

III. LA REACCION SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD

A. POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD

a) **Legislación sanitaria**

La base jurídica del sistema nacional de salud se encuentra en el decreto del 28 de noviembre de 1983, que reorganizó el Departamento de Salud Pública y Población. El mismo se basa en los siguientes principios:

- la salud constituye un derecho fundamental del hombre, contenido en la Carta de las Naciones Unidas;
- la necesidad de asegurar la cobertura total del país por las actividades médicas y sanitarias;
- la necesidad de hacer participar a todos los organismos encargados de asuntos sociales en las actividades médicas y sanitarias;
- la necesidad de organizar la recopilación de datos estadísticos vitales y de formular una política demográfica en armonía con el contexto socioeconómico y cultural del país.

El código de higiene pública, que data de los años cuarenta, y en la actualidad totalmente obsoleto, se halla en proceso de constante actualización.

Misión del Departamento de Salud Pública y Población

De acuerdo con el decreto del 28 de noviembre de 1981, el Departamento de Salud Pública y Población tiene por finalidad concebir, definir, concretar y evaluar la política sanitaria y demográfica del Poder Ejecutivo mediante la promoción, la protección, el restablecimiento y la rehabilitación de la salud individual y colectiva.

Atribuciones del Departamento de Salud Pública y Población

El Departamento de Salud Pública y Población tiene las siguientes atribuciones:

- establecer un sistema que garantice la prestación de servicios médicos y sanitarios a todos los ciudadanos;
- coordinar, reglamentar, supervisar e inspeccionar las actividades de los organismos regionales, comunales y privados en el campo de la salud;
- establecer las normas relacionadas con las actividades de carácter sanitario, de higiene alimentaria, de control de productos farmacéuticos y cosméticos usados por el hombre, de control del medio ambiente y de las profesiones médicas y paramédicas,
- participar en la lucha contra las epidemias y las catástrofes naturales;
- participar en todas las actividades vinculadas a los tratados, convenciones, protocolos, declaraciones, actos, pactos, acuerdos y otros instrumentos internacionales relacionados con la salud;
- mantener relaciones con los organismos internacionales competentes en materia de salud,
- recomendar y preparar la participación del gobierno en congresos y conferencias sobre la salud;

- participar en los estudios, la definición y la ejecución de estrategias demográficas.

b) Los programas prioritarios son los siguientes:

- el programa nacional de control de la diarrea y de promoción de la lactancia materna (PRONACODIAM)
- el programa ampliado de vacunación (PEV)
- el programa de control de la tuberculosis (más tarde asociado a la lepra)
- el programa de lucha contra las enfermedades transmitidas por vectores (MTV)
- el programa de salud materna y de planificación familiar
- el programa de mejoramiento nutricional (COPRAMNU)
- el programa nacional de lucha contra el SIDA (BCPNLS)

En 1989, todos estos programas prioritarios se reagruparon en una sola Unidad de Coordinación de Programas Prioritarios (UCPP), apoyada por una sección de epidemiología.

En abril de 1991, el MSPP había iniciado un movimiento general de reestructuración que condujo al cierre casi completo de sus servicios administrativos por espacio de dos meses (de julio a septiembre), durante los cuales sólo quedaron más o menos funcionales el programa ampliado de vacunación, el de control de enfermedades diarreicas (con el objeto de enfrentar una posible epidemia de cólera) y la División de Higiene Pública (DHP).

Los acontecimientos de septiembre de 1991 encontraron un MSPP en plena crisis. Han favorecido el rápido retorno a las estructuras anteriores, pesadas y no funcionales. La reestructuración, la falta de motivación y la administración deficiente han determinado que se paralizara el MSPP, lo que se vio agravado por la interrupción masiva de la ayuda extranjera.

c) Política demográfica

Aún no existe una política demográfica adoptada a nivel nacional, aunque existen actividades en este campo, respaldadas principalmente por el financiamiento internacional.

B. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS

B.1 SISTEMA SANITARIO

El sistema de salud de Haití se divide en cuatro sectores que en realidad no están claramente delimitados: el sector público, las organizaciones sin fines de lucro, la medicina tradicional y la medicina privada con fines lucrativos.

- **El sector público**

El Ministerio de Asuntos Sociales

Existe en el país un sistema de seguridad social, aunque muy limitado, respaldado por el Ministerio de Asuntos Sociales. El Instituto de Bienestar Social e Investigaciones (IBESR), que también depende del Ministerio de Asuntos Sociales, se ocupa entre otros aspectos de las EST entre las prostitutas, las consultas prenatales y los niños de la calle, y asigna médicos a los orfanatos que se hallan bajo su control.

Existe un seguro de enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo, pero su alcance se limita solamente a un reducido número de trabajadores urbanos, y la prestación de servicios es insuficiente y de deficiente calidad.

Ministerio de Salud Pública y Población

El MSPP está regido por una ley orgánica sancionada en 1983. Tiene a su cargo la definición, la formulación y la ejecución de la política sanitaria nacional. El país se divide en nueve departamentos sanitarios. Esta reciente división aún no ha logrado una autonomía administrativa.

