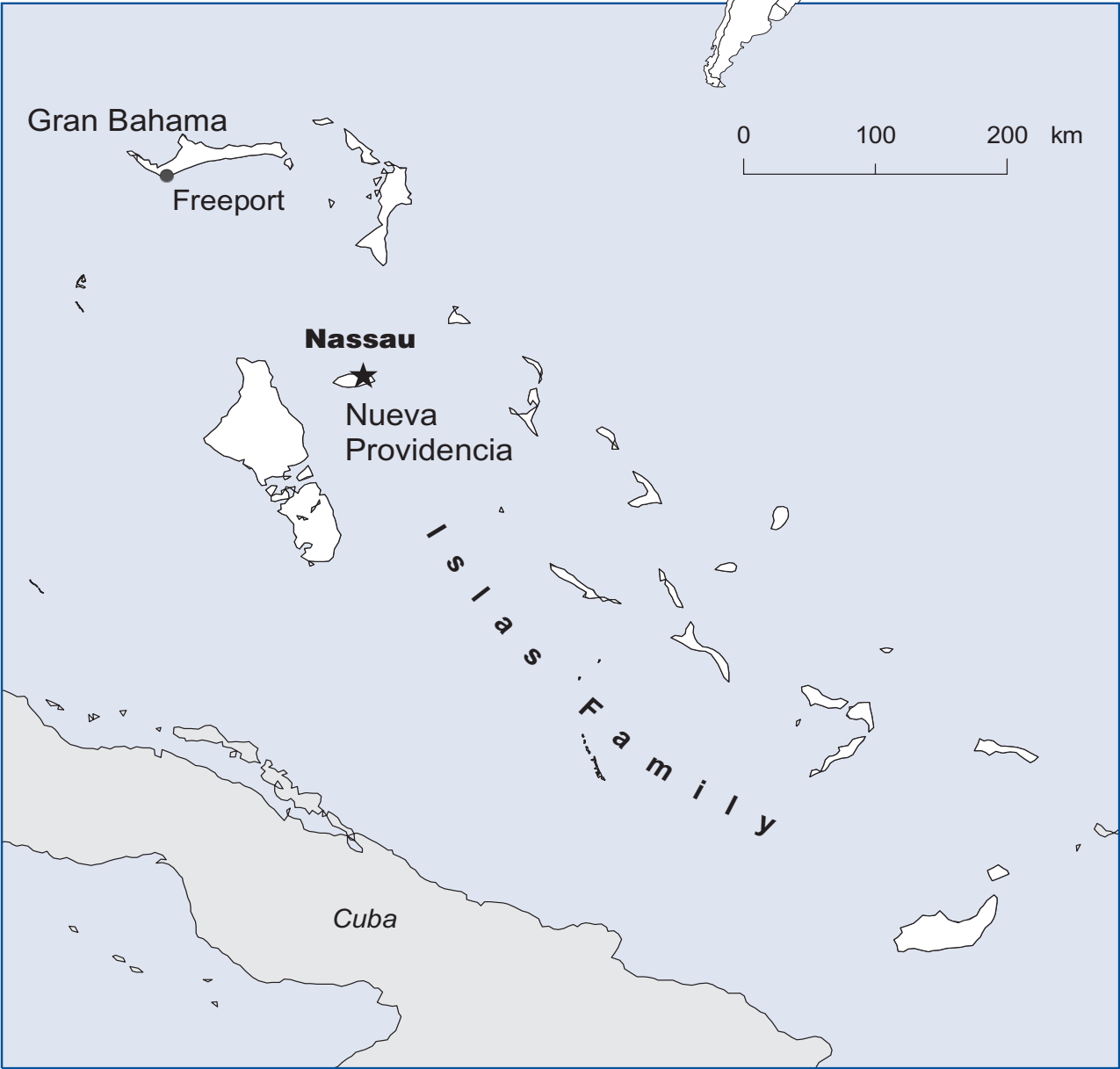


BAHAMAS



La Mancomunidad de las Bahamas es un archipiélago de alrededor de 700 islas y cayos que abarcan una superficie de 13.940 km² y están diseminados en el Océano Atlántico, a poca distancia de la costa sudoriental de la Florida y al nordeste de Cuba. Las actividades industriales de mayor importancia dentro de la economía nacional son, ante todo, el turismo, seguido de las operaciones bancarias y las inversiones internacionales.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

La población total del país en el año 2000 se estimó en 303.611 habitantes, cifra que representa un aumento de 19% en comparación con 1990; más de 95% de los habitantes residían en siete de las islas. Los dos centros principales de población son Nassau, la capital, situada en Nueva Providencia (210.832 habitantes) y Freeport, situada en Gran Bahama (46.994 habitantes). Las demás islas y cayos habitados se conocen como Islas Family. El país está dividido en cuatro regiones: Región 1 (Nueva Providencia y Gran Bahama); Región 2 (Ábaco, Andros, y Eleuterio); Región 3 (Exuma y Long Island) y Región 4 (otras islas del grupo Family).

Determinantes sociales, políticos y económicos

La Mancomunidad de las Bahamas se independizó del Reino Unido en 1973. Su sistema de gobierno es una democracia parlamentaria inspirada en el modelo de Westminster; cuenta con un Gobernador General que representa la monarquía, un poder legislativo bicameral que incluye un Parlamento elegido por votación y un poder judicial independiente. El gobierno está encabezado por un Primer Ministro. Las islas Family tienen un sistema local de gobierno integrado por varios consejos de distrito elegidos localmente y un consejo central presidido por un administrador de la isla que es un funcionario público nombrado.

En 2001 se realizó la Encuesta sobre las Condiciones de Vida en Bahamas (BLCS, por sus siglas en inglés) en 6.414 hogares, que fue la primera encuesta de su género efectuada en el país. Los datos sobre las condiciones generales de vida señalaron una enorme variación del estándar de vida entre las distintas nacionalidades. Los bahameses nativos, que forman 89% de la población, constituyen cerca de 88% de los que se hallan en el quintil más rico, y algo más de 84% del quintil más pobre. Para evaluar la pobreza, la encuesta utilizó los gastos del hogar per cápita como medida del bienestar. Este parámetro indicó que la tasa de pobreza es de alrededor de 9%, y que cerca de 5% de los hogares se hallan por debajo del límite de pobreza de US\$ 2.863 por per-

sona. Se utilizó como límite de pobreza un umbral absoluto de indigencia, dado que representa la mínima cantidad de dinero que hace falta para pagar una dieta adecuada y cubrir las demás necesidades. Cerca de 76% de los pobres habitan en las zonas urbanas densamente pobladas de Nueva Providencia y Gran Bahama. El país se destaca por las enormes desigualdades en la distribución de la población, que son reflejo de las grandes disparidades en los estándares de vida.

Según la encuesta BLCS, cerca de 62% de la fuerza de trabajo estaba empleada en el sector privado, 21% en servicios del gobierno y 17% trabajaba por cuenta propia. La explotación de menores no estaba generalizada en el momento de la encuesta; solamente 2,4% de los niños eran económicamente activos (menos de 1% de la fuerza laboral total) y todos provenían del quintil más pobre. Las cifras más altas de desempleo correspondieron a los jóvenes (12%), los pobres (11,6%) y las mujeres del quintil 1 (5,4%). Entre las diferentes nacionalidades, los haitianos tenían la tasa de desempleo más elevada (8% frente a la cifra promedio nacional de 4,6%).

La paridad con el dólar norteamericano se ha mantenido desde 1972. En 2005, el ingreso per cápita se calculó en US\$ 17.883. En el período 2000–2002, los ingresos provenientes del turismo y las actividades comerciales relacionadas con el mismo superaron 50% del PIB y en forma directa o indirecta, justificaban 60% de los puestos de empleo. El Ministerio de Turismo informó que 4,6 millones de personas visitaron las Bahamas en 2003; de ellas, 1,6 millones eran visitantes que hacían escala en las islas. En 2005, más de 5 millones de turistas visitaron las islas.

Las actividades financieras representaron 15% del PIB. En 2003 había 284 bancos y sociedades fiduciarias autorizadas para operar dentro de las Bahamas; la amplia mayoría de ellas eran sucursales, subsidiarias o afiliadas a grandes instituciones bancarias de América del Norte y del Sur y de Europa Occidental. Según el registro de compañías de seguros, en 2003 poseían licencia para operar 163 compañías, corredores y agentes de seguros. De estas compañías, 137 operaban en el sector doméstico y 26 actuaban como aseguradoras externas.

A pesar de tener un PIB per cápita alto, existían enormes desigualdades en la distribución de la riqueza y la mayor parte de

esta se concentraba en los principales centros comerciales y turísticos del país situados en un reducido número de islas. El PNB creció de US\$ 15.447 per cápita en 1999 a US\$ 16.756 en 2002.

