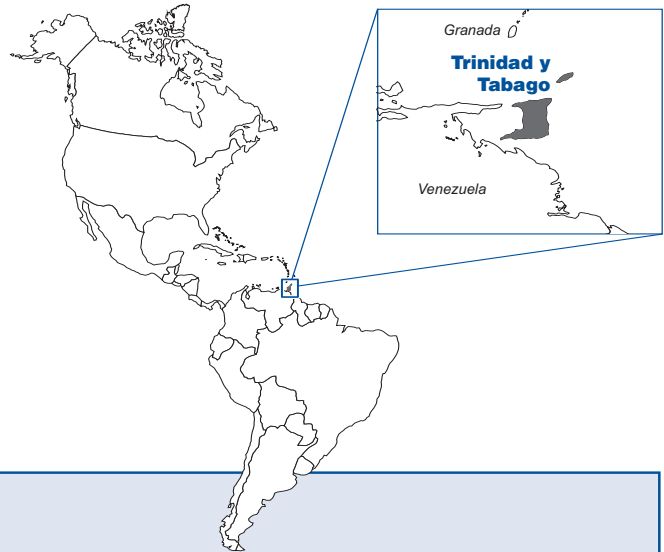


TRINIDAD Y TABAGO



- 1 Tabago
- 2 Diego Martin
- 3 Tunapuna/Piarco
- 4 San Juan/Laventille
- 5 Puerto España
- 6 Arima
- 7 Sangre Grande
- 8 Chaguanas
- 9 Couva/Tabaquite/Talparo



Trinidad y Tabago es la segunda nación más grande y meridional de las antiguas Indias Occidentales Británicas. Tiene una superficie total de 5.128 km², de la cual 4.828 km² corresponden a Trinidad y 300 km² a Tabago. El clima es tropical con una temporada de lluvias y una temporada seca. La ciudad capital de Puerto España se encuentra en la costa noroeste de Trinidad. Según el censo nacional de 2000, la población de Trinidad y Tabago era de 1.267.366 habitantes, lo que representó un aumento de 4% con respecto a la década anterior. De este total, 96% reside en Trinidad y 4% en Tabago. La razón hombre/mujer es de 1:1, y la densidad de población es de 246 habitantes por km².

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Esta nación insular gemela se independizó de Gran Bretaña en 1962 y se constituyó en República dentro de la Comunidad de Naciones en 1977, con una democracia parlamentaria y un presidente designado por nombramiento. El Poder Ejecutivo está constituido por el Primer Ministro y un Gabinete designado de 23 ministros públicos. El Poder Legislativo depende del Parlamento y la legislatura bicameral está formada por una Cámara de Representantes y un Senado. El sistema de gobierno local consta de un cuerpo electo de 14 corporaciones formadas por dos ciudades, tres condados y nueve corporaciones regionales que están a cargo de las actividades gubernamentales en áreas específicas, principalmente el mantenimiento y la higiene del medioambiente general y los edificios públicos, incluido el sistema de evacuación de desechos sólidos. Tabago tiene su propia estructura política administrativa bajo el poder ejecutivo de la Ley de la Asamblea de Tabago.

Determinantes sociales, políticos y económicos

En 2005, el Gobierno de Trinidad y Tabago adoptó el Plan Estratégico Nacional Visión 2020 para promover una mayor inversión en el sector social y fortalecer y apoyar iniciativas sociales.

Las prioridades de desarrollo del Plan se centran en la promoción de un gobierno eficaz, que facilite proyectos económicos competitivos y proporcione una infraestructura sólida sin perjudicar el medio ambiente. Visión 2020 se centra en la inversión humana y el desarrollo de recursos, según lo evidencia un incremento sostenido en las asignaciones presupuestarias nacionales para 2005 para los sectores de la salud (30%) y la educación (32%) (1).

La creación de un Mercado y Economía Únicos de la CARICOM (Comunidad del Caribe) en 2005 plantea nuevos desafíos sociales que afectarán a los sectores de la salud y la educación, debido al consecuente aumento en el libre movimiento de personas, mercaderías, servicios y capital entre los países miembros y la necesidad de garantizar capital humano competitivo para el mercado. Esta dinámica también aumenta el riesgo potencial de transmisión de enfermedades y requiere de sistemas de vigilancia epidemiológica y de información sobre salud que sean innovadores, concertados y compartidos, así como la introducción de mejoras en la calidad y la cobertura de los servicios de salud de agencias públicas y privadas, incluido el programa de seguro social nacional.

Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) dentro del contexto de una economía estable, el Gobierno de Trinidad y Tabago desarrolló, decretó e implementó reformas y planes políticos y legislativos, y estableció organismos institucionales para acelerar el logro de los ODM. El informe de evaluación nacional de los ODM para 2004 indicó que la colaboración mundial para el desarrollo había aumentado a través de la aprobación de legislación *antidumping* y comercio justo; se había incrementado el acceso a la tecnología y a los servicios; la tasa del servicio de la deuda había disminuido; y también había aumentado la cobertura de los programas de asistencia social para los grupos vulnerables, como adultos mayores y familias que vivían por debajo de la línea de pobreza (2, 3).

La economía ha mostrado un crecimiento sólido (7% en 2005) con un aumento significativo en las exportaciones de energía, una deuda externa baja y mayores reservas externas. La inflación básica aumentó año a año, alcanzando un 3% a comienzos de 2005 debido a los crecientes costos de los alimentos. La inflación general se ha mantenido estable desde el año 2000 y fue

aproximadamente del 4% en 2004. El superávit de cuentas corrientes externas aumentó a 14% del producto interno bruto (PIB) en 2004, más elevado que el 9% de 2003. El ingreso bruto nacional per cápita aumentó en un 64% entre 2000–2004. El PIB a precios constantes de 2000 alcanzó 6% en 2005. La razón de dependencia fue 47% en 2000 y disminuyó a 41% en 2005. La producción agrícola disminuyó sostenidamente en la última década, y la contribución del sector agrícola al PIB cayó de 2% en 1999 a 0,7% en 2005. Esta caída puede atribuirse a varios factores, como el cierre de la principal compañía estatal de cultivo y procesamiento de la caña de azúcar en 2003 por una revisión de la tarifa y reglas comerciales de la Organización Mundial del Comercio (OMC) y la supresión de los subsidios de azúcar de la Unión Europea, los salarios bajos en el sector agrícola y el aumento a nivel mundial de los ingresos provenientes del gas y el petróleo. Como consecuencia, el valor de las importaciones de alimentos aumentó al 31% entre 2002 y 2004 (4–7).

La tasa de participación de la fuerza laboral se ha mantenido estable desde la década de 1990, especialmente para los hombres, debido a una disminución de la población trabajadora para lo cual se están importando trabajadores calificados y profesionales en las áreas social, productiva (como las empresas agrícolas, no agrícolas y manufactureras) y de la construcción.

Entre 1996 y 2000, la participación de la mujer en la fuerza laboral se mantuvo estable en 38%, con un aumento moderado en 2002, fundamentalmente en los sectores de servicios públicos e informales, y en los niveles administrativos y de ingresos más bajos. En 2000, el ingreso promedio de las mujeres como porcentaje del de los hombres fue más bajo en todas las categorías ocupacionales, con la disparidad más reducida en el sector de empleados (88%) y la más amplia para los legisladores y gerentes jerárquicos (53%). La tasa de desempleo de los jóvenes (de 15 a 24 años) fue de 25,4% en 2001; en las últimas tres décadas, el desempleo de las mujeres se ha mantenido constantemente más alto que el de los hombres.

La declaración de misión del Ministerio de Educación se centra en la modernización y renovación del sistema educativo con el objetivo institucional de alcanzar la educación primaria universal para 2015. Los objetivos de la política del Ministerio son mejorar y aumentar el acceso a las oportunidades educativas en todos los niveles, lograr y mantener la calidad en las escuelas, suministrar servicios de apoyo a los estudiantes y desarrollar recursos humanos competentes. La educación es obligatoria para los niños de hasta 12 años de edad; el informe nacional de evaluación de los ODM de 2004 indicó que los objetivos de la cobertura educativa se habían cumplido, aunque no todos los segmentos de la población se estaban beneficiando plenamente de las oportunidades disponibles.

En 2000, se estableció una política para la educación secundaria universal en Trinidad y Tabago, y durante el período de revisión todos los estudiantes que completaron la escuela primaria y rindieron el examen de ingreso para las 221 escuelas secundarias

existentes obtuvieron una plaza. En 2003, el gasto en educación pública como un porcentaje del PIB fue del 3%. El Informe de Seguimiento de la Educación para Todos (EPT) en el Mundo de 2005 colocó a Trinidad y Tabago entre los países con un índice alto (97%) de desarrollo de la EPT, una tasa de matrícula neta en la educación primaria de 94%, un índice de desarrollo de la EPT por sexo de 96% y una tasa de supervivencia hasta el 5° grado de 98%. La red nacional de educación cuenta con 917 centros educativos para la niñez, 22% de los cuales son públicos y están orientados a los niños de 3 a 5 años. Para el año lectivo 2002–2003, la razón alumno/maestro fue de 12:1. Hay 483 escuelas primarias para niños de 5 a 11 años; sin embargo, se considera que el 50% de los estudiantes se encuentra en grave riesgo de deserción escolar, debido a la ubicación geográfica de las escuelas. Después de la introducción de la educación secundaria universal, el ingreso de estudiantes de educación primaria a los estudios de nivel secundario aumentó en 79% para el año lectivo 2002–2003; la matrícula femenina fue de 49% y la razón alumno/maestro fue de 19:1. La educación secundaria se concentra en los estudiantes de 12 a 16 años, y quienes aprueban los exámenes de competencia avanzada continúan con los dos últimos años de la educación secundaria. En 2003, la matrícula femenina fue de 52%, con una razón alumno/maestra de 20:1. La tasa bruta combinada de la matrícula primaria, secundaria y terciaria mostró una tendencia descendente a comienzos de 1990, debido a factores socioeconómicos tales como el ajuste estructural, el desempleo y la migración de los padres. El cambio en la tasa de la matrícula primaria y secundaria fluctuó de una proporción negativa en el período 2000–2003 a 28% en las escuelas primarias y 1% en las secundarias. Con la introducción de la educación secundaria universal en el período 2000–2001, el patrón en decadencia en el nivel secundario mejoró en los años correspondientes al período 2002–2003 aunque se mantuvo una disminución en los que ingresaban por primera vez. Las mujeres predominaron en los niveles de matrícula secundaria y universitaria con una razón hombre/mujer en el último nivel de 1:1,5 en 2001.

La tasa de alfabetización estimada para 2003 para la población de 15 años y más fue de 99%, sin ninguna diferencia considerable entre ambos sexos. Las tasas de alfabetización son más altas entre mujeres de ascendencia india, pero más bajas para las mujeres de ascendencia africana que para los hombres de dicha ascendencia. Las familias de bajos recursos con niños matriculados en escuelas públicas reciben subsidios del gobierno para libros, transporte y comidas (desayuno y almuerzo). En 2001, el Gobierno de Trinidad y Tabago inició el programa de “dólar a dólar” como una manera de financiar la educación terciaria, al cubrir los gastos de los padres para la matrícula local. El presupuesto nacional de 2005 amplió su alcance mediante el compromiso de proporcionar una diplomatura local gratuita de educación terciaria para los nacionales (8–10).

La situación de los hombres plantea desafíos para el logro de los ODM debido a su escasa retención en escuelas y su mayor

mortalidad por el VIH/sida, causas externas, casos de violencia y delitos. El Ministerio de Desarrollo Comunitario, Cultura, y Asuntos de Género, junto con un Comité Interministerial y la participación del Consejo Nacional de la Mujer en carácter consultivo, promueve la política del Gobierno de Trinidad y Tabago en favor del género y el desarrollo. Un movimiento activo compuesto por organizaciones no gubernamentales (ONG) y comunitarias apoya el avance de la mujer, junto con un comité ad hoc que apoya a las mujeres en los sectores de producción y comercio. La Asamblea de Tabago también ha establecido una División de Género con una función consultiva similar como la de los diversos organismos que trabajan juntos en Trinidad. Entre 2000 y 2004, el porcentaje de bancas ocupadas por mujeres en el Parlamento aumentó de 11 a 19; en 2002, el Senado eligió a la primera mujer para que actúe como su Presidenta (11).

Se evidencian asuntos clave relacionados con la salud en la cantidad de informes sobre hechos delictivos y violentos graves (con la exclusión de accidentes de tránsito) que varían de 17.134 en 2000 a 16.387 en 2004 y 11.289 (hasta agosto de 2005). La Política Nacional de Género que aborde la violencia doméstica todavía está en elaboración, junto con un registro central para datos sobre violencia doméstica y un plan de acción nacional. Diversas ONG están trabajando en alianza para completar estas actividades, entre ellas la Asociación Nacional de Crisis por Violación (NRCS), servicios de líneas telefónicas directas gratuitas, una red de albergues para mujeres que son en su mayoría privados, el tribunal de familia (creado en 2004) y 19 centros informativos o comunitarios que se pueden consultar sin una cita previa. Las mujeres y los niños que viven sometidos a violencia doméstica y las parejas de las mujeres pueden acceder a una variedad de servicios públicos que comprenden desde el asesoramiento y la ubicación en trabajos alternativos hasta servicios médicos confidenciales. La NRCS notifica que la violación es el primer problema de abuso en el país y representa el 37% de todos los casos informados en 2004; las personas más frecuentemente afectadas son las mujeres de ascendencia africana en el grupo de edad de 12 a 17 años. Las mujeres fueron el grupo más afectado por la violencia doméstica, con una supremacía de hombres como autores del delito. Los datos parciales de los casos atendidos por la NRCS indican que los nuevos casos de abuso sexual infantil aumentaron de 7% a 10% entre 2000 y 2004, mientras que los nuevos casos de incesto disminuyeron de 16% a 8% y aumentaron los delitos y los agravios, como el conocimiento carnal ilegal (un término local que hace referencia a una relación o contacto sexual ilícito) y los delitos relacionados con narcóticos e intentos de suicidio. Los accidentes de transporte y las colisiones fatales aumentaron un 23% y 46%, respectivamente, durante el período 2000–2004 (12–16).

