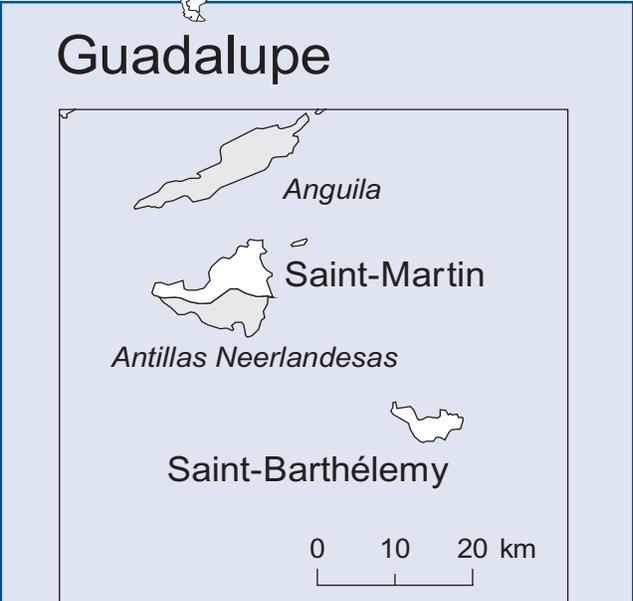
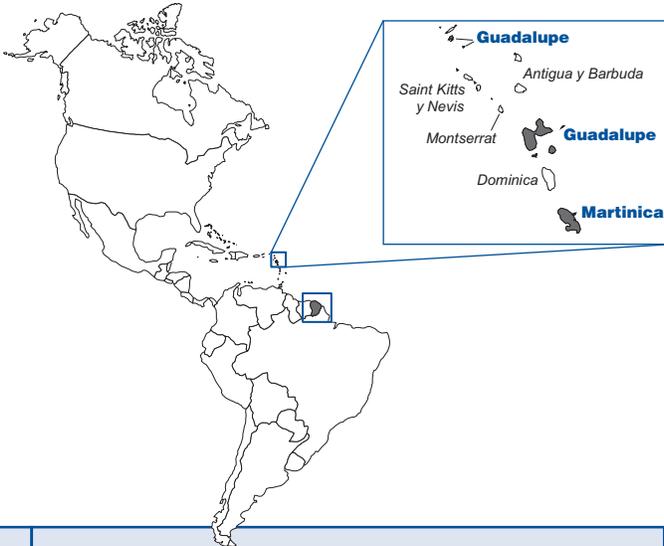


GUADALUPE, GUAYANA FRANCESA Y MARTINICA



Las islas de Guadalupe y Martinica en las Antillas Menores, y la Guayana Francesa, situada en la costa nordeste de América del Sur, entre Suriname y Brasil, constituyen, desde 1946, los tres departamentos franceses de ultramar que se encuentran en la Región de las Américas. A pesar de que están alejados geográficamente de Francia, su organización política y administrativa, en departamentos y regiones, es similar a la que rige en el resto de Francia.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Guadalupe, con una superficie de 1.703 km², es la más grande de las dos islas y comprende, además de la isla homónima (integrada por Basse-Terre y Grande-Terre, separadas por un canal marino), las islas de María-Galante, los Santos, la Deseada, San Bartolomé y la zona francesa de San Martín. Martinica tiene una superficie de 1.128 km² y Guayana Francesa, de 83.534 km². Guadalupe y Martinica gozan de un clima tropical atemperado por los vientos alisios y a menudo son azotadas por tormentas tropicales durante los meses de julio a octubre, mientras que la Guayana Francesa tiene clima ecuatorial. La Guayana Francesa es el más vasto de los departamentos franceses de ultramar, pero 94% de su territorio está cubierto por una densa selva amazónica surcada por ríos de distinta magnitud.

Determinantes sociales, políticos y económicos

Guadalupe, la Guayana Francesa y Martinica se consideran regiones ultraperiféricas de la Unión Europea, por lo que su moneda oficial es el euro. La economía de los departamentos franceses de ultramar no escapa a los problemas propios de las pequeñas islas autónomas, entre los que están las exportaciones poco competitivas, la mayor dedicación a los bienes de servicios, la enorme dependencia del turismo y de los recursos naturales, la fragilidad ambiental y la vulnerabilidad a los desastres naturales. A todo ello se agrega su profunda dependencia financiera de Francia continental para mantener la estabilidad económica y política, y la escasez de intercambios comerciales con el resto del mundo. Apenas 9% de las importaciones de los tres departamentos proviene del Caribe y solo 3% de las exportaciones puede situarse dentro de los mercados de esta subregión.

La actividad económica de la Guayana Francesa tiene dos pilares. El primero es el Centro Espacial Guayanés, construido por el Gobierno francés a mediados del decenio de 1960, que opera como base de lanzamiento de satélites. Este centro está situado en el pequeño pueblo costero de Kourou, y su contribución al PIB varía todos los años. El segundo es el lavado de oro, que consti-

tuye la principal actividad exportadora junto con las operaciones espaciales, pero que también genera puestos de trabajo ilegal y cuantioso contrabando. En Guadalupe y Martinica, el sector productor y exportador de banana se ve amenazado por las permanentes fluctuaciones de las condiciones del mercado.

El PIB per cápita, que había repuntado considerablemente en años anteriores, se halla por debajo de los valores de todas las demás regiones de Francia metropolitana. En 2002, el PIB per cápita fue de 15.622 euros en Martinica, 14.108 en Guadalupe y 12.858 en la Guayana Francesa. El estándar de vida propio de los departamentos franceses de ultramar es relativamente alto frente al de muchos de sus vecinos geográficos, en virtud de los subsidios e importaciones del Gobierno francés, pero la rentabilidad laboral y del comercio exterior los sitúa prácticamente en el nivel más bajo de los miembros del grupo del Caribe, y su PIB no es tanto reflejo de riqueza y actividad productiva como de su exclusiva condición de departamento de Francia.

La tasa de desempleo en 2005 fue sumamente elevada en todos los departamentos. La población en edad laboral desocupada en la Guayana Francesa era de 26,5%, 26% en Guadalupe y 21,8% en Martinica. Estas tasas se mantuvieron constantes durante los últimos años, pero la situación ha mejorado levemente si se la compara con la de 1998, cuando el desempleo alcanzó un valor máximo de 30% en las Antillas (Guadalupe y Martinica). Las personas más afectadas por el desempleo son los jóvenes, especialmente los menos preparados, y las mujeres. La tasa de desempleo puede atribuirse en gran medida al acentuado incremento de la población económicamente activa a partir del decenio de 1980, y al desplazamiento de la actividad del campo hacia la producción de servicios tercerizados. El problema del desempleo es más acuciante en la Guayana Francesa, porque el enorme aumento de la fuerza de trabajo no se acompañó del aumento acorde de las plazas de empleo, y porque las oportunidades de capacitación que se ofrecen son insuficientes y los empleadores no tienen posibilidad de conseguir personal idóneo. Los trabajadores ilegales dispuestos a recibir salarios bajos agravan aún más esta situación.

El entorno socioeconómico en los departamentos franceses de ultramar no es tan favorable como en otras regiones francesas,

incluso a pesar de que tienen un estándar general de vida superior al de la mayoría de los países vecinos. En 1988, Francia creó el Ingreso Mínimo de Inserción (RMI, por sus siglas en francés), que garantiza un ingreso mínimo a las personas de más de 25 años de edad y la posibilidad de gozar de determinados beneficios sociales. EL RMI también ofrece ayuda para lograr la integración social, profesional, o ambas. La proporción de beneficiarios del RMI es considerablemente más elevada en los departamentos de ultramar que en Francia continental, y el 31 de diciembre de 2005 alcanzaba a 80.000 beneficiarios (13% de la población entre 20 y 59 años de edad en la Guayana Francesa, 14% de este mismo grupo de edad en Guadalupe y 15% en Martinica).

El Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos (INSEE, por sus siglas en francés) efectuó una encuesta en 2001 que demostró que la cifra porcentual de hogares pobres de los departamentos franceses de ultramar superaba la de Francia metropolitana. Asimismo, la encuesta indicó que la situación de la Guayana Francesa era la peor de los tres departamentos, con 20,7% de todos los hogares situados por debajo de la línea de pobreza,¹ frente a 12,5% en Guadalupe y 12% en Martinica. El contraste era incluso mayor cuando se cuantificaba la pobreza de la población infantil. En la Guayana Francesa, 32% de los niños vivían por debajo de la línea de pobreza, frente a 16% en Guadalupe, 13% en Martinica y 8% en Francia continental.

A fin de garantizar la atención médica para toda la población, el Gobierno francés puso en vigor la cobertura universal básica de salud para todas las personas que hayan vivido en Francia durante tres meses por lo menos y que no tengan otro seguro de salud. El plan también incluye un seguro complementario de enfermedad, que a diferencia del seguro básico universal ofrece atención médica adicional en forma gratuita, sin cantidad deducible, y que no requiere pago con reintegro. La cobertura complementaria de enfermedad se destina a las poblaciones más necesitadas. El seguro universal de enfermedad básico y complementario ofrece servicios a un alto porcentaje de la población de los departamentos franceses de ultramar. En 2005, una cuarta parte de la población de las Antillas y la tercera parte de la población de la Guayana Francesa estaban bajo el amparo del seguro universal de enfermedad complementario.

La oferta de vivienda es cada vez mayor a raíz de las medidas impositivas que favorecen la construcción de viviendas y también en virtud de la mayor disponibilidad de alojamientos rentados a bajo costo. Pese a todo lo que se ha mejorado en este sen-

tido, la demanda de vivienda sigue siendo enorme debido al crecimiento de la población y el número total de hogares, y a la menor tendencia de las familias numerosas a vivir bajo el mismo techo. Las condiciones de habitabilidad mejoran a la par que tiende a disminuir el alojamiento en condiciones precarias.

El impacto de la política urbana sobre los distritos más precarios y pobres de Guadalupe, la Guayana Francesa y Martinica fue algo mezclado en el decenio de 1990. Por un lado, el gobierno hace claros esfuerzos para mejorar las condiciones de vivienda y de vida, pero por otra parte, los residentes de esos distritos fueron los más afectados por la creciente tasa de desempleo a pesar de los incentivos que se crearon para suscitar la oferta de puestos de trabajo.

La escolaridad es obligatoria para los niños y adolescentes de 6 a 16 años de edad. En consecuencia, prácticamente todos los niños de 3 a 6 años asisten a la escuela. A comienzos del año escolar 2005–2006, cerca de 275.000 niños asistían a las escuelas en los departamentos; de ellos, más de la mitad asistía a las escuelas primarias (jardín preescolar y escuela elemental), una cuarta parte concurría a la escuela secundaria elemental y una quinta parte (alumnos de 15 a 18 años) estaba matriculada en instituciones que otorgan licenciaturas (*liceo francés*).²

En 2004 aprobaron la licenciatura general 72% de los estudiantes de la Guayana Francesa, 75% de los estudiantes de Guadalupe y 79% de los de Martinica. Aunque estas tasas han mejorado, todavía están por debajo de las de Francia continental y la proporción de no graduados permanece elevada, especialmente en la Guayana Francesa, donde la tasa de estudiantes que no se gradúan se incrementa con la edad.

Los departamentos franceses de ultramar tuvieron 19.050 estudiantes en la Universidad durante el período lectivo 2004/2005, 60% de los cuales estaban inscritos en la Universidad de las Antillas y la Guayana Francesa. Después del incremento sostenido durante el decenio de 1990, el número de estudiantes se ha mantenido estable en los últimos años. Dado que no existen todas las carreras localmente, la gente joven se ve obligada a proseguir sus estudios en Francia u otros países.