Desde 1978, Haití se ha adherido a la política de atención primaria de la salud definida en Alma Ata. En 1982, el MSPP (g) mediante sus "Nuevas orientaciones" formuló su política y su estrategia en materia de atención primaria de la salud.

Con el fin de responder al concepto de atención primaria de la salud, la estructura sanitaria del país está concebida como una pirámide. Este concepto piramidal ha sido sustituido progresivamente por el enfoque más descentralizado y comunitario de los SYLOS (Systèmes locaux de Santé - Sistemas locales de salud) con áreas programáticas en las que los elementos constitutivos de los servicios de salud se yuxtaponen en una zona geográfica bien determinada.

La evolución prevista de esta descentralización debía armonizarse con una departamentalización administrativa. Este proceso se ha detenido a causa de la suspensión del financiamiento externo, en particular del Banco Mundial.

El sector privado sin fines de lucro

Está constituido por las organizaciones no gubernamentales de salud (ONG). En 1991 existían alrededor de 300 ONG de distintos tamaños y tipos que operaban en el sector de la salud en Haití.

Las diversas ONG administran actualmente unos treinta SYLOS que en algunos casos no cuentan con servicios hospitalarios y que atienden a alrededor de 1.500.000 habitantes. Sin embargo, las ONG y el sector privado operan a menudo en forma autónoma y sin coordinación con el conjunto de servicios de salud. Esta situación está vinculada a las dificultades de comunicación (caminos intransitables, ausencia de teléfonos y/o radios), con el riesgo de verse dirigidas por un sector público que hasta ahora no ha demostrado capacidad administrativa.

Durante la profunda crisis que ha aquejado al país y al sector sanitario desde julio de 1991, las ONG han desempeñado un papel fundamental. Las grandes ONG que han demostrado su capacidad administrativa se han beneficiado en gran medida de la ayuda humanitaria, poniendo de relieve su estabilidad y su capacidad de adaptación para continuar prestando un verdadero servicio a la población.

- El sector de la medicina tradicional

Los facultativos tradicionales (herbolarios, parteras tradicionales, hougans y mambos) perciben una remuneración en función de los servicios prestados. La población recurre en gran medida a esta medicina tradicional, cuyo costo con frecuencia es menor y son más accesibles que la medicina moderna

- **El sector privado con fines de lucro**

Está constituido por el personal de salud (médicos, especialistas) que ejercen su profesión en clínicas privadas, esencialmente situadas en Puerto Príncipe y en las principales ciudades del país. El costo de los servicios prestados por estas instituciones las hace poco accesibles a la mayoría de la población. Casi todos los médicos de este sector cobran sus honorarios de la planilla de pagos del Ministerio de Salud Pública y Población.

B.2 INFRAESTRUCTURA SANITARIA

El cuadro 5 muestra los establecimientos pertenecientes a tres sectores: público, mixto y privado.

Cuadro #5

**DISTRIBUCION DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD
POR CATEGORIAS EN 1993**

DEPARTAMENTO	HOSP*	CCC*	CSC*	DISP*	ASILOS	TOTAL
ARTIBONITE	4	10	15	48	1	78
CENTRO	2	1	10	31	0	44
GRAND'ANSE	2	9	6	36	1	54
NORTE	1	9	8	28	1	47
NORESTE	1	4	1	15	0	21
NOROESTE	1	7	3	44	1	56
OESTE	31	5	58	76	2	172
SUR	4	6	6	36	1	53
SUDESTE	1	2	5	29	0	37
TOTAL	47	53	112	343	7	562

HOSP: Hospitales
 CCC: Centros con camas
 CSC: Centros sin camas
 DISP: Dispensarios

Estas instituciones pertenecen en un 40 por ciento (233) al sector público, en un 30 por ciento (167) al sector mixto (es decir, público y privado a la vez, en el que el sector público financia en general la mayor parte de los salarios, y la administración está a cargo del sector privado), y en un 20 por ciento (118) al sector privado. Por último, existe un 10 por ciento (41) de instituciones de las que aún no se conoce con precisión el sector.

Existen muy graves problemas de coordinación entre las distintas instituciones, desde que los subsectores público y privado funcionan en forma independiente. Dentro de estos subsectores, la mayor parte de las instituciones opera también de manera independiente y no en forma de red. Existen muy pocos sistemas de referencia de pacientes entre instituciones.

Además, con frecuencia cuentan con equipos deficientes, y los enfermos se dirigen primero hacia aquéllos que prestan los mejores servicios, que son por lo general los del sector privado.

Existe asimismo una Asociación de Obras Privadas de Salud que agrupa a un gran número de ONG y que tiene por objeto coordinar sus actividades. Pero adolecen de problemas de administración como la falta de planificación, de seguimiento y de evaluación, y carecen de una buena administración financiera. La AOPS (h) se dedica entonces esencialmente a coordinar el financiamiento de las ONG a nivel central, sobre todo los recursos provenientes de USAID, más bien que a coordinar las actividades llevadas a cabo por las ONG en el terreno.

