
**PERFIL DE LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD DE
GUYANA**

(1a. revisión, 25 de febrero de 1999)
(2a. revisión, 14 de diciembre de 2001) *

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

RESUMEN EJECUTIVO

Guyana, antiguo territorio británico, es el único país de habla inglesa en América del Sur. Obtuvo su independencia en 1966 y, desde 1970, es una república con un gobierno democrático. El país está dividido en diez regiones que son administradas por los Consejos Democráticos Regionales. Cada Consejo Regional administra la prestación de servicios públicos dentro de sus fronteras. Sin embargo, el sistema regional de administración exhibe varias limitaciones por lo que se están considerando mecanismos nuevos para mejorar la prestación de los servicios de salud.

Guyana, pese a su abundancia de recursos naturales, ocupa el segundo lugar entre los países más pobres de América del Sur y del Caribe. Su PIB per cápita fue de US\$ 800 en 1999. La deuda externa de Guyana es muy alta y está clasificado como país pobre muy endeudado. Las estrategias utilizadas para el alivio de la deuda han aumentado el gasto en los sectores sociales. Según una encuesta realizada en 1999, cerca de 36,3% de la población vive por debajo del umbral de pobreza y 19,1% por debajo del umbral de pobreza crítica. Por tanto, la mitigación de la pobreza se ha convertido en la principal meta socioeconómica.

En el sistema de atención a la salud participan tanto el sector público como el privado. El sector privado, que abarca a las organizaciones no gubernamentales, es cada vez mayor y está ampliando sus funciones. La fuente principal de financiamiento del sector de la salud es la recaudación de impuestos. Los servicios son generalmente gratuitos para el usuario en el lugar donde se reciben. Uno de los factores principales que inciden en la prestación de asistencia sanitaria es la insuficiencia de personal en todos los niveles del sistema. En la mayoría de las categorías, las tasas de vacantes de personal varían de 25 a 50%. Nuevos grupos de trabajadores ingresan al sistema constantemente, pero la tasa de cambio de personal es elevada debido a los bajos salarios del sector público. Por lo general, los sistemas de información no permiten contar con información pertinente y oportuna, lo que da lugar a deficiencias en la planificación y ejecución de los servicios y programas de salud. Se acepta comúnmente que es necesario administrar y organizar de manera diferente la asistencia sanitaria. El Gobierno de Guyana ha expresado su compromiso con la reforma del sistema de salud para aumentar la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios. Entre las principales propuestas se encuentran: i) la descentralización de la administración de los servicios de salud mediante la creación de Direcciones Sanitarias Regionales; ii) el nombramiento de Juntas y Comités de Administración Hospitalaria para los hospitales regionales y distritales, respectivamente; y iii) la mejora de la capacidad de gestión en todos los niveles. También se prevén modificaciones en el financiamiento del sistema de asistencia sanitaria. Hasta el presente, la actividad principal ha sido el establecimiento de la empresa Hospital Público de Georgetown; sin embargo, las iniciativas sólo acaban de comenzar y resulta prematuro evaluar sus efectos sobre la salud de la población.

1. CONTEXTO

1.1 Contexto político: Guyana, antiguo territorio británico, se declaró independiente el 26 mayo de 1966 y en febrero de 1970 pasó a ser una república. El Presidente del Poder Ejecutivo es a la vez Jefe de Estado y de Gobierno. Hay varios niveles de gobierno que van desde el Parlamento y los Consejos Democráticos Regionales a los Consejos Democráticos Vecinales y las Unidades Cooperativas Populares. El Parlamento está formado por miembros electos, representantes de la sociedad civil y del gobierno local. El gobierno cuenta con un sistema ministerial y se respeta el principio de la responsabilidad colectiva.

La Ley de los Órganos Democráticos Locales, promulgada en 1980, dividió al país en 10 regiones administrativas. El sistema local de gobierno consta de un Consejo Democrático Regional en cada región, siete alcaldías y sesenta y cinco Consejos Democráticos Vecinales. Existen también los Consejos Aldeanos de Amerindios, sujetos a una legislación separada. Los gobiernos regionales y locales desempeñan una función importante en la prestación de servicios públicos en Guyana. Los Consejos Democráticos Regionales administran la prestación de servicios –salud, educación, etc.– a las poblaciones de su jurisdicción. Sus responsabilidades principales son, entre otras, “velar por la administración y el desarrollo eficaz en las zonas que les corresponden; ejercer el liderazgo por medio del ejemplo; organizar la cooperación popular respecto al desarrollo político, económico, cultural y social; cooperar con la organización social de los trabajadores al igual que mantener y proteger la propiedad pública”.¹

La Secretaría de Planificación Estatal del Ministerio de Finanzas está a cargo de la planificación nacional. Los planes sectoriales se insertan en el plan nacional. En el año 2000, la sociedad civil formuló una Estrategia de Desarrollo Nacional para Guyana y creó un marco de políticas para la elaboración de los planes y programas nacionales. El Ministerio de Servicios Sociales y de la Seguridad Social colabora con otros organismos gubernamentales y no gubernamentales en la administración de la política social.

La formulación de políticas del sector de la salud se lleva a cabo a nivel del Ministerio de Salud con el asesoramiento y la participación de los organismos pertinentes, gubernamentales y no gubernamentales. El Ministro de Salud es miembro del Gabinete y toma las decisiones en materia de políticas. El Gabinete y el Parlamento aprueban los planes sectoriales. Algunos de los principales problemas políticos y sociales que repercuten en la situación sanitaria o en la prestación de servicios de salud, son la pobreza, la inequidad, la administración ineficiente del sector, su financiamiento y el éxodo de los profesionales de la salud.

1.2.Contexto económico: Guyana ocupa el segundo lugar entre los países más pobres de América del Sur y el Caribe (después de Haití) con un PIB per cápita de US\$ 770,3 en 1999. Durante el período

1993-1997, Guyana experimentó una tasa positiva de crecimiento del PIB, cuyo promedio fue de 7,3%. Sin embargo, en 1998 el crecimiento fue negativo (-1,8%). En 1999, la tasa fue de 3,0% y de -0,8% en el 2000.

Indicadores económicos seleccionados, 1993-1999

Indicadores	Año						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita en precios constantes US\$	531	612	680	766	808,3	777,5	770,3
Población económicamente activa, en miles	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto público total como porcentaje del PIB (Consumo + inversión)	ND	ND	ND	40,5	45,5	43,9	45,2
Gasto social público total como porcentaje del PIB	7,0	7,6	8,2	8,4	8,2	9,0 est.	10,0 est.
Tasa anual de inflación	7,7	16,1	8,1	4,5	4,1	4,8	7,4

Fuente: Oficina de Estadísticas; Estrategia de Desarrollo Nacional, Ministerio de Salud; Informe del Desarrollo Humano de Guyana 1996, Discursos acerca del Presupuesto.

