Suriname

Suriname está ubicado en la costa nordeste de América del Sur y limita al norte con el Océano Atlántico y al este, sur y oeste con la Guayana Francesa, Brasil y Guyana, respectivamente. Tiene una superficie de 163.820 km^2. Cuenta con una planicie costera, donde vive la mayoría de la población, y la selva tropical al interior. Su sistema político es una democracia en que la Asamblea Nacional que ejerce el poder legislativo y elige al presidente, quien encabeza el poder ejecutivo. La capital es Paramaribo y su división político-administrativa incluye 10 distritos, que a su vez tienen suburbios.

Suriname es un país de América del Sur cuyo idioma oficial es el holandés, aunque se hablan otros 15. Existen diversos grupos étnicos variados: indostanos, de ascendencia india (27,4%), criollos, mezcla de razas blanca y negra (17,7%), cimarrones, descendientes de esclavos africanos (14,7%), javaneses, de ascendencia indonésica (14,6%), mixtos (12,5%), amerindios (3,7%), descendientes de chinos (1,8%), blancos (0,8%), otras etnias (0,5%).

Su ingreso económico ha aumentado hasta alcanzar un Ingreso Nacional Bruto per cápita de US$ 6.300, favorecido por la actividad industrial, la minería, el comercio y la extracción de oro no estructurada.

En 2006, el gasto total en salud fue de US$ 163,5 millones, equivalentes a 8,5% del producto interno bruto (PIB). El gasto público y privado, como porcentaje del gasto total en salud, fue de 42,6% y 53,8% respectivamente (3,6% de otros). El gasto per cápita de salud fue de US$ 324.

Indicadores básicos seleccionados, Suriname, 2008–2010

Indicador	Valor
Población 2009 (millones)	0,5
Pobreza (%)	…
Alfabetismo (%) (2008)	94,6
Esperanza de vida al nacer (años) (2010)	70,4
Mortalidad general (por 1.000 habitantes) (2009)	6,3
Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) (2009)	20,3
Mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos) (2009)	122,5
Médicos por 1.000 habitantes (2000–2010)	0,5
Camas por 1.000 habitantes (2010)	2,6
Cobertura de inmunización DPT3 (%) (2010)	96,0
Cobertura de atención del parto (%) (2010)	90,0

PRINCIPALES AVANCES

Determinantes y desigualdades en salud

El desempleo se redujo de 12% en 2006 a 9% en 2009. Según datos del censo de 2004, el desempleo es de 16,7% en las zonas rurales del interior, mientras que sólo es de 8,4% en las zonas urbanas.

La educación es obligatoria para niños de 7 a 12 años. En 2006, el nivel de matrícula en educación preescolar (de 3 a 5 años de edad) fue de 49,4% en comunidades urbanas, 29,5% en rurales costeras y 7,3% en rurales del interior. En el mismo año, fue de 63,1% en niños de hogares con ingresos altos y 17,4% en familias pobres. En 2008, 92% de los niños de 6 años asistían al primer grado. En zonas urbanas y rurales costeras, 4% de los niños matriculados no asistieron y en zonas rurales del interior, 14%. Ese año, las tasas de finalización de estudios primarios alcanzaron a 39,1% en varones y 53% en mujeres. En zonas rurales del interior, el 30% del personal docente no es calificado.

En 2008–2009, 49% de los niños entre 12 a 17 años se matricularon en la educación secundaria, aunque con disparidades de género (44% en niños y 54% en niñas) y según lugar de residencia (sólo 3% en el interior rural).

Medio ambiente y seguridad humana

En 2010, 93% de la población tenía acceso a fuentes mejoradas de agua potable: 97,1% en zonas urbanas, 97,9% en rurales de la costa y 44,8% en rurales del interior. Además, 84% tenía acceso a instalaciones sanitarias, 90% en zonas urbanas y costeras y 33% en rurales del interior.

La Oficina de Salud Pública y el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca capacitan a personas que manipulan alimentos e inspeccionan periódicamente los establecimientos que los producen y venden.