Además, el número de camas por mil habitantes de que disponen estas instituciones se distribuye en forma muy desigual entre las distintas zonas geográficas, como puede verse en el Cuadro 6.

Cuadro #6

DEPARTAMENTO	POBLACION*	NUM. DE CENTROS DE SALUD**	NUM. DE CENTROS CON CAMAS***	NUMERO DE CAMAS	
				TOTAL	Por 1,000
ARTIBONITE	967,215	78	14	525	0.54
CENTRO	473,462	44	3	199	0.42
GRAND'ANSE	622,264	54	11	220	0.35
NORTE	730,484	47	10	586	0.80
NORESTE	243,495	21	5	114	0.47
NOROESTE	392,297	56	8	261	0.66
OESTE	2,238,799	172	36	2,714	1.21
SUR	642,555	53	10	423	0.66
SUDESTE	453,171	37	3	150	0.33
TOTAL	6,763,742.00	562	100	5,192	0.77

* Población estimada para 1992

** Los centros de salud comprenden cinco categorías:

HOSP: hospitales

CCC. centros con camas

CSC: centros sin camas

DISP: dispensarios

ASILOS

*** Agrupa CCC y HOSP

B.3 COBERTURA SANITARIA

En el texto de la "Iniciativa de salud Haití", la OPS/OMS subrayaba en 1991 la inadecuada cobertura de la población por parte de los servicios de salud,

estimando que por lo menos el 40 por ciento de la población carecía de acceso a la atención primaria de la salud. Después del golpe de estado, la prestación de servicios, sobre todo en las instituciones del sector público, ha empeorado notablemente, y puede suponerse que más de la mitad de la población carece de acceso a la atención primaria de salud.

Existe una evidente dualidad entre la accesibilidad real de la población a la atención primaria de la salud y la cobertura de dicha población por parte del sistema de medicina tradicional, que se estima alcanza al 100 por ciento.

Con alrededor de 1,6 médicos y 1,27 enfermeras por cada 10.000 habitantes, la cobertura sanitaria es totalmente insuficiente.

De hecho, la situación es peor que la que se deduce de las cifras oficiales, por la subutilización de los recursos humanos e institucionales, la falta de observación de los reglamentos administrativos y la escasa motivación del personal, que se traduce sobre todo en irregularidad y ausentismo.

Frente a esta situación general de carencia y de laxismo, el acceso real de la población a la atención primaria de la salud es muy limitado, mientras que por el contrario, el conjunto de la población está cubierto por el sistema de atención tradicional a un precio accesible y en condiciones "culturalmente aceptables". Estos medios adolecen de falta de comunicación entre ambos sistemas.

a) Salud maternoinfantil

Atención prenatal y partos

El porcentaje de mujeres que habían tenido un hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la Encuesta Nacional Haitiana sobre Contracepción

realizada en 1989 por el Instituto Haitiano de la Infancia, y que habían recibido atención prenatal durante su último embarazo, fue del 83 al 86 por ciento en las zonas urbanas y del 61 por ciento en las zonas rurales.

Cerca de la mitad de las mujeres que habían recibido atención había efectuado más de tres visitas prenatales. En Puerto Príncipe, cerca del 46 por ciento había realizado por lo menos siete visitas, y el 78 por ciento por lo menos cuatro, mientras que en las otras zonas urbanas el 60 por ciento había realizado un mínimo de cuatro visitas. Sin embargo, en las regiones rurales sólo el 38 por ciento de las mujeres había realizado por lo menos cuatro visitas prenatales.

La tasa de mortalidad materna para el período comprendido entre 1987 y 1989 se estimó en 3,5 por cada 1.000 nacimientos vivos. Las principales causas de fallecimiento fueron: hemorragias, 37,1 por ciento; eclampsia, 21,1 por ciento; septicemia puerperal, 13,9 por ciento; aborto, 11,9 por ciento; enfermedades intercurrentes, 12,2 por ciento, y otras causas 3,7 por ciento⁽⁶⁵⁾. Los datos preliminares de la última encuesta aún no publicada del Instituto Haitiano de la Infancia estiman que dicha mortalidad alcanza a 2,4 por 1.000 nacimientos vivos.

Alrededor del 25 por ciento de los partos presentaron complicaciones, que en orden de frecuencia fueron: desgarramiento vaginal, distocia, hemorragias, infecciones y eclampsia.

Más de la mitad de las mujeres han tenido su último hijo en la casa; el 70 por ciento de las mujeres que viven en Puerto Príncipe muestra la tendencia a tener los partos en el hospital, porcentaje que es sólo del 44

por ciento en los nacimientos ocurridos en las otras zonas urbanas y del 11 por ciento en los nacimientos ocurridos en las zonas rurales.

En ese contexto, las parteras tradicionales desempeñan un papel muy importante. Entre los datos preliminares de la última encuesta nacional sobre mortalidad materna⁽⁶⁵⁾, dos de tres mujeres son asistidas por una partera tradicional durante el parto.

La atención postnatal aún se halla en un estado embrionario, y prácticamente no existen datos confiables en este sentido.

