

SURINAME



- 1 Paramaribo
- 2 Saramacca
- 3 Wanica
- 4 Commewijne

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.

Suriname está ubicado en la costa nordeste de América del Sur y cubre una superficie de 163.820 km². Al norte limita con el Océano Atlántico y al este, sur y oeste con la Guayana Francesa, Brasil y Guyana, respectivamente. La topografía comprende una planicie costera angosta que se extiende de este a oeste, compuesta principalmente por un cinturón de sabana y selva tropical en la región montañosa.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

El territorio se divide en las zonas urbana y rural y el interior. La zona urbana, que comprende la ciudad capital de Paramaribo, la ciudad de Nieuw Nickerie en el oeste y partes del distrito de Wanica, cubre 0,4% de la superficie terrestre del país y está habitada por el 59,4% de la población total. La zona rural costera está habitada por el 29,6% de la población. Tanto la zona urbana como rural están ubicadas a lo largo de la costa, cubren el 10% de la superficie terrestre y tienen una densidad de población de 526,5 habitantes por km². La zona del interior hacia el sur, remota y densamente cubierta por la selva tropical, constituye el 90% restante del país y alberga solamente al 11% de la población, con una densidad de 0,2 habitantes por km². La mayor parte de la población del interior corresponde al grupo de los cimarrones (descendientes de los esclavos prófugos) y a los asentamientos tribales autóctonos de unas 100 a 4.000 personas, que carecen de o cuentan con muy pocos servicios básicos de sanidad, agua corriente por tuberías o electricidad.

Determinantes sociales, políticos y económicos

El Gobierno de Suriname da una alta prioridad al desarrollo sustentable, la reducción de la pobreza y la mejora de las condiciones de vida de su población, dentro de un marco democrático y de respeto a los derechos humanos. Suriname, antigua colonia holandesa, adquirió su independencia en 1975. El sistema político podría definirse como una democracia constitucional. Las últimas elecciones fueron en 2005. El gobierno actual cuenta con el apoyo de la mayoría en las 51 bancas de la Asamblea Nacional a través de una coalición de partidos políticos que representa más a los grupos étnicos que a las plataformas e ideologías políticas. El país está dividido en 10 consejos de distrito, con 62 consejos de subdistritos (*Resort Councils*).

El crecimiento del PIB para la mayor parte del período 2001–2005 se mantuvo alto y alcanzó el 7,8% en 2004. La minería, la agricultura y la manufactura son los sectores más importantes en

la economía de Suriname, con buenas perspectivas para los sectores de la construcción y el turismo. La minería de bauxita y la extracción de petróleo aún representan más del 90% del total de las ganancias de divisas; mientras que la agricultura, la silvicultura y la pesca representaron el 7,5% del PIB en 2002. Si bien la industria del turismo todavía se encuentra en una etapa inicial de desarrollo, muestra signos alentadores de crecimiento: en 2004, se registraron 137.000 llegadas de turistas, en comparación con 85.000 en 2003.

Las estadísticas nacionales indican que hay un gran sector informal que representa, por lo menos, el 20% del PIB y está compuesto por remesas de dinero de familiares en el extranjero, especialmente en los Países Bajos, y distintos tipos de actividades en pequeña escala de extracción de oro y tala de árboles. En 2000, el Jefe de la Sección Judicial del Cuerpo de Policía indicó que el tráfico de narcóticos se había convertido en una amenaza importante y estimó que se despachan a Europa aproximadamente 26.000 kg de cocaína por año, con un valor de venta en la calle apenas superior a US\$ 1.000 millones. De esta cifra, calculó que unos US\$ 300 millones permanecían en Suriname. La ubicación del país y su interior distante y escasamente poblado contribuyeron para que Suriname sea considerado un punto internacional de tránsito muy conveniente para el tráfico de drogas (2).

El país ha experimentado una pérdida significativa de mano de obra especializada debido a la emigración. Los Países Bajos son el país con mayor número de inmigrantes provenientes de Suriname, con 321.000 habitantes en 2004 (1) y una migración promedio de 3.300 personas provenientes de Suriname por año (3). La migración externa de profesionales calificados afecta varios sectores: en el sector de la salud, la tasa de migración externa de personal de enfermería es muy alta.

Según la definición local de pobreza, una persona o un hogar es considerado pobre si sus medios son insuficientes para cubrir sus necesidades humanas básicas, especialmente en cuanto a la alimentación. Las cifras correspondientes a las líneas de pobreza promedio del segundo trimestre de 2005 para Paramaribo y Wanica muestran que la línea de pobreza para un hogar constituido por un adulto sería US\$ 135 por mes y para uno constituido por

un adulto y dos niños, US\$ 281 por mes. La Oficina General de Estadísticas calcula que en 2000, entre el 60% y el 75% de la población vivía debajo de esta línea de pobreza. Las mujeres que viven en el interior, las mujeres sin pareja, los jóvenes y los adultos mayores son los grupos más afectados por la pobreza. En general, las mujeres son más pobres que los hombres (4), debido a la persistente desigualdad entre los sexos en el hogar y en la sociedad. La falta de acceso a empleos en el sector formal obliga a las mujeres a desempeñarse en actividades económicas informales, que, por lo general, suelen ofrecer condiciones laborales deficientes, riesgos para la salud, horas de trabajo irregulares y bajos ingresos (5). Siguiendo al sector público, la segunda actividad productiva más importante desempeñada por las mujeres es el sector privado de la agricultura. La mayoría de las familias rurales trabajan en pequeñas parcelas de tierra de su propiedad; las mujeres y los niños generalmente trabajan sin recibir remuneración. La pobreza también se observa entre los jóvenes y niños menores de 15 años de edad; el 61,6% de los miembros de este grupo vive en la pobreza. La prevalencia de la pobreza disminuye gradualmente con la edad, alcanzando el 46,3% en el grupo de 45 a 60 años. Sin embargo, el 52,1% de la población de adultos de más de 60 años vive por debajo de la línea de pobreza, porque el actual sistema de pensiones no cubre eficazmente las necesidades financieras de las personas jubiladas. Aunque la mayoría de los pobres reside en las áreas urbanas, los sectores que viven en la pobreza más extrema se encuentran en el interior del país (6). Sin embargo, esta gente está migrando gradualmente a Paramaribo; muchas son mujeres y la mayoría tienen una educación insuficiente y destrezas laborales mínimas (7).

La tasa de desempleo urbano disminuyó del 14% en 2001 al 8% en 2004 (8). La tasa de desempleo nacional es 9,5%; entre los jóvenes de 15 a 24 años, la tasa de desempleo en 2004 fue 15,8% para los hombres y 33,4% para las mujeres. Mientras que las mujeres se encuentran en desventaja a causa de oportunidades políticas, sociales y económicas desiguales, los hombres muestran un peor desempeño escolar y participan en actividades sociales y económicas adversas con más frecuencia que las mujeres.

En 2000, el promedio nacional de asistencia escolar infantil fue 77,5%, con una variación de un máximo de 80,9% para el distrito de Paramaribo y un mínimo de 51,7% para el distrito de Sipaliwini en el interior. Los bajos salarios docentes han derivado en la escasez de maestros calificados en las escuelas, lo que limita el acceso a una educación de calidad. La tasa general de alfabetización de la población de 15 años de edad y más es 86%; la tasa más alta (92%) se encuentra entre la población de 15 a 34 años. Las tasas de alfabetización disminuyen con la edad, descendiendo al 63% para la población de 65 años de edad y más. Las diferencias en la alfabetización entre los sexos aumentan con la edad, con una distribución equitativa entre sexos en el grupo de edad de 15 a 24 años pero con una diferencia de un 19,3% más para los hombres que para las mujeres en el grupo de 65 años y más. La tasa de alfabetización general es 93% en las zonas urba-

nas (94% para hombres, 92% para mujeres), 87% en los distritos rurales (89% para los hombres y 85% para las mujeres), y 51% en el interior (66% para hombres y 44% para mujeres) (9).

Las disparidades entre los sexos persisten, pese a los programas institucionalizados estatales y las iniciativas promocionadas por organizaciones no gubernamentales (ONG). El 20% (10) de las bancas del Parlamento Nacional están ocupadas por mujeres y, en general, los cargos decisivos y otros tipos de puestos de alta jerarquía están ocupados por el doble de hombres que de mujeres. El progreso de las mujeres en el mundo académico no se refleja en sus niveles de participación en el sector público no político ni en la empresa privada.

La violencia contra los niños y mujeres es una seria preocupación política y de la salud pública. En la primera mitad de 2005, se denunciaron ante la policía 139 casos de abuso sexual infantil y 59 casos de crueldad con niños. Los niños de ascendencia criolla y cimarrona representan dos tercios de estos casos. No existe un sistema formal de registro nacional de casos de violencia doméstica. Suriname es un país de tránsito y destino del tráfico de personas, especialmente con el fin de explotación sexual, como el trabajo sexual comercial en los campamentos mineros del interior del país (1).

Las políticas y los marcos legales para garantizar el desarrollo humano sustentable, basado en el respeto de los derechos humanos, son obsoletos o inexistentes, al igual que la respuesta a la violencia en particular contra las mujeres y los niños. Además, no existen medidas adecuadas para asegurar el acceso equitativo a un nivel básico de educación y salud ni a otros servicios sociales; si las hubiera, se podrían destinar inversiones sociales a los más necesitados y se fortalecerían las comunidades más necesitadas. Asimismo, no se dispone de datos que revelarían las disparidades con mayor claridad y proporcionarían la base de evidencia necesaria para la creación y gestión de políticas.

En la actualidad, el sector salud en Suriname enfrenta una serie de obstáculos importantes. Tales inconvenientes son el resultado de problemas macroeconómicos, la emigración de personal calificado a otros países, la escasez de medicamentos esenciales, el deterioro físico de la infraestructura de los servicios de salud y las deficiencias en la atención de la salud, especialmente en el nivel secundario.