Según la última encuesta nacional de hogares (1997–1998), dentro de los nueve condados se identificaron cinco zonas de pobreza definidas. A nivel nacional, 21% de los hogares en Trinidad y 26% en Tabago fueron considerados como pobres. Los grupos

de población caracterizados como pobres fueron aquellos sin educación o con un nivel educativo inferior al requerido, los desempleados o subempleados, los obreros no calificados o semicalificados, los hogares liderados por mujeres, los hogares monoparentales con un ingreso mensual promedio de US\$ 95 a US\$ 160 (al cambio actual de TT\$ 6,27 = US\$ 1). Las causas principales identificadas para estos resultados incluyeron la falta de logros educativos y la instigación intergeneracional a cometer delitos, entre otras causas. Si bien no se observa una diferencia considerable entre ambos sexos entre los pobres, aproximadamente el 60% de este grupo no tiene título académico.

Los ocupantes ilegales representan 1% de la población, y 26% son pobres. Los jefes y jefas de hogar sin título académico representan el 77% del total de la población pobre. La evaluación nacional de los ODM de 2004 se centra en los temas de erradicación de la pobreza extrema y el hambre y plantea la necesidad de realizar encuestas más frecuentes sobre las condiciones de vida, fortalecer la capacidad institucional, llevar a cabo programas de erradicación de la pobreza, establecer objetivos mensurables, mejorar la calidad de la información y asegurar la continuidad de los nuevos empleos (3, 17).

Los grupos de población como los menores y los hombres y mujeres adultos jóvenes son generalmente grupos de alto riesgo para la incidencia de la mortalidad y la morbilidad, especialmente entre quienes viven bajo la línea de pobreza o aquellos cuyas conductas, estilos de vida y entornos sociales aumentan su exposición a lesiones externas, delitos, violencia, al VIH/sida y a las enfermedades no transmisibles. En 2003 se registraron 734 personas desplazadas socialmente, la mayoría hombres (niños de la calle, exconvictos, deportados, ancianos, drogadictos, personas con trastornos mentales y personas infectadas por el VIH). La mayor parte de este grupo vive en los dos centros urbanos principales (Puerto España y San Fernando). Entre 1997 y 2002, aumentó el número de personas deportadas que regresaron a Trinidad. En general, habían partido como menores con sus familias y ahora volvían a un entorno sin una estructura de apoyo, que no les resultaba familiar. Además de estar socialmente desplazados, no tenían empleo y eran propensos a la violencia y los delitos. La encuesta piloto de 2004 del Centro Epidemiológico del Caribe (CAREC) sobre el factor de riesgo conductual mostró que las mujeres padecen enfermedades con mayor frecuencia que los hombres, pero que también viven más años, y las personas con niveles educativos más bajos buscan asistencia médica con menos frecuencia que aquellas con niveles educativos más altos (18).

Un estudio de 2001 sobre sobrepeso, obesidad y grosor de los pliegues cutáneos en niños de ascendencia africana e índica, mediante la aplicación de normas internacionales para sobrepeso y obesidad y las curvas de referencia británicas (1990) para el índice de masa corporal (IMC), reveló que los niños de ascendencia africana eran más altos para su edad, pero tenían un IMC más bajo. La obesidad era más alta entre los niños afrotrinitenses,

especialmente entre las niñas. El estudio concluyó que el IMC más alto se asociaba con un IMC más alto en los padres del niño, mayor peso al nacer, mayor edad de la madre del niño, tamaño familiar más reducido y logros educativos más altos en la madre. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) estimó la población desnutrida en 11,9% para 2001. La fortificación de los alimentos como la harina con hierro y el complejo vitamínico B es obligatoria y se cumple por ley, pero la fortificación con calcio es optativa. El establecimiento de iniciativas “Amigos del Niño” en todos los hospitales principales y los esfuerzos del Comité Nacional de Lactancia Materna para mejorar las prácticas de lactancia materna han contribuido a la iniciación en la lactancia en 95% de las madres que amamantan, con tasas de lactancia materna exclusiva que varían entre 26% y 30% para lactantes menores de 4 meses. La Encuesta Agrupada por Indicadores Múltiples de 2000 realizada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estimó que el 6% de los niños menores de 5 años tenía bajo peso, menos del 0,5% presentaba un bajo peso de gravedad y 4% mostraba atrofas de crecimiento o signos de emaciación. En 2002, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) informó una prevalencia de 3% de sobrepeso entre los niños de edad preescolar. Los datos sobre la disponibilidad de alimentos indican que hay una cantidad excesiva de alimentos altos en energía, proteínas y grasas y que las disparidades de ingresos afectan la capacidad de la población para acceder a alimentos sanos en cantidades suficientes (19–22).

Una evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) del país indicó que el sistema nacional de salud identifica brotes a medida que surgen pero que, debido a prácticas insuficientes de vigilancia, su capacidad de pronóstico es limitada. El ejercicio de evaluación de las FESP también identificó la necesidad de evaluaciones regulares de la calidad y mejores mecanismos de retroalimentación para el ingreso de la información que se utiliza en la toma de decisiones y elaboración de políticas. Por lo tanto, la capacidad de respuesta institucional es débil. No se ha registrado una declaración oficial de brotes de enfermedades durante el período 2001–2005. Sin embargo, el riesgo de epidemia persiste y se controla estrechamente en los puntos de entrada, según el nivel de movimiento comercial y poblacional hacia dentro y fuera del territorio (23).

El 69% de los hogares recibió en 2000 agua suministrada por tuberías hasta su vivienda o patio de su vivienda y 67% disponía de baños conectados a un sanitario. Solamente el 26% de los hogares tenía un suministro de agua las 24 horas, los siete días de la semana. Por lo tanto, el almacenamiento de agua es una práctica habitual, y 57% de los hogares disponía de su propio tanque de almacenamiento. El acceso insuficiente al agua potable es atribuible a varios factores, incluida una pérdida de agua de 40% a 50% en el sistema de distribución, el deterioro de las propiedades y los programas deficientes institucionales y de recursos humanos. La calidad del agua suministrada cumple con los lineamien-

tos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la calidad del agua potable. Sin embargo, este logro se ve amenazado por la degradación ambiental, la destrucción de las cuencas de agua y la contaminación. La mayoría de la población (60%) es atendida a través de sistemas sépticos en el lugar, 10% por plantas centrales de tratamiento y 30% por letrinas (24).

Demografía, mortalidad y morbilidad

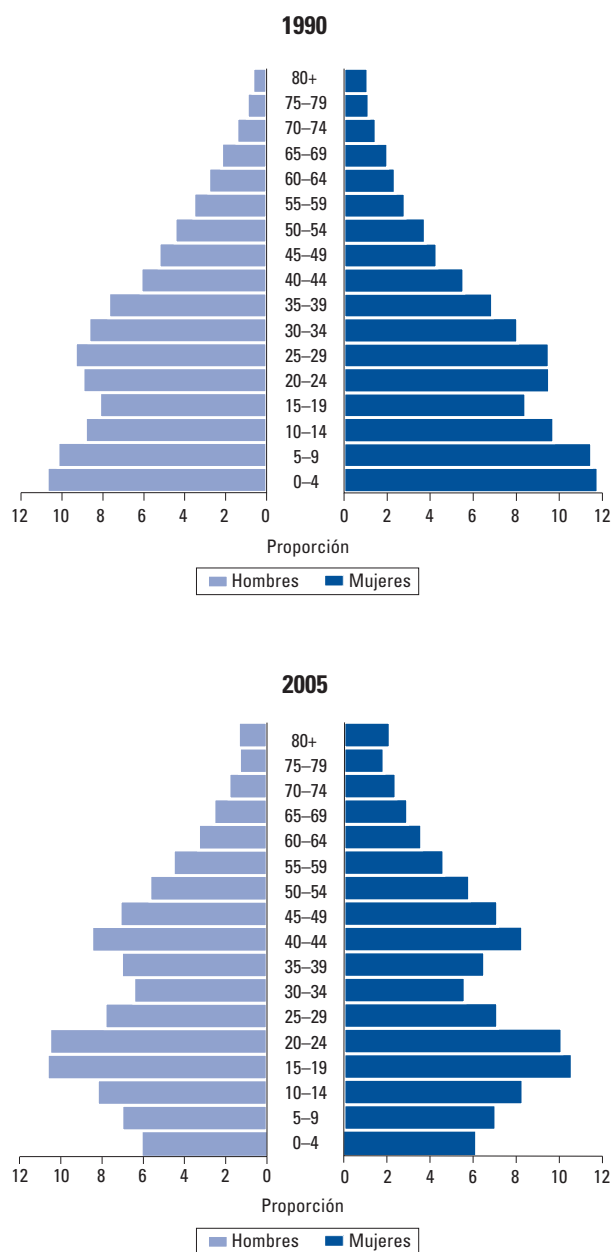
La población de Trinidad y Tabago presenta diversidad étnica, con un 41% de ascendencia india, 40% de ascendencia africana y 19% de otros grupos, incluidos chinos, europeos y del Medio Oriente. En los últimos 20 años, la proporción de la población menor de 15 años se redujo, mientras que la porción de las personas de 60 años o más aumentó. La estructura de grupos de edad de la población es de 21% para el grupo de edad de 0 a 14 años, 71% para el de 15 a 64 años y 8% para el grupo de edad de 65 años y más. El país se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica, con una tasa de natalidad baja y tasas de fecundidad disminuidas, lo que da por resultado una tasa baja de crecimiento poblacional. Las estimaciones de población indican una tasa de natalidad bruta de 14 por 1.000 habitantes y un crecimiento de la población de 0,3 por 1.000 habitantes para el período 2000–2005, con una tendencia descendente anticipada para la próxima década. La distribución de la población, por edad y sexo, para 1990 y 2005 se muestra en la figura 1.

La tasa total de fecundidad comenzó a decrecer en la década de 1970, y en 2005 se estimó en 1,75 niños nacidos por mujer, lo que colocó al país por debajo de la tasa de sustitución generacional. La caída se debe principalmente a la emigración de los nacionales en busca de mejores mercados laborales. La tasa neta de migración fue –10,87 emigrantes por 1.000 habitantes para 2005. La estimación de la esperanza de vida al nacer en 2005 fue de 71 años para la población total, 69 para los hombres y 74 para las mujeres. Noventa y cuatro por ciento de los hogares se encuentran en Trinidad, con un tamaño promedio de 3,7 personas por hogar y una tasa de fecundidad total de 1,4 niños por mujer. Los roles históricos coloniales influyen en la distribución geográfica de los grupos étnicos: los de ascendencia india residen principalmente en localidades rurales y con orientación agrícola, mientras que los de ascendencia africana suelen vivir en zonas urbanizadas, donde trabajan fundamentalmente en las industrias de los servicios y organismos relacionados con el gobierno (24–26).

Los datos sobre la mortalidad general están disponibles hasta 2001, año en que la tasa bruta de mortalidad fue de 8 por 1.000 habitantes. La mortalidad materna fue de 39 por 100.000 nacidos vivos y la mortalidad infantil de 19 por 1.000 nacidos vivos en 2001 (Figura 2).

Ese mismo año, las defunciones totales crecieron hasta 3% en comparación con 2000, y los hombres representaron el 56% de ese valor; el grupo de edad de 50 a 74 años representó 40% de todas las defunciones. En 2000, las cardiopatías, la diabetes, las

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



neoplasias malignas y las enfermedades cerebrovasculares en conjunto representaron 61% de todas las defunciones (25, 26). Las 10 causas principales de mortalidad para 2001 se presentan en el cuadro 1.

En un poco más de una década, las tasas de mortalidad en lactantes ocasionada por afecciones originadas en el período prenatal se duplicaron, de 678 por 100.000 nacidos vivos para el

período 1984–1986 a 1.368 por 100.000 nacidos vivos para el período 1998–2000. Este aumento se atribuye a los problemas relacionados con la calidad de la atención prenatal y a la detección temprana de afecciones de alto riesgo durante el embarazo. Las lesiones externas fueron la principal causa de muerte en ambos sexos en el grupo de edad de 15 a 24 años para el período 2000–2005. Entre 2000 y 2004, las tasas de mortalidad debido a accidentes de transporte crecieron de 12 a 19 por 100.000 habitantes. Los accidentes fatales ocurrieron con mayor frecuencia durante los fines de semana y en las horas de la noche; 87% se registró en el grupo de edad de 15 a 44 años en 2004. El suicidio tiene mayor prevalencia en la población de ascendencia india, con la ingestión de pesticidas como la modalidad más utilizada.

