

# Reforma al Sistema de Salud de Guyana

*Prem Misir*

---

## Introducción

La salud a nivel global ha suscrito la doble meta de cobertura universal y equidad en los servicios para promover una mejor salud para todos. Jeffrey Sachs (1) ha insistido de manera elocuente sobre la noción de cobertura universal en salud (CUS), fundamentado en la política, ética y derecho internacional. Para anclar la CUS, Sachs se basa en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948, que afirma el derecho de cada persona a un nivel de vida adecuado a una buena salud (2). Sachs también cita la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual hace referencia al

disfrute de los más altos niveles de salud asequibles como uno de los derechos fundamentales de cada humano sin distinción de raza, religión, convicción política o condición social (3).

El consenso de que cada ser humano debiera tener acceso adecuado a una atención a la salud de calidad comienza a materializarse en muchos países durante el proceso de diseño, administración y financiamiento a los servicios de salud. Por ejemplo, en los Estados Unidos, los objetivos de las Leyes para la Protección del Paciente y Acceso Asequible a la Salud de 2010 (ACA u Obamacare, en inglés) fueron reducir el número de personas sin seguro médico, incrementar los niveles de acceso, abandonar la concepción de cobrar primas más altas a pacientes con antecedentes clínicos y reducir el costo de los programas, enfocándose en la calidad sobre la cantidad (4). Los sectores conservadores en los EUA rechazaron el programa Obamacare pues ven en los seguros médicos un servicio sujeto al libre mercado bajo una óptica neoliberal.

Las ineficiencias y la desigualdades resultantes de las reformas neoliberales al sector durante los años 70 y 80 han sido documentadas (5). El principio fundamental detrás de las reformas neoliberales es la noción de que el sector privado es más eficiente que el público por lo que la participación del gobierno debe ser mínima. El Banco Mundial propuso que el Estado neoliberal debía restringir el papel del gobierno en la regulación del sector, mientras que la provisión de servicios debiera de ser del sector privado (5). Estas reformas fueron llevadas a cabo mediante dos procesos: descentralización y privatización, de forma que los fondos gubernamentales serían liberados para los pagos de la deuda del sector público, para lo cual se habría contratado deuda con el Banco Mundial, en primer lugar (6). Reducir las obligaciones estatales para la provisión de servicios fue una de las maneras más rápidas de aumentar el pago de la deuda pública y la descentralización de los servicios médicos fue presentada como una manera de transferencia de poderes desde la apatía de un poder burocrático e ineficiente, a la gente (como parte de un proceso de democratización) (5). Estos procesos fueron diseñados, principalmente, no ya para proveer cobertura universal e igualitaria a la salud, sino para servir a los intereses del propio Banco Mundial de reducir la deuda pública de los Estados.

El ex Director General de la Organizaciones Mundiales de la Salud (OMS), el Dr. Gro Harlem Brundtland (7), hizo notar que los sistemas de salud deberían reducir la desigualdad y adoptar estrategias que mejoren el nivel de salud de los más pobres; también indicó que para determinar si tales metas de equidad se estaban alcanzando, los países debieran utilizar las medidas de la OMS para evaluar sus sistemas de salud bajo cuatro funciones o criterios: provisión de servicios, disponibilidad de recursos físicos y humanos para proporcionarlos, captación y obtención de

---

**Prem Misir.** Médico, Maestro en Salud Pública. Universidad de Guyana, Georgetown, Guyana.  
Correo-e: [premmisir@gmail.com](mailto:premmisir@gmail.com)

recursos para financiarlos y la capacidad del gobierno como supervisor de estos procesos.

Este artículo revisa el desarrollo de los planes para la salud y su reforma en Guyana con el fin de determinar las influencias del neoliberalismo en su trayecto hacia el establecimiento de un sistema de salud universal con equidad. Presenta también el contexto histórico del sector salud durante la colonia y el periodo posterior la independencia. Se describe después el estado socioeconómico actual de Guyana en función de las reformas del sector salud con base en su geografía, demografía social e indicadores económicos. Adicionalmente, discute algunas reformas potenciales posteriores y el papel del gobierno; finalmente, se examinan los retos para el sector dentro del esquema neoliberal y se sugiere que la reforma debiera ser un proyecto político para equilibrar los aspectos negativos del neoliberalismo.

### **El contexto histórico de las reformas a la salud**

Guyana, como muchas otras excolonias inglesas, vivió la violencia del proceso colonial en los frentes político, social y económico; el sector salud no fue una excepción. Turshen (8) observa que la mala salud y la desnutrición crónica no eran simplemente problemas domésticos (como tampoco la pobreza), sino consecuencias directas del colonialismo. Ramnath (9) rastrea las políticas tempranas del Caribe colonial del *Commonwealth* (que incluía Guyana, Jamaica y Trinidad y Tobago) y describe que la prioridad de los dueños de las plantaciones y las autoridades coloniales era la sostenibilidad de la economía, primero bajo un régimen esclavista, y luego bajo servidumbre. La profesión médica, mediante la presencia de médicos y cirujanos británicos, sirvió para legitimar a la sociedad basada en plantaciones. Dos desarrollos significativos en Gran Bretaña -la Ley de Salud Pública, de 1848, y el Reporte de la Comisión Sanitaria, de 1869, impactaron los servicios de salud en las colonias; cuando los amos expresaron no estar dispuestos a proveer servicios de salud para los recién liberados esclavos, las autoridades coloniales, con un nuevo mandato dentro del sistema de la corona, les suministraron una semblanza de servicios públicos de salud. En la etapa post-independiente los profesionales de la medicina colonial controlaron la práctica y la

administración de las acciones en salud pública temprana, que más tarde se convertirían en los ministerios locales de salud.

