

Boletín Social

Publicación Trimestral Sobre Asuntos Sociales de Actualidad

enero - marzo 1995

Volumen 3 Número 1



O F I C I N A D E L G O B E R N A D O R



J U N T A D E P L A N I F I C A C I O N



Boletín Social

LA SALUD COMO FACTOR DE DESARROLLO SICOSOCIAL

Plan. Norma E. Burgos Andújar

Presidenta

Junta de Planificación

Luz H. Olmeda

Directora

Area de Planificación Económica y Social

Evaristo Medina

Director

Negociado de Análisis Social,
Modelos y Proyecciones

Oficina del Gobernador
Junta de Planificación

Octubre 1996

Grupo de Trabajo

Coordinación

Plan. Lizette Candelaria

Colaboradoras

Sheila Ivette Cotto

Miriam Cardona

Bernice Torres

Junta Editora

Area de Planificación Económica y Social

Virginia Rivera

Coordinadora

Olga Rodríguez

Gertrudis Quiñones

Olga Méndez

Consultor

Dr. Julio Quintana

Diseño Gráfico

Nancy Más Marrero

JUNTA EDITORA DEL BOLETIN SOCIAL

Eldra Tafanelli

Carmen Zayas

María Archilla

Lillian Torres

PREFACIO

Los aspectos de salud de Puerto Rico se analizan a base del estudio de los servicios y programas diseñados para promover la salud y prevenir enfermedades, y de la política pública existente. En esta edición del Boletín Social se cubren diversos aspectos relacionados con la salud. Además, se evalúan las condiciones que afectan la salud de los puertorriqueños; sus efectos sociales, mentales y físicos, y cómo éstos afectan nuestro desarrollo como pueblo. Así mismo, se presenta la dimensión de los problemas de salud a través de las estadísticas.

Agradecemos la colaboración del Departamento de Salud; en particular la Secretaría Auxiliar de Medicina Preventiva y Salud Familiar, y la Oficina de Planificación, Evaluación y Desarrollo; al igual que a sus componentes: la Administración de Facilidades y Servicios de Salud (AFASS), y la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA). También agradecemos a la Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos y al Consejo Estatal Sobre Deficiencias en el Desarrollo. A estas entidades y a su personal nuestra gratitud por haber contribuido al desarrollo de este Boletín.

Tabla de Contenido

Grupo de trabajo	ii
Prefacio	iii
Introducción	1
Agencias relacionadas con la salud	2
Reflexiones sobre salud social, mental y física	2
Salud social	2
Condiciones de salud catalogadas males sociales	3
Enfermedades transmisibles sexualmente (ETS)	4
Alcoholismo	6
Drogadicción	9
Jóvenes embarazadas	11
Grupos especiales	14
Personas con impedimentos	14
Envejecientes	16
Salud mental	17
Salud física	19
Morbilidad	19
Primeras causas de muerte	21
Papel del Gobierno Central respecto a la salud	23
Objetivos y programas diseñados por el Gobierno	23
Reforma de salud en Puerto Rico	23
Campañas desarrolladas por el Departamento de Salud	26
Conclusiones y recomendaciones	27
Notas	29
Definiciones	30
Bibliografía	31

INTRODUCCIÓN

De acuerdo al Diccionario General Ilustrado de la Lengua Española, la salud se define como el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas las funciones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto incluye los aspectos físico, mental, social, emocional y espiritual del hombre en una integración completa e inseparable. Por lo tanto, la salud es un equilibrio del organismo como resultado de su adaptación dinámica a las fuerzas que tratan de alterarlo. El concepto de salud es algo más complejo debido a la relación con los factores que inciden en ella.

Disfrutar del estado de salud capacita al individuo para establecer y mantener relaciones apropiadas con sus semejantes, además de participar en cambios constructivos que ocurren en su medio ambiente social y físico. Esto permite un desarrollo adecuado y balanceado en los procesos que rodean el crecimiento emocional, mental, espiritual, físico y social como pueblo. Nuestro análisis va dirigido a evaluar las tendencias de aquellas variables e indicadores de la salud que permitirán hacer recomendaciones específicas de política pública y rediseño de programas y servicios.

Agencias relacionadas con la salud

El Departamento de Salud es la agencia del gobierno estatal que dirige y administra los aspectos relacionados con la salud en Puerto Rico. Su visión y política pública se realiza a través de sus componentes:

- Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM)
- Administración de Facilidades y Servicios de Salud (AFASS)
- Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe
- Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)

En el pasado, el Departamento de Salud dirigía sus servicios al diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Sin embargo, su nueva visión y política pública va encaminada a prevenir y promover la salud a través de servicios orientados a evitar las enfermedades y a mantener el estado de salud.

El nuevo propósito del Departamento de Salud requiere, también, procesos educativos interagenciales, ya que los cambios sufridos por éste impactarán el funcionamiento y desempeño de otras agencias. Esto implica que el sistema en pleno deberá tomar medidas para preparar a las agencias y sectores impactados por el cambio. Todo cambio requiere preparación; y el cambio en las funciones del Departamento de Salud no puede ser la excepción. Esta nueva visión es de transcendencia vital para la vida de nuestro pueblo por la importancia y magnitud de la misma. Por lo tanto, el sistema gubernamental, al promover el cambio, deberá tomar medidas afirmativas y participativas en torno al proceso.

Reflexiones sobre salud social, mental y física

Salud social

La salud social es uno de los componentes de la salud donde existe una estrecha relación entre el individuo y su medio ambiente social. Este aspecto es tan importante en la vida del individuo como son los factores físicos y mentales. Edgar Lopategui, en su libro **El ser humano y la salud** (1991), define la salud como la habilidad de interrelacionar bien con la gente y el ambiente habiendo satisfecho las relaciones interpersonales. Actualmente, debido a la evolución y al desarrollo acelerado de la sociedad, los individuos se encuentran expuestos a una serie de enfermedades que impactan tanto en lo personal como en lo social.

Condiciones de salud catalogadas como males sociales

La transformación social experimentada en Puerto Rico durante los últimos 50 años ha traído como consecuencia cambios demográficos que han tenido su impacto en la salud de nuestro pueblo. El paso de una sociedad rural y agrícola a una urbana e industrial ha contribuído en parte a estos cambios, como lo evidencian los patrones actuales de morbilidad y mortalidad. Ejemplo de estos cambios es el aumento en la longevidad, y por consiguiente, en la esperanza de vida.

Así mismo, el perfil epidemiológico de la Isla, el cual evidencia el estudio de enfermedades que por temporadas atacan a pueblos e individuos, ha mostrado variaciones ya que hoy día los adelantos médicos combaten muchas enfermedades consideradas anteriormente como letales.

Por otro lado, junto a las enfermedades infecciosas agudas coexisten enfermedades degenerativas no sólo a nivel físico sino que también afectan el plano social, mental y personal del individuo. Dependiendo de la gravedad de éstas, generalmente desencadenan en una serie de desajustes y desequilibrios mentales que impactan áreas del diario vivir de los individuos. La relación entre los componentes de la salud es directa. Por lo tanto, lo que afecte al individuo en uno de éstos repercutirá en otros de una u otra forma. Así por ejemplo, tenemos los desajustes emocionales llamados "trastornos de la personalidad" los que se caracterizan por deficiencias en el desarrollo. Los trastornos de personalidad son una vieja forma de conducta externa, mientras que en otros desajustes emocionales básicos se evidencia el deterioro de la personalidad sometida a tensión excesiva. Según el Dr. Clyde Narramore (1970), las personas que sufren este tipo de trastorno están, comúnmente, exentos de elevados niveles de ansiedad o angustia, pues, generalmente, dramatizan sus conflictos, evitando sentimientos de preocupación, tensión ansiedad y depresión. Ejemplos de este tipo de trastorno son los problemas de alcoholismo y drogadicción. Por otro lado, la misma fuente indica que existe otra serie de problemas que no pueden ser catalogados de una forma médica específica. Esto se debe a que los mismos no son de naturaleza clínica sino de naturaleza espiritual. Ejemplo de esto pudiera ser el caso del aumento de los embarazos en adolescentes.

Muchos de los males sociales del pasado prevalecen en la sociedad actual. Desde hace años se han observado alarmantes tasas de crecimiento respecto a problemas de salud unidos a dificultades sociales. Hasta ahora, no se ha podido encontrar una combinación suficientemente efectiva como para mermar este patrón ascendente. La vida es un proceso de desarrollo y mantenimiento de un nivel adecuado de ajuste físico, emocional y espiritual. Cada día suceden experiencias que pueden amenazar el bienestar personal y afectar los aspectos del desarrollo. El ajuste sano es el grado en que la persona logra resolver satisfactoriamente las tensiones a las que se ve expuesto diariamente.

Enfermedades transmisibles sexualmente (ETS)

Las enfermedades transmisibles sexualmente es una de las condiciones catalogadas como males sociales. Dentro de éstas, las de mayor incidencia en la Isla son sífilis y gonorrea. La sífilis es una enfermedad venérea contagiosa causada por el microorganismo conocido como treponeda pálido. Esta se transmite mediante el acto sexual, así como por el contacto con llagas sifilíticas. Una variante de esta enfermedad es la de tipo congénito, la cual transmite la enfermedad al feto durante el estado de gestación.

La gonorrea es otra enfermedad venérea contagiosa causada por un organismo microscópico que tiene dos mitades (un diplococo). Oficialmente estos gérmenes son conocidos con el nombre de *Nisseria gonorrhoeae*. En estos casos el factor determinante es siempre el contacto sexual.

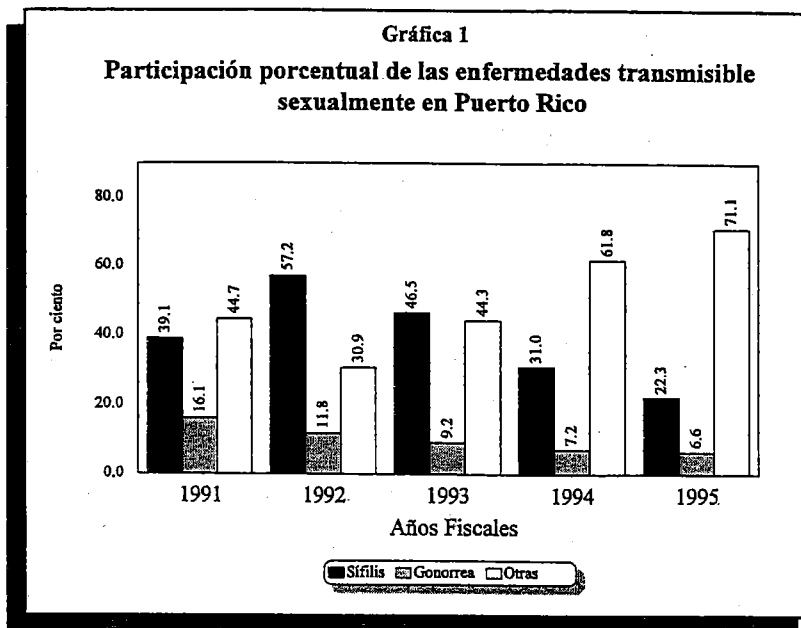
Los casos de sífilis reportados fueron 2,190 para el año fiscal 1993, representando una tasa de 62.2 por cada 100,000 habitantes. Dentro del período del 1991 al 1995, el año fiscal 1994 fue el que mayor número de casos de sífilis reportó, 22.6 por ciento del total. Esto representa una tasa de 65.2 por cada 100,000 habitantes.

