

# GUYANA



**Fuentes:** Second Administrative Level Boundaries Dataset (SALB), que forma parte de la base de datos geográfica de las Naciones Unidas, disponible en: [http://www.who.int/whosis/database/gis/salb/salb\\_home.htm](http://www.who.int/whosis/database/gis/salb/salb_home.htm), y la base de datos Digital Chart of the World (DCW), disponible en: <http://www.maproom.psu.edu/dcw/>. Las fronteras y nombres que se incluyen en este mapa tienen el propósito exclusivo de ilustración, y no implican juicio alguno, ni aval o aceptación por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud.

**G**uyana se encuentra en la costa nordeste de América del Sur y limita con Venezuela al oeste, con Brasil al sur y con Suriname al este. Es el único país de habla inglesa en América del Sur. Tiene una superficie de aproximadamente 215.000 km<sup>2</sup> y una población estimada (a mediados de 2006) en 767.000 habitantes, la mayoría de ellos concentrados a lo largo del litoral marítimo.

## CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

### Determinantes sociales, políticos y económicos

Guyana fue antes un territorio británico y obtuvo su independencia en 1966 y en 1970 se convirtió en república. El país es una república democrática, con un sistema parlamentario de gobierno. El poder legislativo está constituido por una Asamblea Nacional unicameral, integrada por 12 miembros no elegidos y 53 miembros elegidos conforme a un sistema de representación proporcional. El Presidente Ejecutivo es el jefe del estado y del gobierno. El país está dividido en 10 regiones administrativas. Los gobiernos locales están constituidos por 10 Consejos Democráticos Regionales, 65 Consejos Democráticos de Vecinos, seis municipios y 76 Consejos Comunitarios Amerindios. Los gobiernos regionales y locales desempeñan una función importante en la prestación de servicios públicos en Guyana. Los Consejos Democráticos Regionales tienen a su cargo la prestación de servicios, tales como los de salud y educación, a sus respectivas poblaciones. Como resultado de su desarrollo histórico y cultural, Guyana está vinculada con los países de habla inglesa del Caribe y es miembro de la Comunidad del Caribe (CARICOM), así como integrante de la Comunidad Británica de Naciones.

Su economía se basa en los recursos naturales: la agricultura, la silvicultura y la pesca aportaron 30,3% del producto interno bruto (PIB) en 2005; el azúcar fue el principal producto y la explotación de minas y canteras aportó 10,5% del PIB, seguida de la fabricación (8,0%) y la ingeniería y la construcción (6,2%). El restante 45% del PIB correspondió a los servicios. En los últimos cinco años, Guyana ha experimentado una serie de conmociones internas y externas que debilitaron considerablemente la economía. Estos retrocesos incluyeron una disminución continua de los precios de exportación de la bauxita, el oro, la madera y el arroz, así como una depreciación del euro que provocó la reducción de los valores de las exportaciones preferenciales de azúcar, una huelga de los servicios públicos y el aumento de los precios del petróleo. La producción agrícola resultó muy afectada por intensas lluvias e inundaciones durante el primer tri-

mestre de 2005. La economía tiene potencial de diversificación y el país depende de la producción y la exportación de materias primas, que tienen muy poco valor agregado.

El gobierno busca recuperar la confianza en la economía nacional generando un crecimiento sostenido, creando nuevas oportunidades de empleo y protegiendo el medio ambiente. Actualmente está emprendiendo un programa de privatizaciones encaminadas a mejorar la eficiencia de las empresas, reducir la carga financiera y administrativa del sector público, redistribuir los escasos recursos públicos y aumentar la modernización mediante una mejor gestión, tecnología y nuevas inversiones.

El país tiene un endeudamiento elevado. En 2001, la deuda era de 32.000 millones de dólares guyaneses, que equivalían al 23,4% del PIB. Dado que Guyana cumplía con los requisitos para el alivio de la deuda establecidos en la Iniciativa para la Reducción de la Deuda de los Países Muy Endeudados (PPME), en 2005 el Fondo Monetario Internacional eliminó 3.300 millones de dólares guyaneses de la deuda, que han sido asignados a programas de salud, educación y alivio de la pobreza. Las prioridades políticas en el sector salud incluyen el financiamiento adecuado de programas de atención primaria y medicamentos básicos, viviendas para grupos de bajos ingresos e infraestructura de abastecimiento de agua y saneamiento.

Las 10 regiones administrativas tienen diversas características topográficas, distribuciones de la población y grados de desarrollo, que a su vez influyen en la situación sanitaria. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), casi 90% de la población del país vive en una estrecha franja a lo largo de la costa, que constituye el centro administrativo, agrícola, comercial e industrial del país.

La capital, Georgetown, con 156.000 habitantes, alberga a 20,7% de la población total. En el interior del país, poco poblado, la infraestructura sanitaria es limitada. La Región 7 (Cuyuni-Mazaruni) y la Región 8 (Potaro-Siparuni), donde están gran parte de las minas y canteras, tienen la misma densidad demográfica, pero sus poblaciones son de 14.682 y 6.000 habitantes, respectivamente. La cantidad de moradores por vivienda disminuyó de 4,7 personas en 1991 a 4,1 personas en 2002, lo que in-

dica un gran incremento en las viviendas permanentes. Además, mientras que los moradores de las viviendas han crecido solo 3,3%, el número de viviendas ha aumentado 20,5%. El mayor aumento de viviendas se ha producido en la región costera, en la que está situada Georgetown.

Los grupos en riesgo más afectados por la pobreza son los grupos amerindios, que viven principalmente en el interior, una zona muy poco desarrollada; los grupos constituidos por una mezcla de razas (descendientes de una combinación de antepasados amerindios, africanos, asiáticos sudorientales y europeos) y las mujeres. Entre los grupos étnicos, en los amerindios se registró el más alto grado de pobreza, mientras que la prevalencia de la pobreza es más elevada entre las mujeres que entre los hombres. En particular, las mujeres reciben salarios y sueldos más bajos, afrontan más dificultades para acceder a créditos, sufren problemas de salud más graves y presentan una tasa de analfabetismo más alta que los hombres.

La reducción de la pobreza es una prioridad del gobierno. El Informe sobre la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) de 2002 examinó cómo los efectos de los determinantes de la salud afectan a los pobres y propuso políticas para abordarlos. También evaluó inversiones y políticas para mejorar la salud de los pobres. La salud y la nutrición son componentes clave en el Informe. La función de la salud en el desarrollo es destacada tanto en el Informe como en la Estrategia Nacional de Desarrollo.

La población en edad de trabajar ha crecido continuamente y en 2002 representaba dos tercios de la población total. Casi un tercio de esta población realiza tareas en el hogar, mientras que 7% asiste a la escuela. Si bien los hombres constituyen un poco más de la mitad de la población total, representan 49,7% de la población en edad de trabajar. De los hombres en este grupo, aproximadamente 7% asisten a la escuela, 5% realizan trabajos en el hogar y 2% es población institucional (población que no vive en sus hogares, y que incluye personas que viven en instituciones militares, cárceles, universidades, etc). En contraste, entre las mujeres en edad de trabajar, un poco más de la mitad realiza tareas domésticas y 7% asisten a la escuela. La población femenina recluida en instituciones es también muy pequeña (0,6%) en comparación con los hombres. Veintidós por ciento de la población masculina en edad de trabajar no tiene ningún tipo de actividad que le permita obtener ingresos, en comparación con 66% de las mujeres.

La educación es obligatoria para los niños desde los 5 años y 9 meses de edad hasta los 14 años. Aproximadamente 60% de la población en edad escolar (hasta los 18 años de edad) actualmente asiste a la escuela, lo que representa un aumento con respecto al 55% determinado en el censo anterior (1991). Los porcentajes más elevados de niños en edad escolar que realmente asisten a la escuela están en los grupos de edad de 5 a 9 años y de 10 a 14 años. Un poco más de 90% de los niños en estos grupos de edad asisten a la escuela, lo que indica que se ha superado la

meta de matrícula escolar primaria establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Las viviendas se han modernizado cada vez más. Según el censo de 2002, el porcentaje de viviendas sin olores fue de 2%, en comparación con 3,1% registrado en el censo de 1991. A pesar de la mayor utilización de inodoros, estos están generalmente conectados con pozos negros o fosas sépticas, dados los costos más altos asociados con la instalación y mantenimiento de sistemas cloacales. No obstante, en dos tercios del total de viviendas se continúan usando letrinas de pozo, que los indicadores de los ODM consideran una instalación sanitaria adecuada. Casi 80% de las viviendas tienen acceso a una fuente de agua potable, según las define la meta de los ODM (es decir, agua corriente en la vivienda, fuente pública, pozo perforado, pozo excavado protegido, manantial protegido o sistema de recolección de agua de lluvia). Estas mejoras corroboran las estimaciones hechas por el Programa Conjunto de Vigilancia de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (OMS/UNICEF), que calculó que, para 2002, 83% de la población guayanesa tendría acceso a agua potable y 70%, a un mejor saneamiento. Sin embargo, existen desigualdades considerables en cuanto al acceso a instalaciones de agua y saneamiento adecuadas entre las zonas urbanas y las rurales. Por cada habitante de una zona urbana sin abastecimiento de agua, hay 1,7 habitantes de zonas rurales en la misma situación. En el caso del saneamiento, por cada habitante de una zona urbana sin saneamiento, hay 4,9 habitantes de zonas rurales. La calidad del abastecimiento de agua y el saneamiento en Guyana es deficiente. Persisten problemas importantes de seguridad, continuidad y confiabilidad de los servicios tanto en la franja del litoral como en las regiones del interior, que cuentan con muy pocos servicios. En muchos sistemas de distribución, los procedimientos de desinfección del agua no alcanzan la cantidad mínima de cloro libre en el lugar de utilización que recomiendan las pautas de la OMS, lo cual provoca el riesgo de contaminación microbiológica. En 2004, la disponibilidad del servicio de agua era en promedio de solo 4,3 horas al día. Adicionalmente, la falta de inspecciones periódicas de las conexiones domiciliarias ha permitido que las tuberías inadecuadas sean invadidas por agua contaminada.

La estrategia del gobierno para el sector del agua y el saneamiento consiste en mejorar el nivel de los servicios, aumentar la eficiencia y lograr la sostenibilidad financiera. En 2002, la Dirección del Agua de Guyana y las Comisiones de Agua y de Alcantarillado de Georgetown se fusionaron en la Compañía del Agua (GWI, por sus siglas en inglés). En enero de 2003, se inició un contrato con la GWI por cinco años de administración basada en el desempeño. Desde entonces, el desempeño de la GWI ha sido inferior a las metas propuestas, si bien se ha logrado cierto progreso en las metas en cuanto a la eficiencia de la recaudación, las relaciones con los usuarios y los servicios comerciales. Subsisten numerosos retos para alcanzar los estándares propuestos a causa

de las dificultades inherentes del sistema actual, como los procedimientos inadecuados de mantenimiento, la demanda desmesurada a causa del consumo excesivo y el desperdicio y la presencia de grandes cantidades de hierro en el agua, el cual origina problemas para el proceso de cloración, obstruye las tuberías, aumenta el potencial de contaminación y eleva la presión necesaria para el suministro del agua.

Guyana ha sufrido un prolongado período de violencia, en el cual interactúan los conflictos políticos, las tensiones raciales y étnicas y la industria de las drogas. La violencia civil ha incluido la de ciudadanos contra ciudadanos, grupos civiles contra las fuerzas de seguridad del país y la violencia de las fuerzas de seguridad contra ciudadanos. El número de asesinatos entre enero y fines de marzo de 2003 (58) superó el triple de las cifras observadas durante el mismo período en 2002 (17). Esta intensificación de la violencia ha tenido efectos económicos, políticos y sociales de alcance nacional.

El peor desastre natural en Guyana se produjo en enero de 2005, con lluvias torrenciales que provocaron extensas inundaciones en la ciudad capital y zonas circundantes. Cayeron 1.320 mm —más de siete veces el promedio de la precipitación en el litoral (180 mm) en los meses de enero de los últimos 100 años— y afectaron a casi 85% de la población; 37% de la población resultó severamente damnificada. Durante un lapso de una a siete semanas, los residentes en el litoral vivieron sumergidos en 1 m a 1,5 m de agua, en condiciones ambientales deterioradas, que incluyeron la acumulación de desechos sólidos, cadáveres de ganado y animales domésticos, aguas negras de las letrinas de pozo y fosas sépticas y la contaminación del sistema de distribución de agua potable, factores que incrementaron el riesgo de propagación de enfermedades transmitidas por el agua y por vectores. La desorganización de la vida de los individuos y de la sociedad generó una pérdida de 59,5% del PIB.