La tasa de alfabetización entre los adultos en 2005 era de 95,8% (95,0% para los hombres y 96,7% para las mujeres). El sistema escolar cuenta con 147 escuelas públicas y 42 escuelas privadas independientes. El sistema educativo oficial incluye escuelas primarias para todas las edades, secundaria intermedia (grados 7º a 9º) y avanzada (grados 10º a 12º). Las escuelas independientes (en su mayoría administradas por la Iglesia) y privadas son supervisadas por distintos órganos del gobierno. Sin embargo, dichas escuelas funcionan en gran medida dentro del marco que establece la Ley de Educación de 1996, que reglamenta el funcionamiento de las escuelas públicas, las cuales, en muchos casos reciben subsidios del gobierno. La educación primaria y secundaria es gratuita y universal en todo el país, y la asistencia escolar es obligatoria desde los 5 años hasta los 16 años de edad. La inscripción de niños en el nivel preescolar para todo el ámbito nacional fue de 85% (51% para los pobres y 91% para los que no eran pobres). El país continuamente enfrenta el problema de garantizar un sistema educativo equitativo para todos los estudiantes. Según la encuesta BLCS 2001, 68,5% de las personas menores de 25 años estaban matriculadas en algún tipo de institución educativa (guarderías, escuelas primarias o secundarias, o la universidad); más de 75% tenían de 5 a 16 años de edad, y 52% eran varones. Existen en el país instituciones educativas internacionales y locales que ofrecen sus servicios en el país, la mayoría de ellas en Nueva Providencia, aunque hay otros centros en algunas de las islas más extensas del grupo Family.

El crimen y la violencia fueron motivo importante de preocupación para la salud pública en el período 2001–2005. Los informes anuales de la policía señalan problemas graves con el tráfico de narcóticos, sobre todo de cocaína y marihuana, así como con el número creciente de armas cortas y livianas que ingresan ilegalmente al país destinadas a usos criminales.

La Empresa de Abastecimiento de Agua y Alcantarillado se ocupa del suministro municipal de agua corriente en las Bahamas. La producción de agua potable en los sistemas municipales y privados se controla habitualmente, y el Programa para el Control de la Calidad del Agua del Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental efectúa análisis bacteriológicos y bioquímicos para asegurar su calidad. Los resultados de estos análisis se entregan a las empresas proveedoras y se utilizan para estudiar las tendencias, determinar posibles problemas con el suministro y aconsejar mejoras. Durante 2001–2005, cerca de 96,4% de la población total tuvo acceso al suministro de agua corriente mediante conexiones domiciliarias y otros medios de provisión de agua corriente adecuados. La provisión de agua potable en las islas Nueva Providencia y Family se obtiene mediante instalaciones que extraen el agua de fuentes subterráneas. La población que no cuenta con sistemas de agua corriente depende de pozos y tanques de lluvia. En las zonas rurales, pese a que puede con-

tarse con agua limpia y saludable, existen algunos inconvenientes que no han podido solucionarse debido a limitaciones operativas, de recursos y técnicas. En 2000, el gasto medio mensual de cada hogar para el consumo de agua fue de 0,8%.

La mayor parte de los hogares residenciales cuenta con inodoros con descarga (16%) o conectados a un pozo ciego o cámara séptica (82%). Cerca de 4,5% de las viviendas poseen letrinas de pozo, mientras que 1,1% carecen de inodoros o retretes en la vivienda.

Los vertederos regionales de desechos de Nueva Providencia reciben anualmente más de 181.000 toneladas de residuos sólidos. La elevada tasa de producción de residuos en las Bahamas es consecuencia de su enorme dependencia de las importaciones, que por lo general tienen abundante embalaje; de la falta casi total de iniciativas de reciclado para reducir los componentes de papel, plástico y metal, y del enorme volumen de desechos que produce la industria del turismo.

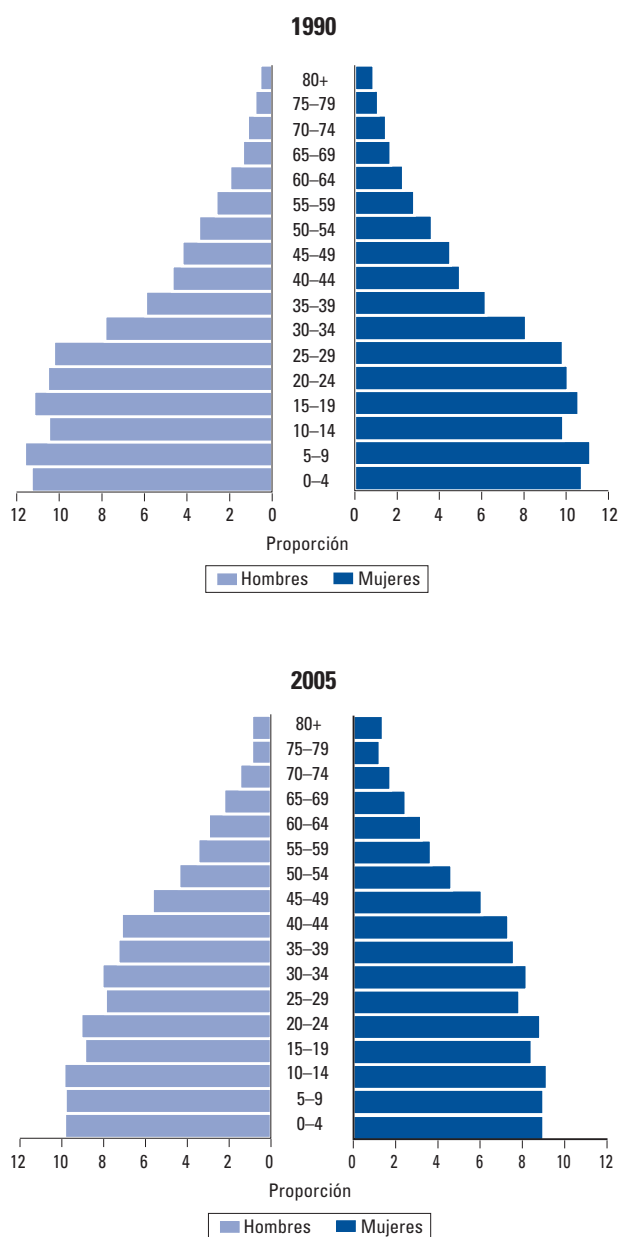
El Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental controla la inocuidad de los alimentos que se expendan al público para consumo, por medio de inspecciones de las carnes en los mataderos, la obtención y el análisis en el puerto de ingreso de muestras de alimentos envasados importados, y las inspecciones sanitarias de los establecimientos que trabajan con alimentos. Los brotes de intoxicaciones por ingerir moluscos, que son un problema sanitario grave, han ido disminuyendo en forma sostenida en los últimos cinco años gracias a que se pusieron en práctica distintas estrategias multisectoriales, entre ellas, la puesta en vigor en 2004 de la capacitación obligatoria en seguridad de los alimentos para todas las personas que manipulan alimentos.

La temporada anual de huracanes en las Bahamas se extiende del 1º de junio al 30 de noviembre. El Organismo Nacional para el Manejo de Situaciones de Emergencia es el encargado de la planificación frente a situaciones de desastre inminente y la organización de la respuesta luego de ocurridas. A lo largo del período de estudio, las Bahamas sufrieron cuatro huracanes y varias tormentas tropicales que causaron grandes devastaciones como consecuencia de las inundaciones y los vientos. El huracán Michelle, que azotó la región noroeste de las Bahamas en 2001, causó cuantiosos daños materiales; también se notificaron varios casos de personas con síndrome de estrés postraumático. Los huracanes Jeanne y Frances en 2004 ocasionaron cuantiosos gastos en razón de los gravísimos destrozos de infraestructura en Gran Bahama y Ábaco. Los costos provocados por el huracán Francis se calcularon en 7% del PIB del país para ese año. En 2005, el huracán Wilma ocasionó extensos daños materiales en Gran Bahama.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La pirámide de población (Figura 1) muestra la transición de una población predominantemente joven a una menos joven, debido a la disminución de las tasas de fecundidad y el aumento de

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



la esperanza de vida. Las razones diferenciales por sexo fueron más marcadas en los ancianos que en los demás grupos de edad; por cada 1.000 mujeres había solamente 708 hombres. En 2001, la esperanza de vida era de 76 años para las mujeres y de 70 años para los hombres. La razón hombre/mujer en el país era de 95:100. La tasa de crecimiento anual de la población disminuyó de 2,2% en 1980 a aproximadamente 1,9% en 2002.

En 2003, 28,4% de los habitantes eran menores de 15 años y 5,2% tenían 65 años y más. La razón de dependencia por edad fue de 62,1%. El 50,5% de la población total eran mujeres. Las mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años) representaban 55,3% de la población femenina y 28% de toda la población. En el período 2001–2005, la tasa global de fecundidad permaneció bastante estable (2,3 hijos por mujer). Las tasas de fecundidad específica para la edad en los grupos de 15 a 19 años y de 20 a 24 años en 2003 fueron de 46,1 y 96,5 por 1.000 mujeres, respectivamente.

La tasa de mortalidad de lactantes fluctuó entre 12,7 por 1.000 nacidos vivos en 2001 y 17,3 en 2004; la mortalidad en menores de 5 años disminuyó de 0,5 por 1.000 niños en 1999 a 0,4 en 2003. Hubo una defunción materna en cada uno de los años 2003 y 2004. La tasa bruta de natalidad se mantuvo en 16 por 1.000 habitantes en 2003. Entre los años 2001 y 2004, la tasa bruta de mortalidad aumentó de 5,4 a 5,7 por 1.000 habitantes y en 2003 descendió a 5,2 (1.649 defunciones). La esperanza de vida al nacer se mantuvo en constante crecimiento y en el período 1999–2001 era de 73 años (69,9 años para los hombres y 76,4 para las mujeres). En 2003, las tasas de mortalidad específicas para la edad fueron más altas para los hombres en todos los grupos de edad.