Durante el año fiscal 1993 fueron reportados 434 casos de gonorrea, representando una tasa de 13.2 por cada 100,000 habitantes. La incidencia de la gonorrea ha disminuído en comparación a la de la sífilis. Desde 1991 hasta 1992 se registró un aumento en la sífilis y una disminución por contagio con gonorrea. Dentro de las estadísticas de esta última se observa un leve patrón de aumento en la incidencia de la gonorrea desde el año fiscal 1992 hasta el 1995 pero sin alcanzar su mayor registro que fue durante el 1990-91 (781). En el total de las ETS, de 1993 a 1994 se registró un aumento de 2,699 casos (57.3 por ciento), mientras que de 1994 a 1995 el aumento fue de 739 casos (10.0 por ciento) (Tabla 1 y Gráfica 1).

Tabla 1

Enfermedades transmisibles sexualmente en Puerto Rico (Años fiscales)							
Años	Sífilis	Gonorrea	Otras	Total	Participación porcentual		
					Sífilis	Gonorrea	Otras
1991	1,879	781	2,168	4,828	38.9	16.2	44.9
1992	1,962	406	1,061	3,429	57.2	11.8	30.9
1993	2,190	434	2,088	4,712	46.5	9.2	44.3
1994	2,296	535	4,580	7,411	31.0	7.2	61.8
1995	1,814	538	5,798	8,150	22.3	6.6	71.1
Total	10,141	2,694	15,695	28,530	35.5	9.4	55.0

Fuente: Departamento de Salud, Programa Control de Enfermedades de Transmisión Sexual; y Junta de Planificación, Área de Planificación Económica y Social, Negociado de Análisis Social, Modelos y Proyecciones.



Dentro de otras ETS la de mayor incidencia es la clamidia. Esta es una condición causada por una bacteria conocida como *Chlamydia Trachomatis*; si no es tratada puede causar en los varones la uretritis no-gonocócica y en las hembras infecciones en el cuello del útero. El Departamento de Salud, Programa Control de Enfermedades de Transmisión Sexual, recopilaba los casos reportados y los incluía en la categoría de otras enfermedades transmisibles sexualmente. Es a partir del año fiscal 1995, que los casos reportados de esta enfermedad se comienzan a recopilar como una categoría separada. Del total de las ETS de 1995 (5,798), 3,636 casos fueron de clamidia; esto representa el 62.7 por ciento del total de otras ETS reportadas en el año fiscal 1995. De dicho total, 2,796 eran hembras y 840 varones. En el año fiscal 1996, los casos reportados descendieron a 2,323, de los cuales 1,936 eran hembras y 387 varones.

Por otro lado, aunque el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) se considera una ETS, para efectos estadísticos se recopila separada toda vez que tiene otras formas de transmisión o contagio. Esta tiene una relevancia en la Isla por la cantidad de personas afectadas por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH). En esta edición del Boletín Social el SIDA no se analiza de forma detallada por haberse dedicado una anterior a este tema.¹

Dentro de los datos más sobresalientes sobre el SIDA se encuentra que desde 1981 hasta junio 1995 se habían reportado en Puerto Rico 15,892 casos provocando 9,628 muertes para ese mismo período. Esta cantidad incluye las categorías adulto con 15,555 casos (97.9 por ciento) y pediátrico con 337 casos (2.1 por ciento). La cifra de muertes representa 60.6 por ciento del total de casos reportados. El VIH fue la quinta causa de muerte, entre las primeras diez, en Puerto Rico según Estadísticas Vitales 1993. No obstante, las estadísticas publicadas representan los

casos que se certifican como SIDA específicamente, ya que las personas infectadas con el VIH no se registran estadísticamente por razones legales constituyendo un aspecto de confidencialidad.

De acuerdo a la tendencia de aumento que presenta el contagio con VIH en la edición del Boletín Social sobre este tema fueron recomendadas ciertas medidas. Entre éstas se destacan la urgencia de desarrollar campañas de orientación, educación y prevención de forma agresiva respecto a las diferentes formas de contagio; así como uso y abuso de alcohol y drogas; además de prácticas de sexo responsable. Controles adecuados sobre estas medidas contribuirían a disminuir el contagio con el virus. Otra medida estriba en el papel que debe desempeñar la planificación pública en el aspecto social. Actualmente no existen modelos médicos-científicos de variables sociales que permitan proyectar y estimar el impacto del SIDA sobre la población. Por último, se debe promover legislación para incluir el VIH como enfermedad transmisible sexualmente y así evaluar y/o crear mejores programas de servicios.

Alcoholismo

El alcoholismo frecuentemente se concibe como la acción de abuso de bebidas alcohólicas. Desde hace algunos años, el alcoholismo se trata como una enfermedad y actualmente recibe un enfoque más humanista. Este enfoque surge como resultado de varios escritos y estudios que se han realizado en Estados Unidos. Se ha demostrado que en pequeñas cantidades el alcohol tiene efectos estimulantes, pero en cantidades mayores es deprimente. Esta sustancia tiene efectos anestésicos y/o depresivos sobre el sistema nervioso central. Mediante su uso se logra escapar por un tiempo a temores e inseguridades obteniéndose una falsa pero agradable sensación de suficiencia. Inicialmente existe una tendencia a beber de forma social. Por lo general, al descubrir que mediante su uso la persona siente un alivio en las tensiones y ansiedades, aumenta su consumo perdiendo el autocontrol y pasando a la etapa de alcoholismo crónico.

El Programa de Tratamiento por Abuso de Alcohol en ASSMCA atendió 7,391 personas durante 1994. Estas personas, tratadas en los centros y clínicas, generalmente presentan una serie de características comunes las cuales se recogen en el perfil de **Características de la clientela admitida al programa de tratamiento por abuso de alcohol**. En el perfil se recogieron datos de 1993 hasta 1995. Entre las características registradas en el 1995 se encuentra el estado de empleo de los individuos ya que por lo general son empleados a tiempo completo, personas no casadas, con cierto grado de escolaridad y comúnmente varones entre las edades de 25 y 54 años. Otro dato interesante encontrado fue el hecho de que 59.3 por ciento informó haber estado encarcelado anteriormente. Un dato interesante estriba en el porcentaje de personas atendidas anteriormente por el alcoholismo. El 61.7 por ciento informó no haber recibido tratamiento anterior, mientras que 36.0 por ciento contestó haber recibido tratamiento anteriormente y el restante 2.3 por ciento no ofreció información al respecto (Tabla 2).

Tabla 2

Distribución relativa del perfil de la clientela admitida al Programa de Tratamiento por Abuso de Alcohol (Por ciento - Años fiscales)							
Características	1993	1994	1995*	Características	1993	1994	1995*
Género				Estado del Empleo			
Masculino	95.6	95.3	93.9	Tiempo parcial	9.5	9.3	10.4
Femenino	4.4	4.7	6.1	Tiempo completo	46.4	48.3	47.3
Edad				No empleado	40.4	40.4	41.1
8-17 años	0.1	0.0	0.0	Confinado	2.2	0.7	0.2
18-20 años	0.6	0.8	0.6	No informaron	1.4	1.2	1.0
21-24 años	3.7	3.4	3.8	Asiste a programa educativo/vocacional			
25-34 años	24.6	24.6	25.5	No	94.3	95.6	96.9
35-44 años	34.7	33.8	32.9	Sí	1.8	1.8	1.5
45-54 años	24.9	24.9	25.3	No informaron	3.9	2.6	1.6
55-64 años	8.6	9.4	9.0	Encarcelamiento anterior			
65 o más años	2.7	2.9	2.8	No	35.5	36.5	38.9
No informaron	0.1	0.1	----	Sí	56.9	58.4	59.3
Escolaridad				No informaron	7.6	5.1	1.8
Ninguna	1.1	0.9	1.1	Presión Legal Actual			
Menor Esc. Superior	55.1	55.7	55.7	No	31.9	30.1	32.3
Escuela Superior	27.7	27.3	27.6	Ley de Tránsito	53.3	57.2	54.4
Mayor Esc. Superior	15.0	14.8	15.0	Otro Tipo de Presión Le	14.8	12.7	13.3
No informaron	1.1	1.3	0.7	Tratamientos anteriores por abuso de drogas			
Estado Civil				No	90.4	89.6	94.0
Casado	38.2	38.2	37.7	Sí	3.3	3.1	3.3
No casado	58.1	59.3	61.1	No informaron	6.3	7.4	2.7
No informaron	3.7	2.5	1.2	Meses desde última baja			
Cliente vive con padres				6 meses o menos	1.3	1.0	1.0
No	78.4	77.0	77.1	7-12 meses	0.4	0.5	0.4
Sí	21.6	23.0	22.9	Más de un año	1.2	0.9	1.3
Cliente vive con cónyuge				No informaron	6.8	8.1	3.3
No	55.5	54.4	56.1	Ningún tratamiento ante por abuso de alcohol			
Sí	44.5	45.6	43.9	No	54.9	54.7	61.7
Cliente vive con niños				Sí	40.5	40.3	36.0
No	71.4	70.8	72.0	No informaron	4.6	5.0	2.3
Sí	28.6	29.2	28.0	Meses desde última baja			
Deambulante				6 meses o menos	12.9	12.5	10.7
No	98.8	98.7	99.1	7-12 meses	3.2	6.5	5.2
Sí	1.2	0.9	0.6	Más de un año	16.1	17.5	16.3
No informaron	----	0.4	0.3	No informaron	3.0	8.8	6.1
Lugar de nacimiento				Ningún tratamiento ante	54.9	54.7	61.7
Puerto Rico	93.0	92.4	92.6	Uso de drogas ilícitas			
Estados Unidos Continental	4.4	5.1	5.0	No	80.8	80.4	78.8
República Dominicana	1.3	0.9	1.6	Sí	19.2	19.6	21.2
Cuba	0.4	0.4	0.3				
Otro País	0.5	0.6	0.3				
No informaron	0.4	0.6	0.3				

*Incluye únicamente el primer semestre, julio-diciembre, 1994.

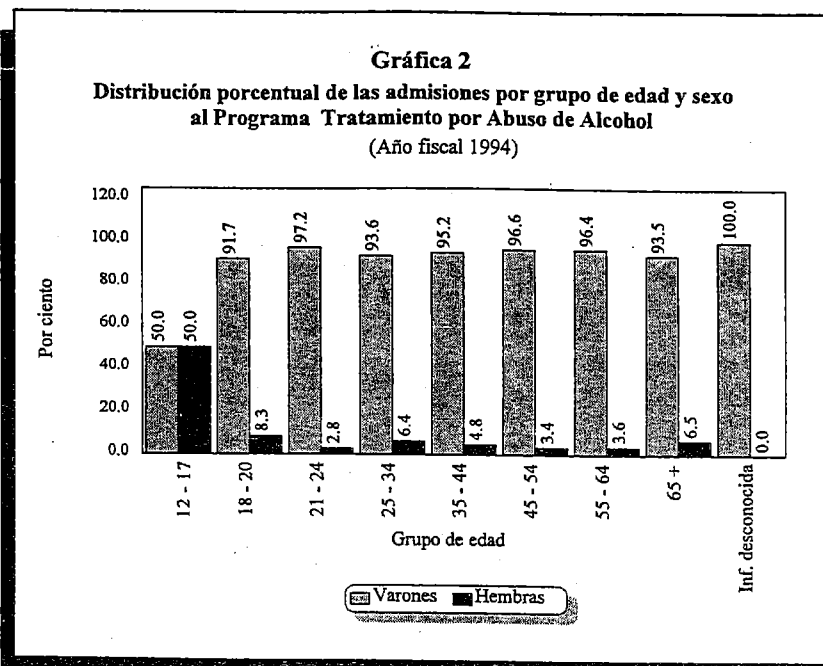
Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, División de Sistema de Información Gerencial; y Junta de Planificación, Área de Planificación Económica y Social, Negociado de Análisis Social, Modelos y Proyecciones.