El acceso al agua potable y los servicios sanitarios es desigual. Por cada residente urbano sin servicio de agua, hay dos habitantes del interior del país sin este mismo servicio. La distribución de los servicios sanitarios es aún más desigual: por cada residente urbano sin estos servicios, hay cuatro residentes rurales y 17 residentes del interior sin acceso a los mismos servicios. Los patrones de distribución para la cantidad y calidad de agua son similares. La contaminación con mercurio como consecuencia de actividades mineras en pequeña escala de extracción de oro en el interior, el uso excesivo de plaguicidas en tierras agrícolas en las zonas costeras rurales y la práctica generalizada del vertimiento de aguas servidas en las cunetas de las calles y los canales plan-

tean una seria amenaza a la calidad del agua potable. El único tratamiento de los suministros de agua pública urbana consiste en la aireación y el filtrado rápido para extraer el hierro y el manganeso. En el interior, el agua potable transportada por tuberías a menudo se extrae de ríos y se distribuye sin tratamiento previo. Los sistemas de distribución son deficientes debido al mantenimiento inadecuado, el robo del agua y las fugas, lo que genera averías de bombas, baja presión, abastecimiento discontinuo y un alto potencial de contaminación.

La calidad del agua de superficie en las zonas urbanas y rurales está gravemente amenazada, debido a prácticas sanitarias insuficientes, un nivel elevado de agua subterránea y las actividades industriales y mineras. Se prevé que la capa acuifera que proporciona agua a la población de Paramaribo estará agotada en 15 a 20 años. La situación en el interior es considerablemente peor que en otras regiones. Se espera que las mejoras al sistema de agua que se están implementando aumenten la capacidad del servicio de agua a 5.680 m³ por hora; la demanda proyectada para cuando las mejoras estén terminadas es 4.430 m³ por hora.

El vertimiento de basura por parte del público en general incrementa la propensión a inundaciones en los períodos de precipitaciones. Las botellas de tereftalato de polietileno, la basura hogareña e incluso los residuos semi-industriales generalmente se arrojan en las cunetas y canales, lo que ocasiona obstrucción generalizada de las cloacas y sistemas de alcantarillado.

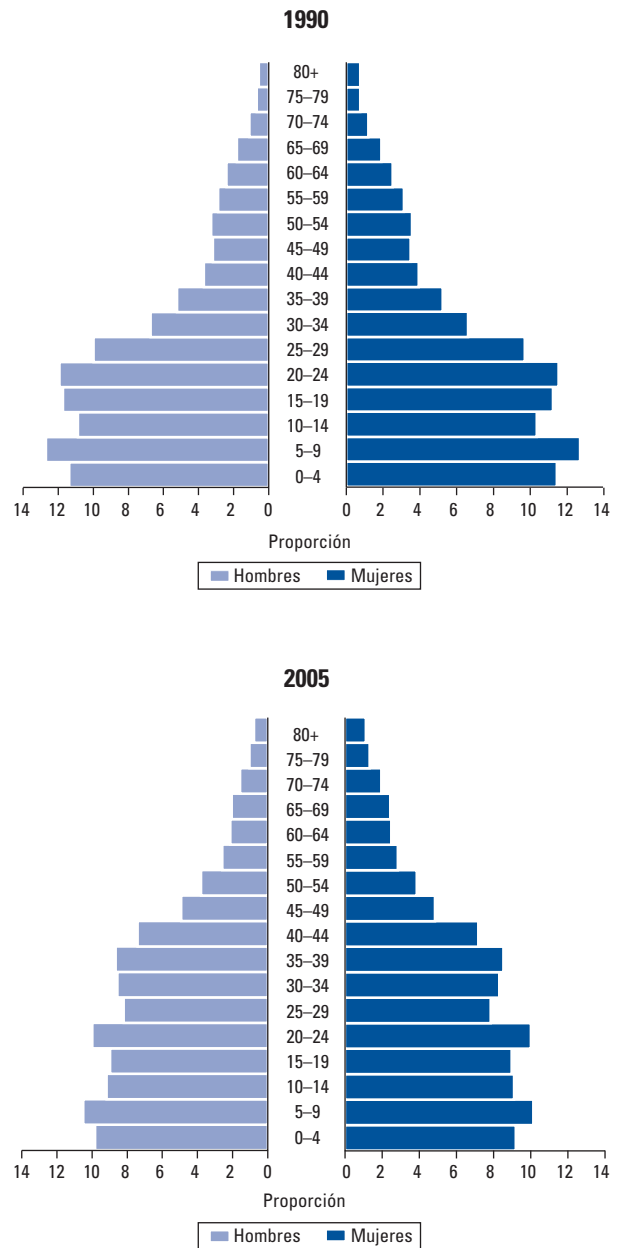
Demografía, mortalidad y morbilidad

Según el censo de 2004 (11), la población total de Suriname era 492.829 (50,3% hombres y 49,7% mujeres), una población reducida para la dimensión geográfica del país. La composición étnica era la siguiente: 27,4% de ascendencia indostana, 17,7% criollos, 14,7% cimarrones, 14,6% javaneses, 12,5% de etnicidad mixta, 3,7% amerindios, 1,8% chinos, 0,6% caucásicos y 7,2% de otras ascendencias/no notificado. Las religiones principales son el cristianismo (40,7%), el hinduismo (19,9%) y el islamismo (13,5%).

En 1980, la población era 355.240 habitantes (11). Con un crecimiento absoluto de 137.589, la población ha crecido un 38,7% en 24 años. La razón hombre/mujer tanto en 1980 como en 2004 fue 1:1. En 2004, el 10,5% de la población (51.837 habitantes) era menor de 5 años y 39% era menor de 20. El número de cimarrones se ha más que duplicado, de 35.838 en 1972 a 72.553 en 2005. La tasa de crecimiento anual general se mantuvo en 0,9% (12), en función del crecimiento positivo natural de la población (6.618 habitantes en 2001 y 5.773 habitantes en 2004), con un balance de crecimiento negativo constante de la migración entre 2001 y 2004. La estructura de la población de Suriname en 1990 y 2005, por edad y sexo, se muestra en la figura 1.

Se registró el 95% de todos los nacimientos (9). El número total anual de nacimientos varió de 9.052 a 10.188 para el período 2001–2004. Las tasas de natalidad bruta variaron de 19,4 a 22,3 nacimientos cada 1.000 habitantes anualmente durante ese

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



mismo período. La falta de notificación de nacidos vivos es un problema recurrente, debido a los reglamentos legales del Código Civil de Suriname, lo que da lugar a estimaciones menos precisas sobre las tasas de mortalidad infantiles y perinatales (13).

Aproximadamente se certifica sólo el 85% de todas las muertes consignadas en el Registro Civil. El número total de muertes registradas mostró un pequeño aumento, de 3.099 en 2001 a 3.319 en 2004.

CUADRO 1. Causas principales de mortalidad con el número de muertes, mortalidad proporcional y tasas de mortalidad, Suriname, 2004.

Causa	Número	% total ^a	% acum.	Tasa ^b
Enfermedades cerebrovasculares	456	15,8	15,8	92,5
Determinadas afecciones originadas en el período perinatal	244	8,5	24,3	49,5
Cardiopatías isquémicas	209	7,3	31,6	42,4
Enfermedad del VIH	152	5,3	36,8	30,8
Diabetes mellitus	133	4,6	41,4	27
Acto de intención no determinada	111	3,9	45,3	22,5
Insuficiencia cardíaca y complicaciones	67	2,3	47,6	13,6
Daño personal intencional (suicidio)	65	2,3	49,9	13,2
Neoplasias del útero	31	1,1	51,0	12,7
Neoplasias de la próstata	30	1	52	12,1

^aTotal de muertes definidas por la causa.

^bTasa por 100.000 habitantes.

Las tasas brutas de mortalidad permanecieron estables, con unas siete muertes cada 1.000 habitantes entre 2001 y 2004. La expectativa de vida al nacer fue de 69,7 años en 2005 (66,6 años para los hombres y 73 para las mujeres). En 2004, la tasa total de fertilidad promedio fue 2 nacimientos por mujer.

Las cifras registradas oficialmente sobre la migración externa son 2,5 veces más altas que las cifras de inmigración. Los inmigrantes procedían principalmente de los Países Bajos, China, Guyana y la Guayana Francesa (63%, 13%, 6% y 4%, respectivamente, en 2004). Como los inmensos márgenes de la selva tropical no permiten controles confiables, también existe una cantidad considerable de inmigración ilegal procedente de estos países. La emigración tampoco está debidamente documentada. Los Países Bajos son el principal país de destino para la migración externa; otros destinos incluyen a las Antillas Neerlandesas, la Guayana Francesa y los Estados Unidos (60%, 18%, 12% y 4% respectivamente, en 2004). Las tasas de migración interna se mantuvieron relativamente estables, con una migración importante hacia las áreas urbanas.

En el cuadro 1 se presentan las 10 causas principales de mortalidad en Suriname para 2004, por orden de importancia y sobre la base del 85% de las muertes certificadas.

Entre 2001 y 2004, el número más alto de muertes se produjo entre las personas de 65 y 79 años, lo que representa un promedio del 32% de todas las muertes. Durante este período, el porcentaje de muertes en ambos sexos se mantuvo constante en el 57% para los hombres y 43% para las mujeres (3). Hasta los 25 años de edad, se registra un porcentaje casi igual de mortalidad entre los sexos. Entre los 25 y 39 años de edad, el número de muertes entre los hombres es 2,5 veces más alto que entre las mujeres. Las principales causas de muerte para la población de 1 a 29 años son las externas; para el grupo de 30 a 39 años de edad es el sida y para el grupo de 40 años y más, las enfermedades cardiovasculares.

Las causas externas se mantienen como la principal causa de mortalidad entre los hombres hasta los 29 años, mientras que, en

el caso de las mujeres, las causas externas son la principal causa de muerte desde los 25 a los 39 años. Para los hombres en este grupo de edad, el sida es la segunda causa principal, aunque el número de muertes causadas por el sida es 2,4 veces mayor entre los hombres. Para el grupo de 50 años y más, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar, seguidas de las neoplasias malignas.

En 2003, el 68,1% de todas las muertes se produjo en el grupo de edad de 25 a 44 años. En 2004, este porcentaje disminuyó al 53,4%; mientras que, para el grupo de edad de 45 a 49 años, el porcentaje se duplicó de 8% en 2003 a 16,5% en 2004.

