
PERFIL DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
SANTA LUCÍA

(1a edición, 2 de octubre de 2001) *

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

RESUMEN EJECUTIVO

Santa Lucía es una isla situada en el Caribe a aproximadamente 62 grados de latitud oeste y 14 grados de latitud norte, que puede considerarse pequeña por su tamaño y por el volumen de su población. Tiene una superficie terrestre de unos 616 kilómetros cuadrados y su topografía es escabrosa y montañosa, especialmente en el centro. La estación lluviosa dura entre junio y noviembre, y existe una temporada potencial de huracanes entre julio y noviembre. Los huracanes plantean un peligro para las estructuras físicas y el sector agropecuario. La población de Santa Lucía se calculó oficialmente en 153.819 en 1999. La tasa de crecimiento de la población ha bajado de aproximadamente 1,6% por año en 1991-1998 a 1,2% en 1998-1999. Los adultos económicamente activos (15-64 años) representaron cerca de 62% de la población total en 1999.

El PIB de Santa Lucía para 1999 fue de \$US 2.786 en 1999, por tanto el Banco Mundial clasifica al país como uno de ingresos bajos-medianos. La economía progresó significativamente y se diversificó en los años ochenta y noventa. El crecimiento del sector de servicios, activado por la ampliación del turismo, ha transformado la estructura de la economía de modo que esta ha dejado de basarse en productos primarios y ahora se basa en servicios. La pobreza, el desempleo, el analfabetismo, la competitividad deficiente, un sector público centralizado y la incertidumbre económica son algunos de los problemas políticos, sociales y económicos que el país afronta. Estos problemas se agravan por la falta de información oportuna y fidedigna para medir objetivamente la magnitud de estos problemas, y para que sirva para tomar decisiones en cuanto a soluciones posibles. El gobierno ha reconocido la necesidad de modernizar el sector público para estar en mejores condiciones de abordar y aliviar estos problemas eficientemente. Las medidas conducentes a la reforma pública del sector empezaron a principios de la segunda mitad de los años noventa. Las actividades de reforma del sector público se intensificaron cuando el nuevo gobierno del Partido Laboral asumió el cargo en 1997.

El Ministerio de Salud es el proveedor principal de servicios de salud en el sector público. Actualmente existen 35 centros de salud, 2 hospitales de distrito, 1 policlínica, 2 hospitales generales de enfermos agudos, 1 hospital psiquiátrico y 1 centro de rehabilitación para toxicómanos pertenecientes al gobierno y operados por este. Los recursos de salud todavía se dirigen hacia el apoyo de una estrategia de atención médica curativa tradicional en la prestación de servicios. Los hospitales han representado cerca de 45% del gasto recurrente anual en materia de salud en el decenio pasado. Sin embargo, el dinero no es suficiente para mantener estos servicios en un nivel aceptable, dadas la estructura y la operación actuales del sistema de salud existente. Además, el crecimiento no reglamentado del sector sanitario privado junto con el

deterioro de la calidad de los servicios públicos fomentó la resolución del gobierno de adoptar la Reforma del Sector de la Salud. En diciembre de 2000, el gabinete ministerial aprobó el diseño propuesto para la Reforma del Sector de la Salud. Posteriormente la Unidad de Planificación Institucional dentro del Ministerio de Salud elaboró un plan de ejecución a corto plazo a fin de llevar el proceso a la próxima etapa.

1. CONTEXTO

1.1 Contexto político

Santa Lucía tiene un sistema democrático de gobierno similar al del modelo de Westminster. El país se convirtió en un estado independiente en 1979, después de haber sido colonia británica durante casi 165 años. El Primer Ministro y el Gabinete constituyen el poder ejecutivo del gobierno, y el Parlamento y el Senado constituyen el poder legislativo. Las elecciones parlamentarias se celebran cada 5 años. Las elecciones más recientes se celebraron en 1997, y el Partido Laboral de Santa Lucía ganó 16 de los 17 escaños parlamentarios.

El gobierno está a cargo de la descentralización política, fiscal y administrativa. Actualmente no existe ningún gobierno representativo a nivel local pero hay consejos distritales integrados por los representantes nombrados. La Ordenanza de Autoridades Locales de 1947¹, que previó el establecimiento de autoridades locales para pueblos y aldeas, se ha modificado en el sentido de que pocas de las funciones originales todavía siguen en manos de las autoridades locales. Se habla, dentro del gobierno del Partido Laboral, de la Reforma del Gobierno Local.

Cada ministerio del gobierno se encarga de la planificación y puesta en práctica de los planes de desarrollo para su sector. Los planes los elabora una unidad de planificación dentro de cada ministerio, o un funcionario de planificación en ministerios que no tienen unidad de planificación. Posteriormente, los planes se presentan a los Ministerios de Finanzas y Planificación, que se encargan respectivamente de buscar financiamiento para los planes y la formulación de un Plan de Desarrollo Nacional general. Por consiguiente, el Plan de Desarrollo Nacional se basa en los planes presentados y en consultas con los ministerios pertinentes. El Plan de Desarrollo Nacional abarca un período de 3 años. Se ha compilado en un documento conocido como Estrategia a Mediano Plazo, que se presenta al gabinete ministerial para su aprobación. El plan aprobado más recientemente se refiere al período 2000-2002.

Los problemas principales que afectan a la situación sanitaria del país o al desempeño de los servicios de salud incluyen: alto nivel de pobreza, limitaciones de recursos financieros y humanos, bajos niveles de educación, modos de vida insalubres y renuencia a pagar por servicios de salud dentro del sector público.

1.2 Contexto económico

El PIB per cápita anual promedio respecto a 1997-1999 fue mayor que el de los 4 años anteriores. Durante el mismo período, el gasto público y social como porcentaje del PIB también aumentó pero fue proporcionalmente mayor que el promedio del PIB per cápita. El promedio de las tasas anuales de inflación fue inferior respecto a 1997-1999, comparado con el de los 4 años anteriores. Entre 1990-95 y 1995-99, las disminuciones mayores se registraron en "agricultura, silvicultura, pesca y sector pecuario", "comercio al por mayor y al por menor", y "sectores de fabricación"

respectivamente, y los aumentos mayores se registraron en "electricidad y agua", "actividad bancaria y de seguros" y "hotelería y restaurantes". Los tres contribuyentes más altos del PIB durante ambos períodos de 4 años incluyeron "transporte y comunicación", "comercio al por mayor y al por menor" y "productores de servicios del gobierno" respectivamente.

Indicadores económicos seleccionados

INDICADOR	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita en precios constantes US\$	2.633	2.729	2.724	2.729	2.699	2.736	2.786
Población económicamente activa, en millares	ND	ND	ND	ND	71	74	73
Gasto público total como porcentaje del PIB	54	48	54	54	60	56	64
Gasto público en programas sociales como porcentaje del PIB	15	16	19	18	20	22	29
Tasa anual de inflación	0,79	2,6	5,9	1,3	0,02	2,8	3,5

Fuente: Departamento de Estadísticas del Gobierno, Ministerio de Finanzas.

Las contribuciones por los organismos externos al presupuesto nacional incluyen préstamos y subvenciones. La contribución total fue de US\$ 76.720.204 en 1999, cifra que representó cerca de 28% del presupuesto total. Los préstamos constituyeron 58% del financiamiento total por organismos externos en 1999. Entre 1995 y 1999 la contribución por organismos externos osciló entre 28% y 31% del presupuesto total, mientras los préstamos representaron entre 58% y 74% de todas las contribuciones externas.

