
**PERFIL DE LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD DE
GRANADA, CARRIACOU & PETITE MARTINIQUE**

(Primera edición, octubre de 2001) *

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

Granada se ubica en el extremo meridional de las Islas de Barlovento y es un Estado triinsular que abarca las islas de Granada, Carriacou y Petite Martinique. Granada está situada aproximadamente a 100 millas al norte de Venezuela y 90 millas al sudoeste de Barbados. La población estimada de Granada a mediados de 1999 era de 100.703 habitantes, de los cuales el 50,4% estaba constituido por hombres y el 49,6% por mujeres. El Estado se rige por los principios de la democracia parlamentaria basada en el sistema británico de Westminster, con una legislatura bicameral, a saber, la Cámara de Representantes (miembros elegidos) y el Senado (miembros nombrados). El poder ejecutivo está compuesto por el primer ministro, quien actúa como jefe de Gobierno, y un gabinete. Sin embargo, el jefe de Estado titular es el gobernador general, representante de Su Majestad, la Reina Isabel II.

La tasa de crecimiento anual de la población es de 0,06%. El 31,2% de la población es pobre. Se calcula que el umbral de pobreza anual es de US\$1.231 por adulto. En el año 2000, se estimaba que la tasa de alfabetización de adultos era de 88,6%. La fuerza laboral de 1998 estuvo compuesta por 41.015 personas, entre las cuales se incluían 23.171 hombres y 17.844 mujeres. La tasa nacional de desempleo es de 15,2%. Según los datos preliminares obtenidos por el Ministerio de Asuntos Económicos, la actividad económica en Granada continuó siendo próspera en el año 2000, con un aumento en el PIB real que llegó hasta el 6,4%, luego de las tasas de crecimiento que promediaban el 5,5% durante el período 1996-1999. La expansión continua de la actividad económica en 2000 refleja los importantes resultados registrados en las áreas de la construcción, la fabricación, las comunicaciones, y el sector bancario, convirtiéndose estos últimos en los sectores más activos de ese periodo, con un aumento de 9,16%, 13,50%, 13,4% (8,8% del PIB) y 10,12% respectivamente. Hubo un ligero crecimiento en la industria turística que llegó al 7,6%. El gasto ordinario total del sector público en el año 2000 fue de US\$ 98,9 millones, es decir, mayor que el total gastado en 1999, que fue de US\$ 88,1 millones y un poco más alto que el de 1998, que fue de US\$ 87,3 millones. El gasto sanitario fue de US\$ 11,9 millones en 1998, US\$ 10,6 millones en 1999 y US\$ 12,5 millones en 2000. Los datos sobre el gasto para el año 2000 indicaban que la salud, la educación y la vivienda, y los servicios sociales consumían 11,0%, 17,3% y 7,0%, respectivamente, del presupuesto ordinario total. Los principales problemas políticos y sociales que influyen en la situación sanitaria o la prestación de los servicios de salud son la transición epidemiológica de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles, la expectativa, tanto de los consumidores como de los proveedores, de una buena atención de salud, y el déficit fiscal como resultado de la situación económica que se empeora a nivel mundial.

Organización Panamericana de la Salud

Según los datos, las infecciones respiratorias fueron la causa principal de morbilidad durante los cinco últimos años. Otras causas significativas fueron la diabetes mellitus, la hipertensión, otras formas de cardiopatía, las enfermedades de los aparatos urinario y digestivo, y las afecciones originadas en el período perinatal. Las principales causas de mortalidad en el año 2000 fueron las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias y las enfermedades del aparato respiratorio. Entre las diez causas más importantes, las lesiones, la intoxicación y algunas otras consecuencias de causas externas ocupaban el quinto lugar.

El Ministerio de Salud se encarga del manejo general del sector de la salud en Granada. El jefe político del Ministerio de Salud es el ministro de Salud. El secretario permanente (SP) es el jefe administrativo y el médico jefe es el funcionario técnico principal. El Ministerio ejerce sus responsabilidades de gerencia a través de una administración centralizada en la Oficina Principal, que cumple las funciones de formulación de políticas, planificación, programación y reglamentación. Los servicios de salud se proporcionan principalmente a través de instalaciones públicas, pero los establecimientos de asistencia sanitaria privados han aumentado en años recientes. Durante el último decenio, el modelo de organización predominante para los servicios de salud se basaba en el enfoque de Atención Primaria de Salud, como la estrategia principal para mejorar el estado de salud de la población. Las metas y los objetivos establecidos mediante la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe han sido el modelo emergente para proporcionar la atención de salud. El Ministerio de Salud depende de la promoción de la salud como uno de sus mecanismos principales para mejorar el estado de salud general del público. Los centros hospitalarios del sector público incluyen un Hospital General, con 240 camas, y dos hospitales rurales: el *Princess Alice* en St. Andrews, con 60 camas, y el *Princess Royal* en Carriacou, con 40 camas. También hay una unidad psiquiátrica con 20 camas en el Hospital General. Los establecimientos de asistencia sanitaria privados han estado proliferando en años recientes, principalmente en la ciudad capital. Entre éstos se incluyen cinco hospitales para enfermedades agudas, trece casas de salud, dos unidades de maternidad y varias consultas en todo el país, que son propiedad de los médicos, para proporcionar atención a los pacientes ambulatorios. A veces, los médicos del sector privado utilizan los servicios del sector público. Granada obtiene la mayoría de sus preparaciones farmacéuticas y suministros médicos a través del programa subregional administrado por el Servicio de Adquisiciones Farmacéuticas del Caribe Oriental.

El Ministerio de Salud ejerce un control directo sobre el sistema público de salud y, a través de la legislación, regula el sistema privado. La función de reglamentación se ejecuta en parte mediante las responsabilidades que tiene el Ministerio de poner en práctica la legislación existente, así como de desarrollar la nueva legislación. El Ministerio de Salud tiene información limitada sobre los niveles de cobertura y las modalidades de prestación de los diversos tipos de seguros médicos. Hay varias aseguradoras privadas en funcionamiento. Existe un Sistema Nacional de Seguro Médico, que es un plan de pensiones pero tiene ciertas prestaciones para servicios médicos.

La organización general actual del sistema de salud ocasiona retrasos en la toma de decisiones clave o en la ejecución de acciones importantes en las instituciones y a nivel de los programas, lo cual genera varios problemas para el sistema de prestación de servicios de salud. En consecuencia, un objetivo de política fundamental del Gobierno es la reforma del sector de la salud. De todas las iniciativas de reforma identificadas, la única que ha sido puesta en práctica plenamente es el establecimiento de un organismo autónomo para administrar la recolección y el desecho de residuos sólidos. En el año 2000, el gobierno anunció su intención de crear un organismo ejecutivo—un sistema mixto que combinaba elementos de los modelos de delegación y descentralización—como otra iniciativa para lograr una mayor eficiencia y mejorar la calidad de la atención en las instituciones, luego del intento infructuoso de poner en ejecución una autoridad estatutaria para el manejo de las instituciones que ofrecen cuidados intensivos. No se sabe con exactitud cuál es el estado de esta iniciativa.