En 1997, el FMI y el Banco Mundial aprobaron la elegibilidad de Guyana para recibir alivio de la deuda bajo la iniciativa de país pobre muy endeudado (PPME). El dinero para el alivio de la deuda se asigna a los sectores sociales (salud y educación) y a los programas de mitigación de la pobreza. Se calcula que en 1998, los gastos del gobierno en el sector sanitario ascendían a 2,31% del PIB, a 2,55% en 1999 y a 1,39% en el 2000. Las asignaciones presupuestarias se orientan prioritariamente hacia los programas de atención primaria de salud y se aumentó el gasto en medicamentos y mantenimiento. La agricultura, la silvicultura y la pesca representaban 34,6% del PIB en 1998 y 35,1% en 1999; sin embargo, el azúcar es el producto principal. En 1999, el sector de la minería representaba 16% del PIB, mientras que los servicios, la manufactura y la construcción representaban 36,4%, 10,1% y 13,6%, respectivamente.

1.3 Contexto demográfico y epidemiológico

En 1998, la esperanza de vida al nacer era de 64,8, siendo de 61,5 para los hombres y de 68,2 para las mujeres. Durante el período 1990-1998, la tasa de esperanza de vida fluctuó entre 63,0 en 1990, 65,0 en 1991 y 64,0 entre 1993 a 1996. La razón de la esperanza de vida es 0,66. La tasa calculada de crecimiento de la población para el período 1998-2015 es de 0,7% y durante el período 1975-1998 fue de 0,6%. La razón de dependencia fue de 54,1 en 1998, y se prevé que será de 41,3 en 2015.

La tendencia prevista en la distribución de la población es hacia el envejecimiento. La migración externa todavía desempeña una función importante en la demografía del país. Durante el período 1996-1999 la migración externa ascendió a más de 56. 000 personas.

Se calcula que se registran cerca de 80 a 90% de los nacimientos y de 85 a 90% de las defunciones. El

porcentaje de defunciones por causas mal definidas ha mostrado una disminución, pasando de 1,6 en 1997 a 1,4 en 1999. La tendencia en la mortalidad se caracteriza por el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, la importancia constante de las enfermedades transmisibles, la carga cada vez mayor derivada de las lesiones y el SIDA.

	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Tasa de natalidad bruta	26,5	29,2	29,8	24,0	26,1	24,1	23,2
Tasa de fecundidad total	2,9	2,3	2,3	2,1	2,0	2,0	2,0
Tasa de mortalidad bruta	6,7	7,1	7,1	6,5	6,8	6,5	6,6
Tasa de mortalidad materna	190	190	190	159,9	105,9	124,6	ND
Tasa de mortalidad infantil	34,9	28,8	27,8	25,5	25,5	22,9	ND

Fuente: Oficina de Estadísticas, Ministerio de Salud.

Cuando las defunciones para el período 1997-1999 se clasifican de acuerdo a seis grupos amplios, se atribuyen a las enfermedades del sistema circulatorio 34,2% de las defunciones; 18,0% a las enfermedades transmisibles, 13,3% a causas externas y, a las neoplasias (7,9%). Las enfermedades del aparato circulatorio afectaron principalmente a la población adulta, mientras que los efectos de las enfermedades transmisibles y de las causas externas podían observarse a todo lo largo del ciclo de vida. Las cinco causas principales de mortalidad para todos los grupos de edad combinados durante el período 1997-1999 fueron las enfermedades cerebrovasculares (12,2%), la cardiopatía isquémica (10,2%), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (7,0%), lesiones indeterminadas (6,6%) y diabetes mellitus (6,2%).

Las enfermedades transmisibles crónicas más importantes son la tuberculosis y la enfermedad de Hansen. La incidencia de la tuberculosis ha aumentado en forma sostenida desde 1992. En 1995, la tasa fue de 38,27 y, para 1999, estaba en 52,58 con 407 casos notificados. El aumento en la incidencia se ha atribuido a la infección por el VIH/SIDA, a la pobreza y el hacinamiento urbanos así como al aumento de la transmisión debido a que los pacientes interrumpen los tratamientos. El mayor número de casos nuevos ocurre en adultos jóvenes de 20 a 40 años de edad. Los hombres se ven más afectados que las mujeres. La incidencia de la enfermedad de Hansen ha aumentado de 0,6/10.000 en 1997 a 0,9% en el año 2000, mientras que la prevalencia ha pasado de 0,3 en 1997 a 0,4 en 2000.

La cardiopatía es la causa principal de mortalidad. En el período 1997-1999, las enfermedades cerebrovasculares causaron 11,7% de todas las defunciones, las afecciones isquémicas 9,8% y las enfermedades hipertensivas, 4,6%. La cardiopatía isquémica afectó más a los hombres que a las mujeres mientras que ocurrió lo contrario en el caso de la hipertensión. El mayor número de casos de neoplasias malignas en los hombres se presentaron en la próstata y en el estómago; mientras que en las mujeres en el cuello uterino y en la mama. La diabetes mellitus es una causa importante de morbilidad, discapacidad y

mortalidad, además de ser un problema grave de salud pública.

La malnutrición proteinoenergética, la anemia ferropénica y la obesidad siguen siendo los principales problemas relacionados con la nutrición que padece la población de Guyana. La encuesta de micronutrientes, realizada en 1997, indicó que la anemia ferropénica afectaba a aproximadamente 40% y 55% de los niños, los adolescentes y los adultos. Se encontró que cerca de 52% de las mujeres embarazadas tenían niveles bajos de hemoglobina (<11g/dl). La obesidad también es un serio problema de salud pública en los adultos. La Encuesta de Actividad Física ha mostrado que cerca de la mitad (51,0%) de los adultos de más de 20 años tenían un índice de masa corporal (IMC) de 25 y hasta más alto. De estos, 22,4% fueron clasificados como obesos. Existe una tendencia ascendente en la prevalencia de la lactancia materna exclusiva y decreciente en la malnutrición entre los niños que asisten a los consultorios de salud pública.

Los accidentes y la violencia constituyen la tercera causa de muerte. Los hombres se ven más afectados que las mujeres. El suicidio fue la causa de 164 defunciones en 1999, en comparación con 65 en 1996, 41 en 1997 y 38 en 1998. Fue mayor el número de mujeres que intentaron suicidarse, pero fue mayor el número de hombres que lograron su propósito. Los grupos de edad más afectados fueron los de 15 a 24 en las mujeres y de 15 a 34, en los hombres.

Las cinco principales causas de mortalidad infantil son la hipoxia, las infecciones intestinales, otras afecciones perinatales, las infecciones respiratorias agudas y las malformaciones congénitas. Se observa una tendencia descendente en la tasa de mortalidad infantil. En 1999, el porcentaje de defunciones de la población de menores de 5 años por enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas fue de 16,0 y de 10,9, respectivamente.

Gracias a un programa eficaz de inmunización, hasta ahora no se ha notificado ningún caso de sarampión. Tampoco se notificaron casos de cólera. De acuerdo con la iniciativa de la OMS, para la eliminación de la filariasis linfática como problema de salud pública se formuló y se llevó a la práctica un plan nacional. La malaria es endémica en las regiones del interior de Guyana donde es el principal problema de salud. La incidencia de la malaria ha disminuido en los últimos años gracias al aumento de la vigilancia y a la importancia que se asigna al diagnóstico inmediato, al tratamiento y al seguimiento. El Gobierno de Guyana participa en la iniciativa mundial *Hacer retroceder el paludismo*. Hay pruebas de laboratorio que indican que durante el período 1997-2000 existían en Guyana los tipos 1 y 2 del dengue. No ha habido ningún caso notificado de fiebre hemorrágica ni del síndrome de “shock” del dengue. En 2000, se notificaron 248 casos de SIDA, en comparación con 234 en 1999. Se determinó que el principal factor de riesgo eran las relaciones heterosexuales sin protección. La razón de casos hombre/mujer fue 1,7:1 en 1997 y se mantuvo en 1,5:1, en 1999. El uso y abuso de drogas se ha convertido en motivo de preocupación en Guyana ya

que, al igual que en muchos países del Caribe, se utiliza como punto de transbordo. También se considera que el abuso del alcohol es un problema crítico en Guyana.