Entre las neoplasias malignas, se ubicaron en primer lugar aquellas que comprometían a los órganos digestivos, las que representan el 17,2% de todas las neoplasias malignas, seguidas de las del cuello uterino (9,8%), pulmones (6,1%), próstata (12,1%) y mama (9%). En total, las neoplasias malignas de los órganos reproductivos representaron el 22,5% de todas las neoplasias malignas entre las mujeres y el 12,1% entre los hombres en el año 2004.

En 2004, la mortalidad por diabetes mellitus representó el 5% de las 10 causas de muerte principales. Ese año, el 45% de las muertes por diabetes mellitus se registró entre la población de origen indostano, y el 35% de las muertes por enfermedades cardiovasculares también se registró entre este grupo demográfico. El 35% de las muertes por causas cardiovasculares se produjo entre la población de origen criollo, como también el 25% de las muertes por diabetes mellitus. Las poblaciones de ascendencia criolla y cimarrona representaron el 57% y el 21%, respectivamente, de las muertes relacionadas con el VIH/sida.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Según los datos censales de 2004, había 9.872 niños menores de un año, un 2% de la población total. El número de nacidos

vivos fue 9.717 en 2001 y 9.062 en 2004. Aproximadamente el 90% de todos los nacimientos recibió la asistencia de personal de salud calificado y el 10% restante fue asistido por parteras tradicionales. De los nacimientos asistidos por personal de salud calificado, alrededor del 90% se registró en hospitales y el 10% en establecimientos de atención de la salud primaria. El número de mortinatos aumentó de 202 en 2001 a 243 en 2004. La mayoría de éstos fueron consecuencia de enfermedades originadas en el período perinatal (48%), complicaciones obstétricas (22%), gestación breve y bajo peso al nacer (15%), complicaciones de enfermedades de la madre (9%) y malformaciones congénitas (4%). Si bien prácticamente todas las embarazadas reciben algún tipo de atención prenatal y el 91% visita consultorios por lo menos una vez (9), casi el 20% de las embarazadas no realiza la primera visita antes del segundo trimestre del embarazo.

La tasa de mortalidad infantil promedio fue 19 muertes cada 1.000 nacidos vivos durante el período de 2000 a 2004; pero disminuyó a 16 muertes cada 1.000 nacidos vivos en 2001. De 1990 a 1994, la tasa de mortalidad infantil se mantuvo constante en 21 muertes cada 1.000 nacidos vivos. El número de muertes en el grupo de menores de un año aumentó de 154 en 2001 a 174 en 2004. Las causas principales de muerte en este grupo fueron las infecciones intestinales, seguidas de enfermedades respiratorias y malformaciones congénitas. La tasa de mortalidad perinatal aumentó de 29,2 muertes cada 1.000 partos en 2001 a 39,3 en 2004. También se registró un notable aumento en la tasa de mortalidad neonatal temprana, a saber: 9,2 muertes cada 1.000 nacidos vivos en 2001 a 13,6 en 2004. La tasa de mortalidad neonatal tardía fue 1,6 muertes cada 1.000 nacidos vivos en 2001 y 1,1 en 2004. La tasa de mortalidad postneonatal fue 5 muertes cada 1.000 nacidos vivos en 2001 y 4,5 en 2004. La mayoría de las muertes neonatales tempranas se debió a complicaciones por gestación breve y bajo peso (47%), seguidas de hipoxia intrauterina y asfixia (17%), complicaciones de enfermedades de la madre (16%), malformaciones congénitas (9%), y complicaciones obstétricas (6%). Solamente el 13% de los niños menores de 4 meses tienen la lactancia materna como fuente de alimentación exclusiva.

Las causas principales de muerte en los niños de 1 a 4 años fueron infecciones gastrointestinales, seguidas de infecciones respiratorias y causas externas.

Alrededor del 13% de los niños menores de 5 años en Suriname tiene un peso inferior al adecuado, y el 2,1% tiene una deficiencia de peso grave. Aproximadamente el 10% de los niños mostraba graves retrasos del crecimiento y el 6,5% signos de emaciación. Existen diferencias notables entre la prevalencia de malnutrición en las zonas urbana y rural, y el interior. Los niños del interior son el grupo con mayor riesgo de malnutrición crónica. La disparidad se debe principalmente a la inaccesibilidad geográfica del interior del país. Sólo es posible acceder a muchas zonas por aire o agua, factor que origina grandes obstáculos para la disponibilidad y la distribución de productos y servicios. Más de la mitad de los niños hospitalizados por malnutrición son me-

nores de un año. El 75% de los niños de 1 a 4 años hospitalizados por malnutrición son de ascendencia cimarrona y criolla. La mayoría de los niños hospitalizados, en proporciones iguales de niños y niñas, provienen de Paramaribo Sur, una zona que se caracteriza por sus condiciones de vida marginales y la migración de las familias desde el interior, y desde el interior de los distritos de Sipaliwini y Brokopondo (14).

Las marcadas diferencias en las condiciones de vida entre el interior y las regiones urbanas y rurales también se reflejan en los datos de morbilidad infantil. Las visitas a consultorios en el interior revelan que los niños de 0 a 4 años son los más recurrentes (61%); las afecciones más comúnmente tratadas entre este grupo de edad son las infecciones respiratorias (59,9%), la diarrea (23,1%) y la malaria (15%).

La malaria es una causa común de ausentismo escolar y una de las principales causas de mortalidad en el grupo de edad de 0 a 4 años. Ciertas medidas preventivas aún siguen vigentes, especialmente el uso de redes para mosquitos tratadas con insecticidas. El 72% de los niños en el grupo de edad de 0 a 4 utiliza este tipo de redes mientras duerme. Las condiciones sanitarias y las prácticas de higiene deficientes, como también el acceso restringido a agua en condiciones seguras, especialmente durante la temporada seca, son los factores que contribuyen en mayor medida a la alta incidencia de diarrea en el interior de Suriname. La Encuesta Agrupada por Indicadores Múltiples (MICS) realizada en 2000 (9) reveló que solamente el 24,2% de los niños con diarrea recibieron tratamiento de rehidratación oral. En muchos casos, se recurre a la atención médica cuando es demasiado tarde y, en consecuencia, se producen muertes que pudieron haberse evitado.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Según los datos del censo de 2004, la población de 5 a 9 años de edad era de 49.409 personas, lo que representa el 10% del total de la población. Las causas principales de muerte en este grupo de edad son las causas externas, las enfermedades cardiovasculares y las infecciones intestinales. Todos los niños en edad escolar deben presentar una tarjeta de vacunación para su ingreso escolar en el nivel primario, generalmente a los seis años de edad.

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

Según los datos del censo de 2004, la población de 10 a 14 años de edad era de 45.143 personas, lo que representa el 9,1% del total de la población. Las causas principales de muerte en este grupo de edad son las causas externas, seguidas de las neoplasias malignas y las enfermedades cardiovasculares. En 2002, el número promedio de dientes cariados, perdidos por caries u obturados a los 12 años era 2,7.

La población de 15 a 19 años en 2004 era de 46.508 personas; es decir, el 9,4% del total de la población. Las causas principales

de muerte en este grupo de edad fueron las causas externas. De 2002 a 2004, se registraron tres muertes a causa del VIH/sida cada año entre este grupo de edad.

La implementación de servicios de salud reproductiva orientados a los adolescentes es una necesidad prioritaria. Para el período de 2001 a 2004, el 16,7% promediado del total de los nacidos vivos eran hijos de mujeres de entre 15 y 17 años; el 4,3% de los nacidos vivos eran hijos de mujeres de entre 10 y 14 años. La mayoría de estos casos se registraron en los distritos de Paramaribo y Wanica.

En 2004, la prevalencia del consumo de tabaco entre la población de 13 a 15 años fue 11% para las mujeres y 20% para los varones (15).

Salud de los adultos (20–59 años)

Según los datos del censo de 2004, la población de 20 a 59 años era de 253.039 personas, lo que representa el 51,3% del total de la población. Dentro de este amplio grupo de edad, la causa principal de muerte son las causas externas, seguidas del VIH/sida, las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias. A partir de los 40 años, la diabetes aparece por primera vez en la lista de las 10 causas principales de muerte; las enfermedades cardiovasculares también se tornan más preponderantes, mientras que las causas externas descienden en importancia en la escala de clasificación.

La mortalidad materna disminuyó de 15 muertes en 2001 a 8 en 2004. Las causas principales de muerte materna durante los años 2001 a 2004 fueron hemorragia (31%), preeclampsia (29%) y sepsis (17%); en la mayoría de los casos, el establecimiento de salud carecía de los suministros necesarios para responder oportunamente a la complicación (16). En 2001, la tasa de cesáreas fue 12,7%; en 2002, 13,3%. Si bien el aborto es ilegal, es una práctica de uso generalizado, especialmente por las mujeres de 24 años de edad. Según encuestas representativas realizadas entre los adolescentes, se calcula que cada año se practican de 8.000 a 10.000 abortos (17). Estos resultados indican una necesidad pendiente en materia de planificación familiar. Los abortos se realizan a pedido y generalmente son aceptados socialmente. La ilegalidad y, pese a ello, la aceptación y la práctica frecuente del aborto son consecuencia de la falta de mecanismos o estructuras oficiales que regulen las prácticas de aborto, y aumenten aún más los riesgos de las prácticas inseguras y los obstáculos financieros, en especial entre las mujeres pobres. Esto conlleva a un riesgo más alto de embarazos no deseados y más dificultades para acceder a la educación (18).

En 2004, la tasa de mortalidad debido a causas externas fue de 62 cada 100.000 habitantes. Entre todas las causas externas, los actos de intención no determinada alcanzaron el porcentaje más alto (23%), seguidos del daño personal intencional (13%). El grupo de edad de 20 a 49 años representó casi el 55% de todas las muertes debidas a estas causas (75% hombres y 25% mujeres).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Según el censo de 2004, la población de 60 años de edad y más totalizó 42.060 personas, lo que representa el 8,5% del total de la población. Las causas principales de muerte en este grupo de edad son las enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares, seguidas de neoplasias malignas, diabetes mellitus, causas externas, infecciones respiratorias agudas e infecciones crónicas de las vías respiratorias bajas.

