

---

# GUYANA

## SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

### Contexto socioeconómico, político y demográfico

**G**uyana se encuentra en la costa nordeste de América del Sur y tiene una extensión de 215.000 km<sup>2</sup>. Es el único país de habla inglesa en América del Sur y es miembro de la Comunidad del Caribe (CARICOM). Debido a sus vínculos históricos, económicos y culturales con el Caribe de habla inglesa, las condiciones socioeconómicas de Guyana suelen compararse más con las de los países del Caribe que con las de los países de América del Sur. En octubre de 1992 fue elegido un nuevo Gobierno, lo que representó el primer cambio de partido político en el poder desde que el país se independizara de Gran Bretaña en 1966.

En los años ochenta se produjo una emigración masiva de personal capacitado a otros países del Caribe y América del Norte debido a la devastación de la economía de Guyana, y un notable deterioro de las condiciones de vida.

En 1996, la población a mediados de año se estimó en aproximadamente 770.000 habitantes. Los hombres representaban 49,2% y las mujeres 50,8% de la población total. En lo que respecta a la distribución por edades, el grupo de 0 a 14 años constituía 36,8% de la población, el de 15 a 64 años, 59,3%, y el de 65 años y más, 3,9%. La tasa de crecimiento demográfico fue de 1,1% en 1995 y 1996, significativamente inferior a la tasa de 1992 de 2,8%.

Los amerindios o indígenas constituyen aproximadamente 6,8% de la población total. Las personas cuya ascendencia es de las Indias Orientales representan 49,5%, y las de descendencia africana, 35,6%. El 15% restante se compone de portugueses, chinos y mestizos.

En el Censo Familiar y de Gastos 1992–1993, 68,9% de la población total fue clasificada como rural. Aproximadamente 61,3% de la población total residía en 2 de las 10 regiones administrativas. Georgetown, la capital, está localizada en la región 4 (Demerara-Mahaica), donde se concentra el 41,4% de

la población del país. La región 6 (Berbice Corentyne Este) es la segunda en tamaño, y en ella se asienta 19,9% de la población. Alrededor de 51% de la población de la región 4 es urbana, en comparación con 28% en la región 6. La región 10 (Alto Demerara-Berbice) registra 5,5% de la población total, y un 80% de esta es urbana. La población de la región 2 (Pomeroon-Supenaam) es 5,8% urbana, y esta es la única región que no está clasificada como 100% rural. La mayoría de los amerindios, cuyo número se calcula en 49.713, residen en las zonas rurales de las regiones 1, 2, 7, 8 y 9.

El tamaño promedio de las familias es de 4,28 personas. La región 4, donde se concentra 67,4% de la población urbana total, registra el menor tamaño promedio de las familias (4,02), y la región 9 (Takatu Essequibo) tiene el promedio más grande (5,96).

En 1992, la tasa de analfabetismo se estimaba en 4% (2% en el caso de los hombres y 6% en el de las mujeres); 52,5% de la población había asistido a la escuela primaria, 34,5% a la secundaria y 10% había conseguido superar este último nivel. A pesar de que la tasa de alfabetización parece favorable, existen dudas respecto del nivel de alfabetismo funcional de la población, específicamente en relación con las tasas de deserción escolar.

En 1990, 12,5% de la población del país no tenía acceso a los servicios de salud, un aumento de 11% respecto del período 1987–1989.

Los datos de la Oficina de Estadísticas indican que 89,6% de la población urbana y 45,2% de la rural contaban con servicios de abastecimiento de agua potable. La Oficina de Estadísticas también informa que 91,8% de la población urbana y 80,4% de la rural contaban con servicios de aguas residuales y eliminación de excretas.

El salario mínimo mensual del sector público de Guyana fue de US\$ 63 en 1997, en comparación con \$52 en 1996 y \$25 en 1992. El costo mensual de un régimen alimentario básico de 2.400 calorías oscila entre \$33, es decir, 64% del salario mínimo de 1996 en la región 6, y \$42, esto es, 79% del salario

mínimo en la región 10. Como parte de los esfuerzos para ofrecer alivio a los pobres, se aumentó el umbral del impuesto sobre la renta personal de \$107 por mes en 1996 a \$129 por mes en 1997.

Para ayudar a los ancianos, en 1997 se ajustaron las pensiones del Gobierno para garantizar que su nivel no caiga por debajo de 50% del salario mínimo en vigor.

Los pobres se ven afectados seriamente por la escasez crónica de vivienda y los efectos negativos del saneamiento deficiente, el acceso limitado al agua corriente, las inundaciones y otras situaciones semejantes en las zonas de vivienda no planificada que han surgido en todo el país.

El ingreso promedio y los niveles de vida han descendido durante casi dos decenios, y los más perjudicados han sido los sectores más pobres y desfavorecidos. La carga de la deuda externa pública de Guyana a comienzos de los años noventa era algo más de US\$ 2.000 millones. En 1989, el Gobierno emprendió un plan de reactivación económica junto con un programa de ajuste estructural apoyado por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial para transformar la economía del país, anteriormente dominada por el Estado, en una economía orientada al mercado. Con este fin, el Gobierno eliminó las restricciones a las importaciones, flexibilizó los controles de las divisas y comenzó a privatizar muchas empresas estatales.

La política fiscal se ha visto limitada seriamente por la alta carga de la deuda interna y externa. En 1996, la deuda externa registró US\$ 1.500 millones, esto es, \$1.947 per cápita. Con un total de servicio de la deuda interna y externa estimado en 61,2% de los ingresos corrientes en 1996, quedan muy pocos ingresos líquidos para los gastos en el sector social. De 1995 a 1997, el Gobierno tomó medidas enérgicas para aliviar la deuda en \$600 millones por medio de negociaciones directas con sus acreedores bilaterales oficiales bajo el auspicio del Club de París, el Reino Unido y Trinidad y Tabago.

La abundancia de recursos naturales de Guyana y el compromiso del Gobierno con la reforma económica permitieron al país retomar la senda del crecimiento económico poco tiempo después de la introducción del programa de reactivación económica. Los indicadores económicos y sociales durante el período comprendido entre 1992 y 1996 muestran que las condiciones de vida están mejorando, a pesar de que el porcentaje de la población que vive por debajo del nivel de pobreza, según cálculos moderados, es apenas superior a 40%.

Las industrias del azúcar, el arroz y la bauxita representan una parte significativa del producto interno bruto del país (PIB). En consecuencia, los problemas en la industria de la bauxita, además de los que se presentan en los mercados de exportación del azúcar y el arroz, son graves causas de preocupación.

El PIB per cápita de Guyana fue de US\$ 766 en 1996, en comparación con \$680 en 1995 y \$454 en 1992. El promedio

para el período 1991–1994 fue de \$504. La tasa de crecimiento del PIB real fue de 7,9% en 1996, lo que marcó un aumento comparado con 5,1% en 1995 y 7,7% en 1992. La tasa promedio durante el período 1991–1994 fue de 7,7%. La inflación, que fue sumamente elevada a fines de los años ochenta y principios de los noventa debido a los programas de ajuste estructural, ha descendido de un nivel máximo de 101,5% en 1991. En 1995, la inflación había disminuido a 8,1% y en 1996 a 4,5%. La tasa promedio durante el período comprendido entre 1991 y 1994 fue de 27,1%.

En 1997, el Gobierno publicó un borrador de su Estrategia Nacional de Desarrollo, uno de cuyos principales objetivos es propiciar las condiciones para que el sector privado pueda extenderse y prosperar a fin de crear más y mejores puestos de trabajo. Garantizar el desarrollo humano es la orientación principal de la Estrategia, que aborda cuatro objetivos nacionales generales: el crecimiento rápido del ingreso de la población en general, la mitigación y reducción de la pobreza (crecimiento rápido del ingreso de los pobres), la satisfacción de las necesidades socioeconómicas básicas, y el mantenimiento de una sociedad democrática y plenamente participativa.

La Estrategia reconoce que se ha tendido a marginar a la población en las regiones interiores del país, especialmente a los grupos de amerindios. Propone nuevos enfoques para abordar los problemas sociales más básicos del país en cuestiones como la salud, la educación, la vivienda, la mitigación de la pobreza, el papel de la mujer y el papel de los amerindios.

## Mortalidad

La esperanza de vida en Guyana fue de 64 años en 1994, por comparación con 64,9 en 1992. En el caso de la mujer fue de 67,7 años en 1992, en comparación con 62,1 años para el hombre. La tasa bruta de natalidad fue de 29,2 por 1.000 habitantes en 1996 y de 29,8 en 1995, lo que significa un aumento en comparación con 25,6 en 1992. La tasa bruta de mortalidad fue de 7,3 por 1.000 habitantes en 1996 y de 7,1 en 1995, es decir, un incremento si se compara con 6,6 en 1992. La tasa de fecundidad fue de 2,8 niños por mujer en 1994, igual que en 1992. La tasa de mortalidad infantil, según la información de la Oficina de Estadísticas, fue de 27,8 por 1.000 nacidos vivos en 1995 y de 28,8 por 1.000 en 1994, es decir, significativamente inferior a la cifra de 1992, 42,9. La Unidad de Salud Maternoinfantil en el Ministerio de Salud notifica, sin embargo, una tasa de mortalidad infantil de 33,2 por 1.000 nacidos vivos en 1995.