En los últimos años, ha aumentado el número de inspecciones para verificar la seguridad y la calidad de los productos pesqueros, cárnicos y avícolas destinados al consumo humano. En 2005, se visitaron 582 barcos de pesca y establecimientos avícolas grandes y se inspeccionaron y certificaron las condiciones sanitarias. Dieciséis pescaderías fueron visitadas, inspeccionadas y monitoreadas, junto con una serie de pequeñas instalaciones de elaboración de camarón y pescado secos y plantas avícolas pequeñas y medianas. El Laboratorio del Departamento de Alimentos y Medicamentos del Ministerio de Salud realizó pruebas microbiológicas en 195 muestras de pescados y de agua. Se efectuaron inspecciones diarias de la carne de aves durante los días de matanza en dos grandes plantas de elaboración de productos avícolas. Se monitorearon e inspeccionaron los productos pesqueros y cárnicos exportados e importados a través del aeropuerto nacional y otras instalaciones portuarias y se examinaron los alimentos servidos a los pasajeros de las aerolíneas para determinar su seguridad.

## Demografía, mortalidad y morbilidad

El censo de 2002 registró una población de 751.223 habitantes, en comparación con la establecida por el censo de 1991, de 723.673 habitantes. Ha habido un crecimiento lento en los últimos 15 años. Cuatro de las 10 regiones administrativas tienen centros urbanos; la población conjunta de esas ciudades y la capital, Georgetown, era de 213.705 habitantes (28,4% de la población total) en 2002. El restante 71,6% de la población se acumula en aldeas, la mayoría de ellas en la franja costera, y en otros asentamientos dispersos en el interior del país. El porcentaje de habitantes no nacidos en Guyana aumentó de 0,5% en 1991 a 1,3% en 2002; la mayoría de ellos provienen de Suriname (27%), Brasil (13%), Venezuela (12%), tres países del Caribe Oriental (Barbados, Santa Lucía y Trinidad y Tabago) (10,7%), los Estados Unidos de América (7,4%), China (6,8%), el Reino Unido (3,4%) y Canadá (2,4%).

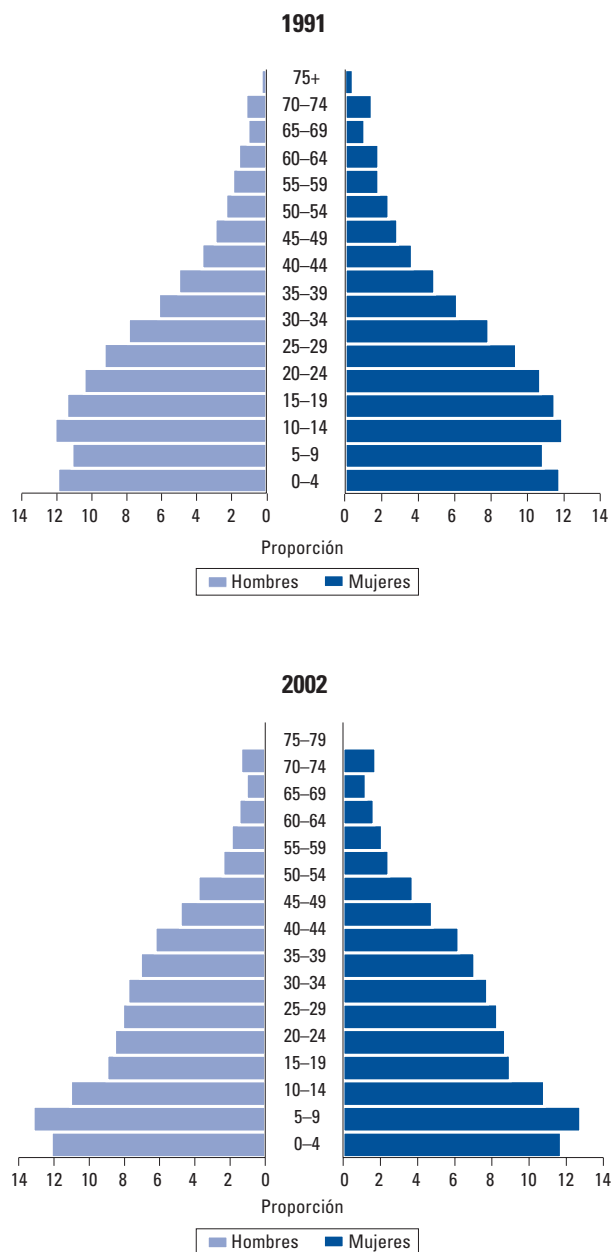
Las comparaciones de los datos sobre la distribución en grupos de edad en 1980 y en el último censo revelan que la población comienza a envejecer, según comprueban los datos disponibles sobre las tasas de fecundidad, que muestran totales de cercanos al nivel de reposición. La relación general entre hombres y mujeres es de casi 1:1. En la figura 1 se presenta la distribución de la población en Guyana por edad y por sexo en 1991 y 2002.

Guyana tiene una población multirracial. El censo de 2002 indicó que los indoguyaneses constituyen 43% de la población, los afroguyaneses, 30% y los amerindios, 9%. Ha habido un crecimiento de las personas de ascendencia “mezclada” (una combinación de antepasados asiáticos sudorientales, africanos, amerindios y chinos), que representan 17% de la población. La población restante, menos de 1%, incluye a los descendientes de europeos y chinos.

La composición de la población según su credo religioso es encabezada por los hindúes (28,4%); otros credos son los pentecostales (16,9%) y otros cristianos (17,9%), los católicos romanos (8,1%), los musulmanes (7,2%), los anglicanos (6,9%), los adventistas del séptimo día (5,0%), los metodistas (1,7%), los testigos de Jehová (1,1%), los rastafaris (0,5%), los bahais (0,1%), las personas sin afiliación religiosa (4,3%) y las de otras confesiones (1,3%).

La tasa total de fecundidad en 2005 fue de 2,5, o sea inferior a la de 3,1 registrada en 1999. En 2004, aproximadamente 20% de los nacimientos fueron de mujeres menores de 20 años, y 3%, de niñas menores de 16 años. La Encuesta de Conglomerados con Múltiples Indicadores (MICS por sus siglas en inglés), efectuada en 2000 por la Oficina de Estadísticas de Guyana con financiamiento de UNICEF, mostró que el registro de nacimientos de los niños menores de 5 años era de 96,5%. Las proporciones de niños registrados reveló cierta variación según la edad de los niños y la escolaridad de la madre. En los niños del interior del país, era inferior el porcentaje de registro (86%) en comparación con los niños de las zonas urbanas costeras (99%) y las zonas rurales costeras (98%).

**FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Guyana, 1991 y 2002.**



La ausencia de una tasa de crecimiento sostenido en la población guyanesa refleja el impacto continuo de la emigración a otros países miembros de la CARICOM, los Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido. Es difícil medir con exactitud los datos sobre la emigración a causa de las transgresiones de las condiciones de las visas y los cruces de indocumentados a través de las fronteras terrestres de Guyana. En consecuencia, se piensa que

las tasas de emigración son superiores a las oficialmente comunicadas. También ha habido un aumento de la emigración interna desde las zonas urbanas al interior del país, causada principalmente por una mayor actividad generadora de empleos en el sector de explotación de minas y canteras.

En el período 2001–2003, hubo un total de 14.687 defunciones registradas (57% de hombres y 43% de mujeres). Entre las defunciones por causas definidas (98,9%), ocupan el primer lugar las provocadas por enfermedades cerebrovasculares (10,9%), seguidas de las causadas por enfermedades isquémicas del corazón (10,3%), VIH/sida (8,8%), diabetes (7,5%), enfermedades hipertensivas (4,2%), suicidios (4,0%), afecciones originadas en el período neonatal (3,8%), insuficiencia cardíaca y complicaciones (3,8%) y cirrosis y otras enfermedades del hígado (2,9%).

Las principales causas de muerte en los niños menores de 5 años fueron las afecciones originadas en el período neonatal (47,3%), enfermedades infecciosas intestinales (11,6%), malformaciones congénitas (10,0%), influenza y neumonía (6,3%), VIH/sida (4,6%), desnutrición y anemias nutricionales (3,2%), septicemia (2,1%), eventos de intención no determinada (1,4%), trastornos de los líquidos, de los electrolitos y del equilibrio ácido-básico (1,0%) y accidentes de transporte terrestre (1,0%).

Entre los niños de 5 a 9 años de edad, los accidentes de transporte terrestre causaron 18,9% de las defunciones, seguidos del VIH/sida (17,0%), malformaciones congénitas (8,5%), eventos de intención no determinada (7,5%) y ahogamientos accidentales (4,7%).

El suicidio fue la principal causa de defunción en el grupo de 10 a 19 años de edad (17,8%), seguido de los accidentes de transporte terrestre (14,0%), agresiones (homicidios) (7,8%), VIH/sida (6,2%), eventos de intención no determinada (6,2%), malformaciones congénitas (5,0%), enfermedades transmitidas por vectores y rabia (3,7%), influenza y neumonía (2,8%), ahogamientos accidentales (2,5%), neoplasias malignas del tejido linfático (2,2%) y epilepsia y estado de mal epiléptico (2,2%).

El VIH/sida fue la principal causa de muerte entre los adultos de 20 a 59 años de edad (17,7%), seguido de las enfermedades isquémicas del corazón (7,5%), suicidio (7,4%), enfermedades cerebrovasculares (6,6%), diabetes (6,5%), agresiones (homicidios) (5,5%), cirrosis y otras enfermedades del hígado (4,8%), accidentes de transporte terrestre (4,0%), influenza y neumonía (2,5%) y eventos de intención no determinada (2,5%).

Los adultos de 60 y más años de edad son los más afectados por las enfermedades crónicas. Las principales causas de muerte en este grupo de edad fueron las enfermedades cerebrovasculares (17,8%), enfermedades isquémicas del corazón (15,5%), diabetes (10,3%), enfermedades hipertensivas (7,1%), insuficiencia cardíaca y complicaciones (6,4%), influenza y neumonía (5,2%), neoplasias malignas de la próstata (2,6%), cirrosis y otras enfermedades del hígado (1,8%), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (1,7%) y trastornos de los líquidos, los electrolitos y del equilibrio ácido-básico (1,5%).

En general, esas causas provocaron 339.480 años de vida perdidos, de los cuales se atribuyó la mayoría al VIH/sida (14,5%), seguido de afecciones originadas en el período perinatal (12,1%), suicidios (6,4%), homicidios (4,6%), enfermedades isquémicas del corazón (4,6%), enfermedades cerebrovasculares (4,3%), accidentes de transporte terrestre (4,2%), diabetes (3,9%), influenza y neumonía (3,6%) y enfermedades infecciosas intestinales (3,4%).

## SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

### Salud de los niños menores de 5 años

En el censo de 2002, este grupo de edad representó 12% (87.907) de la población. Ha habido una disminución en el número de nacidos vivos en el período de los últimos 5 años, con 18.537 nacidos vivos estimados en 2001 y 16.391 en 2004. Más de 95% de esos nacimientos fueron asistidos por personal de salud competente y aproximadamente 90% de ellos tuvieron lugar en hospitales del gobierno y centros de salud. La tasa bruta de natalidad en 2003 fue de 23,1 por 1.000 habitantes. Las enfermedades notificadas con más frecuencia fueron las infecciones de las vías respiratorias (39,2%), enfermedades diarreicas agudas (18,8%), afecciones de la piel (11,0%), helmintiasis (8,9%), accidentes y traumatismos (2,6%), infecciones oculares (2,0%), asma (1,3%) y abscesos (0,5%).

La tasa de mortalidad infantil fue de 24,7 por 1.000 nacidos vivos en 2004 y se registraron 340 defunciones de niños menores de 1 año. En 2001–2003, se registró un promedio de 203 defunciones infantiles al año. Se informó una tasa de mortalidad infantil de 17,5 por 1.000 nacidos vivos en 2003. En el período 2001–2004, las principales causas de mortalidad fueron la hipoxia (22%), infecciones intestinales (18%), otros trastornos perinatales (13%), infecciones respiratorias agudas (11%) y anomalías congénitas (9,8%). Las principales causas de defunciones infantiles fueron las afecciones originadas en el período neonatal y problemas respiratorios del recién nacido.

En el período 2003–2004, las principales causas de las defunciones infantiles fueron trastornos respiratorios en el período perinatal (33%), sepsis bacteriana del recién nacido (11%), malformaciones congénitas (11%), trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto o el recién nacido (6,5%), infecciones respiratorias agudas (5%), retardo del crecimiento fetal (4,1%), enfermedades infecciosas intestinales (5,6%), complicaciones obstétricas (4,3%), desnutrición y anemias nutricionales (2,8%), enfermedades relacionadas con el VIH (2,9%) y otras causas (13,6%).