Durante el 1994, del total de personas tratadas (7,391), 7,042 son varones (95.3 por ciento) y 349 hembras (4.7 por ciento). En el grupo de edad entre 35-44 años fluctúa el mayor porcentaje de varones en tratamiento (32.2), seguidos por los de 45-54 años (24.1) y en tercer lugar el grupo de 25-34 años (23.0). Es importante destacar que entre estos grupos está el 83.3 por ciento de la totalidad de los casos atendidos, 79.3 por ciento son varones y 4.0 son hembras. Así mismo, el grupo poblacional de 35-44 años fue más recurrente en el uso excesivo del alcohol (33.8 por ciento) al considerar ambos sexos. Le siguen los grupos de 45-54 años (24.9 por ciento), y el de 25-34 años (24.6 por ciento). Como se puede apreciar son grupos poblacionales en capacidad productiva y reproductiva (Tabla 3 y Gráfica 2).

Tabla 3

Admisiones por grupo de edad y sexo al Programa Tratamiento por Abuso de Alcohol (Año fiscal 1994)									
Edad	Varones	Por ciento	Hembras	Por ciento	Total	Por ciento	Participación porcentual		
							Varones	Hembras	
12 - 17	1	0.0	1	0.0	2	0.0	50.0	50.0	
18 - 20	55	0.7	5	0.1	60	0.8	91.7	8.3	
21 - 24	247	3.3	7	0.1	254	3.4	97.2	2.8	
25 - 34	1,701	23.0	116	1.6	1,817	24.6	93.6	6.4	
35 - 44	2,379	32.2	119	1.6	2,498	33.8	95.2	4.8	
45 - 54	1,778	24.1	62	0.8	1,840	24.9	96.6	3.4	
55 - 64	671	9.1	25	0.3	696	9.4	96.4	3.6	
65 +	203	2.7	14	0.2	217	2.9	93.5	6.5	
Inf. desconocida	7	0.1	0	0.0	7	0.1	100.0	0.0	
Total	7,042	95.3	349	4.7	7,391	100.0			

Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción; y Junta de Planificación, Área de Planificación Económica y Social, Negociado de Análisis Social, Modelos y Proyecciones.



El alcohol perjudica la vida social y personal del individuo afectado y la de su familia por las implicaciones que generalmente trae. Además de las repercusiones en la salud física y mental que ocasiona la enfermedad, puede provocar en algunos casos, conducta delictiva. Desde el 1993 ha venido aumentando la tasa de personas alcohólicas encarceladas previamente. También se trastoca la vida familiar en términos de la tolerancia entre las partes y frecuentemente, el alcohólico se torna incapaz de mantener relaciones interpersonales eficaces con las personas que le rodean. En la mayoría de los casos se afecta la situación económica familiar. La necesidad que crea la enfermedad demanda que se utilice gran parte del presupuesto del hogar en el consumo de bebidas. Comúnmente la separación y el divorcio suelen ser la secuela de la embriaguez excesiva y continua. La baja autoestima del alcohólico, y la forma en que lo ve su familia, es crucial. Si ésta es negativa su autoestima será tan baja que no reconocerá sus capacidades ni se motivará a resaltarlas.

Drogadicción

La drogadicción puede definirse como el uso continuo de drogas que producen la formación de hábito psicológico y/o fisiológico. Estudios han señalado que muchos narcómanos se han habituado a las sustancias controladas como resultado de desajustes emocionales o porque ven esta actividad como escape a sus presiones emocionales y/o sociales. La dependencia a estas sustancias, por lo general, conduce a los usuarios a actitudes amorales y actividades delictivas. Comúnmente, la combinación del desajuste de personalidad y el efecto de las drogas torna al individuo vulnerable a participar en actividades criminales.

El Departamento de Justicia, en el estudio **El Uso de Drogas y su Relación con la Conducta Delictiva** (1989), entrevistó a 400 confinados en varias instituciones penales. Del total de confinados entrevistados, 328 admitieron su adicción a las drogas (82.0 por ciento). De éstos, 311 son varones (94.8 por ciento) y 17 son hembras (5.2 por ciento). Uno de los resultados de este estudio fue que el uso y abuso de drogas está significativamente asociado al aumento de los delitos contra la propiedad y los de violencia. Al analizar los datos referentes a la comisión de los delitos, se encontró que unos 252 (76.8 por ciento) confinados usuarios de drogas cumplían por la comisión de por lo menos un delito contra la propiedad y 84 (25.6 por ciento) por uno o más delitos de violencia. Otro resultado fue que a mayor uso de drogas y combinación de éstas mayor será el impacto en la incidencia criminal. Se encontró que el 91.7 por ciento de los usuarios de drogas, consumían más de una droga fuerte como heroína y cocaína; el 31.1 por ciento de éstos cumplían por un número de delitos mayores al promedio. Es decir, que los confinados usuarios de más de una droga fuerte cumplían condena por un número mayor de delitos.

Según estadísticas de la Policía de Puerto Rico (1994), la mayoría de los asesinatos en la Isla se relacionan con el uso de drogas. Comúnmente este tipo de delito es cometido por varones jóvenes. Así mismo, durante 1995 el mayor porcentaje de asesinatos ocurridos en Puerto Rico se debió al uso y tráfico de sustancias controladas

(Tabla 4). De acuerdo a datos ofrecidos por la Policía de Puerto Rico, durante 1994, de un total de 995 asesinatos 91.5 por ciento eran varones (910) y 8.5 por ciento hembras (85). Del total de varones murieron 505 (55.5 por ciento) y de las hembras 12 (14.1 por ciento). Las 517 muertes por causal de drogas que fueron informadas representan 52.0 por ciento del total de muertes registradas en ese año. La misma fuente indica que durante el año 1995, se registraron 864 asesinatos distribuidos entre 91.0 por ciento en varones y 9.0 por ciento en hembras. En este año murieron 533 varones (67.8 por ciento) y 12 hembras (15.4 por ciento) de un total de 786 varones y 78 hembras a causa de las drogas. Las 545 muertes atribuidas a las drogas representan 63.1 por ciento del total de asesinatos registrados este año.

Tabla 4

Asesinatos por motivo en Puerto Rico (Años naturales)															
Años	Total	Peleas	Pasionales	Violencia doméstica	Drogas	Robos	Otros	Se desconoce	Distribución Porcentual						
1986	703	3	25	20	11	67	194	383	0.4	3.6	2.8	1.6	9.5	27.6	54.5
1987	499	0	11	17	9	57	91	314	0.0	2.2	3.4	1.8	11.4	18.2	62.9
1988	593	1	11	46	32	51	92	360	0.2	1.9	7.8	5.4	8.6	15.5	60.7
1989	467	1	17	30	19	49	89	262	0.2	3.6	6.4	4.1	10.5	19.1	56.1
1990	600	2	16	21	42	80	131	308	0.3	2.7	3.5	7.0	13.3	21.8	51.3
1991	817	1	18	38	107	96	108	449	0.1	2.2	4.7	13.1	11.8	13.2	55.0
1992	864	52	17	22	207	88	26	452	6.0	2.0	2.5	24.0	10.2	3.0	52.3
1993	948	97	22	33	324	102	3	367	10.2	2.3	3.5	34.2	10.8	0.3	38.7
1994	995	67	13	27	517	83	19	269	6.7	1.3	2.7	52.0	8.3	1.9	27.0
1995	864	58	10	35	545	89	8	119	6.7	1.2	4.1	63.1	10.3	0.9	13.8

Fuente: Policía de Puerto Rico; y Junta de Planificación, Área de Planificación Económica y Social, Negociado de Análisis Social, Modelos y Proyecciones.

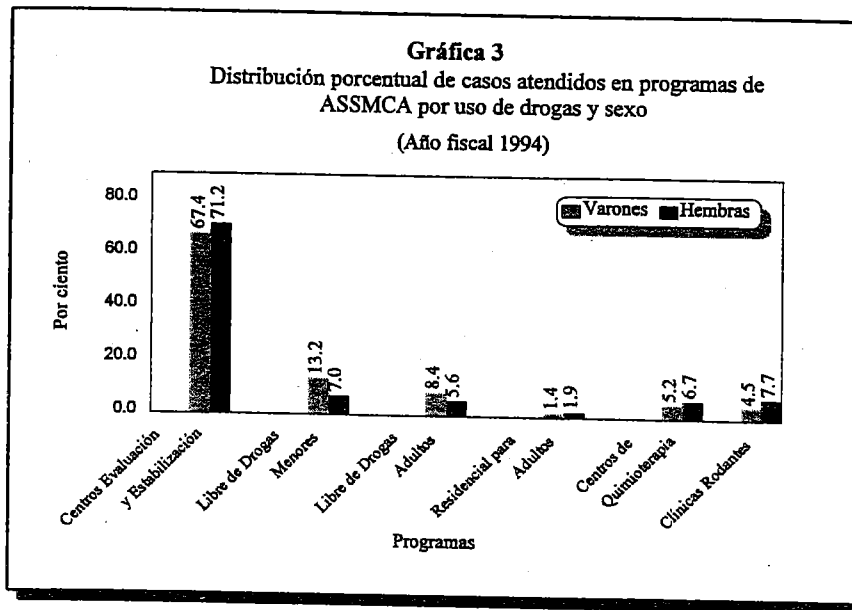
Desde 1991, los asesinatos por drogas han venido aumentando significativamente según los datos de la Policía de Puerto Rico. En este año murieron 103 varones y 4 hembras; en el 1992, 204 varones y 3 hembras; y en el 1993, 316 varones y 8 hembras. Por lo general, los seres humanos que caen en este vicio enferman de forma progresiva y degenerativa y muchas veces no superan la situación.

ASSMCA ha estado tratando este problema a través del desarrollo de seis programas. Las facilidades desarrolladas para ofrecer servicios comprenden desde Centros de Evaluación y Estabilización hasta Clínicas Rodantes, así como Programas Libres de Drogas dirigidos a menores y adultos, entre otros servicios (Tabla 5 y Gráfica 3). Los datos demuestran que durante el año fiscal 1994 fueron atendidas 36,604 personas de las cuales 87.8 por ciento eran varones y 12.2 por ciento hembras. La mayor cantidad de casos fueron atendidos en los Centros de Evaluación y Estabilización, 24,831 (67.8 por ciento) seguido por el Programa Libre de Drogas para Menores, 4,540 (12.4 por ciento). En el Programa Libre de Drogas para Menores, de los casos recibidos, 93.1 por ciento eran varones y en el Programa Libre de Drogas para Adultos, 91.6 por ciento. En el caso de las hembras, el mayor porcentaje de casos tratados se registró en las Clínicas Rodantes, 19.1 por ciento seguido por el programa Residencial para Adultos (16.1 por ciento).