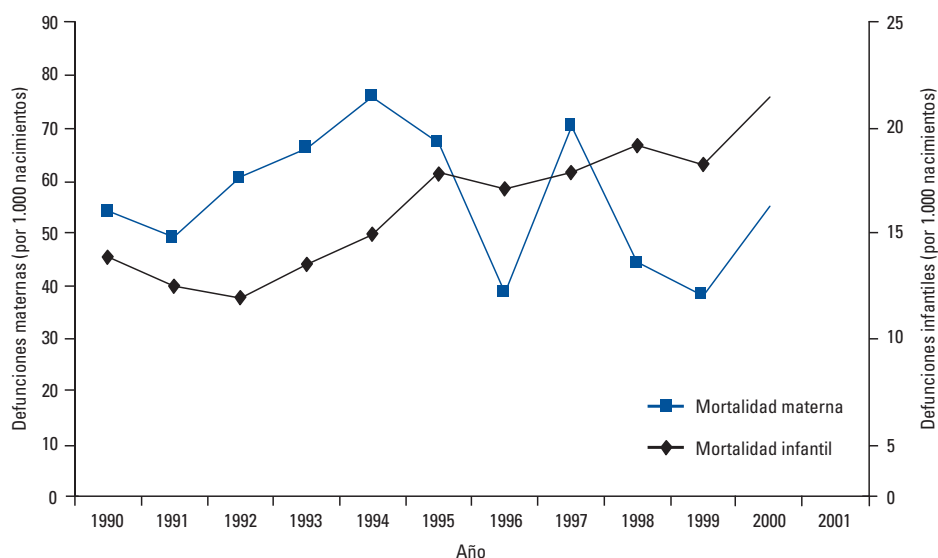
Los registros del CAREC muestran una disminución en los números de casos de algunas enfermedades prevenibles por inmunización: varicela, meningitis, paperas, rubéola y tétanos (excluido el neonatal). Entre los episodios de otras enfermedades o afecciones que también han disminuido se incluyen: la parálisis flácida aguda, enfermedades transmitidas por los alimentos, la leptospirosis, la salmonelosis, la sarna, la shigelosis, todas las formas de hepatitis y la encefalitis viral. Las enfermedades que han mostrado un incremento son la conjuntivitis hemorrágica aguda, el dengue en todas sus formas, la gastroenteritis, las infecciones gonocócicas, la influenza, la enfermedad de Hansen, la sífilis y todas las formas de tuberculosis. Durante el período 2001–2005, no se registraron casos de cólera, envenenamiento por ciguatera, tos convulsa, rabia humana, tétanos neonatal, fiebre tifoidea y fiebre amarilla (27, 28).

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Se registraron 383 defunciones entre niños menores de 1 año en 2000, las causas principales se atribuyeron a afecciones originadas en el período prenatal como trastornos respiratorios (hipoxia intrauterina y asfixia al nacer) y anomalías congénitas. Estas defunciones se relacionan con deficiencias en la calidad de la atención prenatal brindada en todos los niveles del sistema de salud y, por lo tanto, a la escasa detección temprana de condiciones de alto riesgo. La tasa de mortalidad para el grupo de edad de 1 a 4 años fue de 8 por 1.000 habitantes en 2000.

Se estima que 6% de los niños menores de 5 años tienen bajo peso, y que 4% presentan atrofas de crecimiento o signos de emaciación. En 2002, la práctica de lactancia materna exclusiva en niños de 1, 2 y 3 meses de edad, era de 44%, 33% y 27%, respectivamente. El Ministerio de Salud está implementando una iniciativa hospitalaria a nivel nacional, “Amigos del Niño”, para alentar la creación de entornos que faciliten la lactancia dentro de establecimientos de salud y entre la población. El número de niños de 1 a 4 años atendidos en establecimientos de atención primaria de salud disminuyó de 4.128 en 2000 a 3.783 en 2003.

FIGURA 2. Tasas de mortalidad maternoinfantil, Trinidad y Tabago, 1990–2001.**CUADRO 1. Principales causas de defunción por orden de importancia, número de defunciones, porcentaje de defunciones totales y porcentaje acumulativo, Trinidad y Tabago, 2001.**

Causas	Número	Porcentaje de defunciones	Porcentaje acumulativo
Cardiopatías isquémicas	1.631	16,7	16,7
Diabetes mellitus	1.340	13,7	30,4
Neoplasias malignas	1.211	12,4	42,8
Enfermedades cerebrovasculares	972	10,0	52,8
Causas externas	569	5,8	58,6
Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	541	5,5	64,1
Enfermedades hipertensivas	406	4,2	68,3
Otras cardiopatías	330	3,4	71,7
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	224	2,2	73,9
Insuficiencia renal	173	1,9	75,8

Fuente: Informe sobre población y estadísticas vitales, Oficina Central de Estadísticas. Ministerio de Planificación y Desarrollo, Gobierno de Trinidad y Tabago.

Las cinco causas principales de diagnósticos de alta hospitalaria para el grupo de edad de 1 a 4 años fueron enfermedades del sistema respiratorio; lesiones, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas; síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio; determinadas enfermedades infecciosas y parasitarias; y enfermedades del sistema digestivo, con una prevalencia mayor en hombres. Durante el período 2003–2004, 9% de los lactantes nació de madres infectadas por el VIH. Desde 2005, la prioridad institucional se ha centrado en la detección temprana y la solución de discapacidades visuales y auditivas para el total de los niños matriculados en las escuelas primarias. El 10% de los niños se sometieron a exámenes de tamizaje durante 2005 y 20% obtuvieron un resultado negativo en el primer tamizaje.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Se registraron 36 defunciones en este grupo de edad en 2000, con una leve supremacía entre los varones; las causas principales fueron las causas externas, seguidas de lesiones, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del sistema circulatorio y ciertas infecciones y enfermedades parasitarias. Aunque la malnutrición es poco frecuente entre los escolares en este grupo de edad, existen, sin embargo, focos de deficiencias nutricionales, basados en los informes de malnutrición proteico-energética y deficiencia de hierro, junto con los niveles crecientes de obesidad. Entre los estudiantes se registran conductas violentas y una iniciación sexual temprana, junto con el consumo de tabaco y dro-

gas, que representan amenazas que los servicios de salud escolar deben abordar. El Ministerio de Salud informa que la enfermedad drepanocítica, las afecciones crónicas (principalmente el asma), las causas externas y las lesiones son las principales causas de morbilidad y mortalidad entre los escolares. En una encuesta de referencia de 2004 sobre los niveles de plomo en sangre realizada en 1.761 niños en el grupo de edad de 5 a 7 años en ambas islas, estos niveles variaron de $< 1\mu\text{g/dL}$ a $29\mu\text{g/dL}$. Solamente tres niños en Trinidad alcanzaron el nivel determinado por los E.U.A. para el envenenamiento con plomo (nivel de plomo en sangre $> 6 = 20\mu\text{g/dL}$). No hubo diferencias significativas por edad, sexo, origen étnico o grupo de ingresos (29, 30).

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

Las tasas de mortalidad en 2000 para los grupos de edad de 10 a 14 años y de 15 a 19 años fueron 0,49 y 0,87, respectivamente, por 1.000 personas y fueron mayores entre los varones en ambos grupos de edad. Una revisión realizada en 2005 sobre los servicios prestados a 112 adolescentes entre 10 y 19 años en toda la nación en la única clínica de orientación infantil del país indicó que la depresión (33%) fue el trastorno más común para el cual se buscaba tratamiento, seguida de problemas de conducta (13%), retardo mental (11%), abuso de sustancias (10%), ansiedad (9%) y psicosis (5%). Los trastornos mentales tenían mayor prevalencia entre las mujeres que entre los hombres y entre los adolescentes de 15 a 19 años sin diferencias en cuanto a su zona de residencia; sin embargo, en un gran número de casos se trataba de niños procedentes de entornos familiares social o económicamente inestables, que residían en zonas marginadas.

La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud de 2000, un estudio escolar apoyado por la OMS que recopiló datos de adolescentes de 13 a 15 años, mostró que 19% de los adolescentes fumó su primer cigarrillo antes de los 10 años de edad, sin una diferencia significativa entre ambos sexos; de la muestra representativa de todas las escuelas secundarias, 40% de los estudiantes había fumado cigarrillos por lo menos una vez en su vida, lo que es 5% más alto que el número hallado en un estudio de prevalencia similar realizado en 1988. La prevalencia de tabaquismo fue más alta entre hombres que entre mujeres y aumentó en frecuencia entre los grupos de edad de personas mayores. Se observó un patrón de prevalencia similar entre los fumadores actuales, con un incremento de 11% en 1998 a 14% en 2000. De los entrevistados, 84% informó la exposición a anuncios publicitarios de cigarrillos (31).

El Ministerio de Educación notificó un aumento repentino en las conductas violentas y los problemas disciplinarios, entre los estudiantes secundarios en el período 2000–2003, con una mayor proporción de conductas molestas entre los varones. Los embarazos de adolescentes de 13 a 19 años representaron 15% de los nacidos vivos en 2000. Ese mismo año, un estudio representativo relacionado con las necesidades de salud sexual de adolescentes

de edad escolar secundaria en Tabago identificó las preocupaciones prioritarias que llevan a la iniciación temprana de relaciones sexuales como el desempleo, la drogadicción y el acceso limitado a oportunidades educativas y de desarrollo. Otros factores, como la pobreza, entornos familiares inestables y tener sexo con múltiples parejas, aumentaron aún más la vulnerabilidad a conductas de riesgo (25, 32, 33).

Salud de los adultos (20-59 años)

Las tasas de mortalidad están disponibles solamente para el año 2000 para este grupo de edad; las tasas varían de 2,0 por 1.000 habitantes entre las personas de 20 a 24 años a 14,0 entre el grupo de edad de 55 a 59 años, con una supremacía entre los hombres en ambos casos. Las causas principales de defunción fueron enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de neoplasias, ciertas infecciones y enfermedades parasitarias; y lesiones, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas. Los hombres jóvenes son el grupo de población con mayor cantidad de defunciones por violencia y causas externas. La encuesta piloto sobre el factor de riesgo conductual de 2004, realizada por el CAREC, encontró que las mujeres tienen un patrón más coherente de conductas de búsqueda de atención de salud que los hombres; las mujeres y los adultos mayores representaron los grupos más consecuentes en el control de su presión sanguínea y niveles de glucosa; los adultos, principalmente los que tenían un nivel educativo más alto, controlaron su nivel de colesterol más frecuentemente; solo 50% de las mujeres en el grupo de edad de 35 a 54 años informó haberse realizado una prueba de Papanicolaou; y más mujeres que hombres informaron usar siempre cinturones de seguridad en los vehículos (18).

Los hombres, los jóvenes y los adultos jóvenes de niveles educativos más bajos fueron los grupos que participaron más frecuentemente de actividades físicas. Se consideró levemente obesos a los hombres y a las mujeres con un IMC de 27 para las personas de 33 a 44 años y con un IMC normal para las de 18 a 24 años; el último grupo más joven consumía menos frutas y vegetales, sin que se observara una diferencia entre ambos sexos. Los hombres fumaban más que las mujeres, especialmente los del grupo de edad de 45 a 54 años, así como también aquellos de niveles educativos más bajos; las mujeres, sin embargo, hicieron más intentos para dejar de fumar y experimentaron un éxito mayor en sus esfuerzos por lograrlo. El consumo de marihuana no dependía de los niveles educativos; las mujeres informaron un consumo más frecuente; el consumo de cocaína fue insignificante (18, 26).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Para 2000, el tamaño de la población de 60 años y más había aumentado en un 345% con respecto a las cifras de 1985. Este grupo de edad representó 10% del total de la población en el año 2000, de la cual los hombres representaron 53%; entre el grupo de edad de 80 años y más, las mujeres representaron 58%, una

predominancia inferior si se compara este porcentaje con 63% de 1985, lo que indica un aumento en la esperanza de vida entre los adultos mayores del sexo masculino. Esta tendencia en el envejecimiento de la población pone de manifiesto la necesidad de programas sociales; se estima que para el año 2025, el tamaño de la población de 60 años y más será mayor que el del grupo de edad de 18 años. Según el censo de 2000, se registraron 38 personas de más de 60 años por cada 100 niños, una situación que causará un aumento constante en las tasas de dependencia en las próximas décadas. Más de dos tercios de los adultos mayores reciben beneficios de pensión suministrados por el gobierno; se estima que la mayoría de la población de 60 años y más no está preparada financieramente de manera adecuada para el retiro y depende de otras fuentes de ingresos, principalmente de los miembros de la familia. Las mujeres mayores tienen niveles de ingresos menores y menos oportunidades de empleo que los hombres. Del total de la población no institucional de 65 años y más, solamente 9% estuvo representada en la fuerza laboral de 2001. El censo poblacional de 2000 mostró que el mayor logro educativo para 67% de las personas de 60 años o más fue el nivel primario. En 2001, la tasa de mortalidad para la población de 50 años o más fue 32 por 1.000 habitantes. Los hombres predominaron en el número de defunciones, pero las mujeres de 80 años o más presentaron un mayor porcentaje (79%) del total de defunciones de mujeres registradas. La principal causa de mortalidad fueron las cardiopatías, seguidas de la diabetes mellitus, las neoplasias malignas, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades del sistema respiratorio. Los registros de alta hospitalaria de los hospitales públicos no muestran diferencias entre ambos sexos, pero identifican el diagnóstico de alta hospitalaria más frecuente como el relacionado con cardiopatías y enfermedades del sistema digestivo, seguido de lesiones, envenenamiento y enfermedades cerebrovasculares, con esta última causa observada apenas con mayor frecuencia entre las mujeres. Según los datos del censo poblacional de 2000, 40% de las personas de 60 a 69 años informó padecer una discapacidad o enfermedad crónica, con un predominio entre los hombres; mientras que entre las personas de 70 a 79 años, la cifra fue de 36%, nuevamente con un predominio de hombres; y para las personas de 80 años y más, fue de 24%, con un predominio de mujeres (34–37).

