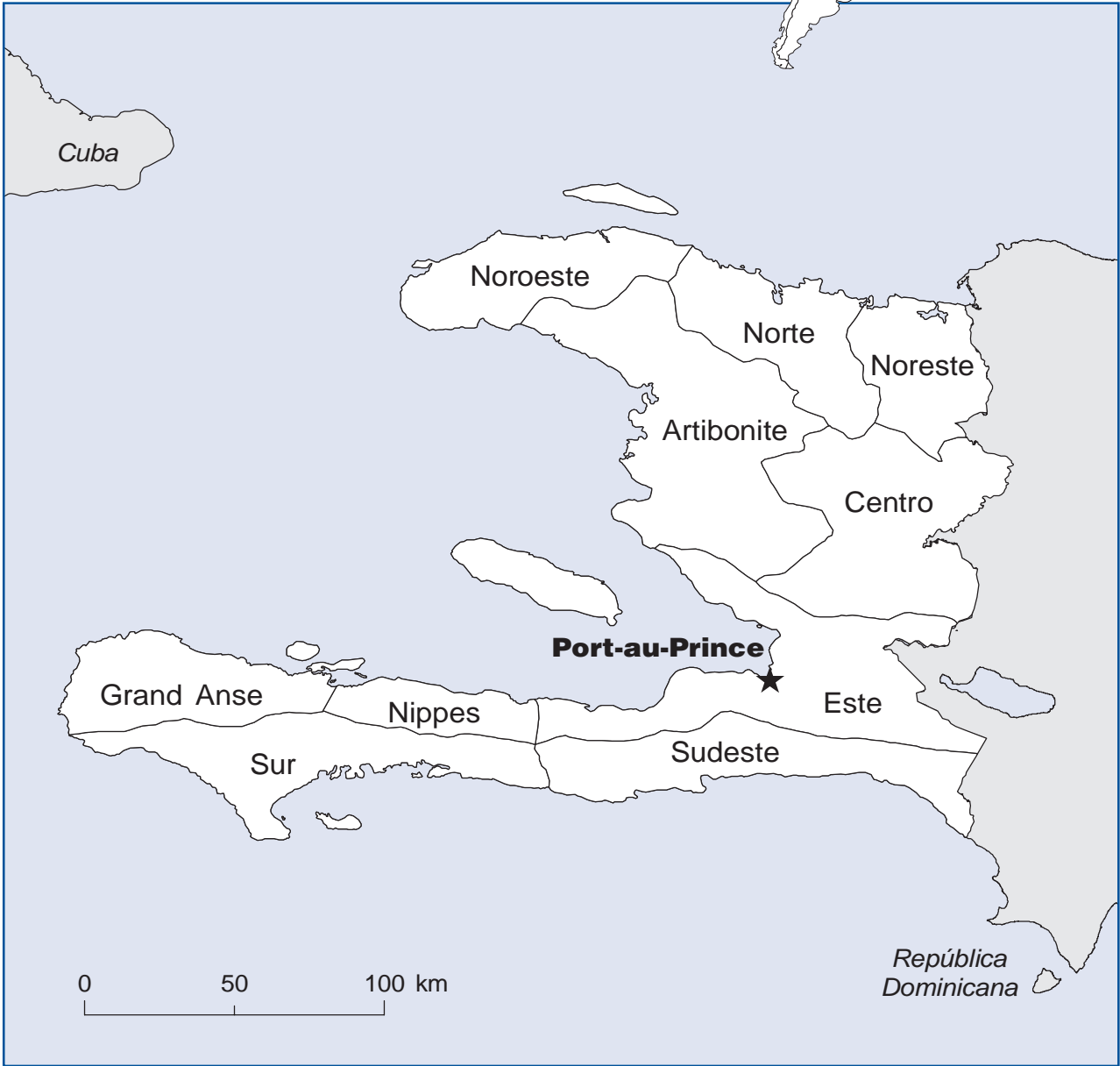


HAITÍ



Haití ocupa el tercio occidental de la isla de La Española, que comparte con la República Dominicana. Tiene una superficie de 27.700 km² y está dividido en 10 departamentos (Nippes se convirtió en el décimo departamento en 2004), 41 distritos, 135 comunas y 565 secciones comunales.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

Haití fue la primera nación negra del mundo que se independizó de la colonia, mucho antes que otros países latinoamericanos, y en 2004 celebró el bicentenario de su independencia. Después de casi dos siglos de dictadura y, desde fines de los años ochenta, intentos intermitentes de lograr una democracia, el país ha sufrido largos períodos recurrentes de inestabilidad política. Los acontecimientos políticos en el período examinado pueden sintetizarse de la siguiente manera: Jean Bertrand Aristide, primer presidente democrático del país, regresó a Haití en 2001; nuevamente abandonó el país en febrero de 2004 y, en marzo de ese mismo año, se estableció un gobierno de transición con el apoyo de la Misión de las Naciones Unidas para la Estabilización, que allanó el camino a la normalización, el fortalecimiento de las instituciones del país y las elecciones presidenciales y parlamentarias en febrero de 2006.

La gran mayoría de los haitianos continúan viviendo en condiciones precarias, agobiados por la pobreza y la marginación. Haití es considerado el país más pobre de las Américas. La desigual distribución de los ingresos (4% de la población posee 66% de la riqueza del país, mientras que 10% prácticamente no tiene nada) obliga a los pobres a recurrir a la naturaleza para sobrevivir. Las deficientes prácticas agrícolas en terrenos escarpados han acelerado la erosión del suelo y el escurrimiento generado por las lluvias tropicales arrastra la tierra cultivable hacia el mar y provoca la obstrucción de los sistemas urbanos de drenaje. El agua de superficie está contaminada a causa de los métodos ineficientes de eliminación de aguas servidas y la basura doméstica.

Según la Encuesta 2001 de las Condiciones de Vida en Haití, 55% de la población forma parte de familias que están por debajo de la línea de pobreza extrema (viven con menos de un dólar al día por persona) y 71%, más de seis millones de personas, viven por debajo de la línea de pobreza (disponen de US\$ 2,00 por persona al día). La misma encuesta muestra que la pobreza es mucho peor en las zonas rurales, y afecta a 82% de la población del país.

Según el Censo General de Población y Vivienda 2003, más de 61% de la población de 10 años y más de edad sabe leer y escri-

bir (53,8% de las mujeres y 63,8% de los varones), cifra que es mucho más elevada en las zonas urbanas (80,5%) que en las rurales (47,1%). La tasa bruta de matrícula en la enseñanza primaria es de 120%, lo cual indica que hay muchos estudiantes de edad superior a la normal, inscritos en la escuela primaria. La tasa efectiva de matrícula en la enseñanza primaria de los niños de 6 a 11 años de edad es de 60% en todo el país. Un poco más de uno de cada dos niños de este grupo de edad asiste a la escuela primaria en las zonas rurales, en comparación con 7 de cada 10 en las zonas urbanas. No hay una diferencia importante entre las tasas de matrícula primaria de los varones y las niñas.

No sucede lo mismo con la matrícula en la enseñanza secundaria, donde la tasa bruta de matrícula de las niñas es de 37% y la de los varones, de 45%. Existe una amplia diferencia entre las tasas brutas de matrícula en la enseñanza secundaria de los niños de familias más prósperas (71%) y la correspondiente a los niños de familias incluidas en el quintil de ingresos más bajos (23%). Los idiomas oficiales son el creole, un dialecto francoafriicano característico del país, y el francés, que solo habla el 10% de la población, principalmente las personas que han completado la escuela secundaria.

El acceso a la atención básica de salud no es adecuado. Según el Plan Estratégico Nacional 2005–2010 para la Reforma del Sector Salud, publicado en noviembre de 2005, menos de 40% de la población tiene acceso a servicios básicos de salud en ciertos departamentos (entre ellos, los departamentos del Oeste, el Norte y el Nordeste); el 80% de las personas buscan la atención prestada por curanderos. Para muchos haitianos, la necesidad de pagar antes de recibir tratamiento les impide recibir atención médica. Algunas organizaciones están promoviendo el ofrecimiento de servicios gratuitos para incrementar el acceso al tratamiento. Los costos de salud (consultas, hospitalización, atención médica y compra de medicamentos) también han aumentado desmesuradamente y las personas con recursos limitados no pueden pagarlos. El 47% de la población carece de acceso a la atención básica de salud y 50% no tiene acceso a los medicamentos básicos. Una consulta médica que solía costar 25 gourdes haitianos (HTG) a fines de los años ochenta, ahora cuesta HTG 1.200 (48 veces más).

En los dos últimos decenios, la crisis social y política del país ha tenido graves consecuencias socioeconómicas. El PIB en ge-

neral ha disminuido, con una tasa anual media de crecimiento de $-0,3\%$ en el período 1986–2004.

Desde 2000 a 2004, el país experimentó un crecimiento negativo (de $-1,1\%$ al año). El PIB per cápita sufrió una reducción aún más abrupta, de alrededor de $2,8\%$ anual, principalmente a causa del rápido crecimiento demográfico ($2,5\%$ al año) entre 1982 y 2003.

En agosto de 2000, la tasa de cambio era de HTG 22 por un dólar estadounidense; en 2005, el gourde se había depreciado a un cambio de HTG 42 por dólar.

El aumento cualitativo y cuantitativo de la producción de alimentos desde fines de los años cincuenta no ha podido mantenerse a la par de las necesidades de la población, si bien la disponibilidad de alimentos varía mucho de un departamento a otro. La inaccesibilidad de los alimentos con un alto valor nutricional y la falta de alimentos suficientes afectan el estado nutricional de la población. La preparación poco higiénica de los alimentos vendidos en las calles sin duda está vinculada con la elevada morbilidad. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), 3,8 millones de personas, la mayoría de ellas habitantes de zonas rurales, sufren hambre y 23% de los niños menores de 5 años presentan desnutrición crónica. Más de 40% de las familias padecen inseguridad alimentaria y una alta proporción de mujeres (12%) están por debajo del umbral crítico de deficiencia crónica de energía.

En Haití, son numerosas las manifestaciones nutricionales de la inseguridad alimentaria. Se pueden citar entre ellas el bajo peso al nacer, la desnutrición proteinoenergética, las carencias de micronutrientes como el hierro y el ácido fólico, que conducen a la anemia de las mujeres y los niños, y la carencia de vitamina A y yodo.

En los últimos años se ha intensificado también la declinación de la producción agrícola, la cual tuvo una tasa de crecimiento anual de $-1,2\%$ entre 2000 y 2004. Las repercusiones han sido de dos tipos. En primer lugar, se ha deteriorado el estado nutricional de los niños (las encuestas recientes revelan un alarmante incremento de la desnutrición en las zonas urbanas). En segundo lugar, el aumento del déficit de la balanza comercial debido al crecimiento de las importaciones, en particular de productos alimentarios, ha sido en gran medida la causa de la devaluación de la moneda y del incremento del costo de vida en el país.

Recientemente, el clima de inseguridad ha alcanzado grados críticos, incluso peligrosos. Plantea retos reales a la inversión privada y ha llevado al desempleo y subempleo crónicos. El censo de 2003 indicó que 33% (un tercio de la población económicamente activa) señaló que no tenía trabajo. Este es, por supuesto, un porcentaje hipotético y es muy probable que el desempleo y el subempleo reales sean mucho más elevados.

Estas circunstancias explican fácilmente la alta incidencia de la pobreza extrema en el país. Además, con programas de ajustes estructurales que exigen reducir el gasto público, la prestación de servicios sociales básicos, en particular de salud y educación, no

puede satisfacer la demanda. Por otra parte, como el sector privado se hace cargo de los servicios de salud y de educación, los precios tienden a subir aún más.

Los empleados gubernamentales constituyen 46% de la población económicamente activa ($50,4\%$ para los hombres y $42,2\%$ para las mujeres). Los trabajadores en los sectores de la agricultura, la explotación forestal, la cría de animales, la caza y la pesca representan 49,6% de la fuerza de trabajo económicamente activa, con un marcado predominio de los hombres ($93,3\%$ en las zonas rurales). El comercio al por mayor y al por menor es el segundo sector importante, que ocupa a 25,3% de la población económicamente activa y donde predominan las mujeres.