Reformas significativas para el sector salud no fueron implementadas sino hasta 1945 cuando la Comisión Moyne (10) expuso preocupaciones por la relación entre pobreza y salud; incluyendo una alta mortalidad infantil y una morbilidad extendida, viviendas precarias, saneamiento inadecuado y desnutrición. La Comisión también expresó preocupación en torno a que a los servicios terapéuticos les fuera dada mayor relevancia que a los preventivos. Recomendó tales medidas preventivas a través de mejoras en la salud, educación, bienestar y vivienda. En 1947 la salud rural recibió una mejoría a través de una compensación a los trabajadores del campo y la organización de servicios médicos en los latifundios cañeros. Durante los años 40, los gobiernos coloniales también se involucraron en una campaña para el control de la malaria, que prácticamente la erradicó de la costa. Esta enfermedad, no obstante, siguió siendo un riesgo para el interior y la costa durante los años 90 (11). Reformas a la Salud en el periodo independiente (1970-1980). En un estudio sobre recursos humanos para la salud y las reformas a las políticas del sector en el Caribe del *Commonwealth*, Ramnath (12) las revisó en planeamiento, entrenamiento, administración y operabilidad en Guyana entre 1970 y 1980.

### **Proyectos de reforma**

El 1969 Ministerio de Salud implementó una comisión de planeación que desarrolló un plan a 10 años llamado Plan General de Acción (en 1970). El plan identificaba la regionalización de cinco niveles de cuidado a la salud, el primero y el segundo destinados a proveer cuidados primarios para los indígenas del interior y los niveles tres, cuatro y cinco para atención secundaria y terciaria en las zonas urbanas. Cinco regiones serían establecidas para implementar los nuevos servicios; así como dos niveles administrativos - regional y central- el Ministerio de Salud sería central en la responsabilidad de regular y legislar. Se esperaba que la reforma propuesta fuera capaz de aportar un enfoque igualitario tanto para el aspecto preventivo como para el curativo y acceso

equitativo a servicios de salud, así como una repriorización del desarrollo de recursos humanos. Estas reformas no habían sido implementadas todavía al final de los años 70. El reporte Neal, de 1982, observaba que el desarrollo de recursos humanos sin planeación persistía, sin relación alguna con los requerimientos del sistema de salud.

### **Desarrollo de recursos humanos**

El plan de salud de 1970 indicaba programas de capacitación relevantes a una estrategia de desarrollo de recursos humanos. El programa de entrenamiento Mendex fue creado en 1977 (consistente en la formación de profesionales para la atención médica media a nivel local), seguido del Programa de Promotores de Salud Comunitarios, en 1979. Ambos programas se debilitaron en los años 80 vía cortes al presupuesto asignado a la salud, inspirados por las preocupaciones del gobierno respecto a su supervivencia política. El plan para la salud también indicaba que el Ministerio de Salud la central tendría jurisdicción sobre la planeación y ejecución del entrenamiento de enfermeras y asesoraría a nivel regional. Para asegurar un acceso adecuado de médicos la estrategia del Ministerio de Salud fue la contratación de extranjeros. Un pequeño número de estudiantes de medicina fueron entrenados en la Universidad de las Indias Occidentales en Norteamérica y el Reino Unido; no obstante, la escasez de médicos siguió siendo un problema.

### **Administración**

El Reporte Neal, de 1982, examinó las fallas administrativas en la última década, identificando errores de planificación, producción, administración y uso de recursos. Lo que encontraron fue un sistema sin la habilidad de coordinar y echar mano de los recursos humanos para proveer servicios de salud durante los años 70. Adicionalmente, la politización burocrática con sus ineficiencias e incompetencias concomitantes, la devastadora migración del personal calificado en salud y la falta de apoyo al sector público más allá del PNC, Congreso Nacional Popular, fueron factores que destruyeron

cualquier esperanza de que el plan pudiera ser implementado.

Resumiendo la historia de la Reforma de Salud en Guyana en 1970, Ramnath (12) concluye:

El pobre estado del sistema de salud a todos niveles -humano, físico y material- hacia el final de los 70s, reflejaba no sólo las circunstancias económicas sino un caso claro de negligencia y falta de compromiso hacia la implementación de las políticas por parte del régimen. Dicha negligencia sería en parte comprensible dadas las dificultades que se enfrentaban en esos momentos. Intentos por desarrollar e implementar una política de desarrollo humano comprensiva para el sector salud bajo estas circunstancias fueron en todo caso limitadas y ad hoc en el mejor de los casos y negligentes e insignificantes en el peor.

Durante los años 80 el gobierno del PNC intentó implementar su filosofía socialista mediante una reforma a la salud basada en atención primaria; el objetivo era el de proveer atención médica para todos. Pero el presupuesto de 1980 asignaba sólo el 5% del presupuesto a la salud, mientras el de seguridad alcanzaba el 10%. Las prioridades del gobierno estaban claramente orientadas a su supervivencia política y no a la reforma en salud (13). El resultado fue un incremento en la emigración de enfermeras y doctores (2). Sin duda, enfermeras y doctores experimentaron problemas laborales entre 1980 y 1990; Spinner (13) hace notar que algunos doctores se comunicaron con el Ministerio de Salud acerca de una fuerte escasez de todo lo que haría posible el cuidado a la salud. En un contexto marcado por la erosión de las condiciones laborales y condiciones de trabajo inadecuadas, enfermeras altamente calificadas emigraban apenas terminaban su entrenamiento (12).