Entre 2001 y 2003 hubo 6.600 defunciones y las enfermedades cardiovasculares representaron 58% del total (31,8% para las mujeres y 26,2% para los hombres). Las lesiones e intoxicaciones o envenenamientos representaron 15,9% de las defunciones (4,0% para las mujeres y 11,9% para los hombres).

Los datos de la encuesta BLCS 2001 indican la existencia de un desplazamiento permanente de las poblaciones rurales periféricas hacia zonas urbanas más desarrolladas. El porcentaje de la población que habita en las Islas Family se redujo de 16,5% en 1990 a 14,9% en 2000, lo que obedece, en gran medida, a la emigración hacia Nueva Providencia o Gran Bahama (Región 1) en busca de mejores oportunidades de trabajo.

La mayor parte de los que migraban eran personas jóvenes y la mitad de ellos, tanto hombres como mujeres, tenían menos de 25 años de edad. Los hombres representaban 64% de los emigrantes internos. La constante afluencia de migrantes internos provenientes de la Región 1, así como la llegada de inmigrantes extranjeros y el florecimiento de la industria turística, con el tiempo pondrán una carga excesiva al sistema de salud.

El enorme ingreso de inmigrantes también crea otros desafíos para las condiciones sociales y económicas del país. Los datos sobre inmigración demuestran la existencia de dos modalidades migratorias: un grupo más pobre que busca oportunidades de trabajo y un grupo de edad mediana con mayor poder adquisitivo que llega a las Bahamas para ocupar puestos de trabajo mayormente profesionales. Los emigrantes más pobres muestran una tendencia a incrementar la demanda de servicios sociales del país, entre los que se incluyen las instituciones públicas de salud y las escuelas. Los emigrantes con mayor riqueza prefieren recu-

rrir a las instituciones privadas (de salud, educación, etc.), pero aun así, sus hábitos de consumo imponen nuevas demandas sobre los recursos públicos, como los servicios eléctricos y el sistema telefónico.

Los inmigrantes que ingresan al país indocumentados tienden a habitar en condiciones deficientes en zonas marginadas superpobladas, creando graves preocupaciones en cuanto al saneamiento ambiental y la posibilidad de enfermedades transmisibles, sobre todo, dado el crecimiento de la densidad de población de Nueva Providencia.

La población de origen haitiano, apenas por encima de 6% en el censo de 2000, constituía más de 14% de las personas clasificadas en el quintil más pobre. Dentro de los grupos que inmigraron a las Bahamas en los cinco años anteriores a la encuesta BLCS 2001, cerca de 84% de los haitianos tenían un ingreso per cápita inferior a US\$ 8.524 y constituían el grupo de inmigrantes más numeroso (33%). Otros grupos de inmigrantes estaban constituidos por personas provenientes del Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y otras islas y territorios del Caribe.

Las enfermedades crónicas no transmisibles representaron 45% de todas las defunciones registradas. La hipertensión, la diabetes, la cardiopatía coronaria, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y las lesiones traumáticas fueron las primeras causas de mortalidad y morbilidad en las Bahamas.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En el período 1999–2001, la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 15,8 por 1.000 nacidos vivos en 1999 a 12,7 por 1.000 en 2001, y se elevó a 17,2 en 2003 y levemente a 17,3 en 2004. La tasa de mortinatalidad aumentó de 9,5 por 1.000 nacidos vivos en el período 1999–2001 a 15,4 en 2003. En 2003, las defunciones de lactantes representaron 3,3% del total de defunciones (en 2004 se registraron 89 casos). Según el Sistema de Información Perinatal, la prevalencia del bajo peso al nacer (<2.500 g) fluctuó de 8,5% en 1999 a 11,2% en 2003.

Según los datos de la encuesta BLCS 2001, cerca de 74% de los niños de hasta 24 meses de edad se alimentaban con leche materna. Entre 2002 y 2004 no hubo ningún caso de transmisión del VIH de la madre al hijo por parte de madres que recibían tratamiento antirretroviral.

Según el Plan Estratégico Nacional de Servicios de Salud 2000–2004, al menos 98% de los niños que ingresaban a preescolar o a la escuela primaria habían sido inmunizados contra las enfermedades prevenibles de la infancia.

Entre 1999 y 2000 fallecieron 72 niños menores de 5 años por causas definidas. Las afecciones originadas en el período perinatal representaron 38,9% de las defunciones, seguidas por las malformaciones congénitas (12,5% de todas las defunciones). Siete

niños fallecieron en accidentes de transporte terrestre (9,7% de todas las defunciones dentro de este grupo de edad).

En 2003 se notificó un total de 10 defunciones en preescolares de 1 a 4 años de edad. Esta cifra indica una disminución de 33% en comparación con 15 defunciones en 2001. Las enfermedades respiratorias se hallaron entre las causas principales de muerte en los niños de este grupo de edad en 2001 y 2003. Entre las demás causas de muerte están la muerte accidental por inmersión, las malformaciones congénitas y las anomalías cromosómicas y la cardiopatía de origen pulmonar. Entre 2001 y 2003, las enfermedades respiratorias agudas fueron la causa principal de hospitalización de los niños de este grupo de edad. Otras causas importantes fueron las lesiones traumáticas, las intoxicaciones o envenenamientos, las enfermedades infecciosas intestinales, el retraso del crecimiento fetal, el bajo peso al nacer, la prematuridad y otras afecciones del aparato respiratorio. El abuso de menores en el grupo sumamente vulnerable de niños de 1 a 4 años de edad todavía es motivo de preocupación, pese a que la cifra de casos notificados disminuyó de 612 a 526 (14%) entre 2002 y 2003. El abandono y el maltrato físico representaron los tipos más comúnmente notificados de abuso, a los que correspondió 42% y 32%, respectivamente, de todos los casos. El abuso sexual y el incesto representaron 23% de los casos denunciados.

Los resultados de la encuesta BLCS 2001 mostraron que las enfermedades respiratorias son un problema importante de salud en los niños menores de 5 años. A lo largo de las cuatro semanas que precedieron a la encuesta, las enfermedades más comunes fueron la tos, los resfriados y la mucosidad nasal (41%), seguidos por diarrea (6,6%) y asma (2,4%). La incidencia de diarrea en los menores de 5 años de edad fue de 7,8%. La encuesta también permitió conocer que la tasa más elevada de retraso del crecimiento se concentraba en la población de los más pequeños y disminuía a medida que aumentaba la edad. El valor *z* de la razón de talla en función de la edad evidenció que 15% de los niños de 2 a 4 años de edad presentaban un riesgo enorme de sufrir retraso del crecimiento. Los valores *z* generales de la relación peso/talla (consunción) que reflejan el estado nutricional actual, señalan que la posibilidad de desnutrición aumentaba a medida que los niños crecían. Ambos valores *z*, de peso para la talla y de talla para la edad, indicaban que la prevalencia máxima de desnutrición correspondía a las islas urbanizadas de la Región 1 y la más baja, a las Islas Family menos desarrolladas de la Región 4.

Salud de los niños (5–9 años) y de los adolescentes (10–19 años)

Entre 1999 y 2000 se registraron 25 defunciones en el grupo de 5 a 9 años de edad y 53 en el grupo de 10 a 19 años. En este último grupo, las principales causas de muerte fueron los homicidios, con 13 defunciones (26%) y los accidentes de transporte terrestre, con 12 defunciones (24%).

En 2003 fallecieron 23 niños y adolescentes entre las edades de 5 y 14 años. Las principales causas de muerte fueron las causas externas, entre ellas, las agresiones con lesiones o los homicidios, la muerte por inmersión o sumergimiento, la exposición a humo o incendios y los accidentes de transporte terrestre. Estas causas representaron 43,5% de todas las defunciones en este grupo de edad. En 2001, la causa principal de muerte en el mencionado grupo fue la infección por el VIH/sida (28,6% de todas las defunciones), seguida por los accidentes de transporte terrestre (14,3%).

En 2003, los tres diagnósticos principales de egreso hospitalario entre los niños y adolescentes de este grupo de edad fueron las lesiones traumáticas (13,2%) y las infecciones agudas respiratorias (12,7%) e intestinales (11,5%), que representaron 37,4% de los diagnósticos de egreso hospitalario. Las lesiones traumáticas y las infecciones respiratorias también fueron la causa principal de morbilidad en niños y adolescentes de 5 a 14 años de edad en 2001 y 2002. Se notificaron 8 defunciones por el VIH/sida en este grupo de edad entre 1999 y 2003.

Salud de los adolescentes (15–24 años)

Entre 2001 y 2003 se registraron 172 defunciones en este grupo de edad. Las causas externas, sobre todo los accidentes de transporte terrestre (21,5%) y los homicidios (18%), dieron cuenta de casi la mitad del número total de defunciones (48,3%), con una razón hombre/mujer de 5,2:1 y 4,2:1, respectivamente.