Las determinadas características del medio ambiente pueden perjudicar la salud de los habitantes de los departamentos. En las Antillas, los fenómenos naturales peligrosos, como terremotos, tormentas tropicales y erupciones volcánicas se tienen en cuenta al elaborar los principales planes para la prevención de riesgos. Además, el uso de pesticidas organoclorados durante muchos años en Guadalupe y Martinica ha perjudicado el medio ambiente natural (vertientes de agua, sedimentos fluviales y suelos). Se han efectuado numerosos estudios, algunos de los cuales están todavía en marcha, para conocer la magnitud del riesgo al que están expuestos los habitantes de estas regiones.

¹Se considera que una persona es «pobre» si pertenece a un hogar cuyo estándar de vida se sitúa por debajo de la línea de pobreza, a la que se define como la mitad del estándar de vida medio. El estándar de vida medio se obtiene dividiendo el número total de hogares de una zona geográfica dada en dos mitades iguales. Esta definición es a la vez monetaria y relativa ya que la línea de pobreza está en función del lugar que ocupa en la escala de ingresos de un conjunto de hogares. Esto explica por qué la línea de pobreza varía de un territorio a otro y la razón para calcularlas por separado para los departamentos franceses de ultramar y Francia continental.

²La enseñanza secundaria (o 12° grado) sigue a la enseñanza preescolar y elemental (1er grado) y la imparten las escuelas secundarias elementales y los liceos o bachilleratos.

La provisión de agua potable y el lavado de oro son las principales cuestiones relacionadas con el medio ambiente en la Guayana Francesa. El saqueo de los depósitos de oro se produce tanto dentro de los límites de los sitios autorizados para la explotación minera como en el interior de la jungla. Sus consecuencias adversas se dejaron ver agudamente en la deforestación, la aniquilación de la vida selvática, la polución mercurial de los ríos y la propagación de la malaria. En virtud de sus características geográficas, la Guayana Francesa no logra asegurar el suministro de agua corriente inocua a todos sus habitantes. Este déficit afecta sobre todo a las poblaciones del interior y a ciertos segmentos de población que habitan junto a las riberas de los ríos o en distritos urbanos y periurbanos marginales que carecen de agua corriente.

Demografía, mortalidad y morbilidad

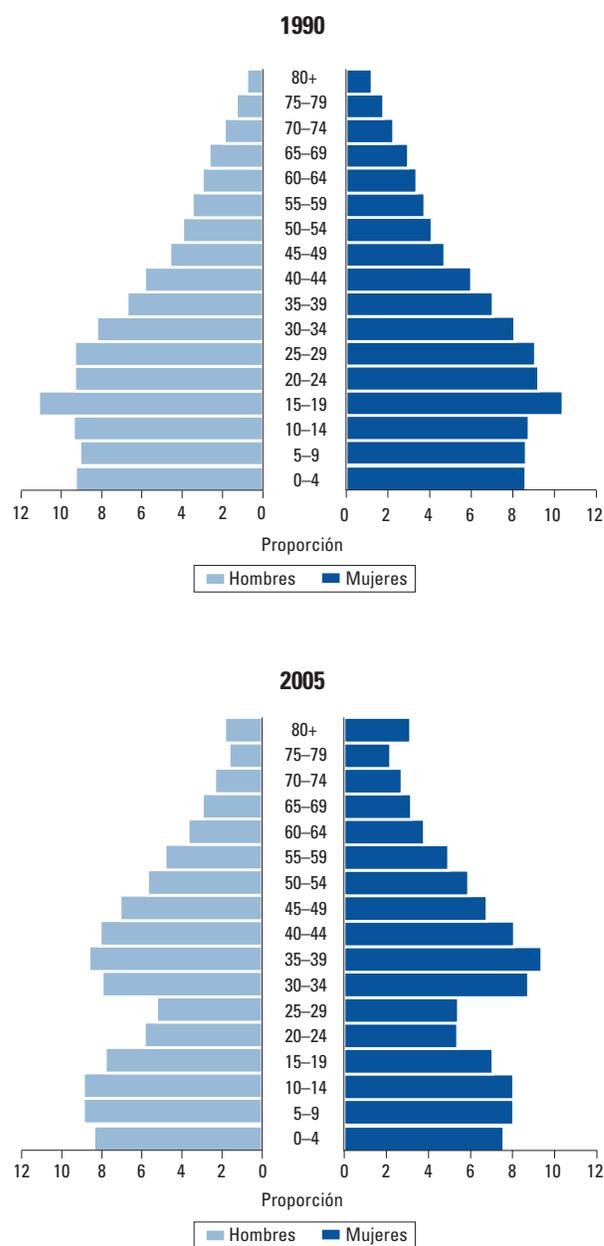
A pesar del aumento de la tasa de natalidad, la población de los departamentos franceses de ultramar se mantuvo estable en el período comprendido entre los decenios de 1960 y 1980 debido a la emigración hacia Francia provocada por la falta de trabajo. La disminución de la emigración a mediados del decenio de 1980 desencadenó el crecimiento de la población en los departamentos. Además, el aflujo de inmigrantes expandió considerablemente las poblaciones de Guadalupe y, en mayor grado, de la Guayana Francesa. En virtud de esto último, la población de Guadalupe se duplicó en el lapso de 50 años (tenía 229.000 habitantes en 1954) y la población de la Guayana Francesa aumentó siete veces (a partir de 28.000 habitantes en 1954).

Entre 1999 y finales de 2004, la población se expandió 4,5% en Martinica, 7,5% en Guadalupe y 22,5% en la Guayana Francesa. El 1º de enero de 2005, Guadalupe tenía la mayor población (453.029 habitantes), seguida de Martinica (397.820) y la Guayana Francesa (190.842). Dada su escasa superficie de tierra, Martinica es el departamento más densamente poblado, con 353 habitantes por km² en 2005. Ese mismo año, Guadalupe tenía 266 habitantes por km², mientras que la Guayana Francesa, pese a la relativa vastedad de su territorio, contaba con apenas dos habitantes por km².

La distribución de la población varía en los distintos departamentos. La población de las Antillas aún es joven, pero está envejeciendo. Martinica tiene la proporción más alta de adultos mayores (17% de sus habitantes habían cumplido más de 60 años de edad en 2005). Por otra parte, la Guayana Francesa tiene la población más joven (44% tiene menos de 20 años de edad). Las figuras 1, 2 y 3 ilustran la distribución de la población por edad y sexo en 1990 y 2005 en Guadalupe, la Guayana Francesa y Martinica, respectivamente.

La población de las Antillas es el resultado en gran medida del mestizaje de amerindios, negros, blancos e indios que habitaron las islas durante siglos. A diferencia de las demás islas caribeñas, ya no quedan descendientes de las razas indígenas puras (amerindios). La población de la Guayana Francesa es un mosaico de

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



razas. Los amerindios se mezclaron con los europeos y los descendientes de esclavos negros de África a partir del siglo XVII. Durante el siglo XIX, las colonias penitenciarias y la primera fiebre del oro llevaron al incremento de la población. Por último, hubo inmigraciones de mercaderes chinos y libaneses durante el siglo pasado y se produjo el asentamiento de una comunidad de granjeros Hmong del Alto Laos.

FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Guayana Francesa, 1990 y 2005.

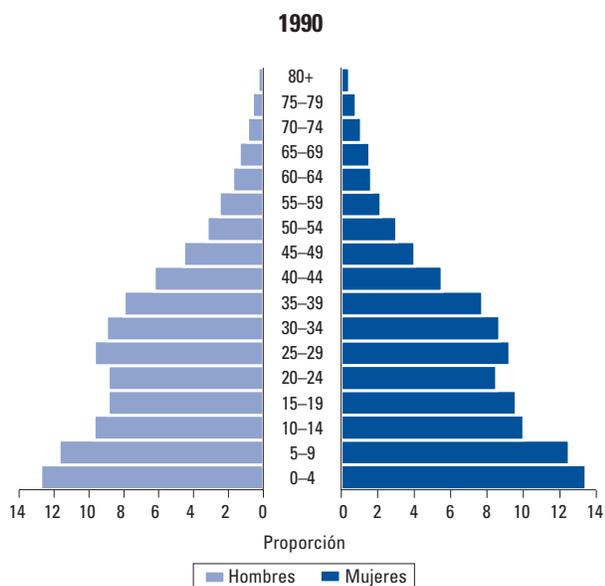
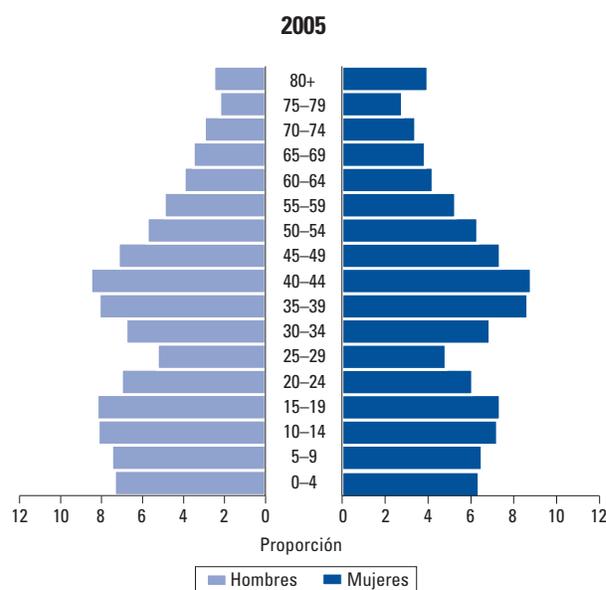
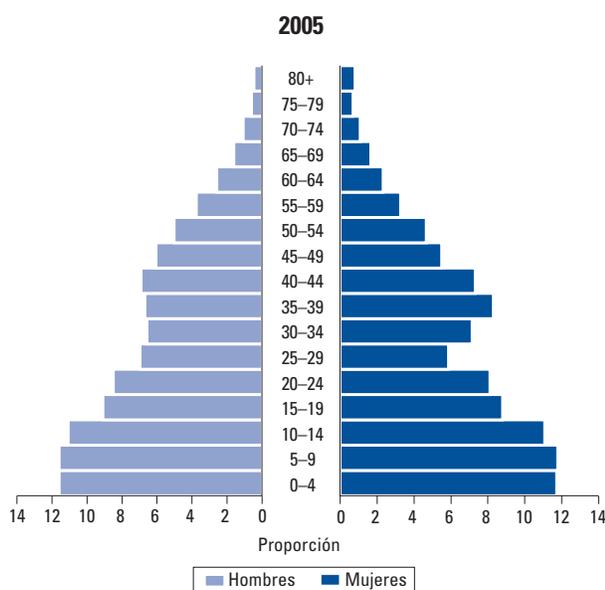
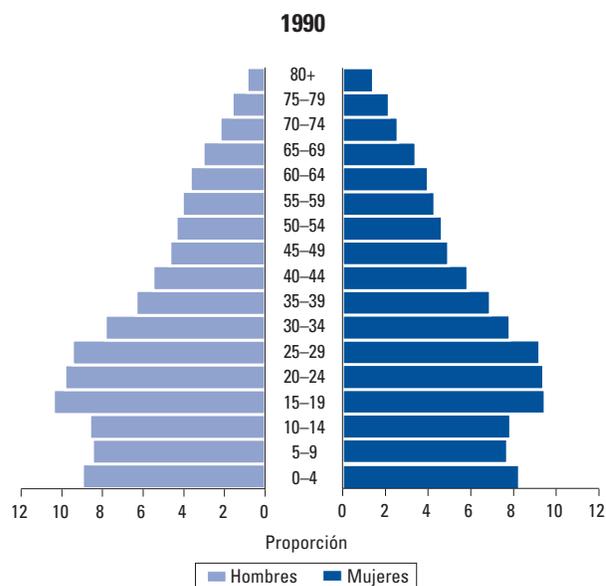


FIGURA 3. Estructura de la población por edad y sexo, Martinica, 1990 y 2005.