La repercusión de la crisis sociopolítica sobre la mortalidad materna y perinatal es evidente, aunque no puede medirse.

Una encuesta realizada en marzo de 1992 en un centro de salud y una maternidad representativos de la situación imperante en la zona metropolitana mostró claramente una importante disminución en el número de consultas prenatales durante el trimestre comprendido entre octubre y diciembre de 1991, con una disminución neta en enero y febrero de 1992. Lo mismo pudo constatarse en cuanto a las consultas de planificación familiar.

En la neta recuperación maternidad, los partos disminuyeron notablemente en octubre y en diciembre de 1991, habiéndose manifestado una tendencia al retorno a la normalidad en enero y febrero de 1992. En el caso de las consultas pediátricas, la disminución fue catastrófica, pasando de 1.110 consultas en septiembre de 1991 a 210 en octubre del mismo año, observándose posteriormente un aumento de las consultas, que llegaron a 801 en enero de 1992.

Planificación familiar

En el momento de realizarse la Encuesta Nacional sobre la Contracepción de 1989, sólo el 7 por ciento de las mujeres y el 9 por ciento de los hombres empleaban métodos anticonceptivos.

La prevalencia total de los métodos anticonceptivos entre los hombres y las mujeres que cohabitan es del 10 por ciento para las mujeres y del 11 por ciento para los hombres. Los métodos más utilizados son la píldora, la esterilización femenina y la inyección.

En el sector privado, dentro del programa de planificación familiar, en lo que respecta al número de nuevos participantes, se ha constatado una disminución del 26 al 47 por ciento durante el trimestre octubre-diciembre de 1991. Durante el mismo período, en el programa de contracepción quirúrgica voluntaria de PROFAMIL se observó una disminución del 89 por ciento con respecto al trimestre anterior.

En muchos casos, sencillamente los servicios se suspendieron durante dicho período.

Si bien los programas de salud materno-infantil han experimentado grandes dificultades desde 1991, como contrapartida, la situación de crisis ha hecho que los recursos propios de las comunidades, como las parteras tradicionales, sean actualmente objeto de particular interés.

El establecimiento de la red de asistencia humanitaria ha contribuido notablemente a la reiniciación de las actividades. En este contexto, la estrategia de la OPS/OMS de mantener la ejecución de esta asistencia a

través de "consorcios" de ONG activas en el Noroeste y en el Sur del país, ha permitido mejorar la relación costo-eficacia de las intervenciones en el sector materno-infantil y de planificación familiar.

b) Vacunación

En Haití, en programa nacional de vacunación se ha desarrollado en dos fases. La primera de ellas comprende desde el inicio del programa en 1979 hasta 1985, y utiliza dos estrategias: la vacunación institucional y la comunitaria (a través de agentes de salud). Durante esta primera fase, la cobertura de vacunación alcanzada es la siguiente:

Cuadro #7

**TENDENCIA DE LA COBERTURA DE VACUNACION
NIÑOS DE MENOS DE UN AÑO DE EDAD
PERIODO 1980-1985**

VACCUNA	1980	1981	1982	1983	1984	1985
DTP 3	7.8	13.6	12.3	8.6	13.4	23.2
POLIO 3	3.3	4.3	11.0	8.0	15.7	22.2
BCG	-	60.0	58	61	69	70
SARAMPION	-	-	-	-	7.8	-

- datos no disponibles

Fuente: MSPP/BCP

La segunda fase del programa ampliado de vacunación corresponde a la puesta a en ejecución del programa acelerado, en concordancia con el compromiso del país de alcanzar la vacunación universal y la erradicación de la poliomiélitis para fines de 1990. Se observa así un apreciable aumento de la cobertura de la vacunación gracias a la aplicación de estrategias de vacunación masiva a partir de 1986.

Después de 1990 dejaron de llevarse a cabo Jornadas de Vacunación, registrándose una reducción de la cobertura.

Sin embargo, si bien la contribución de las Jornadas a la cobertura de vacunación disminuyó en 1990, el aporte de las actividades de rutina se ha incrementado, lo que refleja un comienzo del fortalecimiento institucional, proceso iniciado desde 1986-1987 con el respaldo de la OPS/OMS. Las actividades de vacunación masiva fueron reemplazadas en 1990 por jornadas comunales.

Los efectos de la crisis política por la que atraviesa el país desde mediados de 1991 ha debilitado aún más el ya frágil sistema de salud en todos los niveles y programas, pero ha afectado en forma más directa a la vacunación.

El análisis de la evolución del programa ampliado de vacunación debe realizarse en forma separada para los sectores público y privado.

Sector privado

En el sector privado, las actividades de vacunación se han desarrollado casi normalmente desde el inicio de la crisis en octubre de 1991, pero su contribución sólo representa una fracción de la cobertura nacional de vacunación.

En 1992, como respuesta a la nueva coyuntura sociopolítica del país, la creación de consorcios de ONG ha estimulado el desarrollo de sistemas locales de logística para el almacenamiento y la distribución de vacunas y materiales conexos, creación de bancos de gas, etc.