En este mismo período se produjeron 412 abortos, 53,9% de los cuales fueron espontáneos, en 29,1% no se especificaron las causas y 10% se debieron a embarazos ectópicos. Los trastornos mentales, principalmente el abuso de alcohol y drogas, figuraron como diagnóstico primario de 2,5% de los egresos hospitalarios en pacientes de ambos sexos. En 2003, 9 niñas de 10 a 14 años dieron a luz (menos de la mitad de los 20 partos registrados en 1994 para el mismo grupo de edad). La tasa de natalidad de las niñas de 10 a 14 años fue de 0,6 por 1.000 mujeres y la de las adolescentes de 15 a 19 años, de 23 por 1.000 mujeres. Según la encuesta BLCS 2001, 5,6% de las niñas y adolescentes de 10 a 19 años usaban anticonceptivos.

Se notificaron 3 defunciones por VIH/sida en el grupo de 15 a 19 años de edad durante el período 1999–2003. Una encuesta realizada en 2002 sobre el consumo de drogas entre los estudiantes de escuelas secundarias señaló que la droga más difundida entre los estudiantes de 10° y 12° grado era el alcohol. El 3,5% de los estudiantes de 10° grado y el 1,9% de los estudiantes de 12° grado fumaban tabaco. La prevalencia del consumo de marihuana aumentaba con la edad y fluctuaba de 6,7% entre los estudiantes de 10° grado a 7,7% en los de 12° grado.

Según la encuesta, 68% de los jóvenes y adolescentes de 16 a 24 años habían completado los estudios secundarios, mientras que 32% no tenían ningún título académico (de escuela secundaria, vocacional o de otra institución reconocida). Los jóvenes

de los quintiles más pobres abandonaban los estudios antes que los jóvenes de los quintiles más ricos, y sus calificaciones también eran inferiores.

Salud de los adultos (20–64 años)

En el período 1999–2000 se notificaron 1.433 defunciones en este grupo de edad, de las cuales 1.416 se debieron a causas definidas. Las cinco primeras causas de muerte fueron las infecciones por el VIH/sida (33,7%); las agresiones con lesiones u homicidio (6,7%); la cardiopatía isquémica (5,9%); los accidentes de transporte terrestre (5,5%); y la diabetes (5,5%). Las principales causas de muerte en los hombres fueron el VIH/sida (34%), las agresiones con lesiones u homicidio (9,2%), los accidentes de transporte terrestre (7,3%), las cardiopatías isquémicas (6,5%) y la cirrosis y otras hepatopatías (3,3%). En las mujeres, las causas principales de mortalidad fueron el VIH/sida (33%), la diabetes (5,7%), el cáncer de mama (4,8%) y las cardiopatías isquémicas (4,2%).

En 2003, la tasa de mortalidad específica para la edad en las mujeres de 25 a 44 años fue de 2,6 por 1.000 habitantes y en los hombres, de 3,7 por 1.000. Entre las mujeres de este grupo de edad, las tres causas principales de mortalidad fueron el VIH/sida, la cardiopatía pulmonar y el cáncer de mama (50% de todas las defunciones de mujeres). Otras causas fueron la enfermedad hipertensiva (3%) y la cirrosis y otras hepatopatías (3%).

Según los datos obtenidos de los egresos hospitalarios en 2003, entre las causas principales de morbilidad en el grupo de 25 a 44 años estaban las complicaciones obstétricas del embarazo, el parto y el puerperio (40,4% de todos los egresos hospitalarios registrados ese año), las enfermedades infecciosas y parasitarias (7,8%) y el carcinoma *in situ*, las neoplasias benignas y las neoplasias de pronóstico desconocido o incierto (3,3%). Los trastornos mentales, las lesiones traumáticas y las intoxicaciones o envenenamientos se hallaban también entre las cinco principales causas de morbilidad consignadas en el hospital Rand Memorial de Freeport durante ese mismo período.

Los principales diagnósticos de egreso hospitalario en los hospitales públicos para el grupo masculino de 25 a 44 años de edad en 2003 fueron las lesiones traumáticas (28,2%), los trastornos mentales (7%), el VIH/sida (6,7%), otras afecciones del aparato digestivo (6,1%), las infecciones respiratorias agudas (3,5%) y las enfermedades hipertensivas (3,2%).

En 2003, las principales causas de morbilidad de las mujeres de 45 a 64 años de edad fueron las enfermedades causadas por la hipertensión (8,7% de los diagnósticos de egreso hospitalario), seguidas por afecciones del sistema digestivo (8,1%), lesiones traumáticas e intoxicaciones o envenenamientos (6,7%) y carcinoma *in situ* (6,6%). En el período 2001–2002 también fueron causas importantes de morbilidad en este grupo de edad las neoplasias benignas, las enfermedades causadas por la hipertensión, la diabetes mellitus y las afecciones del aparato digestivo. La

píldora anticonceptiva fue el método anticonceptivo más utilizado por las mujeres (47%), seguido por la esterilización femenina (19,7%) a la que recurrían sobre todo las mujeres de mayor edad. Otros procedimientos incluían las medicaciones inyectables (16,1%), los condones (9,1%) y otros métodos modernos (6,5%).

Los grupos que presentaban mayor obesidad eran el de 31 a 50 años (cerca de 35%) y el de 51 a 60 años (33%), mientras que el grupo de adultos jóvenes de 21 a 30 años era preponderantemente el que tenía el peso corporal más saludable.

Salud de los adultos mayores (65 años y más)

Las causas más comunes de morbilidad en los pacientes hospitalizados de 65 años y más fueron la hipertensión, las lesiones traumáticas, las intoxicaciones o envenenamientos, las enfermedades cerebrovasculares (accidente cerebrovascular, infarto de miocardio), la neumonía, las infecciones urinarias, la diabetes mellitus y el cáncer. Otras afecciones de este grupo de edad fueron artritis, cataratas y glaucoma, demencia, depresión e hipoacusia. En 2003, las causas principales de muerte fueron la hipertensión, la diabetes mellitus, la enfermedad cerebrovascular, las cardiopatías isquémicas, el cáncer de próstata, las infecciones urinarias, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades malignas de otras localizaciones.

Salud de la familia

Los hogares encabezados por mujeres representaban una fracción importante del total de hogares en las Bahamas y sus tasas de pobreza duplicaban las de los hogares encabezados por hombres. En los hogares encabezados por mujeres, el número de hijos era mayor y la carga de dependencia económica era más elevada que en los hogares encabezados por hombres. Sin embargo, las mujeres pobres jefas de familia tenían mayor grado de educación que los hombres pobres jefes de familia. En los hogares pobres, 33% de todos los jóvenes de 19 a 24 años de edad no tenían ocupación alguna (no trabajaban ni participaban en ninguna forma de capacitación que los preparase para conseguir empleo) y en los hogares que no eran pobres, superaba el 20%. Cerca de 50% de los niños pobres de 2 a 5 años de edad estaban por debajo o por encima del peso normal.

La tenencia de la vivienda (propia, del gobierno, alquilada, sin pagar alquiler), así como las condiciones de la misma variaban enormemente entre los hogares pobres y los que no lo eran. Cerca de 70% de las viviendas del país tenían menos de dos personas por dormitorio y 90%, menos de tres. El 22% de los hogares pobres tenían menos de dos personas por dormitorio y 50%, más de tres.

Los resultados de la encuesta BLCs 2001 indican que las personas que pertenecían a hogares de los quintiles de más alto consumo contaban con cobertura de salud amplia; solo 20,1% de

quienes pertenecían al quintil más pobre tenían cobertura médica, a diferencia de 76% de los que pertenecían al quintil más rico. Según la información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública en 2003, las personas con ingresos más altos tenían más probabilidades de contar con planes integrales de seguro médico, mientras que las personas con ingresos más bajos, que adquirirían seguros con primas más económicas, sufrían mayores deducciones.

Salud de las personas con discapacidad

Según datos de la encuesta BLCs 2001, cerca de 6% de la muestra de población estudiada ($n = 6.414$) tenía algún tipo de incapacidad física o mental. De ellos, 68,5% padecían discapacidad relacionada con la vista, el oído o el habla; 18,2% discapacidad de los miembros y 13,3% discapacidad mental. El 3,7% de los niños menores de 5 años y 17,6% de los ancianos eran discapacitados.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La **malaria** no es endémica en las Bahamas a pesar de la existencia del vector (el mosquito *Anopheles*). Entre 2000 y 2003 se notificaron diez casos importados de malaria. No hubo casos de fiebre amarilla en el período 2001–2003 a pesar de la existencia del vector (*Aedes aegypti*). En 2003 se produjo un brote de **fiebre del dengue** que provocó 180 casos, predominantemente por los serotipos 2 y 3; no se notificaron defunciones a causa de la infección. Anualmente se notifican a la Unidad de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública aproximadamente 700 casos de sarna.