1.3 Contexto demográfico y epidemiológico

La esperanza de vida al nacer en 1999 fue de 71,8 años en ambos sexos, 68,9 años en los hombres y 74,5 años en las mujeres. En 1990-1999, la esperanza de vida al nacer aumentó 2,2 años en los hombres, 3,1 años en las mujeres y 2,7 años en ambos sexos. La población de Santa Lucía creció con una tasa anual promedio de 1,9% en 1991-1999. La composición por edades de la población sigue siendo relativamente joven: 32% son menores de 15 años de edad y 6% tienen 60 años de edad o más. La razón de dependencia fue de 62% en 1999. En los movimientos migratorios de la población ha predominado la emigración². Se ha observado una disminución de la emigración desde 1970. La migración neta representó cerca de 54% del aumento natural en 1971-1980, aproximadamente 49% en 1981-1991 y 23% en 1992-1999. En el período de 1990-1999 la tasa bruta de natalidad, la tasa de fecundidad total, la tasa bruta de mortalidad y la tasa de mortalidad infantil registraron los niveles más bajos en la segunda mitad del decenio. La mortalidad materna permaneció en un nivel bajo.

	AÑO
--	-----

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Tasa bruta de natalidad	26	26	25	23	23	20	20
Tasa de fecundidad total	2,9	2,9	2,9	2,5	2,6	2,2	2,2
Tasa bruta de mortalidad	6,8	6,6	6,6	6,3	6,5	6,5	6,2
Tasa de mortalidad materna	0,28	-	-	0,30	-	-	0,66
Tasa de mortalidad infantil	17	12	16	13	15	10	15

Fuente: Unidad de Estadísticas/Epidemiología, Ministerio de Salud.

La proporción de defunciones por causas indefinidas disminuyó de aproximadamente 8% en 1992-1995 a 6% en 1996-1999. La proporción de defunciones causadas por enfermedades transmisibles y causas externas de neoplasia maligna representa, respectivamente, cerca de 6%, 14% y 8% de todas las defunciones de cada cuatrienio; la proporción de defunciones por enfermedades del aparato circulatorio aumentó de 34% a 36%.

Las cinco principales causas de mortalidad en 1996-1999 (con % de defunciones totales) fueron cardiopatías (19%), neoplasias malignas (14%), enfermedades cerebrovasculares (12%), diabetes mellitus (9%) y accidentes y efectos adversos (5%). Las cinco principales registraron los mismos valores en 1992-1995.

Entre los lactantes, las cinco principales causas de defunción en 1996-1999 fueron enfermedades perinatales (52%), malformaciones congénitas (13%), cardiopatías (3%), enfermedades infecciosas intestinales (3%) y accidentes (3%). Respecto a 1992-1995, las dos primeras causas principales fueron las mismas, mientras que los accidentes no figuraron entre las cinco causas principales de defunción de lactantes. Entre los niños menores de 5 años, el porcentaje de defunciones por enfermedades diarreicas en 1996-1999 fue de 5%, comparado con 3% en 1992-1995; el porcentaje de defunciones por infecciones respiratorias agudas fue inferior a 1% en ambos cuatrienios. Las personas de 15-44 años representaron 55% y 53% de todas las defunciones por accidentes y violencia en 1992-1995 y 1996-1999 respectivamente. El grupo de 60 años o más representó 82% y 80% de todas las defunciones por cardiopatías, 81% y 87% por diabetes mellitus y 73% y 63% por neoplasias malignas, respectivamente, en los dos períodos. La proporción de todas las defunciones por neoplasias malignas del grupo de 45-49 años aumentó de 13% a 25%. Se notificó un total de 149 casos de tuberculosis en 1993-1999 que osciló entre 11 y 35 casos y dio un promedio de unos 19 casos por año³. Los hombres representaron cerca de 57% de todos los casos notificados. El número mayor de personas afectadas pertenecían a los grupos

de edad de 40-59 años (35% de todos los casos), 20-39 años (32%) y 60 años o más (20%). El número mayor de casos se notificó de las zonas urbanas; 48% del distrito de Castries y 11% de Gros Istet. Durante el mismo período, se notificaron 30 defunciones causadas por tuberculosis, que oscilaron entre 1 y 8 defunciones, con un promedio de unas 4 defunciones por año.

El Gobierno de Santa Lucía considera que el abuso de drogas constituye un problema nacional. En respuesta a este problema, ha establecido un Centro de Rehabilitación para Toxicómanos de 20 camas para proporcionar tratamiento integral mediante detección temprana, rehabilitación y desintoxicación y servicios de seguimiento. Actualmente no se dispone de datos relativos al consumo de drogas y, por lo tanto, la magnitud del problema de la droga no se cuantifica adecuadamente.

1.4 Contexto social⁴

La población total a mediados de año de Santa Lucía en 1999 se estimó en 153.819. El censo de 1991 reveló que aproximadamente 37% de la población vive en zonas urbanas. La estructura étnica actual de la población tiene origen en su historia colonial, caracterizada por una economía de plantación basada en la esclavitud y en contratos de servidumbre limitados. La población es predominantemente de descendencia africana (86%) y tiene minorías de descendencia india (2,6%) y de ancestros mezclados (9,6%). Muy pocas personas descienden de los Caribes, quienes fueron diezmados a principios del período de asentamiento europeo colonial. La última Encuesta de Alfabetismo Nacional (realizada en 1990 y que incluyó solamente al grupo de 15-65 años de edad) reveló que 54% de las personas de la muestra sabían leer, 27% eran analfabetas y 19% eran analfabetas funcionales. El analfabetismo fue más alto en las zonas rurales, en particular en la "faja del plátano" y los antiguos cañaverales. Aproximadamente 70% de la población de analfabetos eran mujeres. Una Encuesta de Pobreza Nacional efectuada en 1995⁵ indicó que un 25% de la población era pobre, basándose en el gasto en alimentos y productos no alimentarios. Cerca de 16% de la población urbana y 30% de la población rural era pobre. En la población de hombres y mujeres, se observó que 25,5% y 24,7% de ellos, respectivamente, eran pobres. Los datos relativos a los niveles de ingresos en Santa Lucía se recopilan principalmente en los censos de población. Según el censo de 1991, el promedio de ingresos anuales del 20% de las personas que devengan los ingresos más altos fue de US\$ 12.288 comparado con US\$ 853 que devenga el 20% de las personas que están en el nivel más bajo, lo cual representa una razón de 14,4:1 respecto al 20% de todas las personas que devengan ingresos, desde el nivel más alto hasta el más bajo. No es posible seguir los cambios de los niveles de ingresos entre un censo y otro porque no hay datos disponibles. Los niveles laborales se calculan basándose en las encuestas domiciliarias

que realiza cada seis meses el Departamento de Estadística del Gobierno; se entrevista a las personas de 15-64 años de edad y se les pregunta acerca de su estado laboral. Entre 1997 y 1999, la proporción de hombres de 15-64 años que estaban empleados bajó de 72% a 66%, mientras que la cifra correspondiente a las mujeres aumentó de 53% a 56%. No hay datos disponibles sobre la tasa de empleo informal. Sin embargo, hay más hombres empleados en el comercio de la droga ilícita, mientras que hay más mujeres que trabajan en la compra de productos en el extranjero para venderlos dentro del país. Por lo tanto, la reducción de la disparidad del género en lo que se refiere al empleo quizá sea espuria ya que no incluye la situación en el sector laboral informal.

2. EL SISTEMA DE SALUD

2.1 Organización general

Instituciones Públicas. El sector público domina la administración y la prestación de servicios de atención de salud en Santa Lucía. El Ministerio de Salud, Asuntos Familiares y Relaciones de Género se encarga de la tarea principal de organizar los recursos y los servicios para la salud de la nación. El Ministerio se organiza en subdivisiones, que están a cargo de diversos programas de salud incluidos servicios preventivos, educación y promoción de la salud, salud ambiental, servicios hospitalarios y curativos. A nivel central, los directores de los departamentos están a cargo de la gestión general de los programas de desarrollo y del personal pertinente, incluidos los directores de programas que administran programas de salud particulares. Los servicios de atención primaria de salud se descentralizan y se prestan principalmente en 34 centros de salud y 2 hospitales de distrito esparcidos en toda la isla. La atención promocional y preventiva se presta esencialmente por conducto de los departamentos de Educación Sanitaria y Nutricional, Salud Ambiental y Enfermería Comunitaria. La atención secundaria está concentrada en el norte y el sur en los dos hospitales generales y el hospital psiquiátrico. Los dos hospitales de distrito también prestan alguna atención secundaria básica a enfermos hospitalizados. La asistencia de rehabilitación se ofrece en el hospital psiquiátrico y en un centro de destoxicación de drogas y de rehabilitación.