1.4 Contexto social: El último censo de población se efectuó en 1991. La población estimada a mediados del año 2000 era de 743.004, lo que representa una disminución con respecto a la cifra correspondiente a 1997 (775.137). Aproximadamente 29,8% de la población es menor de 15 años y 9% menor de 5 años de edad. La población mayor de 60 años representa el 6,7%. La Encuesta de las Condiciones de Vida en Guyana (GSLC)², efectuada en 1999, revela que aproximadamente 29,7% de la población vive en las zonas urbanas y del 70,3% que vive en las zonas rurales, un 61,3% habita en las zonas costeras rurales del país. La población de las zonas rurales del interior está muy dispersa. Durante el período 1992-1999, ha disminuido la población en las zonas urbanas, en contraposición a la tendencia mundial de la urbanización. La encuesta también indica que en 1999 las personas cuya ascendencia es de las Indias Orientales representaban 48,2% de la población, las de ascendencia africana 27,7% y los amerindios 6,3%.

En 1999, el nivel de alfabetización de adultos era de 98,3%, 97,8% para las mujeres y 98,8% para los hombres. La tasa bruta de matrícula para los hombres en la educación secundaria fue de 67,2% y para las mujeres de 68,9%. La matrícula de estudiantes en la escuela primaria fue de 92,8% y de 74,9% para la secundaria.

Según la Encuesta de las Condiciones de Vida, 36,3% de la población vive en condiciones de pobreza absoluta (US\$ 510 por año o US\$ 1,40 por día) y 19,1% vive en pobreza crítica (US\$ 364 por año o US\$ 1 por día). Esto representa una reducción con respecto a los niveles encontrados en la Encuesta de Medición de los Niveles de Vida (LSMS) llevada a cabo en 1992 y 1993, cuando las cifras para la pobreza absoluta y la crítica eran de 43,2% y 27,7%, respectivamente. De los que vivían en condiciones de pobreza absoluta, 78,4% procedía del interior rural y 39,8%, de las zonas costeras rurales. Las cifras muestran una reducción de los niveles de pobreza absoluta en Georgetown urbano y otras zonas urbanas. La pobreza crítica era predominante en el interior rural (70,8%) y en menor grado en las zonas costeras rurales (18,1%). Los niveles de pobreza crítica también muestran una reducción en las zonas urbanas. Los amerindios registraron el nivel más alto de pobreza.

La población inactiva económicamente se calculaba en 7% en 1999. “Más aún, aunque la tasa de desempleo muestra una disminución de 9% en 1999 para los que reportan haber buscado empleo activamente, casi 50 por ciento de la fuerza laboral del país no percibió ingresos por su trabajo”.³ Se registró un descenso en la participación de la fuerza laboral (fuerza laboral formada por personas de más de 15 años de edad), ya que actualmente es de 57% y en el período 1992-93 fue de 60%. En 1999, la población que no formaba parte de la fuerza laboral, aumentó en 5% en comparación con 1992-1993.

Al quintil más bajo le correspondió 9,2% del consumo total y al más rico, 39,2%. Se han observado algunas mejoras desde que se realizó la encuesta GSLC en 1992-1993, cuando a los más pobres correspondía apenas un 4,0% del consumo total y a los más ricos, 55,1% .

En el año 2000, Guyana ocupó el 96 lugar del Índice del Desarrollo Humano y el 80 lugar en el Índice de Desarrollo relacionado con el Género (GDI). El Índice con respecto al PIB es 0,59.⁴ El coeficiente de Gini para Guyana es de 0,421 basado en los ingresos y de 0,413 basado en el consumo.

2. EL SISTEMA DE SALUD

2.1 Organización General

La responsabilidad de proveer atención en salud a la población le corresponde al Ministro de Salud. Sin embargo, en 1986, la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud se delegó a los Consejos Democráticos Regionales que reciben financiamiento por conducto del Ministerio del Gobierno Local. El Ministerio de Salud mantiene la responsabilidad de los programas verticales de salud en todo el país, entre los que se cuentan los siguientes: control de vectores, servicios de rehabilitación, atención dental, programas de salud mental, enfermedad de Hansen, SIDA y abuso de alcohol y de drogas. El Ministerio también formula políticas, fija las normas y los controles y, además, evalúa el sector de la salud. El modelo emergente es la descentralización para crear entidades semiautónomas y permitir al Ministerio de Salud renunciar a su función de prestador de servicios sanitarios.

Instituciones públicas. Las principales instituciones públicas que participan en el sector de la salud son el Ministerio de Salud y el Ministerio del Gobierno Local. Estos Ministerios forman parte de los servicios públicos. Están encabezados por un Ministro que es a la vez el Jefe político del Ministerio y miembro del Gabinete. El Secretario Permanente es el Oficial de Contabilidad y el Jefe administrativo del Ministerio. Los ministerios reciben financiamiento del Gobierno central, así como donaciones y otros aportes que contribuyen con el presupuesto del Ministerio de Salud. Los recursos tecnológicos y humanos de los departamentos de salud de los Consejos Democráticos Regionales, y del Ministerio del Gobierno Local provienen mayormente del Ministerio de Salud. Se prestan servicios de salud en cinco niveles que van desde los puestos de salud hasta centros de salud, hospitales de distrito, hospitales regionales y el hospital nacional de referencia . Dentro de una región, se encuentran al menos cuatro niveles. Aunque los niveles de la atención están bien definidos, en la práctica no funcionan de esa manera debido a que los pacientes a menudo omiten los niveles del centro de salud y del hospital de distrito para acudir a los hospitales regionales y al hospital nacional de referencia. El director técnico de los servicios a nivel regional, es el Oficial de Salud Regional cuya función es velar por las vinculaciones entre los diversos niveles. No hay ninguna relación formal con el subsector privado.

El Esquema del Seguro Nacional maneja un programa de seguro social para los empleados de los sectores público y privado. La participación en el Esquema es obligatoria para la persona empleada entre los 16 y los 60 años, incluso para los trabajadores independientes. El Esquema da prestaciones por enfermedad (no relacionada con el trabajo), maternidad, atención médica y las lesiones relacionadas con el trabajo. La cobertura médica abarca consultas, hospitalización, tratamiento en el extranjero, anteojos, atención dental, intervenciones quirúrgicas y la compra de medicamentos. Algunos empleadores dan seguro a sus empleados; en algunos casos estos seguros se pagan con aportes del trabajador.