Enfermedades inmunoprevenibles

El 98% de los niños que ingresaron a preescolar entre 2003 y 2004 estaban vacunados contra **sarampión, rubéola y paperas; difteria, pertussis y tétanos; poliomielitis, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b**. Desde 2000, la cobertura vacunal para la primera y la tercera dosis de todas las vacunas fue superior a 90%, con excepción de la vacuna contra la hepatitis B, que comenzó a aplicarse en 2001 como componente de la vacuna pentavalente. Esta vacuna contribuyó significativamente al Programa Ampliado de Inmunización en las Bahamas. En el período 2001–2005 se notificaron tres casos de meningitis por *H. influenzae*. No se confirmó ningún caso de poliomielitis, difteria, sarampión o tétanos neonatal. El éxito se atribuye a que los niños son vacunados habitualmente, a las campañas de inmunización dirigidas a los adultos y a la capacitación permanente de todos los profesionales que brindan servicios médicos.

La figura 2 ilustra la cobertura de vacunación de niños menores de 2 años durante el período 1995–2004.

En 2001 se produjo un brote de hepatitis A, con 46 casos. En 2002 se notificaron cinco casos esporádicos, uno en 2003 y tres en 2004. En el período 2002–2003 se registraron seis casos de hepatitis B sintomática.

Enfermedades infecciosas intestinales

Entre los años 2001 y 2003 hubo tres brotes de **intoxicación por ingestión de moluscos**. Se registraron de 122 a 312 casos anuales como consecuencia de la manipulación de los alimentos en condiciones deficientes por parte de los expendedores de estos frutos de mar; ninguna de las víctimas falleció a causa de la intoxicación. Las enfermedades transmitidas por los alimentos y la gastroenteritis son diagnósticos que todavía representan un desafío. La incidencia de enfermedades transmitidas por los alimentos en el período 2001–2003 fluctuó de 318,2 a 417,2 por 100.000 habitantes. La cifra de casos de **gastroenteritis** entre 2001 y 2004 varió de 2.521 a 4.904. Se notificaron 564 casos de envenenamiento por ciguatera entre 2002 y 2003 y 214 casos en 2004. El envenenamiento por ciguatera es un problema sanitario importante al que la población se expone con frecuencia dado que consume grandes cantidades de peces venenosos, como barracuda. En el período 2001–2004, los casos de **salmonelosis** notificados cada año fluctuaron entre cuatro y 28; pese a ello no se asociaron a brotes epidémicos.

Enfermedades crónicas transmisibles

En el período 2001–2004 se notificaron entre 44 y 47 casos de tuberculosis y la mayor incidencia se registró en el grupo de 25 a 49 años de edad. La tasa de coinfección de **tuberculosis/VIH** permaneció elevada (39% en 2002 y 32% en 2003). Siete personas fallecieron por esta causa en 2002 y ocho en 2003. Siete de cada 10 personas con tuberculosis eran bahameses y una de cada

cuatro, haitianos. La razón hombre/mujer fue de 2,1:1 en 2001 y de 1,2:1 en 2003.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas ocuparon el segundo lugar entre los diagnósticos de egreso hospitalario (12,7%) de niños y adolescentes de 5 a 14 años de edad en el período 2001–2002. En 2003, estas enfermedades figuraban como diagnóstico de egreso hospitalario de 388 mujeres y 371 hombres.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

La epidemia del VIH se vigila por conducto de encuestas de seroprevalencia en los distintos grupos de población (embarazadas que asisten a los consultorios de cuidados prenatales, aquellos que asisten a los consultorios para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), donantes de sangre, presidiarios y pacientes con tuberculosis). La figura 3 muestra las tasas de prevalencia de tres de estos grupos de población registradas en los años 1994 a 2005.

En diciembre de 2005, el número total acumulado de casos de infección por el VIH era de 10.479. La cifra anual de nuevas personas con resultados positivos en las pruebas de detección del VIH descendió 56,1% (de su nivel máximo de 659 nuevos casos positivos en 1994 a 289 en 2003) y este cambio fue más acentuado en el grupo de 20 a 49 años de edad. La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas se redujo de 4,2% en 1994 a 2,8% en 2005. El porcentaje de personas tratadas por ITS que resultaban positivas a las pruebas de detección del VIH disminuyó de 7,2% a 5,8% entre 1995 y 2005. La subnotificación de los casos de

FIGURA 2. Cobertura de vacunación (%) de niños menores de 2 años, Bahamas, 1995–2004.

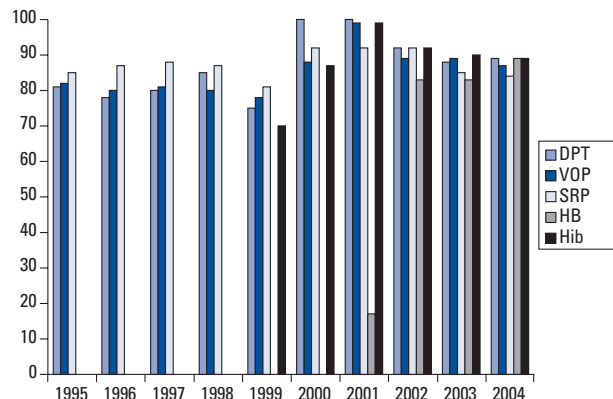
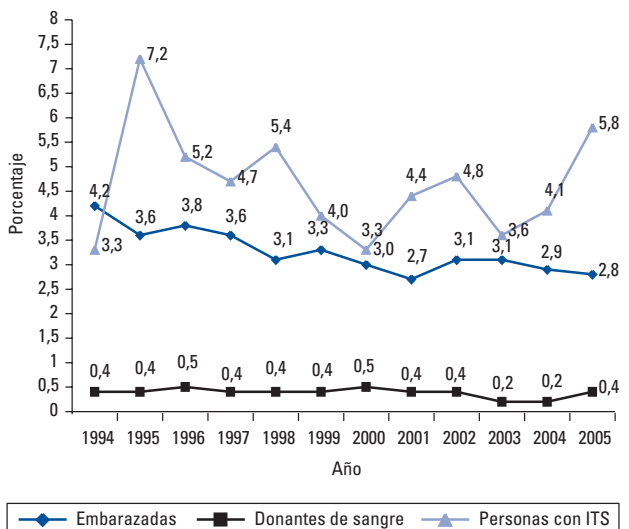


FIGURA 3. Prevalencia de la infección por el VIH en mujeres embarazadas, donantes de sangre y personas con ITS, Bahamas, 1994–2005.



transmisión parenteral (inyecciones) del VIH es todavía un problema no resuelto.

La prevalencia del VIH en los donantes de sangre era de alrededor de 0,4% en 2005 y su valor más bajo fue en 2003 (0,2%). Las tasas de infección en la población carcelaria disminuyeron de 3,4% a 2,5% entre 2002 y 2004. Entre 1996 y 2003 se registró una disminución de la mortalidad por sida en ambos sexos y el porcentaje de defunciones notificadas descendió de 18,4% a 11,8%; esto último coincidió con el mejor acceso a servicios médicos de calidad, a una mayor capacidad de diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas, así como a los mejores costos y disponibilidad de las medicaciones antirretrovirales.

Zoonosis

No se registraron casos de enfermedades zoonóticas durante el período 2001–2005.

ENFERMEADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La Encuesta sobre Factores de Riesgo y Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, realizada por el Ministerio de Salud en 2005, señaló que el **sobrepeso** y la **obesidad** eran factores de riesgo de gran importancia en la población. La prevalencia general de ambos trastornos fue de 70,6%; la tasa más baja se registró en Nueva Providencia (68,7%). En Gran Bahama, la prevalencia fue de 73,7% y en las Islas Family, de 76,9%. Asimismo, la selección del tipo de dieta fue un factor de riesgo sumamente importante; el 47,1% de los encuestados consumía menos del equivalente de una ración diaria de frutas, 51,1% consumía menos del equivalente de una ración diaria de verduras y 80,1% menos del equivalente de una ración diaria de legumbres. El 62,0% afirmó practicar algún tipo de actividad física moderada o intensa la mayoría de los días. El 37,5% restante reconoció que la práctica de actividad física era escasa o prácticamente nula.

La prevalencia de diabetes notificada por el enfermo fue de 7,0%, mientras que la prevalencia de diabetes clínicamente comprobada fue de 9,2%. Al igual que la hipertensión clínicamente comprobada, la diabetes clínicamente comprobada también tenía una prevalencia más baja en los hombres (8,6%) que en las mujeres (9,6%).

Enfermedades cardiovasculares

La Encuesta sobre Factores de Riesgo y Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles 2005 señaló que la prevalencia de hipertensión clínicamente comprobada era de 37,5%, algo más baja en los hombres (37,0%) que en las mujeres (38,4%). La prevalencia de **accidente cerebrovascular**, **cardiopatía** y asma notificados por el enfermo era de 1,1%, 3,2% y 6,1%, respectivamente. En relación con las demás regiones, la prevalencia de estas

enfermedades en las Islas Family era uniformemente más elevada que a nivel nacional (2,5% para el accidente cerebrovascular y 7,8% tanto para las cardiopatías como para el asma).

Neoplasias malignas

La prevalencia del cáncer de próstata en hombres de 40 a 70 años de edad era de 1,0% y la del cáncer de mama en mujeres de 15 a 74 años, de 1,3%; la prevalencia de cáncer cervicouterino en este último grupo fue de 0,8%. El cáncer colorrectal afectaba a 0,7% de las personas de 50 a 74 años de edad de ambos sexos.

