que requirió el financiamiento aportado por donantes. En el período de 2003 a 2005, se esperaba contar con el aporte en curso y planeado de fondos del Banco de Desarrollo del Caribe, el Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional, el Fondo Europeo para el Desarrollo, la República de Irlanda, la Organización Panamericana de la Salud y otras instituciones regionales, fuentes privadas y organismos (6).

Referencias

1. Montserrat, Ministerio de Finanzas, Unidad de Desarrollo. Montserrat Sustainable Development Plan. Montserrat Social and Economic Recovery Programme. A Path to Sustainable Development 1998–2002. 1998.
2. Montserrat, Ministerio de Finanzas, Unidad de Desarrollo. Unit. Making Ends Meet. Participatory Poverty and Hardship Assessment of Montserrat (PPA). July 2000. Final Report. 2001.
3. Montserrat, Ministerio de Salud, Atención Primaria de Salud. School Health Report 2002.
4. Gobierno de Montserrat. Montserrat Social Survey 1997.
5. Montserrat, Medical Records, Statistical Reports 1999–2003.
6. Montserrat, Ministerio de Finanzas, Unidad de Desarrollo. Montserrat Sustainable Development Plan 2003–2007.