Tabla 5

Casos atendidos en programas ASSMCA por uso de drogas (Año fiscal 1994)											
Programa	Total	Varones	Hembras	Distribución porcentual			Distribución de programas por sexo		Distribución de casos por programa y sexo		
				Total	Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	
Centros Evaluación y Estabilización	24,831	21,660	3,171	67.8	67.4	71.2	87.2	12.8	59.2	8.7	
Libre de Drogas Menores	4,540	4,228	312	12.4	13.2	7.0	93.1	6.9	11.6	0.9	
Libre de Drogas Adultos	2,950	2,702	248	8.1	8.4	5.6	91.6	8.4	7.4	0.7	
Residencial para Adultos	522	438	84	1.4	1.4	1.9	83.9	16.1	1.2	0.2	
Centros de Quimioterapia	1,968	1,670	298	5.4	5.2	6.7	84.9	15.1	4.6	0.8	
Clinicas Rodantes	1,793	1,450	343	4.9	4.5	7.7	80.9	19.1	4.0	0.9	
Total	36,604	32,148	4,456	100.0	100.0	100.0			87.8	12.2	

Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción; y Junta de Planificación, Área de Planificación Económica y Social, Negociado de Análisis Social, Modelos y Proyecciones.



Jóvenes embarazadas

La adolescencia es una etapa crucial e importante en el desarrollo del ser humano. En ésta se generan significativos cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales. La combinación de estos factores, conducidos correctamente, redundan en el desarrollo de las capacidades del adolescente. Estos generan la transformación del ser humano de una etapa de niñez y adolescencia hacia una de madurez y adultez. Es por esta razón que la etapa de adolescencia debe ser cuidadosamente trabajada y cuidada de forma tal de aminorar el alarmante y creciente número de jóvenes embarazadas en nuestra sociedad.

De una población total estimada en 3,547,294 personas para 1991, 51.6 por ciento (1,829,422) eran mujeres. En este año nacieron 7,055 niños de madres adolescentes, solteras y/o en concubinato, lo que representó 57.8 por ciento de los nacimientos de madres menores de 20 años (12,212). La cifra de nacimientos de jóvenes menores de 20 años, representó 18.9 por ciento respecto al total de nacimientos acaecidos (64,516). Por otro lado, la cifra de nacimientos entre adolescentes y solteras significó 10.6 por ciento del total de nacimientos de ese año. Siguiendo un análisis similar, en el 1992 nacieron 7,375 niños de madres solteras y adolescentes para 59.6 por ciento respecto a los nacimientos ocurridos entre jóvenes menores de 20 años (12,374), sin distinción de estado civil. Estos nacimientos representan 19.1 por ciento del total de nacimientos de ese año (64,681). Así mismo, la cantidad de nacimientos entre adolescentes solteras (7,375) representó 11.4 por ciento respecto al total de nacimientos acaecidos ese año. Por último, durante 1993 nacieron 7,926 niños de madres adolescentes y solteras, representando el 64.3 por ciento del total de nacimientos entre jóvenes menores de 20 años (12,820). Esta última cifra representó el 18.9 por ciento del total de nacimientos de ese año (65,242) y los 7,926 nacimientos entre adolescentes y solteras representan 12.1 por ciento del total de nacimientos en 1993.

Desde 1991, la relación de nacimientos ocurridos entre adolescentes y solteras y jóvenes menores de 20 años ha venido aumentando. Esto reflejó un cambio porcentual de 1991 a 1992 de 4.5 y de 1992 a 1993 de 7.5 (Tabla 6). Otro indicador de esta tendencia es la tasa específica de fecundidad ofrecida por el Departamento de Salud. Esta, según el Informe Estadísticas Vitales del año 1992, muestra continuos patrones de fecundidad elevada entre jóvenes adolescentes (Tabla 7). Al observar el grupo de jóvenes adolescentes entre 15-19 años se destaca un crecimiento en la tasa de fecundidad desde 1985. Así por ejemplo, para ese año la tasa fue de 63.5 y para 1992 fue de 73.3. Este grupo de edad ha sido el único que ha reflejado patrones de continuo crecimiento, excepto del año 1987 al 1988 que la tasa reflejó una reducción de 0.60 puntos porcentuales.

Tabla 6

Nacimientos ocurridos en madres solteras y en adolescentes (Años naturales)											
Años	Total	Madres solteras	Adolescentes	Adolescentes solteras	Proporción de nacimientos						
					Madres solteras a total nacimientos	Adolescentes a nacimientos	Adolescentes solteras a madres solteras	Adolescentes solteras a total nacimientos	Adolescentes solteras a adolescentes*		
1985	63,629	17,642	10,978	4,994	27.7	17.3		28.3		7.8	45.5
1986	63,551	18,724	10,875	5,184	29.5	17.1		27.7		8.2	47.7
1987	64,393	21,086	11,221	5,754	32.7	17.4		27.3		8.9	51.3
1988	64,081	21,468	11,028	5,854	33.5	17.2		27.3		9.1	53.1
1989	66,692	23,496	12,031	6,547	35.2	18.0		27.9		9.8	54.4
1990	66,555	24,417	12,505	6,957	36.7	18.8		28.5		10.5	55.6
1991	64,516	24,571	12,212	7,055	38.1	18.9		28.7		10.9	57.8
1992	64,481	25,269	12,374	7,375	39.2	19.2		29.2		11.4	59.6
1993	65,242	26,320	12,820	7,926	40.3	19.6		30.1		12.1	61.8

*Nacimientos en madres adolescentes menores de 20 años.

Fuente: Departamento de Salud; y Junta de Planificación, Área de Planificación Económica y Social, Negocio de Análisis Social, Modelos y Proyecciones.

Tabla 7

Tasas específicas de fecundidad (Años naturales)									
Edad de la madre							TGF 1/	TTF 2/	TBR 3/
Años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44			
1985	63.5	146.5	132.0	70.4	31.7	7.5	80.4	2,258.7	1,101.1
1986	64.0	146.0	129.8	71.3	29.7	7.2	79.2	2,240.1	1,087.5
1987	66.1	148.2	130.8	70.3	28.7	6.8	79.6	2,254.3	1,102.7
1988	65.5	146.2	131.6	69.7	27.2	6.4	78.5	2,232.8	1,081.5
1989	71.6	147.2	134.5	72.9	28.5	6.3	80.8	2,304.7	1,127.0
1990	75.3	145.7	130.2	72.1	29.0	6.5	80.0	2,293.9	1,114.5
1991	73.0	140.2	125.8	68.9	27.8	5.9	77.1	2,207.9	1,071.8
1992	73.3	138.0	122.0	70.7	28.0	5.7	76.4	2,188.3	1,063.3

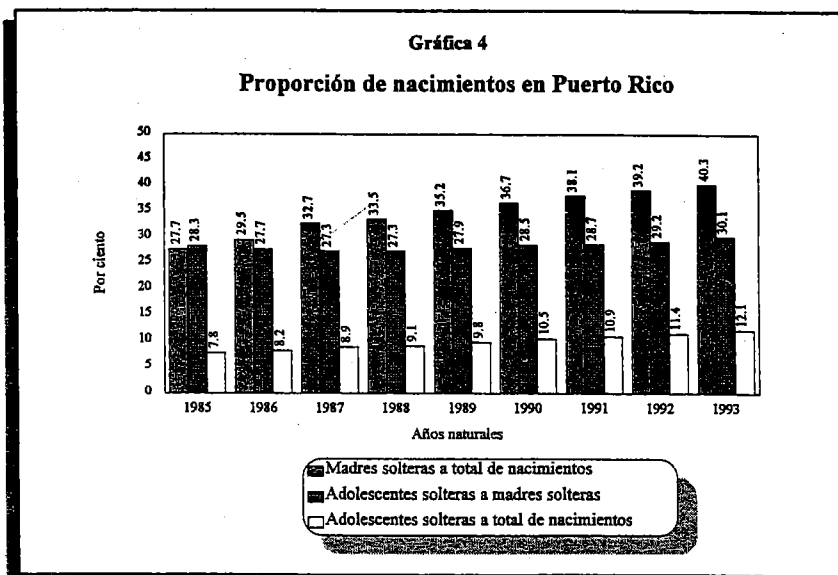
1/ TGF - Tasa General de Fecundidad.

2/ TTF - Tasa Total de Fecundidad.

3/ TBR - Tasa Bruta de Reproducción.

Fuente: Departamento de Salud; y Junta de Planificación, Área de Planificación Económica y Social, Negociado de Análisis Social, Modelos y Proyecciones.

La proporción de madres solteras entre mujeres de todas las edades que dieron a luz en 1990 fue de 36.7 por ciento, según **Las Condiciones de Salud en las Américas** (1994). Este patrón no ha descendido desde 1985 pues se han reflejado aumentos constantes. En 1991 la proporción fue de 38.1 por ciento; lo que representa un aumento de 1.4 puntos porcentuales en relación al año anterior. Así mismo, la proporción de madres solteras entre mujeres de todas las edades que dieron a luz para 1992 y 1993 fue de 39.2 y 40.3 por ciento, respectivamente. Por otro lado, al establecer la proporción entre madres solteras adolescentes con madres solteras de todas las edades se encuentra que se evidencian también aumentos constantes anualmente. Por ejemplo, la proporción de 1990 hasta 1993 fue de 28.5, 28.7, 29.2 y 30.1 por ciento, respectivamente (**Gráfica 4**). Proporcionalmente, parece haber consistencia respecto al total de nacimientos en madres adolescentes solteras y las madres solteras. Estos datos evidencian la necesidad de evaluar los patrones de conducta aceptados y adoptados hasta ahora. De registrarse algún cambio en estos patrones, habrá que dirigir los servicios y la orientación de esta población de acuerdo a las nuevas inquietudes.



Anualmente en la Isla se registran alrededor de 65,000 nacimientos vivos, 0.4 por ciento de mujeres médico indigentes; 40.0 por ciento de solteras y 19.0 por ciento de mujeres menores de 20 años, de las cuales el 60.0 por ciento son solteras. El documento **Detailed Population Characteristics** (1980), indica que en la Isla se registraron 180,502 mujeres jefes de hogar, de las cuales 53,382 vivían solas. Los datos de 1990 reflejaron 113,987 mujeres más que en 1980 como jefes de hogar (294,489); de las cuales 83,229 vivían solas. Así mismo, para 1990 un total de 131,797 de hogares con jefe femenino informaron tener hijos propios menores de 18 años para un aumento de 58,243 mujeres en 10 años. Por otro lado, 120,034 familias con jefes de hogar femenino en 1980 y 205,066 en 1990, informaron recibir ingresos de asistencia pública, seguro social, intereses, dividendos y otros, excluyendo los salarios. De éstas, 34,134 y 96,915 reportaron recibir ingresos por concepto de asistencia pública solamente. Estos datos indican que de 1980 al 1990, 131,049 mujeres más han subsistido con solamente este tipo de ayuda.