Los cálculos de las tasas brutas de natalidad y mortalidad proporcionadas anteriormente son notificados por la Oficina de Estadísticas y representan los cálculos oficiales usados por el Gobierno. Los cálculos de la Unidad de Estadísticas del Mi-

nisterio de Salud son diferentes de los oficiales, aunque ambos se basan en datos tomados de la Oficina del Registrador General. Los cálculos del Ministerio de Salud tienden a ser algo más elevados. Las diferencias entre los dos conjuntos de cifras son motivo de gran preocupación.

Se registraron 5.098 defunciones en 1995, en comparación con 4.372 en 1994 y 4.003 en 1992. El grupo de 60 años y más registró el mayor número de defunciones: 2.291 (45%) en 1995, en comparación con 1.882 defunciones (47%) en 1992; le siguió el de 20 a 59 años, con 1.797 defunciones (35%) en 1995, en comparación con 1.416 (35%) en 1992. En 1995 se produjeron 737 defunciones (14,5%) entre los niños menores de 5 años, lo que representa un aumento si se compara con 488 (12,2%) en 1992. Este grupo ocupa el tercer lugar en número de defunciones.

## PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

### Análisis por grupos de población

#### *La salud del niño*

Según la Unidad de Estadísticas del Ministerio de Salud, de 18.360 niños nacidos vivos en 1995, 15,3% presentaron bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos). De los 72.740 niños menores de 5 años atendidos en consultorios en 1996, 13.215 (18,2%) fueron evaluados como moderadamente malnutridos por lo menos una vez durante el año. El porcentaje de niños menores de 1 año moderadamente malnutridos fue de 21%. El porcentaje para los niños de 1 a 2 años, 3 a 4 años y 4 a 5 años fue de 17%, 17% y 12%, respectivamente. El número de niños diagnosticados como gravemente malnutridos fue de 683 (menos de 1%), con una tasa de 2% para los menores de 1 año, 1% para los niños de 1 a 2 años y menos de 1% para los de 2 a 5 años. Una encuesta de 1996 realizada por el Ministerio de Salud evaluó el estado de la vitamina A, el beta-caroteno, el hierro y el yodo en la población. Una evaluación del estado de nutrición de 288 niños de 0 a 4 años reveló que 34 (11,8%) presentaban niveles de subalimentación y retraso del crecimiento y solo 3 (1%) estaban sobrealimentados.

En 1996, de los 17.726 lactantes que fueron atendidos en el consultorio a los 3 meses, 5.844 (33%) eran amamantados exclusivamente, 9.910 (56%) parcialmente, 1.246 (7%) habían dejado de ser amamantados y 611 (3,5%) nunca lo habían sido. En 1% de los niños se desconocía su estado respecto de la lactancia natural. Los datos clínicos para 1995 indicaron que 30,5% de los lactantes eran amamantados exclusivamente a los tres meses, variando la prevalencia entre 18% en la región 4 (costa oriental) y 79% en la región 9.

En 1995, la tasa de mortinatalidad fue de 22,9 por 1.000 nacimientos. La tasa de mortalidad perinatal fue de 36,9 por

1.000 nacidos vivos, mientras que la tasa de mortalidad neonatal fue de 17,5 por 1.000 nacidos vivos.

Entre 1992 y 1996, las tasas de cobertura de las vacunas BCG, DPT, VPO, antisarampionosa y MMR (sarampión, parotiditis y rubéola) superaron el 80% en la mayoría de los casos. En 1996, la cobertura de la vacuna BCG fue de 88,4%, registrándose 83% para la DPT y 83% para la tercera dosis de la VPO. La vacuna antisarampionosa, que fue reemplazada por la MMR en 1996, registró una tasa de cobertura de 84,1% en 1995. En 1995 y 1996 se realizaron esfuerzos especiales para introducir la MMR de acuerdo con las actividades para la reducción del sarampión en el Caribe. Habiéndose introducido a fines de 1995, la cobertura de la MMR en 1996 fue de 96%, un aumento en comparación con 76,7% en 1995.

Para el grupo de 0 a 4 años de edad, las cinco causas principales de enfermedad tratadas en los consultorios informantes durante 1996 fueron las infecciones respiratorias agudas, con 12.975 casos (43,2% del total de casos), la helmintiasis intestinal, 3.506 (11,7%), las enfermedades diarreicas, 2.689 (9%), la sarna, 1.036 (3,5%), y accidentes y lesiones, 844 casos (2,8%). En conjunto, estos cinco grupos de causas representaron 70,2% de todos los casos tratados en 1996.

En 1995 se registraron 736 defunciones en el grupo de 0 a 4 años de edad, en comparación con 649 en 1994 y 488 en 1992. Las cinco causas principales de mortalidad en este grupo de edad en 1995 fueron: ciertas afecciones originadas en el período perinatal, con 277 defunciones (37,6% de las muertes en este grupo de edad), las enfermedades infecciosas intestinales, 169 defunciones (23%), otras enfermedades del aparato respiratorio, 69 defunciones (9,4%), anomalías congénitas, 57 defunciones (7,7%), y carencias nutricionales, 38 defunciones (5,2%). Las cinco causas principales ocasionaron 610 de las 736 defunciones (82,9%) en 1995, 532 (82%) en 1994 y 348 (85,5%) en 1992. A las mujeres les correspondieron 314 defunciones (42,7%) en 1995, en comparación con 258 (48,5%) en 1994, y 204 (58,6%) en 1992.

La población de escolares (5 a 9 años) comprende aproximadamente el 11% de la población de Guyana. En 1995 se produjeron 41 defunciones en este grupo de edad, en comparación con 43 en 1994 y 22 en 1992. Las cinco causas principales de defunción en el grupo de edad de 5 a 9 años en 1995 fueron: "otros accidentes", incluidos los efectos tardíos, con 7 defunciones (17,1% de las muertes en este grupo de edad), "otro tipo de violencia", 6 defunciones (14,6%), anomalías congénitas, 4 defunciones (9,8%), enfermedades del sistema nervioso, 3 defunciones (7,3%), e intoxicación accidental, 3 defunciones (7,3%). En conjunto, estas cinco causas ocasionaron 23 defunciones (56,1%) en 1995. A las mujeres de este grupo de edad les correspondieron 18 defunciones (43,9%) en 1995, en comparación con 18 (41,9%) en 1994 y 7 (31,8%) en 1992.

### *La salud del adolescente*

Los adolescentes del grupo de 10 a 14 años constituyen 12% de la población y los que pertenecen al grupo de 15 a 19 años representan 11,5%.

En 1995 se registraron 29 defunciones en el grupo de 10 a 14 años, en comparación con 31 defunciones en 1994 y 39 en 1992. Las cinco causas principales de muerte en este grupo de edad en 1995 fueron: "otro tipo de violencia", con 9 defunciones (31% de defunciones para el grupo), "otros accidentes", incluidos los efectos tardíos, 5 defunciones (17,2%), accidentes de tránsito, 3 defunciones (10,3%), enfermedades intestinales infecciosas, 2 defunciones (6,9%), y enfermedades de la circulación pulmonar, 1 defunción (3,5%). Las cinco causas principales ocasionaron 20 defunciones (68,9%) en 1995, 14 (45,3%) en 1994 y 9 (23%) en 1992. A las mujeres les correspondieron 7 defunciones (24,1%) en 1995, en comparación con 14 (45,2%) en 1994 y 20 (51,3%) en 1992.

En 1995 se registraron 97 defunciones en el grupo de edad de 15 a 19 años, en comparación con 71 en 1994 y 67 en 1992. Las cinco causas principales de muerte en este grupo en 1995 fueron: "otro tipo de violencia", con 16 defunciones (16,5% de las muertes en este grupo de edad), "otros accidentes", incluidos los efectos tardíos, con 14 defunciones (14,4%), suicidio y lesiones autoinfligidas, con 10 defunciones (10,3%), accidentes de transporte, con 7 defunciones (7,2%), y enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos, con 6 defunciones (6,2%). Las cinco causas principales ocasionaron 53 (54,6%) de las 97 defunciones en 1995, 38 (53,6%) en 1994, y 25 (37,3%) en 1992. A las mujeres les correspondieron 40 defunciones (41,2%) en 1995, 30 (42,3%) en 1994 y 32 (47,8%) en 1992.

Las cinco causas principales de morbilidad tratadas en el grupo de 15 a 19 años en las clínicas que notificaron datos durante 1996 fueron las infecciones respiratorias agudas, con 19,8% de los casos totales, los accidentes y lesiones, 12,5%, la malaria, 5,5%, la helmintiasis intestinal, 3,3%, y las enfermedades diarreicas, 3,0%. En conjunto, estos cinco grupos de causas representaron 44,1% de todos los casos tratados en 1996 y 42,8% de todos los tratados en 1995. Los "síntomas, signos y afecciones mal definidas o desconocidas" representaron 16,4% de los casos en 1996 y 16,6% en 1995.