Salud de la familia

Según el censo poblacional de 2000, el número promedio de personas que vivían en 94% de los hogares en el país era de 2,64 personas, una situación que no describe los hogares con un índice alto de ocupación y que están ubicados en las zonas marginales. Para el mismo período, el número de matrimonios disminuyó 7% y el de divorcias aumentó 62% en comparación con las dos décadas previas. El 69% de las familias tenía a un hombre como jefe de hogar. El 31% de los hogares tenía una mujer como jefa de hogar, de las que 19% eran madres solteras. En 2000, 96%

de los nacimientos institucionales fue atendido por personal especializado; en 2002, se registraron 36 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años, una situación que destaca la necesidad de abordar los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva en el ambiente familiar. La prevalencia del uso de anticonceptivos, independientemente del método, se estimó en 38% en 2000. La violencia doméstica es un problema de salud pública cada vez más importante; en 2000, 87% de las víctimas fueron mujeres, siendo generalmente hombres los autores del delito. Las mujeres y los niños sometidos a maltrato de cualquier índole pueden acceder a una red nacional de 13 albergues; en la actualidad, no existen servicios similares para hombres. Se ofrece asesoramiento a las mujeres afectadas y a sus parejas a través de las ONG y diversos servicios de salud mental, o según lo determine el sistema judicial sobre familia (15, 24). Durante el período 2001–2002, se registraron 17 defunciones entre adultos y 4 entre menores asociadas con la violencia doméstica.

Salud de los trabajadores

En el período 2001–2005, la Junta Nacional del Seguro, que cubre más del 50% de la fuerza laboral, notificó 13.092 reclamos por lesiones en el lugar de trabajo y 2.496 reclamos por discapacidad. Se produjeron 22 defunciones por incidentes ocupacionales en 2004 y 57 en 2005. Más de 80% de todas las lesiones y discapacidades registradas afectaron a hombres, y menos de 20% a mujeres, si bien las mujeres comprendían 39% de las personas empleadas para el período 2001–2005. Como los hombres predominan en la fuerza laboral de la construcción y la industria pesada del país, tienen más riesgo de padecer lesiones o enfrentar la muerte debido a condiciones laborales inseguras e insalubres. Para el mismo período, de las 239 defunciones registradas relacionadas con la ocupación, solamente 3% estaba representado por mujeres. Se estima que entre 2% y 4% de los niños de 5 a 14 años realiza algún tipo de trabajo, y aproximadamente 1% recibió remuneración en 2000. La Encuesta de Evaluación Rápida de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) realizada en 2002 en Trinidad identificó las siguientes áreas como aquellas en las que se desempeñan los niños y jóvenes trabajadores: recolección de basura y actividades agrícolas, domésticas y comercio sexual (22, 38, 39).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

En 2000, 2001, y 2003 el Ministerio de Salud informó más de 2.000 casos anuales de **dengue** clásico; 6.000 ocurrieron solamente durante el año 2002, coincidiendo con el reingreso del serotipo 3 del dengue. Durante 2004 y 2005, se informaron 400 y

519 casos de dengue clásico, respectivamente. En 2002, se registraron 218 casos de **fiebre hemorrágica por dengue** (FHD) y no se registraron casos en 2005. Esta reducción no necesariamente refleja una tendencia, ya que los cuatro serotipos del dengue y el mosquito *Aedes* son endémicos. Se registraron 45 defunciones debido a la FHD durante el período 2000–2002, con un predominio de defunciones masculinas en todos los años. No se notificaron defunciones en el período 2003–2005 por la FHD en el sistema de salud pública. Si bien se declaró la erradicación de la **malaria** en 1965, continúan los informes anuales de casos importados y de un número reducido de casos autóctonos de *P. malariae* en el sur de Trinidad. Para el período 2001–2005, se registraron 29 casos importados y 13 casos autóctonos, sin víctimas fatales.

No ha habido casos de **fiebre amarilla** desde 1979 a la fecha, ni de **filariasis linfática** durante el período 2001–2005. Lo primero se debe, en gran medida, a la inmunización generalizada, y lo segundo a la quimioterapia masiva en localidades afectadas. La vigilancia actual sugiere que ha habido una interrupción satisfactoria en la transmisión de la filariasis linfática, y el país ahora desea ser certificado como libre de filariasis linfática (27, 40).

Enfermedades inmunoprevenibles

En 2000, se introdujeron las vacunas para la hepatitis B y la *haemophilus influenza* tipo b (Hib) en el programa de inmunización nacional como parte de una vacuna pentavalente combinada DPT/HepB/Hib. Para extender la cobertura, las vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se administran en centros de salud pública y a cargo de médicos privados en forma gratuita. La cobertura nacional creció de 90% en 2000 a 94% en 2004, y todo el personal de salud, incluidos los médicos internos, que participan del Programa se capacitan anualmente. No se han registrado brotes de enfermedades inmunoprevenibles en el grupo de edad pediátrica, aunque se notificó un caso aislado de **difteria** en 2002 (41).

No se notificaron casos de **polio**, **rubéola** o **sarampión** en el país entre 2000 y 2005.

Enfermedades infecciosas intestinales

La **gastroenteritis**, sin especificación de edad, fue la enfermedad más comúnmente notificada a la Unidad de Vigilancia Nacional durante el período 2000–2005. Desde 2004, la incidencia específica según la edad mostró una caída discreta para el grupo de 0 a 5 años aunque no hubo una intervención nacional destinada a los niños en edad preescolar. Los cambios se atribuyen a las mejoras en las fuentes de agua segura en los hogares y las iniciativas de promoción y prevención de la salud, incluida la iniciativa de hospitales “Amigos del Niño”. No existen programas de eliminación de gusanos para la infección por helmintos, ni hay datos detallados disponibles por edad o sexo, pero el registro de la Unidad de Vigilancia Nacional muestra una disminución en la frecuencia de los casos de 315 en 2000 a 285 en 2005 (42).

Enfermedades crónicas transmisibles

La **tuberculosis** muestra una mayor prevalencia de casos entre los hombres de ascendencia africana y el grupo de edad de 25 a 44 años, con tasas de incidencia que fluctuaron en el período de 2000–2004 de 16 por 100.000 habitantes en 2001 a 18 por 100.000 habitantes en 2002. En 2004, la tasa de notificación anual fue de 12 por 100.000 habitantes. La comorbilidad de tuberculosis/HIV fue 26% en 2004, con una tendencia ascendente en comparación con el 12% en 1990; otras comorbilidades importantes identificadas con la tuberculosis son el abuso de sustancias (35%) y la diabetes (13%). El Programa Nacional de Tuberculosis informó una tasa de cura de 70% con un 15% de personas que no notifican la enfermedad y un 10% de mortalidad en 2004. La prevalencia de **lepra** fue de 0,44 por 100.000 habitantes, con una detección de nuevos casos de 0,24 en 2003. Los casos tuvieron mayor prevalencia entre los hombres que entre las mujeres y no mostraron un patrón de diferenciación por origen étnico o edad (28, 43–45).

Infecciones respiratorias agudas

Según los informes del CAREC, durante el período 2000–2005 hubo una epidemia de **infecciones respiratorias agudas** en el grupo de edad de 5 años y menos, con 15 casos confirmados en 2000 y 12.064 casos en 2005. Al mismo tiempo, los presuntos casos de **influenza** disminuyeron de 41.125 en 2000 a 23.511 en 2005. La vigilancia de enfermedades respiratorias aumentó durante el período y persiste debido a la amenaza de brotes de la enfermedad del **síndrome respiratorio agudo severo** y la **influenza aviar**. Los informes del Ministerio de Salud para el período 2000–2003 sitúan a las enfermedades del sistema respiratorio entre los principales 5 de 12 diagnósticos de alta hospitalaria. Las causas principales son asma, otras infecciones agudas del tracto respiratorio superior, neumonía, otras enfermedades del sistema respiratorio, bronquitis, enfisema y otras.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Para el período 2000–2004, el número acumulativo de infecciones por el **VIH** informado en los establecimientos de salud pública desde el comienzo de la epidemia en 1983 aumentó 37%, mientras que el número de casos de **sida** disminuyó en un 34%. La razón hombre/mujer para las nuevas infecciones disminuyó de 1,6:1 en 2000 a 1,2:1 en 2004; la mayoría de las nuevas infecciones ocurrió principalmente entre mujeres y en el grupo de edad de 15 a 49 años: 67% en 2000 y 70% en 2004. En el período 2000–2004 disminuyeron los casos de defunciones por sida por año en los establecimientos públicos; esta disminución se puede atribuir a la iniciación del tratamiento antirretroviral que se ofrece gratuitamente en diversos centros públicos. La vía sexual siguió siendo el principal modo de transmisión del VIH en este período. Las defunciones por el VIH/sida aumentaron de 519 en 1999 a 535 en 2000; de estas defunciones, 349 (65%) correspondieron a hombres, lo que redujo la diferencia con las mujeres registrada en años

anteriores. En 2000, el grupo de edad de 30 a 39 años representó 177 (33%) defunciones, mientras que el grupo de edad de 40 a 49 años representó 144 defunciones (27%) y el de 20 a 29 años representó 97 (18%). Las defunciones por el VIH (65%) se produjeron mayoritariamente en las zonas urbanas (26, 46).

En un esfuerzo por sensibilizar a la población sobre la importancia de conocer el estado individual del VIH, el sector de salud pública amplió el asesoramiento voluntario y los servicios para la realización de pruebas. Por consiguiente, las pruebas de detección del VIH en establecimientos públicos aumentaron en un 35% durante el período 2000–2004. A través del programa de prevención del contagio de la madre al hijo, una mayor disponibilidad y mejor acceso a las pruebas de detección del VIH para las mujeres embarazadas aumentaron de 46% a 97% en el período 2000–2003, y las pruebas propiamente dichas, después del asesoramiento, aumentaron de 16% a 96%. La tasa de resultado positivo en este grupo osciló entre 1% y 2%. Las madres VIH positivas pueden acceder al tratamiento antirretroviral gratuito. Los lactantes de madres VIH positivas son sometidos a la prueba al nacer; durante el período 2000–2003, todos los lactantes VIH positivos recibieron un tratamiento nutricional gratuito de reemplazo (leche de fórmula para bebé); asimismo, este grupo de madres recibió asesoramiento con respecto a la importancia de no eludir la lactancia materna (47).

Cuatro centros ofrecen tratamiento antirretroviral para adultos, incluso para mujeres embarazadas, mientras que dos instituciones (una pública y una privada) brindan tratamiento exclusivamente para niños. Durante el período 2000–2004, 40% de todas las personas VIH positivas estaba recibiendo tratamiento y atención y 23%, tratamiento antirretroviral; en 2004, 7% de los que recibían cobertura eran niños. El 95% de los que recibían tratamiento y atención residía en Trinidad; los datos no están desglosados por sexo y no incluyen a los individuos que reciben tratamiento en establecimientos de atención privada o en el extranjero. Una evaluación realizada en el año 2005 en uno de los centros de atención pública y tratamiento del país puso de manifiesto los diversos obstáculos para la ampliación de la cobertura. Entre ellos se incluía la cantidad limitada de camas, la escasez de personal capacitado y equipos multidisciplinarios para clínicas con pacientes hospitalizados y ambulatorios, y cuestiones de confidencialidad relacionadas con la prestación de los servicios (48–52).

La Clínica y Centro de Asesoramiento de Queens Park brinda atención a las personas que padecen infecciones de transmisión sexual (ITS) a través de una red nacional de siete establecimientos satélites. En el período 2000–2004, se registraron reducciones en el número de casos de sífilis (42%), gonorrea aguda (42%), verrugas genitales (41%), tricomoniasis (76%) y vaginosis bacteriana (53%), mientras que los casos de herpes genitales aumentaron un 25%. Para el mismo período, hubo una mayor incidencia entre las mujeres de sífilis, tricomoniasis y vaginosis bacteriana, mientras que la gonorrea aguda y las verrugas genitales afectaron

especialmente a los hombres. Los datos de infecciones de transmisión sexual (ITS) para Tabago para el período 2003–2004 muestran una reducción en el número de casos de gonorrea aguda (17%) y de sífilis (14%), junto con un aumento en el número de muestras de sangre VIH positivas (88%) (53, 54).

Entre los grupos de población vulnerables identificados para la promoción de comportamientos sexuales saludables, el Plan Estratégico Nacional para el VIH/sida del período 2004–2008 incluye a las mujeres jóvenes, los adolescentes, los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, los trabajadores sexuales, la población penitenciaria y los consumidores de sustancias. En el período 2000–2004, el grupo de edad de 25 a 34 años fue el más afectado por la epidemia y registró el mayor número de nuevas infecciones por VIH/sida por año, seguido del grupo de edad de 15 a 24 años. Un análisis realizado por el Comité Coordinador Nacional para el Sida indicó que los programas para el VIH/sida fueron financiados principalmente por el sector público (69%), seguido de fuentes extranjeras (20%) y el sector privado (11%) (54–56).