OTRAS ENFERMEADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud oral

En el año escolar 2004–2005, 2.566 alumnos de 6º grado de las escuelas públicas de Nueva Providencia (24 escuelas de un total de 26) fueron sometidos a examen bucodental; de ellos, 82% no presentaban caries. En ese mismo período se examinaron 2.106 niños de 1º grado; el 55,6% no presentaban caries. El índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D) fue de 1,54 para los alumnos de 6º grado y de 3,48 para los de 1º grado.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

Los objetivos principales de las autoridades nacionales en cuanto a políticas monetarias y fiscales siguen siendo preservar la estabilidad de la macroeconomía, mejorar todos los aspectos inherentes a la competitividad económica y estimular el desarrollo sostenible por parte del sector privado a corto y mediano plazo. Un objetivo fundamental es lograr la diversificación de la economía, lo cual se podrá conseguir con el fortalecimiento del nexo intersectorial entre el sector del turismo y el resto de la economía, y mejorando la infraestructura de las Islas Family a fin de promover su desarrollo económico.

En 2002 se designó una comisión independiente de expertos, orientada a determinar la posibilidad de crear un sistema nacional de seguro de salud. La comisión presentó su informe al Gabinete en 2004, a partir del cual se ordenó la elaboración de un plan de implementación, y a finales de 2005 se presentó un informe financiero. Durante los años 2001 a 2005, el gobierno mejoró el acceso a la atención médica de calidad de las personas con VIH/sida, eliminando la barrera de los costos. La atención se concentró en garantizar la adecuada integración en los niveles de formulación de políticas, planificación y servicios; esta estrategia se aplicó con éxito a la salud materno-infantil, la prevención de enfermedades transmisibles y la salud oral. Actualmente los estudiantes de medicina deben realizar una rotación obligatoria en el Departamento de Salud Pública del Ministerio de Salud.

El gobierno fortalece el sistema de salud a fin de responder en forma óptima a las necesidades de los ciudadanos

La concentración de los principales centros comerciales y turísticos del país determina la distribución de la población y las inequidades en la distribución de la riqueza. Asimismo, la migración de los bahameses desde las zonas económicamente más desfavorecidas a las más beneficiadas y la afluencia de inmigrantes, predominantemente de origen haitiano, sobrecargan los servicios de atención de salud. Con el propósito de satisfacer las necesidades de atención de salud de todos los residentes, el Ministerio de Salud está llevando a cabo un proceso que tiene como objetivo reforzar el sistema de salud, y cuyo elemento principal es el Plan Nacional Estratégico de Servicios de Salud (2000–2004). El Plan, que prevé organizar un sistema nacional integrado de prestación médica, se propone alcanzar 13 objetivos estratégicos, pero dando prioridad a la promoción y la protección de la salud, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles, la protección del medio ambiente, la eficiencia de los sistemas de atención y el mejoramiento de la gestión de los servicios sanitarios.

Entre 2001 y 2005, el Ministerio de Salud colaboró con distintos organismos en la proposición de políticas que incidan favorablemente en la situación de la salud en el país. Ello culminó en la Ley de Salud y Seguridad Laboral (2002) y la creación del Organismo de Planificación para Casos de Emergencia Nacional en 2004.

En el período 2001–2005 se introdujeron diversas reformas bajo la dirección del Ministerio de Salud. El Plan Estratégico Nacional de Servicios de Salud 2000–2004 ofrece un marco para fomentar un sistema nacional de atención médica mejor e integrado. El Plan tiene por meta impulsar la colaboración y participación multisectorial, y fortalecer las alianzas entre los sectores público y privado y la población en general. El Plan revisado consiste en 13 objetivos estratégicos, cada uno con un propósito principal, indicadores fundamentales, resultados esperados y responsables de las acciones. El Plan da prioridad a la promoción y la protección de la salud, la atención y el tratamiento del VIH/sida, la prevención y el control de enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles, la protección del medio ambiente y su sostenibilidad, la eficiencia de los sistemas que brindan servicios de salud y el mejoramiento de la gestión estratégica.

En diciembre de 2002 se efectuó una revisión de mitad de período del Plan, a fin de preparar la implementación en 2003 del Plan revisado, lo cual daría la posibilidad de realizar los ajustes indispensables y prestar particular atención a las cuestiones de más preocupación, entre ellas, el creciente número de defunciones por enfermedades no transmisibles, la muerte de adolescentes por homicidios y accidentes de transporte terrestre, la influencia negativa del abuso de alcohol y drogas sobre el aumento de las tasas de homicidios y agresiones con lesiones, y la creciente amenaza que representa la violencia doméstica para la salud pública. Otras cuestiones de gran importancia eran el estado de la legislación vigente de salud, la reglamentación de la certificación

profesional, la infraestructura sanitaria y el financiamiento de la salud y los sistemas de información sobre la salud pública. En 2001, el Sistema Nacional de Información sobre la Salud adquirió bases de datos sobre mortalidad y egresos hospitalarios que permitieron agilizar el procesamiento de datos y mejorar el análisis de la situación de la salud pública.

En el área de salud ocupacional, además de la aprobación de la Ley de Salud y Seguridad Laboral en 2002, se aprobaron otros dos estatutos de trabajo ese mismo año. El primero otorgaba a las mujeres una licencia de 12 semanas por maternidad y el segundo, la licencia por paternidad sin goce de sueldo a partir del nacimiento de un hijo, durante la enfermedad del niño o de la madre, o en ambos casos. Además, la Ley del Trabajo de 2002 prohíbe la discriminación en el lugar de trabajo de quienes tienen la infección por el VIH.

Los resultados de la evaluación de las funciones básicas de salud pública efectuada en 2002 mostraron que el rendimiento del sistema nacional de salud estuvo por debajo de la media en todos los niveles, excepto en la promoción de la salud y la actividad empleada en la elaboración de leyes y normas. Un análisis más profundo reveló que en ninguno de los niveles del sistema de salud existen procesos reglamentarios de evaluación y que la utilización de los recursos institucionales instalados y de los sistemas de información de gestión es deficiente o ineficaz.

Organización del sistema de salud

El modelo de organización de la atención médica siempre fue centralizado, basado principalmente en los fines curativos y las enfermedades, y todas sus funciones (financiamiento, provisión de servicios médicos y reglamentación) eran desempeñadas por el Ministerio de Salud. El sistema de provisión de servicios de atención de salud está integrado por instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro. El sector de la salud que depende

del gobierno está constituido por cuatro grupos principales de servicios: el Ministerio de Salud, el Departamento de Salud Pública, el Departamento de Saneamiento Ambiental y la Administración de Hospitales Públicos. Se está analizando la organización y la gestión del Departamento de Salud Pública y dentro de este marco se dio comienzo, entre los años 2001 y 2003, a un proyecto piloto de salud de alcance regional en el sudeste de las Bahamas, que busca mejorar la calidad de los servicios de salud pública. La Administración de Hospitales Públicos tiene a su cargo los tres hospitales dependientes del gobierno (Princess Margaret, Rand Memorial y el Centro de Rehabilitación Sandilands), además de los servicios de salud pública de Gran Bahama.

El Sistema de Salud del Hospital de Médicos es el principal proveedor de servicios privados de hospitalización mediante un hospital situado en Nassau, Nueva Providencia, que cuenta con personal y equipamiento para brindar atención médica primaria, secundaria y terciaria. Otra institución privada que ofrece hospitalización es el Lyford Cay Hospital. La Sociedad del Cáncer, la Asociación para la Diabetes, la Asociación de Cardiología de las Bahamas, la Asociación para la Familia y la Fundación de Lucha contra el sida, entre otras organizaciones no gubernamentales, prestan servicios adicionales de atención ambulatoria, y comunitarios. A todos los trabajadores, tanto del sector público como del privado, se les exige, por ley, participar en el Plan de Seguro Nacional, que otorga a sus contribuyentes subsidios por enfermedad, discapacidad o fallecimiento, además de pensiones por retiro, lesión ocupacional, maternidad y supervivencia; hay otras compañías que también ofrecen seguros de salud privados. Un pequeño porcentaje de trabajadores están inscriptos en un plan de seguros administrado por un asegurador privado, que tiene el respaldo de la Unión de Servicios Públicos de las Bahamas. La modalidad de los seguros de salud colectivos ha demostrado ser una opción interesante para muchas personas.

Servicios de salud pública

El Departamento de Salud Pública tiene a su cargo los servicios de atención primaria de la salud en Nueva Providencia y las Islas Family. Estos servicios se brindan a través de una red de establecimientos de atención primaria que abarcan desde el nivel I (centros de salud de alta complejidad) al II (centros de salud principales) y el III (dispensarios o consultorios satélites). Algunos de los establecimientos mencionados ofrecen visitas domiciliarias de enfermeras de salud pública, para brindar cuidados primarios básicos y efectuar el seguimiento. El Departamento también se ocupa de apoyar la elaboración de políticas públicas del Ministerio de Salud y la gestión de más de 14 programas nacionales de salud.

A fin de incrementar la eficacia del gerenciamiento del programa, el Departamento de presupuesto otorga subsidios anualmente a los servicios de salud materno-infantil, el Programa Am-

pliado de Inmunización, los servicios nutricionales, la vigilancia de enfermedades (generales, transmitidas por vectores, agua y alimentos, programas de prevención de ITS y control de la tuberculosis) y la capacitación y el desarrollo (profesionales, médicos, personal de enfermería y auxiliares de salud y personal administrativo u otro personal de apoyo).

