

II. LOS PROBLEMAS DE SALUD

A. LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

El objetivo esencial de la vigilancia epidemiológica es la provisión de constante información acerca de las patologías que afectan a la población, permitiendo seguir sus tendencias.

En Haití, debe reconocerse que "los elementos básicos que permitirían apreciar la situación en forma global con frecuencia son inexistentes, fragmentarios o contradictorios, y están dispersos y subutilizados. El sistema de vigilancia epidemiológica es pesado, no está adaptado a las circunstancias e involucra una importante pérdida de información. Además, no contempla la utilización o el tratamiento de datos a nivel institucional o comunal, y no favorece la retroalimentación"⁽⁵⁸⁾.

Hasta 1991, cuatro enfermedades estaban sin embargo sujetas a sistemas específicos de vigilancia: la poliomielitis, el tétanos neonatal, el SIDA y el cólera

Las crisis sucesivas de 1991 han ejercido un impacto muy marcado sobre la vigilancia epidemiológica, como lo demuestra la curva de notificaciones de poliomielitis. En efecto, la cobertura de notificación negativa semanal había pasado del 65 por ciento a fines de 1990 al 25 por ciento a la 39ª semana de 1991, y después de esa fecha prácticamente se interrumpió (menos del 10 por ciento durante el resto del año). Después de fines de 1992 se pusieron en funcionamiento estructuras no gubernamentales destinadas a establecer un sistema simplificado de vigilancia epidemiológica. Dicho sistema se basa en el seguimiento de indicadores simples y operativos de las principales patologías a través de una red de vigilancia integrada por instituciones privadas o mixtas.

A esta vigilancia epidemiológica básica se suma un sistema de vigilancia reforzada para determinadas patologías: la poliomielitis, el cólera y el tétanos neonatal, mediante el cual se investiga cada caso que responde a una definición preestablecida. A la 14ª semana de 1993, el 83 por ciento de las instituciones de la red había enviado una notificación negativa en los plazos establecidos.

B. LA MORTALIDAD

Haití es uno de los países con el nivel más elevado de mortalidad de América Latina. La situación se ve agravada aún más por la crisis socioeconómica y política que atraviesa el país. Se estima que la tasa bruta de mortalidad alcanzó a 13 por mil en 1990⁽⁶¹⁾, cifra que se halla marcadamente por debajo del promedio

latinoamericano de 7 por mil. La esperanza de vida al nacer es relativamente reducida: 55 años, en comparación con 67 años para la totalidad de los países de América Latina. Ello se debe a la marcada concentración de muertes de niños de menos de cinco años de edad. En efecto, cerca de la mitad de las muertes de todas las edades se produce durante los primeros cinco años de vida. De 1000 nacidos vivos, 94 mueren antes de cumplir el primer año de vida, y alrededor de 133 antes de cumplir cinco años⁽⁶⁷⁾. El muy elevado nivel de mortalidad infantil y juvenil de Haití puede atribuirse al bajo nivel de ingresos, al deficiente grado de saneamiento del medio ambiente, la carencia de recursos nutricionales, la elevada proporción de mujeres analfabetas, y la insuficiencia de la infraestructura socioeconómica (muy escasa disponibilidad de materiales de aducción de agua potable, servicios de higiene, etc.).

Por otra parte, la mayoría de las muertes se debe a causas exógenas. La diarrea constituye la principal causa de muerte entre los niños de menos de cinco años

de edad: una de cada dos muertes de niños se debe a la diarrea y a las infecciones respiratorias solas o asociadas⁽¹⁵⁾. Las infecciones respiratorias agudas revisten particular importancia en los medios urbanos, en los que el éxodo rural y la "bidonvillización"⁽³⁷⁾, junto con la contaminación mecánica, agravan los problemas de saneamiento. Estos factores explican el 36 por ciento de las muertes de niños de menos de cinco años de edad⁽¹¹⁾.

No puede determinarse la mortalidad vinculada a la violación de los derechos humanos. En el período inmediatamente posterior al golpe de estado, Amnesty International informó más de 1.500 muertes. El informe de marzo de 1993 del Secretario General de las Naciones Unidas hacía referencia a la continuación de las desapariciones y las ejecuciones sumarias.

C. LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE AFECTAN A LA POBLACION EN GENERAL

El cuadro de la morbilidad está dominado por las enfermedades transmisibles infecciosas o parasitarias.