Instituciones privadas. El sector privado y las empresas privadas poseen 10 hospitales así como establecimientos de diagnóstico, consultorios y dispensarios. Ha sido tan rápida la expansión de los servicios de salud que ofrece el sector privado que ya presta cerca de la mitad de todos los servicios curativos. La mayoría de estos servicios se prestan en la ciudad capital y en otros centros urbanos. Varias organizaciones no gubernamentales, entre ellas organizaciones religiosas, prestan servicios sin fines de lucro. Las principales fuentes de ingreso son los honorarios que pagan los pacientes. No hay ninguna relación formal entre las diversas entidades del sector privado. El Ministerio de Salud, gracias a la Ley de Hospitales Privados, rige la concesión de licencias para los hospitales privados.

2.2 Recursos del sistema

Recursos humanos. A lo largo de varios años, se ha observado una escasez de toda clase de personal. “En algunas disciplinas solo se cuenta con personal extranjero. Por ejemplo, más de 90% del personal médico de especialistas en el sector público provienen de otros países. En el sector de la salud pública, las tasas de vacantes de personal varían entre 25 y 50% en la mayoría de las categorías. En las zonas rurales y en algunas especialidades como farmacia, tecnología de laboratorio, radiografía y salud ambiental, las tasas de vacantes llegan a niveles más altos. También se observa un desajuste en cuanto a la distribución del personal, ya que casi 70% de los médicos se encuentran en Georgetown, donde solo vive una cuarta parte de la población”.⁵

Nuevos grupos de trabajadores de salud han ingresado al sistema, entre ellos: los que participan en programas cortos de adiestramientos (dentex), parteras rurales, asistentes de rehabilitación, terapeutas dentales de la comunidad y asistentes de salud ambiental. Sin embargo, hay una tasa alta de cambio de personal debido a que los sueldos en el sector público son bajos. La proporción del número de médicos con respecto a la población ha mostrado algunas mejoras en los años 1993-1996, pero ha fluctuado durante el período 1997-1999. En las regiones más remotas esa proporción es baja. La razón de dentistas por habitantes se ha mantenido constante. La razón de farmacéuticos por cada 10.000 habitantes ha mostrado una disminución en el período 1998-1999. Hay apenas 3 farmacéuticos en el sector público mientras que

70 de ellos trabajan en el sector privado. En el futuro inmediato, se espera mejoras mínimas debido a la falta de una política de desarrollo de los recursos humanos de salud y a los sueldos poco atractivos.

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR DE LA SALUD

Tipo de recurso	Año						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Razón de médicos por 10.000 habitantes	2,1	3,1	3,0	3,8	2,8	4,3	2,6
Razón de enfermeras por 10.000 habitantes	5,9	5,03	6,3	8,0	9,4	15,3	8,6
Razón de dentistas por 10.000 habitantes	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Razón de técnicos de laboratorio de nivel medio por 10.000 habitantes	ND						
Razón de farmacéuticos por 10.000 habitantes	ND	1,5	2,1	2,0	2,2	1,8	1,7
Razón de radiólogos por 10.000 habitantes	ND						
Nº de graduados en salud pública.	4	4	6	10	10	10	10

Fuente: Unidad de Planificación, Ministerio de Salud

RECURSOS HUMANOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS, 2001

Institución	Tipo de recurso					
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares de enfermería	Otros trabajadores de salud	Personal administrativo	Servicios generales
Hospital Regional New Amsterdam	12	195	296	37	21	195

Fuente: Administración de la Región 6.

La razón de especialistas a médicos generales en el hospital de referencia nacional es 2,1:1. En el sector de salud pública, durante el período 1994-1999, los médicos generales recibieron sueldos más altos que los especialistas. Debido a que el Hospital Público de Georgetown se convirtió en una empresa, esa tendencia se ha invertido. Desde el 2000, los especialistas han recibido sueldos más altos que los médicos generales. No hay ninguna medición periódica de la productividad del personal de salud en las principales instituciones públicas.

Medicamentos y otros productos para la salud: No hay ninguna política relacionada con los precios de los medicamentos. Tampoco hay una política farmacéutica nacional. Durante el período 1993-1999, aproximadamente 30% de los gastos sanitarios del Gobierno se dedicaron a los medicamentos y los suministros médicos. La información sobre los cinco productos de mayor venta en el mercado nacional y su precio por unidad no se conoce. Recientemente, se preparó una lista de medicamentos esenciales que abarca 172 principios activos (209 preparaciones en dosis y 9 medicamentos de combinación). Además, se elaboró una lista de medicamentos para hospitales con aproximadamente 350 principios activos. La utilización de la lista de medicamentos no es obligatoria. En promedio, 70% de los medicamentos esenciales se almacena en los centros de salud y los hospitales. Sin embargo, el suministro no es

constante. Para mejorar el acceso a las vacunas, se venden los productos biológicos a los médicos que ejercen en el sector privado a precio de costo. Con todo, puede decirse que no hay ningún esquema para facilitar el acceso a los medicamentos fundamentado en los grupos de población o en los sistemas de seguro. Aunque existen protocolos establecidos de tratamiento para la diabetes y la hipertensión, por lo general, no se aplican. Las reglamentaciones gubernamentales estipulan cuál es el personal que puede suministrar medicamentos. Se requiere la presencia de un farmacéutico en las farmacias y en los hospitales privados si se entregan medicamentos con recetas.

INDICADOR	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Número total de productos farmacéuticos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Porcentaje de medicamentos con nombre comercial	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Porcentaje de medicamentos genéricos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto total en los medicamentos (precio de venta al público)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Porcentaje del gasto público sanitario asignado a los medicamentos *	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Porcentaje del gasto ejecutado por el Ministerio de Salud para los medicamentos	30,0**	29,8	28,6	26,2	26,2	29,9	30,5

Fuentes: Ministerio de Finanzas, Banco Mundial y BID. * Incluye materiales y suministros médicos. ** Proyectado según Iniciativa PPME.

El número total de donaciones de sangre durante los años 1998, 1999 y 2000 fue de 2807, 2332 y 3343, respectivamente. No se dispone de datos acerca del porcentaje de donaciones que se remuneran. Se ha elaborado una política nacional preliminar para la sangre. Se realizan procedimientos estandarizados para el control de la sangre. Las donaciones en el sector público se controlan según esas normas.

Equipamiento y tecnologías: En 1998, el número total de camas de hospital era de 3.274, de las cuales 2.919 (89%) pertenecían al sector público. La razón de camas por cada 1.000 habitantes es 4,4.

DISPONIBILIDAD DE EQUIPO EN EL SECTOR DE LA SALUD, 1999

Subsector	Tipo de recurso			
	Camas disponibles por 1.000 habitantes	Laboratorios clínicos por 100.000 habitantes	Bancos de sangre por 100.000 habitantes	Equipo básico de imagenología por 1.000 habitantes
Público	3,77	ND	0,13	ND
Privado:	0,46	ND	0	ND
- Con fines de lucro	ND	ND	ND	ND
- Sin fines de lucro	ND	ND	ND	ND
TOTAL	4,23	ND	0,13	ND

Fuente: Oficina de Estadísticas; Servicio Nacional de Transfusión de Sangre.

No hay ninguna unidad de diálisis en el país. Hay solamente un equipo para tomografía computarizada y

otro para resonancia magnética, ambos en el sector privado.