Salud de la familia

Se calcula que el 40% de todos los hogares consta de tres a cuatro miembros, con el 62,2% de los hijos que vive con ambos padres, 22% con la madre solamente, aunque su padre aún esté con vida, y el 7% que no vive ni con el padre ni con la madre aunque ambos estén con vida (9). La estructura familiar en el interior es totalmente diferente de la que se observa en las zonas urbanas y rurales costeras: menos del 50% de los niños vive con ambos padres, el 34% vive con su madre y el 12% no vive con ninguno de sus padres. Los estándares culturales y las expectativas determinan las decisiones con respecto a las cuestiones de salud reproductiva en el interior. En general, el uso de anticonceptivos en las zonas rurales y en el interior es bajo, porque la procreación en estas regiones es muy apreciada. El uso de anticonceptivos entre las mujeres cimarronas es bajo (entre el 6% y el 17%). En promedio, los varones cimarrones se inician en la actividad sexual entre los 10 y 13 años; y las niñas, entre los 13 y 15 años (19).

Las píldoras anticonceptivas son el método de control de natalidad más conocido, empleado por el 70% de las parejas que optan por la anticoncepción. Según estudios pasados, alrededor del 40% de las mujeres en pareja utiliza anticonceptivos (20). Según la Encuesta Agrupada por Indicadores Múltiples (MICS) realizada en 2000, el uso de anticonceptivos fue del 51% en las zonas urbanas, el 45% en las zonas rurales y el 7% en el interior (9).

Salud de los trabajadores

Una evaluación rápida del trabajo infantil realizada en 2002 por la Organización Internacional del Trabajo (21) indicó que el 2% de todos los niños de entre 4 y 14 años eran económicamente activos. El 55% de los niños en este grupo trabajaba más de 15 horas a la semana y participaba de actividades relacionadas con la pesca, la venta ambulante, la agricultura, la extracción de oro, la construcción y el transporte en embarcaciones. Algunos, especialmente las niñas, trabajaban en tareas domésticas y en el comercio (descrito en el estudio como la “venta de una variedad de productos”). Ninguno de los niños entrevistados informó participar de la actividad sexual comercial, la producción o la venta de drogas ilícitas, o cualquier otra forma de tráfico de personas. Sin

embargo, el estudio menciona informes esporádicos realizados por organizaciones no gubernamentales sobre niños que participan en la prostitución y son víctimas de la explotación sexual. No hubo hallazgos específicos que sugirieran que los niños estaban expuestos a violencia en su entorno laboral, aunque surgieron preocupaciones sobre su salud en cuanto a su exposición a arena, polvo y vapor de mercurio, y el transporte de cargas pesadas.

En la explotación minera del oro y otros sectores de aprovechamiento de recursos naturales, hay un número cada vez mayor de trabajadores que no provienen de Suriname, incluidos unos 30.000 buscadores de oro de Brasil (*garimpeiros*). El envenenamiento con mercurio y la transmisión de la malaria y la fiebre amarilla selvática, al igual que el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, son amenazas graves a la salud para los mineros y las comunidades locales. Además, la vida tradicional de la comunidad ha sufrido una alteración sociocultural debido a la industria del sexo comercial, la economía del oro, el consumo de drogas y los delitos relacionados, y la degradación del medioambiente natural.

Grupos fronterizos

La población fronteriza a lo largo de la frontera este, constituida principalmente por cimarrones, interactúa frecuentemente con la población que reside en la Guayana Francesa del otro lado del río Marowijne. Es habitual que grupos pertenecientes a la misma familia vivan a ambos lados de la frontera, separados solamente por el río. Las mujeres en el lado de Suriname prefieren dar a luz a sus hijos en la Guayana Francesa, porque la atención de salud allí se considera de mejor calidad. En la frontera noroeste con Guyana en el distrito de Nickerie, al igual que en la frontera con la Guayana Francesa, familias emparentadas viven a ambos lados del río Corentyne y acostumbran a cruzarlo con frecuencia. Sin embargo, la afluencia de ciudadanos de Guyana en Suriname es mucho más numerosa que la de los de la Guayana Francesa.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Las dos enfermedades transmisibles más predominantes son el **dengue** en el área costera y la **malaria** en el interior. Los datos sobre la morbilidad del dengue provienen principalmente de la vigilancia realizada en los hospitales. Los casos sospechosos de dengue también se informan por medio de actividades de vigilancia telefónica. El número de casos sospechosos disminuyó de 516 en 2001 (con 64 casos confirmados) a 309 casos en 2004 (con 56 casos confirmados). En el año 2001, se aislaron los cuatro sub-

tipos del dengue en estudios sobre la serología de esta enfermedad. De 2001 a 2004, la mayoría de las personas hospitalizadas por dengue eran de ascendencia indostana (30%), seguidas por personas de origen criollo (20%) y javanés (15%). La mayoría de los casos provenía de las zonas densamente pobladas de Paramaribo y Wanica, y de la zona menos poblada de Saramacca. La incidencia estaba distribuida equitativamente entre los distintos grupos de edad. La razón hombre/mujer entre los casos notificados fue 1:2.

La malaria es un problema importante de la salud pública en el interior de Suriname, donde se encuentra el hábitat natural del vector, el *Anopheles darlingi*. En 2000, se informaron 13.216 casos de malaria. Después de la introducción de nuevas políticas de tratamiento en 2004, los casos disminuyeron a 8.560 en 2004 y 9.000 en 2005. La mitad de los nuevos casos de malaria se registró en niños menores de 15 años. No se han notificado casos de transmisión en las áreas costeras. La incidencia más alta se registra en el área fronteriza entre Suriname y la Guayana Francesa a lo largo del río Marowijne. Las actividades de explotación minera de los buscadores de oro brasileños (*garimpeiros*) y el frecuente cruce de la frontera por parte de la población han contribuido al aumento de la malaria en esa zona. Las actividades de explotación minera del oro se han diseminado también hacia otras zonas en el interior. Esto condujo a la aparición de la malaria en regiones con escasos registros de la enfermedad. Los cálculos indican que la tasa de incidencia de la malaria es de 3.500 cada 100.000 habitantes para 2004 y de 1.700 cada 100.000 habitantes para 2001. Probablemente, la incidencia nacional sea muy superior. Se observa una falta de notificación de algunos de los casos, porque los pacientes reciben tratamiento clínico sin la confirmación de análisis de laboratorio; y una falta total de notificación por parte de los médicos privados y los profesionales que ejercen la medicina tradicional. En 2001, 436 personas fueron hospitalizadas presuntamente con malaria; el 50% de estos casos fue confirmado. En 2004, el número ascendió a 248, con un 65% de los casos confirmados. De estos casos confirmados, 21 (el 9,7%) no sobrevivieron en 2001; 8 (el 4,9%) murieron en 2004. La razón de la hospitalización hombre/mujer fue 1:2,1 en 2001 y 1:2,5 en 2004.

La malaria debida al *Plasmodium falciparum* resistente a la cloroquina es generalizada, pero la resistencia a la quinina todavía no se ha establecido. En 2003, Suriname introdujo el tratamiento de la malaria con Coartem, con un desarrollo de la enfermedad menos agudo y una disminución en la tasa de mortalidad como consecuencia de ello. Durante varios años y hasta la fecha, se ha promocionado el uso de redes para camas en todo el interior. Grupos locales de mujeres fabrican estas redes, las impregnan con insecticida y las distribuyen.

En las décadas pasadas, no se notificaron casos de **fiebre amarilla** en Suriname. No obstante, en vista de la nueva aparición de la enfermedad en el continente sudamericano, se han

intensificado las actividades de vacunación. La campaña masiva de vacunación contra la fiebre amarilla comenzó en 2000 y concluyó en 2002. Las personas que viajan a Brasil y a la Guayana Francesa se vacunan contra la fiebre amarilla regularmente, ya que es una norma en estos países. Las pruebas de serología de la fiebre amarilla fueron negativas en seis presuntos casos en 2003 y en cuatro en 2004.

Enfermedades inmunoprevenibles

Durante el período de revisión, se notificaron cinco casos de **tétanos** (con la exclusión del tétanos neonatal): dos en 2001, dos en 2002 y uno en 2003. No se notificaron casos de sarampión, difteria ni síndrome de rubéola congénita entre 2001 y 2005.

Las disparidades geográficas entre las zonas urbana, rural y el interior también se reflejan en el estado de inmunización infantil. El movimiento frecuente de los grupos migratorios entre el interior y Paramaribo y entre Suriname y la Guayana Francesa representa una carga adicional para el control estatal de la vacunación de los niños de estos grupos.

La cobertura nacional aumentó del 82% para la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR); el 68% para la dosis final de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3) y el 65% para la tercera dosis de la vacuna antipolio oral (OPV3) en 2001 al 86,4% para la MMR, el 84,9% para la dosis final de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3) y el 83,5% para la tercera dosis de la vacuna antipolio oral (OPV3) en 2004. En 2005, Suriname introdujo la vacuna pentavalente (difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b) en el programa nacional de vacunación infantil. También en ese año, se inició la vacunación de rutina contra el tétanos para las embarazadas, junto con la vacunación contra la fiebre amarilla para los niños de 12 a 23 meses que viven en el interior del país.

Enfermedades infecciosas intestinales

El número de casos de **infecciones por *Salmonella*** confirmados con análisis de laboratorio fue 48 en 2001 y 104 en 2004. De estos casos, 7 personas (15%) fallecieron en 2001 y 14 personas (13%) en 2004. Los niños menores de 5 años (y especialmente los menores de un año) representan el porcentaje más alto de muertes por *Salmonella*. Los adultos de 60 años y más representan el grupo más frecuentemente hospitalizado por enfermedades diarreicas. Los criollos tuvieron la incidencia más alta de casos de infecciones por *Salmonella* confirmados con análisis de laboratorio en 2001 y 2003 entre los grupos étnicos, mientras que los indostanos tuvieron la incidencia más alta en 2002 y 2004. El número de casos confirmados de **infecciones por *Shigella*** con análisis de laboratorio aumentó de 91 en 2001 a 114 en 2003, luego disminuyó a 92 casos en 2004. El 7,3% de los 398 casos de infecciones por *Shigella* confirmados con análisis de laboratorio falleció durante el período de 2001 a 2004. Entre las personas fallecidas, el 41% tenía 60 años o más y el 38% era menor de 5 años.