### *La salud del adulto*

En 1996, de las 17.496 mujeres que recibieron atención prenatal por primera vez durante el embarazo, 11% eran menores de 15 años, 10% tenían entre 15 y 17 años, 81% tenían entre 18 y 34 años, y 7% pertenecían al grupo de mayores de 35 años. De estas mujeres, 25% tenía paridad de 0, 59% de 1 a 4, y 16% de 5 o más. De las mujeres que buscaron atención

prenatal, 32% lo hicieron antes de las primeras 20 semanas del embarazo, 61% tenían 20 semanas o más de embarazo, y 7% desconocían cuánto tiempo de embarazo llevaban. De las 15.856 mujeres que recibieron atención prenatal por primera vez durante un embarazo, 14% habían tenido un aborto, 14% habían tenido más de un aborto, 68% nunca habían tenido un aborto y 4% no dieron información. De las 1.869 mujeres con afecciones de alto riesgo diagnosticadas o identificadas por primera vez durante un embarazo, 29,2% presentaron hipertensión, 18,1% resultaron positivas en la prueba de sífilis, 1,7% resultaron positivas en la prueba de anemia de células falciformes, 4,9% padecían malaria, 14,7% toxemia preeclámsica, 5,4% diabetes y 26% afecciones clasificadas como "de otro tipo".

En 1995, a las mujeres menores de 20 años les correspondieron 3.786 de los 18.360 nacidos vivos (20,6%), y a las menores de 16 años, 102 (0,6%).

Las cuatro causas principales de mortalidad materna fueron la toxemia del embarazo, la hemorragia del embarazo y el parto, las complicaciones del puerperio, y otras complicaciones del embarazo (excluido el aborto), el trabajo de parto y el parto. En conjunto, estas cuatro causas motivaron 28 defunciones en 1995, 22 en 1994 y 9 en 1992.

La tasa de mortalidad materna entre los ingresos en 1996 en el Hospital Público de Georgetown fue de 148 por 100.000; en 1995, de 201 por 100.000, y en 1994, de 310 por 100.000. La disminución significativa de las defunciones maternas puede atribuirse al reconocimiento a tiempo de una enfermedad potencialmente mortal por parte del personal médico como resultado del adiestramiento permanente. También se ha apreciado una reducción en el recambio de personal hospitalario en los tres últimos años.

De los 12.603 usuarios que recibieron servicios de planificación familiar por primera vez en 1996, 5.469 (43%) usaron anticonceptivos orales, 479 (4%), DIU, 1.313 (10%), preservativos, y 990 (8%), otros métodos. En 1996, se realizaron 758 abortos en el Hospital Público de Georgetown.

La Asociación de Paternidad Responsable de Guyana, una organización no gubernamental que presta servicios de salud reproductiva y sexual con el apoyo de varios donantes internacionales, tiene consultorios en Georgetown y en varias regiones. La prueba de Papanicolaou, que se realiza desde septiembre de 1996, se efectuó a 183 nuevas usuarias.

En el caso del grupo de 20 a 64 años, las cinco causas principales de morbilidad tratadas en los consultorios informantes fueron las infecciones respiratorias agudas, la hipertensión, los accidentes y lesiones, la artritis y la diabetes mellitus. En conjunto, estas cinco causas representaron 52% de todos los casos tratados en 1996 y 45,2% de todos los tratados en 1995. Los síntomas, signos y afecciones mal definidas o desconocidas representaron 15% de los casos totales en 1996, y 13,7% de los casos en 1995.

Los tres diagnósticos principales de egreso en 1995 en el Hospital Público de Georgetown fueron parto normal (18% de los egresos totales), causas obstétricas directas (7,4%) y aborto (3,9%).

En 1995, se produjeron 1.797 defunciones en el grupo de 20 a 59 años, en comparación con 1.526 en 1994 y 1.416 en 1992. En 1995, las cinco causas principales de defunción en el grupo de 20 a 59 años fueron: enfermedades endocrinas y metabólicas, con 285 defunciones (15,9%), cardiopatía isquémica y enfermedades cerebrovasculares, cada una causante de 173 defunciones (9,6%), enfermedades de otras partes del aparato digestivo, 165 defunciones (9,2%), y enfermedades de la circulación pulmonar, 111 (6,2%). En conjunto, estas cinco causas ocasionaron 50,5% de las defunciones en 1995 y 49,6% de las defunciones por causas definidas en 1995, 43% de las defunciones en 1994 y 36,7% en 1992. A las mujeres les correspondieron 35,4% de las defunciones en este grupo de edad en 1995, en comparación con 37,6% en 1994 y 35,8% en 1992.

### *La salud del adulto mayor*

Las personas de 60 años y más, de las cuales 52,7% son mujeres, representan 5,9% de la población. De estos adultos, 20.127 (20,5%) eran pensionados del Plan de Seguridad Nacional en 1996, en comparación con 17.559 (19,6%) en 1992.

Para el grupo de 65 años y más, las cinco causas principales de morbilidad tratadas en los consultorios informantes en 1996 fueron las siguientes: hipertensión, 26%; artritis, 11,6%; infecciones respiratorias agudas, 9%; diabetes mellitus, 9,6%, y accidentes y lesiones, 4%. Los síntomas, signos y afecciones mal definidas o desconocidas constituyeron 10,8% de los casos totales tanto en 1995 como en 1996.

En 1995, se produjeron 2.291 defunciones en el grupo de 60 años en adelante, 1.939 en 1994 y 1.882 en 1992. Las cinco causas principales de defunción en este grupo de edad fueron las siguientes: enfermedades cerebrovasculares, 515 defunciones (22,5% de las muertes en 1995); cardiopatía isquémica, 331 (14,5%); enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, 253 (11%); enfermedades endocrinas y metabólicas, 179 (7,8%), y otras enfermedades del aparato respiratorio, 172 (7,5%). Las cinco causas principales motivaron 63,3% de las defunciones en 1995, 63,7% en 1994 y 60,8% en 1992. A las mujeres les correspondieron 48,7% de las defunciones en 1995, en comparación con 48,1% en 1994 y 46,3% en 1992.

### *La salud de la familia*

Según los datos de la Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares de 1993, 29,5% de los hogares estaban encabezados por

mujeres. La proporción es mucho mayor en las zonas urbanas deprimidas que en las zonas rurales. Las mujeres afroguyanesas representan aproximadamente 50% de todos los hogares encabezados por mujeres, en comparación con las personas originarias de las Indias Orientales (35,2%) y los amerindios (2,6%).

Según el Informe de Desarrollo Humano de Guyana de 1996, la mayor incidencia de hogares encabezados por mujeres puede atribuirse a varios factores, entre otros: altas tasas de migración, lo cual contribuye al deterioro de las costumbres sociales y los vínculos familiares, incapacidad de la mayoría de la población de ganar lo suficiente como para mantener una familia, mayores tasas de divorcio, y un aumento del número de mujeres en la fuerza laboral, lo que les permite un mayor grado de independencia del apoyo masculino. Alrededor de la mitad (51,8%) de las mujeres cabezas de familia señalan las tareas domésticas como su actividad principal. Empleadas como ayuda doméstica, trabajadoras manuales y miembros de las esferas no profesionales de los servicios públicos, las mujeres están fuertemente representadas en la categoría de los trabajadores pobres. Es probable que debido a ello muchos hogares encabezados por mujeres tengan dificultades para costear los alimentos, la vivienda, los suministros médicos y otros insumos que contribuyen a una buena salud.

### *La salud de los trabajadores*

En 1995, según la información recopilada por el Ministerio de Salud y el Plan de Seguridad Nacional, entre los empleados (de 16 a 59 años) registrados por sexo y edad promedio, se estimó que 44% de la fuerza laboral asegurada eran mujeres, en comparación con 44,8% en 1992. De los inscritos que trabajaban por su cuenta, 47,4% eran mujeres en 1995, en comparación con 27,8% en 1992.

Según las estadísticas del Ministerio de Trabajo, Salud y Seguridad Ocupacional, se notificaron 3.848 accidentes industriales en 1996. El 90% de los accidentes ocurrieron en el sector agropecuario, 7% en la manufactura, 1,7% en la minería, y 1,3% en la silvicultura, la construcción, las comunicaciones, el comercio y la electricidad. La cifra de 1996 representa una reducción de 26% respecto de los 5.174 accidentes de 1995 y una disminución de más de 50% si se compara con la cifra de 1993, que fue de 8.383. A pesar de una baja en el total de accidentes, el número de muertes aumentó sustancialmente; se produjeron 11 muertes en 1996, en comparación con 5 en 1995 y 8 en 1993. Solo 3 de los 11 accidentes mortales en 1996 tuvieron relación con la agricultura. La minería registró dos accidentes, el comercio dos, la electricidad, el gas y el agua uno, y las comunicaciones uno.