En Martinica existe una minoría extranjera que se mantiene estable en 1% de la población total. Está integrada en su mayor parte por nativos de Haití y Santa Lucía. En Guadalupe, los inmigrantes representaban 5% de la población según el censo de 1999; prácticamente la mitad de ellos era de origen haitiano. El municipio de San Martín alberga la mitad de los habitantes de origen extranjero de Guadalupe. En la Guayana Francesa, los con-

tingentes más populosos de inmigrantes provienen de Suriname (39%), Haití (30%) y Brasil (15%). Según datos oficiales, los pobladores de origen extranjero representan 33% de la población, pero las delgadas fronteras territoriales, además de la facilidad con que pueden cruzarse los ríos limítrofes Maroni y Oyapock y las actividades relacionadas con el lavado de oro, favorecen la inmigración clandestina. La población extranjera se ha subesti-

mado, por lo que se infiere que los datos numéricos oficiales de la población total están por debajo de lo que correspondería en el caso de que pudiera conocerse con exactitud el número de extranjeros.

Existen 34 municipios en Guadalupe y Martinica y 22 en la Guayana Francesa. En Guadalupe, más de 40% de la población vive en Pointe-à-Pitre, capital sede de la economía situada en Grande-Terre, mientras que apenas 10% de la población vive en Basse-Terre, centro de la actividad administrativa asentado en la isla homónima. En Martinica, más de la tercera parte de la población vive en el centro administrativo, Fort-de-Francia. En la Guayana Francesa, la mayor parte de la población habita en la franja costera; el espeso escudo de bosques húmedos dificulta el acceso a los municipios del interior.

Las condiciones sanitarias en Guadalupe y Martinica por lo general se asemejan a las de países desarrollados. En la Guayana Francesa, algunos de sus indicadores se asemejan a los de los países desarrollados (la incidencia de enfermedades crónicas y la relativa riqueza), mientras que otros reflejan características propias de los países en desarrollo (tener una población joven y altas tasas de mortalidad perinatal y de enfermedades infecciosas y parasitarias). Los obstáculos en Guayana Francesa incluyen su geografía (zonas remotas considerables en las que se dificulta la comunicación y la accesibilidad); sus indicadores sociodemográficos (una población en rápido crecimiento, la economía frágil y los flujos de migración) y la falta de recursos humanos e infraestructura (muy pocos profesionales de la salud y falta crónica de equipos médicos). A pesar de estos inconvenientes, la situación sanitaria de la población mejoró en los últimos 30 años. Durante los últimos 15 años, los principales indicadores en Guadalupe muestran su recuperación, acompañada del descenso de la mortalidad infantil, el mejor estándar de vida y los adelantos en la atención médica y el desarrollo de la prestación de los servicios de salud. No obstante, en Guadalupe y en los otros dos departamentos existen problemas de salud difíciles de solucionar, como la hipertensión, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, la salud mental (que también incluye alcoholismo y adicción al crack), el cáncer de próstata y la infección por el VIH. Además, los indicadores de salud perinatal de los tres departamentos aún causan preocupación, y Martinica y Guadalupe, que tienen poblaciones más viejas que la Guayana Francesa, enfrentan el creciente problema de salud pública que deriva del envejecimiento de la población.

Martinica tiene la esperanza de vida al nacer más alta. En 2003, este índice era de 81,7 años para las mujeres y 75,9 años para los hombres. Guadalupe ocupa el siguiente lugar, con un índice de 81,6 años para las mujeres y de 75,3 años para los hombres. La esperanza de vida más baja correspondió a la Guayana Francesa: 79,7 años para las mujeres y 71,3 años para los hombres.

Las cifras antes mencionadas indican el progreso alcanzado a partir de 1990, cuando la esperanza de vida al nacer era de 79,6 años para las mujeres y 73,3 años para los hombres en Martinica;

78,5 años para las mujeres y 70,8 años para los hombres en Guadalupe y 76,1 años para las mujeres y 67,2 años para los hombres en la Guayana Francesa.

En 2004, la tasa general de natalidad era de 13,3 nacimientos por 1.000 habitantes en Martinica, 16,2 en Guadalupe y 28,8 en la Guayana Francesa. Las mujeres en edad fértil (15–49 años de edad) representaban 50% de la población femenina de las Antillas y 52% de la de la Guayana Francesa. La tasa de fecundidad entre las mujeres en edad fértil era de 53 nacimientos por 1.000 mujeres en Martinica y 62 en Guadalupe, pero se duplicaba en la Guayana Francesa (113 en 2004). La tasa de fecundidad calculada fue de alrededor de dos niños por mujer en las Antillas y de casi cuatro niños por mujer en la Guayana Francesa.

El envejecimiento de la población y la disminución de la tasa de natalidad dan cuenta de la disminución del número de nacimientos en las Antillas, mientras que en la Guayana Francesa este índice muestra un crecimiento agudo. En 2004 se registraron 7.273 nacimientos en Guadalupe, 5.255 en Martinica y 5.312 en la Guayana Francesa.

Por el envejecimiento de la población, tanto el número de defunciones como la tasa global de mortalidad están aumentando en las Antillas; el promedio de defunciones en Martinica era de 2.200 a 2.300 por año durante el decenio de 1990, mientras que la cifra actual es de 2.700 defunciones por año.

Cada año se registran cerca de 6.000 defunciones (52% en hombres y 48% en mujeres). La principal causa de mortalidad en los tres departamentos son las enfermedades cardiovasculares, seguidas por las neoplasias y las causas externas de traumatismo. En la Guayana Francesa, las enfermedades infecciosas y parasitarias ocupan el cuarto lugar, mientras que en las Antillas, la siguiente causa de muerte son las afecciones endocrinas, nutricionales y metabólicas, principalmente la diabetes mellitus.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 1 año

La salud de los niños menores de 1 año ha mejorado (en cuanto a la mortalidad infantil), pero los indicadores de salud perinatal en los departamentos franceses de ultramar todavía causan preocupación y están por debajo de los que se registran en Francia. Las Antillas han mejorado en alguna medida, pero en la Guayana Francesa el progreso es inconstante y lento.

En 2003, la mortalidad infantil era de 6,1 por 1.000 nacimientos en Martinica, 7,9 en Guadalupe, y 10,4 en la Guayana Francesa. En 1990, las tasas fueron de 7,2, 10,2 y 18,1, respectivamente. El descenso sostenido de la mortalidad infantil a lo largo de los últimos decenios se logró gracias al mejor estándar de vida, los adelantos médicos, el mayor acceso a la atención de salud y la organización de campañas de prevención.

El patrón de la mortalidad perinatal en las Antillas y la Guayana Francesa es el mismo que el de la mortalidad infantil. En

Martinica, la mortalidad perinatal por 1.000 nacimientos en total se elevó de 14,6 en 2000 a 19 en 2002. En 2002 nacían muertos más de 16 niños por 1.000 nacidos en total. Las defunciones neonatales disminuyeron. En 2002, tres de cada 1.000 nacidos vivos murieron durante su primera semana de vida frente a 4,6 en 2000. La persistencia de una alta tasa de mortinatos puede probablemente atribuirse al control insuficiente durante el embarazo, mientras que la tasa de mortalidad de recién nacidos ha disminuido gracias a las mejores condiciones de higiene y a los adelantos médicos. En Guadalupe, la mortalidad perinatal disminuyó hasta 1992 y se elevó nuevamente con el aumento de la tasa de mortinatalidad. La tendencia osciló de un año a otro y llegó a ser de 19,2 defunciones por 1.000 nacimientos en 2002. Aunque la tendencia general de este indicador en los últimos 20 años ha sido adecuada, vale la pena destacar que la tendencia a descender todavía no está firme. Las dos causas más importantes de mortalidad perinatal han sido las infecciones transmitidas de la madre al feto y la hipertensión materna.

En la Guayana Francesa, la mortalidad perinatal por 1.000 nacimientos descendió durante el decenio de 1990 (de 25,8 en 1990 a 16,1 en 2000), para mantenerse entre 17 y 18 a comienzos de los años 2000. Esta reducción responde principalmente a la disminución de la tasa de mortinatalidad (de 20 por 1.000 nacimientos en 1990 a apenas 13 por 1.000 en 2002). La tasa de mortalidad neonatal temprana, por otra parte, apenas puede decirse que ha disminuido. En 2002 se mantuvo igual que en 1990 (aproximadamente seis defunciones por 1.000 nacimientos) e incluso se incrementó a mediados del decenio de 1990 alcanzando un valor máximo de 10,8 en 1995. La distancia que deben recorrer algunas embarazadas para llegar a los centros de salud en la Guayana Francesa impide que puedan asistir a los controles prenatales en forma regular. El cuadro 1 muestra las tasas de mortalidad específicas en los niños menores de 1 año durante los años 2001–2003.

La tasa de nacidos prematuros en los departamentos es de 10% a 12% de todos los nacimientos. Las dos causas más fre-

CUADRO 1. Tasas medias de mortalidad en los niños menores de 1 año por 1.000^a en los departamentos franceses de ultramar, 2001–2003.

Tasas	Guayana		
	Guadalupe	Francesa	Martinica
Mortinatos	15,6	12,0	15,5
Mortalidad perinatal	18,4	17,3	18,8
Mortalidad neonatal temprana	2,9	5,3	3,3
Mortalidad neonatal tardía	1,8	2,2	1,1
Mortalidad postneonatal	2,4	4,2	2,2

^aLas tasas de mortinatalidad y de mortalidad perinatal se definen por 1.000 nacimientos en total; las demás tasas se definen por 1.000 nacidos vivos.

Fuente: Instituto Nacional Francés de Estadística y Estudios Económicos (INSEE).

cuentas de defunción materna son la hemorragia durante el parto y la hipertensión.

Salud de los niños y adolescentes de 1 a 14 años

Se registraron 78 defunciones por año durante el período 2000–2002 en este grupo de edad (cerca de 1% de todas las defunciones). Las causas de muerte en las tres regiones fueron principalmente las lesiones traumáticas o las intoxicaciones (40% de todas las defunciones en este grupo de edad). En la Guayana Francesa, una tercera parte del total de defunciones se debió a lesiones traumáticas o intoxicaciones, seguidas por enfermedades infecciosas y parasitarias (17% de las defunciones). En Guadalupe y Martinica, 40% de todas las defunciones se debió a traumatismos o a intoxicaciones, seguidas por las enfermedades respiratorias (10% de los casos).

Salud de los adolescentes y adultos (15–34 años)

En 2000–2002 se registraron 320 defunciones por año en este grupo de edad (5% de todas las defunciones). Los accidentes de tránsito y otras formas de violencia fueron las causas principales notificadas por los tres departamentos. En Guadalupe y Martinica, las causas que seguían en orden de frecuencia eran las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio, mientras que en la Guayana Francesa, las enfermedades infecciosas y parasitarias causaron enormes pérdidas de vidas. Las principales afecciones crónicas en ambos sexos dentro de este grupo de edad son las enfermedades mentales, la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares (Cuadro 2).

La edad promedio de las madres que dan a luz por primera vez está aumentando en Martinica y Guadalupe y el número de ado-

CUADRO 2. Principales causas de atención de salud prolongada de adolescentes y adultos de 15 a 34 años y distribución por sexo en los departamentos franceses de ultramar, 2003.