Entre 2001 y 2004, se registraron 25 brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos. Se confirmó con análisis de laboratorio que dos de estos brotes eran casos de *Salmonella*, otro era un caso de *Shigella* y en los brotes restantes los análisis de laboratorio no identificaron el microorganismo responsable de la infección.

Enfermedades crónicas transmisibles

Entre 2001 y 2004, la incidencia anual de **lepra** promedió 1,1 casos nuevos cada 10.000 habitantes. El número de casos nuevos de **tuberculosis** (TB) varió de 80 a 101 anualmente entre 2001 y 2004, al igual que las tasas de incidencia anual que oscilaron entre 18 y 21 nuevos casos cada 100.000 habitantes. La tuberculosis pulmonar respiratoria es el tipo de TB más frecuentemente comunicado; representa el 84% de todos los casos de TB. La población autóctona experimentó la tasa de incidencia más alta de TB.

La coinfección de VIH/TB varió de 9 de 80 nuevos casos de TB (el 11% de todos los nuevos casos de TB) en 2001 a 17 coinfecciones de 101 nuevos casos de TB (el 17%) en 2004. Con un amplio margen, la tasa de coinfección más alta del VIH/TB se registró en el grupo de 25 a 44 años. El 66% de los resultados del tratamiento para la TB fue satisfactorio. Todavía no se ha implementado la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS).

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

El primer caso de **VIH/sida** se informó en Suriname en 1983; en el año 2004, el número acumulado de casos de VIH/sida notificados ascendió a 3.032. Los nuevos casos de VIH positivo aumentaron de 255 en 2001 a 524 en 2004. Desde 2003, la prueba de detección del VIH es parte de la atención prenatal de rutina.

En 2001, las personas del grupo de 30 a 34 años que se hicieron la prueba de detección del VIH alcanzaron la cantidad más alta de pruebas VIH positivas realizadas por primera vez entre cualquier grupo de edad (divididos cada 5 años), con 19 casos positivos. En 2002 y 2004, las personas del grupo de 34 a 39 años que se hicieron la prueba de detección del VIH alcanzaron la cantidad más alta de pruebas VIH positivas realizadas por primera vez entre cualquier grupo de edad (divididos cada 5 años), con 37 y 41 casos positivos, respectivamente. En 2003, las mayores cantidades de pruebas de detección del VIH positivas se registraron en el grupo de 20 a 24 años, con 42 casos positivos. En 2004, se registraron 28 pruebas del VIH positivas entre niños en el grupo de 0 a 4 años.

En 2005, la tasa de prevalencia del VIH entre la población de 15 a 49 años fue del 1,9% (22). Ese mismo año, 610 personas tuvieron un resultado positivo en la prueba de detección del VIH realizada por primera vez. La proporción entre los sexos respecto de los casos de pruebas de detección del VIH positivas ha variado de un mayor número de hombres que mujeres antes de 2004 a un mayor número de mujeres que hombres a partir de 2004 (18). El 68% de los nuevos casos de VIH positivo se registran en el grupo de 15 a 49 años. La transmisión del VIH se produce principal-

mente a través de contactos entre heterosexuales. En 2005, hubo un caso de transmisión del VIH a través de sangre donada. Los servicios de prevención de transmisión de la madre al hijo comenzaron en 2003. Cada año se registran aproximadamente 10.000 embarazos, y en 2005 casi el 70% de todas las embarazadas se hicieron la prueba. Entre 2001 y 2004, 2.456 personas fueron hospitalizadas con presuntos casos de VIH/sida; de los cuales 1.400 (57%) se confirmaron como VIH positivos.

El aumento de los casos VIH positivos con una coinfección de *Salmonella* también contribuye al incremento general de la *Salmonella* y al aumento de las muertes por coinfección de VIH y *Salmonella*.

En 2001, el 14% de las muertes debido a infecciones por *Salmonella* se dio en personas que eran VIH positivas; en 2004, el 50% de las muertes relacionadas con la *Salmonella* se dio en personas VIH positivas. También se ha observado un aumento anual en el número de pacientes infectados por *Shigella* que son VIH positivos, pero la coinfección con *Shigella* derivó en menos muertes que las coinfecciones de *Salmonella* y VIH.

Zoonosis

No se informaron casos de **rabia** durante el período de revisión de 2001 a 2005.

La incidencia de **leptospirosis** puede vincularse a la incidencia de las precipitaciones, con la mayoría de los casos ocurridos en la temporada de precipitaciones (de mayo a agosto) y en los distritos más densamente poblados del país. De 2001 a 2004, en promedio se hospitalizaron 149,5 personas por año con sospecha de leptospirosis o 12,5 por mes, y el número promedio de casos de leptospirosis fue 13,8 por año o uno por mes. La razón hombre/mujer para la hospitalización por leptospirosis es 1:1,95; los grupos de población hospitalizados con mayor frecuencia debido a esta enfermedad son los de ascendencia indostana y criolla.

Meningitis

Durante el período del informe, el número de hospitalizaciones por meningitis fue de 69 casos en 2001 y 72 casos en 2004. La tasa notificada de incidencia de hospitalización por nuevos casos de meningitis fue 15,2 cada 100.000 personas en 2001 y 14,6 cada 100.000 personas en 2004. La razón hombre/mujer para los casos de hospitalizaciones por meningitis fue 1:2,1 en 2001 y 1:2,3 en 2004. El 55% de todos los casos de meningitis hospitalizados se registró en niños menores de 5 años y la proporción más grande de estos casos en este grupo de edad se registró entre los menores de un año.

ENFERMEADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La cantidad de personas hospitalizadas por malnutrición fue 138 en 2001 y 125 en 2004. De estos casos, seis personas (4,4%)

fallecieron en 2001 y 11 (8,8%), en 2004. Los niños en el grupo de 0 a 4 años representaron el 96% de las hospitalizaciones. La razón hombre/mujer fue 1:1. Los grupos étnicos más frecuentemente hospitalizados por malnutrición fueron los cimarrones y los criollos, seguidos de los grupos amerindios y de ascendencia mixta.

Enfermedades cardiovasculares

Estudios recientes indican que el 50% de todas las personas de 60 años o más sufren una enfermedad crónica. Las principales afecciones son las **enfermedades hipertensivas**, seguidas de la **diabetes mellitus** y una combinación de ambas.

Las enfermedades del sistema circulatorio, incluidas las cardiovasculares, hipertensivas y cerebrovasculares se mantuvieron como la principal causa de mortalidad durante varios años; en el período de 2001 a 2004, representaron el 29% de todas las muertes en Suriname.

Neoplasias malignas

Las tasas más altas de mortalidad por neoplasias se debieron a neoplasias del útero entre las mujeres, con una tasa de 12,7 muertes cada 100.000 mujeres, y a neoplasias de la próstata entre los hombres, con una tasa de 12,1 muertes cada 100.000 hombres.

OTRAS ENFERMEADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Suriname no sufrió ningún desastre natural importante en el período de 2001 a 2005.

Contaminación ambiental

Las autoridades ambientales reconocen que el impacto de las actividades mineras de extracción de oro en el interior de Suriname, incluida la persistente contaminación con mercurio de la tierra, el agua y el aire, así como otras alteraciones de los ecosistemas terrestre y acuático son sustanciales y difíciles de revertir (23).

RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes de salud

El sector salud ocupa una posición clave en el programa social general del Gobierno de Suriname. El Artículo 36 de la Constitución Nacional (24) especifica que la salud es el derecho de todo ciudadano y que la función del gobierno es promover la atención general de la salud a través de una mejora sistemática de las condiciones de vida y laborales, y el suministro de información para la protección de la salud. Por lo tanto, la disponibilidad y la accesibilidad de la atención de la salud para toda la población son de absoluta importancia.

La primera fase (1998–2003) del proyecto “Apoyo para la Reforma del Sector Salud” comprendió una serie de estudios sobre

la prestación y la demanda del sector salud, con el objetivo de introducir un enfoque amplio en todo el sector como parte de la estrategia nacional de desarrollo macroeconómico. En función de los resultados, en mayo de 2004, el Gabinete de Ministros del Presidente aprobó el Plan del Sector para la Atención de la Salud 2004–2008 y se puso en marcha su implementación. La segunda fase representa los principios de eficiencia, equidad y calidad, y se centra en la mejora del rendimiento de la atención de la salud primaria, un mayor acceso a los medicamentos y un fortalecimiento del Ministerio de Salud. Las estrategias para el período de 2004 a 2008 son: (1) fortalecer la atención de la salud primaria y la prevención de enfermedades, (2) mejorar la eficiencia y calidad de la atención hospitalaria, (3) promover el acceso económico a la atención de la salud, (4) controlar los costos de la atención de la salud, (5) fortalecer los sistemas de apoyo, (6) desarrollar recursos humanos y (7) mejorar y salvaguardar la calidad en todo el sistema de salud.

Con el objetivo de “alcanzar un sistema de atención de la salud integrado y sustentable, de buena calidad y efectividad, accesible para todos, y la mejora continua de la salud para toda la población”, el Plan actúa como un documento orientador en el desarrollo del sistema nacional de salud. En este contexto, el censo de 2004 proporciona datos e información fundamentales para la evaluación del estado de salud de la población y aportar sugerencias para la planificación de la salud durante cuatro años.

En 2002, Suriname firmó la Convención de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes (POP), aunque la prohibición del uso de POP ya estaba instaurada, especialmente respecto de los bifenilos policlorados, desde 1971. En la actualidad, no hay una política nacional que garantice un manejo de sustancias y desechos tóxicos persistentes de alguna manera que no sea perjudicial para el medio ambiente. Existe poca concienciación por parte del sector privado y el público general sobre los riesgos a los que exponen los mecanismos peligrosos de uso y eliminación de productos químicos, ya sean domésticos, automotrices o industriales.