La tasa de mortalidad neonatal fue de 15 por 1.000 nacidos vivos en 2004 y 72,3% de los lactantes que murieron en el primer año de vida lo hicieron en los 28 días posteriores al nacimiento. El bajo peso al nacer es el mayor factor de riesgo de mortalidad neonatal. En el hospital para referencia de pacientes de Guyana, el Hospital Público de Georgetown, 12,7% de todos los recién nacidos tenían bajo peso al nacer (< 2.500 g), 1,5% tenían muy bajo

peso al nacer (< 1.500 g) y 0,6% tenían un peso extremadamente bajo al nacer (< 1.000 g). El porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer ha disminuido de 18% en 2001 a 15% en 2004. El análisis más reciente de la mortalidad neonatal en menores de 5 años en este hospital reveló una disminución del 10%.

Los bebés prematuros representaron 4% del total de nacimientos y hubo pocos casos de septicemia neonatal en los hospitales (0,7%). En 2004, las principales razones para las consultas externas de lactantes en los hospitales y centros de salud fueron las infecciones respiratorias agudas (53,1%), las afecciones de la piel (8,1%) y la escabiosis (7,0%).

La tasa de mortalidad en niños menores de 5 años fue de 72 por 1.000 nacidos vivos. En el período 2001–2004 murieron 414 niños en este grupo de edad. Las principales causas de defunción en este grupo durante ese mismo período fueron las enfermedades infecciosas intestinales (13%), las enfermedades respiratorias agudas (10,2%), traumatismos no determinados (6,1%), malformaciones congénitas (10,7%), el VIH/sida (10,8%) y accidentes de transporte terrestre (6,3%).

Entre los niños menores de 5 años, las principales razones para las consultas externas fueron infecciones respiratorias agudas (42%), helmintiasis (13%), afecciones de la piel (8,0%) y accidentes (5,5%).

La prevalencia de la malnutrición moderada en el período 2000–2004 fue ligeramente más baja en el grupo de niños menores de 1 año (12%) que en el grupo de 12–23 meses de edad (15%). Solo 0,8% de los niños en el primero de esos grupos y 0,4% de los del segundo grupo estaban gravemente desnutridos.

### Salud de los niños (5–14 años) y de los adolescentes (15–19 años)

En el censo de 2002, se registró a 95.723 niños (12,9%) en el grupo de 5 a 9 años de edad; los adolescentes de 10 a 14 años representaron 10,8% (80.140) de la población y los de 15 a 19 años, 8,9% (66.042). La Encuesta Global en las Escuelas sobre la Salud de los Estudiantes se concentró en los alumnos de escuelas primarias y secundarias. Cincuenta y uno por ciento de los entrevistados fueron mujeres y 49,0% fueron hombres. Los resultados mostraron que 8,9% de los estudiantes tenían exceso de peso y no había diferencias entre hombres y mujeres. La mayoría de los afectados por este problema pertenecían al grupo de 13 a 15 años de edad. Igual número de mujeres y hombres (11,4% del total de estudiantes entrevistados) corrían el riesgo de tener sobrepeso. Tres de cada cuatro estudiantes tenían buenos hábitos alimentarios. El hambre, si bien afectaba a un pequeño grupo (7,8%) de estos estudiantes, fue más frecuente entre los hombres (8%) que entre las mujeres (7,4%) y más pronunciado entre los estudiantes de 13 a 15 años.

En general, uno de cada cuatro estudiantes informó que se encontraba en situaciones que implicaban comportamientos violentos (intimidación, amenazas, uso de armas, luchas físicas).

Fueron más numerosos los hombres (1 de cada 3) que las mujeres (1 de cada 5) que señalaron que habían experimentado directamente una confrontación. Uno de cada dos estudiantes había sufrido lesiones graves como resultado de un accidente.

Las incidencias del consumo de cigarrillos y del consumo de otros productos del tabaco eran relativamente bajas: 7,0% y 8,0%, respectivamente; la relación entre hombres y mujeres fumadores era de 3:1. Uno de cada dos estudiantes había intentado abandonar el hábito de fumar. Aproximadamente uno de cada tres estudiantes consumía bebidas alcohólicas, mientras que uno de cada nueve usaba drogas. Uno de cada dos hombres y una de cada cuatro mujeres consumían bebidas alcohólicas, mientras que uno de cada seis hombres y una de cada 17 mujeres consumían drogas.

Solo a 69% de los estudiantes (más mujeres [73%] que hombres [65%]) les habían enseñado cuáles eran los beneficios de una alimentación saludable y solo a 47% de los estudiantes les habían hablado de la importancia de lavarse las manos.

Veinticinco por ciento de los estudiantes habían tenido relaciones sexuales; 23% habían iniciado la actividad sexual entre las edades de 13 y 15 años y 39% habían tenido relaciones sexuales por primera vez a los 16 años o después. Además, 16% de los estudiantes habían tenido relaciones sexuales con varias parejas y casi la mitad de las mujeres y tres cuartas partes de los hombres entrevistados habían tenido más de una pareja. Si bien el condón era el anticonceptivo usado con más frecuencia (74%), el uso de anticonceptivos fue de 76% entre los adolescentes menores de 15 años y de 71% entre los de 16 y más años de edad. Se usaron otros métodos de control de la natalidad, pero la tasa de empleo fue relativamente baja (5,4%) y fueron usados con más frecuencia por los estudiantes más jóvenes, en comparación con los de más edad. A pesar de la tasa general elevada de uso de condones y otros métodos anticonceptivos, una de cada 26 estudiantes mujeres había quedado embarazada, y uno de cada 10 estudiantes hombres afirmó que había embarazado a su compañera.

### Salud de los adultos (20 a 59 años)

En el período 2001–2003, las principales causas de defunción entre los hombres de 20 a 59 años de edad fueron el VIH/sida, con 653 defunciones (16,4% del total de defunciones por causas definidas entre los hombres de este grupo de edad); seguido del suicidio, con 382 defunciones (9,6%); las enfermedades isquémicas del corazón, con 324 defunciones (8,1%); la diabetes, con 168 defunciones (4,2%); los eventos o lesiones de intención no determinada, con 128 defunciones (3,2%); y la tuberculosis, con 122 defunciones (3,1%). En el mismo período, las principales causas de muerte entre las mujeres de 20 a 59 años de edad fueron el VIH/sida, con 456 defunciones (20,1% del total de defunciones por causas definidas entre las mujeres de ese grupo de edad); la diabetes, con 237 defunciones (10,4%); las enfermedades cerebrovasculares, con 181 defunciones (8,0%); las enferme-

dades isquémicas del corazón, con 146 defunciones (6,4%); las neoplasias malignas del útero, con 91 defunciones (4,0%); el suicidio, con 83 defunciones (3,7%); la insuficiencia cardíaca, con 68 defunciones (3,0%); las neoplasias malignas de la mama, con 65 defunciones (2,9%); las enfermedades hipertensivas, con 61 defunciones (2,7%); y la cirrosis hepática, con 58 defunciones (2,6%).

### Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Este grupo de edad aumentó de 3,9% de la población en 1980 a 5,4% en 2002, una indicación de que la población está envejeciendo. En el período 2001–2003, las principales causas de defunción por causas definidas entre los hombres de 60 y más años de edad fueron las enfermedades cerebrovasculares, con 595 defunciones (17,7% del total de defunciones entre los hombres de este grupo de edad); las enfermedades isquémicas del corazón, con 539 defunciones (16,0%); la diabetes, con 254 defunciones (7,6%); las enfermedades hipertensivas, con 194 defunciones (5,8%); la insuficiencia cardíaca, con 188 defunciones (5,6%); la influenza y la neumonía, con 182 defunciones (5,4%); las neoplasias malignas de la próstata, con 170 defunciones (5,1%); la cirrosis y otras enfermedades del hígado, con 91 defunciones (2,7%); las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, con 71 defunciones (2,1%); y la tuberculosis, con 54 defunciones (1,6%). En el mismo período, las principales causas de muerte por causas definidas entre las mujeres de 60 y más años de edad fueron las enfermedades cerebrovasculares, con 562 defunciones (17,9% del total de defunciones entre las mujeres de este grupo de edad); las enfermedades isquémicas del corazón, con 471 defunciones (15,0%); la diabetes, con 419 defunciones (13,3%); las enfermedades hipertensivas, con 268 defunciones (8,5%); la insuficiencia cardíaca, con 226 defunciones (7,2%); la influenza y la neumonía, con 154 defunciones (4,9%); trastornos de los líquidos, de los electrolitos y del equilibrio ácido-básico, con 56 defunciones (1,8%); neoplasias malignas del útero, con 50 defunciones (1,6%); neoplasias malignas de la mama, con 46 defunciones (1,5%); y enfermedades del sistema urinario, con 41 defunciones (1,3%).

### Salud de la familia

En casi tres cuartas partes de los hogares, los jefes de familia son hombres. Se prestan servicios de planificación familiar en los centros de salud y se pueden conseguir anticonceptivos en todos los consultorios de salud materno-infantil. No obstante, se mantiene baja, en 37,5%, la prevalencia del uso de anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 49 años de edad casadas o que conviven desde hace mucho tiempo con una sola pareja. El Informe 2004 de la Asociación de Guyana para una Paternidad Responsable indicó que los anticonceptivos orales son los más frecuentemente suministrados en los consultorios de salud materno-infantil del

país (58%), seguidos de los condones (23%), las inyecciones (17%), los dispositivos intrauterinos (1,3%) y los espermicidas (0,6%).

Según la Encuesta de Conglomerados con Múltiples Indicadores, en total 81% de las mujeres embarazadas recibieron atención prenatal prestada por profesionales; 90% de las mujeres de las zonas costeras —en particular las zonas urbanas— recibieron esa atención, mientras que solo 49% de las mujeres de las zonas del interior recibieron atención prenatal. Aproximadamente 95% del total de partos fueron asistidos por personal competente. Nuevamente, hubo una considerable disparidad regional: solo 43% de los partos en las zonas del interior fueron asistidos por un profesional.

En los 46 partos de mujeres embarazadas VIH-positivas, 61% (28) de la mujeres y 78% (36) de los bebés recibieron nevirapina. De los 46 bebés nacidos con VIH/sida durante el período examinado, 29 (63%) fueron alimentados con sucedáneos de la leche materna, 2 fueron amamantados y 2 recibieron una alimentación combinada (leche materna y un sucedáneo); no se conoce el tipo de alimentación suministrada a 9 bebés. Hubo un mortinato y tres defunciones por otras causas.

En el período 2000–2004, se observó una declinación de la tasa de mortalidad materna, de 133,3 por 100.000 nacidos vivos (25) a 115,9 por 100.000 nacidos vivos (19). Durante el período 2000–2005, se notificaron aproximadamente 119 defunciones de mujeres por complicaciones obstétricas. Las principales causas de mortalidad materna en las dos salas de maternidad más grandes de Guyana, que representan la mayoría de las defunciones maternas registradas en el país, fueron: hemorragia (32%), trastornos hipertensivos del embarazo (21%), septicemia puerperal (13%), embarazo ectópico (2%) y malaria (2%). Hubo 19 defunciones registradas, comunicadas por hospitales, atribuidas a hemorragias durante el embarazo o el parto, trastornos hipertensivos durante el embarazo, complicaciones del parto y el puerperio y trastornos previos al embarazo, incluidos problemas cardíacos y respiratorios.

Si bien los abortos son legales en Guyana, no se dispone de servicios para abortos voluntarios en los hospitales públicos. Los hospitales proporcionan asistencia a las pacientes con abortos incompletos en curso y facilitan la expulsión. También hay un número relativamente alto de mujeres que buscan atención de salud porque sufren sangrado vaginal provocado por la automedicación con prostaglandinas (Cytotec). Las tasas de defunciones maternas provocadas por abortos son bajas debido a la capacidad del personal de las salas de maternidad de los hospitales para manejar con eficiencia las situaciones de aborto. Entre enero y abril de 2005, se realizó un análisis de situación en dos de las salas de maternidad más grandes del país. Los resultados revelaron deficiencias de los hospitales en el seguimiento y la utilización completa de protocolos y en las normas y procedimientos para el manejo del embarazo, el parto, el puerperio y la atención del recién nacido.

La lactancia materna es una práctica tradicional. En más de 90% de los partos asistidos en las salas de maternidad, las madres comienzan a amamantar a sus bebés en la primera hora posterior al parto. Setenta por ciento de los recién nacidos son amamantados exclusivamente durante el primer mes de vida, mientras que solo 47% reciben exclusivamente leche materna a los cuatro meses de edad. Asegurar el contacto piel a piel inmediatamente después del parto es otra práctica tradicional en casi todos los nacimientos en ambas salas de maternidad.

### Salud de los trabajadores

Una encuesta efectuada en 2004 que incluyó a 133 niños que trabajaban en ocho comunidades comerciales encontró que la mayoría participaban en ventas en el mercado, o en actividades agrícolas o de pesca. Si bien la mayoría de ellos parecían gozar de una razonable salud, varias de las tareas que debían realizar generaron preocupación por su seguridad y salud. Por ejemplo, tenían que levantar objetos pesados, lo cual aumentaba el riesgo de sufrir problemas en la espalda y otras lesiones. Además, informaron que a veces eran objeto de maltrato físico o abuso sexual; en este último caso, aumentaba su exposición al VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual. En general, los niños solo buscaban asistencia médica cuando su problema de salud se había convertido en un trastorno grave, lo cual indica que muchos problemas de salud menos apremiantes no eran detectados y, por tanto, tampoco eran tratados.