Zoonosis

Para el período 2000–2005, los casos de **leptospirosis** informados por año han variado de una cifra elevada como 161 en 2002 a 102 en 2005. En 2000, hubo 29 víctimas fatales, 83% de las cuales eran personas de más de 40 años: 76% eran hombres y 24%, mujeres. No se informaron defunciones en el grupo de edad de menores de 15 años. De igual modo, durante 2001 se registraron 16 defunciones (9 hombres y 7 mujeres); 69% de estas ocurrieron en el grupo de población de más de 40 años. Desde la década de 1960, la leptospirosis ha pasado por la transición de ser una enfermedad concentrada en las zonas agrícolas a una enfermedad que ahora es habitual en zonas urbanas. No se notificaron casos de rabia para el período 2001–2005. En 2004, se encontró que varios caballos y pájaros eran seropositivos para el **virus del Nilo Occidental**. Desde entonces, todas las muestras de sangre de dengue y fiebres no especificadas se someten a pruebas para la detección del virus del Nilo Occidental, sin haberse notificado ningún caso en seres humanos hasta fines de 2005 (28).

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Los trastornos endócrinos, nutricionales y metabólicos ocupan posiciones que varían entre los primeros a los duodécimos diagnósticos más frecuentes de alta hospitalaria del 80% de los hospitales de la nación, siendo la **diabetes** la principal causa durante el período 2000–2003. Los datos disponibles sobre la mortalidad para 2000 muestran las tasas para enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en 112 por 100.000 habitantes con tasas más altas entre mujeres (118) que hombres

(108). En 2000, la diabetes representó 14% de todas las defunciones (26, 57).

Enfermedades cardiovasculares

Las tasas de mortalidad en el año 2000 para las enfermedades del sistema circulatorio fueron 279 por 100.000 habitantes, con tasas más altas entre los hombres (293) que entre las mujeres (264). Las **enfermedades cerebrovasculares**, la **hipertensión** y otras **cardiopatías** siguen a las **cardiopatías isquémicas**, y los hombres registran mayores tasas que las mujeres en todas las causas. A pesar de ello, el perfil del estudio de 2004 del CAREC sobre el factor de riesgo conductual reveló que ambos sexos compartían diversos factores de riesgo, como el tabaquismo, los estilos de vida sedentarios y una dieta inadecuada (18, 26, 57).

En 2000, la hipertensión representó 4% de todas las defunciones. Ese mismo año, las cardiopatías isquémicas fueron el principal diagnóstico de alta hospitalaria en 80% de los hospitales en la nación; esta causa también representó la proporción más alta del total de defunciones (17%).

Neoplasias malignas

La tasa de mortalidad por **neoplasias malignas** fue de 99 por 100.000 habitantes en 2000; los hombres registran tasas de 104 por 100.000 habitantes y las mujeres de 94 por 100.000 habitantes. Según el Registro Nacional del Cáncer del período 2000–2004, los principales sitios afectados por neoplasias malignas a nivel nacional fueron la próstata, seguida de las mamas, el colon y el recto, el cuello del útero, y los bronquios y los pulmones, mientras que para las mujeres fueron las mamas, seguidas del cuello del útero, el colon y el recto, el cuerpo del útero y los ovarios. En el período 2000–2003, los principales casos de cáncer responsables de la mortalidad fueron los de próstata (28%), seguidos los de mama (14%), colon y recto (13%), bronquios y pulmones (11%) y leucemia (7%). Se observa la misma distribución de los sitios afectados por el cáncer para las mujeres que para los hombres, a excepción de las mamas, siendo el estómago el quinto sitio principal; el 90% de las neoplasias de próstata se produjo en el grupo de edad de 65 a 85 años o más. Entre las mujeres en el grupo de edad de 25 a 85 años o más, más de la mitad de todas las defunciones se debió a neoplasias de las mamas (23%), cuello del útero (11%), colon y recto (11%) y el cuerpo del útero y los ovarios (8%) (26, 57, 58).

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Para el período 2000–2005, la Oficina de Preparación y Manejo ante Desastres informa que las inundaciones localizadas y en toda la isla fueron el mayor problema de urgencias, lo que ocasionó interrupciones en el transporte, pérdidas agrícolas y daños

a la propiedad. En setiembre de 2004, los desprendimientos de tierras relacionados con el huracán Iván cobraron las vidas de tres personas en Tabago (12, 16).

Salud mental

No hay un programa nacional de salud mental comunitaria, pero las Autoridades Regionales de Salud ofrecen servicios comunitarios a través de dispensarios para pacientes ambulatorios y centros de atención de la salud primaria donde se incluyen servicios para el tratamiento del abuso de sustancias. Los datos sobre la salud mental en el país son limitados, pero las estimaciones generales indican que la depresión, la esquizofrenia, los suicidios y el abuso de sustancias son las cuestiones más prevalentes.

Adicciones

El Gobierno de Trinidad y Tabago firmó y ratificó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en 2003 y 2004, respectivamente. Dentro de este contexto, el Ministerio de Salud informa a todos los posibles aspirantes a un empleo sobre su política de prohibición del tabaco, ha convertido a todas las organizaciones de salud con financiamiento público en establecimientos libre de tabaco, desalienta el auspicio de la industria tabacalera de eventos relacionados con la salud y regula los anuncios publicitarios de cigarrillos, incluida la colocación de advertencias sobre la salud en los productos de la industria tabacalera. Dada su ubicación geográfica y topografía accesible, sus vínculos con los mercados mundiales debidos a las industrias turística y marítima y la creciente producción local de cannabis, Trinidad y Tabago está ampliamente considerada como un punto de trasbordo para el comercio internacional de drogas. Los grupos más vulnerables para el consumo de drogas y la participación en el tráfico de narcóticos son los jóvenes que no asisten a la escuela y están desempleados, los que viven por debajo de la línea de pobreza, los trabajadores sexuales y las personas que viven en ambientes familiares inestables. Se notificó una mayor prevalencia del consumo de drogas entre los hombres (92%) que entre las mujeres (32, 59–62).

Contaminación ambiental

Un estudio de 5 años de duración sobre envenenamientos (2001–2005) realizado por la Unidad de Salud Ocupacional del Ministerio de Salud, en función de los datos de admisiones de cinco hospitales principales, muestra un total de 2.222 casos relacionados con venenos. De ellos, 78% fueron intentos de suicidio y 21% envenenamientos accidentales y solo 1% se documentó como eventos relacionados con el lugar de trabajo. El 4% de todos los incidentes notificados resultó en defunciones. Las mujeres representaron la mayoría (54%) de los casos de envenenamiento. Los agentes principales fueron los productos agroquímicos (35%), farmacéuticos (34%), para el hogar (21%) e industriales (4%). No se dispone de información oficial específica sobre el estado de los contaminantes ambientales, pero con el

cierre de varias fundiciones, la eliminación del plomo en la gasolina en 2004 y el reciclado local de las pilas con plomo, se espera una disminución gradual de los niveles de exposición al plomo (63).

Salud oral

Una encuesta nacional sobre la salud oral realizada en el año 2004 con niños en edad escolar en los grupos de edad de 6 a 8 años, 12 años y 15 años en 18 escuelas primarias y 19 secundarias reveló una considerable mejora en la salud oral de los niños de 12 años en comparación con la encuesta anterior realizada en 1989. Con el índice actual de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) de 0,6, el país superó el objetivo de la OMS de 3,0 para el año 2000. La salud oral de los adolescentes de 15 años fue buena, con un puntaje de CPOD de 1,0. Sin embargo, fue insuficiente para el grupo de edad de 6 a 8 años en comparación con los estudiantes secundarios (CPOD = 2,54). Se detectó la presencia de caries en 62% de los niños del grupo de edad de 6 a 8 años, 38% de los niños de 12 años y 43% de los adolescentes de 15 años. Las investigaciones en curso en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Indias Occidentales (UWI) sugieren que es posible que exista una escasa concienciación entre los padres acerca de la importancia de los dientes primarios y la adecuada atención dental preventiva para los niños más pequeños. Los estudiantes de la escuela primaria presentaron una mayor necesidad de tratamiento que los estudiantes secundarios, lo que refleja menos experiencias de caries entre los grupos de mayor edad. En general, 72% de los estudiantes de 6 a 8 años presentaba cierta necesidad de tratamiento, en comparación con 59% de los niños de 12 años y 65% de los adolescentes de 15 años. Casi la mitad de todas las muestras requería una obturación, 38% requería selladores de fisuras y 12% extracciones (64).

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El Plan Nacional de Servicios de Salud de 1994 todavía sigue vigente. En el contexto del Plan Estratégico Nacional Visión 2020 desarrollado para el sector de salud y analizado anteriormente, los principios esenciales de asequibilidad, equidad y accesibilidad guiarán las actuales actividades de reforma del sector de salud y ayudarán a definir la futura función de los servicios de atención de la salud. El Programa de Reforma del Sector de Salud se ha propuesto cambios fundamentales a través del fortalecimiento del liderazgo del Ministerio de Salud, el desarrollo de los sistemas de salud y la implementación de la Ley de Autoridades Regionales de Salud de 1994. En la actualidad hay cinco Autoridades Regionales de Salud. Para mejorar el desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, el Ministerio de Salud está trabajando para fortalecer su rol de liderazgo y transformarse en una organización eficaz en el diseño de políticas, la planificación y la regulación.

Visión 2020 busca mejorar el estado de salud de la población mediante la unificación y mejora del rendimiento y la calidad del sistema y los servicios de atención de salud; el fortalecimiento de los sistemas de investigación sobre la salud para la toma de decisiones basada en la evidencia, la elaboración de políticas, nuevos aprendizajes y desarrollos y la creación de un ambiente de atención de la salud centrado en el paciente. El logro de estos objetivos dependerá de la capacidad de las autoridades nacionales de optimizar y sostener la colaboración intersectorial, que a su vez armonizará el Programa de Reforma del Sector de Salud (65).

En este sentido, un elemento crucial será el desarrollo de una red integral de establecimientos de atención de la salud, ya sean nuevos o actualizados, que se concentre en la promoción de la accesibilidad, la participación de la comunidad, la autonomía, la sustentabilidad y la relevancia de los servicios. El Programa de Reforma del Sector de Salud previó que ocurriría un cambio en la confianza en los servicios de segundo nivel hacia los servicios de primer nivel y comunitarios, cirugía de pacientes ambulatorios y programas de atención e iniciativas de atención domiciliaria, con un énfasis particular en el manejo del primer nivel de las enfermedades crónicas. Sin embargo, hay una diferencia entre la construcción y restauración de la infraestructura de atención de salud primaria y el desarrollo de sistemas de salud y recursos humanos especializados para alcanzar mejores resultados de atención. Los protocolos de referencia requieren de un fortalecimiento entre la red de proveedores y los otros sectores, como los servicios educativos y sociales.

El marco existente de Trinidad y Tabago desalienta todas las formas de discriminación contra las mujeres, y hay muchas disposiciones vigentes basadas en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres. Entre ellas se incluyen políticas de género y violencia doméstica que se están implementando en la actualidad, la Ley de Personas Unidas en Matrimonio, la Ley sobre la Condición de los Niños y la Ley de la Familia, entre otras. Las mujeres disfrutaban de los mismos derechos que los hombres para ingresar en la fuerza laboral, desempeñarse en funciones públicas en todos los niveles del gobierno, ocupar un cargo político e iniciar acciones legales cuando consideran que se han violado sus derechos. También rige la legislación laboral para proteger los derechos de la mujer.

El Plan de acción nacional para niños de 2004 aborda la salud materno-infantil, la planificación familiar, la educación básica y la alfabetización, los niños en circunstancias especiales, y los objetivos educativos de apoyo basados en la Declaración de 1990 de las Naciones Unidas sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo de la Infancia. Se han ratificado todas las convenciones y acuerdos internacionales y regionales relacionados con la salud infantil. Para mejorar la calidad y el tiempo de respuesta de la información, el gobierno está tomando medidas para mejorar la supervisión y la respuesta a las necesidades prioritarias de los niños. Al mismo tiempo, el Ministerio de Salud está terminando de elaborar la política nacional de salud escolar y modernizando

La salud es un componente crítico para alcanzar el estatus de país desarrollado

El plan estratégico nacional Visión 2020 contiene avances importantes para el país y sus ciudadanos. Como paso previo al lanzamiento del plan, Trinidad y Tabago aprobó leyes de comercio equitativo y leyes *anti-dumping*, puso el acento en el mayor acceso a la tecnología y a los servicios, redujo la razón deuda/servicios e impulsó programas de ayuda social en beneficio de los ancianos y los pobres. Algunos de los objetivos del plan Visión 2020 se relacionan con la salud e incluyen la mejora del desempeño y la calidad de los sistemas y servicios de salud y la creación de entornos de atención médica centrados en sus beneficiarios.

el programa de salud escolar de modo que el personal clínico y educativo esté mejor preparado para abordar las necesidades auditivas, visuales, dentales, inmunitarias y psicológicas de todos los estudiantes que ingresan o dejan el sistema educativo. Una red de servicios de apoyo a los estudiantes, iniciada por el Ministerio de Educación en 2004, busca responder a los problemas identificados por funcionarios de orientación, dado el gran número de acontecimientos relacionados con problemas de actitud, conflictos entre pares, dificultades de aprendizaje, maltrato físico y abuso sexual, embarazos y abuso de sustancias.

La Ley de Salud Mental de 1975 está actualmente bajo revisión y el Plan de Salud Mental de 2000 desarrollado por el Ministro de Salud fue implementado en el Hospital Psiquiátrico Nacional y en varios centros de atención de salud primaria en las tres Autoridades Regionales de Salud durante el período 2001–2005.