La inestabilidad política y la inseguridad del país desaceleraron las inversiones y el crecimiento económico después del año 2000. El PIB real disminuyó en 2000–2003 de HTG 23.900 en 1987 a HTG 12.900 en 2003, lo que equivale a una caída de 48%. La tasa media de inflación fue de 17% (e incluyó un aumento en el costo de los productos básicos) y el déficit presupuestario (sin incluir las donaciones) representó en promedio 3,1% del PIB.

Las Naciones Unidas se han referido a estas terribles circunstancias como “la emergencia silenciosa”. Las repercusiones económicas de acontecimientos tales como las inundaciones de 2004, aunadas a la inseguridad, las pérdidas materiales y el caos económico causado por las conmociones políticas a comienzos de ese año, contribuyeron considerablemente a la pérdida estimada de 5,5% del PIB.

En 2005 se estabilizó la economía, repuntó la actividad del sector privado y el comercio exterior volvió a los niveles previos a la crisis. También la inflación mostró signos de disminución y la tasa de cambio del gourde se mantuvo estable (en alrededor de 37 gourdes por un dólar estadounidense).

En 2003, solo 53,3% de la población (1.709.081 personas) tenía acceso a agua potable. Las tasas de cobertura del abastecimiento de agua potable en 2000–2004 presentaron un modesto aumento de 2,7%.

En 2003, 52% de la población rural (unos 2,4 millones de personas) tenía acceso al agua potable. Esto representa una reducción de 4,8% en la población abastecida, en comparación con 2001.

En las zonas urbanas, 1,8 millones de personas (58% de la población) no tenían acceso a servicios de eliminación de aguas servidas y en las zonas rurales la cifra llegó a 3,6 millones (más de tres cuartas partes de la población rural). En total, aproximadamente 5,5 millones de personas (69% de la población) no contaban con servicios de eliminación de aguas servidas.

El país es a menudo azotado por huracanes, y el daño puede ser grave a causa del degradado medio ambiente del país y las viviendas precarias, con frecuencia deficientemente construidas sobre suelos inestables en terrenos muy abruptos, zonas pantanosas o a lo largo de ríos. Dada la difundida deforestación del país, aun las lluvias normales pueden provocar inundaciones en Puerto Príncipe y otras zonas urbanas.

Haití es también en extremo vulnerable a los terremotos. En el país existen ocho fallas geológicas, dos de ellas muy importantes; una está situada en el norte y la otra atraviesa el territorio de este a oeste. La actividad sísmica en Haití en 2003–2005 ha revivido el espectro de un posible terremoto de grandes dimensiones (7 u 8 grados en la escala de Richter), que los expertos han estado pronosticando desde hace varios años. La en extremo elevada tasa de urbanización, que ha dejado a la región de la comuna de Puerto Príncipe con algo más de dos millones de habitantes (10.000 a 18.000 personas por km²), agravará los daños.

Demografía, mortalidad y morbilidad

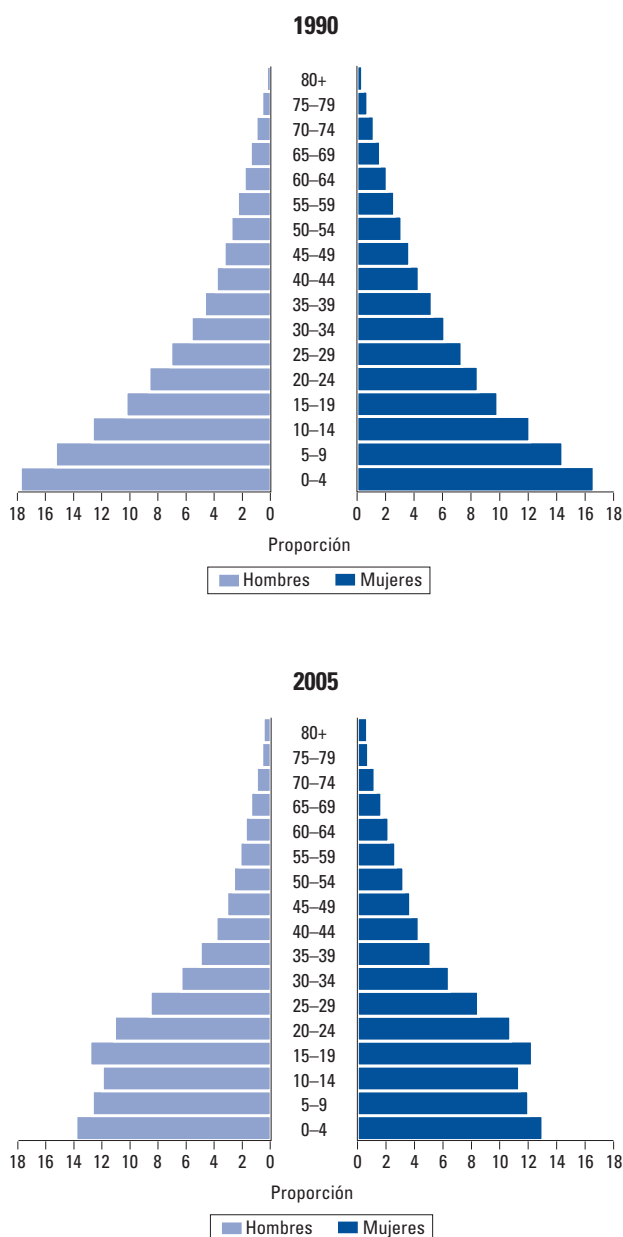
Según el Censo General de Población y Vivienda de 2003, el crecimiento demográfico anual en Haití era de 2,5%. El país tiene una población de 8.373.750 habitantes y una densidad demográfica de 302 habitantes por km². Casi dos terceras partes de la población se concentran en tres departamentos: Oeste, con 37% del total de habitantes; Artibonite, con 16%, y Norte, con 10%. Aproximadamente 40% de la población vive en zonas urbanas.

La población de Haití sigue siendo muy joven (más de 50% de los habitantes tienen menos de 21 años y 36,5%, menos de 15); los adultos de 65 y más años de edad constituyen 5,1% de la población. El análisis de los certificados de defunción de 2003 revela que 4% de las defunciones en el país se produjeron en el grupo de 0 a 24 años de edad.

La tasa de natalidad es relativamente alta (25 por 1.000 habitantes en las zonas urbanas, 30 por 1.000 en las rurales y 28 por 1.000 en el país en general). El promedio de hijos por mujer ha disminuido de 4,7 a 4,0 (en las zonas rurales el promedio es de 5; en las zonas urbanas, de 3, y en la capital, de 2,4). La esperanza de vida al nacer es de 52,7 años para los hombres y de 56,8 para las mujeres. Alrededor de la mitad de la población es soltera. Las mujeres representan 51,8% de la población (hay 86 hombres por cada 100 mujeres en las zonas urbanas y 98 hombres por cada 100 mujeres en las zonas rurales); este fenómeno es causado por los flujos migratorios (las mujeres emigran más de las zonas rurales a las urbanas, mientras que los hombres se desplazan desde las zonas urbanas a las rurales). En la figura 1 se muestra la estructura de la población en 1990 y 2005. La emigración hacia otros países, ya sea temporal o permanente, legal o ilegal, o que se trate de la llamada “fuga de cerebros”, es considerable. El Ministerio para los Haitianos que Viven en el Exterior estima que la cantidad total de emigrados es de 1,5 millones, de los cuales 700.000 están en los Estados Unidos de América, 550.000 en la República Dominicana, 100.000 en Canadá, 70.000 en departamentos y territorios franceses de ultramar vecinos y 40.000 en las Bahamas. Los profesionales y técnicos calificados haitianos que viven fuera de su país constituyen una importante fuente de ingresos para el país.

En 1997, el registro de las defunciones fue de solo 6,3% del total y en 2003 hubo un aumento a 10%. No obstante, en 2004 y

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Haití, 1990 y 2005.



2005 se produjo una súbita reducción en el número de los certificados de defunción. Al mismo tiempo, mejoró la forma en que se llenan los certificados y el porcentaje de certificados de defunción con causas de muerte mal definidas disminuyó de 48% en 1999 a 26% en 2002. Se estableció la retroalimentación de información inmediata y eficiente a nivel central y departamental. Dada la deficiencia de los registros, es preciso interpretar con cautela los

CUADRO 1. Principales causas de muerte por sexo; total de defunciones por cada causa y porcentaje del total de defunciones por causas, Haití, 2003.

Causas	Mujeres	Hombres	Total de defunciones	Porcentaje del total de defunciones por causas
Enfermedades del sistema circulatorio	829	561	1.390	24,4
Sida	219	271	490	8,6
Enfermedades infecciosas intestinales	219	268	487	8,6
Neumonía e influenza	160	169	329	5,8
Neoplasias malignas	157	135	292	5,1
Tuberculosis	118	148	266	4,7
Desnutrición	117	132	249	4,4
Infecciones del período neonatal	128	117	245	4,3
Accidentes	77	142	219	3,8
Agresiones	28	145	173	3,0
Total de defunciones por otras causas definidas	781	775	1.556	27,3
Total de defunciones por causas definidas	2.833	2.863	5.696	100
Causas mal definidas	1.043	1.272	2.315	

Fuente: Haití, Ministerio de Salud Pública y Población. Análisis de las causas de defunción, 2003.

datos de la mortalidad. En el cuadro 1 se muestran las principales causas de muerte en 2003; los datos provienen de un análisis de los certificados de defunción de 10 departamentos del país.

La diabetes mellitus ocupa el undécimo lugar como causa de muerte y representó 2,8% del total de defunciones. La mortalidad materna estuvo en el duodécimo lugar (es la séptima causa de defunción entre las mujeres).

Según la Encuesta de Mortalidad, Morbilidad y Utilización de los Servicios 2000–2001 (EMMUS III), la tasa de mortalidad materna fue de 523 por 100.000 nacidos vivos, cifra que representa un aumento de 15% con respecto a la tasa de 1991 (457 por 100.000). Un análisis de las causas de mortalidad materna en 2003 muestra que las principales causas fueron las complicaciones del parto, como las hemorragias (29%), seguidas de problemas vinculados con la hipertensión y la eclampsia (26%). El aborto provocó 13% de los casos. Según la EMMUS III, 54,4% de todas las mujeres y 63,2% de las mujeres embarazadas padecían anemia.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Las estimaciones de la mortalidad infantil en Haití se basan en los datos de las Encuestas de Morbilidad, Mortalidad y Utilización de los Servicios (EMMUS). El cuadro 2 muestra los indicadores de la mortalidad infantil correspondientes a cuatro encuestas.

Según el informe preliminar de la Encuesta de Mortalidad, Morbilidad y Utilización de los Servicios 2005–2006 (EMMUS

IV), uno de cada 12 niños haitianos muere antes de cumplir 5 años. La encuesta también encontró que las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo los problemas de salud más frecuentes en los niños. El 40% de los niños menores de 5 años tuvieron síntomas de infecciones respiratorias agudas o fiebre en las dos semanas anteriores a la encuesta. No obstante, solo 20% de los niños fueron llevados a un consultorio o a recibir ayuda (20% de los niños vivían en las zonas urbanas y 18% en las rurales); el 28% de los niños provenían de madres que tenían educación secundaria y 15% de madres que no tenían ninguna escolaridad. Además, 24% de los niños menores de 5 años habían sufrido uno o más episodios de diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta y 57% habían recibido el tratamiento de rehidratación oral; esto representa un importante aumento en el empleo de este tratamiento en comparación con la encuesta anterior (2000–2001), en la cual el porcentaje fue de 41%.

La EMMUS III encontró que 65,3% de los niños en edad preescolar padecían anemia en 2000.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Según los datos del censo de 2003, la población estimada de niños de 5 a 9 años de edad representaba 13% de la población total. Como consecuencia del nivel de pobreza del país y el hecho de que 89% de las escuelas son privadas, 17% de los niños en edad escolar no asistían a la escuela y 12,5% ni siquiera habían sido matriculados alguna vez. En este último grupo, 42% eran menores de 10 años y 54% eran niñas.

CUADRO 2. Tasas de mortalidad infantil por grupo de edad, estimadas por las primeras cuatro Encuestas de Mortalidad, Morbilidad y Utilización de los Servicios (EMMUS I a IV), Haití, 1987–2006.