1. CONTEXTO

1.1 Contexto político. Granada se ubica en el extremo meridional de las Islas de Barlovento y es un Estado triinsular que abarca las islas de Granada, Carriacou y Petite Martinique. Granada está situada a 12° de latitud norte y 60° de longitud oeste y se encuentra aproximadamente a 100 millas al norte de Venezuela y 90 millas al sudoeste de Barbados. La superficie terrestre total del país tiene una extensión de 133 m² y se divide en seis (6) municipios. El Estado se rige por los principios de la democracia parlamentaria basada en el sistema británico de Westminster, con una legislatura bicameral, a saber, la Cámara de Representantes (miembros elegidos) y el Senado (miembros nombrados). El poder ejecutivo está constituido por el primer ministro, quien actúa como jefe de Gobierno, y un gabinete. Sin embargo, el jefe de Estado titular es el gobernador general, representante de Su Majestad, la Reina Isabel II. Hay más de cinco partidos políticos. El Nuevo Partido Nacional está actualmente en el poder.

En la actualidad, no existen instituciones formales del gobierno local; no obstante, se llevan a cabo con regularidad consultas nacionales sobre importantes temas de interés para el país, tales como el presupuesto anual. Además, desde 1996, existe el Comité de Consulta Multipartidario, que agrupa a representantes de los sectores gubernamental, no gubernamental (ONG de desarrollo), sindical y privado, y se reúne periódicamente para analizar y debatir temas de importancia nacional.

La División de Planificación y Desarrollo del Ministerio de Finanzas coordina los esfuerzos nacionales de desarrollo.¹ Se presenta un informe sobre estos esfuerzos, principalmente, a través de un Documento de Estrategia Económica a Mediano Plazo (MTESP) de tres años. Aunque el MTESP contiene principalmente consideraciones económicas, también incluye secciones sobre el desarrollo social, tales como la atención de la salud y la equidad entre los sexos. La División de Planificación y Desarrollo entre otras cosas prepara, en colaboración con los diversos ministerios del ramo, incluyendo el de Salud, el Programa de Inversión del Sector Público (PSIP), que tiene una duración de tres años y es renovable. El PSIP es una base de datos de los proyectos nacionales de desarrollo por sector, por ejemplo, de la infraestructura social, dentro de la cual la salud es un subsector. El marco institucional para apoyar al PSIP incluye un Comité de Operaciones que está compuesto por funcionarios encargados de la planificación, funcionarios de finanzas y analistas de proyectos de los ministerios del gobierno y los organismos paraestatales, que se reúnen trimestralmente para informar sobre el progreso de los proyectos y los flujos de gasto de éstos para los próximos trimestres. El Ministerio de Finanzas ha iniciado el diálogo con una amplia gama de interesados directos, para establecer un Sistema de Información para la Gestión del Desarrollo Social (SDMIS). Este Sistema preverá un monitoreo más eficaz del desarrollo social y el progreso en Granada. En este sentido, Granada participó recientemente en una reunión de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS) sobre indicadores de desarrollo social, organizada por la Secretaría de la OECS. A nivel nacional, los indicadores para el SDMIS se centrarán en las seis áreas prioritarias de desarrollo social. Éstas son el Desarrollo de Recursos Humanos, la Atención de Salud de Calidad, la

Reducción y Eliminación de la Pobreza, el Desarrollo Rural, el Uso Sostenible del Entorno Físico y la Equidad entre los Sexos.

El jefe político del Ministerio de Salud es el ministro de Salud. El Secretario Permanente (SP) es el jefe administrativo y el médico jefe es el funcionario técnico principal, cuya responsabilidad es brindar asesoramiento sobre los asuntos técnicos. Mediante este acuerdo, la política sanitaria se incorpora en los programas nacionales del gobierno. Los principales problemas políticos y sociales que influyen en la situación sanitaria o la prestación de los servicios de salud son la transición epidemiológica de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles, que están relacionadas principalmente al modo de vida, la propensión a obtener la mejor atención de salud, tanto por parte de los consumidores como de los proveedores, como resultado de su exposición a la tecnología moderna y los medios de difusión internacionales, y el déficit fiscal ocasionado por la situación económica que se empeora a nivel mundial.

1.2 Contexto económico

Indicadores económicos seleccionados

INDICADORES	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita en precios constantes de EC\$, moneda local	5096	5540	5346	5477	5673	5966	NA
Población económicamente activa, en miles	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Gasto público total como un porcentaje del PIB	NA	NA	45.92	46.61	49.40	53.00	ND
Gasto público en los programas sociales como un porcentaje del PIB	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Tasa anual de inflación ²	NA	NA	NA	3.6	1.9	1.2	1.9

Fuente: División de Estadística y Planificación, Ministerio de Finanzas, 2001.

La actividad económica en Granada continuó siendo próspera en el año 2000, con un aumento en el PIB real que llegó hasta el 6,4%, luego de las tasas de crecimiento que promediaban el 5,5% durante el período 1996-1999. En el año 2000, el producto interno bruto (PIB), al costo de los factores y en precios constantes de 1999, fue de US\$ 332,97 millones, es decir, cerca de US\$ 1.216,09 per cápita, lo cual representa un aumento de 7,76% desde la cifra de 1999, que fue de US\$ 1.128,49 per cápita. La inflación anual entre 1998 y 2000 promedió el 1,7%. Sin embargo, en el año 2000, la tasa de inflación medida según el cambio en el índice de precios al consumidor fue de 2,5, en comparación con 1,0% en 1999. El gasto ordinario total del sector público en el año 2000 fue de US\$ 98,9 millones, es decir, mayor que el total gastado en 1999, que fue de US\$ 88,1 millones, y un poco más alto que el de 1998, que fue de US\$ 87,3 millones. Los datos sobre el gasto para el año 2000 indicaban que la salud, la educación y la vivienda, y los servicios sociales consumían 11,0%, 17,3% y 7,0%, respectivamente, del presupuesto ordinario total. Para el año 2001, la asignación de recursos para la salud y la educación ha aumentado a 16,2% y 12,3%, respectivamente, del gasto ordinario total.³

La fuerza laboral de 1998 estuvo compuesta por 41.015 personas, entre las cuales se incluían 23.171 hombres y 17.844 mujeres. Cuando esto se compara con la fuerza laboral empleada, hay una tasa de desempleo de 10,5%

para los hombres y 21,2% para las mujeres. La tasa nacional de desempleo es de 15,2%, sin embargo, ésta es considerablemente mayor entre las mujeres, los jóvenes y los habitantes de zonas rurales.⁴

La expansión continua de la actividad económica en 2000 refleja los importantes resultados registrados en las áreas de la construcción, la fabricación, las comunicaciones y el sector bancario, convirtiéndose estos últimos en los sectores más activos de ese período, con un aumento de 9,16%, 13,50%, 13,4% (8,8% del PIB) y 10,12%, respectivamente. Hubo un ligero crecimiento en la industria turística que llegó al 7,6%⁵. En el área de servicios, el crecimiento real se registró en los sectores de telecomunicaciones, bancario, de seguros, y de venta al por mayor y por menor. Las operaciones actuales del gobierno central dieron lugar a un excedente de \$67,8 millones, mayor que el logrado en 1999. El déficit de la balanza comercial visible incrementó, a pesar que hubo un mejoramiento en los ingresos de exportación. En el año 2000, los precios internos aumentaron en forma acentuada y se calculó que el nivel de desempleo había descendido. El sector turístico representó 8,2% (US\$ 15,98 millones) del PIB en 1995 y 7,53% (US\$19,32 millones) en 2000, lo cual significó un aumento de 20,9% en el año 2000, por comparación con 1995. La producción en el sector agropecuario disminuyó 2,3% en 2000, luego de un crecimiento de 6,3% en 1998 y 11,0% en 1999⁶.