### *La salud de los indígenas*

Se estima que el grupo amerindio representa 6,81% de la población total e incluye a la mayor parte de los habitantes de las zonas internas alejadas de las regiones 1, 8 y 9, y una parte considerable de los de la región 7. Este grupo registra la mayor incidencia de pobreza, con aproximadamente 85% de las personas por debajo del umbral de pobreza. El aislamiento geográfico de muchas de las comunidades plantea serios problemas para lograr el acceso equitativo tanto a los servicios de salud como a la educación.

Las formas principales de morbilidad entre los amerindios son la malaria, la tuberculosis, la diarrea y las infecciones respiratorias. Para 1992, se calculó que un tercio de ellos padecían malaria, con 60% de los casos atribuibles a *Plasmodium falciparum*. Las enfermedades diarreicas afectan a toda la población, especialmente a los niños más pequeños. La prevalencia de estas enfermedades se debe sobre todo a las fuentes de agua contaminadas por causa de la falta de letrinas, las inundaciones persistentes en las zonas fluviales y los métodos inadecuados de eliminación de desechos.

En 1992 se registraron 556 casos de cólera, que dieron lugar a ocho defunciones en Guyana. Estos casos ocurrieron entre los amerindios en la provincia del noroeste lindante con Venezuela. Las condiciones ambientales y el movimiento a través de la frontera son la causa de la propagación de la enfermedad.

### **Análisis por tipo de enfermedad o daño**

#### *Enfermedades transmisibles*

**Enfermedades transmitidas por vectores.** En 1996, no se notificaron casos de fiebre amarilla, dengue, enfermedad de Chagas ni esquistosomiasis en Guyana, aunque están presentes los vectores de todas estas enfermedades.

En 1996, la malaria fue la segunda causa de morbilidad en el país, con 34.075 casos notificados, lo que equivale a 44,2 casos por 1.000 habitantes. En 1995, el número de casos notificados ascendió a 59.311, esto es, 77 casos por 1.000 habitantes, en comparación con una tasa de 52,3 casos por 1.000 habitantes en 1992. El porcentaje de frotis positivos fue de 13% en 1996, 20,4% en 1995 y 24,9% en 1992.

En 1996, *Plasmodium falciparum* fue la causa de 52,7% de los casos, y de 50% en 1995, en comparación con aproximadamente 60% en 1992. El vector principal es *Anopheles darlingi*. A los hombres les corresponde aproximadamente 70% de los casos al año, debido a la relación de esta enfermedad con el empleo en las minas de oro y diamantes, así como en la explotación maderera.

La región 1, que fue la más gravemente afectada durante el período comprendido entre 1988 y 1992, siguió siéndolo en

1995, con 35,6% de los casos notificados. Sin embargo, en 1996 registró solo 16,5% de los casos notificados, y fue sobrepasada por las regiones 8 y 9, con 20,3% y 26,2%, respectivamente. Se notificaron 37 defunciones por malaria en 1995 (65% en hombres) y 23 (61% en hombres) en 1992.

**Enfermedades inmunoprevenibles.** El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) establecido en 1991 para informar sobre la prevalencia de la rubéola, ha mejorado año tras año. En 1996 se notificaron 166 casos de afección febril exantemática en Guyana, de los cuales 77% se confirmaron como rubéola ya sea en el laboratorio o epidemiológicamente. En el primer trimestre de 1997, de los 69 casos de afección febril exantemática notificados, 51% fueron confirmados como rubéola. Un estudio retrospectivo efectuado entre 1992 y 1996 reveló 15 casos compatibles con el síndrome de rubéola congénita (SRC) y 1 caso serológicamente confirmado en 1996.

En lo referente a otras enfermedades inmunoprevenibles, no se ha detectado sarampión desde 1992; la fiebre amarilla no se ha notificado desde el decenio de 1970; la tos ferina se notificó por última vez en 1991; no se ha comunicado ningún caso de tétanos neonatal desde 1988, y ninguno de poliomielitis en los últimos años. Dos casos de tétanos se notificaron a mediados de 1997.

**Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales.** En un brote de cólera se notificaron 556 casos entre noviembre de 1992 y principios de enero de 1993. Desde entonces, no se ha comunicado ningún otro caso de cólera en Guyana. La vigilancia ha aumentado en la zona lindante con Venezuela, donde se siguieron notificando brotes en 1996 y en 1997. En 1995 se registraron 257 defunciones por infecciones intestinales, 8 de las cuales se debieron a la fiebre tifoidea, 4 a la amibiasis y 245 fueron clasificadas como "otras infecciones intestinales e infecciones intestinales mal definidas." En 1994, se produjeron 203 defunciones por infecciones intestinales, de las cuales 10 fueron causadas por la fiebre tifoidea y 193 se clasificaron como "otras infecciones intestinales e infecciones intestinales mal definidas".

**Enfermedades crónicas transmisibles.** Los casos de tuberculosis han aumentado de 296 en 1995 a 303 en 1996 (de 38,27 por 100.000 a 40,19 por 100.000). Aunque el número de casos aumentó en 1996, los casos identificados mediante baciloscopia han disminuido porque este servicio no se ofreció en algunas zonas. En la región 4, la principal zona urbana del país, donde se registraron 52,98% de los casos, solo 11,8% fueron confirmados por baciloscopia, 73,5% fueron diagnosticados por radiografía de tórax y 3% fueron identificados por métodos anatomopatológicos.

Los principales grupos en riesgo de tuberculosis son los amerindios, las personas VIH-positivas, los ancianos y

los adultos jóvenes. En 1996, los afroguyaneses representaron 40,4% de los casos y los amerindios, 24,2%.

En 1996, se registraron 32 defunciones por tuberculosis en el Hospital Público de Georgetown y el servicio de consulta externa de enfermedades del tórax, en comparación con 43 en 1995 y 29 en 1994.

En 1996 se registraron 21 nuevos pacientes con lepra (13 hombres y 3 mujeres), en comparación con 48 pacientes nuevos (28 hombres y 20 mujeres) en 1992. La incidencia por 10.000 habitantes descendió de 0,6 en 1992 a 0,3 en 1996. Se registraron dos muertes por lepra en 1995 (un hombre y una mujer) y dos en 1994 (un hombre y una mujer).

**Infecciones respiratorias agudas.** Las infecciones respiratorias agudas fueron la causa principal de consultas brindadas en los servicios ambulatorios en 1996. Constituyeron la causa principal de morbilidad en el grupo de 0 a 19 años, la segunda causa en el de 20 a 44 años y la tercera en las personas de 65 años y más. Las infecciones respiratorias agudas representaron 50% de las enfermedades diagnosticadas en los lactantes menores de 1 año y 39% en los niños de 1 a 4 años.

**Rabia y otras zoonosis.** En agosto de 1996 se identificó un brote de rabia en el ganado bovino en la región 3, confirmando 45 casos (muertes). Se realizó una campaña y se vacunó a 500 animales. No se han registrado casos de rabia en perros ni en seres humanos. En 1996, con base en el cuadro clínico se diagnosticaron 20 casos de encefalitis equina en la región 6. Se llevó a cabo un programa de vacunación en la zona afectada.

**Sida y otras enfermedades de transmisión sexual.** Entre 1987 y 1995 se notificaron 1.241 casos de infección por el VIH/sida, de los cuales 796 eran casos de sida. Correspondió a las mujeres 34,4% de los casos. En 1992 se produjeron 162 casos de sida, de los cuales 55 (34%) correspondieron a mujeres; en 1994 se registraron 105 casos (46,7% de mujeres), y en 1995, 192 casos (42,2% de mujeres). De las personas afectadas, 76,8% tenían menos de 39 años de edad. Correspondieron a la región 4 el 71,3% de los casos notificados, con una tasa de incidencia de 29,3 por 10.000 habitantes. La región 10, con 7,1% de los casos (22,2 por 10.000 habitantes) ocupó el segundo lugar en prevalencia. De los casos notificados desde 1989, 45% eran personas cuyo principal factor de riesgo era el contacto heterosexual. Esta población aumentó a 77,8% en 1992 y a 85,0% en 1995. En 1995 se notificaron 132 defunciones por sida, de las cuales 48 (36,4%) correspondieron a mujeres, lo que representa un aumento en relación con las 75 defunciones (36% mujeres) de 1994. Las muertes por el complejo relacionado con el sida disminuyeron de 31 (32,3% mujeres) en 1994 a 23 (30,4% mujeres) en 1995. Hasta fines de 1995, el Servicio Nacional de Transfusión de Sangre había tamizado 20.472 unidades de sangre para detectar el VIH, y

275 unidades (1,34%) resultaron positivas. La seroprevalencia del VIH entre los donantes de sangre aumentó a 1,6% en 1992, pero descendió a 1,5% en 1995, sin que se pudiera registrar una tendencia discernible en los años intermedios. La seroprevalencia más baja entre 1989 y 1995 fue de 0,9% (en 1989), y la más alta, de 1,6% (en 1992 y 1994).