	EMMUS I 1987	EMMUS II 1994–1995	EMMUS III 2000–2001	EMMUS IV 2005–2006 ^a
Tasa de mortalidad de lactantes (0–1 año de edad)	99	74	80	57
Tasa de mortalidad neonatal (0–28 días de edad)	40	31	32	25
Mortalidad postnatal (1–11 meses de edad)	59	43	48	32
Mortalidad de niños pequeños (1–4 años de edad)	66	61	42	31
Mortalidad de lactantes y niños pequeños (0–4 años de edad)	158	131	119	86

^aEstos resultados son preliminares.

Fuente: Instituto Haitiano de la Infancia.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias fueron las causas de 27% de las defunciones registradas en este grupo de edad. La tuberculosis, las enfermedades diarreicas, la desnutrición, la infección por el VIH/sida y la malaria son las cinco principales causas de muerte, sin que existan diferencias entre ambos sexos. También hay que destacar la importancia de las causas externas en la mortalidad de los niños de este grupo de edad (8%). Un estudio más detallado de las causas de muerte, basado en datos correspondientes al año 2000, revela que es más probable que los varones sean víctimas de accidentes de tránsito, mientras que las niñas son con más frecuencia víctimas de accidentes en el hogar.

Una encuesta nacional realizada en 2000–2003 sobre la prevalencia de las helmintiasis en los niños de 6 a 12 años de edad (complementada con encuestas sobre la prevalencia y la intensidad de las geohelmintiasis intestinales en los departamentos del Sur y Grand' Anse) revela que una tercera parte de los niños tenían parásitos y que había una considerable variación de un departamento a otro. El departamento de Grand' Anse presentaba la tasa más elevada (74%), seguido por el departamento del Norte (46%). El Ministerio de Salud Pública y Población y el Ministerio de Educación, la Juventud y Deportes iniciaron una campaña de desparasitación como parte de un programa regional de la OPS/OMS y del proyecto de prevención de las enfermedades transmisibles y de salud escolar. Se administró una dosis única de 400 mg de albendazol cada seis meses. La campaña fue ampliada para incluir los departamentos del Norte, del Nordeste y de Artibonite.

Salud de los adolescentes (10–14 años y 15–19 años)

Las diez principales causas de muerte en estos grupos incluyen el sida, las agresiones físicas, los accidentes, la tuberculosis, la fiebre tifoidea y causas relacionadas con la maternidad; los servi-

cios para los adolescentes los prestan principalmente las organizaciones sin fines de lucro. Según la EMMUS IV, la tasa de fecundidad entre las mujeres de 15 a 19 años de edad era de 69 por 1.000 y hay amplias diferencias entre la región metropolitana (46 por 1.000) y las zonas rurales (86 por 1.000). Una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años tiene acceso a métodos anticonceptivos modernos. En 2005–2006, fue escaso el uso del condón en este grupo (7%).

En 2005 se registraron 1.002 partos entre niñas de 10 a 14 años de edad y 6.090 entre jóvenes de 15 a 19 años. La violencia y el abuso sexual son más frecuentes en el grupo de 10 a 19 años.

Salud de los adultos (20–59 años)

Este grupo de edad constituye 40% de la población total, e incluye a mujeres en edad fértil y a la mayoría de las personas que integran la fuerza laboral. Según la EMMUS IV, la tasa de fecundidad entre las mujeres en edad fértil ha disminuido de 4,7 hijos por mujer en 2000 a 4,1 hijos en 2003, con variaciones según la zona de residencia (cinco hijos en las zonas rurales y tres en el área metropolitana). Se brindó información sobre al menos un método moderno de planificación familiar a 99% de las mujeres. Los métodos modernos más comúnmente usados por las mujeres que mantienen relaciones con un compañero son las inyecciones (11%), los condones (5%) y la píldora anticonceptiva (3%). Solo 2% de las mujeres optan por la esterilización en las zonas urbanas y rurales y otro 2%, por el DIU.

El sida fue la principal causa de muerte entre las personas de 20 a 49 años de edad en 2003 y representó 14,5% de las defunciones con un diagnóstico específico. Las enfermedades cardiovasculares estuvieron en segundo lugar (10%), seguidas por las agresiones (5%), las causas relacionadas con la maternidad (4,4%), los accidentes (3,9%) y la tuberculosis (3,7%).

Salud de los adultos mayores (65 años y más)

Según el Censo de Población y Vivienda de 2003, las personas mayores de 65 años representaban 5,1% de la población total; de estas, 72% vivían en zonas rurales y 7,7% tenían por lo menos una discapacidad. Las mujeres representaban 53% de este grupo de edad. Aproximadamente 78% de los adultos mayores no saben leer ni escribir.

El análisis de las causas de muerte en este grupo de edad durante 2003 muestra un predominio de las enfermedades no transmisibles: las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, las neoplasias, las enfermedades pulmonares, las enfermedades diarreicas y la diabetes mellitus (enumeradas en orden descendente de importancia).

No existe un programa de atención de salud para los adultos mayores. Conforme a la tradición y la cultura haitianas, los ancianos se quedan en el hogar bajo el cuidado de sus familiares. Sin embargo, esta situación está cambiando y se están estableciendo asilos privados de ancianos, si bien su costo elevado (US\$ 600 al mes) los hace inaccesibles, salvo para una minoría de la población. Ciertas comunas tienen asilos para los adultos mayores más pobres (asilos comunales de ancianos de Cap Haïtien y Puerto Príncipe); otras instituciones son manejadas por grupos religiosos (la Iglesia Católica tiene una institución en Cayes) y algunas asociaciones también administran hogares para ancianos.

Salud de la familia

La constante reubicación y emigración de la población han propiciado el colapso de la estructura de la familia en las zonas urbanas y rurales. En las grandes ciudades, una sola vivienda puede albergar a varias familias, ya sea porque los miembros de estas han emigrado o porque los niños han perdido a sus padres. En las zonas urbanas, 48% de las familias monoparentales son encabezadas por mujeres y en las zonas rurales, 33,3%. Solo 45% de los hijos menores de 18 años viven con ambos padres. El Ministerio de Salud Pública y Población tiene una Oficina de Salud de la Familia, la cual trabaja con el Fondo de Población de las Naciones Unidas para procurar, entre otras cosas, que los suministros de planificación familiar lleguen a los almacenes ubicados en sitios alejados de los centros urbanos.

El número de exámenes prenatales efectuados por un profesional de la salud, ya sea médico, enfermera o auxiliar de enfermería, está en aumento (85% de las embarazadas fueron examinadas, frente a 67,7% en 1995). Según la encuesta de 2005–2006 (EMMUS IV), 60% de los partos fueron atendidos por un profesional o una partera calificada (74% en las zonas urbanas y 53% en las rurales), frente a 46% en 1994. El número de las defunciones de mujeres durante el parto debe ser motivo de reflexión, incluida la concerniente a las habilidades del personal involucrado. El hecho de que solo 24,7% de los partos tuvieron lugar en instalaciones de salud (EMMUS III, 2000–2001) es probablemente un

mejor indicador de la situación real que la cifra registrada de los partos atendidos por personal calificado.

El Instituto de Bienestar Social e Investigación del Ministerio de Asuntos Sociales y del Trabajo proporciona algunos servicios a niños marginados y discapacitados.

Salud de los trabajadores

La tasa de empleo es muy baja (46%). El sector informal, constituido principalmente por mujeres, y el sector agrícola emplean en conjunto a 96% de la fuerza laboral. Un programa nacional de asistencia vocacional para promover el empleo productivo y combatir la exclusión social, dirigido por el Ministerio de Planificación y Cooperación Externa con apoyo del PNUD y la OIT, ha financiado la elaboración de un inventario de grupos organizados del sector informal en Haití que prestan alguna forma de protección social a sus miembros o adherentes. El programa, ofrecido por instituciones de microfinanciamiento u organizaciones no gubernamentales (ONG) del campo de la salud, llega a alrededor de 2% de la población y en general cubre las enfermedades y defunciones. Los sistemas de ayuda social que se han establecido son similares a los seguros de salud o seguros mutuos; cubren a grupos de 400 a 115.000 individuos y son administrados por sus miembros o por prestadores de atención de salud. El acceso a los servicios de salud depende de una prima baja pagada periódicamente por los afiliados. Estas iniciativas responden al deseo de los grupos del sector informal de contar con mecanismos de aseguramiento para cubrir sus necesidades básicas. Además, el Instituto de Bienestar Social e Investigación del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales presta algunos servicios a las trabajadoras.

La protección social patrocinada por el Estado cubre de 1% a 3% del sector estructurado. La ley otorga tres meses de licencia de maternidad a las mujeres embarazadas que trabajan. Los empleados gubernamentales y sus familias (unas 215.000 personas) están protegidos por un sistema específico de seguros, pero se consideran poco satisfactorios los servicios, en particular fuera de la capital.

La cobertura de los empleados del sector privado la proporciona la Oficina de Seguros Laborales, Médicos y de Maternidad, un organismo autónomo descentralizado que administra un hospital que ofrece servicios básicos y algunos servicios especializados, como traumatología, obstetricia y ginecología. Además de la atención médica, los beneficiarios reciben una indemnización por discapacidad temporal o permanente. Unas 43.000 personas normalmente reciben prestaciones con este sistema. Ciertas empresas ofrecen protección a sus jornaleros o personal de plantilla.

Salud de las personas con discapacidad

Según el censo de 2003, 1,5% de la población (125.600 personas) tenía una discapacidad; 11% de esas personas eran menores

de 15 años, 57% tenían de 15 a 64 años de edad y 32% eran mayores de 65 años. Más de 65% de esas personas vivían en zonas rurales y alrededor de 70% no tenían ninguna escolaridad. La discapacidad notificada más comúnmente fue la ceguera; se estimó que 1% de la población eran ciegos y que entre 75.000 y 200.000 personas tenían dificultades de visión debido a traumatismos, glaucoma, cataratas, infecciones de la córnea y retinopatía diabética.

Las personas con discapacidad a menudo pertenecen a los grupos más pobres de Haití. Carentes de recursos económicos, tienen poco acceso a la atención curativa. Hay tres instalaciones permanentes y dos temporales que proporcionan prótesis en Haití, pero solo una cuarta parte de las personas que han sufrido amputaciones han podido adquirir una prótesis, cuyo costo es prohibitivo para la mayoría de las personas con discapacidad. En 2005, 28 instituciones y asociaciones nacionales y 10 instituciones y asociaciones internacionales trabajaban en esta área en Haití.

Salud de los niños muy vulnerables

Los huérfanos, los niños de la calle y los que trabajan en el servicio doméstico son particularmente vulnerables. La EMMUS IV estima que 11% de los niños menores de 18 años han perdido a su padre o a su madre. El estudio más reciente de niños que viven en la calle (que han cortado los vínculos con su familia y hogar) y los que trabajan en la calle (que mantienen vínculos y un contacto más o menos regular con su familia, o vuelven al hogar a dormir o a llevar el fruto de su trabajo) lo realizó en 1999 la Unidad de Investigación sobre Niños en Situaciones Difíciles de la Universidad Quisqueya. Según el estudio, entre 6.226 y 7.833 niños de 5 a 17 años viven en esas situaciones precarias en Puerto Príncipe, 163 en Cap-Haïtien y 41 en Jacmel. A menudo son maltratados por la policía, que los considera delincuentes, y son propensos a sufrir enfermedades y problemas estomacales. Según estas fuentes, el número de niños y adolescentes que viven con una familia que no es la suya, en una situación conocida como *restavek* (término utilizado para los niños y adolescentes que realizan tareas domésticas sin recibir remuneración alguna) podría ser de hasta 300.000 (81% de ellos están en zonas rurales y 73% son niñas). La mayoría tiene entre 7 y 14 años de edad y solo 55% asiste a la escuela.