No obstante un entorno poco democrático y con escasos recursos, el gobierno estaba interesado en resolver el problema de la falta de recursos humanos derivada de la emigración (12). Desde 1973, el gobierno de Guyana había enviado sólo cinco estudiantes becados a la Escuela de Medicina en la Universidad de las Indias

## Mapa de Guyana



Fuente: <http://www.lib.utexas.edu/maps/americas/guyana.gif>

Occidentales en Jamaica. Este número era claramente insuficiente para producir un número adecuado de médicos, por lo que el gobierno resolvió en 1985 crear una Escuela de Medicina dentro de la Facultad de Ciencias de la Salud. Hoy, la Escuela de Medicina de la Universidad de Guyana cuenta con una acreditación CAAM-HP provisional. En retrospectiva, la actuación del PNC

en el ámbito de la salud entre 1970 y 1990 fue notable, pero muchas de las iniciativas nunca fueron implementadas. Como consecuencia, las políticas de salud siguieron siendo eventos *ad-hoc* como había sido el caso durante el periodo colonial.

### El contexto socioeconómico actual para las reformas en materia de salud

Una característica paradójica de Guyana es que a pesar de su gran espacio territorial, de aproximadamente 216,000 kilómetros cuadrados, la tierra arable es escasa. Geográficamente, Guyana está situada en la costa Noroeste de Sudamérica, con el Océano Atlántico al norte, Surinam al este, Brasil en el sur y Venezuela en el oeste.

Guyana está posicionada entre los 1 y 9 grados de latitud norte, 57 y 61 grados Oeste, se extiende hasta el sur 724 kilómetros. Tiene cuatro regiones naturales: la planicie baja costal; una zona de colinas arcillosas con arena; una zona alta y las sabanas interiores. Con el 90% de su población en la costa, podría ser adecuado no sólo ver a Guyana como la tierra de “muchas aguas” sino como la “tierra a lo largo de la costa.” Las fronteras de Guyana miden 2,949 kilómetros, 1,606 con Brasil, 743 con Venezuela y 600 con Surinam.

**Cuadro 1**  
**Infraestructura en salud, 2010**

Institución	Región										G-town	Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Puesto de salud	43	19	29	8	1	3	24	16	51	18	0	212
Centro de salud	3	11	13	25	14	23	3	5	3	12	15	127
Hospital distrital	4	1	3	1	2	2	2	2	2	2	0	22
Hospital regional	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	5
Hospital privado	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	6	7
Hospital Nacional de Especialidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Hospital Regional de Especialidades	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Hospital Geriátrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Centro de Rehabilitación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Centro de Diagnósticos (Instalaciones de diagnóstico dentro de los hospitales.)	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>33</b>	<b>47</b>	<b>36</b>	<b>18</b>	<b>33</b>	<b>29</b>	<b>23</b>	<b>56</b>	<b>33</b>	<b>24</b>	<b>382</b>

Fuente: Departamento de Inspección, Ministro de finanzas (*Inspectorate Department, Ministry of Finance*).



Gente de diversos orígenes llegaron a Guyana, primero como esclavos y después como peones para trabajar en las plantaciones de azúcar. Con base en la estimación alta, la población de Guyana se estima en 808,309 para 2015 (14), con las siguientes distribuciones por grupo etario: 0-14 años: hombres 102,438 (12.6%) y mujeres 101,818 (12.5%); 15-64 años: hombres 275,773 (34.1%) y mujeres 271,094 (33.5%); 65 años o más: hombres 25,461 (3.1%) y mujeres 31,724 (3.9%). Guyana tiene una población joven, pero étnicamente diversa. La población en 2002 se distribuía como sigue en descendencia: india (43.46%); africana (30.20%); amerindia (9.16%); portuguesa (0.20%); china (0.19%); blanca (0.08%); y otra (0.01%) (15).

En 2012, PIB *per capita* fue de US \$3,340 mientras que el PIB se situó en 2498 millones de dólares (16), la tasa de desempleo era de 11% en 2007 (17) y el analfabetismo de situaba en 9% (2011 USDS) (18). En 2010, alrededor del 90% de la población tenía acceso a agua potable y el 85% contaba con drenaje (19).

Fundamentos macroeconómicos sólidos y un mejor saneamiento son plataformas adecuadas para la mejoría del sector salud, la segunda condición producto de la firma de iniciativas para Países Pobres Altamente Endeudados (HIPC en inglés) desde 1997, resultando en una disminución de su deuda externa de 122% en 2002 a 38% del PIB en 2008. La firma de dicho acuerdo también le permitió amplio acceso a financiamientos. ¿Cómo han impactado estos factores socioeconómicos sobre el sistema de salud actual?

### **El sistema de salud de Guyana**

Los sectores público y privado son los principales proveedores de atención a la salud en Guyana, el Ministerio de Salud (MS) es el principal proveedor e inversionista del país. Está prevista su descentralización con el seguimiento del Ministerio de Desarrollo Social y Desarrollo Regional, que financia y provee atención a la salud mediante los Consejos Democráticos Regionales (CDR) y las Autoridades Regionales de Salud (ARS) en 19 regiones administrativas. Hoy, hay una sola ARS en el país en la región 6. El MS

deberá asesorar tanto a los primeros como a los segundos.

Adicionalmente, los agentes gubernamentales los Ministerios de Educación, Agricultura, Gobernación Local y Desarrollo Regional así como el de Desarrollo Amerindio apoyan al MS en la provisión de servicios de salud.

En 2009, había cinco hospitales nacionales, 6 hospitales privados, 21 hospitales-clínicas de distrito, cinco hospitales regionales, 2 hospitales de especialidades, 1 hospital geriátrico 1 centro de rehabilitación, 211 puestos de salud y 127 centros de salud (20).