En 1995, el Ministerio de Salud realizó una encuesta de las mujeres embarazadas que recibían atención prenatal por primera vez, en dos centros de salud de Georgetown. De las 70 muestras recogidas, 5 (7,1%) fueron VIH-positivas. En una encuesta realizada en 1989, de 51 trabajadoras del sexo, 22 (43,1%) resultaron VIH-positivas. En otra muestra analizada en 1993, 27 de 108 trabajadoras del sexo (25%) resultaron positivas.

En 1995, se diagnosticaron las siguientes enfermedades de transmisión sexual (ETS): 625 casos de gonorrea (85,4% hombres), 325 casos de sífilis (85,5% mujeres), y 856 casos de infecciones no gonocócicas. Las cifras subestiman la prevalencia de las ETS en el país, ya que solo incluyen a las personas tratadas en el Servicio de Medicina Genitourinaria del Hospital Público de Georgetown. Se notificaron 8 defunciones por enfermedades venéreas en 1995; 5 fueron producidas por la sífilis.

#### *Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud*

**Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo.** En 1996, el Ministerio de Salud llevó a cabo un estudio para evaluar el estado de nutrición con respecto a la vitamina A, el beta-caroteno, el hierro y el yodo en la población. De las 269 mujeres embarazadas y los 438 adultos de 15 a 30 años que se sometieron a pruebas de hemoglobina, 52% y 42,2%, respectivamente, presentaron concentraciones deficientes. La deficiencia de yodo grave en el grupo de 5 a 14 años fue mayor en las mujeres (3,9%) que en los hombres (2,5%), y 2,1% de las 285 mujeres embarazadas examinadas presentaron yodopenia grave.

En 1995 se notificaron 65 defunciones atribuidas a carencias nutricionales, en comparación con 51 en 1994. En 1995, 37 de las defunciones se registraron en lactantes menores de 1 año.

**Enfermedades cardiovasculares.** En 1995, las enfermedades cardiovasculares causaron 1.966 defunciones (38,6% del total), en comparación con 1.650 defunciones (37,7%) en 1994 y 1.613 (40,3%) en 1992. Las enfermedades cerebrovasculares ocasionaron 699 defunciones (13,7% del total) en 1995, 593 (13,6%) en 1994 y 640 (16%) en 1992. La cardiopatía isquémica provocó 518 defunciones en 1995, 456 en 1994 y 386 en 1992. Las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de cardiopatía causaron 373 defunciones en 1995, 345 en 1994 y 288 en 1992. La enfermedad hiper-

tensiva ocasionó 208 muertes (4,1%) en 1995, 193 (4,4%) en 1994 y 252 (6,3%) en 1992. La aterosclerosis causó 22 defunciones en 1995, 27 en 1994 y 19 en 1992. La fiebre reumática y la cardiopatía reumática ocasionaron 9 defunciones en 1995, 13 en 1994 y 8 en 1992. En 1995, las enfermedades cardiovasculares provocaron 992 muertes en la población masculina (50,5%) y 974 en la femenina (49,5%).

**Tumores malignos.** Los tumores malignos causaron 319 defunciones en 1995 (156 hombres y 163 mujeres). Las neoplasias malignas de los órganos digestivos y el peritoneo representaron 110 de estas defunciones, y las neoplasias de los órganos genitourinarios, 106. En conjunto, estos dos grupos representaron 67,7% de las defunciones causadas por tumores malignos en 1995, 66,1% en 1994 y 67,1% en 1992. Correspondieron a mujeres 27 de las 33 defunciones causadas por las neoplasias de hueso, tejido conjuntivo, piel y mama en 1995, 21 de 22 en 1994 y 21 de 25 en 1992. Las estadísticas del Hospital Público de Georgetown indican que en 1996 se atribuyeron 65 egresos a los tumores malignos, de los cuales 44 eran de mujeres. Correspondieron a mujeres 14 de los 16 casos con un diagnóstico de egreso de neoplasia de hueso, tejido conjuntivo, piel y mama, y 20 de los 21 con diagnóstico de neoplasia maligna de los órganos genitourinarios.

**Accidentes y violencia.** En 1995, los accidentes y la violencia representaron 525 de las defunciones notificadas (10,3%), un aumento en relación con las 474 defunciones (10,8%) de 1994. A los hombres correspondieron 78,2% de las muertes notificadas en 1995. Se produjeron 96 defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas, de las cuales se atribuyeron a los hombres 74 (77,1%) en 1995 y 91 (69,0%) en 1994. En 1995 se registraron 42 defunciones por homicidio, de las cuales 86% correspondieron a hombres; es decir, una disminución si se compara con 49 defunciones (73% hombres) en 1994. En 1995 se produjeron 54 defunciones por accidentes de tránsito (83,3% hombres), en comparación con 23 (78% hombres) en 1994. Las estadísticas del Departamento de Policía indican que estas cifras representan una subestimación del número de muertes por violencia y lesiones.

**Trastornos del comportamiento.** No existen datos sobre la prevalencia de los problemas de salud mental en Guyana. Sin embargo, en abril de 1994, de los 272 pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico de Fort Canje, Berbice, 150 (55,1%) eran hombres y 122 (44,9%) mujeres. La mayoría padecía esquizofrenia, y los demás eran indigentes que podían o no padecer alguna enfermedad. En 1996, los trastornos mentales figuraron en octavo lugar entre los 10 diagnósticos de egreso más comunes del Hospital Público de Georgetown, con 400 egresos por año.

**Salud oral.** El programa nacional de salud oral es esencialmente un servicio de extracción de dientes. No cuenta con materiales para ofrecer atención más avanzada. En 1996, el servicio notificó 86.782 extracciones y 208 obturaciones. Los tratamientos profilácticos administrados disminuyeron en forma sistemática entre 1993 y 1995, pero aumentaron extraordinariamente en 1996 cuando se informaron 5.102, en comparación con 867 en 1995, 3.012 en 1994 y 1.270 en 1993.

**Desastres naturales y accidentes industriales.** Los desastres de importancia más recientes en Guyana tuvieron que ver con errores humanos y no con fenómenos naturales. Ello impulsó al Gobierno a reexaminar el ordenamiento general del ambiente y el manejo de desastres, así como a establecer el Organismo para la Protección del Medio Ambiente.

En agosto de 1995, Guyana experimentó el peor desastre ecológico cuando se produjo una rotura de un depósito de decantación de residuos usado para almacenar agua con restos de cianuro y desechos en las minas de oro de Omai. Los ríos Omai y Essequibo fueron afectados gravemente por la descarga, observándose muchos peces muertos después del derrame. Cuando se contuvo la rotura, se habían fugado 4,2 millones de metros cúbicos de residuos del depósito. La reacción pública ante las noticias del desastre fue masiva. Según el informe de una comisión de investigación nombrada por el Gobierno, la contaminación tuvo efectos ecológicos y económicos.

En 1996, las graves inundaciones debidas a extensas roturas en los diques de contención del mar afectaron a miles de hogares y explotaciones agropecuarias en varias comunidades en las regiones de Alto Demerara y Berbice. Ello ocasionó daños a las plantaciones de arroz y otros cultivos, además de pérdidas de ganado bovino. No se registraron muertes de seres humanos ni emergencias sanitarias graves como consecuencia de las inundaciones, de manera que el impacto fue principalmente económico. Un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) sobre la inundación indicó que 9 de las 10 regiones administrativas se vieron afectadas por excesivas inundaciones como resultado de las pleamares, la lluvia y el drenaje deficiente o inexistente. El Gobierno declaró el estado de emergencia en julio de 1996. Los organismos internacionales, las organizaciones no gubernamentales y los gobiernos extranjeros colaboraron en las tareas de socorro.

## LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

### Políticas y planes nacionales de salud

La versión de 1994 del Plan Nacional de Salud preparado por el Ministerio de Salud señala y analiza muchos de los problemas que afectan al sistema de asistencia sanitaria, determina los campos prioritarios para dicha asistencia y plantea

asuntos que deben resolverse para establecer una política sanitaria nacional. La malaria, las enfermedades de transmisión sexual, las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades inmunoprevenibles y los problemas perinatales se han señalado como prioridades. El siguiente conjunto de problemas acuciantes incluye la malnutrición, los accidentes y las lesiones, la diabetes, la hipertensión, las caries dentales, la salud mental, el abuso de drogas y las afecciones de la piel (principalmente la sarna entre los niños). El plan define los objetivos y las metas para ampliar la atención primaria de salud, mejorar la asistencia secundaria y terciaria y fortalecer la gestión del sector salud.

El Ministerio de Salud, con la asistencia del Procurador General, ha iniciado una revisión exhaustiva de las leyes sanitarias anticuadas.