C.1 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR VECTORES

a) Malaria

Haití es el único país del Caribe en el que la malaria aún constituye un grave problema de salud pública. La enfermedad es endémica y su distribución presenta variaciones correspondientes a las características locales (microclimas). Afecta particularmente a las zonas rurales, en las que el 80 por ciento de la población está expuesta al riesgo de contraer esta enfermedad. La enfermedad se distribuye a lo largo del país con una transmisión permanente en determinadas zonas y estacional en otras.

coincidiendo con las dos estaciones de lluvias de mayo y octubre-noviembre. En el país prevalece el *Plasmodium falciparum*, y se diagnostican esporádicamente casos de *Plasmodium vivax*. Los últimos casos autóctonos confirmados se remontan al año 1983. La cloroquina es la droga más utilizada en el tratamiento de la enfermedad. Hasta la fecha no se ha observado ningún caso de resistencia del *Plasmodium falciparum* a las amino-4-quinoleínas. Sin embargo, las últimas pruebas realizadas sobre la reacción a la cloroquina se remontan al año 1986. Teniendo en cuenta el difundido uso de la cloroquina, reviste alta prioridad la reiniciación de las actividades de vigilancia de la sensibilidad del parásito. El *Anopheles albimamus*, el principal vector, es resistente a los organocloratos (DDT) en las principales regiones maláricas del país, con la excepción de una zona muy limitada del departamento del Centro.

De una manera general, la transmisión se ha producido generalmente en la región costera de menos de 300 metros de altura, en la que se encuentra la mayor concentración de la población. Es más importante en los departamentos del Sur y de Artibonite, donde las condiciones ecológicas son favorables (zonas arroceras con fuerte densidad de población).

La ausencia de controles al nivel nacional después de mayo de 1988 y de una política bien definida de ordenamiento del territorio influyen sobre la transmisión del paludismo. La malaria es la segunda causa de morbilidad, y por ello constituye un importante problema de salud pública.

La particular situación sociopolítica por la que atraviesa el país desde octubre de 1991 ocasiona la degradación del medio ambiente, la

agravación de las condiciones ya precarias del hábitat y desusados movimientos migratorios internos de la población. Estos factores favorecen el contacto del hombre con los vectores, aunque no puede demostrarse, por falta de medios adecuados de vigilancia, un aumento de la incidencia de la malaria.

Desde 1988, el Ministerio de Salud Pública ha encarado un proceso de integración de la malaria en la estrategia de la atención primaria de la salud, que contempla la eliminación de la mortalidad producida por la malaria, la reducción de la morbilidad asignando énfasis al tratamiento y la adopción de medidas preventivas con la participación de la comunidad en el marco de la lucha antivectorial.

La implantación requiere la capacitación de todo el personal de los servicios de salud con el fin de que pueda tomar a su cargo el control de la malaria a diferentes niveles de atención.

Con ese fin, la OPS/OMS^b, a través de un proyecto de "Capacitación para la prevención de la malaria", financiado por el PNUD^c, ha encarado la capacitación de todo el personal de salud.

Si esta actividad puede llevarse a cabo, al finalizarse el proyecto en 1994 se contará con 3.500 trabajadores de salud capacitados y en condiciones de llevar a cabo actividades antipalúdicas tendientes a la integración de esta patología en los servicios generales de salud.

En 1988, las estimaciones realizadas con el fin de definir una estrategia de control después del cierre del Servicio Nacional de Endemias Mayores

(Service National des Endémies Majeurs - SNEM) evaluaron 250.000 casos de malaria por año con una tasa de mortalidad del 1 por ciento.

Para el año 1992 se examinaron 81.763 láminas, de las cuales 25.511 eran positivas al Plasmodium falciparum, o sea un índice de 31,2 por ciento de láminas positivas, y se trataron 118.971 personas con cloroquina, de las cuales 47.126 tenían menos de cinco años de edad. Ese mismo año se registraron 101 fallecimientos debidos a la malaria en medios hospitalarios.