En 2004, el número total de accidentes comunicados a la División de Salud y Seguridad Ocupacional del Ministerio del Trabajo fue de 2.202, de los cuales 2.198 fueron accidentes no mortales. Los accidentes mortales variaron de 14 en 2000 a 4 en 2004. Noventa y cinco por ciento de los accidentes no mortales en 2004 sucedieron en el sector agrícola y alrededor de 2%, en el sector manufacturero. A pesar de la falta de datos acerca de la exposición laboral a plaguicidas tóxicos, el uso difundido de productos químicos en las actividades agrícolas indica que esto constituye una considerable amenaza para la salud de los trabajadores. Los procedimientos inadecuados para la eliminación de desechos, incluidas las sustancias químicas, representan otro factor de riesgo para la salud de los trabajadores guyaneses. En el principal relleno sanitario en Georgetown, se realizan actividades irregulares de reciclaje, en las cuales 121 personas están expuestas a diversos riesgos para su seguridad y a condiciones insalubres.

### Salud de las personas con discapacidad

En el censo de 2002 se identificó a 10.876 personas con algún tipo de discapacidad (2,2% de la población total). Una encuesta efectuada en cuatro de las regiones administrativas del país, basada en una muestra de 1.500 personas con discapacidades, encontró que 14% estaban socialmente excluidas por completo. El acceso a los servicios de salud difería según el tipo de pro-

blema; las personas con discapacidades físicas y de la audición tenían un mejor acceso a los servicios (72% y 55%, respectivamente) que las que padecían una discapacidad relacionada con la audición y el habla (44%) o el aprendizaje (27%). La encuesta también reveló obstáculos en el acceso a los servicios de salud para las personas con discapacidades que vivían en el interior del país (solo 20% a 40% de los entrevistados en esas regiones tenían acceso a algún tipo de servicio de rehabilitación).

### Salud de los grupos étnicos

Los amerindios, el grupo predominante de población en la mayor parte del interior del país, son también el sector social más pobre y presentan algunos de los indicadores de salud más bajos en Guyana. La malaria es un problema de salud grave: 60% del total de casos notificados corresponden a la población amerindia. También otros problemas de salud afectan desproporcionadamente a este grupo, como las caries, las mordeduras de serpientes, la escabiosis, las helmintiasis, el consumo de sustancias psicoactivas y el VIH/sida. Al mismo tiempo, las mujeres amerindias están expuestas a un mayor riesgo de deficiente salud materna ya que en el interior del país son menos los partos asistidos por profesionales de la salud. Los trabajadores comunitarios de salud a menudo son el único tipo de prestadores de servicios que asisten a la población del interior y su trabajo se ve obstaculizado por las dificultades de transporte, la falta de refrigeración y la escasez de personal.

### Otros grupos

Las comunidades de trabajadores de las minas de oro, situadas en zonas remotas del interior de Guyana, se caracterizan por el rápido crecimiento demográfico a causa de la afluencia de mineros y personas que les prestan servicios, así como por la falta de instalaciones básicas de saneamiento y eliminación de desechos. Estas condiciones crean el entorno ideal para el surgimiento de enfermedades transmitidas por vectores y otras afecciones.

La minería tiene repercusiones en el entorno físico y social de todas las zonas circundantes y afecta negativamente a la salud de la población. Algunos de esos factores se relacionan directamente con las actividades mineras, como el escurrimiento de sustancias químicas hacia el sistema de abastecimiento de agua y la presencia de fosas no rellenadas donde se acumula el agua, que propician la cría de mosquitos, mientras que otros factores se vinculan con las circunstancias sociales que rodean la minería, como los lugares de alojamiento temporales sin adecuadas instalaciones sanitarias y las relaciones efímeras acompañadas de comportamientos sexuales peligrosos. El impacto social de la minería se observa también en el desequilibrio de la proporción de hombres y mujeres en las comunidades mineras, en la debilidad de la estructura de la familia, que se manifiesta en el gran número de adultos solteros y sin parejas permanentes, y en la relativa po-

breza que persiste en contraste con la riqueza generada por las actividades mineras.

Más del 50% de los mineros padecen malaria. Los campamentos y viviendas para las operaciones mineras están por lo general situados en zonas boscosas remotas, antes deshabitadas, cuyo acceso es muy difícil y a menudo peligroso. A pesar de estas circunstancias, los medicamentos antimaláricos pueden ser obtenidos fácilmente por conducto de los concesionarios mineros.

## CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

### ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

#### Enfermedades transmitidas por vectores

La **malaria** es un importante problema de salud pública y sigue siendo endémica en las regiones del interior del país, donde afecta en particular a la población amerindia. En 2005, se notificó un total de 38.984 casos nuevos, de los cuales la malaria por *Plasmodium falciparum* representó el 39% de los casos y la enfermedad causada por *P. vivax*, 54%. El índice parasitario anual medio en 2005 fue de 173,95 y el porcentaje de zonas en riesgo de malaria se mantuvo en 21,5%.

Desde 2003, se han detectado cepas de *P. malariae* en aproximadamente 3% del total de casos nuevos. La mayoría de estos casos (73%) corresponden a hombres adultos. La malaria a menudo no es tratada, especialmente en los niños, y muchas personas sufren múltiples episodios al año. Se usan mosquiteros para 61% de los niños menores de 5 años, pero solo 11% de los mosquiteros son tratados con insecticidas. También se piensa que la malaria es un importante factor que contribuye a la anemia en mujeres y niños.

Desde 2000, ha mejorado la vigilancia del **dengue**, si bien subsisten deficiencias en la notificación general de casos y en la notificación de los serotipos circulantes. En 2002, se registró el mayor número de casos (202) y se identificó el serotipo 3. No se cuenta con información sobre los serotipos circulantes en 2003. Solo ha habido dos casos notificados de dengue hemorrágico (DH), ambos en 2002. En el período 2001–2005, no se registraron defunciones provocadas por el DH.

No se notificaron casos de **leishmaniasis**, **esquistosomiasis** o **enfermedad de Chagas** en el período 2001–2005. Las observaciones clínicas efectuadas en algunos pacientes con cardiomegalia indican la posible existencia de casos de la enfermedad de Chagas; no obstante, no se ha comprobado la presencia del vector, en especial en las zonas del litoral donde se concentra el mayor porcentaje de la población.

Las encuestas realizadas en 2001 demostraron que más de 90% de la población de Guyana está expuesta al riesgo de infección con **filariasis linfática**. En 2003 se establecieron sitios centinelas con el fin de vigilar la eficacia de la sal enriquecida con dietilcarbamazina (DEC) para reducir la transmisión y la preva-

lencia de la filariasis linfática. La evaluación de los dos sitios centinelas con la prevalencia más elevada de filariasis linfática, usando el examen de cuantificación de antígenos filariásicos, indicó una prevalencia de 35% en Georgetown y de 18% en New Amsterdam, mientras que la prevalencia de microfilaremia en esas dos zonas fue de 11,4% y 2,6%, respectivamente.

### Enfermedades inmunoprevenibles

El programa de inmunización en Guyana —que incluye las vacunas BCG, DPT, VOP y MMR— ha tenido mucho éxito y más de 80% de los niños reciben todas las vacunas recomendadas (excepto la MMR) en los primeros 12 meses de vida. La vacuna MMR es administrada entre los 12 y 23 meses de edad y un promedio de 91% de los niños la recibieron antes de los 23 meses de edad en el período 2001–2005. La cobertura media con tres dosis de la DPT fue de 90% en el mismo período. En los niños menores de 1 año de edad, la cobertura con la BCG y las tres dosis de VOP fue en promedio de 94% y 92%, respectivamente, entre 2001 y 2005. La vacuna pentavalente (DPT, antihepatitis B y contra *Haemophilus influenzae* tipo b [Hib]) fue introducida en 2001 y la cobertura media con esta vacuna en el mismo período de cinco años fue de 90%. Para el mismo período, no ha habido casos confirmados de sarampión. La cobertura de la vacunación con la MMR y la vacuna antiamparilica fue de más de 88%. La vacuna antiamparilica continúa formando parte del calendario ordinario de inmunización para los niños de 12 a 13 meses de edad. La cobertura nacional del Programa Ampliado de Inmunización entre enero de 2004 y diciembre de 2005 reveló que la cobertura de los niños menores de 1 año fue superior a 90%. Se ha erradicado la poliomielitis y no ha habido casos confirmados de tétanos neonatal.

### Enfermedades infecciosas intestinales

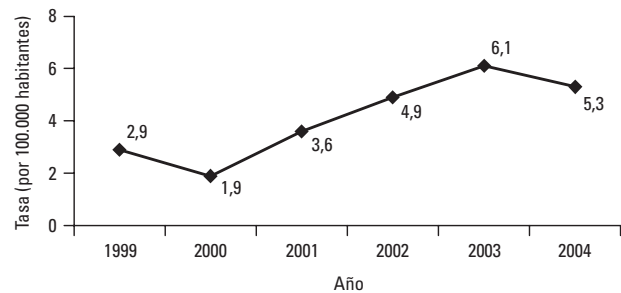
Los datos estadísticos del Ministerio de Salud indican que sectores de la población en las 10 regiones administrativas de Guyana están infectados con vermes intestinales. No se han notificado casos de cólera desde los brotes de 1992–1993.

### Enfermedades crónicas transmisibles

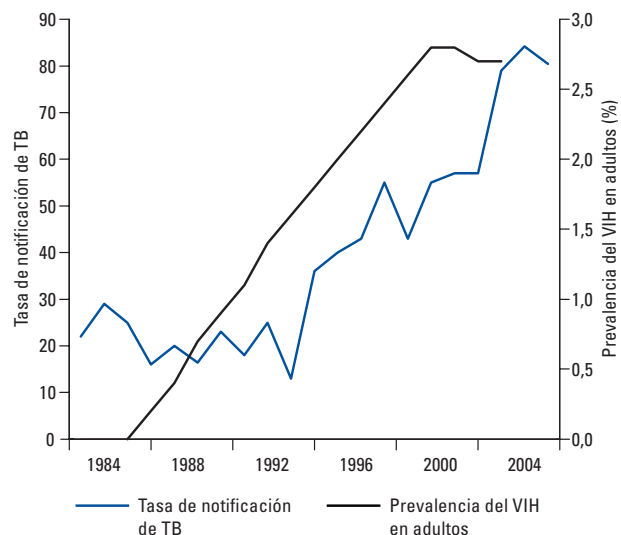
La incidencia de la **tuberculosis** (TB) ha continuado aumentando, en particular desde 2000. La cobertura con el tratamiento acortado directamente observado (DOTS) creció de 6% en 2000 a 42% en 2004; no obstante, no se ha logrado descentralizar el programa de control de la TB al nivel de atención primaria de salud.

Las tasas de mortalidad también han aumentado, de 3,6 en 2001 a 5,3 en 2004, como se puede ver en la figura 2; esta situación ha sido asociada con la coinfección con TB/VIH. En la figura 3 se muestran las tasas de notificación de casos de TB y de la prevalencia de infección por el VIH en los adultos durante el período 1984–2004. La tasa de incidencia es considerablemente más elevada en los hombres y el grupo de edad más afectado es el de las personas de 25 a 44 años de edad, donde los hombres en 2004 constituían 57,7% de los casos.

**FIGURA 2. Tasas de mortalidad por tuberculosis, Guyana, 1999–2004.**



**FIGURA 3. Tasa de notificación de casos de tuberculosis y prevalencia del VIH en adultos, Guyana, 1984–2004.**



La tasa de detección de casos nuevos de tuberculosis con ss + todavía es baja y solo llegó a 27% en 2004. La tasa de cura de la cohorte de pacientes que recibieron el DOTS en 2003 llegó a solo 57%, una reducción en comparación con las tasas de los dos años anteriores, cuando había llegado a 90% y 85%. En las zonas no cubiertas con el DOTS, la tasa de cura en 2003 fue de 50,9%, más alta que la alcanzada en los dos años anteriores.

La prevalencia de la enfermedad de Hansen (**lepra**) aumentó de 0,9 en 2000 a 1,2 en 2004. La tasa de incidencia también aumentó de 0,4 en 2000 a 0,5 en 2004; ambos aumentos en los indicadores fueron resultado de las formas multibacilares de la enfermedad. Un promedio de 12% de los casos nuevos presentaron discapacidades del grado II en el momento del diagnóstico, lo cual indica que el diagnóstico fue tardío. Los pacientes que acudieron por decisión propia representaron 44,7% del total de casos diagnosticados, 21% fueron diagnosticados por medio de contactos examinados y 14,7% eran pacientes enviados por otros servicios de salud para consulta con médicos especialistas.

### Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) continúan jugando un papel importante en la morbilidad y la mortalidad en Guyana y ocupan el primer lugar en relación con la demanda de servicios de atención de salud. Anualmente se registran alrededor de 50.000 casos de IRA; de ellos, más de 2.000 requieren hospitalización y un promedio de 200 personas fallecen al año a causa de las IRA. En 2003, se registraron 48.629 primeras consultas médicas por IRA, lo cual representa una tasa de 6.553 por 100.000 habitantes. En 2004, el número de consultas aumentó a 53.262 y la tasa se elevó a 7.111 por 100.000 habitantes. Las tasas de mortalidad por IRA fueron de 23,8 por 100.000 habitantes en 2003 y 2004. Las IRA fueron la séptima causa principal de muerte en el grupo de niños menores de 1 año en 2003 y la quinta causa principal de defunción en ese grupo de edad en 2004. Fueron la tercera causa principal de muerte de los niños de 1 a 4 años de edad en 2003–2004.

### VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Para fines de 2004, había 7.512 casos oficialmente registrados de personas VIH-positivas y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA estimó que había en ese momento una prevalencia de la infección por el VIH en los adultos de alrededor de 2,5% (un mínimo de 0,8% y un máximo de 7%). Los resultados de estudios de vigilancia efectuados en grupos vulnerables de la población indican una estabilización de la epidemia. Esto es corroborado por los casos notificados y los datos de la incidencia en el período entre 1987 y 2004. Existe un mayor acceso a los centros de salud que ofrecen orientación y tratamiento voluntarios, y distintas organizaciones del sector público y del sector privado y organizaciones no gubernamentales realizan más pruebas de detección del VIH. La notificación incompleta era un problema grave en los primeros años de la epidemia y, si bien subsiste una considerable notificación incompleta, el problema está siendo solucionado gradualmente. A pesar del mayor número de pruebas, la cantidad de casos nuevos registrados permaneció relativamente estable entre 2001 y 2005. Los datos demuestran que, aun cuando los hombres fueron más afectados que las mujeres en los primeros años de la epidemia, hay una creciente feminización de la epidemia y hoy más mujeres que hombres son registradas como VIH-positivas, en especial en el grupo de 15 a 24 años de edad, el único en el cual se registraron más infecciones en las mujeres que en los hombres durante 2001–2004. Más de 90% de los casos registrados se presentan entre las personas de 15 a 49 años de edad.

En 2001 se inició un programa auspiciado por el gobierno para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño; de los 11 sitios pilotos iniciales, se ha expandido a 56 sitios en ocho de las diez regiones administrativas del país. Desde noviembre de 2001, a más de 21.000 mujeres se les han ofrecido pruebas de detección del VIH y más de 18.000 las han aceptado. La aceptación ha crecido de 67% en 2002 a 94,6% en 2005. El 50% de las mujeres embarazadas tienen acceso al programa de prevención.

En 2005, se elevó el número de personas con acceso al programa de tratamiento con medicamentos antirretrovirales: de 13 personas tratadas por mes al comienzo del año se llegó a 23 por mes para fin de año, lo cual representa un total de 986 personas en tratamiento en el programa nacional. Se han ampliado los servicios de laboratorio con el fin de incluir pruebas para determinar la carga vírica y los linfocitos CD4. Estos servicios de pruebas han permitido tomar decisiones con un mejor conocimiento de causa y han dado como resultado considerables avances clínicos e inmunológicos en el tratamiento de pacientes VIH-positivos y con sida.

La cantidad de defunciones anuales vinculadas con la sida se ha desacelerado y parece estabilizada. Después de un brusco ascenso del número de defunciones entre 1999 y 2000 (de 302 a 483), la tasa bruta de mortalidad disminuyó a 49,8 en 2003 y el número de defunciones permaneció estable en 314.

### Zoonosis

En 2001, se notificó un presunto caso humano de rabia. En 2003 y 2004, se comunicaron 22 diagnósticos clínicos de rabia en el ganado. No se comunicaron casos en perros en esos años. En mayo-junio de 2004, se detectó un brote de encefalitis equina. Se notificaron aproximadamente 25 muertes de animales y el laboratorio del Centro de Epidemiología del Caribe confirmó tres casos humanos con síntomas. Se implementó una campaña de vacunación como medida de control. En 2002, se certificó que Guyana estaba exenta de la fiebre aftosa.

## ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

### Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En relación con la seguridad de los alimentos, se han identificado los siguientes grupos de riesgo: las familias de bajos ingresos, los indigentes y desamparados, los niños menores de 5 años, los adultos de 65 años y más edad y las personas infectadas con enfermedades transmisibles o afectadas por una o más enfermedades crónicas no transmisibles. Una encuesta antropométrica sobre la nutrición realizada en escuelas preparatorias (iniciales) reveló que 9,7% de los niños de 3 a 4 años tenían peso bajo para su edad y 6,5% sufrían un retraso del crecimiento. Estos indicadores llegaron a 11% y 8,5%, respectivamente, en los niños de 4 a 5 años. En el grupo de 5 a 6 años de edad, 14% tenían un peso inferior al normal, 9,8% presentaban retraso del crecimiento y 27% sufrían anemia; estos porcentajes representan una marcada mejora en comparación con resultados de estudios anteriores. En 2002, una evaluación a nivel de la comunidad concluyó que había una ingesta generalmente elevada de macronutrientes (energía, proteínas y grasas); también reveló diferencias por sexo, región geográfica, etnicidad y grupo de edad, una alta prevalencia del sobrepeso e ingestas elevadas de azúcar y sodio. En una encuesta sobre la actividad física realizada en 2002, 69% de los participantes eran sedentarios y el índice era más elevado en las mujeres y

los habitantes de zonas urbanas; solo 20% dijeron que practicaban ejercicios y la práctica era más frecuente entre los hombres y los profesionales jóvenes. Una encuesta sobre la nutrición efectuada en 2002 encontró que 6,4% de los entrevistados tenían un peso inferior al normal, 31% presentaban sobrepeso y 19% eran obesos. La obesidad era más frecuente entre las mujeres y las personas que vivían en zonas urbanas.

En el período 2001–2004, se notificó un promedio anual de 8.433 casos nuevos de diabetes. Aproximadamente 6.832 personas (74% de la población total con diabetes) tienen menos de 65 años y unas 2.400 (26%) superan los 65 años de edad. Las estadísticas disponibles indican que la cantidad de mujeres diabéticas es el doble del número de hombres con la enfermedad; esto puede obedecer a los estilos de vida más sedentarios que llevan las mujeres y comportamientos más saludables observados entre los hombres. A menos que se pongan en práctica estrategias de prevención eficaces, la incidencia de la diabetes en Guyana continuará elevándose, aumentando la ya pesada carga socioeconómica para las familias y el sistema de salud.

### Enfermedades cardiovasculares

En Guyana, las enfermedades isquémicas del corazón fueron la segunda causa principal de muerte en las personas de ambos sexos. El número de defunciones por esta causa fue de 1.491, que representaron 10,3% del total de defunciones por causas definidas en el período 2001–2003. En ese mismo período, el número de muertes por enfermedades isquémicas del corazón en hombres fue de 866, lo que representa 10,4% del total de defunciones de hombres por causas definidas. Entre las mujeres, hubo 625 defunciones por esa causa, que equivalen a 10,1% del total de defunciones de mujeres por causas definidas.

### Neoplasias malignas

La tasa de incidencia de casos registrados de cáncer (2.236) en el período 2001–2005 fue de 301,3 por 100.000 habitantes. La tasa de incidencia anual tendió a aumentar en el período, lo cual se puede atribuir a un mejor sistema de registro de casos. El **cáncer de mama** representó 15,4% de la incidencia total; el de **próstata**, 14,6%, y el **cáncer cervicouterino**, 12,9%. Otros tipos de cáncer frecuentes fueron el de **colon**, de **estómago**, de **pulmón**, de **útero** y de **hígado**, con incidencias que variaron de 5,6% a 3,1%. Esos tipos de cáncer representaron 64% del total de casos registrados entre 2001 y 2005. De todos los casos registrados, 1.295 (57,9%) fueron mujeres, lo cual refleja el número elevado de pacientes con cáncer de mama y cervicouterino. Las tasas acumulativas de incidencia en las mujeres fueron de 352,8 por 100.000 habitantes y, en los hombres, de 251,1 por 100.000 habitantes. El cáncer de próstata, el de colon y el de pulmón fueron los más frecuentes entre los hombres, y el de mama, el cervicouterino y el de colon fueron los más comunes entre las mujeres.

En el período 2000–2004, la tasa acumulativa de incidencia del cáncer en la población infantil fue muy baja: 20,3 por 100.000

habitantes, con 53 casos. Las principales localizaciones fueron la médula ósea, los riñones, la sangre, los huesos largos de las extremidades inferiores y los ganglios linfáticos de la cabeza, la cara y el cuello.

En algunas zonas, las tasas de incidencia son mucho más elevadas que en otras; en la franja costera las tasas son más altas. Este fenómeno podría atribuirse al hecho de que en algunas regiones los servicios de salud son de mejor calidad y es más alto el nivel de investigación, diagnóstico y registro de casos, en comparación con otras zonas con menos servicios.

## OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

### Desastres

Durante las extensas inundaciones sufridas en 2005, se produjo un importante y difundido brote de leptospirosis. Como resultado de la vigilancia diaria sobre el terreno efectuada por unos 40 equipos médicos móviles del Ministerio de Salud y la vigilancia en los hospitales, se comunicaron 87 casos de leptospirosis. Para prevenir una mayor propagación de la enfermedad, el Ministerio suministró profilaxis semanal con doxiciclina durante tres semanas a todos los grupos de edad vulnerables. Hubo 23 defunciones por leptospirosis confirmada durante este desastre y otras 12 muertes provocadas por las inundaciones.

### Contaminación ambiental

Debido a la gran importancia económica del sector agrícola y a su continuo crecimiento, está muy difundido el empleo de plaguicidas, que continúa aumentando a medida que se promueve el control de las plagas con productos químicos sintéticos para incrementar la productividad. En los Ministerios de Salud, de Agricultura y de Trabajo, crece la preocupación por la magnitud de las intoxicaciones agudas con plaguicidas. Un taller realizado en 2005 destacó varios problemas vinculados con la ocupación, como la falta de educación sobre medidas de seguridad y de empleo de equipo protector, el uso persistente de diversos plaguicidas muy tóxicos y la escasez de recursos para imponer normas. Una encuesta efectuada en 2001 encontró que 66,9% de los suicidios se cometieron mediante la ingestión de un líquido tóxico, que es el método predominante escogido en las zonas de agricultura intensiva. Poco se sabe acerca de intoxicaciones domésticas y la exposición ambiental a los plaguicidas.

La explotación de las minas de oro también afecta negativamente al entorno físico y humano a causa de las prácticas tradicionales de explotación. Encuestas empíricas realizadas en la década de los noventa confirman la contaminación con mercurio del suelo, los sedimentos fluviales, los ríos, los peces y residentes de comunidades del interior del país tanto en las zonas mineras como en las no mineras cercanas a ellas. Un obstáculo importante es que la minería es una actividad del interior del país, lo cual complica los esfuerzos de vigilancia ambiental del Organismo de

Protección Ambiental (EPA, por su sigla en inglés) y la Comisión de Geología y Minas de Guyana, que son los órganos encargados de reglamentar las actividades mineras. Los principales factores asociados con las concentraciones elevadas de mercurio son la falta de empleo de equipo especializado por los mineros, diseñado para retener los vapores de mercurio en las minas; el almacenamiento inadecuado del mercurio en las viviendas, que afecta la salud de las familias de los mineros; la alimentación (el consumo de pescado tres o cuatro veces por semana) y la duración de la residencia en una comunidad minera o en una comunidad no minera vecina (era siete veces más probable que los habitantes con más de cinco años de residencia tuvieran concentraciones de mercurio superiores a 10 ppm). Los mineros que extraen oro también presentan síntomas de contaminación por mercurio debido al uso inadecuado de equipo de seguridad, los conocimientos insuficientes acerca de las sustancias químicas y los materiales usados en los talleres y la falta de sistemas adecuados de ventilación. La exposición al mercurio está significativamente asociada con pérdida de la audición y parestesia. No existe ninguna asociación entre la concentración de mercurio y el sexo o la edad.