### *La reforma del sector salud*

Las propuestas de 1997 de la Estrategia de Desarrollo Nacional, que aborda la reforma del sector sanitario, hacen hincapié en la promoción de la salud. Las estrategias proponían mejorar la situación de la salud física, social y mental de todos los guyaneses a fin de promover un mejor ambiente en el hogar, el trabajo y la sociedad en general; lograr que los servicios de salud sean lo más accesibles, asequibles, oportunos y apropiados que se pueda con los recursos existentes; asegurar la formulación, ejecución, vigilancia y actualización de las normas de salud; dotar a las personas de los instrumentos necesarios para responsabilizarse de su propia salud mediante la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; mejorar la eficacia del personal sanitario por medio de la educación permanente, el adiestramiento y los sistemas de gestión; invertir y compartir la responsabilidad con comunidades, organizaciones, instituciones y ministerios; y colaborar con otros países.

## **Organización del sector salud**

### *Organización institucional del sistema de salud*

Las instituciones, las organizaciones, los organismos y los individuos que participan en la prestación de la asistencia sanitaria en Guyana pueden clasificarse en siete categorías generales: 1) ministerios de Gobierno, en particular el Ministerio de Salud y el de Obras Públicas, Comunicación y Desarrollo Físico; 2) dependencias gubernamentales como el Consejo Nacional de Nutrición, la Dirección de Agua de Guyana y la Comisión de Agua y Aguas Residuales de Guyana; 3) instituciones cuasipúblicas como la Empresa Azucarera de Guyana y las empresas de bauxita LINMINE y BERMINE, que

ofrecen prestaciones médicas a los empleados y a familiares a cargo; 4) el Plan de Seguridad Nacional, al que todas las personas empleadas y que trabajan por su cuenta están obligadas a efectuar aportes, una porción de los cuales se usa para cubrir algunas prestaciones de salud; 5) distintas organizaciones no gubernamentales que participan en la prestación de servicios de salud; 6) un sector privado que incluye seis hospitales privados; una gran cantidad de profesionales privados médicos y odontológicos, farmacéuticos y curanderos tradicionales; y aseguradoras privadas que ofrecen seguro de salud; 7) organismos donantes internacionales, con inclusión del Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Unión Europea, la OPS y el UNICEF.

Los servicios de salud en el sector público se prestan en cinco niveles diferentes. Los niveles I y II incluyen los puestos de salud y los centros de salud; el nivel III, los hospitales de distrito; el nivel IV, los hospitales regionales, y el nivel V, el Hospital Público de Georgetown y los hospitales especializados.

### *Organización de las actividades de regulación sanitaria*

El Ministerio de Salud se encarga de la regulación de las leyes y las políticas sanitarias, del establecimiento y cumplimiento de las normas para la prestación de la atención sanitaria y la protección de la salud pública a nivel nacional, de la acreditación de todos los establecimientos sanitarios, de la identificación de las necesidades de recursos humanos en el sector salud, de la formación y colocación del personal sanitario, y del fomento del liderazgo en el ámbito sanitario.

En 1991 se creó la Unidad de Normas en el Ministerio de Salud; sin embargo, hasta la fecha, solo se han establecido algunas y la falta de recursos dificulta la vigilancia y la observancia forzosa. Hay muchas otras entidades interesadas en la formulación de normas y la vigilancia de su aplicación. Entre ellas, el Consejo Médico de Guyana, el Consejo de Enfermería de Guyana, la Asociación Médica de Guyana, la Asociación de Enfermería de Guyana, la Unión Pública de Servicios, hospitales privados, la Junta de Farmacéuticos y Toxicología, la Asociación de Farmacias de Guyana, la Junta Privada de Inspección de Hospitales, la Junta Central de Salud y el Departamento de Analistas del Gobierno. Aún no se implantan mecanismos adecuados para conseguir la coordinación eficaz de estos organismos.

## **Servicios de salud y recursos**

### *Organización de los servicios de atención a la población*

El Ministro encabeza el Ministerio de Salud. Del Ministro depende el Secretario Permanente, que es el Director Ejecu-

tivo del Ministerio. El Ministerio está organizado en tres secciones principales, cuyos jefes dependen del Secretario Permanente. Estos son el Oficial Médico Principal, el Administrador del Hospital Público de Georgetown y el Jefe de los Servicios Administrativos, que supervisan los fondos y al personal.

El Oficial Médico Principal se encarga de supervisar y coordinar la prestación de los servicios de salud. Cinco divisiones llevan a cabo esta tarea: el Departamento de Prevención y Control de Enfermedades; los Servicios Regionales de Salud; Normas y Servicios Técnicos; la Unidad de Planificación, y la Dirección de Educación Sanitaria y Ciencias de la Salud. Otros organismos y organizaciones también participan en las actividades de educación sanitaria, como las dependencias correspondientes del Ayuntamiento de Georgetown, la Corporación Azucarera de Guyana, el Ministerio de Trabajo, compañías del sector privado y varias organizaciones no gubernamentales que incluyen a iglesias y grupos comunitarios.

El Ministerio de Salud y los municipios se han reservado la responsabilidad de los aspectos tradicionales de la salud ambiental, si bien distintos organismos se encargan de vigilar el impacto de las actividades comerciales e industriales en la salud ambiental.

**Control de la tuberculosis.** La misión del programa de tuberculosis es disminuir la mortalidad, la morbilidad y la transmisión de la enfermedad hasta que ya no signifique una amenaza para la salud pública en Guyana. La retención de casos fue la mayor dificultad para el programa en 1996. Aunque se contó con medicamentos suficientes, solo 38,3% de los casos de tuberculosis infecciosa notificados entre junio de 1995 y junio de 1996 completaron el curso de tratamiento de seis meses, 43,1% lo abandonaron en los cuatro primeros, mientras que 16% lo continuaron después de los seis meses. Esta tendencia no satisface las expectativas, y en 1997 se han tomado medidas para introducir la estrategia de tratamiento acortado directamente observado (DOTS) en ciertas zonas del país, en colaboración con organismos de la comunidad.

**Lucha antivectorial.** El Servicio de Lucha Antivectorial es responsable del control de la malaria, la filariasis, la leishmaniasis y el dengue, y representa el medio principal del Ministerio de Salud para el diagnóstico y el tratamiento de la malaria en Guyana. El servicio colabora actualmente con el sistema de atención primaria de salud. Las actividades realizadas en 1996 incluyen la detección pasiva de casos en Georgetown y en todos los centros de población en el interior; el perfeccionamiento de las capacidades de diagnóstico en la región 8, con adiestramiento de los trabajadores comunitarios de salud en la microscopía de la malaria; y el rociamiento residual con DDT de las viviendas en las zonas de alta transmisión de malaria para complementar las otras actividades.

**Salud oral.** La misión del Programa de Salud Bucodental es prestar la debida atención odontológica, preventiva, restaurativa, quirúrgica, ortodóntica, periodóntica, endodóntica y protodóntica a la población por medio del Servicio Nacional de Salud, utilizando tanto personal profesional como para-profesional. Sin embargo, el servicio odontológico se concentraba casi exclusivamente en las extracciones. En 1997, el Gobierno empezó el diseño de un programa de odontología preventiva con el apoyo de diversos organismos donantes. La Unión Europea aportó los fondos para un establecimiento nuevo que ofrecerá un mayor número de servicios odontológicos en Georgetown.

En 1995, se inició el Programa Nacional de Educación en Salud Bucodental para los alumnos de las escuelas primarias. El programa pretende disminuir la prevalencia de las enfermedades orales aumentando la conciencia de los niños acerca de la importancia de la higiene bucodental y haciendo hincapié en que asuman la responsabilidad de su propia salud oral.

La Asociación Odontológica de los Estados Unidos, en colaboración con los Voluntarios de Salud en el Extranjero y la Asociación Odontológica de Guyana, han armado un programa que incluye una encuesta nacional de salud bucodental, educación permanente para los dentistas y las enfermeras dentales, y educación en salud oral. Con la asistencia de la Unidad de Planificación del Ministerio de Salud, se elaboró un programa quinquenal y un programa de trabajo anual para los servicios odontológicos.

**Salud materno-infantil y planificación familiar.** La situación de la salud materno-infantil y la planificación familiar en Guyana se ha fortalecido durante los últimos tres a cuatro años. Se preparó un manual que describe las normas de salud materno-infantil, aprovechando el manual de 1973, la Estrategia de Salud Materno-infantil de 1993 para el Caribe y la consulta con personas que trabajan en el terreno. El manual se presentó a los miembros del personal en 1996 por medio de una serie de talleres.

En 1995 se introdujo un instrumento simplificado y automatizado de datos de salud materno-infantil, lo que permite compendiar los datos en el momento adecuado y devolverlos a las regiones respectivas para la intervención inmediata. Los supervisores regionales recibieron entrenamiento en el uso e interpretación de estos datos y, a su vez, adiestraron a los funcionarios locales.

En el campo de la planificación familiar, se ha procurado especialmente aumentar la participación de los hombres. Fueron bien recibidos varios seminarios realizados en todo el país orientados a los hombres. Las tres escuelas de enfermería siguen adiestrando a las enfermeras en la planificación familiar. Sin embargo, la repercusión de esta capacitación es reducida porque muchas egresadas emigran o ingresan al sector privado poco después de finalizar sus estudios.