Cuatro instrumentos legales principales guían las políticas y los programas del Ministerio de Salud. La Ley de Salud Pública (1975) cubre los servicios y prácticas de atención de salud, salud y seguridad ocupacionales, servicios veterinarios, factores de riesgo para la salud y notificación de ciertas enfermedades. La Ley de Salud Mental (1957) tiene que ver con los servicios de atención de salud mental. La Ordenanza Nosocomial (1992) cubre los cargos y honorarios relativos a los servicios hospitalarios y las obligaciones de pagos. La Ley de Enfermeras de

Atención Primaria Familiar (1993) autoriza a las enfermeras de atención primaria familiar a prescribir ciertos medicamentos.

El financiamiento de los gastos del gobierno proviene principalmente de los impuestos y las tarifas que pagan los usuarios. Los ingresos del gobierno procedentes de todas las fuentes se depositan en un fondo consolidado. En consecuencia, los ministerios que recaudan las tarifas que pagan los usuarios posiblemente no se beneficien directamente de los honorarios que reciben. Además, el Plan Nacional de Seguro contribuye cada año US\$ 1,1 millones al fondo para cubrir los costos de hospitalización de sus miembros. El gobierno depende en gran medida de la ayuda internacional (préstamos y subvenciones) para ejecutar sus proyectos de inversión importantes. Cerca de 63% del presupuesto total para instalaciones físicas correspondiente a 1999/2000 fue financiado por fuentes externas.

Los médicos y enfermeras constituyen la mayoría de los profesionales de salud empleados en el sector público. Entre 1985 y 1999, el número de empleados en el sector público aumentó respecto a la mayoría de las categorías de profesionales de la salud: enfermeras (de 225 a 312) y médicos (de 38 a 70) experimentaron los mayores aumentos en términos absolutos, mientras que los educadores de salud (de 1 a 8) registraron el mayor aumento relativo. Otras categorías que experimentaron aumentos notables fueron dentistas y radiólogos, que aumentaron de 4 a 7. El número de farmacéuticos también aumentó (de 13 a 16) y el de funcionarios de salud ambiental (de 17 a 18). Estos aumentos son indicio de la ampliación del tipo de servicios prestados, el mayor volumen de trabajo y la disponibilidad de profesionales de salud que han recibido formación adecuada.

Se han establecido vínculos entre las diversas instituciones del Ministerio de Salud en la prestación de servicios dentro de los diferentes niveles de la atención y entre ellos. Los departamentos de Salud Ambiental y de Enfermería Comunitaria colaboran en la detección de contactos de casos de ciertas enfermedades transmisibles o en la puesta en práctica de medidas de control en caso de un brote; dichas actividades empiezan generalmente después de haber recibido informes de tales casos del Departamento de Epidemiología. Los funcionarios de la Oficina de Educación Sanitaria aconsejan a los clientes que asisten a los consultorios de servicios para hipertensivos, diabéticos y de SMI dirigidos por el Departamento de Enfermería Comunitaria. Existen sistemas de remisión entre los centros de salud y los hospitales. Se ha establecido una red de vigilancia de enfermedades transmisibles entre las fuentes principales de datos de enfermedades transmisibles dentro del sector público y en el Departamento de Epidemiología. Estas fuentes comprenden los consultorios médicos de los centros de salud y los hospitales de distrito, y los laboratorios y los pabellones médicos de hospitales generales para enfermos

agudos. Los informes de enfermedades transmisibles bajo vigilancia se presentan habitualmente a la Unidad de Epidemiología (o esta los recopila) para análisis adicional.

Fuera del sector público, otros organismos y asociaciones contribuyen al Sistema Nacional de Salud. Los Consejos Médicos y de Enfermería se encargan del registro y monitoreo de los médicos y enfermeras, y la Junta Médica se encarga del registro de dentistas, farmacéuticos y optometristas. La Asociación de Diabetes de Santa Lucía y la Sociedad del Cáncer de Santa Lucía se ocupan, respectivamente, de la diabetes y el cáncer. La Cruz Roja de Santa Lucía y el Servicio de Ambulancias de San Juan ofrecen servicios ambulatorios directos a los pacientes.

Instituciones privadas. El Ministerio de Salud no tiene ninguna jurisdicción sobre las operaciones de las aseguradoras de salud privadas. Los tipos principales de seguro de salud son el seguro de salud privado para individuos y grupos, y la cobertura por el Plan Nacional de Seguro. El Plan Nacional de Seguro paga una cuota anual al Ministerio de Salud para cubrir los gastos de hospitalización de los empleados que contribuyen a dicho Plan. En 1999 había 7 aseguradoras privadas que proporcionaron seguro de salud. La mayoría de los paquetes cubrían gastos médicos, dentales, de oftalmología y hospitalización; otros incluían prestaciones por muerte/desmembramiento accidental y gastos de atención preventiva. La mayoría de las empresas reembolsan al asegurado, y solo unas pocas pagan al proveedor de asistencia sanitaria. El seguro de salud privado se otorga principalmente mediante planes de seguro de grupo, y los empleadores y empleados contribuyen al plan. Otros compran pólizas individuales para sí mismos y sus familias.

Los servicios médicos, dentales y farmacéuticos constituyen la mayor parte del sector de salud privado. Muchos médicos y dentistas trabajan en el sector privado y en el público. Un hospital general privado para enfermos agudos (el Hospital Tapion) empezó a funcionar en 1997. Este establecimiento de 23 camas presta atención secundaria a enfermos hospitalizados. Las parteras tradicionales de regiones remotas atienden a menos de 1 por ciento de todos los nacimientos anuales, y las enfermeras adiestradas han sido empleadas en la industria hotelera y en servicios de atención de enfermería domiciliar privada. Hay 2 laboratorios de diagnóstico privados. Los servicios médicos, dentales, farmacéuticos y de laboratorio del sector privado están concentrados en la ciudad capital Castries y en sus suburbios en el norte. Las parteras tradicionales trabajan principalmente en zonas rurales. Los servicios de salud del sector privado se financian mediante ahorros personales o préstamos adquiridos por personas que se aventuran en el negocio. Generalmente esas personas son profesionales de salud que han recibido formación para prestar los servicios. Además, otros profesionales de salud que han renunciado al sector público o se han jubilado tienen empleo en el sector privado. Algunos negocios reciben asistencia del gobierno en

forma de exención de los aranceles aduaneros relativos a equipo, y otros (hogares para convalecientes) reciben una subvención anual. Las redes formales e informales de remisión y consulta dentro de los sectores de salud público y privado, y entre ellos, están bien establecidas. Por lo tanto, los dos sectores nunca operan solos sino que tienden a complementarse en la prestación de servicios de salud al público en general.

2.2 Recursos del sistema

Recursos humanos. Se observa un aumento de la razón de todos los tipos de personal de salud seleccionados por 10.000 habitantes cuando las cifras relativas a 1988 y 1989 se comparan con las de 1996 y 1997. La razón de médicos por 1.000 habitantes siguió siendo de menos de 1 en 1996 y 1997, a pesar del crecimiento registrado durante el período. Salvo el número enfermeras, que aumentó en forma sostenida en 1988-1997, las razones por 10.000 habitantes respecto a 1997 fueron inferiores a las de 1998 en todos los tipos considerados. La razón de los médicos generales frente a los especialistas osciló entre 1,3:1 y 1,4:1 en los años examinados. Actualmente no se dispone de datos respecto a la tasa de desempleo entre los profesionales de salud. En 1997, la mayoría de los médicos (64%), enfermeras (72%) y auxiliares de enfermería (64%) trabajó en hospitales generales para enfermos agudos, mientras que la mayoría de los otros profesionales de salud (54%) trabajó en servicios de atención primaria. La razón de médicos generales y especialistas fue de 7,5:1 en los servicios de atención primaria, 1:1 en los hospitales generales para enfermos agudos y 0,8:1 en el sector privado. Entre 1995 y 1999, la remuneración promedio de los especialistas frente a la de médicos generales aumentó de 1,1:1 a 1,3:1. Durante el mismo período, el sueldo anual promedio de los médicos generales aumentó en 8% y el de los especialistas en 20%. No hay ninguna medición sistemática de la productividad del personal de salud en las principales instituciones públicas.