Salud de los presos

Un análisis de las estadísticas médicas concernientes a la atención de los reclusos en tres penitenciarías metropolitanas en 2005 revela que las principales causas de consultas (en un total de 10.969) fueron dolores de cabeza, problemas gástricos, infecciones urogenitales, hipertensión, fiebre, sarna, artritis, infecciones respiratorias agudas y diarrea. Hubo 73 casos de beriberi notificados durante este período y 65 embarazos. El Ministerio de Salud Pública y Población proporciona el tratamiento antituberculoso en 17 prisiones, que cubre a más de 4.000 presos.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La **malaria** (por *Plasmodium falciparum*) es endémica en Haití y las tasas de transmisión son más elevadas en ciertos sectores comunales después de las temporadas de lluvia (de marzo a mayo y de octubre a noviembre). En 2003 se registraron 109 defunciones atribuibles a la malaria (63 mujeres y 46 varones), de las cuales 12% eran niños menores de 5 años. Se notificaron 86.768 casos de malaria en 2004 y de estos, 24.205 fueron confirmados en el laboratorio. Las cifras en 2005 fueron de 106.152 casos y 26.021 casos confirmados. Hay 50 sitios centinela de vigilancia en funcionamiento en el país.

Está en marcha un proyecto de cinco años (2004–2009) financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (con US\$ 14,8 millones) y encaminado a reducir la morbilidad a menos de 10% y eliminar la mortalidad por malaria para 2010.

El **dengue hemorrágico** aún no ha sido documentado en Haití. Se han detectado los cuatro serotipos (I a IV), pero no existe un programa estructurado de tratamiento. El Sistema de Vigilancia notifica periódicamente los casos presuntos de dengue hemorrágico. Se encuentra *Aedes aegypti* en todo el país, especialmente en las zonas urbanas, donde la existencia de sitios de cría de las larvas facilita su propagación, en particular durante las temporadas de lluvia.

La **filariasis linfática** está presente en zonas tanto urbanas como rurales, especialmente en el departamento del Norte, en el Golfo de Gonâve, donde constituye un importante problema de salud pública. Todo el país está expuesto al riesgo de la transmisión de esta enfermedad por el vector *Culex quinquefasciatus*, que tiende a multiplicarse en zonas urbanas y regiones costeras protegidas del viento. En ciudades tales como Léogâne, Archaïe, Plaine du Nord y Limbé, más de 20% de la población está infectada con microfilarias. Ciertas comunas en los departamentos del Norte y el Centro tienen tasas de seropositividad de más de 30%.

Se efectuó un estudio nacional de la prevalencia que incluyó a 22.058 estudiantes de 6 a 10 años de edad de 10 departamentos. El estudio constó de tres etapas (noviembre y diciembre de 1999, mayo y junio de 2000 y enero a mayo de 2001). Se dio tratamiento con dietilcarbamazina (DEC) en una dosis de 6 mg/kg a los 898 niños que tuvieron resultados positivos en la prueba de inmunocromatografía rápida (tarjeta ICT). En 2003 se inició un proyecto financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates, con apoyo de la OPS/OMS, que busca eliminar la enfermedad para 2010 y que ha comenzado a dar frutos.

Después del huracán Jeanne en septiembre de 2004, se identificaron en la ciudad de Gonaïves tres pacientes con malaria, dos con infecciones agudas de dengue y dos con infecciones agudas por el **virus del Nilo Occidental**, entre 16 pacientes con fiebre aguda.

Enfermedades inmunoprevenibles

El programa de inmunización de Haití abarca las siguientes enfermedades: tuberculosis, poliomiélitis, difteria, tétanos, tos ferina y sarampión. La cobertura de vacunación de los niños de 12 a 23 meses de edad es de 41,3% (EMMUS IV). El **sarampión** está en vías de ser eliminado. En 2000 se registraron 990 casos de sarampión; la última epidemia ocurrió en 2001, con 158 casos confirmados; no se ha confirmado ningún caso de sarampión desde entonces.

Se notificó un solo caso confirmado en laboratorio de infección por un poliovirus no salvaje del tipo 1 originado en un laboratorio, en un niño de 2 años de edad vacunado inadecuadamente; la parálisis se inició el 30 de agosto de 2000. A pesar de las intensivas actividades de búsqueda de casos, no se han identificado otros casos.

Hubo una epidemia de **difteria** en 2004 con 801 presuntos casos, de los cuales 101 fueron investigados (27 de estos últimos fueron confirmados por laboratorio y 10, por el contacto epidemiológico). En 2005 se registraron 495 casos en ese año. Se investigaron un total de 17 casos notificados (nueve fueron confirmados y 8 fallecieron). El **tétanos neonatal** sigue siendo un importante problema de salud pública. A pesar de los esfuerzos concertados para combatir la enfermedad, se notificaron 119 casos en 2005, de los cuales 71 eran neonatales; de estos, fueron investigados 46. Ciertas comunas tienen actualmente tasas de tétanos neonatal superiores a 1 caso por 1.000 nacidos vivos. Según EMMUS IV, en casi tres cuartas partes (74%) de los nacimientos en los últimos cinco años, la madre había recibido una sola dosis de vacuna antitetánica durante el embarazo. En cuanto a la **tos ferina**, no se notifican ni investigan todos los casos. Se registraron cuatro casos en 2004 y de un total de 697 casos comunicados por el Ministerio de Salud Pública y Población en 2005, 21 fueron investigados. En el cuadro 3 se muestra la cobertura de vacunación del Programa Ampliado de Inmunización en 2001–2005.

Enfermedades infecciosas intestinales

Las enfermedades infecciosas intestinales continúan siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad infantiles. Según los datos de la EMMUS IV, 24% de los niños menores de 5 años habían tenido uno o más episodios de diarrea en las dos semanas previas a la encuesta; de estos, 40% habían recibido un paquete para tratamiento de rehidratación oral (TRO) y 7% habían sido tratados en el hogar con una solución preparada por la madre. A nivel nacional se les suministraron líquidos durante un episodio de diarrea a 57% de esos niños, lo cual representa un aumento en comparación con el porcentaje estimado en 2000 (41%). No obstante, hay que señalar que el tratamiento de rehidratación oral se utiliza con más frecuencia en las ciudades (72% en la zona metropolitana) que en el campo (52%).

En términos de la prevalencia, los niños de 6 a 11 años de edad son los más afectados (41%), seguidos por los niños pequeños

CUADRO 3. Tasa de cobertura (%) del Programa Ampliado de Inmunización, por antígeno, Haití, 2001–2005.

Antígeno	Año				
	2001	2002	2003	2004	2005 ^a
BCG	49	45	54	43	62
Antipoliomielítica 1					55
Antipoliomielítica 2					45
Antipoliomielítica 3	53	41	48	61	65
DPT 1					57
DPT 2					47
DPT 3	52	39	50	62	68
Contra la varicela	53	34	52	57	59
TT2+	19

^aLos porcentajes correspondientes a las vacunas antipoliomielíticas 1 a 3 y la DPT 1 a 3 en 2005 se basan en datos de múltiples años, más que en los de un solo año calendario.

Fuente: Haití, Ministerio de Salud Pública y Población, Programa Ampliado de Inmunización, OPS/OMS, datos administrativos.

(12 a 23 meses de edad). Estas enfermedades ocuparon el tercer lugar, después del sida, en la lista de causas principales de muerte en 2003 para todos los grupos de edad y ambos sexos (8,6% de las defunciones por causas definidas).

La fiebre tifoidea fue la causa de 2,8% de las defunciones de niños de 5 a 9 años de edad, de 8,9% de las del grupo de 10 a 14 años, de 3,2% de las del grupo de 15 a 19 años y de 1,5% de las del grupo de 20 a 49 años.

Enfermedades crónicas transmisibles

La **tuberculosis** es endémica en Haití y es la séptima causa principal de muerte según el análisis de los certificados de defunción de 2003. La tuberculosis tiende a afectar a las personas durante sus años productivos (entre los 15 y los 44 años de edad).

La incidencia estimada de esta enfermedad fue de 12.632 casos (todas las formas) en 2005 y de 6.828 a 7.340 casos diagnosticados por baciloscopia. Los objetivos del Programa Nacional contra la Tuberculosis, de detectar 70% de los casos y curar 85% de ellos, aún no han sido alcanzados. La tasa de detección se estimó en 49% en 2006 y la de curación, en aproximadamente 70% en 2004.

En 1997 se sentaron las bases para un programa nacional estructurado contra la tuberculosis con la aplicación de la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS). Se introdujo un régimen de tratamiento de 8 meses, junto con un plan nacional contra la tuberculosis para 2001–2006. El porcentaje de personas infectadas con tuberculosis que fueron consideradas “curadas” varió de 62% en 2001 a 70% en 2005. En este último año participaron en el programa 198 instituciones, de las cuales cuatro eran sanatorios. Los pacientes reciben medicamentos en forma gratuita. La epidemia de infección por el VIH en Haití ha exacerbado considerablemente la situación de la tuberculosis en el país, convirtiendo a esta última enfermedad en la principal in-

fección oportunista en las personas con VIH. La información epidemiológica disponible indica una tasa de coinfección por tuberculosis y VIH de 29%.

Desde hace más de un siglo se han realizado en Haití esfuerzos para combatir la **lepra**; el Ministerio de Salud Pública y Población estableció, como prioridad, la eliminación de la lepra. Entre 1998 y 2002 se detectaron 1.718 casos y 75% fueron tratados. Además, más de 1.000 profesionales de la salud recibieron capacitación en relación con la enfermedad. El cierre del centro de Gonaïves,¹ como consecuencia de la tormenta tropical Jeanne en septiembre de 2004, condujo a una drástica reducción del número de casos nuevos detectados (de 56 en 2000 a 26 en 2004 y a 24 en 2005). Después de 2004, el Ministerio de Salud Pública y Población creó una oficina de programas para la lepra y formuló un nuevo plan estratégico para 2006–2008. El Ministerio firmó un convenio de cooperación con el Instituto Fame Perey y concertó un acuerdo con Fontilles, una organización no gubernamental española dedicada al cuidado de los pacientes con lepra.

En 2005, la Liga contra la Anemia Falciforme (LAAF), creada en 1989 en Puerto Príncipe, identificó a 706 personas con **anemia drepanocítica** en 679 familias, 27 de las cuales tenían dos o tres hijos afectados por la enfermedad. Entre esas personas, 540 casos (76% de los detectados) eran del genotipo SS. La distribución de los casos por edad fue de 16% en el grupo de 0 a 10 años, de 41% en el de 11 a 20 años, de 26% en el de 21 a 30 años y de 16% en el de personas de más de 30 años. La morbilidad era más alta en las personas de 0 a 24 años de edad (con secuelas de accidentes cerebrovasculares y convulsiones, mutismo o priapismo en 5% de los varones de más de 15 años de edad; úlceras abiertas en las piernas en 4% de los pacientes con anemia drepanocítica SS que tenían más de 12 años de edad, sin ninguna preponderancia clara de uno de los sexos). En mayo de 2005 se llevó a cabo un estudio preliminar en la comuna de Mirbalais (en la meseta central), que incluía una serie de pruebas a 412 de las 900 personas que habían solicitado atención médica (pacientes de 22 a 45 años de edad). Mediante la electroforesis de la hemoglobina con acetato de celulosa, seguida de la prueba de detección de células falciformes, se identificó a 115 personas con hemoglobina anormal S y C (13,3% de hemoglobina S heterocigota y 3,6% de hemoglobina C heterocigota, porcentajes cercanos a los observados en la capital). Se observó un porcentaje alto (9%) de betatalasemia/hemoglobina S en esta región, hecho que requiere una investigación más sistemática (estudio de las familias, detección neonatal, electroforesis cuantitativa de la hemoglobina).

¹El 26 de septiembre de 2004, la tormenta tropical Jeanne provocó la muerte de 3.000 personas, entre ellas el Padre Olivier, quien había dedicado su vida al cuidado de los pacientes de lepra en Artibonite. Fue arrastrado por las aguas mientras trataba de ayudar a los pacientes en el inundado Hospital de la Providencia en la ciudad de Gonaïves.

Infecciones respiratorias agudas

En 2005–2006, no menos de 40% de los niños menores de 5 años habían tenido fiebre o síntomas compatibles con este tipo de infecciones en las dos semanas anteriores a la encuesta. Solo 20% de ellos habían sido examinados en un centro de salud para recibir tratamiento (26% en las ciudades, 18% en las zonas rurales). El nivel de escolaridad de la madre está relacionado con el hecho de buscar o no tratamiento (28% de las madres con educación secundaria, en contraste con 15% de las madres sin escolaridad, habían buscado atención médica).