Hay una unidad de cuidados intensivos y una unidad neonatal en el principal hospital de referencia.

DISPONIBILIDAD DE EQUIPO EN EL SECTOR DE LA SALUD, 1999

	Tipo de recurso					
	Salas de partos		Laboratorios Clínicos		Equipo radiodiagnóstico	
Público	1 nivel	2 nivel	1 nivel	2 nivel	1 nivel	2 nivel
	31	5	ND	ND	ND	ND
Privado (con y sin fines de lucro)	ND	ND	ND	ND	ND	ND
TOTAL	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Ministerio de Salud.

No se dispone de información relativa al porcentaje de equipo defectuoso o que no está en servicio. Los datos indican que el porcentaje del presupuesto operativo asignado a la preservación y al mantenimiento aumentó de 2,8% en 1993 a un 11%, que es la cifra propuesta para el período 1999-2000.

2.3 Funciones del sistema de salud

Función rectora. El Ministro de Salud está al frente del Ministerio de Salud y se encarga de la gestión y la reglamentación del sector. Las funciones esenciales de salud pública no se han definido explícitamente pero muchas de las funciones estipuladas las realizan organismos del Estado. Por ejemplo, varios de ellos se encargan de velar por la protección de la población contra los principales factores de riesgo ambiental.

El Ministerio de Finanzas aporta financiamiento al sector sanitario sobre la base del presupuesto anual aprobado. Ese Ministerio tiene control sobre el financiamiento público del sector. El Secretario Permanente del Ministerio de Salud es el Jefe administrativo del Ministerio y es, a la vez, el Oficial de Contabilidad. Tiene la responsabilidad de la utilización de los fondos en el Ministerio. Debido a que también se asignan fondos al Ministerio del Gobierno Local para la prestación de servicios de salud, el Jefe administrativo de ese Ministerio será responsable además de los desembolsos a los servicios sanitarios regionales. No hay ningún mecanismo público para la reglamentación de los seguros privados de salud.

El Ministerio de Salud se encarga de la supervisión, evaluación y el control de la prestación de servicios de salud por los diversos subsectores, tanto públicos como privados. Los hospitales privados se rigen mediante la Ley de Hospitales Privados, la cual prevé personal para la inspección de los establecimientos privados de salud. No existe ningún mecanismo de control para el resto del sector y se están elaborando planes destinados a crear un mecanismo para la vigilancia de los hospitales públicos y privados. El Ministerio también lleva a cabo sus funciones de supervisión, vigilancia y control mediante el adiestramiento del personal y la elaboración de normas y protocolos en ambos sectores. Los diversos Consejos profesionales se desempeñan en la vigilancia del trabajo de los profesionales de la salud.

Se promueven actividades y programas intersectoriales. Las instituciones privadas y públicas que prestan servicios de salud a menudo forman parte de las actividades de planificación y puesta en práctica de los programas intersectoriales. Aunque algo limitados, las autoridades sanitarias poseen sistemas que pueden proporcionar información confiable y oportuna sobre el estado de la salud, el financiamiento, los seguros y la prestación de servicios. Los datos obtenidos se utilizan para la toma de decisiones; por ejemplo, en lo relacionado con la asignación y el adiestramiento de recursos humanos.

No hay ninguna entidad especial en el Ministerio de Salud que tenga la responsabilidad general de la planificación y la formación de recursos humanos. Actualmente, la División de Planificación y la División de Educación en Ciencias de la Salud comparten esa función. El enfoque no está coordinado y las decisiones relacionadas con el adiestramiento de personal suelen tomarse considerando cada caso individualmente, debido principalmente a la ausencia de un plan de formación de recursos humanos.

No existe ningún procedimiento obligatorio para certificar a las instituciones que adiestran a los profesionales de la salud. Por consiguiente, las normas para el funcionamiento de las instituciones no están definidas claramente. Tampoco existe un procedimiento para la acreditación de los establecimientos de salud. No hay ningún organismo público o privado dedicado a la evaluación de las tecnologías de la salud y no se han elaborado políticas para la preparación, introducción y el uso de normas para el ejercicio profesional de la clínica.

Financiamiento y gasto: Los datos relativos al gasto sanitario no son fidedignos ni están actualizados. El Proyecto Plan de Salud 1995-2000 señalaba que era imposible establecer con exactitud el nivel del gasto del sector de la salud en Guyana⁶ debido a que los gastos sanitarios anuales por concepto de servicios de atención de salud no se notificaban a una autoridad centralizada. El presupuesto por programas, y no por partidas, es un aspecto de la reforma del sector público que entró en vigencia durante el ejercicio económico 1997/1998. Este cambio facilitó el cálculo de costos para los programas de salud y dio a los gerentes más control de los recursos para sus programas.

En Guyana, la fuente principal de financiamiento del sector de la salud es la recaudación tributaria del Gobierno. Los fondos se dirigen al sector de la salud por conducto del Ministerio de Salud, las regiones, otros ministerios y organismos varios. El sector de salud pública sólo genera ingresos insignificantes. La generación de ingresos por las tarifas que pagan los usuarios y el cobro de los servicios representaba para 1999 sólo el 0,16% del presupuesto sanitario del gobierno. No se cuenta con información fidedigna sobre la distribución del gasto sanitario privado. Las fuentes secundarias de este tipo de información no son fáciles de consultar y rara vez se realizan estudios. No hay ninguna forma de financiamiento público para los seguros privados de salud. No se concede ninguna exoneración fiscal a los beneficiarios de pólizas de

seguro privados de salud. Existe muy poca información acerca del gasto en el sector privado.

El país recibe bastante cooperación técnica para el sector de la salud. En 1999, las donaciones representaban un 5,22% del gasto de salud del gobierno en comparación con 12,60% en 1997 y 7,34 en 1999.⁷ Todos los fondos provienen de subvenciones. Las principales fuentes de financiamiento externo en 1999 y 2000 fueron otros organismos de las Naciones Unidas, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas, la AID y la Cooperación Técnica Alemana. El Ministerio de Finanzas prepara datos sobre el gasto sanitario. El gasto nacional per cápita en salud fue de US\$ 24,8 en 1997 y de \$ 25,3 en 1998. En 1999, el gasto sanitario ascendió a 6,51% de gasto total del gobierno. Si se excluyen los pagos de deudas, el porcentaje era de 8,51%.

FINACIAMIENTO DEL SECTOR DE LA SALUD, 1993-1999 EN US\$ Y EN % del PIB

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. SUBSECTOR PÚBLICO							
1.1 Ministerio de Salud y otras instituciones públicas a nivel central, regional y local							
1.1.1 Financiamiento interno							
Fondos del Tesoro	15.989.459 (4,10%)	19.449.011 (4,26%)	24.758.011 (4,79%)	19.091.238 (3,24%)	19.244.873 (3,07%)	19.561.983 (3,18%)	19.954.911 (3,46%)
Fondos propios del Ministerio							
1.1. Financiamiento externo	0	0	0	0	0	0	0
1.2 Seguridad social	ND						
Contribuciones de miembros	ND						
Ventas de bienes y servicios	ND						
Ingresos de capital	ND						
2. SUBSECTOR PRIVADO							
2.1 Seguro privado	ND	ND	ND	ND	178.364	192.415	ND
2.2 ONG sin fines de lucro	ND						
2.3 Financiamiento nacional para los servicios privados	ND	ND	ND	ND	7.072.872	7.744.242	ND
TOTAL	ND						

Fuente: Ministerio de Salud.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Gasto per cápita en salud en US\$	29,1	34	39	43,4	45,4	45,4	ND
Gasto público en salud/gasto público total	6,9	6,7	8,8	6,0	5,0	5,8	6,5
Gasto total en salud en % del PIB	5,2	5,2	5,2	5,1	5,1	5,4	ND
Deuda externa en salud/deuda externa total	ND						

Fuente: Banco Mundial, Ministerio de Salud.