HOMBRES	Número	%
Enfermedades mentales	252	44
Diabetes mellitus, tipos 1 y 2	49	8
Enfermedades cardiovasculares	46	8
Otras causas	229	40
Total	576	100
MUJERES	Número	%
Enfermedades mentales	119	20
Diabetes mellitus, tipos 1 y 2	78	13
Enfermedades cardiovasculares	58	10
Otras causas	342	57
Total	597	100

Fuente: Estudios CNAMTS y CANAM de la Organización Mundial de la Salud.

lescentes embarazadas es sumamente elevado en la Guayana Francesa; en 2002, uno de cada seis nacimientos era de madre adolescente. La tasa de fecundidad en la Guayana Francesa (52 nacimientos por 1.000 mujeres) es más alta que la de las mujeres de 19 años de edad en Guadalupe y Martinica. La tasa de fecundidad en la Guayana Francesa se eleva por cada año más de edad de la mujer a partir de entonces, hasta alcanzar una cifra máxima de 151 nacidos por 1.000 mujeres de 19 años.

El número de abortos provocados en 2004 en los tres departamentos fue de 9.000; 40 de cada 100 concepciones son abortadas en Guadalupe, 32 en Martinica y 24 en la Guayana Francesa.

Salud de los adultos (35–64 años)

Se registraron 1.450 defunciones por año en este grupo de edad en el período 2000–2002 (25% de todas las defunciones). Las neoplasias y las enfermedades cardiovasculares fueron las principales causas de mortalidad en los tres departamentos, seguidas por los accidentes de tránsito y otras formas de violencia, tanto en Guadalupe como en Martinica. Las afecciones crónicas más comunes de hombres y mujeres de 35 a 64 años de edad fueron las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y las neoplasias (Cuadro 3).

Salud de los adultos mayores (65 años y más)

Guadalupe y Martinica, que han tenido poblaciones jóvenes por mucho tiempo, actualmente enfrentan los problemas propios de una población que envejece. El tamaño de la población de los adultos de 65 años y más en Martinica prácticamente se triplicó entre 1967 y 1999, al aumentar de 16.000 a 47.000. En 2005, esta población se calculó en 52.645 habitantes (13% de la población total). En Guadalupe, 50.500 personas pertenecían a este grupo

de edad en 2005 (11% de la población total de ese año). En el otro extremo se halla la Guayana Francesa, cuya proporción de adultos de 65 años y más representa apenas 4% de la población (7.500 personas).

La incidencia de problemas de salud importantes alcanza su cifra más alta luego de los 65 años de edad; esto hace que las consultas médicas por temas de salud sean más frecuentes. La incidencia de enfermedades coexistentes, como hipertensión y diabetes, influyen enormemente sobre la calidad de vida. En las personas de 85 años y más, la prevalencia de dependencia física, psicológica o ambas aumenta rápidamente.

En las personas mayores de 65 años, las dos causas principales de mortalidad son las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias, en ese orden. En Guadalupe y la Guayana Francesa, la tercera causa de muerte son las afecciones endocrinas, nutricionales y metabólicas, fundamentalmente la diabetes mellitus. En Martinica, la tercera causa de muerte son las enfermedades respiratorias. En los hombres de este grupo de edad, las afecciones principales que exigen atención de salud a largo plazo son las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias y la diabetes mellitus, en ese orden. En las mujeres, las tres enfermedades crónicas que demandan atención de salud a largo plazo son las enfermedades cardiovasculares, seguidas por la diabetes mellitus y las enfermedades mentales como demencia y enfermedad de Alzheimer (Cuadro 4).

Salud de la familia

El número de miembros en los hogares se redujo sostenidamente durante el período en estudio; mientras que esta reducción es algo menor en la Guayana Francesa, el tamaño de las familias en Guadalupe y Martinica se mantiene en menos de tres

CUADRO 3. Principales causas de atención de salud prolongada de adultos de 35 a 64 años y distribución por sexo en los departamentos franceses de ultramar, 2003.

HOMBRES	Número	%
Diabetes mellitus, tipos 1 y 2	1.292	36
Enfermedades cardiovasculares	973	27
Neoplasias	504	14
Otras causas	805	23
Total	3.574	100
MUJERES	Número	%
Enfermedades cardiovasculares	1.646	38
Diabetes mellitus, tipos 1 y 2	1.246	28
Neoplasias	536	12
Otras causas	976	22
Total	4.404	100

Fuente: Estudios CNAMTS y CANAM de la Organización Mundial de la Salud.

CUADRO 4. Principales causas de atención de salud a largo plazo de la población adulta de 65 años y más y distribución según el sexo en los departamentos franceses de ultramar, 2003.

HOMBRES	Número	Porcentaje
Enfermedades cardiovasculares	1.411	41
Neoplasias	916	27
Diabetes mellitus, tipos 1 y 2	536	16
Otras	560	16
Total	3.423	100
MUJERES	Número	Porcentaje
Enfermedades cardiovasculares	2.080	52
Diabetes mellitus, tipos 1 y 2	872	22
Enfermedades mentales	395	10
Otras	648	16
Total	3.995	100

Fuente: Estudios CNAMTS y CANAM de la Organización Mundial de la Salud.

personas por familia. La estructura de las familias en los departamentos también ha sufrido un profundo cambio hacia los hogares con un solo padre, como ocurre aproximadamente en 40% de las familias de Guadalupe y Martinica y en una tercera parte de los hogares de la Guayana Francesa. En nueve de cada 10 de estos hogares, la mujer es la jefa de la familia, lo cual no hace más que poner de relieve la tradición (sociedades matriarcales) y las últimas tendencias sociales (uniones menos estables).

Salud de las personas con discapacidad

La Comisión Departamental de Educación Especial de cada uno de los departamentos franceses de ultramar se encarga de estudiar todos los pedidos de plazas para niños y adolescentes de menos de 20 años con discapacidad y también las solicitudes de ayuda económica por parte de los familiares. A partir del 31 de diciembre de 2005, 2.673 niños habían obtenido el subsidio para educación especial, lo cual indica que había ocho beneficiarios por cada 1.000 personas jóvenes de menos de 20 años.

En el caso de adultos discapacitados de 20 años y más, la Comisión Técnica para la Orientación y la Reclasificación Profesional de los Discapacitados es el organismo encargado de determinar en cada caso la condición de discapacitado, dar asesoramiento sobre las posibilidades laborales, revisar la adjudicación de ayuda económica y enviar a los candidatos a instituciones especializadas. En los departamentos, al 31 de diciembre 2005 se habían otorgado subsidios por discapacidad a 16.031 adultos. Esta cifra indica que había 29 beneficiarios por cada 1.000 individuos de entre 20 y 59 años.

La mayoría de los adultos discapacitados viven con la familia o en su propio hogar y son muy pocos los que pueden alojarse en instituciones especializadas por falta de lugar. Hay mayor disponibilidad de instituciones de cuidado especializado para niños.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Martinica y Guadalupe notifican 10 casos importados anuales de **malaria**, pero la enfermedad está mucho más difundida en la Guayana Francesa. La cifra anual de casos notificados por las provincias de la Guayana Francesa donde la malaria es endémica se mantuvo en 4.000 a 5.000 casos hasta 1999. La incidencia declinó hasta alrededor de 3.000 casos anuales en 2002 y 2003, pero volvió a elevarse hasta 4.414 casos en 2005.

Desde finales de 2001, los casos de malaria aumentaron alarmantemente en los municipios de Régina y Cacao de las zonas costeras de la Guayana Francesa y en el municipio de Camopi, más alejado de la costa. La práctica clandestina de actividades

mineras y los constantes movimientos migratorios y desplazamientos de población en vastas áreas lejanas hacen que la lucha contra esta enfermedad sea una tarea de enormes proporciones en la Guayana Francesa.

No se han notificado casos de **fiebre amarilla** en Guadalupe, la Guayana Francesa y Martinica durante el período 2001–2005. Todas las personas que viajan a la Guayana Francesa tienen la obligación de presentar el certificado de vacunación contra la fiebre amarilla.

La Guayana Francesa sufrió tres epidemias de **dengue** (en 2001, 2002 y 2004–2005) causadas en todos los casos por el serotipo 3. A finales de 2005 comenzó una nueva epidemia de dengue causada por el serotipo 2, que afectó a más de 15.000 personas y causó la muerte de cuatro entre diciembre de 2005 y julio de 2006. Guadalupe y Martinica sufrieron dos brotes epidémicos de dengue en 2001 y 2005; el primero de ellos fue causado por el serotipo 3 y el segundo por el serotipo 4, predominantemente. En el curso de esta epidemia en Martinica se aisló también el serotipo 2 comúnmente relacionado con las formas más graves de dengue. Esta isla sufrió otra epidemia en 2001 que afectó a aproximadamente 25.000 personas, 400 de ellas fueron hospitalizadas y cuatro murieron. Cerca de 14.500 personas sufrieron esta enfermedad en 2005 (4% de la población isleña local), 200 personas debieron ser internadas y cuatro murieron. En Guadalupe se calcula que cerca de 9.000 personas consultaron a médicos de pueblo por cuadros sospechosos de dengue durante la epidemia de 2005. Reunión, departamento francés de ultramar situado en el Océano Índico, sufrió una epidemia de chikungunya ampliamente propagada hacia finales de 2005 y comienzos de 2006. En Martinica hubo tres casos importados de Reunión, detectados durante el primer cuatrimestre de 2006; también se notificaron otros tres casos en la Guayana Francesa y un caso más en Guadalupe. A fin de evitar la persistencia de la enfermedad en los departamentos, las autoridades sanitarias han puesto en marcha sistemas de vigilancia activa y de alerta y respuesta precoz en todos los casos de viajeros que regresan de Reunión y otras islas del Océano Índico, y pusieron en práctica programas para la eliminación de los mosquitos.

Enfermedades inmunoprevenibles

Han transcurrido ya muchos años desde que se notificaron los últimos casos de **parálisis flácida**, **poliomielitis** y **difteria** en los departamentos franceses de ultramar. Sin embargo, periódicamente se notifican epidemias de **tos ferina** o algunos casos aislados. No se notificaron casos de **tétanos neonatal** desde que concluyó el decenio de 1970. Se han producido casos esporádicos de tétanos en adultos mayores que fueron perdiendo la inmunidad inducida por la vacuna con el tiempo y nunca volvieron a vacunarse. Se registraron muy pocos casos de tétanos entre 1993 y 2003: nueve en Guadalupe, cinco en Martinica y ninguno en la Guayana Francesa. Sin embargo, en la Guayana Francesa se regis-

Las nuevas políticas sanitarias también alcanzan a los departamentos franceses de ultramar

En 2004, la legislatura francesa aprobó tres leyes sobre derechos y deberes locales en materia de salud pública y seguro de enfermedad que representaron un cambio radical de la política del país en materia sanitaria. En consecuencia, los territorios franceses de ultramar, Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica, que adoptan la misma organización política y administrativa que el resto del país, elaboraron, cada una de ellas, su propio plan sanitario regional para el período 2006–2010. Estos planes comparten los mismos objetivos generales expresados en forma de prioridades, estrategias principales y líneas de acción orientados a prevenir las defunciones evitables, disminuir la incidencia de enfermedades y discapacidad y reducir cuanto sea posible las inequidades, actuando sobre los determinantes sociales de la salud —educación, nutrición, acceso a los servicios de atención de salud y saneamiento ambiental— y fomentando la participación de la población en temas de salud pública. La meta de lograr la buena salud para todos los ciudadanos franceses que habitan los departamentos en tierra americana es el compromiso que da sustento a cada de estos planes.

traron dos casos de tétanos en 2005. Durante el período 2001–2005, la red centinela de Martinica notificó un único caso sospechoso de **sarampión**; Guadalupe no informó ninguno. En la Guayana Francesa, la vigilancia del sarampión se sumó a la del dengue a partir de 2001. Todos los casos sospechosos de dengue con erupción cutánea se someten a pruebas de detección de la inmunoglobulina M (IgM) para sarampión y rubéola. Hasta la fecha no se ha notificado ningún caso con pruebas positivas. Francia ha lanzado una política destinada a erradicar el sarampión y el síndrome de la rubéola congénita para 2010.