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR DE LA SALUD

TIPO DE RECURSO	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Razón de médicos por 10.000 habitantes	ND	ND	ND	5.9	5.4	ND	ND
Razón de enfermeras por 10.000 habitantes	ND	ND	ND	23.0	25.7	ND	ND
Razón de dentistas por 10.000 habitantes	ND	ND	ND	1.0	0.9	ND	ND
Razón de técnicos de laboratorio de nivel intermedio por 10.000 habitantes	ND	ND	ND	2.1	1.9	ND	ND

Razón de farmacéuticos por 10.000 habitantes	ND	ND	ND	2.6	2.4	ND	ND
Razón de radiólogos por 10.000 habitantes	ND	ND	ND	0.5	0.47	ND	ND
No. de graduados de salud pública	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Unidad de Estadísticas/Epidemiología, Ministerio de Salud.

RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS, 1997

Institución	Tipo de recurso					
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares de enfermería	Otros trabajadores de salud	Personal Administrativo	Servicios generales
Centros de salud/APS	17	92	3	73	ND	ND
Hospitales de de distrito	ND	8	10	3	ND	ND
Hospitales generales para casos agudos	52	278	56	48	ND	ND
Hospital psiquiátrico	1	6	19	2	ND	ND
Sector Privado	11	ND	ND	28	ND	ND
Total	81	384	88	135	ND	ND

Fuente: Unidad de Estadística/Epidemiología, Ministerio de Salud.

Medicamentos y otros productos de salud. No hay ningún registro de las preparaciones farmacéuticas en Santa Lucía; por lo tanto, no se dispone de datos relativos al total de preparaciones farmacéuticas registradas, ni al porcentaje de medicamentos de nombre comercial o genéricos. Los Reglamentos Hospitalarios (1992) proporcionan una lista de precios de diversas categorías de medicamentos para venta en el sector público. La Unidad de Control de Precios del Ministerio de Asuntos del Consumidor y Servicios Financieros reglamenta la venta de los medicamentos en el sector privado. Las cuatro categorías de medicamentos de mayor venta en el mercado nacional son agentes antihipertensivos, agentes antidiabéticos, vitaminas o productos herbarios y agentes quimioterápicos o antineoplásicos. Los precios de estos medicamentos varían en los sectores privado y público. No hay ninguna política farmacéutica nacional en Santa Lucía. Sin embargo, se están haciendo planes para adoptar la Política Farmacéutica Nacional Modelo elaborada por la Secretaría de la Comunidad del Caribe (CARICOM)⁶. Los siguientes objetivos se esbozan en la política farmacéutica de CARICOM: a) garantizar la accesibilidad y la disponibilidad de los medicamentos esenciales a todos los ciudadanos; b) garantizar que los medicamentos esenciales son eficaces, seguros, eficaces en función de los costos y de calidad para satisfacer las necesidades de atención de salud de la gran mayoría de la población; c) promover el uso racional de medicamentos por prescripción médica, los farmacéuticos y los pacientes mediante la formación antes del servicio, la educación profesional continua y la difusión de información relativa a medicamentos.

El formulario elaborado por el Servicio de Adquisiciones de Preparaciones Farmacéuticas (por sus siglas en inglés PPS) (anteriormente llamado Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental) de la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECO) ha sido adoptado por Santa Lucía. Los médicos tienen la obligación de usar los medicamentos incluidos en esta lista. El formulario se actualiza cada cuatro años. El OECO/PPS calculó que cerca de 100% de la población de Santa Lucía tiene acceso a la lista de medicamentos del formulario. Los Reglamentos Hospitalarios proporcionan precios subsidiados para medicamentos prescritos del formulario a ciertas personas de poblaciones que sufren de enfermedades que requieren tratamiento durante toda la vida. Estas personas son los pacientes que sufren de hipertensión, diabetes, asma, epilepsia, neoplasias y glaucoma. Sólo pagan 50% del costo de los medicamentos. La Ley Farmacéutica (1962) se revisará en 2001 para adoptar disposiciones a fin de que un farmacéutico registrado esté disponible en todos los lugares donde se dispensan medicamentos.

El siguiente cuadro presenta la reducción del gasto público en medicamentos en 1999 comparado con el de 1998, en términos absolutos y relativos. No hay datos fácilmente disponibles respecto a años anteriores.

INDICADOR	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
No. total de productos farmacéuticos registrados	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Porcentaje medicamentos de nombre comercial	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Porcentaje de medicamentos genéricos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto total en medicamentos (precio de venta al público)	ND	ND	ND	ND	ND	951.560	888.507
Gasto per cápita en medicamentos (precio de venta al público)	ND	ND	ND	ND	ND	6,3	5,8
Porcentaje del gasto público de salud asignado a medicamentos	ND	ND	ND	ND	ND	5,2	4,8
Porcentaje del gasto ejecutado por el Ministerio de Salud para medicamentos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Cálculos en 1998 y 1999, Gobierno de Santa Lucía.

Los Servicios de Banco de Sangre de Santa Lucía tienen su sede en el hospital principal (Hospital Victoria) y también operan en una unidad móvil. Los donantes de sangre se inscriben inicialmente, su presión arterial y concentraciones de hemoglobina se monitorean y luego se entrevistan para conocer su modo de vida y otros factores de riesgo antes de extraer la sangre y examinarla para determinar la presencia del VIH, hepatitis B y C, VTLH-1 y VTLH-2, hacer el estudio de laboratorio de enfermedades venéreas, determinar el grupo sanguíneo y hacer tamizaje de anticuerpos. Aunque cada hospital general para enfermos agudos mantiene su propio banco de

sangre, los Servicios de Banco de Sangre de Santa Lucía proporcionan sangre y productos sanguíneos (si los tienen) a los hospitales cuando los suministros se acaban; al único que se cobra por este servicio es al hospital privado. En 1992 se implantó un sistema computadorizado de registro de donantes (SMARTWARE). Las donaciones de sangre anuales totales alcanzaron un promedio de 1.500 en 1990-1999. El número anual promedio de donaciones aumentó de 1.243 en los 4 primeros años del decenio a 1.672 en los últimos 6 años. Los donantes de sangre no reciben pago. Desde 1999, todas las donaciones de sangre se controlan conforme a los protocolos y normas elaborados para la región del Caribe. Estos protocolos y normas se adaptaron de los de la Asociación Estadounidense de Bancos de Sangre, con asistencia de la OPS y el CAREC. Se ha elaborado un manual de políticas y procedimientos para bancos de sangre.

Equipo y tecnología.