Los datos parciales de enero a junio de 1992, provenientes principalmente de las ONG, muestran que de 37.957 láminas examinadas, 13.457 eran positivas, o sea un índice de láminas positivas del 35,5 por ciento. En los centros hospitalarios se registraron 47 fallecimientos.

b) Dengue

Todo el país está infectado por el **Aedes aegypti**, y las tasas de infestación son muy elevadas, especialmente en las zonas urbanas. El dengue clásico es considerado endémico. Hace diez años, la Dirección de Higiene Pública evaluó la seroprevalencia en el 3 por ciento. En la actualidad circulan en el país los serotipos I, II y III. El serotipo III nunca ha sido identificado. Ante la creciente tendencia de los movimientos migratorios de las poblaciones rurales hacia las ciudades, el riesgo de una epidemia de dengue es elevado, y el país carece de medios para hacer frente con eficacia y rapidez a una eventualidad de este tipo.

c) Filariasis

La filariasis linfática, difundida en las capas urbanas sobre todo en el norte en los contornos del golfo de la Gonâve, constituye un importante

problema de salud en Haití. El **Wucheria bancrofti** es transmitido por el *Culex quinquefasciatus* y se desarrolla en forma meso e hiperendémica en las zonas costeras resguardadas de los vientos dominantes en zonas urbanas y suburbanas.

El impacto es más evidente entre los hombres, por la elefantiasis escrotal que frecuentemente desarrollan. Las lesiones agudas aparecen pronto en la infancia, y están vinculadas a la densidad de las microfilarias. Las lesiones crónicas aparecen en la adolescencia y sobrevienen con gran frecuencia entre los adultos.

Los estudios del CDC^d de Atlanta, en particular, muestran que la mayor parte de las ciudades de la costa, como Léogâne, Petit-Goâve, Arcahaie y Limbé tienen una tasa de portadores de microfilaria superior al 20 por ciento. En Léogâne y alrededores, el hidrocele es muy frecuente entre los hombres de más de 15 años, y el 5 por ciento de la población sufre de elefantiasis del pie ("gros pié" en créole)⁽⁶²⁾.

C.2 ENFERMEDADES INMUNOCONTROLABLES

a) Sarampión

La tasa de irrupción para los cinco últimos años arroja una media de 24 por 100.000 habitantes. De señalarse que estas cifras no representan la incidencia real.

En la actualidad, una epidemia estallada en el mes de julio de 1991 hace estragos en todos los departamentos del país, afectando a unos más que a otros.

La mayor parte de los casos se observa en los jóvenes de menos de 15 años, pero el tramo de edad más afectado es el de menos de 5 años (con una tasa de irrupción de más de 600 por 100.000 habitantes durante los primeros seis meses de 1992).

El número de casos hospitalizados en el Hospital de la Universidad del Estado de Haití (HUEH) por grupos de edades durante el período comprendido entre junio de 1991 y junio de 1992 es bastante revelador: 446 casos, 31 de los cuales fueron mortales (o sea una letalidad del 7 por ciento); la incidencia más elevada se observa entre el grupo de 1 a 4 años de edad.

El número de casos registrados en 1991 en el Hospital Albert Schweitzer, de niños de menos de 1 año, es de 98, de los cuales el 53 por ciento debió ser hospitalizado, falleciendo un solo niño (letalidad del 1 por ciento). Entre el grupo de 1 a 4 años el número asciende a 240, con un 75 por ciento de hospitalizaciones y 14 fallecimientos (letalidad del 6 por ciento).

b) Poliomiелitis

La cobertura de vacunación lograda en el pasado ha permitido reducir la incidencia de esta enfermedad, y probablemente erradicarla. Desde 1989 no se ha confirmado ningún caso por aislamiento del virus de la poliomiелitis en las deposiciones. La tasa de notificación de casos de parálisis por 100.000 niños de menos de 15 años se ha reducido a 0,9 en 1991 y a 0,4 en 1992. En 1990 ningún caso fue clasificado como compatible, uno en 1991 y ninguno en 1992.

c) Tétanos

Una encuesta realizada en febrero de 1992 por el Instituto Haitiano de la Infancia sobre el estado de inmunización de las mujeres que habían dado a luz durante los seis meses precedentes mostró que el 80 por ciento de ellas poseían un grado de anticuerpos protectores contra el tétanos (grado superior 0,01 UI/ml)⁽²⁶⁾.

No existe información sobre la difteria y la tos ferina para los años 1991-1992.

C.3 FIEBRE TIFOIDEA Y COLERA

a) Fiebre tifoidea

La fiebre tifoidea es endémica en el país. En 1991 se ha confirmado una importante epidemia en numerosas zonas marginales de la capital. En 1992 se ha informado la presencia de numerosos focos epidémicos, en particular en el sur, donde el centro de Les Cayes, que atiende a una población de 100.000 habitantes, registró en el mes de enero de 1993 un 12,5 por ciento de fiebre tifoidea sobre un total de 2.500 encuestados. Los últimos datos disponibles indican que hasta abril de 1993 la situación continuaba siendo preocupante en el Sur.

b) Cólera

Aunque se reúnen todas las condiciones, el cólera no ha llegado a la isla "Hispaniola" que Haití comparte con la República Dominicana.