El grado de cobertura de inmunización en la población joven de las Antillas por lo general es adecuada, pero la situación no es tan buena en la Guayana Francesa, donde la cobertura es menor en las zonas interiores aisladas y algo mejor en las regiones costeras más desarrolladas. En 2000, la cobertura de la vacuna MMR en los niños de 24 meses de edad de la zona costera era de 69%, frente a niveles de cobertura que oscilaban entre 43% y 61% en el interior del país. La cobertura con la vacuna DPT 3 en niños de 1 año de edad era de 68% en la zona costera, frente a niveles de cobertura de 9% a 60% en el interior.

Enfermedades infecciosas intestinales

La incidencia de las epidemias de **gastroenteritis viral** se mantiene elevada todo el año y estas afecciones constituyen la causa principal de diarrea en las Antillas. La distribución de los casos de gastroenteritis es irregular en la Guayana Francesa, como consecuencia de la contaminación del agua que abastece a algunos segmentos de la población. La incidencia de enteropatías es superior a 10% en algunos municipios del interior.

Todos los años se produce un promedio de 10 brotes de intoxicación por alimentos en los tres departamentos franceses de ultramar. Es habitual que se presenten casos de intoxicaciones

por **ciguatera** en las Antillas (se registraron dos brotes en junio de 2006, uno de ellos en Guadalupe y el otro en Martinica).

Las mejores medidas higiénicas, preventivas y de pesquisa puestas en práctica por las autoridades sanitarias locales lograron reducir considerablemente la incidencia de anquilostomiasis y estrongiloidiasis en las Antillas en los últimos 20 años.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 2004 se notificaron 30 casos de **tuberculosis** en Guadalupe, 17 en Martinica y 51 en la Guayana Francesa.

La lepra aún es endémica en los departamentos franceses de ultramar, pero su incidencia está en descenso. Se notifican anualmente menos de 10 casos de **lepra** en cada una de las tres regiones. En Guadalupe, la cifra de casos diagnosticados descendió de 14 en 1997 a nueve en 2004. En la Guayana Francesa, la incidencia de lepra era de 3,29 casos por 10.000 habitantes en 1984 y descendió a 0,57 en 2001 (cerca de 10 enfermos nuevos por año). Cada departamento francés de ultramar cuenta con un centro de referencia para la lepra que se ocupa del tamizaje de los pacientes, les da la posibilidad de consultar al médico o al trabajador social y ofrece visitas a domicilio.

La **drepanocitosis** es la más frecuente de las enfermedades genéticas en Guadalupe y Martinica. La pesquisa se efectúa de rutina a los recién nacidos, y en promedio, uno de cada 300 recién nacidos por año presentan un rasgo genético productor de un síndrome mayor de drepanocitosis (SS, SC, o S/b thal). Guadalupe y Martinica cuentan con establecimientos especializados de atención médica y prevención. Debido a una mejor atención de salud se ha logrado que la drepanocitosis presente problemas parecidos a los de otras enfermedades crónicas, con un mayor número de pacientes en actividad, una esperanza de vida más prolongada y las afecciones propias del envejecimiento.

Infecciones respiratorias agudas

Los brotes de **bronquiolitis** en los departamentos franceses de ultramar son comunes a lo largo del primer trimestre del año. Según una encuesta realizada en Martinica entre noviembre de 2005 y febrero de 2006 se calcula que cada semana padecen de bronquiolitis entre 115 y 230 recién nacidos y lactantes.

Entre 1998 y 2003 se notificaron tres casos de la enfermedad de los legionarios en Guadalupe, mientras que Martinica y la Guayana Francesa notificaron un caso cada una.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

La infección por el VIH/sida es más prevalente en la Guayana Francesa y San Martín que en las islas de Guadalupe y Martinica. Durante el período 2001–2005, la estigmatización de las personas con reacciones positivas al VIH, la discriminación y otras formas de segregación aún eran los principales obstáculos para la detección temprana, el acceso al tratamiento y la atención, y en consecuencia, para el control de la enfermedad. La situación es más delicada aún para los grupos más expuestos como los adictos a drogas inyectables, los que practican el comercio sexual y los inmigrantes ilegales.

Desde que comenzó la epidemia y hasta el 30 de septiembre de 2005 se han notificado 2.885 casos de VIH/sida en los departamentos franceses de ultramar (1.074 en la Guayana Francesa, 1.175 en Guadalupe y 636 en Martinica). El 35% de los casos eran mujeres y el 20% del total de casos correspondían a la población de 50 años y más; el 71% de los casos se produjo por contacto heterosexual. Desde que comenzó la epidemia han fallecido 1.492 personas, lo que indica una tasa de letalidad de 52%. La disponibilidad de fármacos antirretrovirales logró mantener la mortalidad por el sida relativamente estable durante el período 2001–2005.

Con la aparición del tratamiento con tres drogas en 1996 se incrementó la prevalencia de la infección por el VIH, y la evolución hasta la manifestación completa del sida se circunscribe principalmente a los individuos que presentan seroconversión al VIH y no reciben tratamiento. La notificación de la infección por el VIH es obligatoria desde marzo de 2003. Esta medida permite conocer mejor la población seropositiva y allana el seguimiento de la infección. Desde marzo de 2003 a septiembre de 2005 se detectaron 735 casos seropositivos nuevos (343 en la Guayana Francesa, 239 en Guadalupe y 153 en Martinica). Las dificultades que hallan los profesionales de la salud para atender correctamente los casos de VIH/sida en los departamentos franceses de ultramar incluyen las barreras insuperables del idioma y las limitaciones sociales, culturales y religiosas de quienes acuden en busca de tratamiento, así como las cuestiones relacionadas con la discriminación y la estigmatización. En 2002 se pusieron en práctica el control y la evaluación para hallar soluciones a estos problemas.

El tratamiento de las personas con infección por el VIH incluye la información sobre el virus y la atención en centros especializados (centros de información y atención médica para pacientes con

VIH). Hay siete centros asistenciales: uno en Fort-de-Francia para Martinica, tres en Guadalupe (Pointe-à-Pitre, Basse-Terre y Marigot en San Martín) y tres en la Guayana Francesa (Cayenne, Kourou y Saint-Laurent-du-Maroni). Entre los meses de enero a diciembre de 2004, los centros controlaron y atendieron a 2.862 personas infectadas con el VIH en los departamentos franceses de ultramar. En los centros de San Martín y la Guayana Francesa predominan las pacientes mujeres, con una relación hombre/mujer de 0,7 y 0,8, respectivamente, mientras que en Guadalupe y Martinica este cociente es de 1,2 y 1,6, respectivamente. En más de 90% de los casos, el contagio se produce por contacto sexual, por lo general heterosexual. En Martinica, las relaciones sexuales entre hombres explican 22% de los contagios. Prácticamente no existen casos de transmisión por vía parenteral con la inyección de drogas adictivas. En San Martín y la Guayana Francesa son particularmente numerosos los pacientes infectados que no son franceses; los pacientes franceses suman apenas 24% y 20% de los casos activos que acuden a las clínicas de estos dos lugares, respectivamente, mientras que la proporción de pacientes franceses infectados es de 69% en Guadalupe y 89% en Martinica. En 2004 recibieron fármacos antirretrovirales 75% de los pacientes controlados. El tamizaje para VIH se efectúa en los laboratorios médicos y los centros de pesquisa; este servicio es anónimo y gratuito.

Se han presentado nuevos brotes de **sífilis** en Guadalupe en 2001 y en Martinica en 2004. El centro médico del Hospital Universitario de Pointe-à-Pitre, en Guadalupe, notificó 13 casos de sífilis primaria y secundaria a principios de 2001. Una encuesta efectuada en 2001 detectó 38 casos de sífilis en una población de alto riesgo predominantemente desocupada. En aproximadamente una cuarta parte de los casos se detectó coinfección con el VIH. La epidemia ocurrida en Martinica en 2004 afectó en gran medida a las personas infectadas con el VIH. Ocho de los 14 pacientes eran hombres que mantenían relaciones sexuales con otros hombres. Estos 14 casos de sífilis reciente se diagnosticaron en el centro médico del Hospital Universitario de Fort-de-France entre enero de 2004 y septiembre de 2005, y 11 de ellos, entre abril y septiembre de ese último año.

Zoonosis

La **leptospirosis** es una enfermedad que se presenta con frecuencia en Guadalupe y Martinica. La incidencia de casos confirmados es considerablemente más elevada en Guadalupe que en Martinica. En Guadalupe, la incidencia fue de 16,5 casos confirmados por 100.000 habitantes en 2003, y la incidencia de los casos confirmados llegó al máximo en enero y diciembre. En 2004, la incidencia fue de 21 casos por 100.000 habitantes. En Martinica, la incidencia de leptospirosis alcanzó su valor más alto en julio y en los meses de octubre a diciembre de 2003 y 2004. En estos dos años, la tasa de incidencia anual fue de 7,3 por 100.000 habitantes en 2003 y de 6,9 en 2004. En la Guayana Francesa se notificaron casos de leptospirosis periódicamente durante los últimos 30 años. Las principales cepas halladas en los animales y

en el hombre en las Antillas son leptospira *icterohaemorrhagiae* y leptospira *ballum* (o *castellonis*); también se detectaron otros 10 serogrupos entre los que se mencionan las cepas *australis*, *cyanopteri*, *canicola*, *panama*, *sejroë* y *grippyphosa*.

No ha habido casos que hicieran sospechar la posibilidad de **influenza aviar** en los departamentos franceses de ultramar durante el período 2001–2005.

No hubo casos de **enfermedad de Chagas** en Guadalupe y Martinica. En la Guayana Francesa se notificaron apenas nueve casos entre 1939 y 1989, 15 casos clínicos entre 1990 y 2004, de los cuales seis fueron agudos y ocho crónicos y dos de ellos fallecieron presuntamente por la enfermedad. La infección en las zonas ribereñas de los ríos Maroni y Oyapock causó nueve casos autóctonos y se detectaron algunos casos importados en la región costera. A finales de 2005 se registraron ocho casos confirmados, un caso probable y otro sospechoso agudo en el municipio de Iracoubo en la Guayana Francesa.

La deforestación, la migración anárquica y la importación del vector de la enfermedad de Chagas incrementaron el riesgo de infección en la Guayana Francesa.

Los casos de **esquistosomiasis** en los departamentos franceses de ultramar tienen una distribución geográfica irregular. Los tamizajes realizados entre 2001 y 2005 en las plantaciones de berros en Martinica y en los ambientes acuáticos confirmaron la erradicación completa del caracol *Biomphalaria glabrata*, el principal huésped intermediario en la esquistosomiasis. En los últimos años solo se han registrado casos esporádicos remanentes. Se puede decir que la esquistosomiasis quedó erradicada de Martinica a partir de 2005, dada la falta de transmisión activa del parásito durante más de 20 años y la eliminación confirmada en 2001 del caracol que actúa como principal huésped intermediario.

En Guadalupe, las ciénagas albergan enormes poblaciones de ratones intensamente infectados con esquistosomas que sustentan la endemia. Estas zonas son una amenaza para los criaderos de ganado y los granjeros que las frecuentan, pero no se sabe con certeza cuál es el grado de transmisión al ser humano.