DISPONIBILIDAD DE EQUIPO EN EL SECTOR DE LA SALUD, 1999

SUBSECTOR	TIPO DE RECURSO			
	Camas disponibles por 1.000 habitantes	Equipo básico de imaginología por 1.000 habitantes	Laboratorios clínicos por 100.000 habitantes	Bancos de sangre por 100.000 habitantes
Público				
Hospitales generales para enfermos agudos	1,6	0,13	1,3	0,65
Hospitales de distrito	0,34	ND	ND	ND
Hospital psiquiátrico	1,1	ND	ND	ND
Centro de rehabilitación para toxicómanos	0,13	ND	ND	ND
Subtotal	3,3	0,13	1,3	0,65
Privado (sin fines de lucro y con fines de lucro)				
Hospital general para enfermos agudos	0,15	0,06	0,65	ND
Otros servicios	ND	0,02	2,0	ND
Subtotal	0,15	0,08	2,6	ND
TOTAL	3,4	0,21	3,9	0,65

En 1999 había un total de 501 camas de hospitales para el sector público; de estas, la mayoría estaba en hospitales generales para enfermos agudos (244 camas) y en hospitales psiquiátricos (162 camas). El número de camas de hospitales públicos siguió siendo bastante constante durante el decenio de los noventa. El hospital privado con un complemento de 23 camas en 1999 empezó a operar en 1998. El equipo básico de imaginología está disponible en hospitales generales para enfermos agudos en el sector público, y en el hospital privado y las oficinas privadas de médicos particulares del sector privado. En 1999, se disponía de un total de 29 aparatos de ese tipo, de los cuales 17 estaban en el sector público. Todas las unidades de diagnóstico del sector privado

funcionaron mientras 5 estaban defectuosas o fuera de servicio en el sector público. Hay 2 laboratorios clínicos en el sector público (uno en cada hospital general para enfremos agudos) y 3 en el sector privado. El número de laboratorios clínicos disponibles en el sector público ha permanecido igual en 1990-1999, mientras que todos los laboratorios del sector público empezaron a operar durante el decenio. Sólo hay un banco de sangre en el país; sin embargo, los hospitales generales para enfermos agudos mantienen su propio suministro de sangre para transfusiones. Los costos de operación y mantenimiento representaron, respectivamente, 1,2% y 1,3% del presupuesto total anual operativo (recurrente) del Ministerio de Salud en 1998 y 1999.

2.3 Funciones del sistema⁷

Función rectora. El Ministerio de Salud, con el liderazgo del Ministro de Salud, tiene el control directo del sistema de salud pública y reglamenta el sistema privado mediante la Ley de Salud Pública (1975). Las funciones esenciales de salud pública descritas en la Ley comprenden: a) prevención, tratamiento y eliminación de las enfermedades, incluida la ejecución de estudios e investigaciones; b) reducción de las molestias y eliminación o corrección de cualquier condición que puede ser lesiva para la salud pública; c) control de los alimentos y medicamentos por el bien de la salud pública, incluida la destrucción de alimentos y medicamentos que no cumplen con la Ley de Salud Pública, y protección del público contra fraude o engaño relacionados con alimentos o medicamentos; d) aceptación y administración de regalos en dinero o propiedades otorgados para proporcionar cualquier material relacionado con la salud previsto por la Ley; y e) publicación de informes, información y asesoramiento relativos a la salud pública, incluido el asesoramiento al gobierno y la educación del público en materia de preservación de la salud. La Ley de Salud Pública y otros instrumentos legales afines se examinarán en virtud del programa de Reforma del Sector de la Salud con miras a descentralizar las responsabilidades de gestión tradicionales del Ministerio de Salud para que este pueda funcionar más como un organismo regulador. La supervisión y el control del financiamiento público del Sector de la Salud están a cargo del Ministerio de Finanzas en general y del Ministerio de Salud en particular, teniendo en cuenta la escasez de recursos financieros nacionales disponibles.

La Unidad Bancaria y de Seguros del Ministerio de Finanzas reglamenta el seguro de salud. El gobierno está creando un mecanismo financiero para un seguro de salud nacional, teniendo en cuenta las prestaciones médicas que el Plan Nacional de Seguro proporciona actualmente.

La supervisión y el control de la prestación de servicios de salud en el sector público cae dentro de la competencia del Secretario Permanente del Ministerio de Salud. El Médico Jefe y la Unidad de Planificación de Salud están a cargo de evaluar la prestación de servicios de salud en el sector público. La rama de políticas del Ministerio de Salud está bajo la dirección del Secretario

Permanente. Las acciones y los programas intersectoriales se promueven mediante la adjudicación de concesiones a proveedores de asistencia sanitaria del sector privado y la colaboración con otros ministerios y los organismos cuasigubernamentales en las actividades de promoción de la salud.

El Ministerio de Salud cuenta con sistemas de información fiable y actualizada sobre la situación sanitaria y la prestación de servicios de atención primaria de salud, y la información de estos sistemas se usan para la toma de decisiones. Los sistemas de información relativa a la prestación de atención secundaria son obsoletos e inadecuados y, en consecuencia, no se dispone fácilmente de información fidedigna acerca de la atención secundaria para la toma de decisiones. Los sistemas de información sobre el financiamiento sanitario (público y privado) están diseñados para finalidades de contabilidad y no se han adaptado para satisfacer las necesidades de planificación o programación sanitarias. Los sistemas de información para el seguro están limitados a las finalidades de los proveedores individuales del sector privado; el seguro de salud generalmente se considera como un subconjunto de un paquete de seguro mayor. La formulación de políticas, para recursos humanos y otras cuestiones de salud, está a cargo del Comité de Políticas dentro del Ministerio de Salud. El Comité está integrado por jefes departamentales centrales del Ministerio. El gabinete ministerial ha establecido un Comité de Monitoreo y Evaluación para la acreditación de instituciones médicas de enseñanza, basándose en el Comité de Enlace sobre Educación Médica del Departamento de Educación de los EUA. Aunque no hay ningún procedimiento formal para la evaluación y la acreditación de establecimientos de salud, la oficina del Médico Jefe debe cumplir con estas funciones en virtud de la Ley de Salud Pública. Ningún organismo público o privado está a cargo de la evaluación de la tecnología de la salud. El Consejo Médico ha establecido normas de práctica clínica. El Gobierno de Santa Lucía está introduciendo la Ley de Quejas Médicas para reglamentar la práctica clínica.

Financiamiento y gasto⁸. Existe información fidedigna y oportuna disponible sobre el financiamiento de los costos de salud relativos al sector público, pero no sobre el de los costos del sector privado. El Departamento de Finanzas del Ministerio de Salud prepara asignaciones presupuestarias junto con los diversos directores de los departamentos. La presupuestación de salarios personales se basa en puestos disponibles que se han ocupado. Los costos de operación se calculan sobre una base incremental. Los proyectos capitales incompletos relativos al ejercicio económico anterior se traen al año actual, al tiempo que nuevas iniciativas se evalúan y priorizan antes de incluirse en el presupuesto.

La mayoría de los fondos proporcionados al sector de salud pública provienen de fuentes internas, en particular del fondo consolidado de la tesorería del gobierno. El financiamiento procedente de

organismos externos se recibe mediante subvenciones y préstamos. Entre 1993 y 1999 las subvenciones representaron todos los fondos recibidos de fuentes externas, salvo en 1993 y 1998, cuando los fondos representaron respectivamente 30% y 19% de todo el financiamiento externo. Los fondos externos representaron sólo 2% del presupuesto total del Ministerio de Salud en 1999, y oscilaron entre 8% y 1% de 1993 a 1999. Los fondos externos se usan principalmente para los proyectos de inversión. En 1999 todos los fondos recibidos de fuentes externas se proporcionaron mediante el Fondo Europeo de Desarrollo. Los datos relacionados con el financiamiento del sector de salud pública no están disponibles fácilmente.

Financiamiento del sector de la salud, 1993-1999 (en US\$)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. SUBSECTOR PÚBLICO							
1.1. Ministerio de salud y otras instituciones públicas a nivel central, regional y local	16,650	16,245	18,859	17,876	19,214	18,468	18,494
1.1.1. Financiamiento interno:	14,548	14,868	16,183	16,580	17,642	16,720	17,013
Fondos de la tesorería	13,284	13,443	14,814	15,185	16,200	15,328	15,730
Fondos propios del Ministerio	1,265	1,424	1,369	1,395	1,441	1,392	1,283
1.1.2. Financiamiento externo	1,065	266	1,564	185	461	637	370
1.2. Seguridad social							
Contribuciones de los miembros	1,037	1,111	1,111	1,111	1,111	1,111	1,111
Venta de bienes y servicios	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Ingresos capitales	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2. SUBSECTOR PRIVADO							
2.1. Seguro privado	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2.2. ONG sin fines de lucro	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2.3. Financiamiento doméstico de servicios privados	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
TOTAL	47.849	47.357	53.900	52.332	56.069	53.656	54.001

Fuente: Gobierno de Santa Lucía.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Gasto público per cápita en salud (US\$)	119	114	130	121	128	122	120
Gasto de salud pública (como % del gasto público)	8,3	8,7	8,8	8,3	8,0	7,9	6,7
Gasto per cápita total en salud (US\$)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto total en salud (como % del PIB)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Deuda externa de salud/deuda total externa	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Cálculos de 1993 y 1999, Gobierno de Santa Lucía.