La salud y sus tendencias

Entre 2000 y 2009, la mortalidad materna se redujo de 153 muertes por 100.000 nacidos vivos a 122,5 por 100.000 nacidos vivos en 2009. El número absoluto de defunciones maternas es pequeño (en una pequeña cantidad de nacimientos anuales).

En 2009, hubo nueve defunciones en menores de 5 años, lo que equivalen a una mortalidad bruta de 1,8 por 100.000 habitantes, menor que 3,2 por 100.000 habitantes del 2005. La mortalidad infantil ha permanecido estable: 20,2 por 1.000 nacidos vivos en 2000 y 20,3 en 2009.

El país ha avanzado considerablemente en la lucha contra enfermedades transmisibles y muchas están cerca de niveles de eliminación o eliminadas.

El dengue afecta a zonas costeras y es la enfermedad transmitida por vectores predominante. Las fluctuaciones de incidencia se atribuyen a características del clima y aumento del área con condiciones favorables para el *Aedes aegypti*.

Se logró la meta del sexto ODM relacionada con malaria. La zona costera está libre y la transmisión existente se vincula con la extracción de oro en el interior.

La incidencia de enfermedad de Chagas es baja. El Ministerio de Salud instaurará el sistema de tamizaje diagnósticos en el total de las donaciones de sangre. No se han notificado casos de fiebre amarilla y se vacuna en zonas rurales frontera con Guayana Francesa y Brasil.

El cambiante interior de Suriname

El interior de Suriname alberga a comunidades tribales autóctonas y población de ascendencia cimarrona. La zona ha estado aislada, accesible por aire o vías fluviales, pero ahora, con precios del oro elevados y los cambios tecnológicos en su extracción, la región es un "imán laboral". Muchos trabajadores que ingresan al país ilegalmente acuden a la zona en busca de empleo e ingresos.

Como los hombres dejan sus pueblos por la extracción de oro, la estructura social cambia drásticamente. Las mujeres quedan solas con sus hijos y la tierra, con pocas opciones de ingresos que no sea la agricultura de subsistencia. Y, a medida que aumenta la movilidad de los hombres, también crece la aceptación de múltiples compañeros sexuales, incrementándose la incidencia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Las condiciones de salud de las trabajadoras del sexo y de los mineros son deficientes. Tampoco tienen protección social.

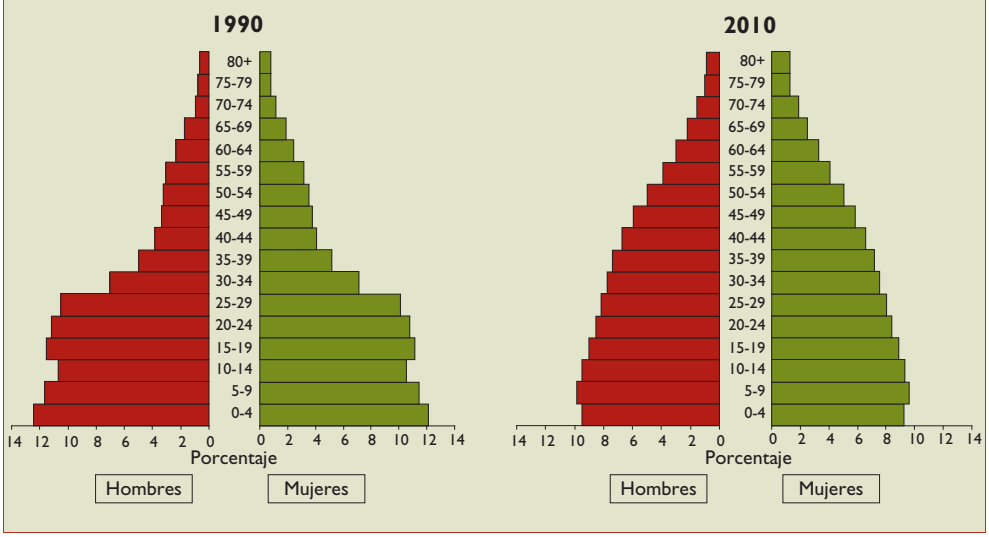
La extracción de oro no reglamentada y no industrial daña el medio ambiente, contamina la cuenca hidrográfica y deforesta la región. Sin una reglamentación para la rehabilitación, los sitios abandonados de las minas siguen dañando el medio ambiente.