Estrategias y programas de salud

La prioridad del gobierno de reducir la pobreza se refleja en varios programas administrados por el Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda. Un grupo al que están dirigidos son los adultos mayores. Se han implementado varias disposiciones que apoyan especialmente a los adultos mayores que viven en la pobreza, entre ellas, un subsidio para establecimientos habitacionales a largo plazo, apoyo financiero para los necesitados destinado a cubrir el costo de vida, servicios médicos gratuitos para los pobres y casi pobres, y pagos mensuales para quienes poseen una tarjeta de servicio médico gratuito.

El Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda es la institución encargada de certificar qué personas viven en la pobreza o casi pobreza, y garantizar que la población en una situación económica precaria tenga acceso a la atención de la salud subsidiada.

Aproximadamente el 30% de la población reúne los requisitos para los servicios de la atención de la salud subsidiada por el gobierno, que se prestan principalmente en hospitales y consultorios estatales.

Organización del sistema de salud

Las tareas principales del Ministerio de Salud son la creación de políticas, la evaluación, la coordinación, el establecimiento de normas y protocolos, la garantía de la calidad, y su responsabilidad general es asegurar la disponibilidad, la accesibilidad y la asequibilidad de la atención de la salud.

Las instituciones esenciales del sistema de la atención de la salud son la Oficina Central del Ministerio de Salud, la Oficina de Salud Pública y la Inspectoría. La Oficina Central y la Inspectoría trabajan en la planificación general de salud y están a cargo del establecimiento de las normas, las inspecciones y la vigilancia, mientras que la Oficina de Salud Pública se ocupa de la formulación de programas.

Los proveedores públicos de la atención de la salud primaria son los Servicios de Salud Regionales (RGD), una institución estatal, y la Misión Médica, una ONG. Ambas instituciones están subsidiadas por el gobierno. La RGD brinda servicios a los pobres y casi pobres en la zona costera a través de 50 consultorios, en los que se atiende a unos 100.000 pacientes de medios socioeconómicos generalmente bajos. La MM brinda servicios curativos y preventivos a la población de cimarrones y amerindios del interior a través de los 50 centros de salud y puestos de salud, en los que se atiende a unos 50.000 pacientes.

El gobierno también dirige programas verticales destinados a poblaciones o problemas especiales, como infecciones de transmisión sexual, lepra, atención dental para jóvenes, malaria e inmunizaciones.

Los proveedores privados de la atención de la salud primaria son los médicos clínicos (GP) y algunas organizaciones no gubernamentales reconocidas por el gobierno que prestan servicios especiales de atención de la salud, tales como la Fundación de Planificación Familiar (*Stichting Lobi*), una filial de la Federación Internacional de Planificación Familiar especializada en salud reproductiva. Las grandes empresas del sector privado prestan atención de la salud a los empleados y las familias a través de consultorios propios. La atención secundaria se brinda a través de cinco hospitales generales, todos ubicados en la zona costera. Hay tres hospitales públicos y dos privados, y un centro psiquiátrico. Por medio de un convenio con la MM, el hospital privado Diakonessen brinda atención a los pacientes del interior.

Los especialistas médicos brindan atención tanto a pacientes ambulatorios como hospitalizados. Los médicos privados se concentran fundamentalmente en la capital. La atención secundaria también está centralizada, ya que cuatro de los hospitales generales y el centro psiquiátrico se encuentran en la capital y uno en el distrito rural costero de Nickerie.

La contribución del sector privado es como proveedores de servicios; la mayoría de sus actividades son curativas, mientras que los Servicios de Salud Regionales (RGD) y la MM prestan servicios médicos tanto curativos como preventivos. La participación privada en el sistema de salud también se realiza a través de compañías más grandes, que emplean a sus propios médicos clínicos. Otras cuentan con una lista de médicos clínicos generales, entre los que el empleado puede elegir uno. Para ser remitido a un especialista u hospital, es necesaria la consulta con un médico general.

La atención de la salud está financiada a través de fuentes públicas y privadas: el gobierno representa la proporción mayoritaria (44%), seguido de los hogares (20%), donaciones (18%) y compañías (2%). La distribución de estos pagos por nivel de atención es: atención de la salud primaria (34%), atención secundaria (55%) y otra (11%).

Aproximadamente 315.000 personas (64% de la población total) están cubiertas por el seguro de salud; otras 177.000 personas (36%) no están aseguradas o no desconocen si están aseguradas.

La distribución de la cobertura del seguro de salud incluye el Fondo de Seguro Médico del Estado, conocido como SZF (21%), el Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda (24%), la Misión Médica (6%), los planes médicos de la compañía (10%), las empresas privadas de seguros de salud (3%), los gastos directos (19%), otros (1%) y sin seguro/sin conocimiento de ello (16%).

Servicios de salud pública

El control de las enfermedades inmunoprevenibles está coordinado por el Programa Nacional de Inmunización dependiente de la Oficina de Salud Pública, que colabora con la unidad de epidemiología en las investigaciones de casos.

El servicio de salud escolar de los Servicios de Salud Regionales (RGD) incluye el seguimiento del desarrollo del crecimiento, exámenes de la vista y vacunación de todos los niños en edad escolar de nivel primario en la zona costera. Los presuntos casos de problemas de salud o enfermedades especiales se remiten a un médico. El departamento de educación de la salud dependiente de la Oficina de Salud Pública provee información de salud pública relacionada con la prevención de enfermedades transmisibles, y la promoción de las prácticas de lactancia materna y estilos de vida saludables.

Las actividades de control de la malaria son supervisadas por la Junta de Control de la Malaria, que desarrolló un estrategia multisectorial llamada “Hacer retroceder el paludismo”, financiada por donaciones internacionales. La Oficina de Salud Pública y la Misión Médica promocionan actividades de control de vectores, el rociado y el uso de redes para camas tratadas con plaguicidas.

La Unidad del Sistema Nacional de Información de Salud (NHIS), dependiente del Ministerio de Salud, tiene a su cargo los

datos oficiales de la salud en el país. La mayor parte de la información sobre salud llega a la unidad del NHIS a través de registros hospitalarios e informes de la Oficina de Salud Pública, los Servicios de Salud Regionales (RGD), la Misión Médica (MM) y asociaciones de profesionales de salud.

La vigilancia de las enfermedades transmisibles se realiza a través de actividades de vigilancia semanal en hospitales y la vigilancia centinela y, ocasionalmente, a través de los médicos y comunicados de brotes. La vigilancia en los hospitales se concentra en el dengue, la leptospirosis, la *Shigella*, la *Salmonella* y la malnutrición, mientras que el sistema telefónico de vigilancia centinela informa los casos de gastroenteritis, erupción cutánea y fiebre, infecciones del tracto respiratorio superior y las enfermedades de transmisión sexual. Los serotipos se realizan en el Laboratorio Central del Ministerio de Salud. El Laboratorio de Patología aporta los datos sobre las neoplasias malignas.

La Unidad de Epidemiología de la Oficina de Salud Pública también solicita datos sobre enfermedades conocidas, transmisibles e importantes para la salud pública a instituciones, como la clínica dermatológica, la clínica de tuberculosis, el banco nacional de sangre, y presenta esta información periódicamente al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). Actualmente, en el país no hay un sistema de vigilancia de las enfermedades no transmisibles.

El marco institucional ambiental de Suriname está basado en las tres entidades que utilizan mecanismos de coordinación intersectorial. El Consejo Nacional del Ambiente (*Nationale Milieuraad*), cuya responsabilidad es la elaboración de políticas, es un órgano dependiente de la Oficina del Presidente. Se encarga de formular y someter a consideración del Presidente las políticas ambientales generales; también asesora y dirige al Instituto Nacional de Desarrollo y Ambiente de Suriname, (*Nationaal Instituut voor Milieu en Ontwikkeling* o NIMOS) en el establecimiento de prioridades para la acción ambiental. El NIMOS funciona como la rama operativa del Consejo. El NIMOS y el Consejo trabajan junto con la Comisión Asesora Interministerial (IMAC), que difunde información ambiental entre otros ministerios y sectores gubernamentales clave con responsabilidades y actividades en esta área.

El NIMOS debe hacer cumplir las normas para la calidad del medio ambiente, mientras que la Oficina de Salud Pública supervisa las actividades de control de calidad de la salud ambiental.

Aproximadamente el 73% de la población tiene acceso a agua potable segura: el 92,6% en las zonas urbanas, el 66,6% en las zonas rurales costeras y el 20% en el interior (9). La cobertura del abastecimiento de agua por tuberías varía significativamente por región. El 91% de la población urbana utiliza agua potable, que llega por tuberías a sus viviendas o patios. En las zonas rurales, el 65% utiliza agua por tuberías, mientras que en el interior solamente el 18% tiene acceso a este tipo de fuente. En las zonas rurales, la segunda fuente más importante de agua potable es el agua de lluvia, mientras que en el interior el 60% de los residen-

tes utilizan agua de ríos o arroyos, y el resto junta agua de lluvia. El suministro de agua potable está a cargo de dos proveedores de agua que son propiedad del Estado. Cinco empresas privadas suministran agua potable a los pueblos que están cerca de sus zonas de operación. El agua transportada por tuberías es tratada y, por lo tanto, potable.

El 80% de los hogares cuenta con eliminación sanitaria de excretas (99,1% en las zonas urbanas; 98,3% en otras zonas rurales costeras y 30,5% en el interior). Las instalaciones más comunes en las zonas rurales son los inodoros con conexiones a un tanque séptico.

La responsabilidad del mantenimiento de la red de alcantarillado y de la eliminación de aguas servidas es compartida por el Ministerio de Obras Públicas, por intermedio de su División de Alcantarillado y Drenajes, la División de Control del Medio Ambiente, dependiente de la Oficina de Salud Pública, y el Ministerio de Desarrollo Regional, que brinda apoyo logístico.

El Ministerio de Obras Públicas tiene a su cargo la recolección y la eliminación de la basura y otros desechos. Los sitios de desecho de residuos sólidos no autorizados son muy comunes en Paramaribo, y en las zonas costeras y rurales. Desde 2002, los hospitales de Paramaribo utilizan un incinerador de desechos médicos, mientras que los consultorios en la zona costera y el interior utilizan incineradores de tambor de bajo costo.