El análisis de los certificados de defunción de 2003 revela que las defunciones atribuibles a las infecciones respiratorias agudas en los niños se ubican inmediatamente después de las defunciones por desnutrición o diarrea.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

La infección por el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual son frecuentes en Haití. Se estima que la prevalencia de la infección por el VIH es de 2,2% (2,3% en las mujeres de 15 a 49 años de edad y 2% en los hombres de 15 a 59 años de edad).

Haití atraviesa una epidemia generalizada de infección por el VIH. El virus ataca a hombres y mujeres en edad fértil, conduce a la muerte a una edad muy temprana y deja como secuela huérfanos vulnerables.

Se calcula que 40.000 personas positivas al VIH necesitaban tratamiento con antirretrovíricos en 2005. Desde 2003, el país cuenta con medicamentos antirretrovirales, principalmente por conducto de centros administrados por dos organizaciones: el Grupo Haitiano para el Estudio del Sarcoma de Kaposi e Infecciones Oportunistas (GHESKIO) y la red Zanmi Lasanté, una organización no gubernamental.

Ha aumentado considerablemente el número de sitios que ofrecen tratamiento, así como el número de personas que reciben tratamiento con antirretrovíricos (de 5.500 en enero de 2006 a 9.412 en septiembre de ese mismo año, de las cuales 43% eran hombres y 57%, mujeres, con una razón hombre/mujer de 1:1,3).

La gran mayoría de los pacientes reciben tratamientos antirretrovíricos en los centros del GHESKIO y de la red Zanmi Lasanté. Otros pacientes son tratados en diferentes lugares del país (24 sitios), pero la cobertura es aún muy inequitativa.

Con el propósito de prevenir la transmisión de la madre al hijo, ha aumentado considerablemente el número de sitios que brindan tratamiento (de 40 en 2003 a 74 en septiembre de 2006); no obstante, todavía no se ha logrado la atención efectiva de las embarazadas y sus hijos. Entre octubre de 2004 y septiembre de 2005, alrededor de 53.000 embarazadas fueron sometidas a tamizaje para el VIH. Entre octubre de 2005 y septiembre de 2006, más de 70.000 (más de 80%) fueron examinadas en esos centros. La prevalencia de la infección por el VIH en este grupo específico era de 3,3%; el 91% de las mujeres a las que se les hicieron las pruebas volvieron para conocer los resultados y recibieron orien-

tación posterior. No obstante, solo 10% de las mujeres seropositivas y sus hijos recibieron tratamiento con antirretrovirales para prevenir la transmisión de la madre al hijo.

En 2005–2006 se realizaron aproximadamente 180.000 pruebas de detección del VIH (con una relación hombre mujer de 1:1,9) a personas que voluntariamente las solicitaron en 98 centros de tamizaje; la tasa de prevalencia fue de 9,3% (10,7% para los hombres y 8,6% para las mujeres).

En la EMMUS IV, prácticamente todos los entrevistados habían oído hablar de la infección por el VIH/sida y 75% de las mujeres y 85% de los hombres dijeron que había una forma de prevenirla; las respuestas variaron mucho de un departamento a otro. Independientemente de estas respuestas, el uso del condón es muy limitado. El 11% de las mujeres y 23% de los hombres que habían tenido relaciones sexuales en los 12 meses anteriores a la encuesta habían usado un condón en su última relación sexual. Los solteros declararon con más frecuencia que usaban condones (38% de las mujeres y 42% de los hombres), siendo más común entre los jóvenes (26% de las mujeres y 33% de los varones de 15 a 19 años, frente a solo 6% o menos de las mujeres de más de 30 años y de los hombres de más de 40). El nivel educativo también influye en el uso del condón (24% de las mujeres y 40% de los hombres con estudios secundarios usaban condones, frente a solo 2% de las mujeres y 3% de los hombres que no habían asistido a la escuela). Las personas con VIH/sida continúan siendo estigmatizadas y discriminadas y pueden incluso ser rechazadas por sus propias familias.

Zoonosis

Se notificaron 21 casos de **rabia humana** entre 2001 y 2005, nueve en 2001, cuatro en 2002, cuatro en 2003, tres en 2004 y uno en 2005; la mayoría se presentaron en la zona metropolitana. Muchos de los focos que se notifican no son investigados debido a las deficiencias del sistema de vigilancia epidemiológica.

El **carbunco** es endémico en los departamentos del Norte, del Sudeste, de Nippes y de Artibonite. Estos cuatro departamentos tienen focos activos.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La EMMUS III reveló prevalencias elevadas de **anemia** en los niños (65%), las mujeres en general (54%) y las embarazadas (63%).

Además, en 2005, el Instituto Haitiano de la Niñez realizó un estudio sobre la prevalencia de las **deficiencias de vitamina A y de yodo**. Una tercera parte de los niños de 6 a 59 meses de edad tenían concentraciones plasmáticas de retinol $\leq 0,70 \mu\text{mol/l}$ y sufrían una deficiencia de vitamina A (básicamente de origen nutricional) y 1,47% padecían una deficiencia grave (concentraciones $\leq 0,35$); no existía ninguna diferencia entre ambos sexos.

Los niños de 24 a 35 meses de edad eran los más afectados. Haití puede ser considerado un país con una deficiencia leve de yodo (concentración mediana de $84 \mu\text{g/l}$): 24% de la población sufre una deficiencia moderada y una fracción muy pequeña, deficiencia grave. Las zonas rurales son las que presentan la mayoría de los casos de deficiencia grave, pero aun en la zona metropolitana hay focos de deficiencia grave. Estas deficiencias afectan la salud de las mujeres embarazadas y los niños.

De septiembre de 2002 a mayo de 2003, la Fundación Haitiana de Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares efectuó un estudio transversal que incluyó a 1.620 adultos de más de 20 años de edad residentes de la zona metropolitana de Puerto Príncipe. La prevalencia ajustada según la edad de la **diabetes** fue de 4,8% en los hombres y de 8,9% en las mujeres y 70,6% de los casos ya eran conocidos. Se encontró **hipertensión** en 48,7% de los hombres y 46,5% de las mujeres. La prevalencia en el grupo de más de 40 años de edad fue de 69,1% en los hombres y de 67,2% en las mujeres.

Enfermedades cardiovasculares

Entre 2000 y 2003, las enfermedades cerebrovasculares representaron la tercera parte del total de defunciones. Las cardiopatías, la diabetes y la enfermedad hipertensiva también fueron importantes causas de muerte.

Neoplasias malignas

En 2003, las neoplasias malignas ocuparon el quinto lugar como causa de muerte y representaron 5,1% del total de defunciones registradas. Se registró un total de 292 casos de neoplasias malignas (157 en mujeres y 135 en hombres). En las mujeres, los órganos más afectados fueron el aparato reproductor (28%), el aparato digestivo (26%), las mamas (18%), el aparato respiratorio (9%), el sistema sanguíneo y linfático (7%) y el tubo digestivo (5%). No se realiza un tamizaje sistemático para detectar el cáncer cervicouterino, el cáncer de mama o el de próstata.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Las lluvias torrenciales provocaron la inundación de las ciudades de Cayes en 2002 y de Saint-Marc en 2003. En 2004, las zonas rurales de Mapou y Fonds Verrettes también fueron muy afectadas por las inundaciones. En esta última zona se notificaron 1.800 defunciones, y dos aldeas resultaron totalmente destruidas por avalanchas de lodo. En septiembre de 2004, la tormenta tropical Jeanne anegó las ciudades de Gonaïves y Port-de-Paix, provocó 2.000 muertes y dejó sin hogar a 100.000 familias. Ocho hospitales y varios centros de salud fueron destruidos.

La temporada de huracanes de 2005 fue particularmente intensa. La actividad ciclónica duplicó el promedio habitual, con 26 tormentas y 14 huracanes. Las lluvias intensas y los vientos vio-

lentos acrecentaron el caudal de la mayoría de los ríos y se inundaron varias regiones. Se comunicaron marejadas en algunas zonas costeras de los departamentos del Sur y Grand'Anse.

Violencia y otras causas externas

Los accidentes y la violencia contribuyen de manera importante a la morbilidad y la mortalidad en Haití, especialmente de la población económicamente activa y los adolescentes y los jóvenes. En 2003, 6% de las defunciones en el grupo de 15 a 19 años de edad y 5% de las muertes en el grupo de 20 a 49 años de edad se vincularon con agresiones. En 2006, distintos organismos, como la policía, la Misión de las Naciones Unidas para la Estabilización de Haití, el Ministerio de Posición Social y Derechos de las Mujeres, la Red Nacional para la Defensa de los Derechos Humanos y Médicos sin Fronteras reunieron datos sobre este problema. Un examen de esos datos reveló que casi 90% de la atención de urgencia consistió en el tratamiento de lesiones por asalto a mano armada y 10%, en el tratamiento de víctimas de agresión sexual o violencia doméstica.

Desde que abrió sus puertas, el centro operado por Médicos sin Fronteras, Francia (MSF/F) ha tratado un promedio de 700 casos de urgencia cada mes, 200 de ellos resultantes de la violencia. Las estadísticas de MSF/F muestran que hubo un promedio de 232 víctimas de accidentes de tránsito mensuales (70% en el grupo de 19 a 49 años de edad, con una razón hombre/mujer de 1,8:1, y 20% en los menores de 18 años) y 414 consultas médicas de víctimas de accidentes en el hogar. Los secuestros para pedir rescate son otra forma de violencia; en diciembre de 2005 se registraron 237 secuestros de este tipo.

Adicciones

En un estudio encomendado por el gobierno en 2000, se entrevistó a 778 niños que vivían en situaciones difíciles y a 4.317 estudiantes de escuelas secundarias de la zona metropolitana de Puerto Príncipe. Los entrevistados declararon que es fácil el acceso a sustancias psicotrópicas en Puerto Príncipe. No obstante, el porcentaje de personas que consideran fácil el acceso varía según la sustancia en cuestión: 98% para los cigarrillos, 97% para las bebidas alcohólicas, 72% para los analgésicos, 39% para los tranquilizantes, y 31% para los inhalantes (solventes). El consumo de alcohol es el más frecuente (55% de la muestra) y su consumo comienza a la edad de 14 años; le siguen las anfetaminas (29%), las píldoras para dormir (15%) y los tranquilizantes (11%). Los varones expresaron que habían comenzado a consumir marihuana aproximadamente a los 17 años de edad y las niñas, alrededor de los 11 años.

La Asociación para la Prevención del Alcoholismo y Otras Adicciones a Sustancias Químicas ofrece servicios de rehabilitación que siguen el método de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos durante 12 meses. Entre 2001 y 2006, 143 personas recibieron tratamiento de la Asociación (88% hombres y 61%, personas que habían sido adictas por más de cinco años). El desglose de

las adicciones por tipo de sustancia es el siguiente: alcohol (27%), marihuana (19%), cocaína fumada (30%), "Juicy Lucy" (marihuana más cocaína fumada) (6%), tabaco, medicamentos de venta con receta y heroína (8%).

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

En 2005, el Ministerio de Salud Pública y Población publicó un plan estratégico nacional para poner en práctica reformas en el sector salud en 2005–2010. El plan reconoce a la salud como un derecho humano fundamental de todos los haitianos, sin discriminación alguna, y hace hincapié en la relación directa con el desarrollo humano y el respeto necesario a los principios de solidaridad, equidad y justicia social.

El principal mandato de la política sanitaria en Haití es fortalecer la función rectora del Ministerio en la planificación, ejecución y evaluación de programas de salud. Las Unidades Comunales de Salud son entidades administrativas descentralizadas encargadas de realizar un conjunto de actividades de salud con calidad, y con la participación de organismos públicos y privados y la comunidad en la zona geográfica asignada a cada unidad.

La medicina tradicional, ampliamente aceptada sin importar la clase social o el credo religioso, es practicada por diversos curanderos ("doktè-fèy", comadronas, hechiceros del vudú, masajistas, componedores de huesos, herboristas, espiritistas, etc).