Se administran las vacunas básicas a lactantes y menores de 5 años de edad, escolares y embarazadas. A pesar de la conciencia pública de los beneficios de la vacunación, aún persisten algunos focos de baja cobertura.

POLÍTICAS Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y DE SALUD

El liderazgo y gobernanza del sector son responsabilidades del Ministerio de Salud, que promueve aspectos relacionados con salud en las políticas públicas y aboga por su aplicación. La Oficina de Salud Pública del Ministerio elabora programas de prevención y control de enfermedades, que se ejecutan en las redes de servicios.

Estructura de la población por edad y sexo, Suriname, 1990 y 2010



La cobertura sanitaria se logra mediante diversos planes de seguro. Los principales son el Fondo de Seguro Médico del Estado, que cubre empleados públicos y familiares dependientes (21% de la población), programas administrados por el Ministerio de Asuntos Sociales (24%), seguros médicos de empresas (10%) y oferta a público de compañías aseguradoras.

Hay consenso para fortalecer la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, así como en considerar la acción sobre determinantes sociales en la atención primaria.

Se cuenta con tres redes de servicios asistenciales: la Misión Médica, los Servicios Regionales de Salud y los servicios de las grandes empresas. Estas tienen diferentes modalidades de financiamiento, afiliación y enfoques. Cada red se especializa en diferentes segmentos poblacionales, según ubicación geográfica, empleo, nivel de ingresos, capacidad de pago y posición social.

La capacidad asistencial instalada comprende 56 dispensarios y puestos de salud de la Misión Médica, 43 establecimientos de los Servicios Regionales, 146 consultorios privados, 5 hospitales (2 privados y 3 públicos), 1 hospital psiquiátrico, 40 unidades odontológicas, 3 laboratorios privados y laboratorios en cada hospital.

Mediante un convenio, en 2007 se instaló la brigada médica cubana, que colabora con la Misión Médica y con los Servicios Regionales; está integrada por 200 profesionales, enfermeras, médicos generales, anestesiólogos, pediatras, farmacólogos y epidemiólogos.

Se han ampliado los servicios de atención de cáncer. Previamente, no se contaba en el país con servicios secundarios y terciarios de oncología. Los pacientes buscaban estos servicios en los Países Bajos (pagando de bolsillo o vía seguro privado) o en Colombia (convenio entre gobiernos). Desde 2011, un establecimiento nuevo presta cuidados paliativos y terapéuticos en cáncer, empezándose así a fortalecer la detección temprana y a aumentar la proporción de tratamientos.

El Ministerio de Salud, el organismo de Inspección Farmacéutica y la Oficina de Salud Pública son responsables de las políticas farmacéuticas, las normas, la inspección y vigilancia y la elaboración de programas. Se proporcionan medicamentos de la Lista de Medicamentos Esenciales con copagos fijos.

Conocimiento, tecnología e información

Ha existido algún progreso en tecnologías de información en el sistema de salud, pero no es posible reconocer logros significativos en este tema, por cuanto se requiere de un previo mejoramiento de la organización y comunicación institucional en el sector salud, que permita mejorar la normalización de los sistemas de información de los diferentes prestadores de servicios e integrar la funcionalidad, por ejemplo, de los registros médicos electrónicos.

PRINCIPALES DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

En 2009, los accidentes ocupacionales causaron el 1% de las defunciones. Se diagnostican y notifican pocas enfermedades ocupacionales o relacionadas con el trabajo y, por lo tanto, están poco claras la naturaleza y magnitud del problema.