Gasto del sector de la salud por subsectores y funciones, 1993-1999 (en US\$ y como % del PIB)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. SUBSECTOR PÚBLICO							
Promoción de la salud y atención preventiva	ND	ND	ND	ND	ND	3.882	3.800
Atención curativa	ND	ND	ND	ND	ND	9.282	9.216
Desarrollo de recursos humanos	ND	ND	ND	ND	ND	31	27
Producción/compra de suministros	ND	ND	ND	ND	ND	1.931	1.854
Gestión	ND	ND	ND	ND	ND	2.047	2.122
Planta física							
2. SUBSECTOR PRIVADO							
Promoción de la salud y atención preventiva	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Atención curativa	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Desarrollo de recursos humanos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Funciones de reglamentación	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Producción/compra de suministros	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gestión	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Planta física	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
TOTAL						18.468	18.494

Fuente: Cálculos de 1998 y 1999. Gobierno de Santa Lucía.

El financiamiento público del seguro privado se proporciona mediante exoneraciones parciales del impuesto sobre la renta. Los individuos pueden reclamar reembolsos de impuestos sobre la renta para pagar facturas médicas y el seguro médico. El seguro médico es deducible de impuestos hasta la suma total de la prima, y las facturas médicas hasta un mínimo de US\$ 150. El gasto público ejecutado se registra en un sistema computadorizado de contabilidad (llamado FINMAN). Este sistema se implantó en todos los ministerios del gobierno en 1998 y lo mantiene el departamento de finanzas/contabilidad de cada ministerio. La información relativa a las cantidades reales gastadas en un año dado la publica el Ministerio de Finanzas, aproximadamente 2 años después, en los Cálculos Presupuestarios del Gobierno. Desde 1997 se observa una tendencia descendente en el gasto público de salud (cálculos presupuestarios). El gasto de salud per cápita y la proporción del gasto público total correspondiente al sector de la salud en 1999 fueron más bajos respecto a 1993-1999, a pesar de que el gasto público total y el gasto en servicios sociales (como porcentaje del PIB) aumentaron en forma sostenida y llegaron al nivel más alto en el mismo período. No hay información fácilmente disponible sobre el gasto de salud (real o calculado) del subsector privado. Se dispone de datos de la distribución del presupuesto sanitario por funciones seleccionadas solamente en lo relativo al sector público respecto a 1998 y

1999. La distribución proporcional por funciones seleccionadas fue aproximadamente igual en los dos años. Cerca de la mitad del presupuesto total de salud del sector público se gastó en "atención curativa". El consumidor principal que le siguió fue "promoción de la salud y atención preventiva" (casi 21%). La "producción/compra de suministros" fue la única otra función que utilizó hasta 10% o más del presupuesto total de salud del sector público. Se presupuesta menos de 0,5% para gastos de capacitación de los trabajadores de salud.

Seguro de salud. Los servicios de seguro son reglamentados por la Unidad Bancaria y de Seguro del Ministerio de Finanzas, en virtud de la Ley de Seguro de 1968. El seguro médico se obtiene sólo de algunas empresas privadas pero no hay datos fácilmente disponibles en cuanto al grado de cobertura. El seguro médico de grupo se ofrece a los trabajadores de algunas empresas establecidas y a los miembros de sindicatos de servicios públicos, pero no hay datos fácilmente disponibles sobre las características de la población cubierta. La política del gobierno trata de promover el seguro privado, a pesar de que su intención es establecer un seguro nacional de salud como mecanismo de financiamiento de la atención de salud para toda la población. El Plan Nacional de Seguro proporciona los siguientes beneficios a sus contribuyentes⁹: subsidio de enfermedad, subsidio de maternidad, subvención de maternidad y subsidio de lesión laboral.

2.4 Prestación de servicios de salud

Servicios de salud basados en la población. Dentro del Ministerio de Salud, la cartera para la promoción de salud está dentro de la competencia de la Oficina de Educación de Salud. Los programas/actividades emprendidos por la Oficina pueden clasificarse bajo las áreas amplias de educación familiar, educación de salud y promoción de la salud. Están dirigidos al público en general y a grupos particulares de la población. La Sociedad del Cáncer de Santa Lucía proporciona servicios de consulta temprana para la detección de cáncer mamario y del cuello uterino. En 1995-1999 entre 88% y 100% de la población destinataria de niños menores de 1 año recibieron las vacunas completas de BCG, poliomielitis y DPT, mientras que la cobertura de la vacuna SPR se situó entre 64% y 95%. Salvo respecto a la vacuna BCG (que logró cobertura total), la cobertura más baja durante el período de 5 años se notificó en 1999. El porcentaje de mujeres embarazadas que buscaron atención prenatal del sector público osciló entre 49% y 59% en el período de 1995-1999. No hubo datos disponibles respecto al sector privado. El porcentaje de partos atendidos por personal de salud adiestrado osciló entre 96% y 99% en el mismo período.

Servicios de salud para individuos. Se proporciona información oportuna y fidedigna, que se usa principalmente a nivel central. No existe ningún sistema unificado o esfuerzo coordinado para abordar las necesidades de información de los planificadores y los gerentes de salud, en particular

a nivel periférico del Ministerio. Existen sistemas paralelos de información en el Ministerio, centros de salud y hospitales, y otros departamentos e instituciones. Sin embargo, un volumen notable de datos recopilados de estos sistemas se presentan al Ministerio sin analizarse o usarse. El uso de información es especialmente débil en la periferia, dada la centralización de los sistemas de salud, incluidos los sistemas de información. Esto produce considerable inquietud dado el plan de Reforma del Sector de la Salud de descentralizar la toma de decisiones y establecer capacidad a nivel de distrito y de comunidad. Las oportunidades que tienen los usuarios de elegir entre diferentes proveedores de asistencia sanitaria del mismo servicio son mínimas y no han cambiado en el sector público en el decenio de los noventa. Se espera que una nueva policlínica, que servirá de opción para los clientes que necesiten recibir atención primaria y secundaria, esté operando plenamente en 2001.

Atención primaria. No se ha cuantificado la cobertura de los usuarios de servicios de atención primaria por los proveedores de servicios de atención primaria de salud públicos y privados. No obstante, la mayoría de los que piden atención primaria usan el sector público porque generalmente los servicios son más baratos o gratuitos, o porque no los proporciona el sector privado. No hay ningún sistema computadorizado de información en los centros de atención primaria. y no se dispone de ninguna información relativa a la producción de servicios. Los auxiliares comunitarios de salud adiestrados y las enfermeras comunitarias hacen visitas domiciliarias. La visita domiciliaria es parte integrante de las actividades del programa para la atención posnatal y la atención de ancianos y discapacitados.

Atención secundaria. Tampoco se dispone de información sobre el porcentaje de cobertura proporcionada por hospitales públicos y privados, y la mayoría de las personas que buscan atención secundaria usa hospitales públicos (en vez de privados) por las mismas razones citadas anteriormente. No existe ningún sistema computadorizado para la gestión administrativa de los hospitales. Ambos hospitales generales públicos para enfermos agudos han computadorizado los sistemas para la gestión clínica, pero los dos hospitales públicos de distrito y el hospital privado no lo han hecho.