Ante estas realidades, el Departamento de Salud, apoyado por varios departamentos y agencias, ha desarrollado el **Proyecto de Adolescentes Embarazadas**. Este atiende adolescentes menores de 20 años que estén embarazadas o que sospechen estarlo. Entre los objetivos del proyecto se encuentra disminuir los neonatos de bajo peso al nacer impactando así la mortalidad infantil. Lo innovador es que enfatiza la provisión de servicios prenatales, perinatales y post-natales de forma integrada. El objetivo general se persigue lograr a través de varias estrategias:

- Identificación temprana de adolescentes embarazadas.
- Comienzo de cuidado prenatal temprano de estas jóvenes.
- Provisión de cuidado prenatal continuo por un equipo multidisciplinario que llene las necesidades de esta población.
- Capacitación apropiada para el personal que trabaja con estos grupos.
- Acuerdos de cooperación entre agencias que trabajan con adolescentes.
- Lograr cuidado peri y post natal óptimo para estos grupos.

Siguiendo esta misión, se han establecido clínicas para ayudar a esta población. Las clínicas de adolescentes embarazadas se encuentran ubicadas en los Centros de Salud primarios a través de la Isla. Entre los servicios ofrecidos se encuentran los de medicina obstétrica; medicina de familia y/o generalista; enfermera graduada obstétrica; y práctica y servicios de orientación a nivel de comunidad; además otros de especialización y subespecialización, de ser necesario.

Grupos especiales

Personas con impedimentos

Las personas que sufren impedimentos cuentan con varias organizaciones que cuidan de sus derechos y les ayudan en sus necesidades. La Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos (OPPI) es la agencia gubernamental responsable de ve-

lar por los derechos de la población con impedimentos físicos, mentales o sensoriales. La oficina se crea por la Ley 2 del 27 de septiembre de 1985 y ésta define a una persona con impedimento como “toda aquella persona que como consecuencia o resultado de un defecto congénito, una enfermedad, deficiencia en su desarrollo, accidente o por cualquier otra razón haya quedado privada de una o más de sus funciones básicas, tales como movilidad, comunicación, cuidado propio, autodirección, tolerancia al trabajo en términos de vida propia o de su capacidad para ser empleado o que dichas funciones básicas hayan quedado afectadas limitando el funcionamiento de dicha persona, y toda persona que conforme las definiciones de cualesquiera otras leyes locales o federales vigentes sea identificada como una con impedimentos físicos, mentales o con limitaciones en su desarrollo”.

Esta oficina atiende los problemas, necesidades y reclamos de este grupo a través de orientaciones, referidos, asesoramiento legal, protección e intercesión. La OPPI interviene en áreas como educación, salud, vivienda, empleo, transportación, recreación y cultura, entre otros.

Así mismo, el Consejo Estatal sobre Deficiencias en el Desarrollo (CEED) se especializa en condiciones severas y crónicas, como retardo mental; epilepsia; autismo; espina bífida; sordera; ceguera; disturbios emocionales severos y Síndrome Down, en personas de cinco años o más. El Consejo se propone aumentar las oportunidades de empleo para estas personas y promover el desarrollo de actividades en la comunidad, encaminadas a prevenir, identificar y atender las deficiencias en el desarrollo de los niños (intervención temprana), entre otras.

De acuerdo a los datos estadísticos estimados por OPPI en su compendio estadístico (1993), en Puerto Rico, en el 1990, se registraron alrededor de 704,407 personas con algún tipo de impedimento. También, se registraron 140,881 con impedimentos visuales y 176,102 con deficiencias en el desarrollo. La base de estos datos surge del Censo de Población y Vivienda de 1990 en el cual las definiciones respecto a impedimentos giran en torno a su relación con el trabajo. Una persona se encuentra impedida para trabajar si sufre de “una condición de salud que había durado seis meses o más y que limitó el tipo o cantidad de trabajo que podía hacer en un empleo o negocio”. Respecto a limitación para el cuidado propio se refiere a “condiciones de salud que dificultan atender necesidades personales tales como bañarse, vestirse o moverse dentro del hogar”. En términos de limitaciones para movilidad son condiciones que “dificultan salidas a solas fuera del hogar” como por ejemplo ir de compras e ir a la oficina del médico.

Según el Censo del 1990, se registraron 2,473,221 personas con limitación de movilidad o cuidado propio el cual es un tipo de impedimento físico; mientras OPPI calculó 704,407 personas con limitaciones e impedimentos en la Isla para ese mismo período. La diferencia de 1,768,814 personas podría deberse a la definición del término impedimento. La definición del Censo es más abarcadora; en tanto que la

OPPI incluye categorías específicas de impedimentos. La metodología adoptada por esta Oficina es empírica basada en un modelo de los Estados Unidos, el cual se proyecta a través de variables independientes y utiliza como base los datos poblacionales del Censo.

Envejecientes

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda de 1990 se registraron en Puerto Rico 465,736 personas (13.2 por ciento) de 60 años o más dentro de una población total de 3,522,037 personas. La misma fuente indica que 129,371 personas (27.8 por ciento) de la población total registró algún tipo de impedimento y/o limitación de cuidado personal y movilidad. El 46.6 por ciento de la población de edad avanzada de 75 años o más (60,225 personas), sufría de limitación de cuidado propio y/o movilidad. Dentro de este grupo, las hembras mostraron mayor fragilidad (61.3 por ciento) en comparación a los varones (38.7 por ciento).

De acuerdo a las proyecciones preparadas por la Junta de Planificación, para el año 2000 esta población ascenderá a 552,836 personas, 14.4 por ciento del total de la población. Así mismo, se espera que para el año 2025 esta población sea de 942,710 ó 21.8 por ciento de la población total (Tabla 8).

Tabla 8

Proyecciones de la población envejeciente					
Años	Población Total	Grupo de edad		Por ciento del total	
		60 años o más	65 años o más	60 años o más	65 años o más
1990*	3,522,037	465,736	340,884	13.2	9.7
2000	3,839,954	552,836	406,272	14.4	10.5
2010	4,086,669	693,443	496,870	17.0	12.2
2020	4,264,356	860,571	643,591	20.2	15.1
2025	4,325,906	942,710	719,160	21.8	16.6

*Población al 1ro de abril.

Fuente: Negociado del Censo federal; y Junta de Planificación, Área de Planificación Económica y Social, Negociado de Análisis Social, Modelos y Proyecciones.

La distribución por edad y sexo, según el Censo de 1990, fue de 214,104 varones y 251,632 hembras de 60 años o más. Según las proyecciones de la población de edad avanzada de la Junta de Planificación, habrá 243,524 varones y 309,312 hembras para el año 2000 y 386,196 varones y 556,514 hembras para el año 2025.

El análisis de esta población es de vital importancia para el desarrollo del tema en consideración, sin embargo no se analiza detalladamente ya que una edición anterior del Boletín Social fue dedicada a este tema.²

Aún así, se ofrecen algunas recomendaciones. Se hace necesario responder de forma ágil, dinámica y efectiva a los cambios demográficos, sociales y económicos recientes que se han producido en Puerto Rico respecto a este sector poblacional. Por consiguiente, es necesario planificar adecuadamente para satisfacer la demanda de sus necesidades, en especial de aquellos que requieren de servicios de apoyo de agencias gubernamentales por su frágil condición de salud.

Salud mental

Los servicios de salud mental se ofrecen de manera comprensiva e integrada en una base comunitaria a través de servicios delineados por el Departamento de Salud y mediante funciones encomendadas a ASSMCA. La prestación de servicios se fundamenta en un enfoque biosicosocial; es decir, que en el fundamento de los servicios de la Agencia se consideran aspectos biológicos, humanos y psíquicos relacionados con la mente humana; además de los aspectos sociales que se basan en la relación del individuo con su medio ambiente inmediato. Actualmente, existen siete instituciones y 12 centros ambulatorios a través de toda la Isla responsables en ofrecer estos servicios. De éstas, las cinco más importantes en prestación de servicios son:

- Hospital de psiquiatría Dr. Ramón Fernández Marina
(Río Piedras)
- Hospital de psiquiatría Forense
- Hospital de psiquiatría de Ponce
- Unidades de hospitalización psiquiátrica
- Unidades de hospitalización psiquiátrica para adolescentes
(UHPA)

En el año fiscal 1994 hubo un incremento significativo de 4,109 pacientes atendidos respecto al año anterior por la totalidad de servicios ambulatorios, de los cuales 3,658 fueron en los centros de salud mental (**Tabla 9**). La mayoría de los beneficiados en las facilidades de salud mental durante el año fiscal 1994 fueron de tipo ambulatorio (102,117 casos) representando el 95.8 por ciento del total de pacientes atendidos. De éstos, fueron atendidos 54,937 varones (53.8 por ciento) y 47,180 hembras (46.2 por ciento).

Tabla 9

Pacientes atendidos por servicios y facilidades (Años fiscales)				
Facilidades	1993	1994	Cambio	
			absoluto	porcentual
Servicios Hospitalarios	3,515	2,867	(648)	(18.4)
Hospitales Estatales	1,919	2,013	94	4.9
Río Piedras	975	1,125	150	15.4
Ponce	565	433	(132)	23.4
Psiquiatría Forense	187	244	57	30.5
UPHA 1/	192	211	19	9.9
Centro Serv. Múltiple Guerrero 2/	902	421	(481)	(53.3)
Psiquiátrico Civil	568	353	(215)	37.9
Forense (Edif. 6C)	334	68	(266)	(79.6)
Unidad Hospitalaria Caguas 3/	417	168	----	----
Unidad Hospitalaria Mayaguez	277	265	(12)	4.3
Servicios de Rehabilitación	1,751	1,602	(149)	(8.5)
Centros Psicosociales	190	154	(36)	(18.9)
CRT Cayey	73	64	(9)	(12.3)
CRT Bayamón	55	34	(21)	(38.2)
CRT Trujillo Alto	62	56	(6)	(9.7)
Programa Hogares	1,501	1,388	(113)	(7.5)
Sustitutos	575	409	(166)	(28.9)
Geropsiquiátricos	208	242	34	16.3
Grupales	343	304	(39)	(11.4)
Cuidado Prolongado	199	181	(18)	(9.0)
Casa de Salud	60	53	(7)	(11.7)
SIRVE	116	199	83	71.6
Vivienda Independiente	60	60	----	----
Servicios Ambulatorios	98,008	102,117	4,109	4.2
Centros de Salud Mental	82,205	85,863	3,658	4.4
Aguadilla	6,057	6,532	475	7.8
Arecibo	8,352	8,769	417	5.0
Manatí	6,931	7,396	465	6.7
Bayamón	7,711	8,164	453	5.9
Cayey	6,530	5,993	(537)	(8.2)
Carolina	8,540	9,414	874	10.2
Fajardo	4,605	4,517	(88)	(1.9)
Humacao	4,480	4,818	338	7.5
Caguas	10,240	10,853	613	6.0
Mayaguez	6,311	6,851	540	8.6
Coamo	5,679	6,040	364	6.4
Ponce	6,769	6,513	(256)	(3.8)
Clínica Ext. Adultos Río Piedras	15,803	16,254	451	2.9
Clínica Ext. Niños y Adoles Río Piedras	n.d.	n.d.	----	----
Total	103,274	106,586	3,312	3.2

n.d. - No disponibles.

Nota - Datos no duplicados dentro de cada facilidad.