Sector público

Las actividades de vacunación se llevaron a cabo en forma regular durante los primeros tres meses de 1991, y en forma un poco menos regular entre abril y julio, en que se cerraron las instalaciones del Ministerio de Salud por la reestructuración, aunque el PEV continuó funcionando. Entre julio y noviembre las actividades prácticamente se suspendieron, reiniciándose tímidamente a partir de enero de 1992. Aunque se dispone de muy pocos datos y éstos no son muy confiables, se estima que en 1991 el aporte de este sector a la cobertura nacional no supera el 10 por ciento, lo que hace que la cobertura nacional sea para ese año de alrededor del 30 por ciento para DTP3 y poliomielitis 3 entre los niños de menos de un año.

Debe señalarse que en Puerto Príncipe, que absorbe el 20 por ciento de la población total del país, la cobertura no había pasado del 25 por ciento.

En 1992 y principios de 1993, las actividades de vacunación del sector público han aumentado un poco gracias a la colaboración del sector privado. Las ONG y los consorcios de ONG que existen en cada departamento programan y ejecutan actividades de vacunación en las que también participan las instituciones públicas. La supervisión y la administración de los fondos son aseguradas por la ONG con la que la oficina de la OPS/OMS suscribe un contrato. Se estima que la cobertura nacional en 1992 (sector público y privado) alcanza a alrededor del 35 por ciento para DTP3 y poliomielitis 3 entre los niños de menos de un año.

**TENDENCIA DE LA COBERTURA DE VACUNACION
NIÑOS DE MENOS DE UN AÑO
PERIODO 1985 - 1990**

VACUNA	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
DTP 3	26.5	29.5	54.4	50	41	25	23
POLIO 3	30.7	29.5	54.1	50	40	25	25
BCG	74.9	46.3	-	41-1	72	47	45
SARAMPION	21.7	23.9	62.8	31.2	31	22	22

Fuente: MSPP/BCP

MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (15 A 49 AÑOS)

VACUNA	1988	1989	1990
TOXOIDE TETANICO	22.8	12.2	12.0

B.4 PROGRAMAS DE AYUDA ALIMENTARIA

La difícil situación alimentaria anterior a la crisis (disminución de la producción de alimentos e incremento de la población) ha empeorado después de octubre de 1991.

La desnutrición proteínocalórica constituye un importante problema de salud pública. Los grupos de población más afectados son los niños de menos de cinco años, las mujeres embarazadas y los ancianos.

Los programas de ayuda alimentaria que proporcionan al gobierno cereales para ser vendidos con el fin de generar fondos de reinversión, se suspendieron después del golpe de estado.

Se ha organizado ayuda humanitaria que escapa al embargo, y la misma ha permitido, desde noviembre de 1991, asegurar la distribución directa de alimentos de primera necesidad.

Esta asistencia alimentaria ha continuado durante todo el año 1992 mediante programas de emergencia acordados por numerosos donantes.

Los principales participantes en este sector son PAM^l, UNICEF^l, BND^k, CRH^l, FISCR^m y las ONG (CARE^o, ADRA^p, CRS^q, etc.).

La coordinación está a cargo de un comité que reúne a todos los participantes para asegurar la mejor distribución geográfica posible de la ayuda.

Los programas llevados a cabo desde octubre de 1991 alcanzan a cerca de 2 millones de personas, incluidos los refugiados.

Las intervenciones son de tres tipos:

- alimentación general con miras a la distribución a comedores populares y escolares;
- alimentación complementaria, destinada a los centros de nutrición, que aseguran el diagnóstico preventivo de los casos de desnutrición infantil y que abarca, en general, las poblaciones vulnerables (mujeres embarazadas o en período de lactancia);
- alimentación terapéutica, dirigida a los niños gravemente desprovistos.

En 1992, el financiamiento de la ayuda alimentaria fue del orden de los 54 millones de dólares americanos. Los principales donantes son, en dólares:

Canadá	:	5,400,000
CEE	:	11,000,000
Francia	:	2,500,000
IFRC	:	2,000,000
PAM	:	3,400,000
USAID	:	31,000,000

En 1993 las provisiones son del orden de los 58 millones de dólares. Los principales donantes son, también en dólares:

Canadá	:	5,000,000
CEE	:	18,000,000
Francia	:	3,000,000
PAM	:	5,300,000
USAID	:	29,500,000

En lo que respecta a los programas financiados por la CEE', la responsabilidad técnica está a cargo de la Oficina de Nutrición y Desarrollo.

B.5 SERVICIOS DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BASICO

- **La cobertura de agua potable y saneamiento básico de Haití** es una de las menores de América Latina y el Caribe, y se ha visto fuertemente afectada por la crisis política por la que atraviesa el país desde octubre de 1991. Mientras que las inversiones del sector durante la década comprendida entre 1981 y 1990 fueron, en promedio, de 14 millones de dólares por año, y el año 1991 se presentaba aún más dinámico (14 millones de dólares en inversiones reales durante los nueve primeros meses del año), el efecto inmediato del golpe de estado contra el presidente elegido fue la brusca suspensión de los financiamientos externos. La mayor parte de las obras, que se interrumpieron en pleno

desarrollo, sin haber llegado a la etapa de producción, se hallan actualmente en total estado de abandono.