El Ministerio de Salud y Medio Ambiente sigue recibiendo asistencia técnica y financiera significativa de los programas de la OPS/OMS, UNICEF, el Banco de Desarrollo del Caribe (CDB) (a través del Fondo Fiduciario para las Necesidades Básicas, BNTF), y de países amigos, tales como la República de Taiwán, Francia y el Gobierno de Cuba. Se ha recibido asistencia financiera importante por parte del CDB (BNTF) para la remodelación, la reconstrucción y el mantenimiento de los establecimientos de salud comunitarios⁷. La OPS proporciona ayuda técnica y financiera en las siguientes áreas: Reforma del Sector Sanitario, Salud Ambiental, y Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades. El Ministerio agradece especialmente el número de becas (de corta y larga duración) proporcionadas anualmente. A través de UNICEF, se intensificó el trabajo del programa de lactancia materna y se pusieron en marcha proyectos piloto sobre la anemia y la salud escolar. La República de China y Taiwán ha proporcionado subvenciones durante los tres últimos años, las cuales han sido utilizadas para adquirir equipo médico para los hospitales y los servicios de salud comunitarios. El Gobierno cubano ha brindado asistencia técnica al facilitar enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud. También está administrando todas las áreas técnicas para el proyecto del nuevo hospital y proporcionará el equipo médico para dicho hospital. A través del Gobierno de Francia, se ha capacitado a ocho enfermeras en Enfermería de Cuidados Intensivos y como técnicos biomédicos. Francia también ha proporcionado el equipo para una unidad de cuidados intensivos con dos camas, así como equipos de fisioterapia. También, se está elaborando un acuerdo para que los pacientes puedan ser trasladados a los departamentos franceses de Martinica y Guadalupe y sean tratados allí. El Ministerio de Salud recibe asistencia médica de CHORES (*Children's Health Organization Relief and Educational Services*, organización sanitaria de servicios asistenciales y educativos para la infancia), en forma de equipo y consultorios de especialistas en diferentes áreas, dos veces al año, y la Fundación de la Salud ofrece servicios a las personas que requieren atención médica. El Ministerio también obtiene donaciones

de las organizaciones granadinas en el extranjero. Asimismo, la Facultad de Medicina de la Universidad de St. George proporciona ayuda financiera para la compra de equipo médico, así como cinco becas médicas para estudiantes al año.

1.3 Contexto demográfico y epidemiológico⁸

La tasa anual de crecimiento de la población es de 0,06%. El censo de 1991 indicaba que los municipios más poblados eran St. George's y St. Andrew's, con 31.994 y 22.425 habitantes, respectivamente. El ritmo del desarrollo en la parte meridional de St. George's, particularmente en los sectores del turismo y la fabricación, ha dado lugar a un aumento del número de personas que emigran a estas áreas de otras partes del país para buscar empleo.

	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Tasa bruta de natalidad	NA	23.1	23.3	20.6	20.1	18.0	17.5
Tasa de fecundidad total	NA	103.6	101.0	91.0	86.5	75.2	72.1
Tasa bruta de mortalidad	NA	8.0	8.2	8.0	6.3	8.0	7.6
Tasa de mortalidad materna	NA	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0
Tasa de mortalidad infantil	NA	14.6	12.7	14.7	14.0	19.5	12.5

Fuente: Grenada Economic and Social Review 2000.

En 1999, el 46,9% de la población total estaba por debajo de la edad de 20 años. Actualmente, se calcula que la esperanza de vida es de 68 años para los hombres y 73 años para las mujeres. Se espera que el grupo de población de 60 años de edad y más aumente durante el próximo decenio. El total de nacidos vivos ha disminuido durante el último decenio, descendiendo de 2.096 en 1996 a 1.791 en 1999. La tasa bruta de natalidad decreció en un 14,1%, descendiendo de 21,3 por 1.000 personas en 1996, a 18,3 por 1.000 personas en 1999. La tasa bruta de mortalidad descendió de 8,2 por 1.000 personas en 1998 a 7,9 por 1.000 personas en 1999. La tasa de aumento natural se redujo de un 13,4% por mil personas en 1996 a 10,4 por mil personas en el año 2000. La tasa de fecundidad total durante el período 1996 a 2000 promedió 2,8 niños por mujer en edad fecunda, más baja que la registrada en el período 1992 a 1995, que fue de 3,2 niños.⁹

Las infecciones respiratorias fueron la causa principal de morbilidad durante los cinco últimos años. Otras causas significativas fueron la diabetes mellitus, la hipertensión, otras formas de cardiopatía, las enfermedades de los aparatos urinario y digestivo, y las condiciones originadas en el período perinatal. La diabetes, la hipertensión y las enfermedades coronarias o cardiovasculares y sus complicaciones afectan principalmente a la población mayor. De las personas que se sometieron a un tamizaje en los servicios de salud de distrito entre 1996-2000, aproximadamente al 10% se le diagnosticó la diabetes mellitus y al 11% la hipertensión. Los datos de los servicios comunitarios (enfermedades de notificación obligatoria) indican que las causas principales de morbilidad infantil siguen siendo las infecciones de las vías respiratorias, la gastroenteritis y la diarrea. Los datos de 1996 indican que las causas principales de morbilidad entre los niños de (0-4) años de edad son también las infecciones de las vías respiratorias, la gastroenteritis y la diarrea. Durante 1997-2000, las causas principales de morbilidad notificadas entre los niños de (0-4) años mostraron una prevalencia continua de las

infecciones respiratorias agudas, la gastroenteritis y la diarrea. El establecimiento de un sistema más estricto de seguimiento, que cuenta con una enfermera de vigilancia y el compromiso de los médicos particulares, ha producido un aumento de los casos notificados. Las enfermedades del aparato circulatorio siguieron siendo las principales causas de mortalidad, siendo la circulación pulmonar y otras formas de cardiopatía, las enfermedades cerebrovasculares, y la cardiopatía isquémica los contribuyentes más importantes. Durante 1992-1996, la neoplasia maligna también representó una proporción significativa de la mortalidad y está adquiriendo una importancia cada vez mayor. En los años 1996, 1997 y 1998, la causa más importante de defunción dentro de las causas mencionadas fue la neoplasia maligna (124,4, 101,5 y 148 por 100.000 habitantes, respectivamente). En 1999, la principales causas de defunción fueron las enfermedades de circulación pulmonar y otras formas de cardiopatía (130,1 por 100.000 habitantes).¹⁰

Las principales causas de mortalidad en el año 2000 fueron las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias y las enfermedades del aparato respiratorio. También fueron objeto de preocupación las lesiones, la intoxicación y las causas externas, las cuales se ubicaron en el quinto lugar entre las diez causas más importantes. Entre las neoplasias, la neoplasia maligna de los órganos digestivos ocupó el primer lugar, seguida de la neoplasia maligna de la próstata y de la neoplasia maligna del tejido Linfoide, hematopoyético.¹¹

1.4 Contexto social

La población estimada de Granada a mediados de 1999 era de 100.703 habitantes, de los cuales el 50,4% estaba constituido por hombres y el 49,6% por mujeres. La composición étnica de la población era la siguiente: negros (90%), indios orientales (3%), blancos (1%) y otros (6%). El censo de 1991 mostró que el 33,5% (población urbana) de la población residía en la capital, St. George's, por comparación con un 33% registrado en 1981. El PIB per cápita ha aumentado en forma sostenida, de US\$2.350 en 1990 hasta llegar a US\$3.600 en 1999.