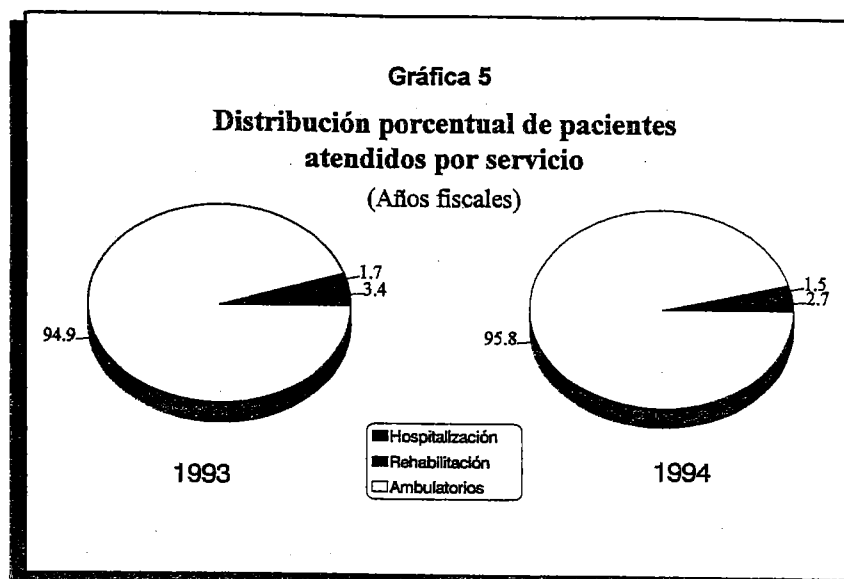
1/ Unidad de Hospitalización Psiquiátrica para Adolescentes.

2/ Datos hasta febrero 1994.

3/ Servicios de hospitalización no disponibles para noviembre-diciembre 1993 y enero-febrero 1994. Datos preliminares.

Fuente: Administración de Facilidades y Servicios de Salud; y Junta de Planificación, Área de Planificación Económica y Social, Negociado de Análisis Social, Modelos y Proyecciones.

Por otro lado, se registraron 2,867 casos por concepto de servicios de hospitalización (2.7 por ciento respecto al total), representando una disminución de 0.7 puntos porcentuales. En términos de cambio porcentual, las hospitalizaciones reflejaron una disminución de 18.4 por ciento respecto al año fiscal 1993. Así mismo, 1,602 casos se registraron en servicios de rehabilitación (1.5 por ciento respecto al total), representando una leve disminución de 0.2 puntos porcentuales y un cambio porcentual de -8.5 por ciento respecto al mismo período de tiempo. Sin embargo, los servicios ambulatorios registraron 4.2 por ciento de aumento ó 0.9 puntos porcentuales (Gráfica 5). En resumen, durante el año fiscal 1994, 106,586 personas fueron atendidas en servicios relevantes ofrecidos por el sistema de salud mental reflejando un aumento de 3.2 por ciento.



Salud física

Morbilidad

La publicación más reciente sobre morbilidad titulada **Datos sobre Morbilidad Crónica Año 1989** (1993), indica que las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon el primer lugar con una tasa de 34.4 condiciones por cada 100 personas; las del sistema respiratorio ocuparon la segunda posición con tasa de 24.3. Las relacionadas con el sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo registraron 18.3 condiciones por cada 100 personas, ocupando así el tercer lugar (Tabla 10).

Dentro del grupo de enfermedades del sistema circulatorio (874,751), la enfermedad de hipertensión fue la de mayor incidencia al registrar 351,877 personas. Entre las personas de 45 a 64 años se atendieron 166,210 casos, seguido por las enfermedades

Tabla 10
Prevalencia de Enfermedades y Condiciones Crónicas*
(Año fiscal 1989)

Enfermedades crónicas	Total	Por ciento	Grupo de Edad										65 o más	Por ciento
			Menores de 6	Por ciento	De 6 a 16	Por ciento	De 17 a 24	Por ciento	De 25 a 44	Por ciento	De 45 a 64	Por ciento		
Sistema circulatorio	874,751	34.4	4,962	0.2	15,065	0.6	20,346	0.8	156,201	6.1	364,577	14.3	313,600	12.3
Enfermedades hipertensivas	351,877	13.8	-----	0.0	804	0.0	5,635	0.2	58,572	2.3	166,210	6.5	120,656	4.7
Enfermedades del corazón	196,897	7.7	4,230	0.2	11,045	0.4	1,566	0.1	25,253	1.0	69,623	2.7	85,180	3.3
Enfermedades cerebrovasculares	8,652	0.3	-----	0.0	-----	0.0	-----	0.0	783	0.0	3,746	0.1	4,123	0.2
Arteriosclerosis	16,438	0.6	-----	0.0	-----	0.0	-----	0.0	-----	0.0	5,241	0.2	11,197	0.4
Varices	110,810	4.4	-----	0.0	804	0.0	2,503	0.1	22,754	0.9	52,385	2.1	32,364	1.3
Hemorroides	68,592	2.7	732	0.0	1,608	0.1	6,470	0.3	26,086	1.0	24,712	1.0	8,984	0.4
Otras	121,485	4.8	-----	0.0	804	0.0	4,172	0.2	22,753	0.9	42,660	1.7	51,096	2.0
Sistema respiratorio	618,386	24.3	76,088	3.0	144,105	5.7	82,606	3.2	155,436	6.1	95,573	3.8	63,578	2.5
Bronquitis crónica	11,916	0.5	-----	0.0	-----	0.0	3,030	0.1	1,583	0.1	4,490	0.2	2,813	0.1
Enfisema	8,650	0.3	-----	0.0	-----	0.0	-----	0.0	783	0.0	3,744	0.1	4,123	0.2
Asma	267,651	10.5	62,216	2.4	86,810	3.4	24,857	1.0	48,057	1.9	27,895	1.1	18,216	0.7
Sinusitis crónica	120,224	4.7	1,607	0.1	16,252	0.6	18,459	0.7	43,373	1.7	26,951	1.1	13,245	0.5
Alergias vías respiratorias	171,615	6.7	3,946	0.2	34,287	1.3	34,459	1.4	53,739	2.1	27,705	1.1	17,478	0.7
Otras	38,330	1.5	8,319	0.3	6,956	0.3	1,464	0.1	7,901	0.3	5,988	0.2	7,702	0.3
Sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	464,337	18.3	875	0.0	2,342	0.1	5,430	0.2	56,106	2.2	186,889	7.7	202,895	8.0
Aritmia y reumatismo	368,969	14.5	875	0.0	-----	0.0	1,566	0.1	33,855	1.3	146,718	5.8	186,965	7.3
Desplazamiento disco intervertebral	32,487	1.3	-----	0.0	-----	0.0	-----	0.0	7,967	0.3	22,472	0.9	2,048	0.1
Osteoporosis	8,308	0.3	-----	0.0	-----	0.0	834	0.0	2,367	0.1	3,742	0.1	1,366	0.1
Otras	64,573	2.1	-----	0.0	2,342	0.1	3,030	0.1	11,917	0.5	23,952	0.9	13,327	0.5
Glándulas endocrinas	313,950	12.3	1,464	0.1	11,360	0.4	15,238	0.6	50,556	2.0	130,269	5.1	105,063	4.1
Glándula tiroide	47,535	1.9	-----	0.0	3,006	0.1	5,006	0.2	14,103	0.6	12,720	0.5	12,700	0.5
Diabetes	192,179	7.6	732	0.0	2,836	0.1	3,865	0.2	22,185	0.9	87,804	3.4	74,857	2.9
Otras	74,236	2.9	732	0.0	5,418	0.2	6,367	0.3	14,268	0.6	29,945	1.2	17,508	0.7
Sistema digestivo	271,499	10.7	6,570	0.3	3,950	0.2	9,398	0.4	80,361	3.2	95,079	3.7	76,141	3.0
Úlceras estómago o duodeno	57,657	2.3	-----	0.0	734	0.0	2,298	0.1	21,286	0.8	19,466	0.8	13,873	0.5
Hernias cavidad abdominal	68,525	2.7	2,624	0.1	1,608	0.1	2,401	0.1	15,752	0.6	22,462	0.9	23,678	0.9
Enfermedades del hígado	1,432	0.1	-----	0.0	-----	0.0	-----	0.0	-----	0.0	749	0.0	683	0.0
Cirrosis	2,182	0.1	-----	0.0	-----	0.0	-----	0.0	-----	0.0	1,499	0.1	683	0.0
Hepatitis	4,431	0.2	-----	0.0	-----	0.0	-----	0.0	1,567	0.1	1,499	0.1	1,365	0.1
Enfermedades vesícula biliar	18,916	0.7	-----	0.0	-----	0.0	843	0.0	7,084	0.3	6,737	0.3	4,261	0.2
Otras	-----	-----	-----	0.0	-----	0.0	-----	0.0	-----	0.0	-----	0.0	-----	0.0
Total	2,542,923	100.0	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

*Condiciones escogidas.

Fuente: Administración de Facilidades y Servicios de Salud; y Junta de Planificación, Área de Planificación Económica y Social, Negociado de Análisis Social, Modelos y Proyecciones.

cardíacas (69,623 casos). Las enfermedades hipertensivas y del corazón representaron 40.2 y 22.5 por ciento, respectivamente, del total de casos registrados en este grupo de enfermedades.

Las enfermedades del sistema respiratorio (618,386) registraron más casos en el grupo de 25-44 años (155,436), 25.1 por ciento. Por otro lado, el asma obtuvo la mayor cantidad de casos entre todas las edades (267,651); 43.3 por ciento viéndose más afectado el grupo poblacional de 6-16 años con 86,610 casos. Esta cifra representa 14.0 por ciento del total de casos del grupo de enfermedades del sistema respiratorio (618,386) y 32.4 respecto al total de casos registrados por tipo de enfermedad (267,651 casos).

El grupo de 65 años o más registró 202,695 personas afectadas por las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo de un total de 464,337 casos, lo que representa 43.7 por ciento. Las enfermedades de artritis y reumatismo fueron las condiciones más comunes dentro de este grupo al registrar 185,955 casos, dentro del grupo de 65 años o más, representando 40.0 por ciento respecto al total de casos dentro del grupo (464,337) y 50.0 por ciento por tipo de enfermedad (368,969). Así mismo, el grupo de 45-64 años reportó 196,889 casos (42.4 por ciento).

Primeras causas de muerte

El Departamento de Salud en el **Informe Anual de Estadísticas Vitales** resumió las primeras diez causas de muerte en Puerto Rico durante el año natural 1993 (**Tabla 11 y Gráfica 6**).

Las primeras cinco fueron:

- enfermedades del corazón
- tumores malignos
- diabetes mellitus
- enfermedades cerebrovasculares
- virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Cabe destacar que las primeras diez causas de muerte reflejan un incremento con respecto al año 1992, a excepción de la neumonía. Al estudiar el patrón de morbilidad y las primeras diez causas de muerte se encuentra que las enfermedades del corazón son la segunda causa de morbilidad y la primera causa de mortalidad en Puerto Rico. Por otro lado, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y los homicidios mostraron altas tasas de crecimiento al reflejar 15.7 y 12.7 por ciento, respectivamente. Las enfermedades cerebrovasculares reflejaron la tercera tasa de crecimiento mayor, 12.3

por ciento. Las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares han mantenido consistentemente su posición entre las primeras causas de muerte en Puerto Rico desde 1988 al 1993.