El sistema de vigilancia epidemiológica de diarreas agudas establecido en el marco de la preparación para una epidemia de cólera ha permitido identificar al *Vibrio furnissii* por primera vez en el Caribe, así como el Vibrio

fluvialis (no patógeno) en 1992. En abril de 1993 se aisló el Vibrio cholerae no 01 (habitualmente desprovisto de potencial epidémico) en la deposición de una paciente que presentaba un síndrome "parecido al cólera".

C.4 ENFERMEDADES CRONICAS TRANSMISIBLES

a) Tuberculosis

Se estima que la tasa de incidencia de la tuberculosis alcanza a 500 por 100.000 habitantes, lo que sitúa a Haití entre los países más duramente afectados por esta enfermedad.

La Cruzada Antituberculosa (CAT), organización no gubernamental dependiente de "International Child Care", tenía a su cargo el programa de lucha hasta 1989, y registraba regularmente, entre 1982 y 1989, de 6.000 a 8.000 nuevos casos por año.

En el grupo de los niños, la incidencia de la tuberculosis pulmonar se estima en 80 por 100.000 niños.

De **6.954** enfermos declarados por esta ONG entre octubre de 1991 y marzo de 1992, se estima una cobertura terapéutica del 23 por ciento, con tasas de deserción del 6 al 30 por ciento.

La aparición del SIDA en los años ochenta, su rápida extensión y su impacto sobre la enfermedad (el 50 por ciento de los enfermos de SIDA son tuberculosos) ha hecho pasar a esta enfermedad de un estado de severa endemia a proporciones realmente epidémicas.

En 1989, las actividades del programa fueron transferidas al Ministerio de Salud Pública (MSPP), que en colaboración con el Banco Mundial y la AIF ha formulado un programa nacional de lucha contra la tuberculosis, la lepra y las enfermedades respiratorias. En julio de 1991 el programa se suspendió en virtud de una reestructuración del MSPP. Después del golpe de estado de septiembre de 1991, las nuevas autoridades sanitarias reiniciaron el programa, pero el Banco Mundial, el principal proveedor de fondos, se retiró del mismo, dejándolo sin recursos.

Desde 1992, apoyándose en las ONG existentes (independientes o reagrupadas en consorcios), la asistencia humanitaria mantiene un mínimo de actividades de control a través de la OPS/OMS.

Las numerosas dificultades encontradas, especialmente en materia de provisión de medicamentos, tratamiento de los enfermos, supervisión, costos recurrentes y capacitación del personal, hacen contemplar una modificación de la estrategia de lucha orientada hacia la descentralización de las actividades de prevención y control de la enfermedad, promoviendo que la comunidad se haga cargo de los tuberculosos y la generalización de los regímenes de tratamiento de corto plazo.

Este nuevo enfoque, que resulta de la experiencia del trabajo con las ONG en el curso del año 1992, se basa en una descentralización regional de las actividades y su integración en las actividades de otros programas de salud, e implica una revisión de los diferentes componentes de la estrategia actual así como el fortalecimiento de la coordinación y el seguimiento de las actividades. El mismo tiene en cuenta las principales debilidades identificadas en el plan de acción actual:

- la tasa muy baja de curación, estimada en un 40 por ciento, y falta de atención efectiva de los pacientes tuberculosos;
- las debilidades del sistema de aprovisionamiento;
- las insuficiencias observadas en la capacitación y la supervisión;
- las insuficientes tasas de vacunación con BCG;

- la ausencia de campañas de información educativa y de comunicación;
- la falta de motivación del personal sanitario y de los responsables de formular las políticas de salud;
- la ausencia de actividades en el sector público con miras a prevenir o controlar la tuberculosis;
- las deficiencias del sistema de recopilación de datos epidemiológicos.

b) Lepra

A pesar del carácter fragmentario de los datos disponibles, se considera que Haití es un país con una baja tasa de endemia para la enfermedad de Hansen.

Entre 1977 y 1992 se registraron 1.706 pacientes en los dos centros de referencia del país, el hospital La Providence de Gonaïves y el Instituto Fame Pereo de Puerto Príncipe. El 82,3 por ciento de estos pacientes son paucibacilares, de los cuales un 30 por ciento son jóvenes de menos de 15 años y el 17 por ciento son multibacilares, con un solo caso de menos de 15 años sobre un total de 26 multibacilares.