En el año 2000, se calculó que la tasa de alfabetización de adultos era de 88,6%. Sin embargo, más de sesenta y cuatro% (64%) de los pobres no tienen ningún certificado educacional. Una Encuesta de Evaluación de la Pobreza realizada en Granada en 1998 reveló que 31,2% de la población es pobre.¹² Se calcula que el umbral de pobreza anual es de US\$1.231 por adulto. Esto se traduce en una tasa diaria de US\$ 3.37 por adulto. El 12,9% de la población es indigente. Cincuenta y uno% de los individuos que viven debajo del umbral de pobreza son menores de veinte años. De éstos, el 40% está en la primera infancia y el 38% son niños en edad escolar. Según el Índice de Desarrollo Humano del PNUD de 1998, Granada se clasifica 51ª. Esta jerarquización alta refleja las ganancias significativas en los indicadores de desarrollo social, tales como la mortalidad infantil y el alfabetismo de adultos.

2. EL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Organización general

Instituciones públicas. El Ministerio de Salud se encarga del manejo general del sector sanitario. El Ministerio ejerce sus responsabilidades de gerencia a través de una administración centralizada en la Oficina Principal, que

cumple las funciones de formulación de políticas, planificación, programación y reglamentación. Los servicios de salud se proporcionan principalmente a través de instalaciones públicas, pero los establecimientos de asistencia sanitaria privados han aumentado en años recientes. El Ministerio realiza sus tareas a través de las siguientes áreas funcionales clave: la administración, los hospitales de corta estada, la salud mental, los servicios comunitarios, y la salud ambiental. Cada área funcional se separa en divisiones, unidades o departamentos que elaboran programas y subprogramas para llevar a cabo sus planes operativos.

Durante el último decenio, el modelo de organización predominante para los servicios de salud se basaba en el enfoque de Atención Primaria de Salud, como la estrategia principal para mejorar el estado de salud de las poblaciones. Se consideraba que el objetivo de “Salud para todos en el año 2000” podía lograrse usando esta estrategia. Las metas y los objetivos establecidos mediante la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe han sido el modelo emergente que ha dado sentido a la prestación de la atención de salud. El Ministerio de Salud depende de la promoción de la salud como uno de sus mecanismos principales para mejorar el estado de salud general del público.

Granada se divide en siete distritos sanitarios. Seis de los distritos tienen cada uno un centro de salud, que es el principal establecimiento de atención primaria, y existen además 30 puestos médicos distribuidos en todo el país que, por lo general, son el primer punto de contacto dentro del sistema de salud. Todos los establecimientos son de fácil acceso a la población y la mayoría están en una condición física satisfactoria. Los servicios de salud comunitarios funcionan como la línea de acción del Ministerio para la prestación de servicios de salud. A cada distrito sanitario se le asigna un funcionario médico de distrito, enfermeras de diversas categorías, incluidas las enfermeras de familia especializadas en atención primaria de la salud, las enfermeras de salud pública, las enfermeras de distrito y los auxiliares de salud comunitarios, así como dentistas y auxiliares de odontología, farmacéuticos, funcionarios de salud ambiental, y especialistas en salud mental. Algunos servicios especializados, tales como la pediatría, la otorrinolaringología y la psiquiatría se proporcionan en algunos de los centros de salud. La Unidad de Educación Sanitaria colabora con otros departamentos en el Ministerio de Salud, otros ministerios, incluidos el de Educación y el Servicio de Información del Gobierno (SIG), así como con las organizaciones gubernamentales y otros grupos. Esto le permite al departamento planificar eficazmente, ejecutar y evaluar las actividades de educación/promoción de la salud para lograr sus objetivos.

Debido a la inquietud en lo referente a la capacidad del sistema actual para satisfacer plenamente las necesidades de sus usuarios, el Ministerio propone reorganizar el sistema después de un examen integral. Entre las áreas centrales a ser analizadas se incluyen las siguientes: los servicios ofrecidos, la calidad de los servicios, las instalaciones físicas, la exigencia de servicios, las horas de servicios, el profesionalismo de los proveedores, la eficacia, la coordinación y el manejo de los servicios, la participación comunitaria, las vinculaciones con establecimientos de atención secundaria, el uso de tecnologías adecuadas, la colaboración intersectorial (ONG también), el cálculo del costo de los servicios, y la racionalización de los puestos médicos. Como parte de un esfuerzo para introducir un sistema nacional de seguro médico, también se está examinando el financiamiento de

los servicios de salud. El sistema de seguro crearía una manera equitativa de inyectar nuevos recursos en el sector de la salud, contribuiría a mejorar la calidad de la atención y ayudaría a reducir la dependencia hacia el gobierno central. Se está analizando un sistema de seguro del sector de la salud, para asegurarse que responda a las necesidades de Granada, y que tanto los proveedores de asistencia sanitaria como el público en general lo comprendan plenamente. El país está experimentando una transición epidemiológica que ha colocado a las enfermedades crónicas como causas de morbilidad y mortalidad, antes que a las enfermedades transmisibles. Este cambio está creando una mayor exigencia sobre los recursos limitados del sector de la salud. Recientemente, se nombró un comité consultivo. El gobierno tiene la intención de crear un organismo ejecutivo—un sistema mixto que combine elementos de los modelos de delegación y descentralización—como otra iniciativa para lograr una mayor eficiencia y mejorar la calidad de la atención en las instituciones, luego del intento infructuoso de poner en ejecución una autoridad estatutaria para el manejo de las instituciones de corta estada. Es también la intención del gobierno establecer policlínicas que ofrezcan al público horas prolongadas y una mayor variedad de servicios, con una participación comunitaria activa en el manejo de los servicios.

En 1997, el Ministerio de Salud, conjuntamente con la Oficina Central de Estadística del Ministerio de Finanzas, emprendió una evaluación de las necesidades de salud de la comunidad. Mientras el Ministerio aguarda el resultado de la evaluación, la Unidad de Planificación del Ministerio ha presentado un proyecto preliminar de un plan nacional de salud estratégico quinquenal, que se hizo a través de un enfoque intersectorial, el cual incluyó una consulta amplia entre organizaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales y grupos de servicios. Se identificaron proyectos diseñados para fortalecer los programas de salud y garantizar el desarrollo ordenado del sector sanitario. El plan contempla una mejor recolección de información sobre la población de cada distrito sanitario. Se descubrió la existencia de personas muy pobres que no podían pagar por los servicios de salud, y se tomaron las medidas necesarias para que ellas también tuvieran acceso a la atención de salud. Dado que a cada profesional sanitario se le considera un educador de salud, se está planificando realizar un adiestramiento de personal adicional, así como la organización de actividades para llegar a la comunidad eficazmente. Uno de los programas en los que se puso más énfasis fue el programa de salud escolar, porque es una de las mejores maneras de llegar de manera eficaz a la juventud del país, para ayudar a mejorar sus modos de vida.

Actores privados¹³: Los establecimientos de asistencia sanitaria privados han estado proliferando en años recientes, y algunas veces los médicos privados utilizan los servicios del sector público. Existen diversos establecimientos privados, que están ubicados principalmente en la ciudad capital. Todos están financiados por sus dueños y prestan servicios a aquéllos que pueden pagar de su bolsillo o a través de aseguradoras privadas. Las instalaciones privadas incluyen cinco hospitales de corta estada, trece casas de salud, dos unidades de maternidad y varias oficinas que son propiedad de los médicos en todo el país, para proporcionar atención a los clientes ambulatorios. Los servicios de atención de salud están disponibles en los tres Estados insulares.