Estructura del gasto en el sector de la salud, en porcentaje del gasto total, 1993-1999

Gasto	1993	1994	1995	1996	1997 est.**	1998 proy.*	1999 proy.*
Gasto actual	57,9	58,3	46,0	74,6	85,9	88,3	89,1
Medicamentos, materiales y suministros	30,0	29,8	28,6	26,2	26,3	27,3	28,9
Mantenimiento	2,8	2,9	3,9	4,4	3,6	10,6	11,0
Gasto de capital	41,8	41,5	49,9	29,5	14,3	11,7	10,9

Fuentes: Autoridades de Guyana; Banco Mundial; BID. proyección* estimado **.

No se conoce información acerca del gasto del sector de la salud por subsectores y funciones. La siguiente tabla muestra un estimado del gasto del subsector público por rubro. No se conoce el gasto del subsector privado.

Gastos del subsector público por rubro, 1993-1999 en US\$

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. SECTOR PÚBLICO							
Servicios a los individuos.....							
Servicios para la población	ND						
Medicinas y preparaciones farmacéuticas	ND						
Materiales y suministros	2.582.660	3.100.309	3.150.911	3.016.534	4.025,95	4.186.948	3.491.982
Equipo médico y de salud.....	190.865	248.804	394.952	501.012	617.856	799,254	925.900
Otros equipos y reparaciones	ND	28.937	152.815	55.934	143.696	176.914	145.604
Proyectos de construcción	10.741	18.556	49.097	98.048	414.793	440.137	383.165
TOTAL	ND						

Fuente: Cálculos del subsector público: ingresos corrientes y de capital, y gasto (diversos años). No se conoce la información relativa al gasto sanitario del sector privado por rubro.

Seguros: En Guyana, la atención de salud se presta de manera gratuita a la población a pesar de no existir ningún sistema de seguridad social. Sin embargo, todas las personas empleadas y las que trabajan por su cuenta están obligadas a contribuir con el Esquema de Seguro Nacional; una parte de esos aportes se utilizan para cubrir algunas de las prestaciones de servicios médicos. Ciertas empresas dan seguros de salud a los empleados y a sus familias. El seguro de salud privado es una opción utilizada por algunas familias. Se brinda cobertura por conducto de las aseguradoras. Los reembolsos se hacen sobre la base de los reclamos de los asegurados. Las autoridades sanitarias no tienen información fidedigna y actualizada acerca de los niveles de cobertura y las modalidades de los diversos esquemas de seguro de salud. No hay datos relativos al porcentaje de población cubierta por diferentes modelos de seguro ni a la cobertura por edad y sexo.

2.4 Prestación de servicios

Servicios de salud para la población: El Ministerio de Salud, las autoridades regionales y las organizaciones no gubernamentales llevan a cabo programas de promoción y protección de la salud. Sin embargo, el organismo principal para la promoción de la salud es la División de Educación en Ciencias de la Salud, que participa en el adiestramiento del personal sanitario; además, las organizaciones no gubernamentales se encargan de la promoción de los conceptos y los principios de la salud. La responsabilidad de los programas de protección sanitaria es de los directores del programa en el Ministerio de Salud. Los programas llegan a todo el país aunque las zonas donde la necesidad es mayor se consideran prioritarias. Entre algunos de los programas determinados como prioritarios se encuentran la

infección por el VIH/SIDA, la salud materno-infantil, en especial el Programa Ampliado de Inmunización, Prevención y Control de la Diabetes, y Alimentación y Nutrición. Otros incluyen la prevención y control de la tuberculosis y la malaria, y la erradicación de la filariasis. Gracias al apoyo de los organismos pertinentes tanto nacionales como internacionales, los directores de los programas pueden llevarlos a cabo. Por ejemplo, las organizaciones no gubernamentales colaboran con el Programa Nacional contra el SIDA, que también recibe apoyo financiero de organismos internacionales. Es difícil determinar la cobertura de los diversos programas. Los programas han dado lugar a que la población conozca mejor los temas de salud. Entre las dificultades encontradas están los suministros, el personal y los equipos inadecuados. El Ministerio de Salud en colaboración con la Junta del Cáncer está iniciando un programa integral de prevención de cáncer cervicouterino. La cobertura continúa siendo limitada en este momento

El Programa Ampliado de Inmunizaciones ha sido uno de los programas más exitosos en Guyana. La cobertura con tres dosis de la vacuna oral contra la poliomielitis y la vacuna de DPT fue de aproximadamente 88% en 1997. Esto aumentó a 90% en 1998. En 1999 y 2000, la cobertura para la poliomielitis era de 83% y 78% respectivamente. La cobertura para DPT para esos años fue de 83% y 88%. La cobertura con vacuna BCG ha seguido siendo sistemáticamente mayor de 90% durante el período 1997-2000. Durante los cinco últimos años, la cobertura para la atención prenatal y el porcentaje de partos realizados por personal adiestrado ha sido de 90%.

Servicios de atención de salud individual: Los datos acerca de la administración de los establecimientos y los servicios, generalmente no son fidedignos ni están actualizados. Se presentan informes mensuales sobre la utilización de los servicios de salud a nivel regional y distrital. Los datos se usan en la toma de decisiones administrativas para el mejoramiento de la prestación de atención médica. La posibilidad que tienen los usuarios urbanos de elegir entre los diversos proveedores para un mismo tipo de servicio ha aumentado debido a que en las zonas urbanas se han concentrado más proveedores y servicios. Esto no se cumple para las zonas rurales.

Nivel de atención primaria: “El doce y medio por ciento de la población de Guyana no tiene acceso a ningún tipo de atención de salud”.⁸ El acceso está restringido por factores geográficos y financieros. No hay sistemas computarizados de información que faciliten la administración de los recursos y el personal en los establecimientos de atención primaria.

Las principales causas de morbilidad en los centros de salud (y los 5 motivos más frecuentes de consulta) son: las infecciones respiratorias agudas; la malaria; los accidentes y las lesiones, los trastornos de la piel y la hipertensión. Las enfermeras de salud pública realizan visitas a domicilio, relacionadas principalmente con los servicios de salud materno-infantil. En el año 2000, los servicios dentales llevaron a cabo

aproximadamente 100.845 procedimientos, con predominio de las extracciones. En 1999, se registraron 185.185 visitas a los consultorios de atención ambulatoria en todo el país.