En la Guayana Francesa solamente se han detectado casos de esquistosomiasis importada. Nunca se confirmó la transmisión activa del parásito. Las aguas ácidas de la Guayana Francesa son medios altamente desfavorables para el caracol que actúa como huésped intermediario de la esquistosomiasis.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Los hábitos dietéticos en los departamentos franceses de ultramar se han modificado como consecuencia de los adelantos sociales y económicos, la modificación del estilo de vida y el rápido aumento de la oferta de comidas rápidas; en los últimos años, las enfermedades vinculadas con los malos hábitos dietéticos y el comer en exceso, como **obesidad**, **diabetes** e **hiperco-**

lesterolemia han ido adquiriendo mayor trascendencia como preocupaciones sanitarias.

Cada año se notifican cerca de 260 defunciones atribuidas a diabetes en los departamentos, que representan de 4% a 5% de todas las defunciones, la mayor parte, en mujeres mayores.

Según una encuesta efectuada en Martinica a finales de 2003 y comienzos de 2004, la prevalencia de diabetes en individuos de 16 años y más era de 6,5% (8,1% para las mujeres y 4,7% para los hombres). Estas cifras se elevaban con la edad a 1,7% en el grupo de 16 a 44 años, 10% en el grupo de 45 a 64 años y 18% en los adultos de 65 años y más.

Existe un elevado número de pacientes con **insuficiencia renal crónica** en Guadalupe y Martinica; en Guadalupe alcanza una incidencia estimada en 200 casos por millón de habitantes. La diabetes es la principal causa de diálisis (la tercera parte de los pacientes sometidos a diálisis son diabéticos), la segunda causa de ceguera y la tercera de la necesidad de amputación. En Guadalupe se realizan trasplantes de riñón a los pacientes con insuficiencia renal de los tres departamentos franceses de ultramar desde finales de 2004. En los primeros 18 meses que siguieron a la inauguración de este servicio se efectuaron cerca de 50 trasplantes.

La población obesa o con sobrepeso está aumentando en Guadalupe y Martinica. Una encuesta efectuada entre 2003 y 2004 puso de manifiesto que prácticamente un niño de cada cuatro (24%) en Martinica tiene sobrepeso (16%) o es obeso (8%). En el caso de los adultos, 33% de ellos tienen sobrepeso y 20%, obesidad. El 26% de las mujeres y 14% de los hombres son obesos. Los datos de otras encuestas realizadas en Guadalupe arrojaron los mismos resultados. Los estudios efectuados en escuelas de los tres departamentos señalan que la cifra de niños que sufren de sobrepeso en la Guayana Francesa es considerablemente más baja que en Guadalupe y Martinica.

Enfermedades cardiovasculares

Las **enfermedades cardiovasculares** son la principal causa de muerte en los departamentos franceses de ultramar, con 1.800 defunciones por año (30% del total de defunciones). Estas cifras son más altas entre las mujeres que entre los hombres. La proporción de las enfermedades cardiovasculares dentro de la mortalidad general aumenta con la edad y se eleva sobre todo después de los 65 años.

A diferencia de las distintas regiones de Francia continental, los departamentos franceses de ultramar se caracterizan por la alta incidencia de enfermedades cerebrovasculares, mientras que las **cardiopatías isquémicas** son menos frecuentes. De las enfermedades que cuentan con cobertura para atención de salud prolongada, las cardiovasculares suman 38% de las admisiones hospitalarias anuales. La mayoría de los casos corresponden a hipertensión y enfermedades cerebrovasculares.

La **hipertensión** es una afección frecuente en la población de los departamentos. Una encuesta efectuada en 2003–2004 señala que la incidencia de presión arterial elevada en la población de

más de 16 años es de 22% (20% en los hombres y 25% en las mujeres). La incidencia aumenta con la edad, desde 5% en el grupo de 25 a 34 años hasta 65% en las personas de 65 años y más. El 73% de los pacientes con diagnóstico de presión arterial elevada estaban medicados en el momento de la encuesta. La proporción de hombres hipertensos medicados (55%) es menor que la de mujeres (84%).

Los pacientes con enfermedades cardiovasculares están expuestos a sufrir otras condiciones comórbidas, como hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia, las que a su vez llevan a complicaciones graves como accidentes cerebrovasculares, amputaciones, insuficiencia renal y ceguera.

Neoplasias malignas

El promedio anual de defunciones por neoplasias malignas notificadas en los departamentos franceses de ultramar es algo más de 1.300. Las neoplasias malignas ocasionan una de cada cuatro defunciones en los hombres y una de cada cinco en las mujeres. En el grupo de 65 años y más, las neoplasias ocasionan una de cada cuadro defunciones.

En los hombres, las localizaciones más comunes de cáncer son la próstata, el estómago, los labios, la boca y la faringe. En las mujeres, el cáncer más común es el de mama, seguido por el colorrectal y el cervicouterino.

Desde 2005 se efectúa el tamizaje metódico para pesquisar cáncer de mama en los tres departamentos. En Martinica se efectúa además la pesquisa de cáncer cervicouterino. No obstante, las dificultades que entraña asegurar la pesquisa universal de cáncer y la atención de salud son considerables, porque Guadalupe es un archipiélago cuya población se halla dispersa en varias islas, y en la Guayana Francesa, numerosos municipios del interior están aislados.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Violencia y otras causas externas

En Guadalupe hubo 954 **accidentes de tráfico** en 2003 que provocaron lesiones a 1.383 personas y la muerte de 83 de ellas. En Martinica, cada año ocurren cerca de 700 accidentes de tráfico que dejan un saldo de 800 heridos y 50 muertos. En la Guayana Francesa ocurren alrededor de 800 accidentes por año, con cerca de 1.000 lesionados. La cifra de víctimas mortales oscila anualmente entre 30 y 40.

Salud mental

Según una encuesta realizada en la población general de Guadalupe y Martinica hacia finales del decenio de 1990, las patologías más comunes eran la **depresión**, las **tendencias suicidas** y la **ansiedad generalizada**. Las causas principales de admisión hospitalaria fueron la **esquizofrenia**, la **psicosis** con delirio y las **afecciones vinculadas con las toxicomanías**.

El suicidio y la conducta suicida se tratan en un plan nacional que cubre todas las regiones de Francia. En los departamentos franceses de ultramar se cometen 85 suicidios anualmente, la mayoría de las víctimas son hombres y el grupo de edad predominante es el de más de 35 años. Existe un control del número anual de víctimas de suicidio pero no se cuenta con datos sobre los intentos de suicidio. Sin embargo, en una encuesta sobre salud mental efectuada en Martinica en 2000, 4,1% de los adultos respondieron haber intentado suicidarse por lo menos una vez en la vida. En una encuesta escolar efectuada también en Martinica en 2003–2004, 13% de los adolescentes de 14 a 19 años afirmaban haber pensado en suicidarse frecuentemente o con bastante frecuencia durante los últimos 12 meses y 11% de ellos respondieron haber intentado suicidarse una o más veces; de este porcentaje, las mujeres representaron 15% y los varones, 6%; apenas 15% fue hospitalizado por ese motivo.

Adicciones

Guadalupe y Martinica son productores tradicionales de ron, y aunque el consumo de este producto pueda disminuir, el de otras bebidas alcohólicas como vino, champaña, whisky y cerveza está en aumento.

Una encuesta efectuada a finales de 2000 y comienzos de 2001 indicó que de las 26 regiones francesas, Martinica ocupaba el tercer lugar en orden de prevalencia de alcoholismo en la población masculina, la Guayana Francesa el cuarto y Guadalupe el quinto lugar. Otras encuestas efectuadas periódicamente en Martinica y la Guayana Francesa también señalan el aumento de la prevalencia del consumo de alcohol en la población en edad escolar.

El consumo de tabaco en los departamentos franceses de ultramar es relativamente bajo; este hecho se refleja en la menor morbilidad y mortalidad atribuida a enfermedades respiratorias y cardiovasculares vinculadas a este factor de riesgo. Según señala una encuesta de 2003–2004, 87% de las personas de 16 años y más en Martinica no fuman; 77% de ellos nunca fumaron y 10% lo hicieron en el pasado. Afirmaron ser fumadores habituales 10% de los encuestados y 3% respondió fumar ocasionalmente. Entre los fumadores predominaban los hombres y la mayoría de los que eran fumadores en ese momento tenía entre 25 y 34 años de edad.

El consumo de sustancias adictivas ilegales en los departamentos se caracteriza sobre todo por el elevado consumo de cannabis, y desde mediados del decenio de 1980 por la creciente prevalencia del consumo de crack o pasta de coca. La popularidad del crack ha influido decisivamente en la sociedad de los departamentos, fomentando la actividad criminal y la tendencia de los adictos a vivir sin hogar.

En la población escolar, el cannabis es la sustancia que más se consume; en realidad, los escolares apenas consumen las demás drogas. Sin embargo, el consumo difiere por edad y sexo; por ejemplo, hay mayor tendencia a probar las drogas o el consumo

de drogas se hace más regular, o ambas cosas, a medida que los niños crecen, y es más elevado entre los varones. Según una encuesta efectuada periódicamente a partir de 2003 entre las personas de 18 años, el consumo habitual de cannabis parecía ser algo más alto entre las personas jóvenes en Guadalupe y la Guayana Francesa (7% y 6%, respectivamente) que en Martinica (3%). Con el propósito de actuar ante el creciente consumo de cannabis y hallar las medidas más apropiadas para los jóvenes, en 2005 se organizaron consultas sobre el cannabis en cada uno de los departamentos franceses de ultramar.

La mayoría de los que consumen drogas ilegales son adictos al crack de cocaína, pertenecen al sexo masculino y tienen entre 25 y 39 años de edad. La drogadicción es una de las preocupaciones prioritarias en los departamentos franceses de ultramar.

Contaminación ambiental

Las situaciones de peligro sanitario relacionadas con el medio ambiente están bajo la responsabilidad principal de dos organismos de los departamentos franceses de ultramar: la Unidad Interregional de Intervención Epidemiológica de las Antillas y la Guayana Francesa (CIRE, por sus siglas en francés), que se ocupa fundamentalmente de las medidas directas y de las respuestas indispensables para enfrentar las amenazas ambientales para la salud, y el Instituto Francés de Salud e Investigación Médica que se especializa en la conducción de investigaciones sobre la materia.

Proteger la salud de la población evitando las intoxicaciones con alimentos es una prioridad. En 2002–2003, la Agencia Francesa de Inocuidad de los Alimentos (AFSSA, por sus siglas en francés), bajo la dirección del Ministerio de Agricultura y Ganadería, el ministerio a cargo de la legislación en materia de consumo y el Ministerio de Salud, estudió los efectos perjudiciales para la salud que ejerce la exposición al pesticida organoclorado clordecón en Martinica. Los alimentos que tenían más posibilidades de constituir fuentes de exposición crónica al clordecón eran de consumo habitual e incluían, entre otros, el taro, el ñame, las batatas, los pepinos, las zanahorias, los tomates, los melones y la piel del pollo.

La información y los estudios de la encuesta realizada por AFSSA permiten concluir que 3% de la población de Martinica (equivalente a 12.700 individuos) presentaba niveles de contaminación excesivos con este pesticida, por encima de los umbrales de seguridad de referencia para exposiciones repetidas. Ante estos resultados se está elaborando un programa de prevención para evitar la exposición a este tóxico.

Guadalupe y Martinica han efectuado o todavía mantienen en marcha otros estudios de investigación sobre los riesgos que implican para la salud los contaminantes organoclorados presentes en el ambiente y los riesgos ocupacionales inherentes. Estos estudios analizan la relación entre la exposición al pesticida y la fecundidad masculina, el desarrollo prenatal y postnatal, y el cáncer de próstata.

Uno de los estudios que analiza la exposición a clordecón en mujeres embarazadas en Guadalupe detectó el tóxico en 90% de las muestras de sangre obtenidas de la madre y del cordón umbilical, en 100% de las muestras de tejido adiposo abdominal de la madre y en 40% de las muestras de leche materna tomadas dentro de las 72 horas que siguieron al parto.