Hay un sector privado operando bajo la jurisdicción de la Reglamentación para el Licenciamiento a Proveedores de Servicios de Atención a la Salud, que determina los lineamientos para los cuidados y prácticas. Hoy, existen siete hospitales privados con sus clínicas asociadas; éstos son: Hospital St. Joseph Mercy, Davis Memorial, Hospital Woodlands, Centro de Artes Médicas, Hospital de Prasad, Hospital Dr. Balwant Singh's y Anamayah Memorial. Varias ONGs operan como parte del sector privado, la mayoría en el segmento de combate al VIH/AIDS (21). El Cuadro 1 da cuenta de la infraestructura del MS y la del sector privado en las 10 regiones.

### **Resultados del sector salud**

En los últimos 20 años Guyana ha mejorado la salud de su población, abatimiento su Índice e Mortalidad Infantil (IMI) y aumento esperanza de vida. Los datos del Banco Mundial sugieren que la esperanza de vida al nacer era de 59 años para los hombres en 1992 y 63 en 2011 (22), para las mujeres era de 66 años en 1992 y 69 en 2011 (23); el índice de mortalidad plano era de 10 per 1,000 en 1992 y 7 per 1,000 en 2011 (24); la mortalidad infantil per 1,000 nacimientos era de 29 en 2011 y 44 en 1992 (25); el porcentaje de niños entre 12-23 meses que recibían inmunización contra las paperas era de 73 en 1992 y 99 en 2012 (26); y el de niños entre 12-23 meses vacunados contra la **DPT** era de 79 en 1992 y 97 en 2012 (27). Hay cierto nivel de control de las enfermedades transmisibles como tuberculosis, VIH y Malaria

pero con un apoyo desproporcionado a los programas contra el VIH/SIDA. El sistema de salud todavía no cuenta con un programa de salud viable para la coinfección VIH/Tuberculosis.

Entre 2007 y 2009 hubo reducciones en los datos para mortalidad para enfermedades no contagiosas (20), que daban cuenta de la mayoría de las muertes, no obstante, siguieron siendo la mayor causa de muerte en 2009. En comparación a 2007 se redujeron los casos de enfermedad isquémica del corazón, neoplasias, diabetes mellitus y paro cardiaco, acompañadas de incrementos en muertes por enfermedades cerebrovasculares e hipertensión.

El control de TB, VIH y malaria en Guyana no se compara ventajosamente con el de otros países del Caribe para 2011 (19); por ejemplo, la prevalencia de tuberculosis fue de 121 por 100,000, cuando el promedio regional era de 35; la prevalencia de VIH fue de 814 per 100,000 contra un promedio regional de 319 y la incidencia de malaria con 6049 per 100,000 contrasta con el promedio caribeño de 194. Los datos del Banco Mundial muestran que el IMI de Guyana como indicador de salud no era tan bueno como el de otros miembros del CARICOM. Por ejemplo, en 2012 el IMI infantil de Guyana era de 29 per 1,000 nacimientos vivos mientras en el IMI de Barbados, Trinidad & Tobago, Jamaica, St. Lucia, Granada y St. Vincent y Granadinas fueron 17, 18, 14, 15, 11, y 21, respectivamente (25).

Una escasez de profesionales de la salud reduce el acceso a servicios de salud básicos en el país, los datos de la OMS indican que (19) en 2005 habían 2.1 médicos por cada 10,000 en habitantes; el promedio regional fue de 20.4; había 5.3 enfermeras y parteras por cada 10 000 habitantes mientras que el promedio regional fue de 71.5.

La Evaluación de Sistemas de Salud (ESA) no encontró ninguna estimación comprehensiva de la provisión de servicios (28), lo que resulta en información incompleta respecto a la cantidad y calidad de la infraestructura y esta dimensión en Guyana.

### *Planeación en salud*

No obstante su estatus como país de ingresos medios-bajos con un gasto en salud pública del 5.9% PIB en 2011 (29), el sistema de salud ha visto mejoras vitales. Aún así, las estructuras institucionales actuales y el desarrollo de servicios representan aún un reto que requiere planeación relevante para lograr reformas verdaderamente significativas.

Varias agencias multilaterales operan en Guyana para asistir al sector salud en el desarrollo de estas reformas: el Banco Inter-Americano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial (BM), el Fondo Mundial para el SIDA, Tuberculosis y Malaria (GFATM), la Iniciativa Alianza Mundial por la Vacunación (GAVI), Agencia Internacional de Desarrollo de Canadá (CIDA), China, Cuba, la Unión europea, (EU), la Agencia Internacional de Desarrollo de los EEUU (USAID) La Agencia Japonesa de Cooperación para el Desarrollo (JICA), el Fondo para el Programa Presidencial para el Combate al SIDA (PEPFAR), los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los EEUU (CDCs) así como PAHO/OMS, UNICEF, UNDP y UNFPA.

Mientras que las agencias multilaterales dan apoyos, el Ministerio de Salud es el actor principal en el planteamiento de una estrategia general y una dirección para el proceso de reforma. El MS ya había implementado dos planes estratégicos previos entre 2003 y 2012, el Plan Nacional de Salud PNS (2003-2007) y la Estrategia Nacional para el Sector Salud 2008-2012 ENSS. Estos planes apoyan la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP), La Estrategia Nacional de Desarrollo (END) y las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM).

Los objetivos del PNS (30) eran reducir la mortalidad maternal e infantil y la morbilidad y reducir la prevalencia de VIH, TB, malaria y dengue; limitar las enfermedades no contagiosas, como diabetes, enfermedades cardiacas, cáncer y accidentes; dar manejo a desórdenes mentales como la depresión o el abuso de sustancias;

mejorar los servicios de rehabilitación e intervención para discapacitados, asegurar que los pobres tengan acceso igualitario servicios de salud de calidad, promover la colaboración intersectorial con el MS, promover estilos de vida saludables, reducir riesgos que contribuyan a una mala salud y producir sistemas de salud adecuados con el fin de generar resultados para la salud colectiva con equidad.