- Las instituciones nacionales se han desestabilizado (por el cambio de dirigentes, la eliminación de personal competente por razones políticas, la desmovilización del personal cuyo poder adquisitivo disminuye constantemente, presupuestos ajustados, etc.).
- Se han interrumpido prácticamente las actividades de mantenimiento de los sistemas instalados.
- **Los programas de ayuda humanitaria** movilizados por la comunidad internacional recién pudieron iniciarse a fines del primer trimestre de 1992. De manera que en 1992 sólo se invirtieron 3 millones de dólares en el sector, de los cuales 123.800 provinieron de la OPS/OMS, o sea el 18 por ciento del monto habitual.
- Los escasos recursos canalizados al sector sólo han permitido reparar las instalaciones existentes y controlar la calidad del agua potable. La cobertura de agua potable y saneamiento básico de la población apenas ha evolucionado, estimándose que las tasas de satisfacción de estas necesidades han permanecido estancadas.

COBERTURA DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BASICO
DICIEMBRE DE 1993

Agua potable en la capital	53%
Agua potable en ciudades secundarias (72)	58%
Agua potable en zonas rurales	33%
Saneamiento básico en zonas urbanas	43%
Saneamiento en zonas rurales	16%

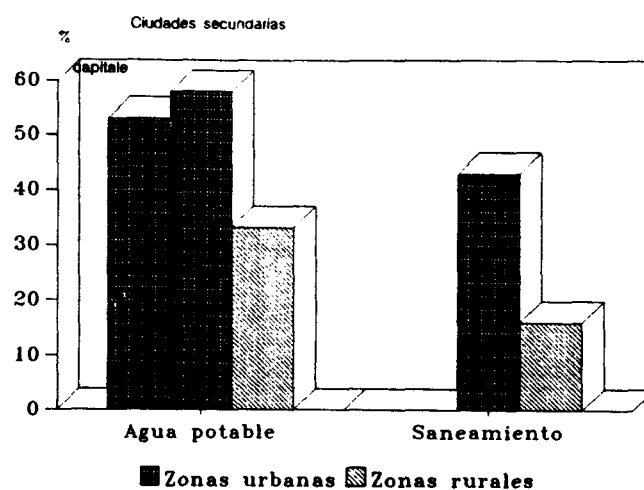
A fines de marzo de 1993, el nivel de la ayuda de emergencia al sector había retornado a un nivel aceptable, con proyectos en ejecución por un total de 7.355.000 dólares.

Apenas el 30 por ciento de las 1.600 toneladas de desechos sólidos generados diariamente en la capital se recoge en forma regular.

En la actualidad sólo se hallan en funcionamiento 12 camiones, mientras que en 1981 el Servicio Metropolitano de Recolección de Residuos Sólidos (SMCRS) disponía de 60 camiones nuevos para recolectar la mitad de ese volumen de desechos (800 toneladas por día).

El presupuesto de funcionamiento del SMCRS no se libera regularmente, de manera que el servicio se ve obligado a funcionar con carburante prestado por las compañías privadas de distribución de gasolina y a reducir considerablemente la extensión de las zonas de recolección, en detrimento de los barrios más pobres de la capital.

COBERTURA DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO



B.6 PROMOCION DE LA SALUD Y SALUD COMUNITARIA

El nivel de educación sanitaria es muy reducido, y las actividades de información, educación y comunicación prácticamente se han interrumpido desde 1991, limitándose a algunos mensajes transmitidos por televisión y por radio.

Los programas de salud comunitaria son llevados a cabo esencialmente por las organizaciones no gubernamentales.

Muchos de ellos se han interrumpido en virtud de la situación política, y el enlace con las organizaciones básicas permanece prácticamente cortado.

La asistencia provista a las ONG en el marco de la ayuda humanitaria ha permitido reiniciar las actividades de distintas instituciones sin por ello estimular la reactivación de la participación comunitaria.

Esta participación no puede concretarse en el contexto político actual, y no existe una política de salud que tienda a promoverla.

C. RECURSOS DISPONIBLES

C.1 RECURSOS HUMANOS

En general, el personal de salud se ha capacitado en las instituciones de formación bajo la dirección del MSPP. En la actualidad funcionan seis (6) instituciones públicas:

- la Facultad de Medicina y Farmacia (1)
- la Facultad de Odontología (1)
- la Escuela de Enfermeras (3 escuelas públicas)
- la Escuela de Tecnología Médica (1)

En el sector privado sin fines de lucro existe un instituto de formación en salud comunitaria, el INHSAC, Instituto Haitiano de Salud Comunitaria. A pesar de la crisis, esta institución ha podido mantener una calidad constante de enseñanza y aún extender y diversificar sus actividades.

En el sector privado existen numerosos establecimientos de enseñanza médica y paramédica, y desde 1990 estas instituciones no han cesado de multiplicarse. Debe señalarse que el nivel de enseñanza de estos establecimientos es bajo. En la actualidad es preciso revisar los programas de enseñanza.