**Programa Ampliado de Inmunización.** En 1996 se realizó una campaña de vacunación de seguimiento con la vacuna MMR como parte de la estrategia para erradicar la transmisión local del sarampión. Entre abril y septiembre de 1996, se administró la vacuna MMR a 76.384 niños de 12 a 59 meses.

A fin de lograr que la cobertura de vacunación fuera adecuada para las enfermedades objeto del PAI, los trabajadores comunitarios de salud en localidades alejadas recibieron adiestramiento adicional en aplicación de las vacunas a los miembros de su comunidad, lo que llevan a cabo en forma mensual. Las reuniones trimestrales de evaluación del PAI se siguen realizando, y en su transcurso se evalúan las metas y se revisan los logros y las limitaciones del programa.

**Vigilancia nutricional.** Usando los servicios ambulatorios, en 1996 el Programa de Vigilancia Nutricional efectuó evaluaciones nutricionales, actividades promocionales de la lactancia natural a cargo del personal, suministro de suplementos de hierro/folato a las mujeres embarazadas que se atienden en los consultorios prenatales y un programa de alimentación complementaria orientado a las mujeres embarazadas y lactantes. El Comité Nacional de Lactancia Materna coordina el establecimiento de comités regionales para la promoción de la lactancia natural. Asimismo, el Comité elaboró una política nacional sobre las prácticas de lactancia materna, que fue aprobada por el Gabinete en 1997. Un programa de alimentos escolares suministra un bocadillo a media mañana en los jardines de niños y en las escuelas primarias en las regiones. Otro de los logros fue la producción de un boletín de vigilancia nutricional.

**Normas hospitalarias.** Un logro importante del Departamento de Normas en 1994 fue la inspección de los hospitales privados por primera vez en más de siete años. Se hicieron recomendaciones al Ministro de Salud sobre la concesión de licencias y se elaboró un conjunto de normas mínimas para el funcionamiento de los hospitales. Durante 1996 y parte de 1997 se tomaron medidas a fin de establecer un programa de control de calidad para el laboratorio clínico y mejorar la vigilancia del control de las infecciones. Estos servicios apoyan la unidad de control de calidad en el Hospital Público de Georgetown. La continuidad del personal sigue siendo un problema, lo que afecta al mejoramiento sostenido en el establecimiento y la ejecución de las normas.

**Salud ambiental.** El Servicio de Salud Ambiental se ha visto afectado por una disminución constante del número de funcionarios capacitados de salud ambiental en los últimos años, por razones vinculadas con las condiciones económicas del país. Para abordar este problema, se adiestró a un cuadro de personas menos calificadas para ayudar a los fun-

cionarios de salud ambiental en su programa de trabajo. A estos asistentes de salud ambiental se les enseñaron aptitudes básicas de inspección en el terreno y educación sanitaria en un programa de adiestramiento de un año. Se han realizado dos programas de un año, con 29 egresados, 25 de los cuales aún siguen empleados por gobiernos locales y otros organismos.

Otro problema de salud ambiental persistente ha sido la eliminación de los residuos sólidos en Georgetown.

**Salud pública veterinaria.** La Unidad de Salud Pública Veterinaria forma parte del Ministerio de Salud y sus esferas principales de actividad son la higiene y la protección alimentaria, la prevención y el control de las zoonosis y la educación sanitaria. Actualmente, la higiene y la protección alimentaria cubre los pescados y mariscos y las aves de corral, pero no la carne de ganado. En 1996, la Unidad elaboró un Plan de Acción de Inocuidad de los Alimentos y se preparó para la introducción del sistema de Análisis de los Peligros en Puntos Críticos de Control (APPCC) en la industria pesquera y de mariscos. En los primeros meses de 1997 se llevaron a cabo actividades de vigilancia de la fiebre aftosa, la rabia y la tuberculosis bovina en diversas regiones.

**Promoción de la salud y educación sanitaria.** El Ministerio de Salud reconoce la promoción de la salud y la educación sanitaria como el enfoque estratégico para la planificación y la prestación de asistencia sanitaria en Guyana. Con este fin, se propuso incluir a la Dirección para la Promoción de la Salud y la Educación Sanitaria en la nueva estructura del Ministerio de Salud, lo que aún no ha sido aprobado por el Ministerio de Servicio Público. El Ministerio depende en gran medida de los recursos de los organismos internacionales (OPS y UNICEF) para las actividades que incluyen el adiestramiento de los trabajadores de salud y los grupos de la comunidad en el uso de la educación sanitaria y el fomento de la salud.

Con fondos del Banco Mundial, el Ministerio de Salud emprendió un Proyecto de Atención Primaria de Salud en tres regiones, que se concentra en el desarrollo sanitario mediante la participación y la acción comunitaria. En otras regiones se están creando organizaciones comunitarias para ayudar a reducir la incidencia de malaria y tuberculosis. En todas estas zonas, la respuesta de la comunidad ha sido entusiasta.

Los proveedores de servicios de salud primarios en las comunidades de amerindios son los trabajadores comunitarios de salud, personas que siguen un programa de adiestramiento de 18 meses ofrecido por el Ministerio de Salud. En su trabajo reciben apoyo de los servicios de personal paramédico y, ocasionalmente, médico. Las dificultades relativas al terreno, el transporte y los suministros representan escollos para la prestación de servicios óptimos.

**Programas para discapacitados.** Las personas con discapacidades indican que ha habido muy pocos adelantos en su situación socioeconómica durante los cinco últimos años. Los profesionales de la rehabilitación y los planificadores concuerdan en que, si bien la demanda va en aumento, la disponibilidad de servicios está disminuyendo, especialmente en los niveles secundario y terciario, donde hay escasez de atención institucional y de especialistas.

Un grave problema de acceso es el que padecen las personas con discapacidades en las zonas rurales, ya que las instituciones de rehabilitación están concentradas en la capital y en los pueblos más grandes. Varias instituciones se encargan de algunos aspectos de la rehabilitación para los niños con discapacidades; ciertos servicios para adultos se prestan por intermedio del servicio de fisioterapia del Ministerio de Salud y de la Sociedad de Guyana para Ciegos.

A nivel de la comunidad, el Programa Comunitario de Rehabilitación de Guyana, de carácter no gubernamental y con financiamiento externo, ha informado de su éxito en aumentar el acceso a la rehabilitación básica pero esencial mediante la prestación de servicios a los niños y a los adultos con discapacidades. El programa, que emplea a voluntarios para la prestación de los servicios, ha contado con la participación activa de las familias y la comunidad en general en el proceso de rehabilitación, logrando de esta forma la utilización de todos los recursos existentes de la comunidad y la sostenibilidad de los programas. Reviste suma importancia para el programa poder contar con un sistema eficaz de remisión de casos entre la comunidad y otros niveles de atención de rehabilitación.

Para resolver la oferta insuficiente de profesionales de rehabilitación, en 1997 el Ministerio de Salud inició un programa de formación de asistentes de rehabilitación, una nueva categoría de técnicos multidisciplinarios de nivel medio. El programa incluirá componentes de logoterapia, fisioterapia y terapia ocupacional. Los asistentes trabajarán bajo la supervisión de los profesionales tanto en los consultorios como en la comunidad.

Se ha presentado al gobierno un proyecto de Política Nacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades en Guyana para su consideración; la elaboración del documento se guió por las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidades.

#### *Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas*

Los servicios de asistencia sanitaria se organizan en cinco niveles diferentes. Existen 39 puestos de salud en las regiones 1, 2, 7, 8, 9 y 10, que ofrecen principalmente promoción de la

salud y atención preventiva en las zonas alejadas. Hay 194 centros de salud en todo el país que brindan sobre todo atención preventiva, además de algunas actividades para el fomento de la salud, atención curativa y rehabilitación. Dieciocho hospitales de distrito con 420 camas proporcionan atención básica ambulatoria y hospitalaria, además de servicios diagnósticos selectivos. Hay cuatro hospitales regionales con 717 camas en las regiones 2, 3, 6 y 10. Prestan servicios ambulatorios y hospitalarios generales, servicios de diagnóstico y servicios de especialistas en ginecología y obstetricia, medicina general, cirugía y pediatría. El Hospital Público de Georgetown cuenta con 601 camas y ofrece una amplia gama de servicios de diagnóstico, atención hospitalaria especializada y referencia de pacientes ambulatorios. Su función es prestar tratamiento costoso especializado y pruebas de diagnóstico complejas. Existen tres hospitales especializados: un hospital psiquiátrico en Berbice, un leprocomio en Mahaica y un hospital geriátrico en Georgetown. Además, hay seis hospitales privados en Georgetown y cinco hospitales de empresas ubicados en las regiones 1, 4 y 10.

#### *Insumos para la salud*

En el sector público, los medicamentos y los suministros médicos se adquieren en distintos lugares, como UNIPAC, un servicio de UNICEF que provee medicamentos y suministros médicos a los gobiernos a precios competitivos. La Empresa Farmacéutica de Guyana fabrica algunos medicamentos y suministros médicos para el mercado local. La adquisición y distribución privada de medicamentos y suministros médicos es también significativa.