Entre 2003 y 2004 se pusieron en vigor protocolos para 90% de la totalidad de las enfermedades conocidas y sometidas a vigilancia y control. Se aplicó uniformemente en todas las islas el plan de tratamiento acortado directamente observado (DOTS, por sus siglas en inglés) para el control de la tuberculosis. Se creó un dispensario especializado para la atención de nuevos casos de diabetes utilizando la modalidad de trabajo en equipo para el manejo del paciente, y se elaboraron tratamientos y protocolos para los pacientes con asma con el objeto de implementarlos en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. A fin de hacer frente a los problemas relacionados con el VIH/sida y las ITS se amplió el programa para la prevención de la transmisión madre/hijo y se comenzaron a prescribir medicamentos antirretrovirales como parte del programa de tratamiento integral ofrecido a todos los pacientes que asisten a establecimientos públicos. Durante el período 2001–2005, el Ministerio de Salud preparó pautas para regular esta modalidad integral de atención y tratamiento, condujo programas de educación pública y otorgó un millón de dólares para la adquisición de drogas antirretrovirales.

En 2001 y 2002, el gobierno recibió apoyo técnico para implementar la documentación de informaciones fundamentales operativas y de datos dentro del marco de una estrategia a largo plazo para fortalecer el sistema de información de salud pública. En diciembre de 2003, el Departamento de Salud Pública inició los planes para la implementación, en forma piloto, de un sistema automatizado de archivo de historias clínicas e informes de salud de los usuarios (IPHIS, por sus siglas en inglés). El IPHIS permite mantener datos del proveedor de servicios de salud en materia de intervenciones, rastreo, seguimiento, tratamiento de casos e informes, y fue puesto en vigor en cuatro lugares de Nueva Providencia y Gran Bahama. Se espera que el IPHIS mejore la calidad, la recolección y el análisis de datos de salud pública en el futuro.

El servicio nacional de laboratorios tiene como meta fundamental el fortalecimiento de los servicios del sector a fin de mejorar la labor de tratamiento de casos y de prevención y control de enfermedades. El Comité para el Fortalecimiento de los Laboratorios Médicos Nacionales, con representación de los laboratorios tanto públicos como privados, coordina las actividades para un proyecto subregional en el ámbito nacional, que está siendo puesto en práctica por intermedio del Centro de Epidemiología del Caribe. Uno de los componentes del proyecto insta a establecer un sistema nacional de información de los laboratorios.

Los principales laboratorios de salud pública están localizados en los hospitales Princess Margaret, de Nueva Providencia y Rand Memorial, de Gran Bahama. Estos laboratorios brindan servicios

dentro de las especialidades de análisis clínicos, microbiología, inmunología, banco de sangre, patología quirúrgica, citología y hematología. El principal de ellos, en el hospital Princess Margaret, efectúa un promedio de 700 pruebas diarias. Las muestras de laboratorio procedentes de las Islas Family se transportan hasta los laboratorios Princess Margaret o Rand para su estudio.

El gobierno implantó un programa para la recolección de grandes volúmenes de desechos, proporcionó vertederos e inició un programa nacional de educación y toma de conciencia sobre el problema de los desechos sólidos. El Vertedero Regional de Nueva Providencia recibe más de 181.000 toneladas de desechos sólidos cada año.

El problema de los vehículos abandonados se abordó mediante el Programa de Remoción de Vehículos Abandonados del Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental. En 2001, aproximadamente 7.200 vehículos abandonados se extrajeron de propiedades vacantes, garajes al borde de las carreteras y a lo largo de los caminos públicos de Nueva Providencia. El metal compactado de los vehículos (8.121 toneladas) se exportó a los Estados Unidos para el reciclado. En 2002, el programa se amplió para abarcar la isla más extensa del grupo Family y se recogieron otros 4.000 vehículos que fueron aplastados y exportados.

El Departamento también tiene a su cargo el control de las empresas embotelladoras de agua a fin de garantizar las condiciones sanitarias adecuadas y la calidad de la producción. La Empresa de Abastecimiento de Agua y Alcantarillado analizó las condiciones de todos los sistemas municipales de tratamiento de aguas cloacales a fin de introducir todas las mejoras necesarias.

Se fortaleció el servicio para el manejo de riesgos dependiente de la Administración de Hospitales Públicos y se impulsó la cooperación entre los organismos de salud pública y la Junta Nacional de Seguros. La revisión del Plan Estratégico Nacional de Servicios de Salud 2003–2004 prevé la tarea de favorecer el fortalecimiento del Programa de Salud y Seguridad Laboral, los servicios de atención de salud para los trabajadores y de elaborar y poner en práctica programas de capacitación sobre seguridad ocupacional.

En 2002 se trató de conseguir la autorización del Gabinete para enmendar la sección de la Ley de Salud Pública que regula la manipulación de alimentos. En noviembre de 2003, el Departamento de Salud Pública comenzó a instrumentar el nuevo programa de capacitación “Servir alimentos aptos para el consumo” dirigido a los empleados de la industria alimentaria y en 2004 se hizo obligatorio que todas las personas que manipulan alimentos asistan a un curso de cuatro horas de duración. Desde que comenzó el curso, ya han participado 85% de las personas registradas en actividades que involucran la manipulación de alimentos y cinco de ellas obtuvieron el título de instructores. Entre 2001 y 2003 se revisó la Ley de Mercado Público de Carnes y Mataderos, que se consideró adecuada sin otras enmiendas. Se presentó un proyecto de reglamentación para la cría de aves de corral y se

pondrá en práctica un programa de Análisis del Riesgo y Punto de Control Crítico basado en la práctica de inspecciones, que regirá para las industrias dedicadas a las aves de corral y otros rubros de la alimentación. Se incorporaron enmiendas a la reglamentación de importación de carnes comprendida bajo la Ley de Enfermedades Contagiosas de los Animales, a fin de amparar a las Bahamas contra la introducción de la encefalitis espongiiforme del ganado vacuno y la fiebre aftosa. Las enmiendas de la ley hicieron hincapié en cuestiones relacionadas con la evolución tecnológica, la situación de las enfermedades en el país y las enfermedades emergentes.

En 2001 se asignó un conjunto de centros de salud a la asistencia de víctimas de huracanes y se los equipó para responder a quienes requieran tratamiento médico en el momento que sigue inmediatamente al huracán. Se capacitó al personal del Departamento de Salud Pública del Ministerio de Salud y la Administración de Hospitales Públicos en las técnicas empleadas por el Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios (SUMA), así como en el tratamiento médico en situaciones de desastre. En agosto de 2002 tuvo lugar un taller sobre preparación para situaciones de desastre y se propuso un Plan Nacional para Situaciones de Desastre.

La emergencia del síndrome respiratorio agudo grave puso de relieve la necesidad de tomar medidas activas a fin de combatir las enfermedades transmisibles emergentes que podrían ingresar al país por el sistema portuario. Los informes sobre la presencia del virus del Nilo Occidental en una de las Islas Family llevaron a emprender una estrategia integral para pesquisar brotes. Los Ministerios de Salud y de Agricultura se mantienen en estado de gran alerta para enfrentar la amenaza de influenza aviar en pájaros y aves de corral y una pandemia de gripe en humanos.

Servicios de atención a las personas

En 2003 existían cinco hospitales públicos y privados, con 1.068 camas en total (35 por 10.000 habitantes). Además se contaba con 55 centros de salud o dispensarios (9 en Nueva Providencia, 5 en Gran Bahama y 41 en las Islas Family), 59 dispensarios o consultorios satélite distribuidos por todo el país y 286 establecimientos privados de salud que ofrecían servicios de atención primaria y diagnóstico.

En 2001 se inauguró un centro de salud equipado con los máximos adelantos médicos que abastecería la zona centro y sur de Nueva Providencia. Es el mayor de cerca de 115 dispensarios de la comunidad y el único establecimiento público de salud que ofrece servicios de oftalmología, laboratorio, radiología y audiología. Este centro mantiene un consultorio de nutrición que semanalmente atiende a los escolares expuestos al riesgo de sufrir obesidad.

La isla Gran Bahama cuenta con su propia red de dispensarios de servicios de salud pública y el Rand Memorial Hospital. Los dispensarios hacen derivaciones al hospital Rand, que a su vez re-

fiere los pacientes al hospital Princess Margaret en Nassau cuando carece de los servicios necesarios en su propio establecimiento.

A comienzos de 2002 se fundó un Comité Nacional de Salud Mental y entre 2000 y 2002 se desarrolló una nueva red encargada de organizar la creación y puesta en práctica de programas e intervenciones en salud mental.

En 2003 se inauguró el Programa Nacional para la Prevención de la Enfermedad Dental de las Islas Family; numerosos profesionales dentales viajaron a Islas Family a fin de proporcionar tratamiento dental primario, secundario y terciario, incluso prótesis dentales. Ese mismo año se comenzó un Programa Nacional para el Sellado de Caries incorporado al Programa Nacional de las Islas Family para la Prevención de la Enfermedad Dental.