### Salud oral

En 2005, en todo el país 73.309 pacientes fueron asistidos en el sistema de salud pública, por un total de 110 trabajadores de salud, constituidos por 22 dentistas, un especialista en cirugía maxilofacial, 24 asistentes de odontología, 32 auxiliares de odontología de nivel medio, 15 empleados administrativos y de apoyo y 16 terapeutas dentales comunitarios que prestaban servicios primarios de salud oral a los escolares y comunidades. Han continuado aumentando los procedimientos preventivos clínicos, como la limpieza de los dientes, el pulido y la fluoruración tópica. En Georgetown, fue importante la introducción de selladores de cavidades y fisuras para prevenir las caries. Continuó creciendo el suministro de atención de restauración (obturaciones) en todo el país, con un total de 13.013 obturaciones en 2005, en comparación con 10.500 en 2004 y 6.774 en 2003. La promoción de la salud siguió siendo un objetivo principal: más de 40.000 alumnos en todo el país escucharon en el aula mensajes pertinentes sobre la salud oral y se sostuvo y consolidó la promoción masiva en las regiones administrativas durante el Mes de la Salud Oral.

Las escuelas y dispensarios periféricos comunitarios han seguido siendo dos estrategias clave para llegar a las personas que necesitan atención odontológica. La Unidad Móvil del Programa Escolar del Rotary Club de Georgetown Central ofreció a más de 6.000 niños de las regiones 3 (Islas Essequibo-Demarara Occidental) y 4 (Demarara-Mahaica, donde está situada Georgetown) atención odontológica gratuita, que incluyó extracciones de piezas dentales, profilaxis y obturaciones.

Continuar los esfuerzos por consolidar el personal de salud pública oral con el reclutamiento de más dentistas y la capacita-

ción de 27 auxiliares de odontología. En mayo de 2005, se logró establecer el control de infecciones cruzadas en los dispensarios gubernamentales con el suministro y distribución de 15 autoclaves a diversos consultorios, incluidos los dispensarios regionales y de distrito.

Ha persistido la escasez de materiales y suministros para la atención preventiva y de restauración y no hubo adquisiciones en 2005. Al mismo tiempo, la ausencia de electricidad en algunos sitios aislados y la escasez de generadores portátiles han impedido suministrar atención preventiva y de restauración durante visitas a zonas rurales y del interior del país.

No se cuenta con datos sobre los servicios de salud oral en el sector privado.

## RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

### Políticas y planes de salud

Los objetivos generales del Plan Nacional de Salud 2003–2007 son mejorar la salud de la nación, apoyar la Estrategia de Reducción de la Pobreza, los objetivos de la Estrategia Nacional de Desarrollo y los ODM, y lograr la eficiencia en función de los costos en el sector salud. El Plan Nacional de Salud se concentra en la modernización y racionalización de los servicios de salud, la descentralización de los programas de salud pública a comités de gestión en salud como prestadores semiautónomos, el establecimiento de sistemas de formación y gestión de recursos humanos y la aplicación de un marco nacional para garantizar la calidad de la atención.

El Plan identifica los siguientes programas nacionales prioritarios: salud de la familia, enfermedades transmisibles, ITS/VIH/SIDA, enfermedades crónicas no transmisibles, salud oral y salud ambiental. Entre 2003 y 2005, el Ministerio de Salud redactó una serie de políticas, planes y estrategias nacionales específicos para abordar las áreas prioritarias en materia de salud, que incluyen el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal en Guyana, la Política y Plan Nacionales de Salud Mental, el Marco Nacional para la Calidad de la Atención, la Estrategia Nacional de Enfermería, la Política Nacional sobre Transfusiones de Sangre, la Estrategia Nacional para la Seguridad de la Sangre, el Plan Nacional para Combatir el VIH/SIDA y la Carta de Derechos y Obligaciones de los Pacientes.

Durante el período 2003–2005, se sancionaron la Ley sobre Direcciones Regionales de Salud para la descentralización de la gestión de los servicios, la Ley del Ministerio de Salud y la Ley de Profesionales Farmacéuticos. Además, el Ministerio de Salud preparó la Ley sobre Establecimientos de Salud, que indica las normas mínimas para los establecimientos públicos y privados de atención de salud; en 2002, se aprobó la Ley sobre Abastecimiento de Agua y Alcantarillado y, en 2005, el Ministerio de Salud presentó al Parlamento el proyecto de Ley de Protección y Promoción de la Salud.

## Organización del sistema de salud

Las principales instituciones públicas en el sector salud son el Ministerio de Salud y el Ministerio de Gobierno Local y Desarrollo Regional. La responsabilidad general de la salud de la población recae en el Ministro de Salud, como máxima autoridad del Ministerio de Salud. El Secretario Permanente es el funcionario administrativo en jefe y se ocupa de los aspectos contables del Ministerio. El Oficial Médico Principal supervisa todos los aspectos técnicos y profesionales. Las responsabilidades sectoriales del Ministerio de Salud incluyen la formulación de políticas, el establecimiento de normas, la vigilancia, la evaluación y la ejecución de programas verticales. El Ministerio de Gobierno Local y Desarrollo Regional tiene la obligación de financiar y proporcionar servicios a nivel regional por conducto de los Consejos Democráticos Regionales. El Ministerio de Salud proporciona asistencia técnica y algunos de los recursos humanos para esas actividades. El sector privado funciona de manera independiente, pero, por medio de la Ley de Hospitales Privados, se estipulan los requisitos para la obtención de licencias para esos hospitales. Las organizaciones no gubernamentales participan activamente en el suministro de servicios, en particular en las áreas vinculadas con el VIH/sida.

El Ministerio de Salud tiene varios órganos y departamentos que se ocupan de la normatividad. El Consejo de Farmacia y Toxicología fiscaliza las farmacias y los productos farmacéuticos, mientras que el Departamento de Analistas de Alimentos y Medicamentos regula diversos aspectos vinculados con los alimentos y los medicamentos. Recientemente se fortaleció la capacidad de laboratorio para la vigilancia de la calidad de los medicamentos y el análisis del agua potable.

El Organismo de Protección Ambiental (EPA) se encarga de la protección del medio ambiente. La Dirección de Normas y Servicios Técnicos es responsable de la elaboración de normas y el control de la calidad en los servicios clínicos, de farmacia, de radiografía, de laboratorio y de transfusión de sangre. La Oficina Nacional de Normas de Guyana fiscaliza los laboratorios y bancos de sangre y se han realizado preparativos para la acreditación de los laboratorios. Los consejos profesionales (médico, odontológico, de enfermería y de farmacia) reglamentan el ejercicio de las profesiones de la salud y se exige capacitación médica continua para el registro anual de los médicos. El Ministerio de Salud tiene una farmacopea y una lista de medicamentos esenciales, que se actualizan periódicamente.

La estructura del sistema público de atención de salud de Guyana está muy descentralizada. El control administrativo de los recursos de salud en las regiones recae en Oficiales Ejecutivos Regionales de los 10 Consejos Democráticos Regionales. Cada Consejo tiene un funcionario regional de salud que rinde cuentas al oficial ejecutivo regional, pero recibe orientación técnica y profesional del Ministerio de Salud. Las experiencias en el último decenio han mostrado que, a nivel regional, es limitada la capacidad de gestión en el campo de la salud. Conforme a la Ley de Orga-

nismos Públicos, el hospital nacional para referencia de pacientes en Georgetown funciona como una entidad semiautónoma, con su propio consejo directivo.

El Hospital St. Joseph Mercy es una institución privada que también ofrece tratamiento y atención bajo el programa del Ministerio de Salud. Las personas que viven con el VIH/SIDA reciben atención y tratamiento gratuitos.

Guyana no cuenta con un sistema nacional de seguro de salud. El Sistema Nacional de Seguros administra un programa de seguro social para los empleados. La participación en el sistema es obligatoria para todo trabajador de 16 a 60 años de edad, incluidos los trabajadores independientes. El sistema cubre enfermedades, maternidad, atención médica y lesiones laborales. Se presta cobertura médica mediante el reembolso del costo de servicios tales como hospitalización, anteojos, atención dental, cirugía y la compra de medicamentos, con ciertos límites en cuanto a la cantidad reembolsada. Algunas empresas otorgan un seguro adicional, con o sin aportaciones de los empleados. En otros casos, las personas contratan un seguro médico con compañías de seguro privadas.

## Servicios de salud pública

El sistema de atención de salud de Guyana está basado en los principios de la atención primaria de salud de la distribución equitativa de los servicios, la colaboración intersectorial y la participación de la comunidad. Un reto importante es asegurar el acceso equitativo a la atención de salud para los grupos de población que residen en asentamientos pequeños y remotos a orillas de los ríos en el interior del país y proporcionar intervenciones culturalmente apropiadas para una amplia gama de grupos étnicos. En colaboración con los Ministerios de Asuntos Amerindios y de Gobierno Local y Desarrollo Regional, el Ministerio de Salud creó la categoría de trabajadores comunitarios de salud a fines de los años ochenta con el fin de fortalecer el vínculo entre aldeas aisladas y el sistema oficial de atención de salud. Esos trabajadores son capacitados y apoyados por el Ministerio de Salud para proporcionar educación en promoción de la salud en las comunidades, tratamientos sencillos y medicamentos para enfermedades comunes, además de efectuar la vacunación de los niños.

El Ministerio de Salud colabora con organismos donantes y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para poner en práctica un plan nacional de erradicación de la filariasis linfática. Las principales estrategias son la educación del público, la colaboración con los fabricantes de sal en la distribución de sal enriquecida con dietilcarbamazina y el empleo de un procedimiento de diagnóstico más rápido para la vigilancia. Después de dos años de preparación, se inició la distribución de sal con dietilcarbamazina en julio de 2003, con el apoyo financiero de la Fundación Bill y Melinda Gates.

En 2001, se formó el grupo Socios para el Control de Parásitos. Sus participantes incluyen a los gobiernos de países miembros de

la OPS/OMS en los que son endémicas las infecciones helmínticas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la OMS, el Programa Mundial de Alimentos, el Banco Mundial, universidades, fundaciones filantrópicas y empresas farmacéuticas. En mayo de 2001, la resolución 54.19 de la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS respaldó la aplicación de una estrategia para el control de la esquistosomiasis y helmintiasis transmitidas por el suelo en las zonas de transmisión elevada. Una de las metas de la OMS es que “para el año 2010 se administre sistemáticamente quimioterapia a por lo menos 75%, y hasta 100% de todos los niños en edad escolar en riesgo de contraer” esquistosomiasis y helmintiasis transmitidas por el suelo. En 2005 se redactó una propuesta de Plan Nacional de Desparasitación para los Niños en Edad Escolar, que se pondría en práctica durante 2005–2007.

En el programa de lucha contra el VIH/sida, en abril de 2002 se inició el tratamiento con medicamentos antirretrovíricos (ARV) en un centro de tratamiento (la Clínica GUM). A fines de 2005, había ocho centros de salud pública que ofrecían atención y tratamiento, incluidos el suministro de ARV y las pruebas para determinar los linfocitos CD4. Médicos particulares y hospitales privados también llevan a cabo el tratamiento, pero estas actividades aún no han sido incorporadas en el sistema nacional de vigilancia.

Se ha establecido un plan estratégico nacional para la diabetes con el propósito de prevenir la enfermedad, mejorar la atención de los pacientes diabéticos y disminuir la carga de la enfermedad en Guyana. El plan describe áreas prioritarias para la acción en el actual sistema de atención; propone metas, fundamentos, objetivos y medidas de evaluación para cada área y ofrece un marco general para orientar las actividades de prevención y control de la diabetes en el período 2007–2015.

La estrategia sectorial del gobierno para el abastecimiento de agua y el saneamiento busca mejorar el nivel de los servicios, aumentar la eficiencia y lograr la sostenibilidad financiera. Después de iniciado en enero de 2003 el contrato por cinco años para la gestión basada en el desempeño con la empresa GWI, se ha alcanzado un progreso considerable en la aplicación de reformas institucionales y reglamentarias fundamentales en el abastecimiento de agua y el saneamiento. La Comisión de Servicios Públicos, establecida como un órgano fiscalizador independiente para el sector, tiene que fortalecer su capacidad para cumplir sus funciones. El Consejo Nacional del Agua todavía no está en operación. El Ministerio de Salud y el EPA han firmado un memorándum de entendimiento para elaborar de manera conjunta normas sobre la calidad del agua. Al mismo tiempo, GWI, con licencia del gobierno, tiene que proporcionar agua potable segura según las normas de la OMS. Con el apoyo de la OPS, el Ministerio de Salud planea poner en práctica región por región un plan de seguridad del agua.

En cuanto al marco institucional para el manejo de desechos sólidos, los principales involucrados son el Alcalde y el Ayuntamiento de Georgetown, los otros cinco municipios existentes

(New Amsterdam, Corriverton, Anna Regina, Rose Hall y Linden) y los Consejos Democráticos Nacionales. A nivel nacional, los organismos involucrados en el manejo de desechos sólidos son los Ministerios de Salud, de Gobierno Local y Desarrollo Regional y de Hacienda, junto con el EPA. Las organizaciones no gubernamentales y los contratistas privados también desempeñan funciones importantes en este sector.