La visión de la ENSS era la de lograr que los “ciudadanos guyaneses se encuentren ente los más sanos del Caribe y Sudamérica” (31). Los objetivos de la ENSS fueron ofrecer accesos igualitarios a servicios de salud de calidad, accesibles. Se enfocó en incrementar la esperanza de vida a 68 años tanto para hombres como para mujeres, alcanzar la meta del milenio de reducir la mortalidad materna a 80 por 100,000 nacimientos vivos, la mortalidad neonatal a 16 por cada 100,000; la infantil a 25 por 1,000; reducir la prevalencia de VIH a 1%, de tuberculosis a 75 por 100,000 y la malaria a 5000 casos por día.

También se plantea mejorar el acceso a servicios de salud de calidad para llegar a 90% de cobertura en la aplicación de todas las vacunas, asegurar acceso a servicios de salud dentro de una hora de desplazamiento desde la residencia de todo ciudadano, los cuidados de personal entrenado profesionalmente en 95% de los nacimientos, provisión satisfactoria de medicamentos requeridos en 95% de los requerimientos de la Lista de Fármacos Esenciales; así como la reducción del número de casos, tanto de enfermedades transmisibles, como no contagiosas. La ENSS se planteó lograr estos objetivos mediante cinco estrategias orientadas a fortalecer el sistema de salud: descentralización, fuerza de trabajo capacitada, responsabilidad del gobierno en la regulación y liderazgo, el desempeño en la administración del sector y de los sistemas de información asociados a éste.

El plan estratégico actual del MS es llamado “Visión Salud 2020”, “Salud para todos en Guyana: Una Estrategia Nacional para Guyana, 2013-2020” (32). Visión 2020 procurará mejorar la salud de los guyaneses, disminuir desigualdades en salud y desarrollar la administración y provisión de servicios de salud de calidad, basados

en evidencia, y relevantes para sus usuarios. El MS espera lograr estas metas con una cobertura de salud universal y en relación a los determinantes sociales de salud.

Mientras que Visión 2020 menciona algunas de las dificultades encontradas por planes previos, fracasa en no tomar en cuenta varios indicadores de salud clave no alcanzados con el ENSS 2008-2012. El Banco Mundial demuestra que en 2011 la esperanza de vida al nacer en hombre/mujer era de 63/69; en 2010 la mortalidad materna era de 280 en 100,000 nacimientos vivos; en 2012 la mortalidad neonatal era de 29 por 1,000 y la mortalidad por debajo de cinco años de 35 por 1,000: en 2012, la prevalencia de VIH era de 1.3% y durante 2009 en 93% de los partos hubo personal entrenado (12). Datos de la OMS (10) muestran que hubo otros indicadores que no se alcanzaron: la prevalencia de tuberculosis estuvo en 121 per 100,000, para la malaria en 6,049 casos por año. Para 2012, la ENSS se excede en sus propias metas para inmunización de DPT 97% para **DPT** y 99% para las paperas de niños de entre 12 y 23 meses (33).

Los muchos retos persistentes en el cuidado a la salud en Guyana subrayan la necesidad imperante de reformas. Las demandas de los usuarios y las expectativas de mejores servicios de salud se incrementan en la medida en que hay mayor consciencia sobre la salud, una esperanza de vida inaceptable y patrones demográficos cambiantes. Los retos en la implementación del ENSS 2008-2012 elucidados en *Vision 2020* (32) son: una coordinación en servicios de salud que no logró fortalecer el sistema adecuadamente, selección inapropiada de intervenciones clave que por lo escasas de los casos de fondos resultó en un uso ineficiente de recursos humanos escasos; la falta de un sistema de información afectó adversamente la programación de iniciativas e intervenciones estratégicas; una integración limitada entre el plan estratégico, el plan de trabajo anual y falta de monitoreo y evaluación, resultaron en una desconexión entre los objetivos estratégicos y los resultados observados; también ocurrió que los programas orientados a enfermedades específicas recibieron recursos desproporcionados, en detrimento de la construcción de capacidades. Estos retos resuenan con los problemas de

coordinación enfrentados en los años 70, descritos anteriormente.

La planeación en salud desde 1978 ha buscado incrementar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad enfatizando la atención primaria en salud y la cobertura universal (32). La política gubernamental en salud está guiada por el artículo sobre Estrategias de Reducción de la Pobreza, con impactos a la salud de 28 indicadores fundamentales de pobreza, con un gasto del PIB desde 2011 (29), las Metas de Desarrollo del Milenio, la Declaración Nassau del CARICOM, la Declaración del Puerto de España sobre Enfermedades no Transmisibles, las iniciativas en salud de la UNASUR y la Constitución de la OMS.

### **Reformas a la salud**

La OMS (34) conceptualiza reformas en términos de eficiencia, efectividad, calidad, equidad y capacidad financiera de los sistemas de salud. En 2010 la HSA (28) auditaba las funciones del sistema de salud guyanés con base en seis módulos consistentes con los 6 pilares de la construcción de sistemas de salud de la OMS: organización, financiamiento a la salud, provisión de servicios, recursos humanos para la salud (RHS), manejo farmacéutico y sistemas de información en salud (SIH). Estos están en sincronía con el concepto de reforma de la OMS. El autor utiliza la evaluación de la HSA para identificar las áreas de la reforma.