La ultrasonografía, el electrocardiograma y la mamografía están disponibles tanto en el sector público como en el privado. El sector privado ofrece servicios limitados de laboratorio y rayos X.

2.2 Recursos del sistema

Recursos humanos. En 1998, habían 59 médicos empleados en el sector público de salud, muchos de los cuales ejercían la práctica privada. Diez de éstos eran funcionarios médicos de distrito (DMOs) y 38 trabajaban principalmente en el medio hospitalario. Cerca de 21 médicos trabajan exclusivamente en el sector privado, con práctica individual o de grupo. Además, varios médicos están afiliados exclusivamente a la Facultad de Medicina de la Universidad St. George's. Hay 8 médicos por 10.000 habitantes. Existen varias categorías de enfermeras que trabajan en el sistema de salud. El número total de enfermeras tituladas es 242, una relación de 1 por 413 habitantes. Cincuenta y cuatro (54) son destinadas a los servicios comunitarios y 188 trabajan en los tres hospitales. Además hay 40 auxiliares de salud comunitarios y 84 asistentes de enfermería.

El sector público emplea a 22 farmacéuticos, establecidos en la comunidad, la División de Adquisiciones, y en los hospitales. Cuarenta y siete farmacéuticos (47) están empleados en el sector privado, lo cual suma un total de 69 farmacéuticos. Hay 6,9 farmacéuticos por 10, 000 habitantes. Los farmacéuticos reciben capacitación a través de un programa de tres años en el *T.A. Marryshow Community College*, tanto para el sector público como para el privado.

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SANITARIO

TIPO DE RECURSO	AÑO							
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Relación de médicos por 10.000 habitantes	.0049	.0047	.0058	.0064	.0067	.0078	.0080	.0087
Relación de enfermeras profesionales por 10.000 habitantes	0.024	0.024	.0125	.0153	.0160	.0143	.0143	.0173
Relación de dentistas por 10.000 habitantes	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Número total de técnicos de laboratorio médico	15	15	13	12	12	12	12	15
Relación de farmacéuticos por 10.000 habitantes	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Relación de radiólogos por 10.000 habitantes	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Número de personas con títulos de posgrado en salud pública	0	0	1	2	3	3	3	4

Fuente: Cálculo de los ingresos y el gasto, 1997.

En 1998 había 15 dentistas en Granada. Siete dentistas estaban empleados en el sector público y todos ellos ejercían la práctica privada. Los otros 8 trabajaban exclusivamente en el sector privado. La relación era de 1,5 por 10,000 habitantes. Había 5 auxiliares de odontología que trabajaban junto con los dentistas en el sector público, concentrándose principalmente en la población escolar.

RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS, AÑO: 1998

Institución	Tipo de recurso					
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares de enfermería	Otros trabajadores	Personal administrativo	Servicios generales
Hospital General	30	144	84	146	47	ND
Hospital Princess Alice	2	15	14	17	16	ND
Hospital Princess Royal	1	12	13	7	12	ND
Hospital Mt. Gay	1	9	40	49	3	ND
Carlton House	0	2	8	5	3	ND
Richmond Home	0	4	21	20	3	ND
Rathdune	0	4	8	8	3	ND
Consultorios comunitarios	12	53	45	69	3	ND
Total	46	243	233	321	90	ND

Fuente: Cálculo de los ingresos y el gasto, 1997.

Medicamentos y otros productos de salud¹⁴

Granada obtiene la mayoría de sus preparaciones farmacéuticas y suministros médicos mediante el programa subregional administrado por el Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental (ECDS), cuyo nombre ha sido cambiado recientemente por Servicio de Adquisiciones Farmacéuticas del Caribe Oriental. Es una iniciativa común de adquisiciones, que ofrece a sus miembros los precios más bajos de los medicamentos. El ciclo de adquisiciones asegura que las normas regionales se examinen anualmente y se revisen periódicamente. De esta manera, los medicamentos esenciales están disponibles oportunamente. Hay una lista nacional de medicamentos, que contiene 273 medicamentos y se revisa cada año. El cien por ciento de la población tiene acceso a los medicamentos que aparecen en la lista. El público básicamente paga EC\$2 dólares por las prescripciones valoradas en menos de EC\$2 dólares. Le debe pagar al ECDS el costo de los medicamentos más un 50% por las prescripciones de los médicos particulares. Las personas entre las edades de dieciséis y sesenta años le pagan al ECDS el costo de los medicamentos. Este arreglo todavía les permite a las personas bajo la atención de un médico obtener la medicación a un costo mucho menor que el de la farmacia privada. Los pacientes que no tienen los medios para pagar pueden ser exonerados del pago de los honorarios a solicitud del médico.

INDICADOR *	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
No. total de productos farmacéuticos comercializados	248	246	252	256	256	256	258
No. de medicamentos de nombre comercial	6	10	8	7	8	10	11
No. de medicamentos genéricos	242	236	244	249	248	246	247
Gasto total en medicamentos (precio al por mayor)	1,678,905	1,546,429	1,251,827	1,307,426	1,459,883	2,093,627	1,530,470
Gasto total en medicamentos (precio al por menor)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto per cápita en medicamentos (precio al por mayor)	16.79	15.46	12.52	13.07	14.60	20.94	15.30
Gasto per cápita en medicamentos (precio al por menor)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Departamento Central de Adquisiciones, Ministerio de Salud. * La información está dirigida sólo al sector público.

Los farmacéuticos dispensan los medicamentos en las farmacias ubicadas en los puestos médicos y centros de salud, pero a veces son necesarias las remisiones a la farmacia principal en la capital o al sector privado. La información mencionada anteriormente está dirigida sólo al sector público. Los cinco productos más vendidos en el mercado nacional (precio de la unidad en dólares EC) incluyen la insulina isófano, a \$14,59; la metildopa en tabletas de 500mg, a \$0,20; el lisinopril en tabletas de 5mg, a \$0,40; la amoxicilina en tabletas de 250mg, a \$0,08; y el ibuprofeno en tabletas de 400mg, a \$0,04. No existe un protocolo estándar de tratamiento para las enfermedades prevalentes en los establecimientos de atención de salud públicos. La presencia de un farmacéutico registrado es obligatoria, ya que es el único individuo que puede dispensar los medicamentos de prescripción. El número total de donaciones de sangre al año es de 150.

Equipo y tecnología

DISPONIBILIDAD DE EQUIPO EN EL SECTOR SANITARIO, 1999

SUBSECTOR	TIPO DE RECURSO			
	Camas disponibles *	Laboratorios clínicos **	Bancos de sangre **	Equipo para radiodiagnóstico*
Instituciones públicas	0,55	0,001	0,001	0,002
Sector privado (con fines de lucro y sin fines de lucro)	0,036	0,002	ND	0,004
Casas de salud	0,289	ND	ND	ND
TOTAL	0,875	0,003	0,001	0,006

Fuente: Directamente de las instituciones, 2001. * Por mil habitantes. ** Por diez mil habitantes

DISPONIBILIDAD DE EQUIPO EN EL SECTOR SANITARIO, POR NIVEL DE ATENCIÓN, 1999

SUBSECTOR	TIPO DE RECURSO					
	Salas de partos		Laboratorios clínicos		Equipo para radiodiagnóstico	
	1 ^{er} nivel	2 ^o nivel	1 ^{er} nivel	2 ^o nivel	1 ^{er} nivel	2 ^o nivel
Instituciones públicas	ND	7	ND	1	ND	1
Sector privado (con fines de lucro y sin fines de lucro)	ND	3	ND	2	ND	2
TOTAL	ND	10	ND	3	ND	3

Fuente: Directamente de las instituciones, 2001.