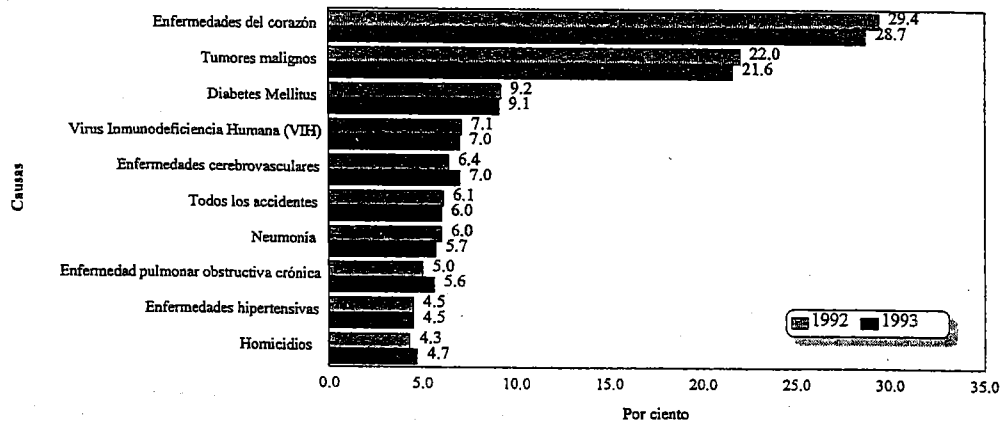
Tabla 11

Primeras diez causas de muerte (Años naturales)				
Causas	1992		1993	
	Total	Por ciento	Total	Por ciento
Enfermedades del corazón	5,868	29.4	5,897	28.7
Tumores malignos	4,393	22.0	4,427	21.6
Diabetes Mellitus	1,836	9.2	1,876	9.1
Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH)	1,420	7.1	1,433	7.0
Enfermedades cerebrovasculares	1,285	6.4	1,443	7.0
Todos los accidentes	1,209	6.1	1,236	6.0
Neumonía	1,202	6.0	1,175	5.7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,000	5.0	1,157	5.6
Enfermedades hipertensivas	906	4.5	918	4.5
Homicidios	851	4.3	959	4.7
Total	19,970	100.0	20,521	100.0

Fuente: Administración de Facilidades y Servicios de Salud; y Junta de Planificación, Area de Planificación Económica y Social, Negociado de Análisis Social, Modelos y Proyecciones.

Gráfica 6

Distribución porcentual de las diez principales causas de muerte
(Años naturales)



Papel del Gobierno Central respecto a la salud

Objetivos y programas diseñados por el Gobierno

Puerto Rico recibe miles de millones de dólares por concepto de ayuda federal. Ciertas cantidades, designadas para diversos programas de ayuda social, están predeterminadas por lo que independientemente de las crisis y necesidades que podamos atravesar, esta suma no varía. El sistema de salud tiene asignado para los años fiscales 1996 y 1997 \$2.2 y \$2.4 millardos; lo que representa 27.3 y 29.9 por ciento del presupuesto consolidado por sector para cada año, respectivamente. El cambio porcentual de un año a otro es de 11.6 por ciento. Estas cifras reflejan la importancia que tiene esta área en Puerto Rico al colocar al Departamento de Salud en segunda posición respecto al presupuesto designado; sucediéndole el Departamento de Educación y precediéndole el renglón de Seguridad Pública.

Reforma de salud en Puerto Rico

El Departamento de Salud ha reconocido que los recursos humanos y financieros no han sido suficientes para brindar un tratamiento realmente preventivo y efectivo, especialmente para los sectores indigentes. Por estas razones, el Departamento de Salud, a través de la Reforma de Salud, ha adoptado una serie de modalidades para trabajar este problema desde otro ángulo.

La meta fundamental de la Reforma es efectuar las acciones pertinentes para intentar frenar el vertiginoso aumento en los costos de salud y ofrecer a los individuos, independientemente de su condición económica, cuidados de salud de calidad a costos razonables y desaparecer la desigualdad en los sistemas de salud existentes. Hasta febrero 20 de 1996, según el **Memorial Explicativo: Presupuesto recomendado para el año fiscal 1997**, en cuatro regiones cubiertas por el Seguro de Salud, 590,664 personas se han beneficiado con la reforma de salud y 42 municipios de la Isla representando el 54.0 por ciento del total de municipios. En el mismo documento se proyecta beneficiar, a junio 30 de 1997, 968,687 personas entre el total de regiones designadas (**Tabla 12**).

La cubierta del Seguro de Salud del gobierno de Puerto Rico incluye servicios dentales, ambulatorios, médico quirúrgicos, hospitalarios, laboratorios y cubierta de medicamentos. Aspectos como el pago del deducible, la elegibilidad de individuos al Seguro y la cantidad de profesionales disponibles para trabajar se encuentran contemplados en el sistema.

Tabla 12

Personas aseguradas y elegibles al Seguro de Salud de Puerto Rico (Años fiscales)				
Febrero 1996				1997*
Regiones	Total Elegibles	Total Asegurados	Por ciento Asegurados	
Noreste	61,241	56,553	92.3	91,977
Sureste	144,433	132,179	91.5	139,514
Norte	234,578	218,121	93.0	226,898
Central	238,492	183,811	77.1	203,772
Sub-total	678,744	590,664	87.0	662,161
Noroeste				86,457
Este				100,934
Suroeste				61,003
A determinarse				58,132
Total				968,687

* Proyecciones al 30 de junio.

Fuente: Administración de Servicios de Salud de Puerto Rico; y
Junta de Planificación, Área de Planificación Económica y Social,
Negociado de Análisis Social, Modelos y Proyecciones.

Por ejemplo, según el registro más reciente de profesionales de la salud (junio 1992), la tasa de médicos activos, dentistas y farmacéuticos fue de 178.0, 25.6 y 60.0, respectivamente por cada 100,000 habitantes. Por cada 1,000 habitantes, se encontraron 1.8 médicos, 3.5 enfermeras generalistas y 2.1 enfermeras licenciadas. Al comparar la población estimada por AFASS con los profesionales del campo en las regiones de salud para 1991-92, se observa que hay pocos profesionales de salud en cada área en relación con la cantidad de residentes. La mayor cantidad de profesionales se registra en el área metropolitana y en el área de Mayaguez. Esta situación resalta la urgencia de lograr una mejor distribución de los recursos de salud fuera del área metropolitana para lograr una mejor cobertura de profesionales entre las regiones. Se puede observar que la tasa de profesionales por cada 100,000 habitantes permanece baja en relación con la cantidad de habitantes por región (Tabla 13 y Gráfica 7).

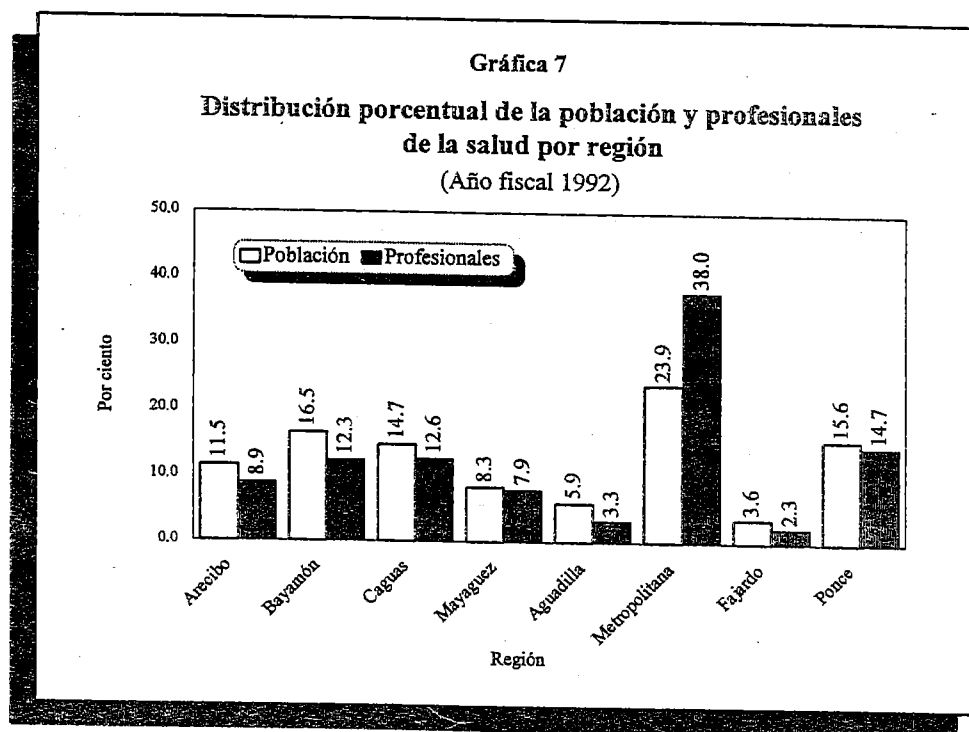
Tabla 13

Población y profesionales de la salud por región Año fiscal 1992					
Región	Población al 1ro de julio	Profesionales	Distribución porcentual		Tasa *
Arecibo	411,219	3,319	11.5	8.9	807.1
Bayamón	590,201	4,604	16.5	12.3	780.1
Caguas	526,074	4,715	14.7	12.6	896.3
Mayaguez	296,218	2,971	8.3	7.9	1,003.0
Aguadilla **	210,107	1,236	5.9	3.3	588.3
Metropolitana	855,702	14,228	23.9	38.0	1,662.7
Fajardo **	130,249	875	3.6	2.3	671.8
Ponce	560,197	5,521	15.6	14.7	985.5
Total	3,579,967	37,469	100.0	100.0	

* Por cada 100,000 habitantes.

**Sub-regiones.

Fuente: Administración de Facilidades y Servicios de Salud; y Junta de Planificación, Área de Planificación Económica y Social, Negociado de Análisis Social, Modelos y Proyecciones.



Campañas desarrolladas por el Departamento de Salud

En el camino hacia el éxito de la reforma, el Departamento de Salud junto con el sector privado, ha comenzado a trabajar en el desarrollo de la salud preventiva y la modificación de la conducta a través de una serie de campañas educativas dirigidas a distintos sectores de la población. El programa de inmunización tuvo un período muy activo de 1993-1995, especialmente durante 1994. Se ofreció una serie de talleres dirigidos a los profesionales del campo (343) y otros a la comunidad (340). Durante el 1994 la Compañía Gerber tomó parte activa en el proceso al promover y auspiciar un programa de recordatorios e información relacionada con la vacunación de niños alcanzando el 70.0 por ciento de la población infantil en la Isla. Otra empresa que se interesó en el programa fue American Cyanamid. La campaña de mayor importancia durante 1994 para el Departamento fue la de la vacunación contra el sarampión a niños entre 6 meses y 5 años. El desarrollo de ésta se efectuó bajo el lema **CORTA LA CADENA DEL SARAMPIÓN COMUN PARA UN PUERTO RICO SUPER SANITO**. Esta campaña intentó minimizar los casos de sarampión común. La misma cobró importancia al aprovecharse la oportunidad para administrar a los niños las otras vacunas que le faltaban. De 348,225 niños registrados entre las edades mencionadas en 1994, 83.5 por ciento (290,993 niños) fueron vacunados como resultado de la campaña.