Un estudio de investigación realizado en 2002 por el Consejo Nacional de Drogas sobre el impacto del tráfico de drogas en la sociedad de Trinidad y Tabago resaltó el potencial de este problema de socavar la estabilidad política del país y dañar su imagen internacional. La evaluación aborda la desviación de los recursos naturales para mitigar el impacto negativo del comercio de la droga, las prácticas vigentes de soborno y lavado de dinero y el surgimiento de una economía paralela fuera del control de los responsables de la elaboración de políticas. El comercio de la droga también contribuye a un aumento en los delitos de gravedad en toda la nación y exacerba las tensiones raciales y las cuestiones relacionadas con la pobreza, por lo que introduce una dimensión negativa dentro de la estructura sociocultural de Trinidad y Tabago. Se están implementando controles estrictos y medidas de intervención para obstaculizar y desalentar la producción local de marihuana y todas las demás prácticas ilícitas asociadas con el comercio de la droga.

Organización del sistema de salud

El sector de salud está compuesto por entidades públicas y privadas. Su base es el sistema de salud pública, que incluye una red de tres hospitales de nivel terciario, tres hospitales de distrito, tres hospitales especializados para estancias prolongadas y un

conjunto de establecimientos de atención primaria de salud (tres establecimientos de salud de distrito, 67 centros de salud y 36 centros periféricos) con el establecimiento de salud del distrito que funciona como el centro de la red. Los residentes de otras islas de la CARICOM van a Trinidad y Tabago en busca de atención médica especializada, especialmente en las áreas de oncología y cirugía cardíaca. En la actualidad, algunas instituciones de salud financiadas públicamente subcontratan algunos de sus servicios de salud y auxiliares a proveedores privados como una medida a corto plazo para reducir las demoras en las listas de espera para recibir atención en establecimientos públicos. El sector privado incluye a los profesionales privados, los hospitales, los dispensarios, las farmacias, los laboratorios biomédicos y los servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas; se mantiene no reglamentado en su mayor parte. Varias compañías privadas brindan servicios de salud, y la forma más habitual es la cobertura grupal de seguro médico ofrecida por los empleadores a sus empleados. Hacia fines de 2004, se creó un Comité Nacional de Dirección del Seguro de Salud, y se preparó y presentó un modelo para la aprobación del Gabinete en 2005.

La Ley de Autoridades Regionales de Salud de 1994 define el rol del Ministerio de Salud como el de “comprador” de los servicios de atención de salud y el de las Autoridades Regionales de Salud como los proveedores. La Ley de Hospitales Privados, enmendada en 1989, regula la concesión de licencias y la supervisión de los hospitales privados. La reglamentación de los proveedores de atención de salud, tanto en los sectores público como privado, está regida por varias leyes de profesionales de la salud, incluidas aquellas para la Junta de Farmacia, la Junta de Medicina, el registro de enfermeras y parteras y la profesión odontológica. Las prácticas dobles de trabajo, que permiten que varios médicos de jerarquía del servicio público trabajen tanto en la esfera pública como en la privada, han limitado sus horas de trabajo en el sector público en perjuicio de los segmentos poblacionales que no pueden pagar los servicios del sector privado. El Ministerio de Salud se ha embarcado en un programa integral de mejora de la calidad como una estrategia clave para su agenda de reforma del sector de salud para mejorar el desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública del país.

Se adoptaron los conceptos de gestión de calidad absoluta y mejora continua de la calidad como herramientas de gestión estratégicas para promover el trabajo en equipo eficiente, la reestructuración de los sistemas y procesos y la mejora de los resultados y la eficiencia. La acreditación de las instituciones de salud es un elemento clave en la estrategia de mejora de la calidad del Ministerio de Salud. En julio del 2002, el Ministerio de Salud emitió formalmente un manual de normas de acreditación para el sector de salud destinado a los directores de las instituciones de salud. Para implementar un sistema de seguro de salud nacional exitoso como el proyectado para 2007, se deberán planear cuidadosamente todos los elementos en las fases de diseño e implementación, incluida la acreditación de las instituciones de salud. Las encuestas internas se utilizan para rediseñar los sistemas y procesos a fin de evaluar y mejorar la calidad de los servicios, con la intención de lograr un estado de buena disponibilidad para auditorías de los establecimientos de salud en 2007. La prevención y el control de las infecciones para todos los establecimientos de atención de salud es un punto central de las normas de acreditación, y en 2006 el Ministerio de Salud redactó el Manual de Prevención de Infecciones y Normas y Políticas de Control.

Servicios de salud pública

Los servicios y programas de salud para la población bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud incluyen el Laboratorio de Salud Pública, el Programa de Control de la Enfermedad de Hansen, el Programa Nacional de Tuberculosis, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), el Programa de Supervisión Nacional, el Programa Nacional de Población, el Programa de Salud Pública Veterinaria, el Programa Nacional contra el Sida, el Programa Oncológico Nacional y el Programa de Salud Escolar, entre otros.

La epidemiología es un área débil en el sistema de salud pública. La Unidad Nacional de Vigilancia, un servicio centralizado del Ministerio de Salud, recopila los datos de los servicios y hospitales de atención de salud primaria del país, pero mantiene un sistema de vigilancia pasivo. La Unidad Nacional de Vigilancia depende del Laboratorio de Salud Pública de Trinidad y de otros establecimientos de laboratorios institucionales para la confirmación de los eventos de brotes, pero las Autoridades Regionales de Salud y su red de servicios de salud son directamente responsables de la implementación de las medidas de control inmediato de brotes según sea necesario, con el apoyo del Ministerio de Salud. Un número limitado de personal de enfermería especializado en vigilancia y de epidemiólogos, los últimos con especialización médica o no médica, desempeñan estas funciones y elaboran informes mensuales sobre la frecuencia de los casos de enfermedades transmisibles específicas cuya notificación es obligatoria y cuya vigilancia y control del brote se consideran necesarios a nivel de las Autoridades Regionales de Salud. En este

momento, el sistema es engorroso y se ve amenazado por informes parciales y fuera de término, lo que genera una capacidad de respuesta pasiva y con información insuficiente. El Programa de Reforma del Sector de Salud prevé descentralizar el sistema y organizar unidades de vigilancia a nivel de las Autoridades Regionales de Salud para mejorar la calidad, los datos de las auditorías, la evaluación de las necesidades, la supervisión y la evaluación, así como también aumentar la capacidad de respuesta para la vigilancia, mejorar el análisis y garantizar la aplicación adecuada de información estratégica para la planificación y el desarrollo de políticas en el sector.

El Plan Estratégico Nacional Visión 2020 articula la política ambiental como “el uso sustentable y la conservación del ambiente para la promoción del desarrollo social y económico a fin de mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos” (65). La demanda en los recursos naturales del país está aumentando a una tasa exponencial, con más exportaciones de gas y petróleo. Los mayores ingresos están incentivando la construcción de nuevos edificios públicos, complejos industriales y viviendas. Existe un debate permanente entre los ecologistas y el Gobierno de Trinidad y Tabago sobre varias cuestiones relacionadas con la conservación, la contaminación y el uso de las tierras. Los servicios de salud ambiental dentro del Ministerio de Salud tradicionalmente se concentran en las inspecciones, los registros y las licencias para garantizar la seguridad de los alimentos, la sanidad pública y el control de vectores; las municipalidades que comparten las responsabilidades con el Ministerio de Salud en las principales ciudades y condados. La Junta de Pesticidas y Productos Químicos Tóxicos y el laboratorio se encuentran dentro del ámbito del Ministerio de Salud. La creación de la Autoridad de Gestión Ambiental en 2000, la aprobación de la legislación que protege el medio ambiente y la implementación de evaluaciones del impacto ambiental han facilitado la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones en cuanto a los nuevos desarrollos que no solo repercuten en el medio ambiente natural sino también en la salud humana. Existen reglas promulgadas sobre la contaminación por ruido que están vigentes y son aplicadas conforme a la legislación de la EMA, mientras que las reglas sobre la contaminación del agua se encuentran en su fase introductoria. El Gobierno de Trinidad y Tabago ratificó la Convención de Basel sobre el Control de Traslados Transfronterizos de Desechos Peligrosos y su Eliminación y la Convención de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, y actualmente se encuentra en el proceso de ratificación de la Convención de Rotterdam sobre el Procedimiento de Consentimiento Informado Previo para Ciertos Productos Químicos Peligrosos y Pesticidas en el Comercio Internacional. La Ordenanza de Salud Pública y la Ley de Corporaciones Municipales del país están bajo revisión y serán actualizadas conforme a las prácticas modernas de salud ambiental. El Gobierno de Trinidad y Tabago se ha comprometido a invertir TT\$ 1.200 millones durante el período 2006–2009 con el propósito de actualizar la calidad de los servicios de agua.

Ante la ausencia de una política nacional sobre la gestión de desechos, el Ministerio de Servicios Públicos y Medio Ambiente tiene la responsabilidad general de la gestión de los desechos sólidos y peligrosos. Los contratistas independientes empleados por los gobiernos locales recolectan los desechos sólidos municipales, pero el tratamiento y la eliminación de los desechos peligrosos e industriales no tienen una adecuada supervisión. Los principales lugares de relleno están administrados por el gobierno, y todos requerirían de una importante modernización para poder ser clasificados como rellenos sanitarios. En 2005 el Ministerio de Salud adoptó un Código de Práctica para la Gestión de Desechos Biomédicos y se está implementando en las instituciones de salud pública. Sin embargo, el Código aún carece de la legislación de apoyo necesaria para garantizar su implementación completa.

La economía del país basada en la energía se benefició de un aumento en las inversiones industriales y las actividades de la construcción que comenzaron en el año 2003. Entre 2001 y 2005, las cifras de desempleo disminuyeron mientras que las lesiones y defunciones ocupacionales aumentaron. Existe cierta limitación en el equipo para laboratorio y la realización de pruebas para controlar las condiciones de salud ocupacional. La Ley de Seguridad y Salud Ocupacional (2004) se proclamó en marzo de 2006 y exigió la creación de una Autoridad de Seguridad y Salud Ocupacional y un organismo responsable del desarrollo de políticas y la implementación de la legislación, que sería respaldada por los Ministerios de Trabajo y Salud.

Trinidad, y en menor medida Tabago, no sufrieron los estragos que ocasionaron los huracanes durante las temporadas activas del período 2004–2005. En 2005, al reconocer la necesidad de fortalecer la preparación del país y la capacidad de respuesta de emergencia ante desastres naturales, el gobierno reemplazó la Agencia de Gestión Nacional de Emergencias por la Oficina de Preparación y Manejo ante Desastres. Se espera que esta oficina prepare e implemente nuevas leyes de emergencia nacional.

Durante 2000–2005, el Ministerio de Salud fortaleció su capacidad de respuesta a brotes de enfermedad con la incorporación de los planes de preparación para el virus del Nilo Occidental, el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y la influenza aviar A (H5N1). El Ministerio de Salud respeta el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y está tomando las medidas necesarias para enfrentar adecuadamente los desafíos que plantea el comercio y el desarrollo mundial (especialmente el riesgo incrementado de transmisión de enfermedades) mediante el fortalecimiento de la respuesta institucional y las competencias de los recursos humanos.

Servicios de atención a las personas

Las Autoridades Regionales de Salud llevan a cabo acciones para que los hombres aumenten el acceso y la utilización de los servicios de salud en respuesta a la creciente prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, así como también para

concienciar a este grupo sobre los factores de riesgo habituales para estas enfermedades e ITS/VIH/sida. En 2004, el Ministerio de Salud aprobó una nueva política de salud sexual y reproductiva que fomentará un enfoque más integral, y basado en el género, para cubrir las necesidades de las familias y personas de todas las edades.

El Ministerio de Desarrollo Social, Juventud y Deportes es responsable de la implementación de la política general relacionada con la educación de salud de los jóvenes y ha nombrado a un consejo nacional de jóvenes para conducir este proceso. El Ministerio de Salud proporciona servicios de apoyo y asesoramiento en las escuelas de toda la nación, con la prestación de atención individual en función de las necesidades; las ONG como la Asociación de Planificación Familiar de Trinidad y Tabago brindan servicios de asesoramiento a pares, y existe una red de programas juveniles disponible a través del Ministerio de Desarrollo Social, Juventud y Deportes a nivel comunitario. Para abordar la creciente preocupación por el estigma y la discriminación a causa del VIH/sida, el Ministerio de Educación está implementando un plan de estudios sobre la educación de la salud y la vida familiar para las escuelas primarias. Actualmente se están desarrollando programas sobre educación sexual y abstinencia, valores y ética, si bien solamente el 7% de las escuelas en la nación dispone de maestros especializados en la educación sobre el VIH; el Ministerio de Salud, junto con la Universidad de las Indias Occidentales (UWI), están capacitando e integrando al personal de enfermería de salud escolar dentro del sistema para desarrollar un programa nacional.

Una evaluación rápida realizada en 2004 sobre el sistema de abastecimiento nacional de medicamentos destacó la necesidad de asegurar un flujo constante de medicamentos antirretrovirales a través de mecanismos de distribución que no generen demoras y permitan la entrega de medicamentos directamente de los proveedores a las farmacias, especialmente en Tabago. Al mismo tiempo, es necesario capacitar a los farmacéuticos para posibilitar su mayor participación en la respuesta al VIH/sida, especialmente en lo que concierne a alentar el cumplimiento del tratamiento y la prestación de un asesoramiento de primera línea a los clientes. Una evaluación de los servicios de atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) identificó cuestiones que afectan la calidad de los servicios, incluida la falta de protocolos de tratamiento estandarizados; las normas de control de la salud, la seguridad y la calidad; y otros mecanismos que garanticen la calidad. También es necesario incluir laboratorios en los servicios en dispensarios para realizar las pruebas de detección de herpes, clamidia y VIH, brindar capacitación continua al personal y hacer la transición de ser un programa para las ITS estrictamente vertical a convertirse en un servicio de salud reproductiva y sexual más integrado y holístico, que facilite servicios tales como el tamizaje del cáncer de cuello del útero y que intensifique el rastreo de contactos y el seguimiento de los pacientes (48).