El equipo de alta tecnología que está disponible en el sector de salud público está ubicado en el Hospital General, en la capital. Los otros dos hospitales subsidiarios proporcionan atención de enfermería general y tienen una unidad de maternidad y un servicio de emergencia. Los tres hospitales tienen una unidad de mantenimiento, que se ocupa del mantenimiento preventivo, las reparaciones de la planta y el reemplazo del equipo. El Hospital General también tiene una unidad de mantenimiento de tecnologías biomédicas, la cual recibe apoyo esporádicamente por parte de los organismos externos, mediante el adiestramiento de personal para que el departamento pueda mantenerse al día con el avance de las tecnologías. La unidad de mantenimiento en el Hospital General también está a cargo del mantenimiento preventivo en los establecimientos de salud comunitarios/de distrito. El Ministerio de Obras Públicas, que maneja los grandes trabajos de mantenimiento preventivo, brinda apoyo a estas unidades de mantenimiento. En el pasado, el mantenimiento de la tecnología biomédica, así como de la planta y del equipo, era deficiente. La escasez de fondos para el programa de mantenimiento es un problema antiguo para el Ministerio de Salud. Aunque los organismos de financiamiento colaboran con la remodelación de los establecimientos de salud, el ritmo en que se recibe la ayuda no es adecuado para sostener el programa de mantenimiento preventivo. No se conoce el porcentaje del equipo que es defectuoso o está fuera de servicio porque no existe un inventario. No hay ninguna asignación presupuestaria fija para la preservación y el mantenimiento del equipo. Únicamente, dos miembros del personal están capacitados biomédicamente, los otros tienen sólo un adiestramiento empírico. No se ha evaluado el estado de la planta y del equipo en el sector privado.

2.3 Funciones del sistema sanitario

Liderazgo. El Ministerio de Salud ejerce un control directo sobre el sistema público de salud y, a través de la legislación, regula el sistema privado. La función de reglamentación se ejecuta en parte mediante las responsabilidades que tiene el Ministerio de poner en práctica la legislación existente, así como de desarrollar la nueva legislación. El Ministerio funciona según la siguiente legislación clave que regula a los proveedores de asistencia sanitaria, tanto en el sector público como privado: La Ley de Hospitales de 1953, la Ley de Funcionarios Médicos de 1903, la Ley de Registro de Médicos, Dentistas y Cirujanos Veterinarios de 1982, la Ley de Parteras de 1954, la Ley de Destrucción de los Mosquitos de 1952, la Ley de Registro de Enfermeras de 1980, la Ley de Farmacias de 1988, la Ley de Salud Pública de 1925, la Ley de Salud Pública (inmunización de

escolares) de 1980, la Ley del Hospital General (reglas sobre los honorarios) de 1988, la Ley de Productos Médicos, y la Ley de la Autoridad de Hospitales.

Una Junta Médica, presidida por el médico jefe, se encarga del otorgamiento de las licencias médicas para practicar la medicina en Granada. Las enfermeras deben registrarse en el Consejo de Enfermería. Una vez concedidas, las licencias médicas no necesitan renovarse anualmente, y los médicos no tienen la obligación de proseguir estudios complementarios o demostrar que están físicamente aptos para practicar la medicina. Un Consejo Farmacéutico supervisa la importación y distribución de productos farmacéuticos a los sectores público y privado, y registra a los farmacéuticos y a las farmacias anualmente.

El Sistema de Información Sanitaria, que proporciona información sobre la salud pública, se ha fortalecido entre los años 1995 y 2000, debido a la fusión de las unidades de Epidemiología e Información Sanitaria. El jefe de la unidad es un epidemiólogo. Una enfermera de vigilancia es responsable de recopilar semanalmente los datos llenados en los establecimientos de salud de la comunidad y en el laboratorio. Esto mejora la rapidez, exactitud y calidad de los datos. También se recopilan datos de los médicos particulares y los hospitales privados. Una vez por semana, se tiene acceso a los datos del laboratorio. Recientemente, el personal de laboratorio recibió capacitación sobre el sistema de información del laboratorio y tuvo el privilegio de recibir cinco computadoras (5) donadas por el *Walter Reed Army*. Los datos seleccionados del laboratorio ahora se transmiten electrónicamente al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) cada semana, a través de la Unidad de Epidemiología. Además de los informes semanales sobre enfermedades transmisibles, también se elaboran una publicación trimestral y un informe anual acerca de la información sobre la salud pública, para la toma de decisiones y planificación de los programas de servicios sanitarios.

Financiamiento y gastos^{15 16}. La financiación de los gastos sanitarios está limitada al sector público. El Ministerio de Salud recibe su financiamiento de la tributación general, a través del fondo consolidado del Ministerio de Finanzas. Los organismos internacionales de financiamiento también ayudan a financiar algunos proyectos y programas de salud. La supervisión y el control del financiamiento público de la salud son responsabilidad del Ministerio de Finanzas y el Ministerio de Salud, bajo la dirección del Parlamento/Gabinete.

Gastos del Ministerio de Salud por función, 1990-1997 (en millones de US\$)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Administración	1,8	1,7	1,5	1,6	1,3	1,6	1,7	1,6
Hospitales públicos de corta estada	3,5	3,4	3,3	3,6	3,7	3,9	4,5	4,6
Salud mental	0,96	0,92	0,96	0,92	0,88	0,96	1,1	1,1
Servicios comunitarios	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3
Salud ambiental	1,3	1,2	0,9	0,7	0,7	0,6	1,0	0,3
TOTAL	8,8	8,6	7,8	8,0	7,7	8,3	9,5	9,1

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Gastos públicos per cápita en salud (en US\$)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Gastos públicos en salud / gastos públicos totales	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2,9
Gastos totales per cápita en salud (en US\$)	143,3	147,2	156,4	183,2	200,1	192,5	192,5
Gastos totales en salud como% del PIB	5,4	5,3	5,3	5,9	6,1	5,4	5,4
Deuda externa en salud / deuda externa total	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Fuente: Banco Mundial, Datos sobre el Desarrollo, 2001. <http://devdata.worldbank.org>

Esto se lleva a cabo mediante el proceso de presupuestación anual. No hay ningún sistema público de seguro médico. Salvo el cobro de una tarifa mínima que paga el usuario en el Hospital General y al utilizar los servicios comunitarios, los servicios de atención de salud se proporcionan, por lo general, sin costo alguno para el público.¹⁷ Los gastos sanitarios en 1998 fueron de US\$ 11,9 millones, en 1999, de US\$ 10,6 millones y en el año 2000, de US\$ 12,5 millones.