### **Gobernanza**

La Estrategia Nacional para el Sector Salud 2008-2012 proporcionó liderazgo en el crecimiento de los seis módulos de salud, todos en relación con la gobernanza. En el primero módulo sobre gobernanza, el MS se reconoce como la autoridad central controlando los aspectos técnicos de la salud, las autoridades regionales apropiadas también son especificadas. En 2006 movimiento hacia integrar la autoridad administrativa con supervisión técnica resultó en la Autoridad Regional en Salud piloto para la Región seis que todavía no ejerce autoridad sobre muchos aspectos. No obstante, la ARS trajo nuevos componentes a la mesa, incluyendo la creación de comités regionales de salud que aportaran el sentir

de la ciudadanía a la provisión de servicios y los acuerdos en que descansan. La HSA recomendó asignarles ARS a las Regiones. En 2014, la Región si es todavía la única con una autoridad de salud.

### **Financiamiento de la salud**

El financiamiento público fluye a través del Ministerio de Finanzas a las 10 Regiones (vía RCDs y oficinas de salud regionales y al Corporativo del Hospital Público de Georgetown GPHC). Otras fuentes de recursos son donadores externos, gasto privado a través del Esquema Nacional de Seguros y gasto familiar directo. La inversión gubernamental se ha duplicado desde 2005, con una mayor cantidad de capital financiando nueva infraestructura y renovando la existente. Fondos considerables están disponibles en torno al VIH/SIDA. La HSA recomendó que:

El financiamiento a la salud podría ser fortalecido reforzando el sistema de financiamiento basado en necesidades; el papel de nuevas estructuras de la ARS y de las TWG financiadoras, para coordinar una mejorada asignación de recursos a través de todo el sector salud, incluyendo los Ministerios de Salud y Finanzas y las agencias de desarrollo, asegurar la disponibilidad de datos para la toma de decisiones, tal como datos de la Estadística Nacional de Salud (28).

### **Provisión de servicios**

La responsabilidad del Sistema de Salud en la prevención de servicios ha visto mejoras en las siguientes áreas: equidad en el acceso, hacerse de recursos humanos calificados y actualización de infraestructura y tecnología. Estas mejoras han ocurrido en su mayoría a través de una red de laboratorios, servicios garantizados públicamente y una fuerte respuesta al VIH/SIDA. Las deficiencias en la provisión de servicios se encuentran en los niveles más bajos del cuidado a la salud en el interior del país.

### **Recursos humanos para la salud (RHS)**

Para contrarrestar los altos índices de precisión en el sector salud, el Gobierno ha estado incrementando el número de trabajadores de la salud. Ha habido algunos éxitos en proveer



educación internacional a doctores y una estrategia similar podría ser necesaria para incrementar el número de enfermeras y reducir el índice. Es necesario poder incrementar la retención de trabajadores y su calidad a través de sistemas de incentivos y formulando protocolos de manejo de recursos humanos más eficientes así como mejorar programas de educación continua. Uno de estos protocolos podría ser la disponibilidad de información sobre los movimientos de los trabajadores de la salud, su entrenamiento y salarios, dicha información daría bases para programas basados en la evidencia para la retención de los trabajadores de la salud.

### ***Manejo farmacéutico***

El involucramiento del Gobierno con donantes externos, tales como el Fondo Global y otros, ha mejorado su capacidad de procurar, acumular, administrar y distribuir medicinas y utensilios médicos. El proyecto de la USAID de Sistemas de Administración de Cadenas de Abastecimiento ha dado apoyo a la Unidad de Manejo de Materiales del MS. Por ejemplo, el MS tiene ahora protocolos de cuidados a pacientes y una lista revisada de farmacéuticos esenciales. Hay, sin embargo, retos en relación al monitoreo de fármacos, almacenes y dispensarios en puntos de distribución regional, coordinación inapropiada de las actividades administrativas de entidades donantes y una optimización en los sistemas de Información de Administración Logística sobre los requerimientos, comunicaciones y manejo de abastecimiento. La solución de estos retos mejoraría la calidad comprobada de los fármacos y aseguraría la obtención a tiempo de los mismos a las distintas unidades de salud.

### ***Sistemas de información en salud (SIH)***

El MS cuenta con varias iniciativas relacionadas con la administración de información, por ejemplo, el Sistema de Información sobre Salud de Guyana (SISG), el Sistema Computarizado de Administración de Mantenimiento, el Sistema de Administración de Bodegas, bases de datos de recursos humanos e iniciativas en torno a la salud administrada electrónicamente. La ENSS 2008-

2012 apoyó estas iniciativas; el nuevo plan estratégico de 2013 deberá desarrollar una base de datos para el monitoreo y la evaluación.

### **Reformas de salud potenciales**

El HSA reporta en 2010 varios retos en la provisión de servicios que incluyen la necesidad de mejorar la coordinación entre programas, monitoreo para garantizar calidad y las opiniones de los propios usuarios; implementar mejores prácticas de administración de la infraestructura e incorporar procedimientos operativos estándar y mejorar el Sistema Nacional de Especialidades introduciendo también principios operativos estándar en el tratamiento a pacientes. El sistema de financiamiento basado en necesidades podría ser mejorado y Finanzas de Salud Nacional podría proveer información al Sector Salud regularmente. En términos de reducir la desigualdad en la calidad de la atención a la salud hay una creciente urgencia para proveer un mejor acceso a los más pobres y vulnerables y, en particular, a la gente del interior del país, para quienes el acceso y la morbilidad imponen retos enormes. El Gobierno de Guyana enfrenta también grandes desafíos en cuanto a recursos humanos; hay inquietud por la escasez de enfermeras, análogo al visto en el periodo de 1980-90, que puede requerir incentivos apropiados, programas de educación continua e información sobre el movimiento de los trabajadores, su entrenamiento y remuneración. El sistema de salud requiere mecanismos efectivos para monitorear y coordinar medicinas, dependencias, dispensarios en las bodegas regionales, actividades de administración farmacéutica por parte de los donadores y una mejor organización de los Sistemas de Información en Logística Administrativa sobre requerimientos, comunicación y administración de recursos.