El Departamento de Analistas del Gobierno debe certificar las preparaciones farmacéuticas que ingresan al país para uso tanto en el sector público como en el privado. El Ministerio de Salud utiliza el Laboratorio Regional del Caribe de Prueba de Medicamentos (establecido para que los Estados Miembros de CARICOM se beneficien de arreglos eficaces en función de los costos) para probar los suministros que adquiere. La distribución está a cargo del Ministerio de Salud o de las autoridades regionales o se realiza por contrato con el sector privado. Guyana posee un proyecto de Política Nacional sobre Medicamentos, pero no ha sido llevado a la práctica en su totalidad.

La escasez de fondos y recursos humanos interrumpe el suministro de medicamentos esenciales, lo que afecta a los establecimientos de salud distantes y al Hospital Público de Georgetown. Por término medio, aproximadamente 70% de los medicamentos esenciales son almacenados en los centros de salud y en los hospitales. En 1997 se introdujo una lista revisada de medicamentos esenciales. El Ministerio de Salud está preparando una lista de medicamentos esenciales y un

formulario para el Hospital Público de Georgetown y otros establecimientos de salud.

El costo y la importancia de los medicamentos y los suministros médicos hace que la disponibilidad de locales adecuados de almacenamiento sea crítica. Sin embargo, no hay suficientes establecimientos en Guyana, y los que existen no cumplen todas las normas.

### Recursos humanos

El Cuadro 1 resume la distribución por categoría del personal del sector sanitario.

### Investigación y tecnología en salud

Guyana depende casi exclusivamente de las importaciones para la tecnología sanitaria. Se consideran prioridades la creación y el mantenimiento de sistemas para vigilar la cali-

dad, el estado, la ubicación y la utilización de equipos biomédicos y de otro tipo. Se está estableciendo un programa de mantenimiento preventivo con la asistencia de organismos externos.

### Gasto y financiamiento sectorial

Desde 1990, las asignaciones del gobierno en materia de salud han aumentado en forma sostenida. En 1996 se gastaron en salud G\$ 2,88 millones (US\$ 20,5 millones), en comparación con G\$ 0,4 millones (US\$ 10,1 millones) en 1990; es decir, un aumento superior al 600% en seis años. En 1996, los gastos sanitarios representaron 6,3% del presupuesto nacional, en comparación con 8,3% en 1995 y 5,3% en 1992. Durante los años 1992 a 1995, el aumento del gasto en salud se debió principalmente a los gastos de capital, que representaron 42% de los gastos totales en este período, en comparación con 17% en 1990. El aumento fue resultado del costo de construir el Centro de Atención Ambulatoria, Quirúrgica y de

**CUADRO 1**  
**Distribución de recursos humanos por categoría de servicio, Guyana, 1997.**

Ocupación sanitaria	Central	Regional	Cuasipúblico	Municipal	Privado	Total
Médico	—	43	—	—	—	43
Oficial médico general	50	—	6	1	26	83
Consultor	9	—	—	—	18	27
Dentista general	9	9	—	—	14	32
Cirujano dental	—	—	—	—	—	—
Farmacéutico	8	7	3	—	111	129
Enfermera profesional <sup>a</sup>	293	312	25	12	115	757
Otros profesionales de la salud <sup>b</sup>	48	8	2	—	30	88
Partera (programa de adiestramiento de 12 meses)	48	109	5	—	3	165
Medex (programa de adiestramiento de 18 meses)	8	31	24	—	1	64
Técnico de salud <sup>c</sup>	8	3	—	—	9	20
Auxiliares de enfermería <sup>d</sup>	80	—	18	1	64	163
Otros auxiliares <sup>e</sup>	112	111	—	4	8	235
Asistentes de enfermería	245	267	20	—	10	542
Total del personal sanitario	918	900	103	18	409	2.348
Administración y servicios generales	32	10	2	—	9	53
Técnicos administrativos y de servicios generales <sup>f</sup>	131	30	3	—	124	288
Auxiliares administrativos y de servicios generales <sup>g</sup>	406	100	59	7	144	716
Total de servicios generales y administración	569	140	64	7	277	1.057
Personal total	1.487	1.040	167	25	686	3.405

<sup>a</sup> Incluye enfermeras diplomadas, enfermera/obstetra diplomada, visitantes médicos, enfermeras de salud pública y tutores de servicios de salud.

<sup>b</sup> Incluye fisioterapeutas, tecnólogos médicos, radiógrafos y técnicos de radiografía.

<sup>c</sup> Incluye técnicos (dispensadores, polivalentes, ortopédicos, biomédicos) y asistentes de fisioterapia.

<sup>d</sup> Incluye auxiliares de enfermería.

<sup>e</sup> Incluye asistentes (dentales, ortopédicos, de laboratorio, dispensadores, de consultorio), trabajadores comunitarios de salud y asistentes de salud ambiental.

<sup>f</sup> Incluye secretarías, recepcionistas, oficinistas, mecanógrafos, asistentes de oficina, contadores y estadísticos.

<sup>g</sup> Incluye trabajadores de mantenimiento, conductores, porteros, ayudantes, guardias, empleadas, lavanderas, cocineros, costureras y sastres.

Diagnóstico del Hospital Público de Georgetown, y la disminución de 63% en los gastos de capital de 1995 a 1996 se debió a la finalización de este proyecto.

El gasto sanitario del Gobierno per cápita también aumentó en los últimos años. Si bien el monto registrado fue de G\$ 538 (US\$ 13,6) en 1990, ascendió a G\$ 3.741 (US\$ 26,56) en 1996. Estas cifras se expresan en precios nominales, de modo que parte del aumento es atribuible a la inflación.

El factor inflación queda eliminado en gran parte cuando los gastos de salud pública se analizan en relación con el PIB. En 1996, el gasto sanitario del Gobierno representó 3,45% del PIB, una disminución en comparación con más de 4% en los años anteriores. En 1995, la cifra fue de 5,17%. Además, las cifras relativamente altas durante los años 1992 a 1995 pueden explicarse por los costos de capital de la construcción en el Hospital Público de Georgetown. Sin embargo, en comparación con la cifra de 1990, los niveles reales estimados de los gastos de salud han mostrado una mejora significativa, aun excluyendo los costos de construcción.

Tradicionalmente, el Gobierno y las instituciones cuasipúblicas han sido los prestadores dominantes de asistencia sanitaria en Guyana. En los últimos años, sin embargo, la disminución en la cantidad y calidad de los servicios del Estado ha contribuido a que el aporte del sector privado independiente adquiriera mayor importancia. En 1994, el sector privado de la salud comprendía a 14 médicos cuyo ejercicio era de tiempo completo. Aproximadamente otros 15 médicos trabajaban con el Ministerio de Salud, pero también ejercían a tiempo parcial. Por otra parte, había alrededor de 20 médicos de tiempo completo en seis hospitales privados, todos localizados en Georgetown.

El Ministerio de Salud está ideando actualmente un nuevo enfoque para financiar la asistencia sanitaria, que incluye la fijación de tarifas al usuario para ciertos servicios. Solo existen tres tipos de tarifas de este tipo en el sector sanitario pú-

blico: los honorarios por servicios de fisioterapia, las pruebas de embarazo en laboratorio y las habitaciones privadas. Los cargos por habitación se han ajustado recientemente teniendo en cuenta lo que cobraría un hospital privado por una habitación similar, pero los honorarios correspondientes a la fisioterapia y las pruebas de embarazo no se han ajustado desde hace años y no reflejan los costos de la prestación del servicio.

En 1996, el 30,85% del gasto sanitario gubernamental se destinó a medicamentos y suministros médicos. En el presupuesto de 1997, 30,96% se consagró a dicho gasto. En teoría, esta cantidad podría cubrir las necesidades nacionales, pero debido a la ineficiencia de los sistemas de adquisición y distribución, los medicamentos y los suministros médicos no están llegando a un segmento considerable de la población.

#### *Cooperación técnica y financiera externa*

La contribución del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo al sector salud entre 1992 y 1996 ascendió a US\$ 1.097.473. En 1996, la contribución fue de US\$ 269.141, distribuida por medio del Proyecto Multisectorial de Voluntarios de las Naciones Unidas. El foco de interés de este proyecto respecto al sector sanitario es prestar asistencia técnica para mejorar los servicios de salud y fortalecer la capacidad de las contrapartes nacionales que trabajan en el sector salud. El proyecto financió los contratos de 12 especialistas en los campos de pediatría, cirugía ortopédica, anestesiología, ginecología y obstetricia, cirugía general, oftalmología, logoterapia y garantía de la calidad. Algunos de ellos están ofreciendo adiestramiento formal en la Facultad de Medicina de la Universidad de Guyana. Varias enfermeras también se han beneficiado del adiestramiento en obstetricia y enfermería oftálmica y pediátrica.