En 2006 se creó la Oficina de Medicina, Farmacia y Medicamentos Tradicionales dentro del Ministerio de Salud Pública y Población, la cual es responsable de velar por que se establezca una política nacional sobre medicina y medicamentos tradicionales y de fomentar las investigaciones en este campo.

La formulación de estrategias y la ejecución de actividades para garantizar los servicios básicos son obstaculizadas por un marco jurídico deficiente y obsoleto e instituciones inadecuadas. La ausencia de leyes básicas y de homogeneidad en los servicios existentes ha llevado a un estado de anarquía en el cual el gobierno no ha podido reglamentar, dirigir ni vigilar la calidad de los servicios y suministros ofrecidos.

Hasta fines de 2005, Haití no contaba con una política nacional de medicamentos.

En 2002, el Ministerio de Salud Pública y Población puso en marcha un programa para reestructurar y racionalizar el sistema nacional de salud, que incluía la descentralización de funciones del Ministerio según el concepto de las Unidades Comunales de Salud. La descentralización aún se encuentra en sus primeras etapas (en 2006 se habían establecido y estaban en funcionamiento 11 Unidades Comunales de Salud en cinco departamentos). Otras estrategias importantes son el desarrollo de un sistema financiero eficiente, el fortalecimiento de la participación de la comunidad, la coordinación dentro del sector e intersectorial, la formulación de una política de recursos humanos compa-

tible con las necesidades del Ministerio y la modificación de la legislación sanitaria para salvaguardar los intereses del mayor número de personas.

Organización del sistema de salud

El sistema de salud de Haití está integrado por el sector público, el sector privado lucrativo, el sector mixto no lucrativo y el sector de la medicina tradicional. El sector público está constituido por el Ministerio de Salud Pública y Población y el Ministerio de Asuntos Sociales. El sector privado lucrativo abarca a todos los profesionales de la salud que laboran en forma independiente o en clínicas privadas. El sector mixto no lucrativo está integrado por personal del Ministerio de Salud Pública y Población que trabaja en instituciones administradas por el sector privado, organizaciones no gubernamentales u organizaciones religiosas.

El Ministerio de Salud Pública y Población está encabezado por el Ministro y el Director General; tiene 10 oficinas nacionales y cuatro unidades coordinadoras, cada una de las cuales se ocupa de las enfermedades infecciosas y transmisibles, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la nutrición y la seguridad en los hospitales. También hay 10 oficinas sanitarias departamentales, una para cada uno de los 10 departamentos del país, presididas por un Director Departamental de Salud, con el apoyo de profesionales que dirigen los programas nacionales. Las Unidades Comunes de Salud dependen de las oficinas sanitarias departamentales. El tamaño de la población bajo su jurisdicción y su ubicación geográfica determinan su número y ubicación. La ley orgánica más reciente es de 2005–2006, pero se han creado nuevas estructuras desde su promulgación, de conformidad con las resoluciones aprobadas por el país después de las conferencias internacionales sobre salud y desarrollo. Los asuntos pendientes incluyen la aprobación de leyes de salud y de medicamentos por el nuevo parlamento y la creación de una comisión de salud para que apoye esos procesos.

Todas las instituciones del sistema de salud están bajo el control y la coordinación del Ministerio de Salud Pública y Población, como parte de la función reguladora del Ministerio. No obstante, el Ministerio no ha podido asumir cabalmente esta función. Los recursos provenientes de la cooperación internacional han sido canalizados más hacia el sector privado no lucrativo y, en consecuencia, algunas instituciones privadas cuentan con más capacidad que el sector público. El Ministerio de Asuntos Sociales es teóricamente responsable de la salud de los trabajadores del sector privado estructurado. Para ese efecto, tiene a su cargo varios organismos descentralizados, de los cuales los más importantes son la Oficina Nacional de Seguro para la Vejez, la Oficina de Seguros para Accidentes de Trabajo, Enfermedad y Maternidad y el Instituto de Bienestar Social e Investigación.

Las actividades privadas lucrativas están concentradas en la zona metropolitana, donde trabaja la mayoría de los profesionales de la salud. Las instituciones privadas, como clínicas, laboratorios

y farmacias, funcionan sin restricciones, pero no participan en los programas nacionales de salud ni en la vigilancia epidemiológica de enfermedades sujetas a notificación obligatoria.

Los servicios de salud se dividen en servicios de primer nivel, hospitales comunales para la referencia de pacientes y hospitales departamentales de referencia. El sector público abarca alrededor de 35,7% de la infraestructura de salud; el sector privado mixto, 31,8% y el sector privado, 32,5%. Según la antigua nomenclatura, había 402 dispensarios, 198 centros de salud sin camas, 54 centros con camas y 63 hospitales, situados principalmente en las localidades más importantes de los departamentos. Algunos de los hospitales son especializados, en particular, el Hospital de la Universidad Estatal de Haití, que es el hospital de referencia nacional, si bien las restricciones presupuestarias y las repetidas huelgas afectan a menudo su funcionamiento. Ciertas comunas tienen centros de salud, pero estos no pueden satisfacer las necesidades de sus poblaciones. Se estima que 40% de la población no tiene acceso a servicios de salud. Aproximadamente 80% de la población general recurría a la medicina tradicional; la mayoría residen en zonas rurales, donde 13% de la población vive a más de 15 km del centro de salud más cercano.

Todavía son incipientes los esfuerzos concertados para establecer un sistema de seguro social, a pesar del empeño del gobierno en proporcionar una pensión a los empleados de más de 55 años de edad con 25 años de servicios. La Oficina Nacional de Seguro para la Vejez, creada en 1965, cubre a empleados del sector privado, pero solo un porcentaje muy pequeño de la población está protegido y las sumas otorgadas a menudo son miserables.

Servicios de salud pública

El Ministerio de Salud Pública y Población se basa en la estrategia de atención primaria de salud para atender las necesidades de salud de la población. Se presta la atención mediante un paquete de servicios básicos, que incluye la salud de los niños, los adolescentes y las mujeres; las urgencias médicas y quirúrgicas, el control de las enfermedades transmisibles; la educación sanitaria; la salud ambiental y el suministro de agua potable y medicamentos esenciales. La prestación de estos servicios todavía es experimental y las limitaciones en los programas nacionales de salud impiden que estos proporcionen una cobertura máxima.

Los programas para combatir el VIH/sida y la tuberculosis tienen prioridad y reciben apoyo de instituciones financieras que trabajan en el sector de la salud. Además se han establecido redes de organizaciones no gubernamentales y servicios de salud públicos y privados para procurar una mejor puesta en práctica de las estrategias y las actividades. No obstante, estas redes son demasiado incipientes para garantizar una cobertura nacional efectiva. Con respecto a la prevención del sida, está en marcha la cooperación pública y privada con organizaciones no gubernamentales en aspectos que van desde el cumplimiento de planes de cinco años hasta la vigilancia serológica centinela

y la prevención de la transmisión perinatal. Como resultado de la falta de organización y la ausencia de un sistema de evaluación del desempeño, el Programa Ampliado de Inmunización no pudo prevenir la acumulación de un gran número de individuos susceptibles, hecho que se vincula con una epidemia de sarampión en 2001.

Desde 1991, el Ministerio de Salud Pública y Población ha efectuado la vigilancia epidemiológica de la infección por el VIH. Mediante cuatro estudios centinelas de mujeres embarazadas, se detectaron tasas de prevalencia de 6,2% en 1993, 5,9% en 1996, 4,5% en 2000 y 3,1% en 2004, pero esta disminución no significa necesariamente que el riesgo haya disminuido. También se observó que el porcentaje de mujeres menores de 20 años infectadas con el virus se elevó entre 1996 y 2004.

Se creó un programa para combatir la filariasis linfática que ha demostrado que es posible alcanzar el objetivo regional de eliminar esa enfermedad para el año 2010.

En 2004 y 2005, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Agricultura realizaron dos campañas conjuntas para combatir la rabia canina. Unos 100.000 perros y gatos fueron vacunados en la capital, el departamento del Oeste y parte de la meseta central, donde se había producido la alerta. Brasil ofreció 5.000 dosis de la vacuna y la OPS/OMS aportó la logística.

El Ministerio de Agricultura ha auspiciado actividades de vacunación contra el carbunco, si bien esas actividades han sido esporádicas y han contado con escasa participación de la comunidad. En 2004–2005, casi un millón de animales fueron vacunados contra el carbunco. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) proporcionó el financiamiento, y la organización no gubernamental VETERIMED llevó a cabo la aplicación de las vacunas.

En 2005 se construyó un laboratorio nacional de salud pública. Comenzó a funcionar en 2006, si bien con insuficientes recursos físicos y con escasos recursos humanos capacitados.

Se pusieron en marcha dos iniciativas piloto de desarrollo sostenible en Port Salut y Aquin; se establecieron sistemas públicos de alcantarillado y eliminación de desechos sólidos en las dos comunas, los cuales beneficiaron a unas 250.000 personas. En el vecindario de Lison, en la zona norte de Puerto Príncipe, se construyó un sistema público de alcantarillado y desagües pluviales. El Ministerio de Salud Pública y Población tiene ahora una Oficina de Promoción de la Salud y Protección del Medio Ambiente.

Con el fin de mejorar la eliminación de aguas servidas, en 2005–2006 se inició un proyecto que proporciona asistencia técnica y financiera a la comunidad para la construcción de letrinas.

Servicios de atención a las personas

En 1986, el Ministerio de Salud Pública y Población dispuso que la Cruz Roja haitiana se encargara de los servicios de transfusión de sangre. En 2004, con el apoyo del Plan de Emergencia

del Presidente de los Estados Unidos para Mitigar el Sida, el Ministerio puso en marcha un programa nacional para la seguridad de las transfusiones de sangre y preparó un proyecto de decreto encaminado a reorganizar el sistema nacional para la seguridad de la sangre. El programa implica la creación de puestos de transfusión y bancos de sangre en cada departamento del país. Se han logrado avances considerables en la recogida de sangre y el empleo apropiado de sangre entera y hemoderivados; estas mejoras obedecen fundamentalmente a que el sistema basado en donantes de sangre de reposición ha sido sustituido por otro basado en la donación voluntaria, altruista y periódica de sangre (las donaciones voluntarias de sangre aumentaron de 5% en 2004 a 27% en 2006). Sin embargo, la cobertura todavía es en general inadecuada; el centro de transfusiones de sangre de Puerto Príncipe pudo satisfacer solo 47% de la demanda en 2004 y 60% en 2005; el único banco de sangre establecido fuera de la capital en 2006 está situado en Miragoâne. En 2005, el tamizaje de alrededor de 11.000 unidades de sangre reveló que 1,6% de ellas eran positivas para el VIH, 4%, para la hepatitis B, 0,7%, para la hepatitis C, 1%, para el HTLV-1 y 3%, para la sífilis.

La salud mental es responsabilidad de la Oficina de Promoción de la Salud y Protección del Medio Ambiente. El Estado tiene el Centro Psiquiátrico Mars y Kline y el Hospital Psiquiátrico Défilé de Beudet en la zona metropolitana de Puerto Príncipe. No existen otras instituciones públicas que presten servicios de salud mental en el resto del país, pero han surgido varios centros privados pequeños. La atención de salud mental disponible no puede satisfacer la demanda, que se ha incrementado a causa de la persistente violencia y estrés que imperan en el país.

Promoción de la salud

En 2005 se instituyó una nueva estrategia de promoción de la salud mediante la cual se crearon clubes ecológicos para promover el liderazgo de los jóvenes y mejorar las condiciones ambientales, fomentando la existencia de lugares verdes y limpios, el abastecimiento de agua potable y el saneamiento y el control de vectores. También existen otras iniciativas, como la promoción de ciudades sanas.

Recursos humanos

No se cuenta con recursos humanos suficientes para satisfacer la demanda de los servicios, y los recursos existentes están distribuidos en forma desigual en el territorio.

En el pasado, el sector público era prácticamente el único que se ocupaba de la formación de personal de salud por medio de sus instituciones: una facultad de medicina, una facultad de farmacia, una facultad de odontología, una escuela de tecnología médica y cuatro escuelas nacionales de enfermería, situadas en Puerto Príncipe, Cap-Haïtien, Cayes y Jérémie. En los últimos 10 años han proliferado las instituciones privadas, lo cual crea un

problema para la acreditación por parte del Estado. Solo dos de las cuatro facultades privadas de medicina cuentan con reconocimiento oficial del gobierno. Varias escuelas para la formación de enfermeras y auxiliares de enfermería funcionan sin autorización y otras ni siquiera han sido registradas. En 1998 había nueve escuelas de enfermería oficialmente reconocidas y otras nueve estaban en proceso de evaluación.