El reporte también aludía a la necesidad de instituir Autoridades Regionales de Salud con control sobre sus propios gastos y autonomía en general, para la gestión de la salud de las 10 regiones de Guyana; desde hace ocho años hay una sola ARS (8).

## La contribución del gobierno

A través de Visión Salud 2020, el Gobierno (32) tiene una responsabilidad central en la promoción del bienestar del pueblo guyanés, reducir las desigualdades en salud y mejorar la administración y provisión de servicios de salud de calidad. Dos pilares estratégicos -la cobertura universal y los determinantes sociales de la salud- hablan de estas responsabilidades. El pilar de la cobertura universal facilitaría una renovación de la atención primaria, mientras que los determinantes sociales como pilar se enfocarían en la promoción de la salud y a la construcción de asociaciones estratégicas.

El Reporte Mundial de Salud 2000 (35) señalaba que la promoción gubernamental debía incluir: formulación de políticas de salud en las que la visión y la dirección son definidos; marcos regulatorios que gobiernen el comportamiento de los empleados dentro del sistema y para garantizar que operan las regulaciones; además, tendría que establecerse un sistema robusto de manejo informático que permitiera una mejor comprensión del total del sistema de salud. En Guyana las responsabilidades del gobierno están en la formulación de políticas, regulación, manejo de la información, financiamiento y la resolución de una salud pública estratégica; *Vision 2020* (32) implica que las formulaciones de políticas y estrategias serán coordinadas por el Comité Nacional de Políticas Públicas en Salud y la implementación de otras cuatro funciones a través de una Dirección de Administración y una Dirección Técnica de Salud; los datos serían compilados a través del marco de Monitoreo y Evaluación (M&E) y su plan correspondiente.

## Conclusión

En la última década, las políticas públicas implementadas en Guyana, promulgadas en el Plan Nacional de Salud (2003-2007) y la Estrategia Nacional para el Sector Salud 2008 – 2012 (ENSS) y, más recientemente, con Visión Salud 2020, han apoyado los esfuerzos de cobertura universal y equidad. Sin embargo, sin una evaluación formal sobre los resultados de dichos programas es difícil valorar la realidad de esos dos parámetros dentro del sector. Asimismo sin evaluaciones de

desempeño, hasta el potencial y el papel del único ARS fundado hace ocho años como potencial de gran transformación del sistema de salud permanecen indeterminados.

Los principios fundamentales del ARS eran que la descentralización permitiría la aportación de los usuarios a la guía para el diseño del sector salud. Sin embargo, si el ARS está implementado con un trasfondo neoliberal con privatización como consecuencia final, entonces las lecciones de los fracasos de las reformas en salud durante los años 70 se habrían perdido para los planificadores de la Reforma guyanesa. Por ejemplo, Colombia, acató los planos del Banco Mundial para la reforma del sector y, a pesar de los altos gastos implicados, se encontró con que una porción gigantesca de su población no contaba con cobertura alguna y que los pobres pasaban por enormes dificultades para acceder a cuidados de salud (5). En el modelo neoliberal, la privatización ocurre a partir de una descentralización sancionada por el gobierno; la experiencia muestra que el proceso termina perjudicando a sectores históricamente desfavorecidos. Para resultar efectiva, la táctica de los ARS requeriría de dirección y de una estrategia directa del gobierno, en particular por el gran número de agencias multilaterales neoliberales operando en Guyana e involucradas en la reforma para el desarrollo del sector.

Adicionalmente, dentro del modelo neoliberal del Banco Mundial, el sector salud alcanza su máxima eficiencia a través de privatizar bajo regulación gubernamental, pero en muchos países pobres e incluso, en algunos países avanzados, los gobiernos pueden no contar con la capacidad regulatoria requerida (5); por lo tanto, una privatización dentro de un marco de descentralización, como el ARS, pudiera ser detrimental en el contexto de un control estatal inadecuado. Aunque la descentralización está orientada a movilizar la participación de la población en torno al cuidado a la salud, también podría quedar completamente controlado por una privatización dentro de un marco neoliberal. El proceso de reforma al sector salud en Guyana, por ende, tiene que ser un proyecto político para lograr evitar las consecuencias indeseables de corte neoliberal en la medida en que en el país mucha gente no tiene la cobertura de un sistema de

atención médica y en algunos casos, está muy limitada en su acceso a este tipo de servicio. Los más pobres y vulnerables pueden volverse víctimas de la privatización en la medida en que no cuentan con suficiente capital social como educación, ingresos y salud para competir en un sistema privatizado, dominado por la ideología neoliberal, que ve la salud como una mercancía en un mercado libre y no como un derecho humano fundamental.