El sistema de información del Ministerio de Salud sobre el estado del financiamiento de la salud y la prestación de servicios es bastante fiable pero no es tan rápido como debería ser. Toda la información necesaria del servicio comunitario llega a la unidad de información, pero los datos de las instituciones (de corta estada) no llegan a tiempo y por consiguiente reducen la utilidad de la información en caso de ser completada. No hay ningún procedimiento conocido para acreditar a las instituciones y los establecimientos de salud. No existen organismos públicos o privados que se dediquen a la evaluación de las tecnologías sanitarias. Ésta es responsabilidad de los administradores de las instituciones y los establecimientos de salud

Seguro médico. El Ministerio de Salud tiene información limitada sobre los niveles de cobertura y las modalidades de prestación de los diversos tipos de seguros médicos. Hay varias aseguradoras privadas en funcionamiento. Todas las aseguradoras están registradas y se ubican principalmente en la capital. Son financiadas en gran parte por su clientela. Algunas ofrecen planes de seguro colectivos. Las aseguradoras no poseen los recursos para prestar la atención de salud, pero en cambio adquieren la atención de salud para sus clientes. Existe un Sistema Nacional de Seguro Médico, que es un plan de pensiones pero tiene ciertas prestaciones para servicios médicos.¹⁸ Hay varias empresas privadas que proporcionan prestaciones de servicios de salud y ofrecen planes de seguro médico individuales y colectivos. No existe un paquete básico de prestaciones para servicios médicos al cual tienen derecho todos los ciudadanos.

2.4 Prestación de servicios del sistema sanitario

Servicios de salud basados en la población. El Ministerio de Salud está a cargo de prestar los servicios de salud basados en la población, a través de las áreas funcionales establecidas: los hospitales de corta estada, la salud mental, la salud ambiental, y los servicios comunitarios. Todas las áreas funcionales tienen programas orientados a abordar los problemas sanitarios que enfrenta la población. Estas áreas funcionales se dirigen a grupos vulnerables específicos y llevan a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

El Departamento de Educación Sanitaria, que depende de los Servicios de Salud Comunitarios, está a cargo de la promoción, protección y prevención, mediante programas educacionales para toda la población.¹⁹ Algunos de los programas específicos de prevención que se han puesto en práctica son el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), que tiene una cobertura del 99% de la población destinataria²⁰, un programa de salud en las escuelas para la detección temprana en edad escolar, un programa nacional de prevención y control de la infección por el VIH/SIDA²¹, y los programas de tamizaje del cáncer para los hombres y las mujeres. También se llevan a cabo actividades que sirven para aumentar la conciencia sobre los brotes de epidemias, tales como la fiebre del dengue, etc. Asimismo, el Ministerio de Salud ha emprendido programas para la detección temprana de las patologías (hipertensión, diabetes, y cánceres del cuello uterino, de la mama y de la próstata). En el año 1999, la atención prenatal tuvo una cobertura del 98% y los partos a cargo de personal capacitado tuvieron una cobertura del 99,95%.

Servicios de atención de salud individual.

Se ha puesto en marcha un sistema de recopilación de datos de diversos niveles de servicios, pero no es muy claro cuál es el grado de utilización de éste en el proceso administrativo de toma de decisiones. Todavía no se ha establecido un Sistema de Gestión de la Información para el Ministerio de Salud. La capacidad de los usuarios para elegir entre diversos proveedores de un único tipo de servicio depende de la demanda del servicio y de su solvencia. Se tiene acceso a estos servicios tanto local como regionalmente. A nivel local, no hay ninguna diferencia entre el acceso urbano y rural a los servicios. Los consultores dirigen consultorios de especialistas en pediatría, otorrinolaringología, y salud mental al nivel de distrito. El funcionario médico de distrito refiere al Hospital General a las personas que necesitan atención en otras especialidades, pero hay una larga espera antes de recibir los servicios. También se hacen referencias para ingresar al Hospital General a través del Departamento de Emergencias y Accidentes. No se ha establecido ningún sistema de seguimiento que le informe al equipo médico de distrito cuando un paciente dado de alta regresa a la comunidad. Ésta es un área a la cual también se le asignará una alta prioridad en el plan de salud

Nivel de atención primaria. Los servicios de atención primaria se prestan principalmente a nivel de la comunidad o de los distritos sanitarios. Hay seis (6) distritos, cada uno de los cuales tiene un centro de salud y varios puestos médicos. El personal de los establecimientos de atención primaria incluye a funcionarios médicos de distrito, enfermeras de salud comunitarias, enfermeras de familia especializadas en atención primaria de la salud, enfermeras de distrito y auxiliares de salud comunitarios. Los farmacéuticos, los dentistas, los funcionarios de salud ambiental, los especialistas en salud mental, y los auxiliares de odontología también prestan servicios al nivel de atención primaria. Algunos servicios especializados, tales como la pediatría, ginecología, otorrinolaringología y psiquiatría se proporcionan en los centros de salud. El Ministerio intenta ofrecer una cobertura total, pero los recursos humanos y suministros limitados, así como la variedad de servicios que se proporcionan, impiden una cobertura eficaz. Al nivel primario, el sistema de información todavía es operado manualmente, tanto para la dirección administrativa como de personal.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS, 1998

	Número	Tasa por 1.000 habitantes
Consultas y controles realizados por profesionales médicos	52805	52,805
Consultas y controles realizados por profesionales que no son médicos (enfermeras)	34739	34,739
Consultas y controles realizados por dentistas	65358	65,358
Consultas de emergencia	12	0,012
Análisis de laboratorio	7350	7,35
Radiografías	NA	NA

Fuente: División de Información Sanitaria, Ministerio de Salud de Granada

Las cinco razones más frecuentes de las consultas son: las enfermedades no transmisibles, las enfermedades transmisibles, las rinofaringitis (por asma, neumonía, gripe), las lesiones y las afecciones de la piel (exploración física, pruebas de laboratorio: sangre, orina, Papanicolaou). Todos los médicos y enfermeras realizan visitas a domicilio como parte de sus tareas cotidianas.

Nivel de atención secundaria. Los servicios de atención secundaria son proporcionados tanto por los hospitales públicos como privados, aunque la mayoría de la atención se brinda en los hospitales públicos. Toda la población tiene acceso a los servicios públicos de nivel secundario a un costo mínimo, por comparación con los servicios privados de nivel secundario. Así como en el nivel primario, la escasez de recursos humanos y suministros impide una cobertura eficaz. El sistema de información y el manejo clínico todavía funcionan manualmente.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS, 1998

INDICADOR	
Total de altas hospitalarias	7.754
Tasa de ocupación	64,1%
Promedio de días de la estadía	6,2

Fuente: División de Información Sanitaria, Ministerio de Salud de Granada

Las cinco razones más frecuentes de las altas hospitalarias en 1998 fueron la diabetes mellitus (8,0%), las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de cardiopatía (6,8%), las neoplasias malignas (5,2%), la bronquitis, el enfisema crónico no especificado y el asma (4,9%), y las enfermedades hipertensivas (4,7%).

Calidad

Los directores de los departamentos hablan de garantía de la calidad, pero todavía no se ha lanzado un programa de garantía de la calidad. La práctica se basa en nociones académicas, patrones básicos, y normas y reglamentos establecidos por asociaciones o consejos. Hay una enfermera de control de infecciones en el Hospital General que supervisa la calidad, basándose en procedimientos establecidos. En este momento no podemos dar una explicación detallada sobre la calidad técnica percibida basándonos en procedimientos establecidos.

3. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA SECTORIAL

3.1 Monitoreo del proceso

Monitoreo de la dinámica. La reforma sanitaria forma parte de un programa de reforma del sector público más amplio. El Gobierno de Granada ha emprendido un programa de gran envergadura para mejorar su servicio público, con el objetivo de crear una administración pública eficaz, eficiente, sensible, capaz de autorrenovación y compatible con el desarrollo sostenible. Los principales protagonistas están en el sector público. El gobierno está procurando alcanzar este objetivo mediante su Programa de Desarrollo del Sector Público (PSDP) en diferentes fases. La primera fase comenzó en 1994.