En 2000 se abrió una escuela para la formación de enfermeras obstétricas; actualmente está preparando la sexta generación, constituida por 30 estudiantes. En 2000–2005 se graduaron 463 médicos en la Facultad de Medicina de la Universidad de Haití y 153 farmacéuticos y 38 técnicos de laboratorio en la Facultad de Farmacia de la Universidad. Para otorgar a estos graduados una licencia para ejercer su profesión en Haití, el gobierno exige que cumplan un año de servicio social en un establecimiento público de salud de una zona rural. La ausencia de un examen estatal u otro sistema de certificación oficial representa un obstáculo importante para la reglamentación y normalización de las competencias requeridas en las diversas profesiones de la salud del país. El Ministerio de Salud Pública y Población ha elaborado y aplicado un plan de estudios de enfermería. Desde 1998, con ayuda de Francia, el Centro de Información y Capacitación en Administración Sanitaria (CIFAS) ha preparado cada año a administradores y directores de hospitales para el sector público. La Universidad Estatal de Haití preparó a 100 administradores entre 2001 y 2005. En ese mismo período, la Fundación Haitiana de Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares impartió al personal de salud capacitación básica en el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la diabetes y la hipertensión.

Suministros de salud

Hay cuatro laboratorios farmacéuticos del sector privado autorizados oficialmente para producir medicamentos de uso nacional y, en conjunto, su producción representa de 30% a 40% del mercado de medicamentos en Haití. Como el país no tiene un laboratorio nacional de control de la calidad de los medicamentos, debe recurrir a la vigilancia de la calidad ejercida por conducto de la OPS/OMS. No existe ningún fabricante de suministros médicos y un solo establecimiento produce reactivos de laboratorio a nivel local. En agosto de 2004 había 42 instituciones que importaban productos farmacéuticos y seis oficinas autorizadas para manejar su distribución. A ellas se suman algunas organizaciones no gubernamentales e instituciones colaboradoras que importan medicamentos y los distribuyen directamente. En 2004, el país tenía 215 farmacias autorizadas; también cuenta con un sistema informal de distribución en el cual se venden libremente medicamentos en las calles, los mercados y los centros comerciales.

El sector público tiene un programa de medicamentos esenciales y un sistema logístico descentralizado que opera en todo el país, y garantiza la disponibilidad de medicamentos y su distri-

bución en los establecimientos públicos y mixtos y privados no lucrativos.

En 2005, el valor total de los medicamentos y suministros de salud distribuidos a las instituciones de salud por medio del Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESS) de la OPS fue de US\$ 4.315.326, desglosados de la siguiente manera: US\$ 1.328.043 para medicamentos vendidos de conformidad con la política de recuperación de costos y US\$ 2.987.283 para medicamentos subsidiados por los programas prioritarios del Ministerio de Salud Pública y Población, que incluían vacunas, anticonceptivos y medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis, la malaria y el sida. Estas cifras han disminuido drásticamente desde 2001. En ese año, las cifras fueron de US\$ 7.748.907 para los medicamentos y suministros distribuidos a las instituciones de salud por el PROMESS; de US\$ 1.861.123 para los medicamentos vendidos de conformidad con la política de recuperación de costos, y de US\$ 5.877.784 para los medicamentos subsidiados por los programas prioritarios del Ministerio de Salud Pública y Población.

El gasto gubernamental en adquisición de medicamentos es en extremo bajo, aun cuando no se haya expresado como porcentaje del presupuesto total del Ministerio de Salud Pública para 2004–2005.

Si bien el sector público elaboró en 2003 la lista nacional de medicamentos esenciales, esta presenta numerosas deficiencias y debe ser revisada. En cierta medida, los mercados básicos en el campo de la salud, que abarcan la tecnología, los medicamentos y otros suministros, están bajo el control del Ministerio de Salud Pública y Población.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

La Oficina de Epidemiología, Laboratorios e Investigación, dependencia del Ministerio de Salud Pública y Población creada en 2006, se ocupa de la planificación y realización de investigaciones que contribuyan a la elaboración de políticas y programas sobre prevención y control de enfermedades. Las restricciones financieras y la escasez de personal capacitado han impedido que la Oficina cumpla cabalmente esa misión. Varias instituciones públicas y privadas realizan investigaciones, pero sus estudios no siempre son autorizados o supervisados por el Comité de Bioética y Protección de Sujetos Humanos del Ministerio. El Comité, integrado por 11 miembros, ha emitido fallos sobre 23 proyectos de investigación desde que fue creado en 1999; la mayoría de los proyectos de investigación examinados se relacionaban con el VIH/sida y con ensayos de vacunas.

Gasto y financiamiento sectorial

Los gastos de salud pública representan entre 0,8% y 1% del PIB. Si bien el gobierno periódicamente aumenta el presupuesto de salud (661.121.148 gourdes al año en 2003–2004; 871.239.000 gourdes en 2004–2005, que equivalen a 3,5% del presupuesto na-

Esperanza para Haití

Haití atraviesa una epidemia generalizada de VIH. Duramente afectada por una pobreza extrema, analfabetismo y años de disturbios políticos y sociales, las tasas de prevalencia del VIH/sida son las más altas de la Región. Ante este difícil panorama se levanta una historia de logros y de inspiración, una historia de lucha para prevenir la enfermedad y combatirla, de atender a los enfermos y llevar esperanza a los que han perdido toda ilusión. Zanmi Lasanté (que significa "socios en salud" en creole, dialecto hablado en Haití) ofrece servicios de atención médica completa de primera calidad para la meseta central del país. Zanmi Lasanté es el único proveedor de atención médica completa para las poblaciones empobrecidas de la meseta central. Esta organización no gubernamental de atención de salud ha recorrido un largo camino desde que fundó la Clínica del Buen Salvador, un dispensario con dos salas en el pueblo de Cange, en 1985. Zanmi Lasanté inició en 1998 un programa de tratamiento antirretroviral para 50 pacientes que sufrían de sida avanzado. Entre otras empresas acometidas por Zanmi Lasanté se halla un hospital de 104 camas y servicios completos, que incluye dos quirófanos, salas de internación para pacientes adultos y pediátricos, un centro de enfermedades infecciosas, un dispensario para pacientes ambulatorios, un consultorio para mujeres, dispensarios de oftalmología y medicina general, un laboratorio, un almacén de productos farmacéuticos, un banco de sangre, servicios de radiología y un conjunto de escuelas. En asociación con el Ministerio de Salud de Haití, Zanmi Lasanté se ha expandido a otras localidades además de Cange, donde ofrece adiestramiento y contrata a trabajadores de salud comunitarios y complementa al personal del Ministerio de Salud. Sin embargo, la técnica que los distingue es la capacitación de *accompagneurs*, soldados de a pie que marchan hacia la comunidad para actuar en la prevención de enfermedades, el control de las condiciones médicas y socioeconómicas, y proporcionar atención de salud de calidad a las personas que padecen enfermedades crónicas. Zanmi Lasanté actualmente presta atención de salud a medio millón de habitantes de la meseta central. Se ha convertido en el modelo de proveedor de atención de salud eficaz para los más pobres entre los pobres.

cional), los incrementos no bastan para cubrir las necesidades de salud de la población. Como el presupuesto nacional es muy pequeño, en términos reales la cantidad actualmente asignada es más baja que en los años ochenta debido a la inflación y la depreciación de la moneda con respecto al dólar. La mayoría de los fondos se destinan al pago de sueldos; los programas prioritarios y las inversiones deben ser financiados mediante la cooperación bilateral y multilateral. Con la creación de las Unidades Comunales de Salud comenzó la gestión descentralizada de los recursos; empieza a aminorar la lentitud observada en el otorgamiento de los fondos, que hace inoperables los establecimientos distantes, y esto permite una ejecución más racional de los planes departamentales de operaciones.

Evidentemente, la cuestión del financiamiento sanitario es un elemento esencial del problema del acceso a la atención. Algunos estudios abogan por una política de atención gratuita. Otras iniciativas, como la condonación de las deudas con el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, contemplan usar fondos específicamente asignados para ofrecer un paquete básico de servicios gratuitos a los sectores más pobres de la población y, a mediano plazo (en unos 10 a 15 años), establecer un sistema de protección social. El financiamiento sanitario en Haití debe ser visto desde una perspectiva macroeconómica; para abordarlo, se han puesto en práctica varias iniciativas en el sector estructurado y

en el informal, usando mecanismos de microfinanciamiento y microaseguramiento para mejorar el acceso económico a servicios de calidad con un precio razonable para los usuarios.

Cooperación técnica y financiera en salud

La ayuda externa al sector salud se redujo de US\$ 48 millones en 1998–1999 (cuando alcanzó su máximo nivel desde 1997 a 2005) a US\$ 28 millones en 2001–2002 (el nivel más bajo en ese mismo período). Los principales proveedores de fondos multilaterales son el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (con US\$ 66,9 millones en cinco años, a partir de enero de 2003) y el BID (con US\$ 22,5 millones en cuatro años, a partir de fines de 2003). Después de proporcionar un apoyo crítico para el establecimiento de las Unidades Comunales de Salud, la Unión Europea suspendió la ayuda a raíz de la crisis política de 2000. Nueve organismos especializados de las Naciones Unidas tienen representaciones en Haití y seis de ellos trabajan en el campo de la salud (la OPS/OMS, el UNICEF, la FAO, el PMA, el ONUSIDA y el FNUPA). Hay también un representante del Secretario General de las Naciones Unidas, que se encarga sobre todo de asuntos políticos en estrecha colaboración con el Coordinador de la Misión Internacional Civil de Apoyo a Haití. El sector salud es considerado prioritario para los organismos de

cooperación bilateral de países como Canadá, España, Estados Unidos, Francia y Japón.

El Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESS) de la OPS cumple una función fundamental en la adquisición de medicamentos, suministros esenciales, productos de laboratorio y consumibles médicos en el mercado internacional, y en la supervisión de su distribución a las instituciones de salud pública de Haití, 12 almacenes en sitios alejados y dos bancos de medicamentos, que juntos constituyen la red nacional de distribución de medicamentos.

El Ministerio de Salud Pública y Población y el Ministerio de Planificación y Cooperación Externa coordinan las actividades de salud con organismos privados, bilaterales y multilaterales de cooperación. Los organismos de las Naciones Unidas han participado específicamente en los siguientes campos: reforma del sector salud, salud reproductiva, salud del niño, planificación de la familia, inmunización, nutrición, abastecimiento de agua potable y saneamiento, desarrollo de servicios de salud, sida e infecciones de transmisión sexual, problemas de género en el ámbito de la salud y medicamentos esenciales. El período 2000–2005 fue en extremo difícil en Haití. La ayuda internacional no siempre ha respondido a las necesidades específicas del país y la falta de liquidez del gobierno no le ha permitido coordinar las necesidades de ayuda. Desde que Haití se unió al Mercado Común del Caribe (CARICOM) se ha fortalecido la integración regional.

Se han firmado varios acuerdos de cooperación con la República Dominicana, entre ellos, el proyecto binacional 2005 de control de la tuberculosis, apoyado por la OPS/OMS; no obstante, los resultados han sido exiguos. El proyecto de cooperación técnica, iniciado en 2005 para prevenir y controlar la rabia transmitida por los perros, ha tenido buenos resultados en ambos países.

Se han realizado varios proyectos multinacionales, entre ellos, un proyecto para 2003–2005 con apoyo de Cuba (US\$ 144.247) y un proyecto para 2004–2005 con Paraguay, sobre salud ambiental, que abarcaron el manejo de desechos sólidos y la capacitación en instituciones haitianas para lograr la participación de la comunidad en la instalación de sistemas de abastecimiento de agua potable y de alcantarillado.