La formulación de políticas es una responsabilidad compartida por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Gobierno Local y Desarrollo Regional. El Ministerio de Salud y el EPA se ocupan de los aspectos ambientales y de salud pública del manejo de los desechos sólidos. Por medio de su Unidad de Salud Ambiental, el Ministerio de Salud se encarga de aprobar las instalaciones sanitarias y proporcionar orientación a las familias, los municipios, las industrias y otros grupos acerca de la recolección y eliminación adecuadas de los desechos sólidos. El Ministerio de Gobierno Local y Desarrollo Regional se encarga de formular políticas nacionales en relación con el manejo de desechos sólidos y de proporcionar apoyo financiero a los municipios y los Consejos Democráticos Nacionales. No obstante, este marco institucional no está adecuadamente coordinado y debe ser fortalecido. El ministerio ha publicado un proyecto de política nacional de desechos sólidos, pero las deficiencias institucionales han impedido poner en práctica una política técnicamente acertada y apoyada por el público.

El Análisis Sectorial de los Desechos Sólidos en 2004 reveló que muchos municipios tienen sistemas deficientes de recolección de desechos. Si bien la cobertura de los servicios varía entre 62% y 100%, la frecuencia de recolección rara vez supera la norma mínima de una vez a la semana y el tratamiento o eliminación higiénica solo se realizan con una cantidad restringida de desechos especiales.

Se estima que se requerirá la eliminación adecuada de 102.900 toneladas métricas de desechos sólidos al año si se desea que los servicios cubran a toda la población. No obstante, solo 63.700 toneladas métricas de desechos se depositan anualmente en el principal relleno sanitario. Los desechos no trasladados al relleno son quemados, enterrados o llevados a terrenos desocupados, canales y siete basurales comunitarios. No hay información sobre el manejo de los desechos sólidos en zonas fuera de la ciudad capital.

Si bien el ayuntamiento de Georgetown tiene un programa de manejo de desechos sólidos, los otros municipios cuentan con poca capacidad técnica, administrativa y financiera y esto se refleja en sus sistemas inadecuados de recolección y eliminación de desechos sólidos. No hay actividades de reciclaje ni de producción de abono a partir de los desechos en el país.

Los desechos especiales, como los provenientes de hospitales y mataderos, son quemados, ya sea al aire libre en la mayoría de los municipios o en un incinerador muy inadecuado situado en Georgetown. Como ninguno de estos métodos es aceptable, es urgente aplicar una metodología técnicamente acertada y sostenible para la eliminación de desechos peligrosos.

## Servicios de saneamiento ambiental equitativos: una prioridad para todos los habitantes de Guyana

El Gobierno de Guyana ha establecido como prioridad el mejoramiento de los servicios de agua y saneamiento. El desafío es enorme, en gran medida, debido a la topografía del país y la distribución geográfica de su población. Nueve de cada 10 habitantes viven en una estrecha franja de tierra costera y uno de cada cinco reside en la capital, Georgetown, situada en la costa; los demás habitantes residen en la zona rural más alejada de la costa, remota en su mayor parte. Los pobladores urbanos tienen mucho mejor acceso tanto a los servicios de agua como a los de saneamiento, aunque la calidad del agua de todo el país es mala y no cumple con los niveles mínimos aceptables recomendados por la OMS. A fin de corregir estas deficiencias, el gobierno aprobó la Ley de Agua y Alcantarillado en 2002 y a continuación lanzó un Plan Nacional de Salud para el período 2003–2007 que considera la salud ambiental como uno de los programas clave.

Están en marcha varias iniciativas nacionales para abordar el problema de la contaminación con mercurio y el carácter destructivo de las actividades mineras. Un ejemplo notable es el Proyecto de Minería y Desarrollo de la Capacidad Ambiental de Guyana, que tiene el fin de fortalecer la capacidad de gestión ambiental de los principales actores en el sector minero.

La contaminación del aire no ha sido un problema prioritario en Guyana, pero la contaminación causada por la explotación de yacimientos de bauxita provoca enfermedades pulmonares obstructivas crónicas en los residentes de comunidades mineras y vecinas.

La Unidad de Salud Pública Veterinaria del Ministerio de Salud está encargada de establecer normas y de la vigilancia, la inspección y la certificación de la calidad y seguridad de la producción, la elaboración y la distribución de todas las carnes, peces y mariscos, leche y productos conexos destinados al consumo local, importados o preparados para la exportación. La Unidad de Salud Ambiental del Ministerio de Salud es responsable de procurar que los servicios de protección y control de los alimentos a nivel regional mantengan los estándares adecuados. Las inspecciones de los servicios de alimentos son realizadas por funcionarios de salud ambiental asignados a los municipios y los departamentos de salud regionales.

La Unidad de Salud Pública Veterinaria trabaja en colaboración con el Ministerio de Agricultura para establecer y mantener la vigilancia epidemiológica de las zoonosis y minimizar los riesgos con medidas apropiadas de control y erradicación de las enfermedades. La Unidad también colabora con la Unidad de Salud Ambiental, el Organismo de Protección Ambiental, el Alcalde y el Ayuntamiento de Georgetown, otros ayuntamientos, el Departamento de Analistas de Alimentos y Medicamentos, el Instituto de Ciencias Aplicadas y Tecnología, el Ministerio de Pesca, Agricultura y Ganadería y la Oficina Nacional de Normas de Guyana. Las actividades conjuntas incluyen el tratamiento profiláctico de los animales vulnerables, la concientización del público, la vigilancia

del medio ambiente y la inspección de mercados y supermercados. Estos organismos también intercambian información técnica y disposiciones y comparten instalaciones de laboratorio. La Unidad de Salud Pública Veterinaria establece y mantiene la vigilancia de los alimentos de origen animal y la detección de enfermedades transmitidas por el agua; también instruye a las personas que manipulan y elaboran alimentos acerca de su importante función en la protección y seguridad de los alimentos en todas las actividades previas al consumo. Se realizan dos veces al año inspecciones sanitarias y de vigilancia de los barcos pesqueros. Continúa la aplicación del plan de medidas para garantizar la calidad y la seguridad en plantas pequeñas y medianas de elaboración de pescado e inspectores de la Unidad de Salud Pública Veterinaria efectúan diariamente la vigilancia y evaluación de las condiciones sanitarias de los desembarcaderos y de los productos crudos de pescado en las cuatro principales pescaderías.

El personal asignado a los desembarcaderos y otro personal de pesca reciben adiestramiento sobre la manipulación apropiada del pescado y se realizaron mejoras de las instalaciones sanitarias en estos sitios, conjuntamente con el Programa de la Unión Europea y el Caribe para la Competitividad Económica. La Unidad de Salud Pública Veterinaria proporcionó capacitación a quienes elaboran el pescado, el personal de los desembarcaderos y los pescaderos, sobre buenas prácticas de fabricación, procedimientos operativos y normas de higiene y sistemas de análisis de riesgos en el punto crítico de control, así como orientación sobre las nuevas disposiciones acerca de la pesquería.

La Unidad de Salud Pública Veterinaria y la Oficina Nacional de Normas de Guyana celebraron una reunión conjunta con productores avícolas sobre la aplicación de dos normas: las especificaciones para las carnes de aves y productos avícolas y los requisitos de clasificación y calidad de los huevos para consumo.

La Unidad de Salud Pública Veterinaria coordinó un proyecto de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) sobre el fortalecimiento del sistema de

control de los alimentos en Guyana, en el cual el Ministerio de Agricultura actúa como organismo ejecutor y el Ministerio de Salud, como coordinador del proyecto. La labor técnica continuó con la elaboración de normas sobre los alimentos por la Oficina Nacional de Normas de Guyana.

En 2005 se inició un proyecto de mercados sanos con el Alcalde y el Ayuntamiento de Georgetown en un pequeño mercado público situado en los suburbios de la capital, que presta servicios a una comunidad diversa, constituida básicamente por personas con ingresos medios y bajos. Se estableció un grupo de estudio entre los involucrados, que incluyó a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, vendedores y representantes del sector privado, para abordar cuestiones relacionadas con la seguridad de los alimentos, el agua y el saneamiento.

Desde su creación en octubre de 2005, el Comité Nacional de Preparación para la Gripe ha vigilado la propagación mundial de la gripe aviar. Dirigido por el Ministerio de Salud, el Comité está integrado por los Ministerios de Agricultura, del Interior y de Educación, la Universidad de Guyana y la Asociación Avícola de Guyana, entre otros miembros. El Plan Nacional de Preparación para la Gripe se concentra en minimizar y eliminar perturbaciones sociales imprevistas e indeseables y las consecuencias económicas de todo posible brote pandémico de gripe, y en incrementar al máximo la eficiencia de la respuesta nacional. Como parte de este esfuerzo, el plan nacional de comunicación está orientado al público en general, los medios de difusión, el personal de salud, las escuelas, los lugares de trabajo, los puertos de entrada y las comunidades. El Comité está conectado con otros países de la Región de las Américas para intercambiar información, identificar fuentes de financiamiento y establecer un grupo de trabajo dentro del Marco Mundial para el Control Progresivo de las Enfermedades Transfronterizas de los Animales, una iniciativa conjunta de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y la Organización Mundial de Sanidad Animal.

En respuesta a las intensas inundaciones de comienzos de 2005, el Ministerio de Salud creó un grupo de trabajo en salud en un esfuerzo por prevenir brotes de enfermedades. La respuesta del sector salud fue guiada por un sistema de vigilancia sindrómica, aplicado especialmente durante las inundaciones. En febrero de 2005, el Ministerio inició una campaña en masa de quimioprofilaxis y suministró unos 450.000 tratamientos con doxiciclina (200 mg/día durante 5 días) a los residentes de las zonas afectadas por las inundaciones. Los medios locales de difusión respaldaron este esfuerzo con mensajes integrales de prevención de las enfermedades dirigidos a las comunidades vulnerables. Se revisaron los formularios de notificación de la vigilancia sindrómica para identificar posibles casos y se entrevistó a las personas hospitalizadas con presunta leptospirosis para evaluar las manifestaciones clínicas y posibles factores de riesgo asociados con la enfermedad.

Se alojó a más de 5.000 personas en 45 albergues manejados por la Fuerza de Defensa de Guyana, el Consejo de Socorro de Guyana y organizaciones privadas, con el apoyo del Programa Mundial de Alimentos, la Cruz Roja y sociedades civiles y religiosas como los Rotary Clubes. El centro de mando de los Servicios Conjuntos proporcionó más de 146.000 comidas preparadas y trabajadores gubernamentales distribuyeron más de 78.000 canastas de alimentos; la Organización Islámica Central distribuyó 6.000 canastas a 22 mezquitas. El Ministerio de Salud, los Servicios Conjuntos, contratistas privados, Oxfam International y organismos internacionales suministraron agua potable a las comunidades afectadas mediante una red de distribución de tanques y botellas de agua y tomas públicas de agua. El Ministerio de Salud y el EPA organizaron actividades de emergencia de vigilancia del agua para asegurar la distribución de agua inocua. La Fuerza de Defensa de Guyana y la Cruz Roja distribuyeron 32.613 equipos de limpieza, que contenían jabón en polvo, un cepillo, jabón para lavar y lejía. Las actividades vinculadas con los desechos sólidos y el saneamiento fueron coordinadas por un grupo de trabajo integrado por personal del Ministerio de Salud, el Ministerio de Gobierno Local y Desarrollo Regional y el Alcalde y el Ayuntamiento de Georgetown. La respuesta de socorro de la comunidad internacional fue rápida y representó más de US\$ 3,7 millones.

### Servicios de atención a las personas

En el sector público, los servicios de salud se prestan por medio de un sistema de cinco niveles, donde se deriva a los pacientes a un nivel superior según se requiera. El nivel I incluye 188 puestos de salud; el nivel II, 136 centros de salud; el nivel III, 20 hospitales de distrito; el nivel IV, 4 hospitales regionales; y el nivel V, el Hospital Público de Georgetown, que sirve como hospital general para la capital y zonas circundantes y como hospital de referencia de nivel terciario para todo el país. Otras instalaciones del nivel V de atención incluyen el hospital psiquiátrico nacional, el leprocomio y el hospital geriátrico. En el sector privado, hay cinco hospitales y una serie de centros de diagnóstico y de salud y farmacias. La gran mayoría de los establecimientos privados están situados en Georgetown y otros centros urbanos. Hay 4,23 camas de hospital por cada 1.000 habitantes (3,77 en el sector público y 0,46 en el sector privado). No existe un sistema organizado de ambulancias para la población en general. El Hospital Público de Georgetown, todos los hospitales regionales y algunos hospitales privados cuentan con ambulancias para el transporte de pacientes. Algunas empresas privadas de seguridad también proporcionan servicios de ambulancias a sus clientes.