Calidad. No existe ningún programa de calidad plenamente operativo en los establecimientos de salud. La Asociación Médica y Dental de Santa Lucía supervisa el ejercicio de la medicina y la dentistería por conducto de su Comité de Ética. En 1999, cerca de 8,3% de todos partos ocurrieron por cesárea. En 1990-1999 el porcentaje de partos por cesárea oscilaron entre 5,2% y 9,5%. No existe ningún comité en funcionamiento pleno encargado de las infecciones nosocomiales. No se dispone de datos sobre la tasa de infecciones nosocomiales. Es práctica habitual dar a los pacientes un informe de alta cuando salen del hospital. No se dispone de datos

relativos al porcentaje de personas que reciben un informe cuando se les da el alta. Las autopsias se hacen a discreción de los médicos o para confirmar la causa de muerte con propósitos legales. En 1999, aproximadamente 10% de las defunciones hospitalarias fueron objeto de autopsia.

3. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD^{10, 11}

3.1 Monitoreo del proceso

Monitoreo de la dinámica. La necesidad del Servicio Público de mejorar para satisfacer las demandas del entorno dinámico nacional y mundial se expresó durante la primera mitad de los años noventa. Las recomendaciones de mayor sensibilidad respecto a los consumidores de bienes y servicios públicos, el valor frente al dinero y el mayor acceso a los servicios fueron temas planteados por el público en general, las organizaciones del sector privado, los medios de información y otras partes interesadas a nivel local, regional e internacional. Es posible que la reforma pública del sector haya comenzado con la reclasificación del servicio público en 1995. Las consultas con interesados directos clave y el público en general en la reforma pública se celebraron en 1996. Las políticas del nuevo gobierno (como se esbozaron en su manifiesto de elección de 1997 “Contrato de Fe”) abordaron la necesidad de modernizar el servicio público. Además, los gerentes públicos han reconocido la necesidad de efectuar una reforma para que las competencias de los funcionarios públicos puedan usarse eficazmente para lograr las metas fijadas.

El nuevo gobierno de 1997, a fin de evaluar críticamente el servicio público y elaborar un informe oficial para la Reforma Pública del Sector¹², estableció la Comisión de Reforma del Sector Público (CRSP). Los objetivos esbozados se extrajeron del “Contrato de Fe”, consultas con interesados directos clave, revisiones bibliográficas, discursos y otras fuentes pertinentes. Dichos objetivos fueron: a) maximizar el uso de recursos mediante la planificación, coordinación e integración de las acciones continuas; b) proporcionar servicio inmediato, de alta calidad y eficaz en función de los costos; c) establecer un servicio público sensible a los clientes; y d) mejorar la transparencia, la responsabilización y la gobernabilidad en los asuntos del Estado. Por lo tanto, el objetivo es crear un servicio público más sensible, eficaz, consciente de los costos, responsable y modernizado. La Reforma del Sector de la Salud formó parte de la política del gobierno nuevo sobre la modernización del Estado. El Comité de Reforma del Sector de la Salud (CRSS), que se estableció dentro del Ministerio de Salud en septiembre de 1997, se encargó del diseño de la Reforma del Sector de la Salud en Santa Lucía¹³. El diseño del sistema propuesto fue elaborado por el CRSS basándose en investigación y en negociaciones y consultas con

interesados directos clave y la comunidad en general, con asistencia de la OPS y consultores locales. El Ministerio de Salud estableció una secretaría para elaborar propuestas de Reforma del Sector de la Salud en Santa Lucía. Los objetivos propuestos fueron: a) proporcionar atención de salud eficaz de calidad; b) mantener un programa adecuado de atención de salud primaria/preventiva que hiciera hincapié constante en la promoción de la salud; c) lograr mayor equidad en la asignación y el uso de recursos; d) diseñar y poner en práctica programas integrales e integrados para detección, prevención, tratamiento y rehabilitación; e) mejorar y mantener los servicios de salud mental a nivel de las normas internacionales contemporáneas; y f) reducir la incidencia de problemas de salud ambiental; mejorar el financiamiento del sistema para hacerlo asequible y sostenible.

Estos objetivos se derivaron de negociaciones y consultas sostenidas por el CRSS con trabajadores de atención de salud, personal de otros ministerios, ONG, medios de información y el sector privado y grupos comunitarios. Las propuestas relativas a la calidad y el control de los servicios y a un mecanismo de recepción y facilitación de quejas del público en general se elaboraron principalmente basándose en las inquietudes planteadas en estas reuniones.

El plan original propuso la ejecución de tres fases diferenciadas: La fase I (a partir de 1999) incluye fortalecimiento institucional, mejor gestión en todos los niveles y reorganización del servicio. La fase II, que va a ejecutarse en abril de 2002, se centra en el desarrollo de un sistema financiero sostenible; y la fase III, que va a ejecutarse en 2003, implicará la elaboración del Plan Nacional de Servicios de Salud. Los temas de legislación, gobernabilidad, equidad, eficiencia y garantía de la calidad se abordarán en todas estas fases según sea necesario.

Los ministros del gabinete aceptaron las propuestas de Reforma del Sector de la Salud en diciembre de 2000, pero con las siguientes modificaciones: un plan revisado de ejecución a corto plazo para presentarse en enero de 2000, un plan de comunicación y una estrategia. La Unidad de Planificación dentro del Ministerio de Salud recibió el mandato de hacer los ajustes necesarios al plan propuesto de ejecución y elaborar el plan de comunicación y estrategia conjuntamente con la Oficina de Educación de Salud. Se elaboró un plan de ejecución a corto plazo y los fondos se aprobaron para su ejecución en el presupuesto de 2001/2002. La Unidad de Planificación, con directores de departamentos e instituciones dentro del Ministerio de Salud, está a cargo de la ejecución de las reformas propuestas. La fase de diseño se financió con fondos de la OPS y del Gobierno de Santa Lucía. basándose en sus cálculos presupuestarios anuales habituales. El Gobierno de Santa Lucía proporcionará el financiamiento de la ejecución a corto plazo.

El proceso de Reforma del Sector de la Salud en Santa Lucía ya salió de la fase de diseño y está preparándose para la fase de ejecución. El proceso está atrasado según el plan original de

ejecución. Todavía se está fortaleciendo la Unidad de Planificación, que se encarga de la ejecución del proceso.

El Plan de Comunicación y Estrategia, que fue recomendado por el Gabinete y se elaborará mediante la Unidad de Planificación, explicará la reforma a la población y a los profesionales de salud. El Plan de Comunicación y Estrategia se está examinando actualmente.

No se definió ningún criterio de evaluación o mecanismo de monitoreo para el proceso de reforma desde un principio; esto es un resultado de la falta de información y de conocimientos técnicos. Sin embargo, dado que las propuestas de reforma se diseñaron conforme a los principios del Desempeño de Sistemas de la OMS, los Indicadores de Sistemas de la OMS pueden usarse como criterios de evaluación en algunos casos. No se hizo ninguna evaluación del desarrollo o la repercusión del proceso de reforma a finales del año 2000.

Marco legal. Aunque no se ha operado ningún cambio en los reglamentos sanitarios hasta ahora, se ha demostrado la intención de hacerlo. Se proporcionó un consultor legal mediante Salud Canadá para que examinara los reglamentos sanitarios existentes y redactara una legislación nueva o una enmienda. Ya se examinó la legislación y se prevé que el borrador nuevo o revisado esté listo en 2002.

Los cambios de la legislación se han propuesto para abordar derechos de los pacientes, quejas, concesión de licencias y acreditación, y medicina complementaria. Se introducirá una Carta de los Derechos de los Pacientes y la Ley de Quejas de Salud como nueva legislación mientras que las leyes pertinentes a las funciones de juntas o consejos reguladores y a la medicina complementaria se examinarán. Ya se redactó la Ley de Quejas de Salud y actualmente se está examinando.