Por otra parte, la compañía Tylenol promovió y distribuyó material educativo referente a enfermedades prevenibles a través de la vacunación. Para este mismo período se celebraron 120 clínicas especiales, lo que representó un aumento de 30 clínicas de 1993 a 1994. En 1994 se suministraron 12,000 dosis de vacunas, reflejándose un aumento de 6,078.

Otra herramienta utilizada fueron los talleres educativos. Se observa un aumento de 517 talleres ofrecidos del año 1993 al 1994. Estos se dividen en los que se ofrecen a los proveedores de servicios de salud y personal del programa (profesionales) y los que se ofrecen a los padres (comunidad). Durante 1994 se ofreció más o menos la misma cantidad de adiestramientos profesionales y a la comunidad (Tabla 14).

Tabla 14

Campañas promocionales y educativas del Programa de Inmunización (Años fiscales)												
Actividades	1990	Por ciento	1991	Por ciento	1992	Por ciento	1993	Por ciento	1994	Por ciento	1995	Por ciento
Campañas	20	10.4	39	26.4	46	23.5	63	18.2	532	34.1	71	24.4
Talleres educativos												
<i>a. Profesionales</i>	81	42.0	51	34.5	54	27.6	90	26.0	343	22.0	107	36.8
<i>b. Comunidad</i>	60	31.1	23	15.5	42	21.4	76	22.0	340	21.8	52	17.9
Presentaciones	12	6.2	14	9.5	29	14.8	71	20.5	238	15.3	47	16.2
Campaña radial	11	5.7	12	8.1	14	7.1	25	7.2	75	4.8	6	2.1
Campaña T.V.	1	0.5		0.0		0.0	2	0.6	6	0.4	3	1.0
Campaña prensa	8	4.1	9	6.1	11	5.6	19	5.5	26	1.7	5	1.7
Total	193	100.0	148	100.0	196	100.0	346	100.0	1,560	100.0	291	100.0

Fuente: Departamento de Salud; y Junta de Planificación, Área de Planificación Económica y Social, Negociado de Análisis Social, Modelos y Proyecciones.

El área de la salud oral también ha estado trabajando desde hace algún tiempo, sin embargo los estudios epidemiológicos respecto al tópicó han sido mínimos y esporádicos. El documento del Departamento de Salud **Las Condiciones de Salud en las Américas** (1994) indica que en el 1948 el Índice dientes cariados, perdidos, obturados (CPO) para escolares de diferentes pueblos de la Isla fue 8.6. En 1970, el índice CPO para niños entre 5 y 14 años en el área metropolitana fue 4.5 y 3.5 en 1992.

El Programa de Odontología Preventiva de la Secretaría Auxiliar de Salud Oral ha visitado escuelas elementales del Departamento de Educación, Clínicas de Envejecientes, Centros Head Start, Residenciales Públicos, Clínicas de Embarazadas y Campamentos de Verano entregando material educativo e instruyendo a los participantes sobre técnicas de higiene oral y cepillado. El programa también participa en Ferias de Salud, celebra la Semana de la Salud Oral y el Día Mundial de la Salud.

Conclusiones y recomendaciones

El cuadro general de la salud apunta hacia el reenfoque de la política pública en el país. La misión del gobierno es alcanzar una calidad de vida plena tanto a nivel individual como a nivel de pueblo. La meta es lograr un desarrollo sicosocial adecuado para Puerto Rico, para lo cual el pueblo necesita disfrutar de salud. El logro de esta meta necesita una visión y actitud más agresiva y positiva para combatir los problemas. La estrategia debe dirigirse a integrar la política pública establecida con los procesos operativos del Departamento de Salud así como crear mecanismos que activen a la población respecto a la prevención y al cuidado de la salud. De este modo, es necesaria la participación de otras agencias gubernamentales, del sector privado y de la rama legislativa en este proceso.

Los elementos fundamentales para lograr el desarrollo físico, psicológico y social de individuos productivos y útiles para la sociedad son:

- Necesidad de crear algunos servicios nuevos así como mejorar los existentes, particularmente en el área de tratamiento a personas con problemas de adicción a drogas y alcohol. Desarrollar programas y campañas mucho más agresivas en términos de prevención, orientación y educación de forma que se evite en la medida que sea posible que jóvenes y niños se inicien en el uso de estas sustancias empeorando las situaciones y consecuencias provocadas por esta conducta.
- Necesidad de mayor cuidado en la prevención de las enfermedades de carácter recurrente.

- Reevaluación de lo que hasta ahora se ha hecho respecto a las enfermedades venéreas de acuerdo a las estadísticas de las ETS. De igual forma, se amerita una reflexión en torno a los patrones y conceptos de conducta "adecuada" entre los jóvenes y adultos jóvenes.
- Reenfocar los servicios a ofrecer a los grupos especiales. Se requerirá mayor involucramiento interagencial para la creación de actividades recreativas, culturales, de tecnología y otras para esta población. El Departamento de Salud, al igual que el Departamento de Educación, podría contratar servicios y/o personal para atender las necesidades y proveer servicios a estas personas.
- Es necesario equipar las áreas de salud de forma adecuada en el desarrollo de recursos humanos. La escasez o desproporción de personal en las áreas de salud, sus dependencias y agencias, es un asunto que debe ser seriamente considerado. La ausencia de éstos puede impedir el desarrollo y funcionamiento de cualquier plan o estrategia por mejor que parezca.

Los factores aquí señalados repercuten en nuestro desarrollo social y económico. Las vidas destinadas a contribuir al logro de las metas trazadas como pueblo estarían en peligro, de no tomar medidas al respecto. Estas personas podrán ser útiles y productivas si se logran encaminar y motivar correctamente hacia sus valores como seres humanos. Por esto, debe ser nuestro el compromiso de pensar y sentir que es responsabilidad común como sociedad, estar al tanto y contribuir en lo que podamos al logro de esta filosofía y aceptar los cambios que tan necesariamente se avecinan.

Esperamos que este Boletín sirva de instrumento en la formulación de la política pública relacionada con la salud.

Notas

- 1) El SIDA fue tratado en la edición de octubre/diciembre 1994 del Boletín Social, Volumen 2, Número 4, titulado **El SIDA y sus implicaciones sociales**. En el mismo se tratan los aspectos más importantes del tema.
- 2) Los aspectos más importantes respecto a la población envejeciente fueron discutidos en el **Perfil Socioeconómico de la Población de Edad Avanzada de Puerto Rico**; edición julio/septiembre 1994, Volumen 2, Número 3.

Definiciones

1. **Clamidia** - Condición causada por una bacteria conocida como Chlamydia Trachomatis. Esta, sino es tratada, puede causar en los varones la uretritis no-gonocócica y en las hembras infecciones en el cuello del útero.
2. **Esperanza de vida** - El número de años de vida que restan, término medio, a una persona de no variar la tendencia de la mortalidad. Se cita comúnmente como esperanza de vida al nacer.
3. **Gonorrea** - Enfermedad de transmisión sexual común que mayormente afecta al sistema genital urinario, garganta, o recto (ano).
4. **Índice CPO** - Índice de dientes cariados, perdidos, obturados.
5. **Inmunidad** - Resistencia natural o adquirida de un organismo vivo a un agente infeccioso o tóxico.
6. **Inmunización** - Técnica consistente en conseguir inmunidad específica a un determinado agente infeccioso.
7. **Neonato** - Recién nacido.
8. **Patrones de morbilidad** - Describe un alejamiento del estado físico y mental de buena salud.
9. **Patrones de mortalidad** - Describe fallecimientos o defunciones de la población.
10. **Sífilis** - Enfermedad venérea infecciosa causada por una bacteria que tiene forma de espiral. La enfermedad pasa por varias etapas y ataca la totalidad del cuerpo. Los males más corrientes de la peor etapa de esta enfermedad son las enfermedades del corazón, males del hígado y trastornos mentales, entre otros. En etapas previas se evidencian cambios físicos como manchas y llagas en el cuerpo además de fiebres e infecciones severas.
11. **Tasa de fecundidad** - Número de nacimientos vivos de mujeres de todas las edades durante un año calendario, dividido entre la población estimada de mujeres de 15 a 44 años por 1,000 habitantes.

Bibliografía

Administración de Servicios de Salud Mental y Contra La Adicción, Area de Salud Mental, División Sistemas Información Gerencial, **Datos Estadísticos Julio 1ro, 1993 a Junio 30, 1994 y Julio 1ro, 1994 a Diciembre 31, 1994.**

Burgos Calderón (1994) "El Derecho a la Salud", **Hospitales**, (8, 37) (agosto/septiembre), 5-8.

Consejo Estatal sobre Deficiencias en el Desarrollo (1994), **Plan de Trabajo y Guía Informativa.**

Correa de Jesús y Colón Reyes (1988) "Apuntes para el estudio de la crisis de salud en Puerto Rico", **Centro de Estudios Puertorriqueños**, Vol. II, No. 4, 63-70.

Departamento de Salud (1992) AFASS, Oficina de Estadísticas de Salud, **Informe Anual de Estadísticas Institucionales Año Fiscal 1992.**

Departamento de Salud (1992) AFASS, Oficina de Estadísticas de Salud, **Informe Anual de Estadísticas Vitales.**

Departamento de Salud (1994) **Las condiciones de salud en las Américas**, Puerto Rico, Vol. II.

Departamento de Justicia (1989) **El uso de drogas y su relación con la conducta delictiva.**

Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland, Vigésimoséptima Edición, Volumen 2.

Diccionario General Ilustrado de la Lengua Española, (1994), Primera Edición.

"Crece la tarjetita", **El Nuevo Día**, 6 de abril de 1996.

Junta de Planificación de Puerto Rico (1985) "Reflexiones sobre la salud mental en Puerto Rico", **Informe Social 1985**; 316-382.

Lopategui Corsino (1991) **El Ser Humano y la Salud**, Publicaciones Puertorriqueñas, Inc.

Mercado Santini (1996) Administración de Servicios de Salud de Puerto Rico, **Memorial explicativo; presupuesto recomendado para el año 1996-97.**

Narramore (1970) **Enciclopedia de Problemas Sicológicos.**

Oficina de Estadísticas de Salud (1993) Boletín Informativo **Datos sobre Morbilidad Crónica Año 1989**, Año VIII Serie C-2 Número 16.

Oficina de Estadísticas de Salud (1993) Boletín Informativo **Defunciones en Puerto Rico**, Datos preliminares, Año IX Serie D-2 Número 2.

Oficina de Estadísticas de Salud (1993) Boletín Informativo **Nacimientos en Puerto Rico, Datos preliminares 1993**, Año IX, Serie D-1 Número 3.

Oficina de Estadísticas de Salud, Boletín Informativo **Profesionales de la Salud, Quinto Registro, 1989-1992**, Año IX Serie B-2 Número 1.

Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP) - **Preparando a Puerto Rico para el Nuevo Siglo, Presupuesto Recomendado para el Año Fiscal 1997**.

Oficina del Procurador de las Personas con Impedimento, **Compendio Estadístico 1992-1993**.

Organización Mundial de la Salud (1994) **Tendencias de la Situación Sanitaria Puerto Rico**.

U.S. Bureau of the Census, 1990 Census of Population - Puerto Rico, **Detailed cross-tabulation for Puerto Rico**, CPH-L-155.

U.S. Department of Commerce, 1980 Census of Population- Puerto Rico, **Detailed Population Characteristics**, Volume I, Chapter D, Part 53.