En algunos distritos se recolecta el 70% de los residuos sólidos que se generan. En otros la recolección es menor al 30%, eliminándose principalmente en tiraderos de basura a cielo abierto.

Las importaciones de plaguicidas son altas y, estando reglamentadas, hay poco control del uso. Aunque las importaciones per cápita de plaguicidas es alta, existe poco control sobre su uso. En el sector minería, especialmente en la extracción de oro a pequeña escala, hay inquietud por la exposición a mercurio.

En mayo de 2006 hubo inundaciones que afectaron 30.000 km^2, incluidos 157 pueblos. Miles de personas abandonaron sus hogares y medios de vida. El daño alcanzó a US$ 41 millones. La falta de planificación urbana y preparación ante inundaciones constituye un gran desafío a resolver.

Existe preocupación por el cambio climático, debido a la vulnerabilidad de la región costera y los cambiantes regímenes pluviales, pues ambos factores pueden afectar el ambiente y la salud de quienes viven en la costa (80% de la población).

Ha aumentado la carga de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo relacionados. El 60,5% de las 3.035 defunciones ocurridas en 2009 fueron causadas por enfermedades no transmisibles. Las enfermedades cardiovasculares fueron causa de 26,9% del total de fallecimientos, las causas externas de 13,9%, las neoplasias, 11,6% y la diabetes, 5,7%. Mientras, las principales causas de muerte por enfermedades transmisibles fueron VIH/sida (3,5%), infecciones respiratorias agudas (2,9%) y septicemias (1,4%).

En 2009, la prevalencia de VIH era de 1,1% en adultos de 15 a 49 años. La tasa bruta de mortalidad por VIH/sida en 2009 fue de 20,2 por 100.000 (21,5 en hombres y 18,9 en mujeres). Al crecer la epidemia, los casos de tuberculosis aumentaron de 82 (20 por 100.000) en 1990 a 177 (34 por 100.000) en 2009.

El plan de seguro médico que está elaborando el gobierno para reducir desigualdades de acceso enfrenta el desafío de poder cubrir zonas poco pobladas y dispersas y superar la segmentación del sistema. Se ha hecho también necesario explorar la relación entre la prestación de servicios y la salud y bienestar de los adultos mayores.

Los gastos se concentran en los hospitales y atención primaria recibe las peores asignaciones. Además, la creciente participación del sector privado genera preocupación por el aumento de gasto de bolsillo.

Subsiste la escasez de trabajadores sanitarios y especialistas. La distribución geográfica es desigual y los médicos especialistas se concentran en la capital y, al igual que las enfermeras, son escasos en zonas rurales e interior del país. La pérdida de personal por emigración es importante y los Países Bajos son el destino preferido.

No existe vigilancia de la satisfacción de pacientes por los servicios, si bien dos de cinco hospitales han instalado buzones para quejas. Los programas de seguridad del paciente son incipientes. El Hospital Académico está definiendo protocolos de seguridad hospitalaria.

El acceso a atención especializada para quienes viven al interior es limitado y tienen que viajar a la capital. La atención de urgencia es un problema especial, en particular la obstétrica y neonatal, que implica transporte aéreo costoso, no disponible en las noches.

La legislación sanitaria no identifica las tecnologías de información y de comunicaciones como prioridad del Ministerio de Salud. Sin mandato, persistirán los retos relacionados con la normalización de los sistemas de los prestadores de servicios y con los registros médicos electrónicos.

Los sistemas de información requieren sobrepasar la gestión de información basada en programas verticales contra las enfermedades. Se requiere recopilar y difundir datos sobre enfoques integrales de la prestación de servicios de salud, la prevención de enfermedades y la salud de la población. Esto ayudará a vincular cuestiones relacionadas con la salud y el medio ambiente y aumentará el conocimiento de los determinantes básicos de la salud y la equidad en salud.

Mejorar hacia una equidad en salud sigue siendo un gran desafío, continuando con la disminución parcial de desigualdades que se ha logrado a través de una mejor disponibilidad, accesibilidad y pertinencia de servicios.