Actualmente, el Ministerio de Salud está implementando un tratamiento directamente observable, un programa de un curso en dos sitios piloto, con planes para modernizar el programa a nivel nacional y así mejorar la respuesta institucional.

El Ministerio de Salud brinda atención institucional gratuita para todas las personas afectadas por la enfermedad de Hansen.

El Servicio Nacional de Transfusiones de Sangre, con sitios satélites en los hospitales más importantes, se encarga de los exámenes de tamizaje de todas las muestras y productos de sangre y de la fijación de las normas para su recolección y distribución. Todas las donaciones de sangre se obtienen mediante un régimen voluntario. Todas las donaciones se someten a la prueba de detección del VIH.

Las unidades de terapia intensiva, incluida la neonatal, están disponibles en el sector público solo en los tres hospitales principales. Los servicios individuales incluyen urgencias, atención ambulatoria, atención institucional de la salud mental, cirugía, oncología, tuberculosis y abuso de sustancias, junto con los servicios preventivos de atención de salud primaria y los servicios periféricos. Cirujanos y enfermeros dentales brindan servicios dentales generales en todo el país, de manera gratuita, en establecimientos de atención de salud primaria. En 2000, se creó el sistema de transporte del Servicio de Salud de Urgencia, que se ofrece gratuitamente en el lugar del servicio a las personas que necesitan el traslado de urgencia a un hospital público bajo la supervisión de personal capacitado. También existe un sistema de transporte de urgencia privado para trasladar a personas a hospitales privados, pero las personas que utilizan estos servicios deben pagar todos los gastos de su propio bolsillo. Hay planes en marcha para agrupar dentro de una misma organización al Laboratorio de Salud Pública, a los Laboratorios de Química, Alimentos y Medicamentos, Control de Vectores y de Nutrición y Metabolismo, y a la Clínica y Centro de Asesoramiento de Queens Park, ya que la infraestructura física de estos laboratorios se ha deteriorado con el correr del tiempo y su capacidad de proporcionar servicios adecuados se ve comprometida, a pesar de los altos costos que demanda su mantenimiento. En este momento, estos establecimientos funcionan de manera independiente, aunque comparten algunos asesores. En 2005, el Ministerio de Salud estableció un Comité Nacional de Asesoramiento de Laboratorios para supervisar las operaciones de la red de laboratorios médicos del país.

Los establecimientos de atención primaria y secundaria de salud ofrecen intervenciones de promoción de la salud, atención preventiva y tratamiento para enfermedades metabólicas, con especial énfasis en la diabetes, la hipertensión y el cáncer. Las pruebas de detección de enfermedades no transmisibles crónicas son gratuitas. El Ministerio de Salud está actualmente reformulando su política nacional para las enfermedades no transmisibles y está elaborando un programa basado en un enfoque integrado, a fin de abordar los factores de riesgo comunes para las causas principales de morbilidad y mortalidad del país. Los establecimientos de atención de salud primaria están ahora acondiciona-

dos con equipo para realizar ejercicios a fin de alentar una mayor actividad física, y las RHA están dedicadas activamente a la implementación de pruebas de detección preventivas en ferias comunitarias. La Asociación de Diabetes de Trinidad y Tabago también ha apoyado la promoción de la salud e intervenciones educativas mediante la prestación de servicios voluntarios en establecimientos de atención primaria de salud.

Las necesidades de personas con discapacidades se atienden a través del Programa de Subsidio de Asistencia para Discapacitados, que funciona dentro del ámbito del Ministerio de Desarrollo Social, Juventud y Deportes. Se proporciona asistencia financiera a las personas con discapacidades permanentes, diagnosticadas y certificadas médicamente, que no pueden ganarse el sustento de manera independiente. En diciembre de 2003 se estableció el Fondo de Asistencia para Discapacitados para cubrir las necesidades de personas con discapacidades o de organizaciones de personas con discapacidades, que no reúnen los requisitos para la atención en los planes existentes ofrecidos por el Ministerio. Los principales objetivos de este programa son apoyar y facultar a los grupos de la sociedad civil que se centran en las necesidades de personas con discapacidades, y crear el entorno institucional y organizativo necesario para una fácil integración a la sociedad de las personas con discapacidades. Los participantes de los programas reciben asistencia para comprar accesorios, dispositivos y equipo terapéuticos.

Hay 9,47 camas de hospital por 10.000 habitantes, con solo una razón de 0,55 camas en los hospitales generales; los recursos humanos para estos servicios son escasos, con un psiquiatra, 0,3 psicólogo, 11,4 enfermeros psiquiátricos y 1,64 trabajadores sociales por 100.000 habitantes. Hay solamente una unidad clínica de orientación infantil en todo el país. El sistema de salud ofrece servicios terapéuticos en psicofarmacología, psicoterapia grupal e individual, terapia ocupacional, rehabilitación psicosocial y terapia de la conducta. Los servicios actuales incluyen la capacitación de personal de enfermería y asistentes de la salud mental y el desarrollo de investigaciones, aunque el sistema de información es inadecuado y la vigilancia en la salud mental es limitada. Existen varias ONG que atienden las consecuencias de la enfermedad de Alzheimer y el autismo infantil; hay un centro para niños con retardo mental y una asociación nacional de salud mental.

Se promulgó la Ley de Transplante de Tejido Humano en 2000 y los reglamentos complementarios se aprobaron en 2004. Se está estableciendo una Unidad Nacional para el abastecimiento, almacenamiento, y distribución de tejidos para transplantes de cornea y riñones; estos tejidos se brindarán gratuitamente en el punto del servicio junto con los medicamentos inmunosupresores para el receptor del transplante; durante la fase actual, los transplantes de riñones provendrán solamente de donantes vivos. Entre 1993 y 2003, 17 pacientes se sometieron a un transplante de riñón, y creció el número de receptores de riñones que viajaron al extranjero para ser sometidos a operaciones de transplante. Todos los esta-

blecimientos de salud proporcionan servicios de detección del cáncer en los órganos reproductivos, pero quedan cuestiones aún no resueltas relacionadas con la eficacia de la respuesta y la calidad de la atención. Las ONG como la Asociación de Planificación Familiar de Trinidad y Tabago y la Sociedad del Cáncer de Trinidad y Tabago también brindan servicios. El Gobierno está actualmente planificando la construcción de un Centro Oncológico Nacional y el establecimiento de un programa nacional para el cáncer, con fondos y apoyo técnico del Gobierno de Canadá.

Promoción de la salud

El Ministerio de Salud, dentro del marco de la Carta del Caribe de 1993 para la Promoción de la Salud y el Programa de Reforma del Sector de Salud, adoptó la promoción de la salud como la principal estrategia para mejorar la calidad de vida y el bienestar en la población. La estrategia aborda los factores de riesgo individual, social y ambiental con el propósito de modificar las conductas individuales y colectivas que, a su vez, afectarán positivamente a los determinantes de la salud. El proceso alienta un enfoque participativo de parte de todas las personas interesadas y el desarrollo de políticas y planes estratégicos en las áreas de salud sexual y reproductiva, salud escolar, prevención y control de enfermedades no transmisibles y VIH/sida/ITS, entre otras. Los esfuerzos y programas para mejorar las competencias humanas y el fortalecimiento institucional se están descentralizando a nivel de las Autoridades Regionales de Salud, con la intención de estimular la creación de entornos saludables respaldados por los principios básicos de la atención primaria de salud de accesibilidad, calidad y equidad. El Directorio de Promoción de la Salud y la Salud Pública dirige estas actividades en toda la nación. Además, en el año 2001 el Gabinete nombró un Consejo Nacional multisectorial de Promoción de la Salud; sin embargo, la implementación de mecanismos efectivos y sostenibles para la colaboración intersectorial entre los sectores público y privado sigue siendo un desafío. En 2000, el Ministerio de Salud institucionalizó la observancia anual del Mes de la Promoción de la Salud en abril para incentivar la participación de organizaciones comunitarias y las ONG, y abogar activamente por la responsabilidad personal de la población en el tema de la salud, incluida la adopción de prácticas de estilo de vida saludable y una reducción de los factores de riesgo conductuales que repercuten negativamente en los determinantes de la salud. Se está reorientando lentamente la red de atención primaria de salud, en parte a través de mejoras en la infraestructura física que fomentan más el desarrollo de actividades de promoción y la disponibilidad de equipos para ejercicio físico destinados a los pacientes y el personal. Periódicamente se organizan ferias comunitarias de salud con organizaciones comunitarias, ONG y empresas, actividades que se centran en la educación para la salud, el asesoramiento voluntario y las pruebas de detección del VIH/sida, el control de los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles, el aseso-

ramiento sobre estilos de vida saludable y caminatas para la salud. Las actividades de promoción de la salud se refuerzan en todos los niveles mediante campañas públicas de sensibilización, continuas y agresivas, que desarrolla el Ministerio de Salud. Se está implementando una iniciativa de movimiento comunitario saludable en los tres sitios piloto de las Autoridades Regionales de Salud, con una activa participación comunitaria en la identificación de las prioridades y en alianza con las ONG y agencias de cooperación internacional. Los componentes del movimiento comunitario saludable incluyen la movilización de los recursos locales, la mejora del acceso y la calidad de los servicios sociales, el desarrollo de capacidades entre los grupos vulnerables y el fortalecimiento de las competencias locales para ampliar la planificación, la implementación, el control y la evaluación de la intervención. La iniciativa del movimiento comunitario saludable comprende el desarrollo de escuelas para la promoción de la salud, y la primer fase consiste en la modernización de los programas de pruebas de detección de la salud escolar y la coordinación con programas similares que ya se están implementando en el Ministerio de Educación, así como también a través de la colaboración con las ONG, entidades corporativas, organizaciones civiles y agencias de cooperación (66).

Recursos humanos

Si bien ni el sector de salud privada ni el de salud pública realizan una planificación sistemática de la fuerza laboral, esta actividad se lleva a cabo, en cierta medida, a nivel de las unidades o departamentos. Tal planificación generalmente se realiza en respuesta a la necesidad de cumplir con los requisitos de un componente recientemente creado dentro de un programa existente y no necesariamente forma parte de una estrategia a largo plazo para la identificación y respuesta a las necesidades futuras relacionadas con la salud. Sin embargo, el Programa de Reforma del Sector de Salud ha intentado corregir esta situación por medio del desarrollo de un plan detallado para mover los recursos humanos de los hospitales e instituciones de salud a los servicios comunitarios (establecimientos de salud y centros de salud distritales). El cambio apoya la política del Ministerio de Salud de realizar un mejor seguimiento de la atención primaria de salud y de alentar a toda la población a asumir una mayor responsabilidad sobre su salud individual mediante la adopción de prácticas de estilos de vida saludable. Es necesario fortalecer el diálogo en la planificación estratégica de los recursos humanos entre el Ministerio de Salud y otras entidades comprometidas con la salud, como la UWI; el Instituto Nacional de Educación Superior, Investigación y Tecnología; y otros organismos profesionales. El sector de la salud pública ha experimentado una escasez crónica de personal, especialmente de personal de enfermería, desde 1996 hasta la fecha, lo que genera la necesidad de contratar profesionales del extranjero. Durante el período 2001–2005, se contrataron enfermeros y farmacéuticos de las Filipinas y personal de salud de Cuba.

Suministros de salud

Se dispone solo de una limitada capacidad de producción de medicamentos. La Política Nacional de Medicamentos, que cubre tanto al sector público como al privado, fue actualizada en 2006 y se ha convertido en un formulario abierto que es una fuente valiosa de información sobre medicamentos. Sin embargo, los profesionales de la salud no aplican los protocolos y las normas del formulario de manera uniforme en su práctica diaria debido a la escasa frecuencia de las revisiones del formulario y la falta de incentivos formales que alentarían su cumplimiento. Además, existe una lista de Vital, Esencial y Necesario (VEN) que el Gobierno actualmente adquiere según las necesidades ante el pedido de un establecimiento de salud pública. La adquisición de los medicamentos se realiza a través de un proceso de licitación basado en el mejor valor terapéutico. Desde 1993, el Ministerio de Salud ha contratado a la Empresa Nacional de Seguros para el Desarrollo de la Propiedad para comprar, almacenar y distribuir mensualmente productos farmacéuticos y no farmacéuticos a las instituciones de salud pública. Un Informe Integral de Auditoría de la Autoridad Regional de Salud Central, realizado en 2000, identificó varios problemas, incluida la falta del seguimiento de los medicamentos una vez que son entregados a las unidades fuera del departamento de farmacia (excepto los narcóticos y otras sustancias controladas) y la sobreinflación de pedidos a la Empresa Nacional de Seguros para el Desarrollo de la Propiedad para recibir cantidades lo más cercanas posible a las requeridas por los establecimientos de salud (67–69).