Se llevan a cabo actividades limitadas de reciclado de desechos. Las botellas de tereftalato de polietileno (PET) se reciclan y el material cortado en tiras se utiliza para reforzar ladrillos empleados en la industria de la construcción.

La Oficina de Salud Pública tiene a su cargo el control de la calidad del aire. Sus actividades de inspección se centran en los empresarios en pequeña escala, tales como las industrias y los talleres pequeños que pintan y reparan automóviles. Sin embargo, los técnicos a cargo de las inspecciones necesitan más capacitación en estas actividades. En Suriname se vende únicamente gasolina sin plomo. Las compañías mineras multinacionales en Suriname respetan, en su mayoría, las políticas y las pautas de emisión de partículas establecidas en sus sedes corporativas.

La Oficina de Salud Pública es responsable de la protección y el control de los alimentos, que comprende el análisis de calidad a través de su laboratorio, la inspección de los restaurantes, las plantas procesadoras de alimentos y los sistemas sanitarios públicos y privados, incluida la eliminación de desechos sólidos y aguas servidas. Se está implementando un programa para la seguridad de los alimentos, centrado en la elaboración de protocolos para la manipulación y el procesamiento de los alimentos. El Ministerio de Asuntos Sociales y organizaciones no gubernamentales llevan a cabo programas de ayuda alimentaria en escuelas elementales seleccionadas en la zona costera para niños de hogares de bajos recursos.

Si bien la Inspectoría de Trabajo dependiente del Ministerio de Trabajo, Tecnología y Medio Ambiente realiza inspecciones de

salud ocupacional, éstas se limitan a entidades registradas; las actividades económicas en el sector informal están fuera del ámbito de estas inspecciones. Estudios recientes indican que la manipulación y el almacenamiento de desechos de baja radioactividad no plantean problemas de salud pública.

Recientemente se ha preparado un borrador de un plan nacional para desastres, tanto naturales como causados por el hombre; el sector salud todavía no ha desarrollado su propio plan.

En 2001, la finalización del Plan Estratégico Nacional sobre el VIH/sida y la disponibilidad de dos subsidios del Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria mejoraron considerablemente la capacidad de Suriname para elaborar una respuesta integral al VIH/sida durante el período de revisión. El plan describe los objetivos, las estrategias y las actividades para el período de 2004 a 2008. Entre las metas específicas para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se incluyen una reducción del 25% del número de nuevas infecciones por el VIH en el grupo de edad de 15 a 24 años y una reducción del 25% en el número de embarazadas VIH positivas. Las medidas actualmente en curso son la expansión del programa de prevención de transmisión de madre a hijo y los programas de prevención intensificados en función de la estrategia ABC, que promueve la abstinencia, la fidelidad hacia la pareja, y el uso constante y correcto de los condones. La disponibilidad de condones aumentó como parte de esta estrategia. A través de la iniciativa “3 por 5” de la Organización Mundial de la Salud y el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, cuyo objetivo fue proporcionar tratamiento antirretroviral a tres millones de personas en países en desarrollo para fines de 2005, 486 personas en Suriname o del 15% al 20% de la población considerada VIH positiva, recibieron la medicación y el tratamiento que tanto necesitaban. En diciembre de 2005, se lanzó la campaña “Conoce tu estado” para concienciar a la población sobre la importancia de la prueba de detección del VIH.

Servicios de atención a las personas

Los cinco hospitales ofrecen una variedad de servicios especializados para pacientes hospitalizados y ambulatorios. El Hospital Público Académico, que también es una institución de capacitación médica, emplea a muchos de los especialistas y ofrece casi todo tipo de atención especializada. Algunos de estos servicios de especialistas solamente se ofrecen en este establecimiento, por ejemplo, operaciones a corazón abierto, cirugía laparoscópica, cirugía ortodóntica, pulmonología y oftalmología.

Hay dos unidades de atención médica de urgencia, una en Paramaribo y la otra en un distrito alejado en el oeste. El Hospital Militar funciona como un establecimiento ambulatorio para el personal del ejército y sus familias.

Además de los laboratorios en cada uno de los cinco hospitales, hay tres laboratorios privados (MyLab, Health Control y Me-

dilab). Los laboratorios también ofrecen servicios descentralizados a través de sitios donde se obtienen muestras.

El Banco Nacional de Sangre, supervisado por la Cruz Roja, opera exclusivamente por medio de donaciones voluntarias de sangre. Los 4.844 donantes de sangre registrados cubren el 70% de la demanda nacional de 7.000 donantes de sangre. El Banco Nacional de Sangre suministra toda la sangre necesaria para las operaciones de corazón abierto del Hospital Académico, que ahora se realizan con regularidad.

El Banco de Sangre también suministra hemoderivados a los cinco hospitales del país y a la Fundación para la Diálisis Renal. Todas las donaciones de sangre se estudian para detectar la presencia de VIH, HTLV, Hepatitis A y C, malaria y sífilis. Se han establecido mecanismos de control de calidad para la detección del HTLV y el VIH en la sangre donada a través de la colaboración con el Laboratorio Nacional de Referencia dependiente de la Oficina de Salud Pública, CAREC y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE.UU.

Los programas especiales para personas con discapacidades están coordinados por el Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda. Varias organizaciones no gubernamentales cuentan con programas para grupos de destinatarios especiales, que incluyen a ciegos, personas con discapacidades auditivas, ex pacientes con lepra, niños con discapacidad mental y lepra, y adultos mayores afectados por el mal de Alzheimer.

El Centro de Rehabilitación, una subdivisión del Hospital Académico en Paramaribo, presta servicios a los pacientes referidos para la fabricación de prótesis, tratamientos de rehabilitación, terapia ocupacional y terapia del habla. El personal del Centro, que consta de 14 paramédicos y profesionales médicos, atiende unas 6.000 consultas de pacientes por año. En 2004, el Centro inauguró una unidad especial para niños, a cargo de un fisioterapeuta especializado. Los 25 niños de la escuela para discapacitados (*Mytyschool*) utilizan la unidad diariamente. La mayoría ha recibido tratamiento para enfermedades relacionadas con parálisis cerebral y distrofia muscular. Los pacientes adultos han recibido tratamiento principalmente para enfermedades relacionadas con hemiplejías o amputaciones.

La Fundación de Servicio Dental Juvenil está disponible en la zona costera a través de consultorios dentales, emplazados en escuelas primarias y consultorios de los Servicios de Salud Regionales (RGD), que cuentan con 70 profesionales de atención de la salud dental juvenil entre su personal. Los niños acceden a estos servicios por medio del pago de un derecho anual de afiliación. La Fundación también ofrece servicios privados para adultos. Superada la edad escolar primaria, el servicio dental sólo está disponible a través del seguro médico de empresas privadas o el pago directo.

El Centro Psiquiátrico de Suriname es la única institución que ofrece atención de la salud mental en el país. El Centro, que dispone de 430 empleados (incluidos 270 enfermeros, 6 psiquiatras

y 3 psicólogos) y 300 camas, actualmente atiende a 245 pacientes. En el policlínico se realizan 15.000 consultas por año. El Centro de Cama, Baño y Pan recibe a unas 50 personas, en su mayoría sin hogar y con problemas relacionados con la drogadicción. Hay una asociación para los pacientes con mal de Alzheimer y sus familias. La organización no gubernamental Ypsilon brinda apoyo a los familiares de enfermos de esquizofrenia. Desde 2001, existe un plan nacional de salud mental.

La Fundación de Planificación Familiar promueve la paternidad responsable y aconseja a las familias sobre métodos de planificación familiar y cuestiones de fertilidad; además, ofrece pruebas básicas de infertilidad y tamizaje de cáncer cervicouterino. En 2003, el Ministerio de Salud inició un proyecto de salud reproductiva financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas/Unión Europea en función de un marco basado en los derechos y el género, con el fin de alcanzar los objetivos establecidos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, Egipto, 1994) y los ODM relativos a la salud sexual y reproductiva.

Todos los nacionales de Suriname mayores de 60 años tienen derecho a una compensación económica mensual de parte del gobierno, bajo la coordinación del Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda. La unidad de gerontología en la Oficina de Salud Pública pretende mejorar la atención de las personas mayores en todos los niveles, incluida la atención institucional y domiciliaria.

Promoción de la salud

Durante el período de la revisión, entidades gubernamentales y organismos no gubernamentales iniciaron e implementaron una serie de actividades en las áreas de salud ambiental, reproductiva y comunitaria; prevención y control de enfermedades; y educación sobre la salud pública con el apoyo de socios para el desarrollo ambiental. Las ONG han desempeñado un papel activo en el logro de los resultados de salud proyectados. Entre los ejemplos se incluyen el Programa de Salud Comunitaria implementado por ProHealth y las actividades de salud ambiental a cargo de la Fundación para una Suriname más limpia. El comité nacional escolar para la promoción de la salud es una iniciativa dirigida por el gobierno. El departamento de educación sanitaria dependiente de la Oficina de Salud Pública informa al público sobre la prevención de la malaria, el dengue, la leptospirosis, la fiebre amarilla y otras enfermedades transmisibles y no transmisibles, y también sobre prácticas de lactancia materna.

En general, hay un creciente reconocimiento de la necesidad de la cooperación intersectorial. Esto se demuestra claramente en el Plan Estratégico Nacional sobre VIH/sida aprobado por el gobierno en 2004. Las áreas prioritarias incluyen la coordinación; la formulación de políticas; la legislación y la defensa; la prevención; la reducción del estigma y la discriminación; el tratamiento, la atención y el apoyo; y la supervisión y la evaluación.

CUADRO 2. Personal de salud por categoría, en números absolutos y cada 10.000 habitantes, Suriname, 2004.