## Referencias

1. Sachs JD. Achieving universal health coverage in low-income settings. *Lancet*. 2012;380:944-7. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61149-0.
2. United Nations. The Universal Declaration of Human Rights: [Internet]; 1948 [cited 2012 May 1]. Available from: <http://www.un.org/en/documents/udhr/>.
3. WHO. Constitution. Geneva: WHO, 1989: [cited 2014 Mar 15] Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/36851>.
4. Savel RH, Munro CL. Current state of health care reform: Dysfunctional government, divided country. *American Journal of Critical Care*. 2014;23:100-2.
5. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005;71:83-96. doi: 10.1016/j.healthpol.2004.01.011. PubMed PMID: 15563995.
6. Ugalde A, Homedes N. La clase dominante transnacional: su rol en la inclusión y exclusión de políticas en las reformas sanitarias de América Latina. *Cuad méd soc (Ros)*. 2002;95- 110.
7. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. [March 18, 2014]. Available from: <http://www.who.int/whr/2000/en/>.
8. Turshen M. The impact of colonialism on health and health services in Tanzania. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*. 1977;7:7-35. PubMed PMID: 319069.
9. Ramnath K. Regime Characteristics and Health Policy Reform in the Post-Colonial State. Kingston upon Hull: University of Hull; 1998.
10. West India Royal C, Guinness WE 1st Baron Moyne. West Indian Royal Commission Report. London: His Majesty's Stationery Office; 1945.
11. Merrill T, editor. Guyana and Belize: country studies. Washington, DC: Federal Research Division, Library of Congress; 1993.
12. Spinner TJ. A political and social history of Guyana, 1945-1983. A Westview replica ed. Boulder: Westview Press; 1984. xv, 244 p. p.
13. Ramnath MK, Cantab MP. REGIME CHARACTERISTICS AND HEALTH POLICY REFORM IN THE POST-COLONIAL STATE. 1998.
14. Beale ST. Population Projections: Guyana: 2005 – 2025 Georgetown: Bureau of Statistics; 2006. Available from: [http://www.statisticsguyana.gov.gy/pubs/Guyana\\_Population\\_Projections\\_2005-2025.pdf](http://www.statisticsguyana.gov.gy/pubs/Guyana_Population_Projections_2005-2025.pdf).
15. Guyana at a glance: Population distribution by nationality background/ethnicity Guyana: 2002. 2002: [cited 2014 Mar 16] Available from: <http://www.statisticsguyana.gov.gy/census.html>.
16. Guyana Unemployment rate. Index Mundi, 2015: [cited 2014 Mar 16] Available from: [http://www.indexmundi.com/guyana/unemployment\\_rate.html](http://www.indexmundi.com/guyana/unemployment_rate.html).
17. Ethnologue. [March 16, 2014]. Available from: <http://www.ethnologue.com/country/gy>.
18. WHO. Guyana Health Profile. 2014: [cited 2014 Mar 26] Available from: <http://www.who.int/gho/countries/guy.pdf>.
19. Life expectancy at birth, male (years) [March 17, 2014]. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN>.
20. The World Bank. Life expectancy at birth, female (years). [cited 2014 Mar 14] Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN>.
21. The World Bank. Death rate, crude (per 1,000 people). [cited 2014 Mar 17] Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CDRT.IN>.
22. The World Bank. Mortality rate, infant (per 1,000 live births). [cited 2014 Mar 17] Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>.
23. The World Bank. Immunization, measles (% of children ages 12-23 months) [cited 2014 Mar 2014] Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.MEAS>.
24. The World Bank. Immunization, DPT (% of children ages 12-23 months). [cited 2014 Mar 17]

- Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.ID.PT>.
25. Ministry of Health, Government of Guyana. Statistical Bulletin. 2014: [cited 2014 Mar 17] Available from: [http://health.gov.gy/MOH/Publications/Statistical\\_Bulletins\\_2004-2008/moh\\_stats\\_bulletin\\_09.pdf](http://health.gov.gy/MOH/Publications/Statistical_Bulletins_2004-2008/moh_stats_bulletin_09.pdf)
26. Guyana health system assessment 2010. [March 18, 2014]. Available from: <http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/85822/>.
27. The World Bank. Health expenditure, total (% of GDP) 2014.
28. National Health Plan 2003-2007: The Strategic Plan of the Ministry of Health [March 17, 2014]. Available from: [health.gov.gy/national\\_health\\_plan%202003-2007.pdf](http://health.gov.gy/national_health_plan%202003-2007.pdf).
29. Health Vision 2020 "Health for all in Guyana" A National Health Strategy for Guyana 2013 - 2020 [March 2, 2015]. Available from: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/Guy%20HealthVision%202020\\_Final\\_19Dec.13.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/Guy%20HealthVision%202020_Final_19Dec.13.pdf).
30. IBRD.IDA. Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births) [March 1, 2015]. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MRT>.
31. IBRD.IDA. Births attended by skilled health staff (% of total) [March 1, 2015]. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.BRTC.ZS?page=1>.
32. WHO. Guyana: health profile [March 1, 2015]. Available from: <http://www.who.int/gho/countries/guy.pdf?ua=1>.
33. IBRD.IDA. Immunization, DPT (% of children ages 12-23 months) [March 1, 2015]. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.ID.PT>.
34. IBRD.IDA. Immunization, measles (% of children ages 12-23 months) [March 15, 2015]. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.MEAS>.
35. National Health Plan 2003-2007: The Strategic Plan of the Ministry of Health [March 2, 2015]. Available from: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/National\\_Health\\_Plan\\_2003-2007.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/National_Health_Plan_2003-2007.pdf).
36. National Health Sector Strategy 2008-12 [March 2, 2015]. Available from: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/National\\_Health\\_Policies-Guyana\\_2008-2012.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/National_Health_Policies-Guyana_2008-2012.pdf).
37. WHO. The World health report 2000 : health systems: improving performance. [March 3, 2015]. Available from: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1).
38. Guyana Health System Assessment 2010 [March 3, 2015]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19790en/s19790en.pdf>.
39. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health policy. 2005;71(1):83-96. doi: 10.1016/j.healthpol.2004.

Conflicto de intereses: ninguno.  
 Recibido: 12 de diciembre de 2013.  
 Aprobado: 13 de enero de 2014.