En 1992 se detectaron 124 nuevos pacientes, el 79 por ciento paucibacilares y el 21 por ciento multibacilares.

Entre los nuevos casos registrados en 1992 en el Instituto Fame Pereo, el 10 por ciento (8 enfermos, de los cuales uno es una joven de menos de 15 años) presentaban invalideces del tipo II y III.

C.5 ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES (EST)

Los datos epidemiológicos existentes indican que Haití es un país duramente afectado por las EST y el SIDA.

En 1990, un estudio nacional realizado por el Instituto Haitiano de la Infancia había demostrado que el 8 por ciento de los hombres entrevistados había manifestado haber tenido una EST (ulceración genital o secreción uretral) en el curso del año precedente a la encuesta.

a) Sífilis

Entre las poblaciones de menor riesgo, la seropositividad al VDRL era del 3 al 6 por ciento en 1990 (MSPP 1990) y del 6 al 8 por ciento en 1991⁽¹³⁾ en las zonas urbanas metropolitanas. En 1992, las encuestas de seroprevalencia han mostrado una seropositividad al VDRL/FTA-abs en el grupo de mujeres embarazadas en cuatro lugares de estudio (Mirelabais, Cayes, Port de Paix y Jérémie) del 4 al 12 por ciento. Entre las poblaciones de alto riesgo, dicha seropositividad al VDRL era del 30 al 40 por ciento en 1990⁽³⁵⁾. La sífilis es la principal causa de ulceración genital en Haití⁽¹²⁾.

Las otras causas de ulceración genital son, en orden de importancia: el chancro blando, el herpes genital invasivo (sobre todo asociado al SIDA), la donovanosis y el linfogranuloma venéreo⁽¹³⁾.

b) Gonococia

En la población metropolitana, la gonococia constituye la principal causa de uretritis en el hombre, con un 72 por ciento de gonococos productores de penicilinasa (PPNG).

c) Las otras causas de secreción uretrovaginal son:

trichomonas vaginalis (importante patología en Haití), Gardnerella vaginalis, Candida albicans (asociada al SIDA) y Chlamydia trachomatis. Las inflamaciones pélvicas están asociadas a un 5 por ciento de casos de leucorreas (pérdidas blancas). En 1989 se encontraron 72 casos de embarazo ectópico consecutivo a inflamaciones pélvicas por mil nacimientos vivos. Este último fenómeno se explica por la falta de información y de atención adecuada de los enfermos atendidos por EST.

d) Hepatitis B

En 1990, la presencia de antígenos de superficie del virus de la hepatitis B era del 5 por ciento en el grupo de los donantes de sangre. En 1992 y 1993, los estudios destinados a vigilar la presencia del virus, realizados por el Instituto Haitiano de la Infancia en cuatro centros provinciales y en la isla de la Gonâve mostraron una presencia del antígeno de superficie de la hepatitis B del 2 al 8,7 por ciento en las mujeres embarazadas. Estos resultados explican que Haití esté clasificado con los otros países del Caribe entre los países de endemia moderada de hepatitis B.

e) Infección de VIH y SIDA

En 1990 se informó un total de 3.086 casos de SIDA, de los cuales el 40 por ciento fueron mujeres. Las encuestas de seroprevalencia al VIH muestran cifras muy impresionantes.

- En los grupos de alto riesgo de las prostitutas se observa una seroprevalencia que ha evolucionado del 65 por ciento en 1987 al 72 por ciento en 1990. Entre los pacientes de EST, el 28 por ciento de los hombres está infectado por el VIH, en comparación con el 14 por ciento de las mujeres.

- En el grupo de tuberculosos adultos, la seropositividad al VIH era del 24 por ciento en 1991. En 1992, la encuesta de seroprevalencia realizada por el Grace Children's Hospital entre el grupo de niños que frecuentan dicha institución, mostró que el 14,5 por ciento de los niños tuberculosos hospitalizados era seropositivo al VIH. El 13 por ciento de los niños tuberculosos en tratamiento ambulatorio eran seropositivos, así como el 1,5 por ciento de los niños admitidos en el servicio de pediatría general.

- Este estudio ha confirmado la existencia de una fuerte relación entre la tuberculosis y la infección del VIH.

- Entre la población económicamente desaventajada, la seroprevalencia al VIH era del 10,3 por ciento en 1989 (bidonville de Cité Soleil).