Derecho a la atención de salud y al seguro de salud. Actualmente no se garantiza el derecho a la atención de salud adecuadamente. Las propuestas de reforma prevén que el derecho a la atención de salud podría garantizarse mediante un mayor acceso a los servicios de salud, la legislación antidiscriminatoria, el financiamiento, un paquete de servicios y reglamentación o licencia de los proveedores de asistencia sanitaria. Estas propuestas se presentarán a la población mediante el plan de comunicación y estrategia. En las deliberaciones entre el gobierno y el Plan Nacional de Seguro se ha empezado a diseñar un Plan de Seguro de Salud que incluirá un conjunto básico de prestaciones de servicios médicos. En esta etapa todavía no se han resuelto cuestiones relativas a quién se beneficiará y lo que se incluye.

Función rectora y separación de las funciones. El exámen de las funciones rectoras y las responsabilidades se ha incluido en las propuestas de reforma, pero no se ha adoptado ninguna medida al respecto en esta etapa inicial del proceso.

Modalidades de la descentralización. La Ley de Hospitales Públicos se enmendó en 1999 para delegar el poder del Médico Jefe al Director Médico del hospital principal (Hospital Victoria). Esto fue compatible con las propuestas de reforma para la descentralización de los servicios públicos y de salud. No hay indicios de una transferencia de responsabilidades, autoridad y recursos a niveles subnacionales. Aunque está ocurriendo cierta desconcentración en algunas instituciones de salud pública, esta no se coordina adecuadamente.

Control y participación social. La participación social se ha reconocido como un objetivo de la Reforma del Sector Público y de la Reforma del Sector de la Salud. No se ha introducido ninguno de los mecanismos o entidades propuestos para facilitar la participación social en el proceso en esta etapa. Sin embargo, en las reuniones y las consultas sostenidas por el CRSS con trabajadores de salud, otros interesados directos y los participantes del público en general se hicieron conscientes de la importancia de la reforma del sector y de la retroinformación sobre cuestiones clave de política. A los grupos que no se incluyeron en el proceso decisorio se les ha dado la oportunidad de participar en todos los niveles del proceso en las propuestas. La legitimación legal se hará mediante arreglos contractuales (como ocurre ahora en lo relativo a la contratación de médicos y algunos gerentes de atención de salud) y los principales instrumentos legales mencionados.

Financiamiento y gasto. Los sistemas existentes de información sobre financiamiento y gasto no permiten comparar fácilmente los establecimientos y las unidades geográficas. Se están haciendo planes para examinar todo el mecanismo de financiamiento del sector de la salud.

Los planes para el seguro nacional de salud se están examinando con el Plan Nacional de Seguro. Los resultados de los estudios de cálculo de costos, realizados en los dos hospitales principales por los consultores de HERA en 2000, formarán la base para las deliberaciones adicionales sobre la distribución del gasto en los hospitales.

Prestación de servicios. El apoyo dado por el gabinete ministerial para las propuestas de reforma sanitaria indica que el gobierno ha acordado (en principio) modificar la prestación de servicios de salud pública. Las modificaciones de la prestación de servicios se proponen respecto a los servicios a nivel primario, secundario y terciario. El plan revisado de ejecución determinará las instituciones públicas en las que se operarán tales cambios. Se están ejecutando nuevas estrategias de prestación de atención de salud, que también son compatibles con las propuestas de RSS. Se están llevando a cabo más operaciones quirúrgicas diurnas ambulatorias en ambos hospitales generales para enfermos agudos. Se abrirá y comenzará a funcionar una nueva policlínica en 2001. Con las carteras de Asuntos Familiares, Servicios Sociales y Relaciones de Género que ahora se han unido con Salud, se han establecido enlaces más fuertes entre estos organismos.

Modelo de gestión. Se han operado algunos cambios en el modelo existente de gestión. Se ha contratado a un director ejecutivo para administrar el hospital principal. Y se han introducido convenios para contratar a algunos gerentes de atención de salud y médicos, y también para prestar servicios de eliminación de residuos sólidos, de transporte y de otra índole. Todavía se están llevando a cabo deliberaciones para la organización de instalaciones públicas conforme a las normas empresariales. No se ha expresado la intención de pasar la gestión de los establecimientos de salud pública al sector privado.

Recursos humanos. La información y la planificación de salud se consideraron como áreas prioritarias principales en la Reforma del Sector de la Salud. Para fortalecer la capacidad existente en estas áreas, el personal de salud clave recibió formación en planificación de salud, información sanitaria y demografía médica a nivel de maestría. Ninguno de los cambios propuestos se han introducido en las siguientes esferas: a) reglamentos profesionales que rigen a los trabajadores de salud; b) certificación de los trabajadores; c) incentivos para mejorar el desempeño del personal de salud en el sector de salud pública.

Evaluación de la calidad y de tecnologías de salud. Los procedimientos o las instituciones propuestas para la acreditación de establecimientos de salud y programas no se han creado o reformulado en esta etapa del proceso. La reforma propone la evaluación continua de tecnologías. Cada tecnología debe evaluarse cuidadosamente con respecto a la eficacia en función de los costos y la idoneidad respecto al entorno local. Se establecerá un comité de evaluación de tecnologías, integrado por técnicos y legos, para que aborde cuestiones de evaluación de tecnologías. En el año 2000 se elaborará un programa de evaluación de tecnologías y un programa de mejora continua de la calidad. con asistencia de la OPS.

3.2 Evaluación de los resultados

La puesta en práctica del plan revisado comenzó en 2001 y está avanzando más lentamente de lo esperado. Por lo tanto, es prematuro evaluar el proceso en este momento. El gabinete ministerial aceptó propuestas sólo en principio en diciembre de 2000, con algunas modificaciones del plan de ejecución y de una estrategia de comunicación. La Unidad de Planificación, que se encarga de la ejecución, todavía no contaba con plena dotación de personal y no pudo cumplir con esta función eficazmente en el momento del debate del presupuesto de 2001/2002, en abril de 2001. Además, aunque los sistemas de información, la recopilación y el análisis de datos se han fortalecido ahora con el regreso de personal sumamente adiestrado, estos no se coordinan adecuadamente en la provisión de la información requerida para vigilar y evaluar el proceso sistemáticamente.

* El perfil fue preparado por un grupo de 17 profesionales y encargados de adoptar decisiones de políticas nacionales del Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Servicios Comunitarios, el Ministerio de Planeamiento, el Fondo de Reducción de la Pobreza, el Seguro de Santa Lucía, el Plan Nacional de Seguro, el Departamento de Estadística del Gobierno y la Coordinación de Programas en el Caribe de la OPS/OMS en Barbados. La coordinación técnica del grupo nacional estuvo a cargo del Ministerio de Salud de Santa Lucía y la Coordinación de Programas en el Caribe de la OPS/OMS en Barbados. La revisión final, la edición y la traducción están a cargo del Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

¹ CARICOM Secretariat: Draft Model Drug Policy, 1999.

² Ministry of Planning, St. Lucia: Draft Population Policy, 2000 (unpublished).

³ Ministry of Health. Human Services, Family affairs and Gender Relations, St. Lucia: CMO Report, 1999.

⁴ Ministry of Education, Human Resource Development, Youth and Sports, St. Lucia: Education Sector Development Plan 2000-2005 and beyond, 2000. Ministry of Education, Human Resource Development, Youth and Sports, St. Lucia: Education Statistical Digest, 2000.

⁵ Kairi Consultants Limited, Trinidad; Ministry of Planning, Development and Environment. St. Lucia: Poverty Assessment Report—St. Lucia, 1996.

⁶ CARICOM Secretariat: Draft Model Drug Policy, 1999.

⁷ Planning Unit, Ministry of Health, St. Lucia: National 10-Year Health Sector Plan, June 1993-July 2003.

⁸ Government of St. Lucia: Estimates of St. Lucia, 1990-1999.

⁹ National Insurance Scheme, St. Lucia: Annual Report, 1999.

¹⁰ Ministry of Health, Human Services, Family Affairs and Gender Relations, St. Lucia: Health Sector Reform Proposals, 2000.

¹¹ St. Lucia Labour Party: New Vision, New Directions for a New Century, 1997 (election manifesto).

¹² Government of St. Lucia: White Paper on Public Sector Reform, 1997.

¹³ Ibid.