El Plan de Asistencia de Enfermedades Crónicas del Ministerio de Salud brinda medicamentos de venta con recetas gratuitamente en el lugar de entrega a los pacientes con enfermedades crónicas específicas, mediante el uso de una gama de productos farmacéuticos que figuran en la lista del formulario terapéutico. Desde el año fiscal 2005, el programa permite la cobertura universal de la población que reúne los requisitos para los beneficios una vez que ha sido diagnosticada en una institución de atención de salud con cualquiera de las siguientes enfermedades: diabetes, asma, hipertensión, artritis, glaucoma, cáncer de próstata, depresión mental, algunas cardiopatías e hiperplasia benigna prostática. El Ministerio de Salud está actualizando el sistema de información para administrar y supervisar el programa.

Las vacunas se adquieren a través del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas. En 2003, el Gobierno de Trinidad y Tabago firmó un memorando de entendimiento con la OPS que permitió la participación del país en el Fondo Rotatorio Regional para los Suministros Estratégicos de la Salud Pública.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

El Programa de Reforma del Sector de Salud incluye un plan para desarrollar evaluaciones de la tecnología y capacidades de gestión y sistemas, que comprende la acreditación de establecimientos de atención de salud como un modo de fortalecer la in-

fraestructura de la tecnología para la información sobre la salud. El Programa también contempla el desarrollo de los sistemas integrados de información para una mejor planificación basada en la evidencia, el diseño de políticas y la toma de decisiones a nivel gerencial. Se dispone de tecnología especializada tanto en el sector público como en el privado. La tomografía axial computada y la hemodiálisis están disponibles en ambos sectores, mientras que las imágenes por resonancia magnética se ofrecen exclusivamente en el sector privado.

En diciembre de 2005 se inauguró la biblioteca virtual de salud como una red de fuentes de información sobre la salud, de acceso universal en Internet y compatible con bases de datos internacionales. El objetivo de la biblioteca es promover el acceso universal y equitativo a la información sanitaria, científica y técnica y facilitar la administración de tecnologías esenciales para lograr el acceso equitativo a la información sobre la salud. Uno de los siete objetivos identificados por el Subcomité sobre Salud de Visión 2020 es facilitar la toma de decisiones basada en la evidencia, la elaboración de políticas, nuevos aprendizaje y desarrollos, así como también una Función Esencial de Salud pública necesaria para mejorar el desempeño del sistema de salud pública. El Ministerio de Salud desempeña un papel importante de dirección en la investigación sobre la salud y trabaja en asociación con el Consejo de Investigación Esencial de la Salud Nacional. Creado en 1995, el Consejo es responsable de desarrollar directamente o estimular el desarrollo a través de terceros de las políticas y los instrumentos de investigación sobre salud con énfasis especial en la investigación para apoyar la equidad en la salud y mejorar los sistemas de salud.

Gasto y financiamiento sectorial

Es necesario ampliar la cobertura y aumentar el gasto en salud; generar y maximizar los ingresos; y mejorar la calidad en los gastos, en cuanto a la eficiencia y la equidad. La fuente del gasto de salud gubernamental son los ingresos tributarios generales; se deduce una sobretasa de salud de los salarios mensuales de todos los trabajadores asalariados; sin embargo, no se asigna a un fondo para la atención de salud sino a un fondo consolidado del gobierno.

El gasto total de salud como un porcentaje del PIB fue de 4% para el período 2000–2003. El gasto general del gobierno en salud como un porcentaje del gasto total en salud disminuyó en el período 2000–2003 de 40% a 38%, mientras que los gastos en el sector de salud privada aumentaron de 60% en 2000 a 62% en 2003. El gasto general del gobierno en salud como un porcentaje del gasto total del gobierno fue de 6% en el mismo período. El total de gastos per cápita en salud a una tasa de cambio promedio en US\$ aumentó en el período 2000–2003 de US\$ 235 a US\$ 316; durante el mismo período, el gasto gubernamental per cápita en salud a una tasa de cambio promedio en US\$, también aumentó de US\$ 157 en 2000 a US\$ 201 en 2003 (70).

Cooperación técnica y financiera en salud

Diversas agencias de las Naciones Unidas, agencias bilaterales, instituciones financieras y ONG se asocian con el Gobierno de Trinidad y Tabago mediante la utilización de una variedad de mecanismos técnicos y económicos para impulsar la agenda de desarrollo fijada por el Plan Estratégico Nacional Visión 2020. Dos destacadas instituciones internacionales financieras que trabajan en el sector de salud son el Banco de Interamericano Desarrollo y el Banco Mundial; el primero otorgó un préstamo para el desarrollo del Programa de Reforma del Sector de Salud hasta 2006 y el segundo para el Programa de Prevención y Control del VIH/sida para el período 2004–2008. La Unión Europea proporciona un subsidio en apoyo a las actividades de prevención del VIH/sida y para asegurar una implementación bien coordinada del Plan Estratégico Nacional para el VIH/sida para el período 2005–2010. La OIT contribuye a la salud con sus proyectos sobre el VIH/sida en el lugar de trabajo (56).

Referencias

1. Trinidad and Tobago, Ministry of Finance. Social Sector Investment Programme 2005. Vision 2020: Ensuring Our Future Survival; 2004.
2. Caribbean Commission on Health and Development; 2005.
3. United Nations. United Nations Millennium Development Goals for Trinidad and Tobago. Revised Draft Report; 2004.
4. Central Bank of Trinidad and Tobago. Annual Economic Survey; 2004.
5. Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2006.
6. Trinidad and Tobago, Ministry of Agriculture, Land and Marine Resources. Agricultural Census; 2004.
7. Trinidad and Tobago, Ministry of Planning and Development, Central Statistical Office. Pocket Digest; 2003, 2004.
8. Trinidad and Tobago, Ministry of Education. Indicators of the Education System of Trinidad and Tobago; 2005.
9. Trinidad and Tobago. Statistical Digest of the Education System; 2005.
10. Trinidad and Tobago. National Policy on Child Care; 2005.
11. Trinidad and Tobago, Office of the Attorney General and Ministry of Legal Affairs. International Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women; 2000.
12. Trinidad and Tobago, Trinidad and Tobago Police Force, Modus Operandi Bureau. Partial Report; August 2005.
13. Rape Crisis Society of Trinidad and Tobago. Annual Reports; 2001–2004.
14. Trinidad and Tobago, Ministry of Gender Affairs. Battered Women Shelter Experience Report; 2001.
15. Pan American Health Organization. Unabridged Report on the Impact of Domestic Violence on Women's Health and Family Stability in Trinidad and Tobago; 2003.
16. Trinidad and Tobago, Ministry of Planning and Development, Central Statistical Office. Annual Road Traffic Accident Report; 2004.
17. Trinidad and Tobago. Vision 2020. Poverty Alleviation and Social Services Sub-committee. Draft Final Report; 2004.
18. Caribbean Epidemiology Center, Pan American Health Organization, World Health Organization. Pilot Caribbean Behavioral Risk Factor Survey; 2004.
19. Pan American Health Organization, World Health Organization. Trinidad and Tobago Country Cooperation Strategy; 2005.
20. Gulliford MC, Mahabir D, Rocke B, Chinn S, Rona R. Overweight, obesity and skinfold thickness of children of African or Indian descent in Trinidad and Tobago. *Int J Epidemiol*. 2001; 30(5):989-98.
21. Simmons W. Food fortification in the English-speaking Caribbean.
22. United Nations Children's Fund. Multiple Indicator Cluster Survey. Trinidad and Tobago. Full Report; 2000.
23. Pan American Health Organization, World Health Organization. Public Health in the Americas. Conceptual Renewal Performance Assessment and Bases for Action; 2002.
24. Trinidad and Tobago, Ministry of Planning and Development, Central Statistical Office. 2000 Population and Housing Census. Preliminary Report; 2001.
25. United Nations. Globalis: An Interactive World Map. Available at: <http://globalis.gvu.unu.edu>. Consultado el 11 de abril de 2006.
26. Trinidad and Tobago, Ministry of Planning and Development, Central Statistical Office. Annual Statistical Digest 2001; 2005.
27. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, National Surveillance Unit; 2005–2006.
28. Caribbean Epidemiology Center, Pan American Health Organization, World Health Organization. Reported communicable diseases: suspected and confirmed cases. Trinidad and Tobago; 2000–2005.
29. Trinidad and Tobago, Ministry of Social Development. Revised Draft National Plan of Action for Children; 2004.
30. Rajkumar W, Manohar J, Doon R, Siung-Chang A, Chang-Yen I, Monteil M. Blood lead levels in primary school children in Trinidad and Tobago. *Sci Total Environ*. 2006; 361(1–3): 81–87.
31. Trinidad and Tobago, Ministry of Health. Global Youth Tobacco Survey. Final Report; 2004.
32. Watson G. Analysis of the burden of mental disorders presented by adolescents in Trinidad and Tobago and their relation with family structures and environmental factors among the two main ethnic groups in the population in 2004. Port of Spain; 2005.
33. Family Planning Association of Trinidad and Tobago. Sexual Health Needs of Youth in Tobago; 2000.

34. University of the West Indies. A National Profile on Aging Report with an overview of the Health Care System in Trinidad and Tobago Country Implementation for the Integrated Health Care Response to Rapid Population Aging in Developing Countries; 2005.
35. Simeon D, Ramdath D, Chadee D, Rawlins J. Physical disability, food insecurity and nutritional status of non-institutionalized persons aged 65 and over in Trinidad.
36. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Health Sector Reform Programme, Community Care Development Programme; 2004.
37. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Population Programme Unit. Annual Report; 2004.
38. National Insurance Board of Trinidad and Tobago, Planning and Research Department. Database on employment and injury benefits claims; 2001–2005.
39. International Labor Organization. The Situation of Children in Landfill Sites and Other Worst Forms of Child Labor: A Rapid Assessment; 2002.
40. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Insect Vector Control Division. Statistical database; 2000–2005.
41. Caribbean Epidemiology Center, Pan American Health Organization, World Health Organization. Percentage of children under one year of age fully immunized in Trinidad and Tobago; 2006.
42. Trinidad and Tobago, Ministry of Health. Survey for helminthiasis; 2006.
43. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Hansen's Disease Control Unit. Annual Report; 2002–2003.
44. Caribbean Epidemiology Center, Pan American Health Organization, World Health Organization. Epidemiological Bulletin. Tuberculosis in Trinidad and Tobago; 2002–2003.
45. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, National Surveillance Unit. Situational Analysis of National Tuberculosis Programme; 2004.
46. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, National Surveillance Unit. HIV/AIDS Morbidity and Mortality Report; 2000–2004.
47. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV Programme. Annual Reports; 2000–2003.
48. Trinidad and Tobago, National AIDS Coordinating Committee. National HIV/AIDS Strategic Plan 2004–2008.
49. Trinidad and Tobago, Caribbean Association for Feminist Research and Action. Situation Analysis of Commercial Sex Work in Trinidad and Tobago; 2004.
50. Trinidad and Tobago, Ministry of Health. Quarterly Data Report of HIV/AIDS Treatment; 2000–2004.
51. Pan American Health Organization. Assessment and Recommendations on Scaling-up Antiretroviral Therapy in Trinidad and Tobago at the San Fernando and Sangre Grande General Hospitals; 2005.
52. Rapid Assessment on the Antiretroviral Drug Supply System in Trinidad and Tobago; 2005.
53. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Venereal Disease and Yaws Division; Queens Park Counselling Centre and Clinic; Pan American Health Organization. Annual Reports; 2000–2004.
54. Trinidad and Tobago, National AIDS Coordinating Committee. Evaluation for Sexually Transmitted Infections in Trinidad and Tobago; 2005.
55. Trinidad and Tobago, National AIDS Coordinating Committee. National HIV/AIDS Accounts for Trinidad and Tobago: Level and Flow of Resources and Expenditures to Confront HIV/AIDS; 2004.
56. Trinidad and Tobago, National AIDS Coordinating Committee. Baseline Survey of NGOs, FBOs, CBOs involved in HIV/AIDS. Draft Report; 2006.
57. Pan American Health Organization, World Health Organization. Final Report on Republic of Trinidad and Tobago Ministry of Health. Annual Reports; 1999–2003.
58. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, National Cancer Registry of Trinidad and Tobago. Information on cancer in Trinidad and Tobago; 2000–2004.
59. Trinidad and Tobago, Ministry of Health. No Smoking Policy: Public Health Property; 2005.
60. Trinidad and Tobago, Ministry of Health. A Policy for Creating and Maintaining Smoke-free Environment at Head Office, Ministry of Health; 2005.
61. Trinidad and Tobago, National Drug Council. Research Study on the Impact of Drugs on the Society. Disponible en: <http://www.ndctt.com>. Consultado el 11 de abril de 2006.
62. Trinidad and Tobago, National Alcohol and Drug Abuse Programme. Drug demand reduction research statistics. Disponible en: <http://www.drugtel.org.tt>. Consultado el 11 de abril de 2006.
63. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Occupational Health Unit. Statistical database.
64. Preliminary Report on the Oral Health Survey of School Children in Trinidad and Tobago; 2004.
65. Trinidad and Tobago, Vision 2020 Sub-committee on Health. Draft Report; 2005.
66. Trinidad and Tobago, Ministry of Health. Report on the Achievements of Health Promotion, Trinidad and Tobago; 2002.
67. Report of the Committee Appointed by the Honorable Minister of Health. Procurement and Distribution of Pharmaceuticals and Related Supplies; 1997.
68. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Central Regional Health Authority. Comprehensive Audit Report; 2000.
69. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, Health Sector Reform Programme. Pharmaceutical Services Reform Report; 2003.
70. World Health Organization. World Health Report 2006: Working Together for Health. Geneva: WHO; 2006.