El Ministerio de Salud es uno de los grandes empleadores nacionales. En 1992 contaba con alrededor de 8.900 empleados, de los cuales el 38 por ciento eran personal médico y paramédico, y el 64 por ciento, personal administrativo y de apoyo. Este personal representa el 19 por ciento del personal total de la función pública y está muy mal distribuido en el país. A título de ejemplo, en 1989 trabajaba en Puerto Príncipe el 70 por ciento de los médicos, el 60 por ciento de

las enfermeras, el 50 por ciento de los dentistas, el 26 por ciento de las auxiliares y el 50 por ciento del personal de administración general. Los hospitales departamentales se ven aquejados de una escasez de especialistas en ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía y ortopedia.

Junto a estos profesionales, debe señalarse la existencia de parteras tradicionales que han seguido o no cursos de actualización, que se encargan de alrededor del 70 por ciento de los partos en Haití.

En 1991, el intento de eliminación del personal excedentario al nivel central y de redistribución al nivel periférico se interrumpió rápidamente con el golpe de estado, y en 1992 el número total de empleados era superior al de 1989. El personal que quedó en disponibilidad durante la reestructuración fue reintegrado posteriormente, y desde octubre de 1991 se incorporaron nuevos empleados. Resulta interesante señalar que el número de estos médicos ha evolucionado mucho, pasando de 887 en 1989, a 944 en 1990, a 504 en 1991 y a 542 en 1992, mientras que el de enfermeras se ha mantenido más estable durante el mismo período (para los mismos años, las cifras respectivas son 691, 715, 596 y 728).

C.2 RECURSOS FINANCIEROS

Los montos gastados por el Ministerio de Salud Pública y Población pasaron de 142,2 millones de gourdes en 1989 a 179,4 millones en 1992, representando alrededor del 11 por ciento del gasto total del gobierno. Este último monto era inferior a la propuesta presupuestaria presentada por el gobierno constitucional para el ejercicio de 1991-1992. Sin embargo, la depreciación de la gourde con respecto al dólar de los Estados Unidos y el incremento de la población han determinado que se redujera el gasto per cápita del sector público, que pasó de 3,60 dólares en 1989 a 2,90 dólares en 1992. Durante estos cuatro años, la

eficacia de este gasto ha sido muy limitada, ya que los gastos por concepto de salarios representaron más del 90 por ciento de los desembolsos, lo que no permitió a las instituciones contar con un presupuesto operativo suficiente para financiar los gastos indispensables, por ejemplo en medicamentos y reparación de equipos. Un director de departamento recibe una asignación inferior a 250 dólares por mes por hospital, de 36 dólares por centro de salud y de 14 dólares por clínica. Ello determina que la calidad de la atención que pueden prestar sus instituciones sin duda se ha reducido notablemente, y en consecuencia su clientela también lo ha hecho. Por ejemplo, las tasas de ocupación de camas eran del 14 por ciento en 1990 en los centros de salud con camas, y del 50 por ciento en los hospitales.

Los recursos disponibles antes del golpe de estado para la ejecución de programas prioritarios, las inversiones y otros gastos de desarrollo del Ministerio de Salud Pública y Población provenían casi exclusivamente de la ayuda externa: los montos pagados por la cooperación externa en materia de salud, así como por sectores, se indican abajo en millones de dólares de los Estados Unidos. En los Anexos II y III se detallan los datos de la cooperación en materia de salud correspondientes a la ayuda humanitaria a partir de 1992.

GASTOS EN MATERIA DE SALUD

TIPO DE GASTO	1989	1990	1991	1992
Gastos de funcionamiento del MSPP	22.3	19.4	19.5	19.5
<u>Cooperación en materia de salud</u>				
- Bilateral	8.3	15.7	10.5	11.4*
- Multilateral	6.8	7.3	5.3	7.2*
- Total salud	37.4	42.1	35.4	38.1
- Gasto como % del PIB	2.1	2.6	1.9	
Gasto per cápita en salud (en \$US)	6.10	6.80	5.50	5.60
Cooperación total	40.0	170.0	37.0	
% de la coop. en salud/coop. total	10.8	13.3	11.6	

* Estos datos indican los gastos por proveedores de fondos. Los gastos que figuran en este cuadro excluyen los gastos por concepto de agua potable y saneamiento, así como los efectuados entre octubre y diciembre de 1991.

No se dispone de datos sobre los gastos efectuados por los hogares y las ONG en materia de salud durante los últimos años. Tampoco existen datos sobre los gastos de los empleadores por concepto de seguro de salud; sin embargo, se sabe que el nivel de estos gastos es muy reducido, ya que a diferencia de la mayoría de los países de la región que cuentan con sistemas de seguro de salud dentro de un sistema de seguridad social, no existe en el país un sistema de este tipo, salvo para los beneficiarios de OFATMA, que en 1990 representaban menos del 2 por ciento de la fuerza laboral. Además, los sistemas de seguridad social puramente privados han perdido la mayor parte de sus miembros por la pérdida de empleos que siguió al golpe de estado y al embargo. En un país pequeño como Haití, en el que pocas personas trabajan en el sector formal, el volumen de financiamiento que podría ser provisto por los

empleadores no sería suficiente y debería ser completado por un gobierno que ya cuenta con recursos muy limitados.