En 2001 se creó una clínica para el control del neurodesarrollo para el tamizaje de niños desde las 6 semanas de vida hasta los 5 años de edad que tengan riesgo de sufrir trastornos del neurodesarrollo. En el período 2001–2005, el Departamento de Servicios Sociales impulsó un programa básico de formación destinado a las personas que atienden a discapacitados, incluido entre los servicios de educación continua y los cursos de extensión de la Universidad de las Bahamas. En 2003 se inició un Programa de Educación en la Paternidad, a fin de preparar a las parejas que esperan un hijo en lo que se refiere al proceso del parto y las técnicas básicas de los cuidados del niño y la lactancia materna.

Promoción de la salud

El Plan Estratégico Nacional de Servicios de Salud 2003–2004 revisado define la promoción de la salud como la estrategia que conduce a la adopción de políticas públicas y conductas individuales saludables. Se espera que esta estrategia tenga como resultados el apoyo a los programas nacionales de salud, el fortalecimiento de las estrategias de comunicación, la elaboración de políticas públicas saludables, el mejoramiento de la colaboración intersectorial y el desarrollo de la capacidad.

En 2005 culminó el Plan Nacional Trienal de Acción para la Promoción de la Salud, y actualmente la División de Educación Sanitaria del Ministerio de Salud está incluida dentro del presupuesto del Ministerio. Todos los miembros del personal de la División participaron al menos en una de las actividades importantes que forman parte de la educación continua para la promoción de la salud. Se preparó una nueva carrera de estudio para ocupar puestos nuevos o ya existentes dentro de la División de Educación Sanitaria.

Recursos humanos

La escasez de personal de enfermería en el sector público, así como su reclutamiento y retención, fueron temas de gran importancia durante el período 2001–2005. En 2002, el Ministerio de Salud adoptó un plan de incentivo mediante el cual incrementó el patrocinio y los estipendios para los estudiantes de enfermería,

promovió las oportunidades para acceder a la educación continua y dedicó especial atención a fomentar entre los estudiantes de la escuela secundaria la opción de enfermería como carrera. Se creó un Grupo de Tareas de Enfermería que condujo a la elaboración de un Plan Estratégico de Enfermería más global en las Bahamas. En el período 2001–2003, 66 estudiantes recibieron capacitación de enfermería. Se brindó capacitación de enfermería especializada en diálisis y psiquiatría a fin de satisfacer la creciente necesidad dentro de estas áreas. Se estableció la especialización médica de postgrado en medicina de familia, obstetricia, ginecología y medicina interna, en colaboración con la Universidad de las Indias Occidentales.

El cuadro 1 muestra el número total de profesionales de la salud clasificados por categorías y la razón por cada 10.000 habitantes en el período 2002–2003.

Suministros de salud

El Ministerio de Salud está a cargo de la regulación y el control de los servicios farmacéuticos. Según la encuesta BLCS 2001, los pacientes ambulatorios tendían a adquirir sus medicamentos en establecimientos tanto públicos como privados. Los datos sobre las ventas de medicamentos efectuadas por ambos tipos de establecimientos mostraron que, en promedio, las mujeres gastaban más que los hombres en este rubro.

El gobierno adquiere las vacunas, agujas y jeringas destinadas al sector público mediante el Fondo Rotatorio de la OPS. La Oficina Nacional de Medicamentos de las Bahamas se encarga de llevar el registro de los distribuidores de medicamentos y de las drogas que estas empresas distribuyen. No existe un sistema de registro de los fármacos individuales. Existen prácticas en vigor para la conservación eficaz de la cadena de frío a fin de asegurar la viabilidad de las vacunas hasta el momento de despacharlas a los centros de salud y los dispensarios. El inventario nacional de drogas incluye aproximadamente 600 productos farmacéuticos.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

Las unidades mejor equipadas tecnológicamente y los equipos de mayor tecnología se concentran en Nueva Providencia, dentro de establecimientos tanto públicos como privados. Se cuenta con dos unidades para diálisis, una de ellas en el hospital Princess Margaret y la otra en el Rand Memorial. Dos unidades de cuidados intensivos están instaladas en Nueva Providencia y una unidad en Gran Bahama. Existen dos unidades de cuidados intensivos neonatales en New Paradise, una funciona en el hospital Princess Margaret y la otra en el Hospital de Médicos.

Los trabajos de investigación realizados durante el período 2001–2003 incluyeron el diseño de un cuestionario para la sección de salud de la encuesta BLCS 2001 y una encuesta sobre drogas realizada en las escuelas secundarias en 2002. La Unidad de Planificación Familiar del Ministerio de Salud colaboró con el

CUADRO 1. Profesionales de la salud del sector público y privado y razón por 10.000 habitantes, Bahamas, 2002–2003.

Categoría	Total	Razón por 10.000 habitantes
Médicos	523	16,8
Dentistas	79	2,5
Administradores de hospitales	35	1,1
Trabajadores sociales	128	4,0
Nutricionistas/dietistas (matriculados)	15	0,5
Enfermeras/auxiliares de enfermería	840	26,9
Enfermeras inscritas/enfermeras con capacitación clínica	508	16,3
Radiólogos	43	1,4
Tecnólogos y técnicos de laboratorio	119	3,8
Farmacéuticos/despachadores	133	4,2
Técnicos en farmacia	7	0,2
Fisioterapeutas	30	0,9
Terapeutas ocupacionales	8	1,0
Auxiliares de dentista	131	4,0
Inspectores de salud pública y medioambiental	72	2,0
Estadísticos	4	0,1

Fuente: Informe Anual del Director Médico.

Departamento de Estadística del Ministerio de Finanzas para incorporar preguntas decisivas en la encuesta BLCS 2001, que reflejaran el grado de conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la planificación familiar.

En 2005, el Ministerio de Salud también completó la Encuesta sobre Factores de Riesgo y Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Gasto y financiamiento sectorial

La atención de la salud es financiada por el gobierno, el seguro de salud privado, las tarifas que pagan los usuarios de establecimientos públicos y privados, el seguro social de salud (componente de accidentes de trabajo) y fuentes externas. El gasto total ordinario en salud para el ejercicio económico 2001–2002 fue de US\$ 148.271.603; en 2002–2003 se calculó en US\$ 155.261.671. El gasto de salud dentro del gasto total real ordinario fue de 15% en 2002–2003. En el ejercicio económico 2001–2002, cerca de 69% del presupuesto de salud se asignó a los servicios de atención médica y la mayor parte se destinó a las instituciones. En el ejercicio económico 2003–2004, la distribución de los gastos de las distintas divisiones del Ministerio de Salud indicó que 65% fue asignado a todas las áreas de la Administración de Hospitales Públicos, 18% al Departamento de Saneamiento Ambiental, 10% al Departamento de Salud Pública y 7% a la sede del Ministerio de Salud. En 2001, el seguro privado de salud invirtió US\$ 102 millones y el desembolso total per cápita en 2000 fue de US\$ 309.

Cooperación técnica y financiera en salud

Entre las organizaciones que proporcionaron cooperación técnica y financiera directa para los proyectos de salud están la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), que es la única agencia de las Naciones Unidas que cuenta con un representante permanente en las Bahamas, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Organización de los Estados Americanos, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el VIH/sida, la Oficina de la Comisión Europea para la Ayuda Humanitaria, la Fundación Clinton, el Gobierno de Cuba, el Hospital para Niños Enfermos de la Universidad de Toronto, la Universidad McGill, la Universidad del Sur de Florida y la Embajada de los Estados Unidos. Brindaron apoyo también la Comunidad del Caribe (CARICOM), la Alianza Pancaribeña de Lucha Contra la Infección por el VIH/sida (PANCAP) y la Agencia de Respuesta a Emergencias y Desastres del Caribe (CDERA).

Bibliografía

- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Finance, Department of Statistics. Bahamas Living Conditions Survey (BLCS) 2001. Nassau; 2004.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Finance, Department of Statistics. Report of the 2000 Census of Population and Housing.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health. Annual Report of the Chief Medical Officer 2001–2003; April 2005.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health. Chronic Noncommunicable Diseases Prevalence and Risk Factors Survey; 2005.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health. Communicable Disease Surveillance Manual; August 2005.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health, Department of Oral Health. Annual Report 2004.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health, Department of Public Health. Communicable Disease Surveillance Report; 2004.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health, HIV/AIDS Center; 2006.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health. Mid-term Report on the National Health Services Strategic Plan 2000–2004; Revised National Health Services Strategic Plan 2003–2004.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health. National Health Services Strategic Plan 2000–2004.
- Commonwealth of the Bahamas, Ministry of Health. Secondary school drug prevalence survey; 2002.

Commonwealth of the Bahamas, Office of the Registrar of Insurance Companies. Data; 2003.

Commonwealth of the Bahamas, Public Health Information System. Project charter and implementation strategy, version 1.0; November 2005.

Pan American Health Organization. Country Cooperation Strategy (Draft); 2006.

Pan American Health Organization. Health Services System Profile (Draft); 2006.

Project of the Department of Statistics of the Commonwealth of the Bahamas, the United Nations Population Fund, and the Caribbean Community. CAR/94/PO6. P. 10.

United Nations Development Program and United Nations Population Fund. Draft country program document for the Bahamas 2006–2010; February 2005.