La organización general actual del sistema de salud ocasiona retrasos en la toma de decisiones clave o en la ejecución de acciones importantes en las instituciones y al nivel de los programas, lo cual genera varios problemas para el sistema de prestación de servicios de salud. En consecuencia, un objetivo de política fundamental del Gobierno de Granada es la reforma del sector de la salud. De acuerdo con el programa de reforma del sector público, el Gobierno anunció su intención de reformar el sector de la salud en 1997, como parte de la segunda fase del PSDP. El propósito de la reforma es reorganizar el sector de la salud para proporcionarle a la gente de Granada un servicio más eficiente y eficaz, al prestar una mayor atención a la transición epidemiológica de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles; a la expectativa, tanto de los consumidores como de los proveedores, de obtener la mejor atención de salud disponible, como resultado de su exposición a la tecnología moderna y a los medios de difusión internacionales; así como al desarrollo de una estrategia de promoción de la salud. También se ha tomado en cuenta el déficit fiscal como resultado de la situación económica que se empeora a nivel mundial.

El Gobierno de Granada considera que este proceso es crítico para cumplir con su compromiso de prestar una atención de salud de calidad a todos los granadinos de una manera equitativa. Este compromiso significa que aquéllos que están necesitados pero no pueden pagar deben tener acceso a la atención de la salud y los que tienen los medios para pagar deben contribuir al mantenimiento de un servicio de atención de la salud de calidad.

Algunas de las áreas clave identificadas en este proceso de reforma incluyen iniciativas de reforma estructural y administrativa, tal como se indica a continuación: (a) un sistema nacional de seguro médico, (b) el establecimiento de un organismo autónomo para administrar los servicios hospitalarios, (c) el establecimiento de un organismo autónomo para administrar la recolección y el desecho de residuos sólidos, (d) la reorganización del sistema de atención de salud comunitario; (e) el financiamiento de la atención de la salud; (f) el desarrollo de una capacidad institucional, (g) la modernización de la red de hospitales y las instalaciones de atención primaria de salud, y (h) el desarrollo de recursos humanos.

Los principios básicos de las iniciativas de reforma sanitaria son la autosuficiencia, la equidad, la orientación hacia el cliente, el acceso, la calidad, la responsabilidad del individuo por su estado de salud, la sostenibilidad financiera, una distribución de costos compensatoria, la solidaridad, la acción intersectorial y la participación

comunitaria. De todas las iniciativas de reforma mencionadas, la única que ha sido puesta en práctica es el establecimiento de un organismo autónomo para administrar la recolección y el desecho de residuos sólidos. La Ley de Residuos Sólidos de 1996, estableció la Autoridad de Gestión de Residuos Sólidos de Granada. Este organismo estatutario está destinado a lograr un sistema general más eficaz de gestión de los residuos sólidos. Los servicios de recolección de residuos sólidos ahora están totalmente privatizados. Se calcula que el 98% de todos los hogares reciben este servicio. El Ministerio de Salud seguirá cumpliendo su función reguladora a través del monitoreo de la gestión de los residuos sólidos en el país.

El Gobierno anunció en 1996 la creación de un organismo autónomo para administrar los servicios hospitalarios. La Ley de Autoridad Hospitalaria de Granada de 1998 estaba destinada a poner dicho organismo en funcionamiento. Se propuso que en una fase posterior, el resto de los establecimientos de asistencia sanitaria estaría administrado por esta misma autoridad. Este intento fracasó cuando surgió un problema con el Sindicato de Trabajadores Públicos (PWU) sobre la transferencia de los trabajadores a la Autoridad Hospitalaria. Después de este intento fallido, el gobierno decidió revisar otros modelos, teniendo presente su objetivo general de lograr una mayor eficiencia y mejorar la calidad de atención proporcionada en las instituciones. En el año 2000, el gobierno anunció su intención de crear un organismo ejecutivo—un sistema mixto que combinaba elementos de los modelos de delegación y descentralización—como otra iniciativa para lograr una mayor eficiencia y mejorar la calidad de la atención en las instituciones, luego del intento infructuoso de poner en ejecución una autoridad estatutaria para el manejo de las instituciones de corta estada. No se sabe con exactitud cuál es el estado de la iniciativa de crear un organismo ejecutivo para administrar las instituciones de corta estada. Se están llevando a cabo discusiones a nivel local y regional sobre la viabilidad de un sistema nacional de seguro médico.

Las iniciativas restantes no son vistas como reformas, sino como mecanismos para el mejoramiento de los servicios. Se realizó un estudio integral sobre el sistema de atención de la salud comunitario, para su posible reorganización. Se hicieron las recomendaciones necesarias y actualmente están bajo consideración.

* El presente perfil fue preparado por un grupo de ocho profesionales y encargados de adoptar las decisiones de política nacionales del Ministerio de Salud, el Ministerio de Finanzas y Asuntos Económicos, el Ministerio de Turismo, el Ministerio de Agricultura, el Ministerio de Educación, el Consejo de Alimentación y Nutrición, el Consejo Nacional de Prevención de Drogas, y la Coordinación de Programas en el Caribe de la OPS/OMS en Barbados. La coordinación técnica del grupo nacional estuvo bajo la responsabilidad de la Unidad de Planificación del Ministerio de Salud de Granada y la Coordinación de Programas en el Caribe de la OPS/OMS en Barbados. La revisión final, la edición y la traducción son responsabilidad del Programa sobre Organización y Gestión de los Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

¹ Ministry of Economic affairs – Economic and Social Review 2000.

² <http://sima-ext.worldbank.org>

³ KAIRI Consultant Ltd.: Poverty Assessment Report, Grenada 1998.

⁴ Ministry of Tourism bulletin.

⁵ Ibid.

⁶ Planning Division: Annual report 1998: The Ministry of Finance, Grenada.

⁷ In 2000 and 2001 together, EC\$350,000 was utilized, while approximately EC\$ 80,000 went towards the maintenance program. The Caribbean Development Bank also provided a grant of US\$ 150,000. This money will be used to develop and strengthen management systems of the Grenada Hospital Services.

⁸ Epidemiology Unit: EPI report 1998: Ministry of Health Grenada.

⁹ 2000 Medium Term Economic Strategy Paper 2000-02.

¹⁰ Private Hospitals and Nursing Homes in Grenada.

¹¹ 2000 review of the Medium Term Economic Strategy Paper 2000-02.

¹² Planning Division: Annual report 1998: The Ministry of Finance , Grenada.

¹³ Private Hospitals and Nursing Homes in Grenada.

¹⁴ Pharmacy Division: Annual report 1998: Ministry of Health, Grenada.

¹⁵ HIV/AIDS Unit surveillance report.

¹⁶ National Insurance Scheme: Annual Financial Report 1998.

¹⁷ The Government of Grenada funds hospital services through its annual budgetary allocation of Revenue and Expenditure. Hospital Services are generally free with a nominal user fee structure in place for 18 private beds, operating theater use by patients and private wards/bed patients, laboratory and x-ray fee and a prescription fee for drug administered to private bed patients.

¹⁸ Ministry of Education annual statistics.

¹⁹ The Ministry of Health: Chief Medical Officer Annual Report 1997: Grenada.

²⁰ Environmental Health Department, Quarterly Report.

²¹ HIV/AIDS Unit surveillance report.