Nivel de atención secundaria: No se dispone de datos sobre la cobertura de las diversas redes de proveedores públicos y privados para la atención secundaria. Dado que todos los establecimientos de nivel secundario se encuentran en las zonas urbanas, la asistencia en las zonas rurales puede plantear graves problemas. Solo el hospital nacional de referencia tiene un sistema computadorizado de información que se utiliza exclusivamente para los procedimientos administrativos y no para el manejo clínico.

Resultados de los servicios de salud secundarios, Hospital Público de Georgetown, 1999

Indicador	
Número total de altas	12.531
Índice de ocupación	58,2
Estadía promedio en días	7,4

Fuente: Ministerio de Salud.

En 1999, en el Hospital de Georgetown las hospitalizaciones se debieron principalmente a las siguientes 5 causas: accidentes por vehículos automotores, caídas, agresiones, hipertensión y conatos de aborto. Hay problemas con las listas de espera en algunas especialidades, como en el caso de la operación de catarata. Se están realizando esfuerzos para corregir los atrasos.

De la calidad técnica:

Ningún establecimiento tiene un programa en pleno funcionamiento en lo atinente a control de calidad. Sin embargo, es una esfera a la que se está prestando atención y se están llevando a cabo programas de capacitación con el fin de sensibilizar al personal de salud en temas de calidad. Se creó una red para apoyar las iniciativas destinadas a mejorar la calidad. En los establecimientos públicos no hay ningún comité de ética ni comités de supervisión del ejercicio profesional..

En el principal hospital público, la tendencia ha sido el aumento de los partos por cesárea; en 1999 el porcentaje fue de 12,8% en comparación con 8,8% en 1997. No se dispone de datos relativos a la tasa de infecciones nosocomiales. El principal hospital público estableció un comité de control de infecciones. El porcentaje de autopsias con respecto al total de defunciones en los hospitales no se conoce, pero probablemente es muy bajo. En general, no se efectúan verificaciones de las defunciones de niños, pero sí se investigan las defunciones maternas que ocurren en los establecimientos públicos.

De cómo se percibe calidad: No hay ningún establecimiento que tenga un programa en pleno funcionamiento para mejorar las relaciones con el usuario. En el sector público no se emplean procedimientos especiales para el usuario y rara vez se realizan encuestas para determinar sus niveles de satisfacción. No existen comités de arbitraje ni organismos encargados de atender las quejas.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD

3.1 Seguimiento del proceso

Seguimiento de la dinámica: La génesis del proceso de la reforma actual es el resultado de un análisis sectorial elaborado con la finalidad de formular el Plan Nacional de Salud y el Proyecto de Estrategia de Desarrollo Nacional. El Plan señaló la necesidad de mejorar la gestión en todos los niveles del sistema de salud. El Proyecto de Estrategia de Desarrollo Nacional también estableció la necesidad que tienen los servicios de asistencia sanitaria de organizarse y de ser administrados de otra forma. Diversos estudios llevados a cabo por los organismos internacionales también han prestado apoyo a la reforma del sector salud. Los principales actores han sido el Ministerio de Salud y organismos financieros internacionales.

Cuando se propuso la reforma, se tuvieron en cuenta la opinión y las exigencias del público. Esto se hizo de manera informal. Se estableció un programa de reforma sectorial. Los objetivos del programa son alcanzar logros similares al programa de reforma de la administración pública donde funciona actualmente el sector salud; reestructurar y reorganizar el Ministerio de Salud, para que deje de prestar servicios de salud y pase a desempeñar una función sectorial de rectoría y liderazgo; descentralizar aún más los servicios de salud mediante el establecimiento de juntas legales; establecer juntas legales y autónomas para administrar el Hospital de Georgetown y otros hospitales regionales importantes en ciertas unidades departamentales; además de ampliar las opciones para financiar o compartir costos mediante la introducción de tarifas selectivas para el cobro a los usuarios. La reforma sectorial forma parte de los planes y programas de desarrollo del Estado.

El Ministerio de Salud ha encabezado el diseño de la reforma. Diferentes grupos como los sindicatos, las autoridades regionales y las asociaciones profesionales han participado en el proceso de consulta. Participaron inmediatamente después de que se anunciaron los cambios propuestos. Se elaboró un plan preliminar de acción. El Banco Interamericano de Desarrollo, mediante el proyecto “Política del Sector de la Salud y Programa de Desarrollo Institucional” está financiando los estudios, las pruebas de campo y la ejecución de las actividades de reforma sectorial. La reforma está en marcha pero el proceso ha sido más lento de lo previsto. Uno de las razones ha sido la necesidad de contratar a nuevos consultores para realizar los estudios. Se efectuó una evaluación del personal del Ministerio de Salud y se elaboraron recomendaciones que permitirán al Ministerio llevar a cabo su función rectora. La principal institución pública, el Hospital Público de Georgetown es ahora un organismo semiautónomo. Con la ayuda de la OPS, se elaboró un plan de comunicación. Se han llevado a cabo algunas actividades de educación pública, especialmente en las regiones donde se ha previsto realizar las actividades piloto. También se han adoptado medidas para informar a los profesionales de la salud y contar con su participación. Aún no se han definido los criterios de evaluación. Es demasiado pronto para llevar a cabo una evaluación de la

repercusión de la reforma sectorial. No se ha efectuado ninguna evaluación del desarrollo ni de la repercusión del proceso de reforma.

Seguimiento de los contenidos

Marco legal: Por medio de la Ley de Empresas Públicas vigente se estableció el Hospital de Georgetown como un organismo semiautónomo. El documento de política para el nombramiento de las Autoridades Sanitarias Regionales ya está listo, al igual que el proyecto de ley. La consulta para la posible modificación o ejecución está en curso. Se terminó el proyecto de ley que establece el organismo para el manejo de materiales, la Ley de Acreditación de los establecimientos de salud y la Ley de Profesionales Paramédicos. La enmienda a la Ley de Médicos fue aprobada por el Parlamento. Una de las medidas incluirá a personas no profesionales en la Junta del Consejo Médico. También se propone revisar y actualizar la legislación de salud pública y los reglamentos existentes, que han perdido vigencia. En este momento no es necesaria ninguna enmienda constitucional para la ejecución de las reformas. No se ha definido la equidad en las normas legales que rigen la salud. Los cambios legales no necesariamente favorecerán un enfoque intersectorial.

Derecho a la asistencia sanitaria y al seguro: El derecho a la atención de salud está garantizado por la Constitución actual. Las propuestas de reformas incluyen el desarrollo de una Carta del Paciente. Se han concebido programas especiales para aumentar la cobertura, entre los que se cuentan los siguientes: programas para el SIDA, el cáncer, las enfermedades crónicas no transmisibles y la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Se seleccionan como grupos destinatarios los que estén más expuestos al riesgo. Se está asignando particular importancia al adiestramiento de los trabajadores de salud, como los auxiliares médicos que han recibido un adiestramiento de 18 meses (Medex), y los trabajadores comunitarios que cumplen sus funciones principalmente en las zonas rurales del país. No se ha introducido un plan garantizado o conjunto básico de prestaciones, pero las propuestas de reforma apoyan el desarrollo de un conjunto básico de atención de salud.