La asistencia humanitaria en el sector de la salud

Para atenuar el impacto de la crisis sobre los segmentos de población más desfavorecidos, Haití recibe ayuda humanitaria de diferentes organizaciones internacionales y organismos bilaterales.

La OPS/OMS provee apoyo técnico y coordinación para esta ayuda humanitaria, función que lleva a cabo el personal técnico en el terreno (Anexos II y III).

C.3 RECURSOS FISICOS Y EQUIPOS

a) Tecnología sanitaria

La tecnología sanitaria continúa siendo limitada en Haití. Los laboratorios de análisis médico están localizados en las ciudades y en ciertos hospitales rurales privados o mixtos. Su capacidad de investigación se limita generalmente a exámenes básicos.

En total, 122 instituciones públicas cuentan con instalaciones para el diagnóstico de la malaria y la tuberculosis.

A nivel nacional, el estado no dispone de un sistema de control de la calidad de los exámenes o de los medicamentos, ni cuenta con normas oficiales de conservación y de acondicionamiento. Por ello, en numerosos casos los medicamentos se venden en condiciones dudosas de conservación.

Los servicios de radiología y de radioterapia se concentran principalmente en Puerto Príncipe y en algunos hospitales situados en las provincias y en las zonas rurales. Debe señalarse que no están sometidos a ningún control de mantenimiento y muchos aparatos son muy anticuados. No se cuenta con técnicos bien capacitados ni con medidas de dosificación, y la protección de las salas de radiografías es deficiente.

Desde 1986, el Centro de Transfusión sanguínea de la Cruz Roja Haitiana tiene a su cargo lo que se relaciona con las transfusiones en todo el territorio nacional. En todas las ciudades y en algunos hospitales de distrito existen centros de transfusión de sanguínea.

La crisis energética que afecta actualmente al país ha reducido muy notablemente las actividades de transfusión de sanguínea al nivel departamental. En todos los centros de transfusión se ha introducido el examen de detección preventiva de VIH, y la OPS/OMS ha provisto exámenes ELISA.

Además del VIH, en la actualidad se investiga sistemáticamente la presencia de hepatitis B (antígeno de superficie) y de sífilis (serología sífilítica).

Aunque se ha contado con financiamiento, en 1992 hubieron interrupciones en las existencias de exámenes para la hepatitis B.

El Centro de Transfusión de Sanguínea de la Cruz Roja Haitiana no tiene autonomía financiera y depende enteramente de la ayuda internacional y humanitaria.

Debe señalarse que en un país en el que la malaria, las infecciones de VIH y la sífilis son altamente endémicas y la hepatitis B es moderadamente endémica, las transfusiones sanguíneas deben estar cuidadosamente concentradas y reducirse al mínimo. Deben estimularse las actividades preventivas que reduzcan la necesidad de transfusiones.

b) Sector de medicamentos

Los problemas que aquejan a este sector son múltiples, y se deben principalmente a la ausencia de una política global de medicamentos, y en consecuencia a una organización deficiente de los servicios farmacéuticos a nivel del Ministerio de Salud.

Dos laboratorios privados producen los medicamentos básicos en diferentes presentaciones, para su administración por vía oral (reacondicionamiento), incluso la producción sobres de rehidratación oral.

Un efecto inmediato de la crisis ha sido la suspensión de la producción de medicamentos. Al reiniciarse la producción, el sector ha encontrado numerosos escollos: perturbaciones en la red de distribución, la partida de algunos importadores con la consiguiente disminución de las importaciones y la comercialización, la desaparición de ciertos medicamentos del mercado y el incremento de los precios de los medicamentos, especialmente los importados.

Con el fin de minimizar estos problemas, la OPS/OMS ha creado una central de aprovisionamiento denominada PROMESS⁵. Al asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales y de materiales médicos básicos en el país, PROMESS facilita su accesibilidad para los segmentos

más desfavorecidos de la población, y desempeña un papel de moderador de los precios en el mercado comercial haitiano.

PROMESS cuenta con medicamentos esenciales de la lista de la OMS, o sea alrededor de 270 medicamentos y presentaciones, así como con una gama de materiales básicos como productos para curaciones, productos para laboratorios de radiología, jeringas, hilos para sutura, etc. En mayo de 1993, PROMESS abastecía a más de 300 instituciones sanitarias.

A través de la ayuda humanitaria, la OPS/OMS contempla la reactivación de una política y de un programa de medicamentos esenciales en Haití.

c) Infraestructura física

En ausencia de un presupuesto operativo, no puede asegurarse el mantenimiento de los edificios, de la infraestructura y de los equipos. Ello tiene como consecuencia el acelerado deterioro de los edificios y de los materiales. Esta aseveración se aplica esencialmente al sector público.