Categoría	Número	Número por 10.000 habitantes
Médicos clínicos	295	6
Médicos de familia	225	4,6
Médicos clínicos en hospitales	70	1,4
Médicos especialistas	105	2,1
Número total de médicos	400	8,2
Dentistas	42	0,9
Personal de enfermería no capacitado en la universidad	1.745	35,4
Enfermeros registrados	778	15,8
Parteras	57	1,2

Recursos humanos

La disponibilidad de personal de enfermería por categoría en 2004 se presenta en el cuadro 2. Los médicos clínicos reciben capacitación en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Suriname, que no admite más de 30 estudiantes por año. El personal de enfermería matriculado se capacita en el Instituto de Capacitación Central para Enfermeros y Profesiones Aliadas (Fundación COVAB). Dos hospitales (AZP y St. Vincentius) dictan cursos internos de capacitación para enfermeros. Las parteras se capacitan en un hospital público (el Hospital Lands). La Misión Médica y los Servicios de Salud Dental Juvenil ofrecen capacitación interna para sus respectivos asistentes médicos y dentales. El Skillslab es una institución de capacitación para estudiantes médicos y paramédicos.

El Ministerio de Salud regula y supervisa la asignación de matrícula y la certificación de los médicos, las parteras y los farmacéuticos. Los médicos reciben su licencia a través del Ministerio, y necesitan el permiso del Director de Salud para ejercer la práctica clínica. En la actualidad, la concesión de licencias y la acreditación regionales están sujetas a revisión. Actualmente no hay en vigor reglamentos ni estatutos para la matriculación o la certificación de profesionales paramédicos.

Suministros de salud

La Empresa Farmacéutica del Estado (BGVS), es el comprador, importador y productor central de medicamentos y suministros médicos para el consumo local. Se importa el 90% de todos los medicamentos, y el 10% restante se fabrica en el país. La Empresa Farmacéutica del Estado (BGVS) distribuye los medicamentos en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales a las farmacias y hospitales privados y públicos, y también supervisa la comercialización y el control de la calidad. Se importan todos los productos inmunobiológicos y casi todos los reactivos. Todas las vacunas se adquieren a través del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas.

No se garantiza la disponibilidad de los medicamentos incluidos en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales. Para compensar la escasez de medicamentos, los hospitales y las farmacias acuden a importadores privados, lo que origina gastos muy elevados. Esto afecta negativamente el acceso a los medicamentos de las personas con seguro de salud otorgado por el Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda o SZF. También se accede a numerosos medicamentos directamente a través de conexiones personales fuera de Suriname, evadiendo la correspondiente inspección de aduana y de calidad, o a través de farmacias privadas.

Todos los medicamentos deben estar aprobados por el Comité para el Registro de los Medicamentos, mientras que la Inspección Farmacéutica controla la inspección de la fabricación farmacéutica y de las farmacias.

En el país, hay una unidad para realizar tomografías computadas y cuatro unidades para pruebas de recuento de células CD4.

Suriname dispone de 1.378 camas (con la exclusión de 60 camas de atención psiquiátrica), o 2,7 camas cada 1.000 habitantes. La tasa promedio de ocupación de camas es del 70%. En 2002, la hospitalización promedio fue de 7,2 días, incluidas las estancias más prolongadas de pacientes con seguro social.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

Los proyectos de investigación son financiados por organizaciones internacionales y los ejecutan el Ministerio de Salud u otras instituciones gubernamentales. La mayor parte de la investigación se limita a la realización de encuestas sobre cuestiones de salud específicas como malnutrición y mortalidad, para las que se necesitan datos actuales que se usarán en el diseño de políticas y proyectos. En general, hay entidades internacionales que también financian la capacitación del personal médico y paramédico en nuevas tecnologías y destrezas.

Se puede acceder a publicaciones e informes de investigaciones sobre asuntos de salud y desarrollo en Suriname a través del Ministerio de Salud y las distintas agencias que financian los pro-

Abordar las inequidades de las poblaciones del interior

Una de cada 10 personas en Suriname, en su mayor parte indígenas y cimarrones (descendientes de esclavos africanos) viven en el interior del país. En esta inaccesible región, la falta de electricidad, los problemas del transporte y la escasa infraestructura dificultan la entrega de bienes y servicios. Hay graves inequidades en términos de desarrollo socioeconómico, salud y acceso a la atención de salud entre la población del interior y la población de la costa, entre otras:

- apenas 18% de los hogares cuentan con agua corriente y solamente 31% tiene servicios cloacales;
- las mujeres del interior pertenecen a los grupos más pobres del país;
- el VIH/sida es la causa de una de cada cinco defunciones de pobladores cimarrones;
- los niños de estas zonas son los más expuestos a la desnutrición crónica;
- menos de la mitad de los niños del interior viven con sus dos padres y uno de cada ocho niños vive sin ninguno de sus dos padres.

El Ministerio de Salud, por conducto de la Misión Médica, proporciona servicios de atención médica con fines curativos y preventivos, sin costo, a los residentes del interior, manteniendo 57 centros de salud y puestos asistenciales que atienden a cerca de 57.000 pacientes.

yectos de salud pública, incluida la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Gasto y financiamiento sectorial

En 2002, el producto interno bruto (PIB) fue US\$ 879,9 millones. El PIB per cápita fue US\$ 1.925. Las cifras más recientes disponibles sobre el de gasto en salud total son del año 2000 y equivalen a US\$ 78.763.778. El total de gasto per cápita en salud fue US\$ 180,33 o el 9,42% del PIB. En 2002, el gasto público en salud fue US\$ 31,7 millones y el gasto per cápita fue US\$ 69,4 o el 4,97% del PIB. El gasto público y privado en la atención de la salud es casi equivalente: el gobierno gastó alrededor del 44% y el sector privado (gastos de salud con cobertura de la compañía y gastos directos a cargo de los hogares) aproximadamente el 42%. El 14% restante viene de fuentes externas (donantes). La contribución del sector privado a la atención de la salud es importante. Los pagos directos de los gastos de los hogares revisten especial preocupación.

En 2000, el 55% del gasto total en salud correspondió a atención secundaria (hospitales públicos y privados, especialistas médicos, servicios de laboratorio del hospital y de radiología, y medicamentos del hospital), el 34% correspondió a atención primaria y preventiva (Oficina de Salud Pública, RHS, Misión Médica, médicos clínicos privados, etc.), mientras que el restante 11% correspondió a administración, capacitación y otras áreas.

El Fondo de Desarrollo Comunitario, el Programa de Pequeñas Donaciones del Fondo Mundial para el Medio Ambiente (GEF), dependiente del Fondo para el Desarrollo de las Naciones Unidas, la Fundación para la Conservación de Suriname, Cordaid y otras

ONG han desempeñado un papel fundamental en el apoyo financiero y la implementación de iniciativas para la reducción de la pobreza. El Movimiento Nacional de la Mujer participa activamente en iniciativas para mejorar el bienestar y las condiciones de vida de las mujeres en el interior.

Cooperación técnica y financiera en salud

Los principales socios para el desarrollo internacional que trabajan en el sector salud son la OPS; el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria; el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); el Banco de Desarrollo Islámico; la Federación Internacional de Planificación Familiar; y la Unión Europea. Entre los donantes bilaterales se incluyen: los Países Bajos, EE.UU., Japón, Francia y Alemania. Entre ellos, la Cooperación Holandesa para el Desarrollo proporciona el mayor monto de financiamiento por un amplio margen y cubre el alcance más amplio de actividades relacionadas con la salud. También existe una estrecha cooperación entre las ONG locales y las instituciones privadas holandesas para la asistencia del desarrollo, por ejemplo, Cordaid.

Referencias

1. United Nations. Common Country Assessment of Development Challenges in Suriname (draft), June 2006.

2. Inter-American Development Bank. Governance in Suriname, IDB report 1999/2000. In: United Nations Common Country Assessment of Development Challenges in Suriname (draft), June 2006. p. 10.
3. Suriname, Ministry of Home Affairs, General Bureau of Civil Registration. Demographic data Suriname 2003–2004. January 2006.
4. United Nations Development Fund for Women, 2001.
5. United Nations, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Third Progress Report.
6. Neri M, Menke J. Sustainable combat against poverty: findings and policy recommendations for Suriname, 2000.
7. James V. A strategy for social development and poverty eradication. Paramaribo: United Nations Development Program; 2000.
8. Suriname, General Bureau of Statistics. Statistical Yearbook 2004. p. 49.
9. Government of Suriname; United Nations Children's Fund. Suriname Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2000. March 2001.
10. Suriname, National Bureau of Gender, 2000.
11. Suriname, General Bureau of Statistics. Seventh General Population and Housing Census. Volume I. 2005.
12. Suriname, Ministry of Home Affairs, General Bureau of Civil Registration. Demographic data Suriname 1998-1999. December 2000.
13. Surinamese Civil Code. Article 46. Paragraphs 1, 2, 4.
14. Suriname, Bureau voor de Openbare Gezondheidszorg. Epidemiologie data 2004. January 2006.
15. Suriname, Ministry of Health. Global Youth Tobacco Survey. November 2004.
16. Ashok Mungra. Confidential enquiries into maternal deaths in Suriname. [Doctoral thesis]. University of Leiden (Netherlands); 2000.
17. Leckie G, Pelsler R, Grünberg A, Bishoen S. Reproductive health and rights of adolescents in Suriname. Paramaribo; 1997.
18. Suriname, Ministry of Health; United Nations Population Fund; ProHealth. ICPD+10 Report. 2006. p. 106.
19. B. Adams. National Women's Movement. Survey report on Maroon fertility in four selected Maroon villages in the interior of Suriname. 2002. In: Third CEDAW periodic report of States parties (CEDAW/C/SUR/3).
20. Stichting Lobi. Contraceptive prevalence study 1992. In: MICS 2000.
21. Schalkwijk M, van den Berg W. Suriname. The situation of children in mining, agriculture and other worst forms of child labour: a rapid assessment. International Labor Organization, Subregional Office for the Caribbean; 2003. Available from: http://www.ilocarib.org.tt/childlabour/library/rapid_assessment/RASuriname.pdf.
22. Suriname, Ministry of Health. HIV/AIDS/SOA Surveillance Report 1983-2005. MOH; 2005.
23. Greenstone Belt Gold Mining Regional Environmental Assessment. Draft report. National Institute for Environment and Development in Suriname; July 2003.
24. Suriname, 1987 Constitution with Reforms of 1992.