Función rectora y separación de funciones: Se están adoptando medidas que permitan al Ministerio de Salud llevar a cabo su función rectora en el sector de la salud. Se han hecho propuestas para lograr cambios en la estructura orgánica del Ministerio. Hasta la fecha se ha efectuado una evaluación del personal necesario y se han realizado estudios preliminares para determinar cómo puede utilizarse el personal actual en la nueva estructura propuesta. No se ha creado ninguna nueva institución pública que se encargue del financiamiento y los seguros. Se creó un comité de políticas que dará asesoramiento en asuntos relacionados con las políticas. Se inició el trabajo para el establecimiento de sistemas de información que guiarán la fijación de prioridades y apoyarán la toma de decisiones y los procedimientos de asignación de recursos. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha prestado

su ayuda en este sentido. El asesoramiento del BID también apoyará el fortalecimiento del sistema de información.

Modalidades de la descentralización: Se propone que, como parte del proceso de reforma, se examinen las instancias administrativas del sistema de salud. Estas no guardan relación con propuestas más generales para la descentralización de la administración pública y de otros sectores sociales. Se han transferido responsabilidades, autoridad y recursos al recién creado organismo semiautónomo, la Empresa del Hospital Público de Georgetown y se procederá del mismo modo una vez establecidas las Autoridades Sanitarias Regionales.

Participación y control social: La participación social es un objetivo de la propuesta de reforma sectorial. Hasta ahora se han creado muy pocos mecanismos para facilitar la participación social. Los cambios propuestos a los consejos profesionales darán lugar a la participación pública a nivel de las Juntas.

Financiamiento y gasto: Se realizaron algunos trabajos relacionados con los sistemas de información para el financiamiento y el gasto. Se introdujo en el sector la elaboración de presupuestos por programas que se centran en el cálculo del gasto. El proyecto del BID también apoyará este aspecto de la reforma. Algunos de los objetivos de la reforma financiera son: 1) lograr la sostenibilidad financiera del sistema de salud pública mediante la creación de mecanismos adecuados de financiamiento; 2) establecer sistemas de evaluación social para determinar exenciones o subsidios destinados a los que no tienen acceso a los servicios médicos; y 3) asignar mayor importancia a la asignación de recursos para atención primaria de salud, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Hay propuestas para modificar la composición de las normas financieras y del financiamiento. Se inyectarán más fondos al sector por medio de la iniciativa de los países pobres muy endeudados. Se asignará más dinero a los costos de personal a objeto de mejorar los sueldos de los trabajadores del sector público y así puedan acercarse a los niveles de sueldos del sector privado. Gracias a la Estrategia de Reducción de la Pobreza,⁹ se han elaborado programas y acciones para determinar cuáles son los grupos mas vulnerables y atenderlos.

Prestación de servicios: Actualmente se intenta mejorar los modelos de la asistencia sanitaria y una de las metas es hacer de la atención primaria de salud el centro de las reformas, pero hasta ahora no ha habido ningún reajuste de los recursos ni de los servicios para reflejar esa meta. La administración de algunos programas de salud se delegará a organismos semiautónomos. Esto se inició con el establecimiento de la Junta del Cáncer. Una estrategia importante en la prestación de la atención secundaria y terciaria es mejorar las relaciones con el personal y los organismos externos. Deben establecerse vínculos con otros organismos y organizaciones no gubernamentales para abordar temas como la educación familiar, la salud de los adolescentes y el abuso de sustancias. Se ha reconocido la necesidad de fortalecer el sistema de referencia y es una de las actividades del proceso de reforma.

Modelo de administración: Se están introduciendo cambios en el modelo de administración de los establecimientos de salud pública. De acuerdo a las propuestas, las autoridades sanitarias regionales se encargarían de la prestación de servicios. Existe la intención de trabajar en estrecha colaboración con el sector privado para la prestación de atención de salud. Se prevé que el Estado pueda necesitar algunos servicios del sector privado y viceversa. No se han establecido contratos de administración entre los diferentes niveles del sistema de atención de salud pública. Se propone que el Ministerio de Salud, junto con las Administraciones Sanitarias Regionales formen parte de los Convenios de los Servicios de Salud para el suministro de los servicios. Estos Convenios también contendrán metas concretas para las mejoras de la salud de la población receptora de la Región. No se ha manifestado intención alguna de entregar los establecimientos de salud pública a la administración privada.

De los recursos humanos: Se han hecho modificaciones en la formación de los recursos humanos para abarcar especialidades como la promoción de la salud. No se ha efectuado ningún cambio en la ley laboral o en los reglamentos profesionales que rigen a los trabajadores de salud; tampoco se han propuesto modificaciones en la orientación multidisciplinaria del ejercicio profesional. Gracias a iniciativas en el nivel de la Subregión del Caribe se están estableciendo mecanismos para la certificación de los trabajadores de salud. Los sindicatos han participado en el inicio de los debates generales sobre la reforma del sector de la salud, pero su participación se ha limitado en lo referente a los recursos humanos. Por conducto de la iniciativa PPME, se asignará más dinero a los costos de personal para equiparar los sueldos de los trabajadores del sector público con los niveles de sueldos del sector privado. No se dispone de datos recientes sobre el volumen de recursos que se ha destinado en los principales establecimientos públicos de salud para el adiestramiento de sus trabajadores.

Calidad y evaluación de tecnologías de la salud: Se establecieron procedimientos para reglamentar los establecimientos de salud del sector privado mediante la Ley de Hospitales Privados. La reforma sectorial incluye iniciativas en materia de calidad técnica o de calidad percibida para los diferentes niveles de la atención. Estas iniciativas incluyen la elaboración de un Programa de Mejoramiento del Valor, el establecimiento de una Autoridad para atender quejas relacionadas con las salud y de un Consejo de Calidad del Sector de la Salud. No se ha presentado ninguna propuesta para evaluar las tecnologías de la salud.

3.2 Evaluación de los resultados

Todavía es muy pronto para evaluar el progreso de la reforma sectorial ya que su puesta en práctica se ha sido retrasada.

* El perfil fue preparado por un grupo de cinco profesionales y decisores políticos pertenecientes al Ministerio de Salud de Guyana y a la Representación de la OPS/OMS en Guyana. La coordinación técnica del grupo nacional estuvo a cargo de la Unidad de Planificación del Ministerio de Salud de Guyana y de la Representación de la OPS/OMS en Guyana. La evaluación externa la hizo el especialista en desarrollo social de la oficina de país del Banco Interamericano de Desarrollo en Guyana. La revisión final, la corrección editorial y la traducción son responsabilidad del Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

- ¹ Ley de los Órganos Democráticos Locales, Guyana 1980.
- ² Guyana: Informe de la encuesta de las condiciones de vida, PNUD 1999.
- ³ Ibid.
- ⁴ Informe del Desarrollo Humano, PNUD.
- ⁵ Ministerio de Salud: Salud para todos en el año 2000. Tercera Evaluación
- ⁶ Proyecto del Plan Nacional para la Salud, 1995-2000.
- ⁷ Financiamiento sanitario en Guyana: problemas y políticas. Colombo, 1999.
- ⁸ Estrategia de Desarrollo Nacional, 2000.
- ⁹ Documento de la Estrategia de Reducción de la Pobreza. Gobierno de Guyana, 2000.