Los estudios realizados en el decenio de 1990 determinaron que el mercurio empleado para el lavado de oro en el interior de la Guayana Francesa estaba contaminando los peces del río que a su vez eran consumidos por la población. Algunas poblaciones amerindias del interior que consumen grandes cantidades de pescado de río presentaron niveles altos de impregnación mercurial. Estudios adicionales sobre la exposición a la contaminación con mercurio efectuados por la CIRE confirmaron en 2001, 2002 y 2004 que los grupos de población más expuestos eran los que habitaban las márgenes superiores de los ríos Maroni y Oyapock, cuya dieta se basaba predominantemente en el consumo de pescado. Según una encuesta efectuada en 1997, 57% de las mujeres en edad de procrear de la zona interior del alto Maroni presentaban niveles de contaminación mercurial que excedían los límites considerados seguros, mientras que una encuesta de 2004 halló que entre 8% y 21% de las mujeres que habitaban en las riberas del río Oyapack presentaban asimismo niveles de contaminación peligrosos.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

Francia continental está integrada por 22 regiones y 96 departamentos que gozan del mismo régimen político-jurídico. Los departamentos franceses de ultramar, que fueron reestructurados en 2003, están divididos en dos entidades legislativas diferentes: los cuatro departamentos de ultramar creados en 1946 (Martinica, la Guayana Francesa, Guadalupe y Reunión), que se rigen por la misma legislación que los departamentos de la metrópoli francesa (departamentos metropolitanos) y los demás departamentos territoriales de ultramar parcialmente autónomos (Nueva Caledonia, Polinesia Francesa), que tienen regímenes legislativos especiales.

Cada departamento francés de ultramar es una región administrativa bajo dos autoridades, que cuenta cada una con una asamblea propia elegida por votación popular: el Consejo General para ese departamento y el Consejo Regional para la región.

Como se mencionó anteriormente, los departamentos franceses de ultramar se consideran regiones ultraperiféricas de la Unión Europea y en consecuencia gozan de medidas de protección especiales y fondos estructurales otorgados por este organismo.

La reforma constitucional de 2003 propuso enmiendas para reemplazar la autoridad departamental por una autoridad individual parcialmente autónoma. Después de efectuar consultas electorales y haber obtenido la aprobación del electorado, Guadalupe,

la Guayana Francesa y Martinica mantuvieron la condición de departamentos, pero las islas de San Martín y San Bartolomé eligieron separarse de Guadalupe y con la aprobación del parlamento francés formarían comunidades territoriales parcialmente autónomas.

En un departamento, el prefecto o gobernador civil nombrado por el presidente de Francia es el representante del gobierno y el único que tiene autoridad en el Estado. La administración del Estado es centralizada, pero en los departamentos franceses de ultramar incluye varios estratos, sobre los que delega autoridad, conocidos como departamentos gubernamentales descentralizados.

El Gobierno de Francia se ocupa de la salud pública. En agosto de 2004 se aprobaron tres leyes: la Ley 809, que reglamenta los derechos y obligaciones locales, y devuelve a su condición centralizada numerosas prerrogativas del Consejo General. Las obligaciones en materia de salud del Consejo General se circunscriben actualmente a la política de acción social y protección de la salud de la familia y los hijos (salud de la madre y el hijo y planificación familiar); la Ley 810 sobre seguro de enfermedad tiene por objeto mejorar el control de los gastos del sector salud. Una misión sanitaria regional integrada por la oficina de internación hospitalaria y la asociación regional para los fondos del seguro de enfermedad reglamenta la redistribución territorial de los profesionales privados de salud, la organización de los mecanismos de atención de salud continua y el programa anual de medidas orientado a mejorar la coordinación entre los distintos elementos regionales del sistema de atención de salud que tienen a su cargo prestar los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento cubiertos por el seguro de enfermedad, y la Ley 806, dedicada a la política sanitaria, sitúa la prevención como la principal meta de los esfuerzos conjuntos y busca impulsar la participación del Estado en la coordinación de las actividades de los distintos actores del sector salud, las acciones llevadas a la práctica y los medios económicos para sustentarlas. La nueva forma de organización del sector salud habilita tanto el aporte regional en materia de política sanitaria como el enfoque de acción voluntaria para la prevención y la promoción de la salud, enlazando las estrategias de prevención con la atención de salud. La organización en el nivel regional del sector salud se sustenta en la aplicación del Plan Regional de Salud Pública como la estructura de soporte para la planificación sanitaria, el Grupo Regional de Salud Pública como el cuerpo ejecutivo que implementa las políticas y la Conferencia Regional de Salud Pública como organismo consultivo. Durante el período 2005–2006, cada uno de los tres departamentos franceses de ultramar estableció sus prioridades dentro del Plan Regional de Salud Pública.

En Guadalupe se señalaron 11 prioridades que se mencionan a continuación: 1) asegurar que todos los habitantes tengan acceso a la información sobre promoción de la salud; 2) mejorar la salud de los niños en edad escolar; 3) eliminar las inequidades en materia de atención médica; 4) fomentar las conductas que favorezcan la dieta equilibrada y la actividad física apropiada; 5) prevenir,

pesquisar y controlar las enfermedades crónicas y sus complicaciones; 6) luchar contra la epidemia del VIH/SIDA; 7) promover la salud sexual y reproductiva de la población y mejorar la atención de salud de la embarazada y perinatal; 8) prevenir la drepanocitosis y pesquisarla en la población; 9) prevenir y controlar el cáncer; 10) luchar contra las toxicomanías, y 11) elaborar y poner en práctica un programa de saneamiento ambiental.

En la Guayana Francesa, el Plan Regional de Salud Pública definió las principales estrategias para atender las siguientes cuestiones prioritarias: 1) el VIH/sida, 2) el cáncer, 3) la educación sexual, 4) las enfermedades inmunoprevenibles, 5) la drogadicción, 6) las enfermedades infecciosas, 7) el Programa de Salud del Alto Maroni y del Alto Oyapock, 8) el saneamiento ambiental y 9) garantizar a las personas discapacitadas el acceso a los planes de promoción de salud y la atención de salud.

En Martinica se escogió actuar sobre siete áreas sanitarias: 1) nutrición, 2) comportamientos de riesgo, 3) grupos sociales susceptibles, 4) atención médica preventiva, 5) enfermedades poco comunes, 6) saneamiento ambiental y 7) situaciones de alerta sanitaria y plan de acción en las situaciones de emergencia sanitaria.

Los desafíos más acuciantes que se plantean al Plan Regional de Salud Pública y que comparten los tres departamentos franceses de ultramar son: superar las inequidades sociales y territoriales en materia de atención de salud, prevenir las enfermedades evitables y disminuir la mortalidad relacionada con las mismas, promover el saneamiento del medio ambiente, mejorar el conocimiento sobre salud pública y encararlo en forma multidisciplinaria, e impulsar la participación comunitaria en cuestiones relacionadas con la salud pública.

Para completar el Plan Regional de Salud Pública, la Agencia Regional de Hospitalización de cada uno de los departamentos franceses de ultramar publicó la tercera edición de los Planes Regionales para la Organización de la Atención de Salud en marzo de 2006.

Servicios de salud pública

Las Direcciones de Salud y Desarrollo Social y la CIRE se ocupan de la vigilancia epidemiológica. Estos organismos trabajarán conjuntamente con el Instituto Nacional de Vigilancia Sanitaria para fortalecer la tarea de los departamentos descentralizados del Ministerio de Salud en dos áreas importantes: las enfermedades infecciosas y los riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente.

Se han definido 27 enfermedades transmisibles de denuncia obligatoria ante las autoridades sanitarias, como ocurre en todas las demás regiones de Francia. Esta notificación depende de una red de médicos que integran un sistema centinela de vigilancia y notifican semanalmente los casos sospechosos de dengue, las afeciones de tipo gripal, los casos de gastroenteritis, sarampión, varicela, gonorrea y demás infecciones de transmisión sexual, entre otras. La red centinela de vigilancia ya existía hacía varios años en Guadalupe y Martinica, pero la Guayana Francesa no la estableció

hasta 2006. Este sistema es respaldado, además, por los informes de los laboratorios públicos y privados como el Instituto Pasteur de Pointe-à-Pitre (Guadalupe) especializado en micobacteriología y otro laboratorio en Cayenne (Guayana Francesa) que actúa como centro de referencia para arbovirus y virus influenza.

Dadas las nuevas amenazas sanitarias y la mayor preocupación en materia de seguridad frente al medio ambiente global actual, una prioridad del Ministerio Francés de Salud es el fortalecimiento de los sistemas de alarma y respuesta tempranas. El Plan de Alerta y Acción ante Situaciones de Emergencia Sanitaria fortalece la creación de mecanismos de vigilancia sanitaria y alerta ante la amenaza de enfermedades locales y regionales en los departamentos franceses de ultramar.

La CIRE y las Unidades de Vigilancia Sanitaria de las Direcciones de Salud y Desarrollo Social tienen a su cargo los sistemas de vigilancia y alerta sanitaria regionales. La CIRE proporciona su conocimiento científico para apoyar las acciones públicas emprendidas por los Prefectos de los tres departamentos franceses de ultramar en coordinación con la Unidad de Vigilancia Sanitaria, el nivel operativo del sistema de alerta y respuesta tempranas. Por conducto de esta organización, que aplica procedimientos avanzados y nuevos recursos humanos y tecnológicos, los departamentos franceses de ultramar no solamente tienen una mayor capacidad de respuesta rápida y eficaz ante las situaciones sanitarias de riesgo locales sino que también contribuyen a la consolidación de un sistema de vigilancia sanitaria para el Caribe, e internacional, que es de vital importancia en el mundo globalizado de hoy.

En colaboración con las Unidades de Vigilancia Sanitaria y numerosos participantes, la CIRE puso manos a la obra para la elaboración de su Programa de Vigilancia de la Epidemia de Dengue, Alerta Temprana y Plan de Acción en 2005. Esta iniciativa pone en vigor la vigilancia del dengue y las medidas orientadas a controlar el peligro de epidemias de distinta índole. Los cuatro campos de acción fundamentales del programa son: 1) la vigilancia y la investigación epidemiológica y entomológica; 2) la eliminación del mosquito mediante el uso de insecticidas y la aplicación de estrategias destinadas a movilizar la población; 3) compartir la información entre los profesionales de la salud, los encargados de la conducción política y administrativa (Direcciones de Salud y Desarrollo Social, hospitales, Prefecto, Consejo General y funcionarios municipales) y el público en general y 4) el desarrollo y la aplicación amplia de protocolos de atención médica y tratamiento. Estas medidas requieren la participación bien coordinada de distintos integrantes adicionales dentro de las áreas de epidemiología, entomología, erradicación de mosquitos, medicina clínica, biología y medios masivos de comunicación. La elaboración del programa finalizó en 2006.

En junio de 2004 se aprobó un Plan Nacional de Saneamiento Ambiental con el propósito de reducir la incidencia de enfermedades vinculadas al medio ambiente y mejorar los hábitats naturales. El plan incluye 45 objetivos que se seguirán en el nivel nacional, regional, o en ambos. Tomando este programa como

marco de referencia, cada uno de los departamentos franceses de ultramar redactó su propio plan de saneamiento ambiental. Algunos de los objetivos son comunes a los tres, como la protección de la salud y el bienestar de las poblaciones que viven en hábitats insalubres, la preservación de las vertientes de agua, la eliminación de los vectores de enfermedades, la lucha contra la enfermedad de los legionarios y la reducción de los efectos perjudiciales de los pesticidas sobre el medio ambiente y la salud humana.