Los laboratorios del sector público están en el Hospital Público de Georgetown, los cuatro hospitales regionales y la mayoría de los 20 hospitales de distrito. Hay un número limitado de laboratorios independientes privados, algunos de ellos combinados con servicios de imagenología para el diagnóstico. El Servicio

Nacional de Transfusiones es administrado por un consejo semiautónomo. En 2005, se recogieron en todo el país unas 5.526 unidades de sangre; esto satisfizo aproximadamente 64% de las solicitudes de los médicos. En 2005, el Servicio Nacional de Transfusiones, con el apoyo de la Cruz Roja, recogió 82% de la provisión de sangre, mientras que los hospitales regionales recogieron 13% y los privados, 5%. El Servicio Nacional de Transfusiones efectúa en todas las unidades para transfusión pruebas para detectar el VIH, el VHB, el VHC, sífilis y malaria. No se realizan pruebas para detectar la enfermedad de Chagas.

Conforme al Plan Nacional de Salud 2003–2007, en 2004 la División de Servicios para la Atención y Rehabilitación de Personas con Discapacidades del Ministerio de Salud creó un plan para establecer estrategias encaminadas a suministrar servicios preventivos, terapéuticos y de rehabilitación a la población. El Programa de Servicios de Rehabilitación contiene los siguientes componentes o subprogramas: administración, fisioterapia regional, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, audiología, un hogar para ciegos y el Centro Nacional de Capacitación Vocacional. La dotación de personal en los servicios de rehabilitación se ha visto afectada por una elevada tasa de disminución de fisioterapeutas y auxiliares. El perfil actual indica que los servicios están principalmente centralizados; la mayor proporción del personal está constituida por trabajadores de nivel medio, llamados auxiliares de rehabilitación y audiólogos. Hay una cantidad limitada de profesionales, principalmente fisioterapeutas, la mayoría de ellos no guyaneses. En 2004, había 41 cargos vacantes, de los cuales 52% eran para personal técnico.

### Promoción de la salud

El marco de la promoción de la salud en Guyana se basa en la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud. Al mismo tiempo, a nivel ministerial se continúan integrando progresivamente en los programas nacionales de desarrollo las nuevas directrices establecidas en la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud (2005), como lograr una mayor coherencia en las políticas y la creación de alianzas entre los sectores gubernamentales, el sector privado y la sociedad civil. Se han forjado diversas alianzas multisectoriales entre organismos públicos y privados y organizaciones religiosas y comunitarias.

Dentro del Ministerio de Salud, se han incorporado estrategias de promoción de la salud en las áreas programáticas de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la vacunación, la salud materno-infantil, el manejo integrado de enfermedades prevalentes de la infancia, la salud de los adolescentes y las ITS/VIH/sida. Además se han formulado y aplicado políticas en esas áreas. En una iniciativa nueva, se incorporó en el sistema de salud a los promotores comunitarios de salud, después de su capacitación en la detección temprana de enfermedades, la promoción de la salud y técnicas de prevención, que les permitirán

abordar problemas comunitarios de salud como la diabetes y las enfermedades hipertensivas.

El Programa de Municipios y Comunidades Sanos continúa ampliándose con la inclusión de nuevas comunidades del interior del país y el establecimiento de comités de promoción de la salud, encargados de establecer, coordinar y apoyar diversas iniciativas sobre entornos saludables en zonas remotas básicamente pobladas por grupos amerindios. Los problemas de salud de las comunidades del interior y suburbanas son abordados cada vez más mediante la colaboración intersectorial, que permite fortalecer el Programa.

El Ministerio de Salud estableció una Unidad de Promoción de la Salud dentro de la Unidad de Salud y Bienestar de los Adolescentes y Adultos Jóvenes, con el fin de coordinar los programas de promoción de la salud y entornos sanos dentro del Ministerio y apoyar a la División de Ciencias y Educación en Salud, que se concentra en los factores determinantes de la salud de los adolescentes, en particular la lucha contra el tabaquismo y la prevención de accidentes y traumatismos. La promoción de la salud en los planes de estudio ha sido adoptada por el Ministerio de Educación como un elemento complementario de su mandato de lograr la educación para todos para el 2015. Esto ha facilitado evaluaciones rápidas de las escuelas realizadas por maestros, estudiantes, padres y otros integrantes de la comunidad escolar, así como el establecimiento de planes de acción y la movilización de recursos para abordar los problemas identificados.

La Unidad de Salud y Bienestar de los Adolescentes y Adultos Jóvenes está a cargo del Programa de Salud Escolar del Ministerio de Salud, que se divide en dos subprogramas: el primero está dirigido a las escuelas maternas y primarias para niños de 3 a 12 años de edad, y el segundo, a las instituciones secundarias y terciarias con estudiantes de 12 y más años de edad. En este último caso, se ha establecido en todo el país una red de clubes de salud integrados por maestros y estudiantes que abordan en forma conjunta problemas de salud en sus escuelas, incluidos el tabaquismo y la salud reproductiva.

En 2001, se inició el Programa de Salud Escolar como parte de la Red del Caribe de Escuelas Promotoras de Salud, el cual ha sido adoptado por el Ministerio de Salud como estrategia para mejorar la salud del país. En ese programa participan maestros, estudiantes, padres y otros integrantes de la comunidad escolar, que promueven el reconocimiento de la necesidad de políticas públicas sanas en las escuelas. Entre los logros del grupo, están la formulación de una política sobre escuelas libres del humo de tabaco y mejoras en las instalaciones de 35 escuelas situadas en zonas afectadas por las inundaciones de 2005.

Se creó en las escuelas un Programa de Detección de Problemas de la Visión con el propósito de reducir la ceguera infantil causada por defectos de refracción no corregidos. Se adiestró a maestros, trabajadores de salud y padres para llevar a cabo actividades de detección en sus respectivas escuelas. Los casos

detectados fueron enviados para ser evaluados en el Hospital Público de Georgetown. De 2.428 estudiantes examinados durante el ciclo escolar 2005–2006, 262 fueron enviados para su evaluación y a 36 de los 191 asistidos se les prescribieron anteojos y lentes correctivos. Esta experiencia ha aportado valiosa información para poner en práctica otros programas básicos de detección de problemas de audición y salud oral.

Como resultado de la promoción de la celebración del Día Mundial de la Salud 2004 y su lema “La seguridad vial no es accidental”, el Ministerio del Interior inició la reactivación del Consejo Nacional de Seguridad Vial, que estableció un programa nacional de seguridad vial basado en alianzas entre ministerios gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y el sector privado.

### Recursos humanos

La emigración al exterior de profesionales de la salud —de todas las categorías, incluidos administradores y docentes en materia de salud— ha creado una grave escasez de personal en el campo de la salud y ha restringido el suministro de servicios a la población. En el sector de la salud pública, las tasas de puestos vacantes fluctúan entre 25% y 50% en la mayoría de las categorías profesionales. También existe un desequilibrio geográfico del personal profesional: 70% de los médicos del país están en Georgetown, donde reside solo 25% de la población. En cuanto a las especialidades médicas, en Guyana esa atención es prestada en su mayor parte por profesionales extranjeros, quienes ocupan más de 90% de los cargos de especialidades médicas en el sector público.

Otro reto es la baja relación entre profesionales y no profesionales. En las enfermeras, esa relación era de 0,60 en 2003 a causa de una elevada tasa de disminución de las enfermeras profesionales. La tasa de disminución de enfermeras profesionales en el sector público en las dos regiones más pobladas en el país era de 13% de la cantidad de personal, mientras que era de solo 3% a 4% en las enfermeras no profesionales. En algunos casos se vuelve a contratar a enfermeras jubiladas. El Ministerio de Salud ha introducido diversos tipos de personal de categoría básica y media como respuesta a esos retos y como forma de asegurar el acceso equitativo a la atención a pesar de los limitados recursos humanos.

La Universidad de Guyana tiene una Facultad de Ciencias de la Salud, con una Escuela de Medicina y otros departamentos que ofrecen licenciaturas en tecnología médica y enfermería y licenciaturas asociadas en farmacia, salud ambiental y radiografía. La universidad también planea abrir una escuela de odontología. Hay tres escuelas públicas de enfermería —una en Georgetown y una en cada una de las otras dos ciudades grandes del país, Linden y New Amsterdam— y una escuela privada en el Hospital St. Joseph Mercy en Georgetown.

El Departamento de Educación en Ciencias de la Salud del Ministerio de Salud capacita a personal de nivel básico y medio para trabajar principalmente en zonas rurales. La capacitación dura entre 12 y 18 meses y se prepara a parteras rurales, técnicos en rayos X, técnicos para múltiples propósitos, terapeutas odontológicos comunitarios, auxiliares de laboratorio, auxiliares de rehabilitación, auxiliares de salud ambiental y auxiliares médicos de nivel medio.

### Gasto y financiamiento sectorial

En 2005, el gasto gubernamental total en salud fue de aproximadamente US\$ 34,2 millones (US\$ 45 per cápita). Esto representa 7,9% del total de gastos gubernamentales (en todos los sectores) y 4,4% del PIB. El total de gastos ordinarios en salud fue de alrededor de US\$ 29,7 millones (86,7% del gasto total en salud) en 2005 y los gastos de capital llegaron a 13,3%. Los sueldos representaron aproximadamente 38% del gasto total en salud y los suministros de medicamentos y material médico, aproximadamente 20,2%. No se cuenta con estimaciones recientes del gasto privado en salud.

Alrededor de 36,7% del gasto ordinario en salud fue asignado al Hospital Público de Georgetown y aproximadamente 40%, a los Servicios Regionales de Salud. La mayor parte de estos últimos servicios se relacionan con la atención primaria de salud; no obstante, en ellos el gasto incluye un porcentaje no especificado asignado a servicios secundarios de salud prestados por hospitales regionales en algunas regiones. Suponiendo que el gasto en atención primaria de salud sea de al menos la tercera parte del gasto total en las regiones (mediante presupuestos regionales y los Servicios Regionales de Salud), representó por lo menos 17% del total de gastos ordinarios (públicos) en salud en 2005 y 8% del total de gastos (públicos) de capital en salud.

Se presta atención gratuita de salud al público. No hay datos ni información sobre el financiamiento en el sector privado de salud.

### Cooperación técnica y financiera en salud

El Programa de Manejo de Desechos Sólidos del municipio de Georgetown ha sido financiado desde 2000 por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). En 2005, la OPS proporcionó apoyo técnico al Ministerio de Gobierno Local y Desarrollo Regional para establecer sitios definitivos o de transferencia de los desechos sólidos en las zonas afectadas por las inundaciones, a lo largo de las riberas oriental y occidental del río Demerara.

La OPS también apoya al Ministerio de Salud en la elaboración de un plan de acción para incrementar la capacidad de la Unidad de Salud Ambiental y examinar las funciones de otros organismos que se ocupan de cuestiones de salud ambiental en Guyana. El Departamento de Analistas de Alimentos y Medicamentos también ha recibido apoyo para efectuar análisis de la calidad del

agua conforme a la mayoría de los parámetros incluidos en las pautas de la OMS para la calidad del agua potable.

Desde 1999, el Rotary Club de Georgetown Central ha proporcionado servicios odontológicos gratuitos a escuelas y comunidades vecinas mediante un dentista, dos auxiliares de odontología y un terapeuta odontológico comunitario asignados por el Ministerio de Salud. La cooperación intersectorial para la salud se fortaleció durante 2005. Colgate Palmolive y el Rotary Club de Georgetown Central han seguido siendo aliados fundamentales, junto con la OPS, que apoyó la participación de personal odontológico del Ministerio de Salud en dos conferencias internacionales y en diversas actividades relacionadas con el Mes de la Salud Oral en 2005. Diversas organizaciones no gubernamentales locales y extranjeras continúan proporcionando un valioso apoyo al sistema de suministro de atención odontológica mediante visitas periódicas a consultorios ambulatorios y aportes financieros.

## Bibliografía

- Beckles F. Incidence of suicide in Guyana. 2000. Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- Guyana, Bureau of Statistics; International Labor Organization. Child Labour Survey. 2004.
- Guyana, Bureau of Statistics. Multiple Indicator Cluster Survey (MICS), 2000.
- Guyana. Global School-based Student Health Survey. 2004.
- Guyana, Ministry of Education. Strategic Plan 2003–2007.
- Guyana, Ministry of Foreign Affairs; United Nations Children's Fund. Mid-term review (MTR) report. 2003.
- Guyana, Ministry of Health. Human resources recording and reporting system.
- Guyana, Ministry of Health, Mecanismo de Coordinación de País (MCP).
- Guyana, Ministry of Health, Regional Health Services Unit. 2004.
- Guyana, Ministry of Health, Veterinary Public Health Unit.
- Guyana, National Blood Transfusion Service. 2005.
- Guyana Responsible Parenthood Association. Report 2004.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2004.
- Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos. Washington, DC: OPS; 2005.
- Situation analysis of hospital maternity wards. January–April 2005.
- World Health Organization; United Nations Children's Fund, Joint Monitoring Program. Country, Regional and Global Estimates on Water and Sanitation.