- Entre el grupo de los donantes de sangre, la seropositividad al VIH era del 6 por ciento en 1990, con un fenómeno de infección precoz entre los adolescentes (de 15 a 19 años) (en las zonas urbanas). El mismo pico se observa en los resultados de la encuesta nacional de seroprevalencia realizada por el Instituto Haitiano de la Infancia en 1992, en la que se halló un 6 por ciento de infección en el grupo

de 14 a 19 años de edad, y del 7 por ciento en el grupo de 20 a 24 años.

- En ciertos grupos socioprofesionales (trabajadores itinerantes de empresas de electricidad y de teléfonos, empleados de hoteles y de bares), la seropositividad era del 6 al 9 por ciento en 1991 (en las zonas urbanas).
- En el grupo socioeconómico más elevado, la seropositividad al VIH era del 3 por ciento en 1991 (en las zonas urbanas).
- En los medios semirurales, en 1992 la seropositividad variaba entre el 3 y el 5 por ciento (donantes de sangre en el Hospital Albert Schweitzer y el Hospital Sainte Croix de Léogâne). Según las estimaciones del Instituto Haitiano de la Infancia, la seropositividad en las zonas rurales era del 2 al 4 por ciento en 1992.
- Los estudios realizados en 1992 y 1993 por el Instituto Haitiano de la Infancia en cuatro centros provinciales (Mirelabais, Cayes, Port de Paix y Jérémie) mostraron una seropositividad del 5 al 8 por ciento entre las mujeres embarazadas.

La inestabilidad sociopolítica posterior a los acontecimientos de septiembre de 1991 ha influido notablemente el curso de estas patologías por la importante migración desde las ciudades hacia las zonas rurales. Estas poblaciones (sobre todo semiurbanas con elevada seroprevalencia al VIH) han entrado en contacto con la población rural, lo que probablemente ha contribuido a la propagación de la infección con VIH.

Estos acontecimientos han ocasionado el retiro de muchos proveedores de fondos, que respaldaban financiera y técnicamente las actividades de prevención de EST/SIDA. La campaña de información sobre SIDA/EST se ha interrumpido. Debe señalarse que la inestabilidad socioeconómica representa en sí un cuadro difícil para las actividades de información, de educación y de comunicación orientadas a producir un cambio de comportamiento.

El programa nacional que se había suspendido pocos meses antes de los acontecimientos de septiembre ha vuelto a iniciarse, pero se mantiene inactivo por falta de apoyo financiero.

En la actualidad sólo dos organismos respaldan las actividades de la lucha contra el SIDA (USAID a través de AIDSCAP y OPS/OMS) en el plano técnico y financiero. Los medios financieros puestos a su disposición son limitados en un país en el que la epidemia de SIDA constituye un importante problema de salud pública. Debe señalarse que una de las estrategias a las que no se ha dado importancia en el Plan a Mediano Plazo ha sido la destinada a reducir el impacto del SIDA sobre el individuo y la comunidad y los grupos. En la actualidad, el número de casos de SIDA se halla en considerable aumento, lo que hace urgente la puesta en práctica de esta estrategia que sin duda habrá de requerir grandes inversiones en recursos humanos y materiales.

Desde 1992, la OPS/OMS ha desarrollado una nueva estrategia en cuanto a la prevención y el control del SIDA y las EST, prestando apoyo técnico y financiero a un conjunto de proyectos de información, de educación y de comunicación y de investigaciones operativas en medios urbanos y rurales, que son ejecutados

por las ONG. Además de garantizar la inocuidad de las transfusiones de sangre mediante la provisión de pruebas de VIH en forma regular y suficiente a las instituciones involucradas en dichas transfusiones, en mayo de 1993 las ONG haitianas habían llevado a cabo 21 proyectos de prevención y de investigación operativa en los medios urbanos y rurales del país. Debe señalarse que esta estrategia es bastante costosa y que en la actualidad faltan los recursos financieros necesarios.

C.6 ZOONOSIS

a) Carbunco o ántrax

Aunque es obligatoria, la vacunación del ganado no se realiza en forma regular. Se encuentran casos de carbunco animal en todo el país, en forma esporádica. En 1992 no se registró ningún caso de carbunco humano.

b) Rabia

A nivel nacional, se registran casos de rabia canina en forma regular, esencialmente sobre una base clínica por la División de Higiene Pública. Hasta 1990, el número de casos de rabia humana era de dos por año; en 1991 se registró un solo caso, y tres en 1992. Entre septiembre de 1991 y febrero de 1992 se interrumpió el suministro de vacunas antirrábicas para uso humano; en la actualidad se dispone de ellas. A pesar de la legislación vigente, la vacunación animal es prácticamente inexistente