El agua potable en Guadalupe y Martinica es bacteriológicamente inocua, con excepción de determinados períodos climáticos. El acceso universal al agua potable todavía constituye un desafío para la Guayana Francesa. La eliminación de desechos sólidos es otra dificultad; existen innumerables lugares en donde se arrojan desechos no tratados, los incineradores solo eliminan parte de los desperdicios y el reciclado recién está en sus comienzos. Se está haciendo lo posible para que los vertederos respondan a las normas antes de recurrir a su clausura y reacondicionamiento integral. Arrojar materiales de desecho de diversa naturaleza en el ambiente natural ejerce además un efecto deletéreo sobre el desarrollo del turismo y los proyectos de mejoramiento urbano.

La norma fijada de un umbral máximo de 0,1 g/L de clordecón para el agua potable tuvo como consecuencia la clausura de algunas vertientes de agua en Guadalupe y Martinica. Los decretos del prefecto local emitidos en 2003 tenían como propósito fundamental impedir que los vegetales cultivados en suelos contaminados accedieran al mercado público. Sobre la base de estudios científicos y analíticos, en 2005 se establecieron concentraciones umbrales provisionales de contaminación con clordecón para una gama de alimentos, a fin de proteger a los consumidores.

Servicios de atención a las personas

La atención de salud se brinda en los complejos hospitalarios y las clínicas privadas. La Guayana Francesa cuenta con centros de salud a diferencia de los otros dos departamentos franceses de ultramar. Estos establecimientos fueron creados para responder a las necesidades de residentes de zonas geográficas aisladas y son el único lugar adonde pueden acudir en busca de atención médica las comunidades desperdigadas y aisladas que suman 20% de la población de la Guayana Francesa.

Antes de 2000, estos centros de salud estaban bajo la administración del Consejo General, pero después se separaron en dos grupos, dependiendo de si la atención de salud tenía fines terapéuticos o de prevención. La atención de salud con fines terapéuticos se ofrece en 10 centros de salud y 11 puestos sanitarios o dispensarios que están bajo la supervisión del complejo hospitalario de Cayenne e incluyen consultas médicas, atención común, servicios de enfermería y entrega de medicamentos. Los servicios de prevención de enfermedades son la finalidad principal de cerca de 20 centros de vacunación y atención prenatal de la embarazada y del niño comprendidos bajo la administración del Consejo General.

Los establecimientos del sector de atención a corto plazo son por lo general suficientes, pero no satisfacen las necesidades de seguimiento y de atención psiquiátrica. La falta de instituciones para adultos mayores con necesidades especiales es notoria, fundamentalmente en Guadalupe y Martinica. Actualmente, las alternativas de hospitalización no alcanzan a cubrir las necesidades a pesar de que han comenzado a surgir algunas iniciativas que promueven la hospitalización en casas y que las redes de atención médica ya comenzaron a adoptar esta estrategia alternativa. Las redes de atención de salud se constituyeron o están en vías de hacerlo con el propósito de atender, entre otros, los casos de hipertensión, gerontología, cuidado perinatal, oncología, adicción, diabetes y asma. El cuadro 5 muestra la disponibilidad de camas para distintas necesidades de atención médica en instituciones de cuidados a corto plazo.

Promoción de la salud

El Plan Regional de Salud Pública que se aplica en cada uno de los departamentos franceses de ultramar hace hincapié en la importancia de la educación del público en materia de salud y la necesidad de fortalecer los esfuerzos encaminados a ella. En 2004, Guadalupe y Martinica trazaron su propio Plan Regional de Salud Pública, la que aún no ha podido implantarse por completo en Martinica. La Guayana Francesa todavía debe elaborar su plan. Guadalupe y Martinica cuentan con sus propios comités que trabajan junto con el Instituto Nacional para la Prevención y la Educación Sanitaria. Ellos son el Comité para la Educación Sanitaria (Guadalupe) y el Comité para la Prevención y la Educación Sanitaria (Martinica). Además de estas instituciones, otras numerosas asociaciones entre las que se cuentan organismos nacionales, de distrito, municipales y grupos de pacientes participan activamente en la prevención de enfermedades ofreciendo sus conocimientos y experiencia para afrontar situaciones como el VIH/sida, las toxicomanías, la drepanocitosis y el cáncer.

Recursos humanos

La falta de profesionales de salud y las inequidades en la distribución de los mismos son problemas que existen en los tres departamentos, pero es especialmente acentuado en la Guayana Francesa. La falta de médicos especialistas es aún más acuciante

CUADRO 5. Camas por 1.000 habitantes en instituciones de atención médica de corto plazo en los departamentos franceses de ultramar, 2005.

Especialidad	Guayana		
	Guadalupe	Francesa	Martinica
Medicina	2,09	1,50	2,32
Cirugía	1,08	0,96	1,39
Obstetricia y ginecología	0,48	0,69	0,53

que la de médicos generalistas (cuadro 6). Esto ocurre en todas las especialidades médicas. En el complejo hospitalario de Cayenne hay numerosas plazas que quedan vacantes o que son ocupadas por médicos que no están suficientemente capacitados para la práctica hospitalaria

En Guadalupe y Martinica, la proporción de parteras y enfermeras alcanza a cubrir las necesidades actuales (cuadro 7), pero en cuanto a otros profesionales de la salud, las tasas están muy por debajo de las de la metrópoli francesa. Se prevé que esta escasez se agudizará en los próximos años dada la creciente demanda de servicios de atención médica asociada al envejecimiento de la población de Guadalupe y Martinica y al crecimiento de la población de la Guayana Francesa. La escuelas de Medicina y de paramédicos elevaron considerablemente la oferta de programas de capacitación y la proporción de alumnos en los cursos, pero la cifra de los nuevos profesionales graduados aún no logra cubrir la demanda.

El tercer año de estudios médicos y el primer año de medicina se imparten en los departamentos franceses de ultramar (en el caso de Guadalupe y Martinica solamente el primer año). Los departamentos también ofrecen capacitación en otras profesiones médicas y auxiliares, entre las que se mencionan una escuela para parteras, una escuela para masajes y fisioterapia, tres escuelas de enfermería (una en cada uno de los departamentos), una escuela de enfermería pediátrica, una escuela de enfermería quirúrgica, una escuela para enfermeras de anestesia, una escuela para técnicos en biomedicina, tres escuelas para auxiliares de pediatría y tres escuelas para auxiliares de enfermería. En Francia se ofrece capacitación para otras profesiones de salud. En 2004 se otorgaron títulos profesionales a 14 parteras, 116 enfermeras, nueve enfermeras de quirófano, 19 enfermeras de pediatría, 64 auxiliares de pediatría y 81 auxiliares de enfermería que concluyeron sus estudios de capacitación en los departamentos franceses de ultramar.

Suministros de salud

El número de farmacias en los departamentos franceses de ultramar es de 340, sin contar los dispensarios de medicamentos de

CUADRO 6. Número de médicos y densidad por 100.000 habitantes en los departamentos franceses de ultramar, enero de 2005.

Categoría	Guadalupe	Guayana Francesa	Martinica
Médicos generales			
Número	542	195	536
Densidad	121	106	136
Especialistas			
Número	434	147	450
Densidad	97	80	114
Cifra total de médicos	976	342	986

CUADRO 7. Número de otros profesionales de la salud y densidad por 100.000 habitantes en los departamentos franceses de ultramar, enero de 2005.

Especialidad	Guadalupe	Guayana Francesa	Martinica
Dentistas			
Número	162	43	155
Densidad	36	23	39
Parteras			
Número	160	51	167
Densidad	36	28	42
Enfermeras/os			
Número	2.159	573	2.365
Densidad	482	311	599
Fisioterapeutas			
Número	257	58	260
Densidad	57	31	66

los centros de salud. De estas farmacias, 153 se hallan en Guadalupe (una por cada 2.960 habitantes), 150 en Martinica (una por cada 2.650 habitantes) y 37 en la Guayana Francesa (una por cada 5.150 habitantes). Todos los productos farmacéuticos son importados de Francia y llegan del fabricante al farmacéutico por conducto de un distribuidor o comerciante mayorista. El sistema de pago tercerizado está ampliamente difundido en los departamentos franceses de ultramar, en particular en los hospitales públicos y las farmacias de expendio directo al público, por el cual el proveedor de atención médica recibe el reintegro directamente del plan de seguro universal de enfermedad una vez efectuado el pago de una cantidad deducible. Los costos de los medicamentos con reintegro los fijan las autoridades de salud pública de Francia. En los departamentos franceses de ultramar, los precios de los medicamentos están sujetos a recargo para cubrir los costos de transporte desde Francia. Los departamentos no cuentan con producción local de vacunas; en consecuencia, todas las vacunas también se importan de Francia.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto de la atención de salud y los productos médicos aumentó sostenidamente durante el período en revisión. En 2004, los gastos en salud para los tres departamentos franceses de ultramar sumaron cerca de 1.879 millones de euros (cuadro 8). El gasto anual por habitante es de alrededor de 2.000 euros en Martinica, 1.800 en Guadalupe y 1.400 en la Guayana Francesa. Estas diferencias se deben, en parte, a la distinta composición por edades de las poblaciones respectivas. Los hospitales, en particular los públicos, suman la mayor parte de las erogaciones. Además de los desembolsos mencionados, el Estado o el Consejo General invierten otras sumas anuales importantes en el sector social des-

CUADRO 8. Gastos del seguro de enfermedad y distribución de los costos en los departamentos franceses de ultramar, 2004.

Especialidad	Guadalupe	Guayana Francesa	Martinica
Gastos totales del seguro de enfermedad (en millones de euros)	805,3	268,4	804,8
Hospitalización	50%	68%	57%
Atención de salud ambulatoria	18%	11%	17%
Drogas	16%	10%	15%

tinadas a grupos especiales como el de los ancianos y las personas con discapacidad.

Cooperación técnica y financiera en salud

Con excepción de las asociaciones, programas y mecanismos de financiación acordados con otros Estados Miembros de la Unión Europea, los departamentos franceses de ultramar no reciben fondos de ayuda de instituciones internacionales como el Banco Mundial o de los organismos de las Naciones Unidas.

Por otra parte, entre 2001 y 2005, las tres regiones organizaron numerosas actividades con los países vecinos, como por ejemplo, la capacitación brindada por el plantel del Centro Médico del Hospital Universitario de Fort-de-France (Martinica) a médicos y técnicos del Caribe en los conocimientos de patología necesarios para efectuar el tamizaje de cáncer cervicouterino y en el mantenimiento de equipos de biomedicina. Además se facilitó la cooperación técnica bilateral entre el complejo hospitalario de Lamentin (Martinica) y un hospital de Cuba. El laboratorio de referencia de micobacteriología del Instituto Pasteur de Guadalupe proporcionó conocimientos técnicos en materia de organización e infraestructura de laboratorios a Haití y a otros países del Caribe. Profesionales de Martinica y Guadalupe cooperaron con la capacitación de los profesionales encargados del tratamiento de pacientes con VIH/sida en Haití y otros países. En la Guayana Francesa, el Instituto Pasteur, en virtud de su carácter de centro nacional de referencia de infecciones por arbovirus y virus influenza, coordinó actividades regionales de cooperación.

Se han compartido experiencia y conocimientos, equipos médicos y pacientes entre las instituciones de los departamentos franceses de ultramar en las especialidades de cardiocirugía, trasplante de riñón, oncología y otras áreas. Los hospitales universitarios también atraen pacientes de países vecinos. El Centro Médico del Hospital Universitario de Fort-de-France hospitaliza de 400 a 500 pacientes que residen fuera de los departamentos franceses de ultramar. Los motivos de internación hospitalaria en el período 2004–2005 estaban relacionados con el cáncer en una tercera parte de los casos, y le siguen las enfermedades cardiovasculares y la osteoartritis.