Bibliografía

- Bureau international du Travail, Programme STEP; Financial Services Network for Entrepreneurial Empowerment (DAI/FINNET). Louis dit Guerin O, Viau J. Mise en place d'un système d'assurance santé à l'hôpital Albert Schweitzer. Etude de faisabilité. Draft. October 2001.
- Coalition Nationale Pour les Droits des Haïtiens. Non Au Système Restavek. Vers l'élimination de l'esclavage de l'enfant en Haïti. April 2002.
- de Rochars MB, Kanjilal S, Direny AN, Radday J, Lafontant JG, Mathieu E, et al. The Leogane Haiti demonstration project: decreased microfilaremia and program cost after 3 years of mass drug administration. *Am J Trop Med Hyg.* 2005;73(5): 888–894.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; Organización Internacional para las Migraciones. Encuesta sobre Inmigrantes Haitianos en República Dominicana. Santo Domingo, March 2004.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; Organización Internacional para las Migraciones. Las migraciones: la incapacidad de ofrecer una vida digna. In: Informe nacional de desarrollo humano 2005. Chapter V. p. 119–144.
- Fleurival J. L'anémie falciforme à l'usage des généralistes et des étudiants en sciences de la santé en Haïti. Port-au-Prince, Imp. Collection Procédure. March 2006.
- Fonds des Nations Unies pour la population; Unissons-nous pour les enfants. Evaluation des dépôts périphériques. Rapport consolidé. November 2005.
- Gaillard EM, Boulos L-M, Cayemittes MPA, Eustache L, Van Onacker JD, Duval N, et al. Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sex Transm Infect.* 2006 Apr; 82 Suppl 1:i14–20.
- Haïti, Association pour la prévention de l'alcoolisme et autres accoutumances chimiques; Institut Haïtien de l'Enfance; Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues. Etude Connaissances, Attitudes et Comportements des élèves et des enfants des rues de la région métropolitaine de Port-au-Prince. November 2000.
- Haïti, Conseil National pour la Réhabilitation des Handicapés; Ministère des Affaires sociales et du Travail; Programme des Nations Unies pour le développement. Vers l'élaboration d'une stratégie nationale d'intégration des personnes à besoins spéciaux. Port-au-Prince: Ed. des Antilles S.A.; May 2005.
- Haïti, Groupe d'Appui aux Réfugiés et Rapatriés. Available from: www.garr-haiti.org.
- Haïti, Groupe d'Appui aux Rapatriés et Réfugiés; Mouvement des Femmes Dominicano-Haïtiennes. En quête de la vie. Une étude sur les femmes haïtiennes impliquées dans la migration en République Dominicaine. February 2005.
- Haïti, Groupe d'Appui aux Réfugiés et Rapatriés. Rapport migration haïtienne et les droits humains à la frontière haïtiano-dominicaine en 2004. April 2005.
- Haïti, Institut Haïtien de l'Enfance; Macro International Inc. Enquête Morbidité, Mortalité et Utilisation des Services (EMMUS-III), Haïti 2000/2001. Calverton (Maryland), 2001.
- Haïti, Institut Haïtien de l'Enfance; Macro International Inc. Enquête Morbidité, Mortalité et Utilisation des Services (EMMUS-IV), Haïti 2005/2006. Résultats préliminaires. Pétion-Ville, 2006.
- Haïti, Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique; Bureau du Recensement Général de la Population et de l'Habitat; Fonds des Nations Unies pour la population; Union Européenne; Coopération japonaise; Banque Interaméricaine de Dévelop-

- pement; Région Wallonne. 4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2003 (RGPH-2003). Résultats définitifs. March 2005.
- Haïti, Ministère de la Planification et de la Coopération Externe; Banque Interaméricaine de Développement. Carte de pauvreté d'Haïti. Version 2004.
- Haïti, Ministère de la Planification et de la Coopération Externe; Programme des Nations Unies pour le développement; Bureau international du Travail. HAI.01.001. Expérience de promotion de micro-assurance santé: Le cas ASPAKO. Appui au développement d'un partenariat pour l'intégration économique et sociale et l'implantation d'un programme national de promotion d'emplois productifs et de lutte contre l'exclusion sociale. Port-au-Prince.
- Haïti, Ministère de la Planification et de la Coopération Externe; Programme des Nations Unies pour le développement; Bureau international du Travail. HAI/99/001. Mathieu S. Etat des lieux en matière de protection sociale gouvernementale en Haïti. Etude de référence 4 dans le cadre du Projet d'Assistance préparatoire pour la promotion d'emplois productifs et la lutte contre l'exclusion sociale. January 2000.
- Haïti, Ministère de la Planification et de la Coopération Externe; Programme des Nations Unies pour le développement; Bureau international du Travail. HAI/99/001. Ponticq F. Etat des lieux en matière d'extension de la protection sociale en milieu communautaire en Haïti. Etude de référence 5 dans le cadre du Projet d'Assistance préparatoire pour la promotion d'emplois productifs et la lutte contre l'exclusion sociale. April 2000.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Consultance en Santé Publique, VIIIème FED. Programme d'appui au développement des ressources humaines dans le secteur de la santé. Rapport final. Port-au-Prince, October 1999.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Direction Centrale de Pharmacie et de Contrôle des Substances chimiques, Direction de la Santé de la Famille; Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Analyse du Secteur de la Santé pour la Réforme.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; John Snow Inc. Données sanitaires de routine 2004, 2005. Port-au-Prince.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Les Centres pour le Développement et la Santé; Fonds des Nations Unies pour la population. Projet bi-national Haïti-Dominicain. Etude sur les besoins en services de santé reproductive et sexuelle. Port-au-Prince, May 2006.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Liste des institutions sanitaires. Port-au-Prince, September 2005.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Rapport de l'enquête sur la prévalence et l'intensité parasitaire dans le Département du Sud. March 2005.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Nations Unies; Commission Européenne; Banque Mondiale; Banque Interaméricaine de Développement. Cadre de Coopération Intérimaire (CCI) 2004–2006. Rapport de synthèse, July 2004. Port-au-Prince, 2004.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Analyse des causes de décès Haïti 1999. Port-au-Prince, March 2002.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Analyse des certificats de décès. République d'Haïti 2001, 2002 et 2003.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Etude sur la situation de la Médecine Traditionnelle en Haïti. Port-au-Prince, April 2003.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Haïti 2004. Situation de Santé, Indicateurs de Base. Port-au-Prince.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Plan stratégique pour le développement de l'épidémiologie en Haïti. 2001–2004. Port-au-Prince, March 2002.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Saint Preux A. Rapport d'expertise. Répertoire des textes législatifs régissant la santé publique en Haïti, 2002.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Tétanos maternel et néonatal en Haïti. Situation et dilemmes stratégiques de l'élimination. February 2006.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Plan stratégique de lutte contre la tuberculose en Haïti 2001–2006.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur de la Santé 2005–2010. Port-au-Prince, August 2005.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique. Nicolas MCE, St Jean Y, Milord MD, Beaudé-Rochars M, et al. Résultats de l'enquête nationale de prévalence sur la filariose lymphatique. Port-au-Prince, undated.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique: Plan d'action pour l'élimination de la Filariose Lymphatique en Haïti (2003–2008). Port-au-Prince, 2004.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Programme National de Lutte contre la Tuberculose; Secrétariat d'Etat à la Santé Publique et à l'Assistance Sociale; National

- Tuberculosis Control Program, Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Plan binationnel Haïti–République Dominicaine de lutte contre la tuberculose 2005–2006, final version. June 2005.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Unissons-nous pour les enfants; Institut Haïtien de l'Enfance. Enquête sur la prévalence de la carence en Vitamine A et de la déficience en iode en Haïti. July 2005.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Voltaire HC. Les Unités Communales de Santé. Principes et Orientations Stratégiques. Port-au-Prince, June 1999.
- Haïti, Ministère de l'Economie et des Finances; Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique; Programme des Nations Unies pour le développement. Enquête sur les conditions de vie en Haïti (ECVH-2001). Port-au-Prince, January 2004.
- Haïti, Ministère des Affaires sociales et du Travail. Les fondements de la pratique de la domesticité des enfants en Haïti. Programme des Nations Unies pour le développement; Unissons-nous pour les enfants; Organisation internationale du Travail/Programme de lutte pour l'éradication du travail des enfants; Save the Children. July 2002.
- Haïti, Ministère des Affaires sociales et du Travail; Programme des Nations Unies pour le développement; Unissons-nous pour les enfants; Organisation internationale du Travail/Programme de lutte pour l'éradication du travail des enfants; Save the Children. Domesticité des enfants en Haïti. December 2002.
- Hallett TB, Aberle-Grasse J, Bello G, Boulos L-M, Cayemittes MPA, Cheluget B, et al. Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe, and urban Haiti. Imperial College.
- Initiative Développement; Alter Santé Internationale et Développement. Vinard P, Boecker C, Malherbe P. Analyse de l'impact des paiements et de la gratuité sur l'accès aux soins: L'expérience d'Ennery en Haïti. Poitiers, October 2005.
- Jean-Baptiste ED, Larco P, Charles-Larco N, Vilgrain C, Simon D, Charles R. Glucose intolerance and other cardiovascular risk factors in Haiti. Prevalence of Diabetes and Hypertension in Haiti (PREDIAH). *Diabetes Metab.* 2006 Nov;32(5 Pt 1): 443–51.
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS, UN Theme Groups Haiti and Dominican Republic. Interagency and bilateral project. Haiti–Dominican Republic. Prevention of HIV/AIDS on the northern border of Haiti. October 2004.
- Junot F. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Planification stratégique du système d'information sanitaire pour l'intégration des données du VIH/sida. Projet Measure Evaluation. Second draft. Port-au-Prince, July 2006, p.16.
- Médecins Sans Frontières. Accès aux soins dans l'Unité communale de santé de Petite rivière, Verrettes, La Chapelle, Haïti. Résultats de deux enquêtes épidémiologiques concernant la mortalité et l'accès aux soins. September 2005.
- Milord MD. Lymphatic filariasis elimination in the third America [Presentation]. Regional Program Manager's Meeting. Port-au-Prince, 4–6 September 2002.
- Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Lacapère F. Mortalité des enfants d'âge scolaire en Haïti. Analyse des certificats de décès (2000). [PowerPoint presentation].
- Pan American Health Organization. Press release. Outbreak of poliomyelitis in Dominican Republic and Haiti: low vaccination coverage with oral polio vaccine allows sabin-derived vaccine to circulate. December 2000.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Proyecto interagencial y binacional. Haïti–República Dominicana. Prevención del VIH/SIDA en la frontera norte de Haïti. Informe de un taller de planificación operativa. Dajabon (República Dominicana), 31 May–1 June 2005.
- Programme des Nations Unies pour le développement. Plan d'urgence, 2005.
- Programme des Nations Unies pour le développement. Rapport sur le Développement humain, 2005.
- Proposition de loi modifiant certaines dispositions du Code Pénal relatives aux agressions sexuelles (attentat à la pudeur, viol, harcèlement sexuel, inceste). Port-au-Prince, December 2005.
- Rapport de l'étude sur la prévalence et l'intensité des géohelminthiases intestinales chez les écoliers du Département de la Grand'Anse.
- République d'Haïti. (2006). Décret portant sur l'organisation et le fonctionnement du MSPP, signé le 17 novembre 2005 paru au Moniteur, 5 January 2006.
- République d'Haïti. Proposition de Décret sollicitant la création d'un système national de sécurité sanguine sous tutelle du MSPP, avec un Programme national de sécurité transfusionnelle, une Commission nationale de sécurité transfusionnelle et un réseau des services de médecine transfusionnelle.
- Réseau Associatif National pour l'Intégration des Personnes Handicapées; Mission spéciale de l'OEI en Haïti. Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées. (French/Creole bilingual version). Port-au-Prince: Le Natal; January 2002.
- Système des Nations Unies, République d'Haïti. Programme Intégré de Réponse aux Besoins Urgents des Communautés et des Populations Vulnérables (PIR). March 2003.
- United States Agency for International Development, Policy Project. Smucker GR. Les orphelins et les autres enfants vulnérables en Haïti: un rapport de terrain. April 2005.
- Université Quisqueya; Unité de Recherche sur les Enfants en Situation Difficile. Bernier M, Ponticq F. Planification d'interventions. 1999.
- Vorbe C. Les droits fondamentaux et le VIH/SIDA en Haïti. January 2006.

